



2014

**NUTRICIÓN
MUNDIAL
INFORME**

**ACCIONES Y
RESPONSABILIDADES**

NECESARIAS PARA ACELERAR
LOS PROGRESOS EN MATERIA DE
NUTRICIÓN EN EL MUNDO

Este informe subraya la naturaleza mundial de la malnutrición y los éxitos y obstáculos encontrados al abordarla. La malnutrición continúa afectando la vida de millones de niños y mujeres en todo el mundo. Dado que todos los países se ven afectados por algún problema de nutrición, los países deberán establecer estrategias adecuadas para superar el problema de manera concertada, lo que no es una tarea sencilla. Todos nos enfrentamos a una gran diversidad de prioridades y preocupaciones que tratan de captar nuestra atención y energía, nuestros recursos y nuestro compromiso político. Etiopía cree firmemente que, para alcanzar el crecimiento humano y económico sostenible, un país debe prestar particular atención a las primeras etapas de la vida como fundamento del capital humano. También creemos que adecuar y armonizar los planes de los asociados con la esfera gubernamental resulta fundamental para ofrecer resultados de la manera más eficiente y eficaz. Esto no sólo requiere una mayor cantidad de fondos asignados a la nutrición, sino también un uso adecuado de los mismos.

KESETEBIRHAN ADMASU BIRHANE MINISTRO DE SALUD, REPÚBLICA DEMOCRÁTICA FEDERAL DE ETIOPÍA

Felicito a los autores del *Informe de la nutrición mundial* y aprecio, con satisfacción, sus claras y decididas recomendaciones para la acción. Los datos y las pruebas que presentan nos alientan a ser más ambiciosos y responsables. Si bien no existe una única solución para todo, muchos países están demostrando que se pueden lograr ciertos progresos. El Movimiento Fomento de la Nutrición continuará ofreciendo un espacio abierto para todos aquellos que sean verdaderos campeones de la nutrición.

TOM ARNOLD COORDINADOR INTERINO DEL MOVIMIENTO FOMENTO DE LA NUTRICIÓN (SCALING UP NUTRITION, SUN)

Poner fin a la malnutrición en el mundo implica actuar en muchos frentes a la vez y el sector de la salud no puede ocuparse del tema por sí solo. El compromiso político está cobrando impulso y cada vez más países saben lo que es necesario para garantizar el acceso a dietas saludables para todos. Este informe nos ayudará a efectuar un seguimiento del progreso en materia de metas globales de nutrición y a detectar los ámbitos que más inversiones exigen.

MARGARET CHAN DIRECTORA GENERAL, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

El *Informe de la nutrición mundial* resulta oportuno e inspirador. Su reseña sobre desnutrición e hipernutrición nos motiva y subraya la urgencia de lograr una mejor alimentación, como en el Movimiento Fomento de la Nutrición y el Reto del Hambre Cero. Destaca ámbitos de acción, contribuye al fortalecimiento de la responsabilidad en materia de nutrición y actúa como guía, además de ofrecer una referencia de medición para las alianzas de toda la cadena de suministro de alimentación y salud, una labor con la que el PMA está estrechamente relacionado.

ERTHARIN COUSIN DIRECTORA EJECUTIVA, PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS

Como nos recuerda este informe, una buena nutrición es el fundamento para el desarrollo sostenible. La malnutrición afecta a todos los países, ya sea del norte, sur, este u oeste; por eso, a todos nos incumbe trabajar mancomunados para poner fin a este flagelo. Sabemos lo que se debe hacer para mejorar la nutrición, pero debemos continuar fortaleciendo el apoyo político para poder potenciar dichas acciones. El presente informe contribuye a dicha finalidad identificando las zonas de progresos lentos, sugiriendo acciones para acelerarlos y formulando recomendaciones para garantizar que todas las partes interesadas asuman su responsabilidad frente a las medidas que pongan fin a la malnutrición.

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

Los hallazgos que se destacan en este informe confirman la voluntad de reunir los datos que existen sobre malnutrición y demostrar los importantes compromisos logrados respecto a lo establecido en 2013, en la cumbre Nutrición para el Crecimiento. Los responsables de las políticas deberán responder al llamamiento del informe y dar prioridad a la recopilación de más y mejores datos sobre nutrición para impulsar un mayor impacto en la vida de los más pobres en los próximos años.

MELINDA GATES COPRESIDENTA, FUNDACIÓN BILL Y MELINDA GATES

El informe brinda una plataforma indispensable a la hora de efectuar un seguimiento de los progresos en nutrición. Su énfasis en las alianzas productivas para acelerar las mejoras resulta especialmente pertinente para los compromisos para la acción de la comunidad internacional en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Nuestra generación cuenta con todas las condiciones para responder al Reto del Hambre Cero y convertir todas las formas de malnutrición en una reliquia del pasado. La FAO, fiel a su Constitución y con la responsabilidad que se nos ha encomendado de ayudar a poner fin al hambre y aumentar los niveles de nutrición, tiene el compromiso de trabajar con todas las partes interesadas para permitir que esto se transforme en una realidad.

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

La nutrición es una de las inversiones más eficaces en función del costo que representa en los niños; y resulta fundamental para lograr todos nuestros objetivos de desarrollo sostenible. Sin embargo, hasta hace poco, era un tema olvidado. Esto ha comenzado a cambiar a medida que fue cobrando impulso el Movimiento para el Fomento de la Nutrición, con el apoyo de más de 50 países y el compromiso de gobiernos, organizaciones internacionales, la sociedad civil y de la comunidad. Este informe destaca los progresos logrados y la urgente necesidad de establecer objetivos ambiciosos y hacernos responsables de su alcance, porque cuando se pierde el pleno potencial de un niño, se aleja una pieza maestra de nuestro futuro común.

ANTHONY LAKE DIRECTOR EJECUTIVO, UNICEF

Me complace observar los progresos logrados para reducir la malnutrición. Actualmente, estamos mejor informados acerca del carácter complejo de la misma. Por lo tanto, nuestra respuesta debe ser adecuada, multidimensional y extensa, y requiere intervenciones por país y un enfoque de las múltiples partes interesadas. A nivel de la comunidad, esto implica la modificación de creencias, hábitos y prácticas. Debemos empezar temprano, desde la salud de la madre, durante los primeros 1.000 días de vida y más allá.

GRAÇA MACHEL FUNDADORA, GRAÇA MACHEL TRUST

El *Informe de la nutrición mundial*, a base de datos y ejemplos, demuestra lo que todos ya sabemos: el mejoramiento del estado nutricional resulta esencial para el desarrollo sostenible. Todos somos responsables de garantizar que las acciones e inversiones respondan exactamente a las realidades de aquellos para quienes las cargas múltiples de la malnutrición no son un concepto abstracto, sino una realidad cotidiana. El acceso a datos oportunos y fiables permite que los responsables decidan utilizar los recursos de la manera más eficiente, y es clave para garantizar que se honren y sostengan los compromisos de todas las partes interesadas.

DAVID NABARRO REPRESENTANTE ESPECIAL DEL SECRETARIO GENERAL SOBRE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICIÓN

2014



**ACCIONES Y
RESPONSABILIDADES**

NECESARIAS PARA ACELERAR
LOS PROGRESOS EN MATERIA DE
NUTRICIÓN EN EL MUNDO

PUBLICACIÓN REVISADA POR PARES

Este informe fue preparado por un Grupo de expertos independientes (GEI), secundado por el Grupo de partes interesadas del Informe de la nutrición mundial. Su redacción es el resultado del esfuerzo colectivo de todos los integrantes del GEI, enriquecido con el aporte de los siguientes analistas y escritores¹.

Lawrence Haddad, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Endang Achadi**, Universidad de Indonesia, Yakarta; **Mohamed Ag Bendeck**, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Roma; **Arti Ahuja**, Women and Child Development, Odisha, India; **Komal Bhatia**, Institute of Development Studies, Brighton, Reino Unido; **Zulfiqar Bhutta**, Center for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá y Center of Excellence in Women and Child Health, Universidad Aga Khan, Karachi, Pakistán; **Monika Blössner**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra; **Elaine Borghi**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra; **Esi Colecraft**, Universidad de Ghana, Accra; **Mercedes de Onis**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra; **Kamilla Eriksen**, Universidad de Cambridge, Reino Unido; **Jessica Fanzo**, Columbia University, Nueva York; **Patrizia Fracassi**, Secretaría del Movimiento Fomento de la Nutrición, Ginebra; **Elizabeth Kimani**, African Population and Health Research Centre, Nairobi; **Eunice Nago**, Universidad de Abomey-Calavi, Benin; **Julia Krasevec**, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York; **Holly Newby**, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York; **Rachel Nugent**, Universidad de Washington, Seattle; **Stineke Oenema**, Interchurch organization for development cooperation (ICCO) Alliance, Utrecht, Países Bajos; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marsella, Francia; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Jennifer Requejo**, Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, Organización Mundial de la Salud, Ginebra; **Tara Shyam**, Institute of Development Studies, Brighton, Reino Unido; **Emorn Udomkesmalee**, Universidad Mahidol, Bangkok, Tailandia; and **K Srinath Reddy**, Public Health Foundation of India, Nueva Delhi.

Los autores de los paneles de este informe, y su afiliación, son los siguientes:

Endang Achadi (con agradecimiento a Sudarno Sumarto y Taufik Hidayat), Universidad de Indonesia, Yakarta; **Jose Luis Alvarez**, Acción contra el Hambre Reino Unido (ACF), Londres; **Michael Anderson**, Fundación Children's Investment Fund, Londres; **Fernando Arriola**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Komal Bhatia**, Institute of Development Studies, Brighton, Reino Unido; **Claire Blanchard**, Save the Children Reino Unido, Londres; **Jennifer Bryce** y colegas, Universidad Johns Hopkins University, Baltimore, EE.UU.; **Jesús Bulux**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Shruthi Cyriac**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Andrew Dillon**, Universidad del Estado de Michigan, East Lansing, EE.UU.; **Kamilla Eriksen**, Universidad de Cambridge, Reino Unido; **Jessica Fanzo**, Columbia University, New York; **Joel Gittelsohn**, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, EE.UU.; **Carla Guillén**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Lawrence Haddad**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Corinna Hawkes**, World Cancer Research Fund International, Londres; **Derek Headey**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Cecibel Juárez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Inge Kauer**, Access to Nutrition Foundation, Utrecht, Países Bajos; **Joyce Kinabo**, Universidad de Agricultura de Sokoine, Morogoro, Tanzania; **Patrick Kolsteren**, Universidad de Gantes, Bélgica; **Annamarie Kruger**, North-West University, Sudáfrica; **Carl Lachat**, Universidad de Gantes, Bélgica; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Eunice Nago**, Universidad de Abomey-Calavi, Benin; **Nicholas Nisbett**, Institute of Development Studies, Brighton, Reino Unido; **Deanna Kelly Olney**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC; **Marcellin Ouédraogo**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Faso; **Abdoulaye Pedehombga**, Helen Keller International, Ouagadougou, Burkina Faso; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Reino Unido; **Jennifer Requejo**, Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, Organización Mundial de la Salud, Ginebra; **Marie Ruel**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington DC; **Lisa Smith**, TANGO International, Tucson, EE.UU.; **Boyd Swinburn**, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda; **Dolf te Lintelo**, Institute of Development Studies, Brighton, Reino Unido; **Jonathan Tench**, Red de empresas SUN; **Otto Velasquez**, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala; **Daniel Wang**, Harvard School of Public Health, Cambridge, EE.UU.; **Walter Willett**, Harvard School of Public Health, Cambridge, EE.UU.

Agradecemos la colaboración de Rafael Flores-Ayala, miembro del grupo de expertos independientes (IEG, por sus siglas en inglés), de los Centros de control de enfermedad y prevención (CDC), Atlanta, EE. UU.

Copyright © 2015 International Food Policy Research Institute. Todos los derechos reservados. Comuníquese con la División de Comunicaciones y Gestión del Conocimiento, a ifpri-copyright@cgiar.org, para obtener una autorización de impresión.

Formato sugerido de referencia bibliográfica: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. 2014. *Informe de la nutrición mundial 2014: Fortalecer la acción y la responsabilidad para acelerar los progresos en nutrición en el mundo*. Washington, D. C.

Toda opinión expresada en este documento pertenece a los autores y no implica necesariamente ni el punto de vista ni el respaldo del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. Los límites y nombres utilizados no indican el aval o la aceptación oficial por parte del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Esta edición es una traducción del trabajo original publicado originalmente en inglés por el IFPRI. En caso de divergencia entre el texto original y su traducción, prevalece la versión original.

Cita correcta en inglés: International Food Policy Research Institute. 2014. Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington, DC.

International Food Policy Research Institute

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

ISBN: 978-0-89629-572-8

DOI: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295728>

CRÉDITOS DE LA PRODUCCIÓN

Editores: Heidi Fritschel, Terra Carter, John Whitehead y Andrew Marble
Diseño de la cubierta: Julia Vivalo
Diseño y maquetación del libro: Julia Vivalo, David Popham y Lucy McCoy

ÍNDICE

Material suplementario en Internet	ix
Agradecimientos	x
Abreviaturas	xii
Resumen	xiii

Capítulo 1	Introducción	1
Capítulo 2	La nutrición: elemento esencial para el desarrollo sostenible	6
Capítulo 3	El cumplimiento de las metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud es demasiado lento	15
Capítulo 4	La coexistencia de diferentes formas de malnutrición es la “nueva normalidad”	23
Capítulo 5	La necesidad de mejora de la cobertura de las intervenciones específicas de nutrición	30
Capítulo 6	Las intervenciones que abordan los determinantes subyacentes del estado nutricional son importantes pero necesitan estar más enfocadas a la nutrición.....	40
Capítulo 7	El entorno propicio está mejorando, pero no al ritmo esperado.....	50
Capítulo 8	Es necesario reforzar la responsabilidad en materia de nutrición	60
Capítulo 9	¿Qué prioridades tienen las inversiones para mejorar los datos sobre nutrición?	73
Capítulo 10	Mensajes clave y recomendaciones	78
Apéndice 1	El perfil nutricional de un país, una herramienta para la acción.....	83
Apéndice 2	¿Qué países están en vías de cumplir varias metas de la AMS?	85
Apéndice 3	¿Qué países están bien encaminados para cumplir ciertas metas de la AMS?	87
Apéndice 4	Gastos de los donantes en intervenciones y programas específicos y enfocados a la nutrición	92
Apéndice 5	¿Cómo puede medirse el grado de responsabilidad del <i>Informe de la nutrición mundial</i> ?	94
Apéndice 6	Disponibilidad de datos para los indicadores de nutrición de los perfiles de país.....	96
Notas		99
Referencias		103

PANELES

Panel 1.1	Tipos de inversiones en nutrición	3
	Lawrence Haddad	
Panel 2.1	Nutrición y Objetivos de Desarrollo Sostenible: sin cabida para el conformismo	10
	Michael Anderson	
Panel 2.2	Recientes datos en India: una nueva hipótesis	11
	Lawrence Haddad, Komal Bhatia y Kamilla Eriksen	
Panel 2.3	¿Cómo redujo Maharashtra el retraso en el crecimiento infantil?	12
	Lawrence Haddad	
Panel 2.4	Una mejora de los determinantes subyacentes, ¿puede contribuir al cumplimiento de las metas de la AMS?	13
	Lisa Smith y Lawrence Haddad	
Panel 4.1	Malnutrición en Estados Unidos y el Reino Unido	26
	Jessica Fanzo	

PANELES CONTINUACIÓN

Panel 4.2	Determinantes regionales de la malnutrición en Indonesia	27
	Endang Achadi con agradecimiento a Sudarno Sumarto y Taufik Hidayat	
Panel 4.3	Recopilación de datos de nutrición a nivel de distrito en India.....	28
	Purnima Menon y Shruthi Cyriac	
Panel 4.4	Identificación de grupos minoritarios de riesgo en Estados Unidos	29
	Jennifer Requejo y Joel Gittelsohn	
Panel 5.1	Medición de la cobertura de los programas para tratar la malnutrición aguda severa.....	38
	José Luis Álvarez	
Panel 6.1	Tendencias de la calidad de la dieta en los adultos en Estados Unidos.....	43
	Daniel Wang y Walter Willett	
Panel 6.2	¿Cómo redujo Bangladesh con tanta rapidez el retraso en el crecimiento?	45
	Derek Headey	
Panel 6.3	Uso de una plataforma agrícola en Burkina Faso para mejorar la nutrición durante los primeros 1.000 días.....	48
	Deanna Kelly Olney, Andrew Dillon, Abdoulaye Pedehombga, Marcellin Ouédraogo y Marie Ruel	
Panel 7.1	¿Existe una manera de hacer un mejor seguimiento de los gastos en materia de nutrición?.....	51
	Clara Picanyol	
Panel 7.2	Seguimiento de las asignaciones financieras para la nutrición: la experiencia de Guatemala.....	52
	Jesús Bulux, Otto Velasquez, Cecibel Juárez, Carla Guillén y Fernando Arriola	
Panel 7.3	Mecanismo para evaluar los avances del gobierno en la creación de entornos alimentarios saludables	54
	Boyd Swinburn	
Panel 7.4	Compromiso de las empresas productoras de alimentos y bebidas a través del Índice de Acceso a la Nutrición.....	55
	Inge Kauer	
Panel 7.5	Mecanismos de Brasil para lograr disminuir el retraso en el crecimiento infantil y mejorar las prácticas de lactancia materna.....	57
	Jennifer Requejo	
Panel 8.1	Fomento de la nutrición por medio del sector empresarial.....	66
	Jonathan Tench	
Panel 8.2	Las organizaciones de la sociedad civil frente al compromiso con la nutrición	68
	Claire Blanchard	
Panel 8.3	Mayor capacidad de la sociedad civil para exigir más frente a la obesidad y las enfermedades no transmisibles	69
	Corinna Hawkes	
Panel 8.4	¿Puede la vigilancia de la comunidad mejorar la responsabilidad en materia de nutrición?.....	70
	Nick Nisbett y Dolf te Lintelo	
Panel 8.5	Plataformas de evaluación nacionales: nuevas posibilidades para la nutrición	71
	Jennifer Bryce y colegas	
Panel 8.6	Estado de los datos sobre nutrición en África con respecto a la responsabilidad y el aprendizaje	72
	Carl Lachat, Joyce Kinabo, Eunice Nago, Annamari Kruger y Patrick Kolsteren	

FIGURAS

Figura 1.1	Marco conceptual de este informe.....	4
Figura 2.1	Relación costo-beneficio de la ampliación de las intervenciones específicas de nutrición para la reducción del retraso en el crecimiento en países seleccionados.....	8

Figura 3.1	Tasa de referencia de retraso en el crecimiento y reducción anual en el retraso en el crecimiento	17
Figura 3.2	Tasa de referencia de sobrepeso en niños menores de 5 años y reducción de sobrepeso en niños menores de 5 años	18
Figura 3.3	Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad amamantados en forma exclusiva, por región, alrededor de 2000 y 2012	19
Figura 3.4	Incidencia media de bajo peso al nacer por subregión de las Naciones Unidas (%)	19
Figura 3.5	Prevalencia media de anemia en mujeres en edad reproductiva por subregión de las Naciones Unidas (%)	20
Figura 3.6	Número de países encaminados a cumplir las metas globales de nutrición de la AMS	21
Figura 3.7	Número de países encaminados a cumplir cada una de las metas globales de la AMS	21
Figura 3.8	Número de países que tienen datos para determinar el estado de las metas de la AMS para cuatro indicadores de la AMS	22
Figura 3.9	Número de países para los que faltan datos para por lo menos un indicador de la AMS, por región	22
Figura 4.1	Prevalencia de retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años y sobrepeso para los quintiles de riqueza más altos y más bajos en países seleccionados (%)	28
Figura 5.1	Proporción media de mujeres que reciben suplementos de hierro/ácido fólico durante por lo menos 90 días en el embarazo (%)	32
Figura 5.2	Tasas de referencia de lactancia materna y aumento anual de lactancia materna, últimas dos encuestas	33
Figura 5.3	Tasas de dieta mínima aceptable y tasas de emaciación	34
Figura 5.4	Tasas de diversidad mínima de la dieta y tasas de retraso en el crecimiento	34
Figura 5.5	Cobertura media de suplemento con vitamina A (%)	34
Figura 5.6	Cobertura de tratamiento con zinc para la diarrea	35
Figura 5.7	Cobertura de yodación de la sal	36
Figura 5.8	Cobertura geográfica para el tratamiento de la MAS por tasas de niños menores de 5 años con emaciación severa	37
Figura 6.1	Tendencias de subalimentación por subregión	41
Figura 6.2	Tendencias de subalimentación y sobreadquisición por región	41
Figura 6.3	Tendencias de sobreadquisición de calorías en países seleccionados	42
Figura 6.4	Tendencias de acceso a servicios de agua y saneamiento mejorados en subregiones de África y Asia	42
Figura 6.5	Tendencias en la matrícula femenina en la escuela secundaria	44
Figura 6.6	Densidad de población de trabajadores de la salud cada 1.000 personas	44
Figura 6.7	Proporción de gastos gubernamentales en cuatro sectores relacionados con la nutrición (%)	46
Figura 6.8	Proporción de gastos gubernamentales en cuatro sectores relacionados con la nutrición en países seleccionados de África (%), 2010	47
Figura 7.1	Compromisos de gastos relacionados con la nutrición de 13 donantes	53
Figura 7.2	Desembolsos relacionados con la nutrición de 10 donantes	53
Figura 7.3	Porcentaje de países con la puntuación superior para cada uno de los indicadores de un entorno propicio	56
Figura 7.4	Modo de puntuación para los marcadores de progresos de transformación institucional en los países de SUN	58

CUADROS

Cuadro 1.1	Público de este informe: personas, organizaciones y redes	3
Cuadro 2.1	Costos humanos y económicos de la malnutrición	7
Cuadro 2.2	Cómo puede contribuir la nutrición a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos	9

CUADROS CONTINUACIÓN

Cuadro 2.3	Metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud	10
Cuadro 2.4	Posibilidades de inserción de las metas de nutrición dentro de las 169 metas de los ODS	11
Cuadro 3.1	Progresión hacia las metas globales de la AMS	16
Cuadro 3.2	Cambios en las tasas de emaciación	18
Cuadro 3.3	Reglas propuestas por la OMS para definir si un país puede cumplir las metas globales de la AMS	20
Cuadro 4.1	Países con retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años	24
Cuadro 4.2	Países con delgadez y estatura baja en mujeres en edad reproductiva y sobrepeso en mujeres adultas	25
Cuadro 4.3	Países con retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, anemia en mujeres en edad reproductiva y sobrepeso en adultos	26
Cuadro 4.4	Evolución de las tendencias sobre la equidad del retraso en el crecimiento.....	29
Cuadro 5.1	Disponibilidad de datos sobre cobertura para intervenciones específicas de nutrición	31
Cuadro 5.2	Cobertura de complemento con hierro/ácido fólico durante el embarazo.....	32
Cuadro 5.3	Resumen de dietas de lactantes y niños pequeños	33
Cuadro 5.4	Países con un bajo nivel de cobertura de las cinco intervenciones específicas de nutrición.....	35
Cuadro 5.5	Intervenciones específicas de nutrición con las tasas de cobertura más bajas para 37 países.....	36
Cuadro 5.6	Estimaciones directas actuales de cobertura de tratamiento de la MAS	37
Cuadro 6.1	Países vulnerables a los determinantes subyacentes para la desnutrición	45
Cuadro 6.2	Países más vulnerables para cada determinante subyacente	46
Cuadro 6.3	Cómo orientar las inversiones sectoriales hacia la nutrición	49
Cuadro 7.1	Regiones con altos riesgos y políticas frágiles en cuanto a hipertensión y diabetes	59
Cuadro 8.1	Tasas de respuesta a solicitudes de progresión en relación con los compromisos del N4G	62
Cuadro 8.2	Progresos de los países para cumplir los compromisos del N4G	62
Cuadro 8.3	Progresos de las organizaciones de la sociedad civil para cumplir los compromisos del N4G	63
Cuadro 8.4	Autoevaluaciones de los compromisos del N4G de las empresas respecto a la nutrición de la fuerza laboral	64
Cuadro 8.5	Progresos de las empresas para cumplir los compromisos del N4G	65
Cuadro 8.6	Progresos de las Naciones Unidas para cumplir los compromisos del N4G	66
Cuadro 8.7	Progresos de los donantes para cumplir los compromisos del N4G	67
Cuadro 8.8	Progresos de otras organizaciones para cumplir los compromisos del N4G.....	67
Cuadro 9.1	La ausencia de datos que restringe las acciones necesarias.....	74
Cuadro 9.2	Año de la encuesta más reciente que contiene datos antropométricos de niños menores de 5 años en la base de datos de la AMS.....	75
Cuadro 9.3	Algunos puntos clave de las Notas técnicas 4–12 sobre el camino a seguir para salvar las lagunas de datos.....	77
Cuadro A.1	Guía de los perfiles nutricionales de país.....	84
Cuadro A.2	Países en vías de cumplir varias metas de la AMS	85
Cuadro A.3	Progresos del país en las cuatro metas de la AMS	87
Cuadro A.4	Gastos de los donantes en las categorías específicas de nutrición y enfocados a la nutrición, 2010 y 2012 (miles de US\$).....	92
Cuadro A.5	Aplicación del marco de responsabilidad en los procesos propios del informe	94
Cuadro A.6	Número de países con datos para cada indicador.....	96

MATERIAL SUPLEMENTARIO EN INTERNET

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

Perfiles nutricionales

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

Perfiles nutricionales por país (datos disponibles para 82 indicadores para cada uno de los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas)

Notas técnicas

- Nota técnica 1 Definiciones y fuentes de los perfiles nutricionales por país
- Nota técnica 2 Análisis LiST para el Grupo de expertos independientes del *Informe de la nutrición mundial*, Zulfiqar Bhutta
- Nota técnica 3 The Excessive (and Wasteful) Consumption of Food, Carlo Cafiero
- Nota técnica 4 Toward Sustainable, Healthy, and Profitable Food Systems: Nutrition and the Sustainable Management of Resources, Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas
- Nota técnica 5 Learning from Efforts to Cost Country Plans: Priority Technical Issues to Address, Helen Connolly
- Nota técnica 6 Measuring and Tracking the Access Dimension of Food Security: Available Indicators and Recommendations for Future Investments, Marie T. Ruel, Terri J. Ballard, and Megan Deitchler
- Nota técnica 7 Voices of the Hungry: Where in the World Is Food Insecurity More Severe? Carlo Cafiero
- Nota técnica 8 Assessing Capacity: The Need to Invest in Nutrition Capacity Development in the West Africa Region, Roger Sodjinou
- Nota técnica 9 Data Gaps for Low Birth Weight, Holly Newby
- Nota técnica 10 Measuring Overweight and Obesity: Need for Harmonization and Refinement, Rachel Nugent, Mercedes de Onis, Komal Bhatia, Kamilla Eriksen, Gretchen Stevens, and Yves Martin-Prevel
- Nota técnica 11 Countries in the SUN Movement Assess Their Own Progress within Government-Led Multistakeholder Platforms, SUN Secretariat
- Nota técnica 12 Vitamin and Mineral Status Worldwide: What We Know and the Challenges Ahead, Luz Maria De-Regil

Cuadros de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

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

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

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

Progresos de donantes - No financieros: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

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

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

Versiones ampliadas de los paneles de este informe

Plataforma de datos y visualización

AGRADECIMIENTOS

El Grupo de expertos independientes (GEI) del *Informe de la nutrición mundial* agradece el apoyo y la contribución de una gran cantidad de personas y organizaciones que hicieron posible el desarrollo y la producción del presente informe.

Nos complace reconocer la labor del equipo dedicado a la redacción y el análisis de datos: Lawrence Haddad, Jessica Fanzo, Kamilla Eriksen, y Komal Bhatia, con la colaboración de Julia Krasevec. También agradecemos a la Secretaría del Informe, con sede en el Institute of Development Studies (IDS) y coordinada por Tara Shyam.

El GEI agradece al director general del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Shenggen Fan, y a la directora de Comunicaciones y Gestión del Conocimiento (CKM), Gwendolyn Stansbury, así como a los integrantes del equipo de CKM: Tamar Abrams, Melanie Allen, Luz Marina Alvare, Mulugeta Bayeh, Terra Carter, Heidi Fritschel, Simone Hill-Lee, Andrew Marble, Andrea Pedolsky, David Popham, Nilam Prasai, Ghada Shields, Julia Vivalo y John Whitehead. También apreciamos profundamente el apoyo administrativo de Lynette Aspillera, David Governey y Catherine Gee.

Agradecemos a las siguientes personas por su colaboración y el suministro de métodos de datos y acceso a datos: Allison Pepper (Flour Fortification Initiative) por acceso a datos; Ann Biddlecom (Dirección de Población de Naciones Unidas) por información acerca de la necesidad insatisfecha de planificación familiar; Anne Peniston, Richard Greene, Elizabeth Jordan-Bell y Robbin Boyer (Agencia de Desarrollo Internacional de Estados Unidos [USAID]) por aclaraciones de datos; Bingxin Yu (IFPRI) por datos de SPEED; Carlo Cafiero y Piero Conforti (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]) por acceso a datos de sobreadquisición; Caryn Bredenkamp y Leander Buisman (Banco Mundial) por los datos sobre tendencias de retraso en el crecimiento por quintil de riqueza; Leslie Elder y Andrea Spray (Banco Mundial) por aclaraciones de datos; Erin McLean (Gobierno de Canadá) por aclaraciones de datos; David Clark (UNICEF) por los datos más recientes sobre el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; Liliana Carvajal (UNICEF) por información sobre tratamiento con zinc para la diarrea; Holly Newby, Julia Krasevec, Arachana Dwivedi y David Clark (UNICEF) por ayuda con acceso a datos e interpretación de datos; Jere Behrman (Universidad de Pennsylvania) por asesoramiento sobre la literatura más reciente sobre el rendimiento económico de la nutrición; John Hoddinott (IFPRI) por nuevas proyecciones de costo-beneficio; Juan Feng (Banco Mundial) por definiciones de indicadores de pobreza;

Lisa Smith (TANGO International) por asesoramiento sobre modelos y acceso a algunos datos sobre determinantes básicos y subyacentes; Manos Antoninis (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]) por asesoramiento sobre indicadores de educación secundaria de la mujer; Matthew Greenslade (Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido. [DFID]) por asesoramiento sobre datos de protección social; Mercedes de Onis, Monika Blössner, y Elaine Borghi (Organización Mundial de la Salud [OMS]) por apoyo con el acceso a datos y orientación sobre métodos; puntos focales y socios en los países del Movimiento Fomento de la Nutrición (SUN) por llevar a cabo los ejercicios de autoevaluación sobre transformación institucional de los países de SUN y el equipo de MDF (Irma Alpenidze, Mike Zuyderduyn, y Ingrid Oomes) y el equipo de la Secretaría del Movimiento SUN (Patrizia Fracassi, Shaoyu Lin, Martin Gallagher, Kwame Akoto-Danso, Pau Blanquer, Delphine Babin-Pelliard, y Fanny Granchamp) por cotejar y analizar los datos; Rajith Lakshman, Maria Fe Celi Reyna y Woody Wong Espejo (IDS) por la labor sobre el examen de documentos de políticas de desarrollo; Rolf Luyendijk (UNICEF) por datos y asesoramiento sobre agua, saneamiento e higiene; y Dolf te Lintelo (IDS), Gretchen Stevens (OMS), José Luiz Alvares Moran (Coverage Monitoring Network, Acción contra el Hambre) y Luz Maria De-Regil (Micronutrient Initiative) por ser parte del Grupo de acceso a datos del informe.

También agradecemos el apoyo para el desarrollo de los paneles (además de su autoría) que se incluyen en este informe: Jennifer Requejo, Lina Mahy y el Comité Permanente de Nutrición de Naciones Unidas, Pau Blanquer, Patrizia Fracassi, Rachel Nugent, Endang Achadi, Steve Wiggins, Mercedes de Onis y Clara Picanyol.

En cuanto a la facilitación del seguimiento de los compromisos de Nutrición para el Crecimiento, agradecemos a Taylor, Tanya Green y Rob Hughes (DFID); Delphine Babin Pelliard, Kwame Akoto-Danso, Martin Gallagher, Patrizia Fracassi, Pau Blanquer y Fanny Granchamp (Secretaría del Movimiento SUN); Jessica Meeker y Kat Pittore (IDS); Jonathan Tench (Red de empresas SUN) y Lina Mahy (Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas).

El GEI aprecia el apoyo de Richard Horton y Pamela Das en The Lancet para facilitar el examen por pares del informe y agradece a los cuatro revisores anónimos de The Lancet. Transmitimos todo nuestro reconocimiento a aquellos que proporcionaron otras opiniones y comentarios sobre el borrador del informe: Jennifer Rigg y Rebecca Olson (1000 Days); Kate Goertzen (ACTION); Juliet Attenborough (Ministerio de Asuntos

Exteriores y Comercio de Australia); Ellen Piwoz, Shawn Baker y Neil Watkins (Fundación Bill y Melinda Gates); Sabine Triemer (BMZ–Ministerio Federal Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo); Jennifer Goosen y Erin McClean (Gobierno de Canadá); Jo Lofthouse, Michael Anderson y Augustin Flory (Fundación Children’s Investment Fund [CIFF]); Joseph Patrick Ngang (Collectif des ONG pour la Sécurité Alimentaire et le Développement Rural); Joanna Francis (Concern Worldwide; Generation Nutrition); John Cordaro (Mars); Pedro Campo-Llopis, Catherine Chazaly y Patrice Moussy (Comisión Europea); Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Glen Tarman, Sabrina de Souza y Sandra Mutuma (Acción contra el Hambre Reino Unido, Generation Nutrition); Stuart Gillespie (IFPRI); Marc van Ameringen y Jonathan Tench (Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada [GAIN] y Red de empresas SUN); Aslam Shaheen y Qadir Baloch (Harvest Plus Pakistan); Mags Gaynor (Irish Aid); Iris Bollemeijer (International Medical Corps); David Nabarro (Secretaría del Movimiento SUN); Nicholas Nisbett (IDS); Kathryn Russell y Anupama Dathan (ONE Campaign); Robert Hecht, Arathi Rao, Tae Min Kim y Aparna Kamath (Results for Development); Marie Rumsby (Save the Children Reino Unido, Road to Rio Group); Marie Ruel (IFPRI); Alexandre Ghelew (Swiss Development Cooperation); Syngenta; Hannah Schellander y James Jansen (Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales del Reino Unido); Anna Taylor y Rob Hughes (DFID); Werner Schultink, Yarlini Balarajan y France Begin (UNICEF); Lina Mahy (Comité Permanente de Nutrición de Naciones Unidas); Anne Peniston (USAID); Veronique LaGrange y Dacia Whitsett-Morrow (US Dairy Export Council); Yael Velleman (WaterAid); Leslie Elder y Juan Feng (Banco Mundial); Martin Bloem, Lynnda Kiess, Saskia Depee y Natalie Rae Aldern (Programa Mundial de Alimentos [PMA]); y Francesco Branca (OMS).

Además, manifestamos nuestro agradecimiento a Alan Dangour (London School of Hygiene and Tropical Medicine),

Anna Taylor (DFID) y Jo Lofthouse (CIFF) por su temprano y continuo aliento; a Peter Godwin y Sujaya Misra por sus comentarios e ideas sobre el marco de responsabilidad y legitimidad; y a aquellos que transmitieron sus opiniones e ideas durante el desarrollo de la nota conceptual para el *Informe de la nutrición mundial* a principios de 2014.

El Grupo de expertos independientes agradece al Grupo de partes interesadas por su participación durante todo el desarrollo del informe: copresidentes Edith Mkawa (Secretario Permanente, Oficina del Presidente, Malawi, Punto focal de SUN) y Jane Edmonson (DFID), Abdoulaye Ka (Cellule de lutte contre la malnutrition [CLM], Senegal), Anna Lartey (FAO), Chris Osa Isokpunwu (Punto focal de SUN, Nigeria), David Nabarro (Oficina del Secretario General de las Naciones Unidas, SUN), Ferew Lemma (Etiopía), Francesco Branca (OMS), Jesús Búlax (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República [SESAN], Guatemala), Martin Bloem (PMA), Nina Sardjunani (Bappenas, Indonesia), Jean-Pierre Halkin (Comisión Europea, Red de donantes SUN), Jennifer Goosen (Gobierno de Canadá, Red de donantes SUN), John Cordaro (Mars, Red de empresas SUN), Kate Houston (Cargill, Red de empresas SUN), Lucy Sullivan y Jennifer Rigg (1,000 Days, Red de OSC de SUN), M. Aslam Shaheen (Pakistán), Marc Van Ameringen (GAIN, Red de empresas SUN), Michael Anderson (CIFF), Milton Rondo (Brasil), Shawn Baker (Fundación Bill y Melinda Gates , Red de donantes SUN), Tom Arnold (Concern Worldwide, Red de OSC de SUN) y Werner Schultink (UNICEF).

Finalmente, agradecemos también a las organizaciones que proporcionaron su respaldo financiero para el informe de 2014: 1,000 Days, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Programa de investigación sobre agricultura para la nutrición y la salud, la fundación Children’s Investment Fund, la Comisión Europea, el gobierno de Canadá, Irish Aid y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.

ABREVIATURAS

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
CAADP	Programa general para el desarrollo de la agricultura en África
DHS	Encuesta de Demografía y Salud
DMA	Dieta mínima aceptable
DMD	Diversidad mínima de la dieta
ENT	Enfermedad no transmisible
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
HANCI	Índice de Compromisos sobre el Hambre y la Nutrición
IMC	Índice de masa corporal
MAM	Malnutrición aguda moderada
MAS	Malnutrición aguda severa
MER	Mujeres en edad reproductiva
MICS	Encuesta a base de indicadores múltiples
NEPAD	Nueva Alianza para el Desarrollo de África
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSC	Organización de la sociedad civil
PPA	Paridad de poder adquisitivo
SUN	Movimiento Fomento de la Nutrición
TMAA	Tasa media anual de aumento
TMAR	Tasa media anual de reducción
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

UNA BUENA NUTRICIÓN ES LA PIEDRA ANGULAR DEL BIENESTAR HUMANO YA QUE, ANTES DEL NACIMIENTO Y DURANTE TODA LA INFANCIA, PERMITE QUE EL funcionamiento del cerebro evolucione sin deficiencias y que los sistemas inmunológicos se desarrollen con solidez. Para los niños más pequeños, un buen estado nutricional evita la muerte y permite que el cuerpo crezca y se desarrolle hasta alcanzar su pleno potencial. Durante el transcurso de la vida, conduce a un aprendizaje más eficaz en la escuela, a madres mejor alimentadas que dan a luz niños mejor alimentados y a adultos con más probabilidades de ser productivos y de ganar salarios más altos. En la mediana edad, proporciona a las personas metabolismos bien preparados para evitar las enfermedades relacionadas con los cambios en la dieta y la actividad física. Sin una buena nutrición, la vida de las personas y sus medios de subsistencia se construyen sobre arenas movedizas.

PUNTOS CLAVE

- 1. Las personas con buena nutrición son claves para el desarrollo sostenible.**
 - La malnutrición afecta a casi todos los países del mundo.
 - Se deben incluir más indicadores de nutrición en el marco de responsabilidad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- 2. Necesitamos comprometernos para mejorar la nutrición más rápidamente e incorporar este objetivo a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.**
 - Las metas para 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible deben constituir más que simples extensiones de las metas para 2025 de la Asamblea Mundial de la Salud. Es imperativo establecer un nuevo consenso en torno a las posibilidades.
- 3. Actualmente, el mundo no está en vías de cumplir las metas globales de nutrición establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud, pero muchos países están registrando progresos en los indicadores identificados.**
 - Se requieren más estudios de casos de alta calidad para comprender las razones de una progresión o la ausencia de ella.
- 4. La “nueva normalidad” consiste en ocuparse de las diferentes formas de malnutrición, superpuestas entre sí.**
 - Se deben adecuar mejor los recursos y conocimientos especializados a la naturaleza evolutiva de la malnutrición.
- 5. Necesitamos ampliar la cobertura de los programas específicos de nutrición a todos los que los necesitan.**
 - Se debe prestar más atención a los datos sobre cobertura, una forma importante de evaluar la indispensable presencia en el terreno.
- 6. Deberá adjudicarse una proporción mayor de inversiones para mejorar los determinantes subyacentes de la nutrición y lograr un mayor impacto en los resultados nutricionales.**
 - Necesitamos continuar el seguimiento de la proporción de recursos de nutrición destinada a estos enfoques.
 - También debemos brindar una mayor orientación sobre la forma de diseñar y aplicar estos enfoques para mejorar su eficacia y alcance.
- 7. Se debe incentivar la responsabilidad de países, donantes y organismos para que cumplan sus compromisos en materia de nutrición.**
 - Las partes interesadas deberán trabajar para desarrollar, poner a prueba y evaluar nuevos mecanismos de responsabilidad. Los esfuerzos de la sociedad civil para aumentar la responsabilidad necesitan ser acompañados.
 - Debemos desarrollar metas o normas orientadas a los gastos en nutrición.
- 8. Actualmente, el seguimiento de los gastos en materia de nutrición constituye un verdadero reto, lo que dificulta la rendición de cuentas por parte de los responsables.**
 - Se deben intensificar los esfuerzos para supervisar los recursos financieros de todas las partes interesadas dedicadas a la nutrición.
- 9. La nutrición necesita una revolución de los datos.**
 - Entre las muchas lagunas de información, es urgente salvar aquellas que restringen las acciones prioritarias e impiden la responsabilización.
- 10. Es necesario reconocer, apoyar y aumentar la cantidad de campeones de la nutrición nacionales.**
 - Debemos cubrir las vacantes de primera línea, brindar apoyo a los programas de liderazgo en nutrición y diseñar programas de investigación basados en los países.

La buena nutrición también constituye un elemento central para la agenda para el desarrollo sostenible que se está preparando por medio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), actualmente en debate. Una buena nutrición, sostenible por definición, repercute en todo el ciclo de vida y a través de las generaciones, además de promover la resiliencia individual ante las crisis e incertidumbres que generan el cambio climático y las marcadas fluctuaciones de precios. Asimismo, acompaña la generación de las innovaciones necesarias para cumplir el reto conjunto de mejorar la vida de las generaciones actuales y futuras de manera sostenible para el medio ambiente.

Este *Informe de la nutrición mundial* es el primero de una serie anual. Efectúa un seguimiento de los progresos mundiales en el mejoramiento del estado nutricional, identifica los obstáculos del cambio, resalta las oportunidades para la acción y contribuye a fortalecer la responsabilidad en el ámbito de la nutrición. La serie de informes se creó por medio de un compromiso de los signatarios de la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento de 2013, cuenta con el apoyo de un amplio grupo de partes interesadas y fue preparado por un Grupo de expertos independientes en colaboración con una gran cantidad de colaboradores externos.

Este informe tiene algunas características singulares. En primer lugar, su alcance es mundial, puesto que casi todos los países del mundo experimentan alguna forma de malnutrición y ningún país puede dar por sentado que posee todas las condiciones para una buena nutrición. En segundo lugar, dado que los objetivos mundiales requieren acciones nacionales, el informe se dirige a los encargados de formular políticas, profesionales, científicos y defensores del sector de todos los países. El presente informe reúne cuantiosos datos por país y otra información accesible y destaca las experiencias de un gran número de países de África, Asia, América Latina y el Caribe, América del Norte, Europa y Oceanía. En tercer lugar, se centra principalmente en cómo reforzar la responsabilidad en materia de nutrición. Debido a muchas de las características esenciales de la malnutrición, tal como sus efectos a largo plazo, la necesidad de trabajar en alianzas para contrarrestarla y la invisibilidad de algunas de sus manifestaciones, la responsabilidad constituye un verdadero reto. Por ende, identificamos las acciones para reforzar los mecanismos, actores e información clave de maneras que ayuden a que se nos haga responsables a todos por nuestros esfuerzos para acelerar la mejoras del estado nutricional. Finalmente, el informe fue preparado por un Grupo de expertos independientes al que se le encomendó la tarea de presentar un panorama de los avances en materia de nutrición y una evaluación de los compromisos tan independiente y basada en pruebas como fuera posible.

Desde el punto de vista de los autores, el informe en sí mismo constituye una intervención contra la malnutrición: se ha diseñado para situar a la malnutrición como un reto mundial, para elevar las ambiciones en cuanto a la rapidez con la que puede reducirse y para transmitir nuevas energías a las acciones emprendidas. A estos efectos, reunimos un amplio conjunto de

indicadores clave sobre estado nutricional, acciones y recursos de nutrición para el conjunto de los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas. Analizamos estos datos a fin de evaluar los progresos mundiales en el mejoramiento del estado nutricional y, a la vez, determinar los progresos y experiencias de los países individualmente dentro de las tendencias mundiales y regionales más amplias. Además, proporcionamos un mecanismo de responsabilidad respecto a los compromisos formulados por los 96 signatarios de la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento, supervisando y evaluando los progresos notificados por ellos en comparación con las declaraciones públicas de su intención de actuar en favor de la nutrición.

CONCLUSIONES CLAVE

El informe brinda diversas conclusiones relacionadas con los progresos logrados para mejorar el estado nutricional, ampliar la acción en materia de nutrición, cumplir los compromisos formulados por los signatarios del Pacto Nutrición para el Crecimiento y, por último, reducir las lagunas de datos.

Progresos en el mejoramiento del estado nutricional

- 1. MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS ES ESENCIAL PARA LOGRAR EL CRECIMIENTO SOSTENIBLE.** Presentamos pruebas para demostrar que las mejoras en el estado nutricional contribuirán con los ODS relacionados con pobreza, alimentación, salud, educación, género y empleo. También explicamos que las inversiones en nutrición ofrecen un alto rendimiento. Estimamos relaciones costo-beneficio para ampliar las intervenciones de nutrición en 40 países donde la mediana de costo-beneficio es de 16, lo que significa que, por cada dólar, rupia, birr o peso invertido, se obtendrá en la mediana un rendimiento de más de 16. Las relaciones costo-beneficio de invertir en nutrición son altamente competitivas en relación con las inversiones en caminos, riego y salud.
- 2. LA MALNUTRICIÓN AFECTA A CASI TODOS LOS PAÍSES.** Todos los países del mundo, salvo dos, entre los que recopilan datos de nutrición experimentan una de las siguientes formas de malnutrición: retraso en el crecimiento, anemia o sobrepeso en adultos. Si la tasa de anemia en estos dos países fuera solo 0,6 punto porcentual más alta, todos los países del mundo que cuentan con datos de nutrición se clasificarían como países que están experimentando una de estas tres formas de malnutrición.
- 3. EL MUNDO NO ESTÁ EN VÍAS DE CUMPLIR LAS METAS DE NUTRICIÓN ACORDADAS POR LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS).** Con los supuestos actuales, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF muestran que el mundo no está bien encaminado para cumplir ninguna de las seis metas de nutrición de la AMS. A nivel mundial, se están logrando escasos progresos para disminuir las tasas de anemia, bajo peso al nacer, emaciación en niños menores de 5 años y sobrepeso en niños menores de 5 años. Los progresos en el aumento de las tasas de

lactancia materna exclusiva han sido igualmente lentos. Se han logrado más avances para reducir las tasas de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, aunque no lo suficiente como para cumplir la meta global, si nos basamos en las proyecciones actuales.

4. **NO OBSTANTE, MUCHOS PAÍSES SIGUEN AVANZANDO EN LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE NUTRICIÓN.** Si las metas globales de la AMS se aplicaran país por país, ¿cuántos países estarían bien encaminados para cumplirlas? con respecto a los 4 indicadores de la AMS para los que podemos hacer evaluaciones a nivel de país, 99 países cuentan con datos suficientes para poder hacer dichas evaluaciones. Entre estos 99 países, 68 están bien encaminados para por lo menos una de las cuatro metas globales de la AMS, y 31 es posible que no puedan cumplir ninguna. De los 109 países con datos sobre retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, 22 están en vías de cumplir la meta de la AMS; de los 123 países con datos sobre emaciación en niños menores de 5 años, 59 están bien encaminados y, por último, de los 107 países que tienen datos sobre sobrepeso en niños menores de 5 años, 31 están bien encaminados. Finalmente, lo que es motivo de preocupación, solo 5 de los 185 países que tienen datos sobre anemia están bien encaminados respecto a la reducción de la anemia. Existe un gran potencial para aprender de la experiencia de cada país, pero no se la está explotando debido a la falta de estudios de casos de país que analicen la amplia variedad de factores que afectan el progreso.
5. **EXISTE UNA BASE PARA ESTABLECER OBJETIVOS MÁS EXIGENTES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA NUTRICIÓN.** ¿Resulta coherente esta conclusión con un mundo que está mal encaminado para cumplir las metas de la AMS? En primer lugar, la variación por país sugiere que hay muchos ejemplos de progresos que ofrecen inspiración y perspectivas. En segundo lugar, las experiencias del estado indio de Maharashtra, así como de Bangladesh, Brasil y Estados Unidos sugieren que puede lograrse un cambio significativo en el estado nutricional a mediano plazo como resultado de las acciones sostenidas durante un período de 6 a 12 años. Si solo algunos pocos países grandes mejorasen su desempeño, cambiaría la base para las primeras proyecciones de progresos. Finalmente, en el caso de India (el segundo país más poblado del mundo), hay datos nacionales nuevos y preliminares que sugieren que se está experimentando una mejora mucho más rápida que lo que suponen actualmente los indicadores de la AMS. Por ejemplo, si las nuevas estimaciones preliminares no son objeto de otros ajustes importantes, el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento en India ya ha disminuido más de 10 millones.
6. **EL ROSTRO DE LA MALNUTRICIÓN ESTÁ CAMBIANDO: LOS PAÍSES SE ENFRENTAN A CARGAS DE MALNUTRICIÓN COMPLEJAS, SUPERPUESTAS Y CONECTADAS.** Muchos países experimentan alguna combinación de retraso en el crecimiento en menores de 5 años, anemia en mujeres en

edad reproductiva y sobrepeso en adultos; menos de 20 países tienen solo una de estas formas de malnutrición. Estas diferentes cargas están conectadas no solo en el plano fisiológico, sino también a nivel de los recursos y la política. Los investigadores y profesionales deben desarrollar urgentemente herramientas y estrategias para priorizar y secuenciar las acciones pertinentes para la nutrición en estos contextos complejos. Debido a estas cargas múltiples y la tendencia hacia la descentralización de los programas sobre nutrición, los análisis desglosados sobre los resultados de la nutrición son ahora más importantes que nunca. Existe una importante ausencia de datos, aunque puede que no sea el caso en todos los países.

Progresos en la ampliación de las acciones en materia de nutrición

7. **LA COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN ES BAJA.** La falta de datos nacionales de cobertura para las intervenciones específicas de nutrición refleja la baja cobertura de los programas. Para las 12 intervenciones específicas de nutrición que se han considerado esenciales para reducir la desnutrición, muchos países tienen datos de cobertura nacionales para solo 3 (suplemento con vitamina A, tratamiento con zinc para la diarrea y yodación universal de la sal). Dada la falta de progresos en las tasas de emaciación, la falta de datos de cobertura sobre programas para tratar la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda severa (MAM y MAS) es un motivo importante de preocupación. La cobertura geográfica es deficiente, incluso en países con importantes cargas de MAS. Se requieren estimaciones de cobertura directa para evaluar adecuadamente el acceso de las personas al tratamiento tanto de la MAM como de la SAM. Se deberá encontrar la forma de obtener la mejor combinación de encuestas rápidas autónomas y encuestas nacionales periódicas para estimar la cobertura para la MAM y la SAM de manera oportuna y confiable.
8. **LOS DETERMINANTES SUBYACENTES DEL ESTADO NUTRICIONAL ESTÁN MEJORANDO.** Los determinantes subyacentes, tales como provisión de alimentos, agua limpia y saneamiento, educación y cuidado de la salud, pueden representar una importante contribución para mejorar el estado nutricional. Las estimaciones de subalimentación basadas en la provisión de alimentos están disminuyendo pero, con 805 millones de personas por debajo del umbral de calorías mínimas de 2012–2014, todavía siguen siendo altas. El acceso a fuentes de agua y servicios de saneamiento mejorados está progresando a ritmo sostenido; no obstante, siguen existiendo grandes diferencias de cobertura de fuentes de agua en África meridional, África occidental y África central y de saneamiento en Asia meridional y Asia sudoriental y la mayoría de las regiones de África. Las tendencias de la matrícula femenina en la escuela secundaria son positivas para todas las regiones, aunque la tasa sigue siendo de

solo el 50% para África. No obstante, aún faltan servicios de salud en África y Asia. Europa tiene el número más alto de médicos cada 1.000 personas (con 3,5), y África el número más bajo (0,5), mientras que América del Norte tiene el número más alto de enfermeras y parteras por cada 1.000 personas (9,8) y África el número más bajo (1,3). Asia tiene el doble de trabajadores de la salud comunitarios cada 1.000 personas que África, pero los números son bajos en ambas regiones (1,4 en comparación con 0,7).

9. **RESULTA CLARO QUE HAY POSIBILIDADES DE AMPLIAR LOS RECURSOS PARA PROGRAMAS ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN; LA PREGUNTA ES: ¿CÓMO?** Las inversiones en programas dirigidos a la nutrición y los enfoques que abordan los factores determinantes subyacentes pueden constituir componentes importantes dentro de un conjunto de acciones para mejorar el estado nutricional. Presentamos datos sobre gastos gubernamentales en los sectores relacionados como agricultura, educación, salud y protección social. Los gobiernos eligen opciones diferentes en relación con estos sectores, y los niveles de gastos varían entre las regiones y dentro de estas.

El gasto en protección social está aumentando rápidamente en muchos países de África y Asia, lo que brinda una gran oportunidad de ampliar las acciones enfocadas a la nutrición. Sin embargo, existen pruebas limitadas sobre cómo realizar intervenciones que aborden los determinantes subyacentes más enfocados a la nutrición. El informe propone algunas ideas en materia de agricultura, protección social, educación, salud y fuentes de agua, saneamiento e higiene.

10. **LOS PAÍSES NO PUEDEN HACER ACTUALMENTE UN SEGUIMIENTO DE SUS COMPROMISOS FINANCIEROS PARA LA NUTRICIÓN.** Existen varias herramientas de seguimiento y será necesario invertir para fortalecer la capacidad organizacional al respecto. Guatemala proporciona un estudio de caso inspirador. Los gastos de los donantes resultan algo más claros que los gastos de los países. Entre 2010 y 2012, los compromisos de 13 donantes para intervenciones específicas de nutrición aumentaron un 39%, y los desembolsos un 30%. Los compromisos enfocados a la nutrición de los donantes disminuyeron un 14%, pero los desembolsos enfocados a la nutrición de los 10 donantes que notificaron datos aumentaron un 19%. El porcentaje de asistencia oficial al desarrollo asignada a la nutrición en 2012 fue solo de un poco más del 1%. La presentación de informes de los donantes sobre la nutrición está cada vez más armonizada, pero aún resta mucho por hacer en cuanto a las diferencias en las definiciones y los marcos temporales.

11. **LAS POLÍTICAS, LEYES E INSTITUCIONES SON IMPORTANTES PARA FOMENTAR LA NUTRICIÓN.** Se trata de elementos del entorno político que se pueden medir. Vale destacar el enfoque de puntuación del proceso de Fomento de

la Nutrición (SUN), ya que es un proceso de medición participativo que estimula la reflexión y la acción de las partes interesadas acerca de cómo fortalecer la acción coordinada en materia de nutrición. La evaluación de la solidez de las políticas, leyes e instituciones puede señalar desajustes, tales como la coexistencia de entornos de políticas frágiles sobre la diabetes y poblaciones con altos índices de los niveles de glucosa en sangre.

Supervisión de los compromisos de Nutrición para el Crecimiento

12. **LA ELABORACIÓN DE INFORMES SOBRE LOS COMPROMISOS DE LA CUMBRE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO (N4G) DE 2013 RESULTÓ COMPLEJA PARA TODOS LOS GRUPOS DE SIGNATARIOS.** En este “año de referencia” aprendimos lecciones valiosas. El 90% de los signatarios respondieron a las solicitudes de actualización sobre los compromisos asumidos en la N4G. Muy pocos signatarios no estaban bien encaminados en sus compromisos, aunque existían muchas evaluaciones “no claras” debido a la imprecisión de los compromisos formulados y las repuestas transmitidas. En términos de progreso con respecto a las metas de la N4G, ninguno de los grupos tenía causas claras de preocupación, al menos en esta etapa temprana del período de presentación de informes de 2013–2020. La evaluación se reforzará en 2015 con más datos, procesos más racionalizados y, esperamos, participantes más motivados gracias que comprenderán la manera en que se informarán sus respuestas.

13. **SE PUEDE Y SE DEBE CULTIVAR LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA DE NUTRICIÓN.** Los actores de la sociedad civil son especialmente importantes para reforzar la responsabilidad, pese a que necesitan cierto apoyo para potencializar su eficacia. Las plataformas de las evaluaciones nacionales y los mecanismos de respuesta de la comunidad prometen ser formas de fortalecer la responsabilidad sobre la nutrición, pero es necesario realizar pruebas experimentales y evaluarlos. Los sistemas de investigación sobre nutrición nacionales e internacionales impulsados por los problemas de los propios países probablemente mejoren la responsabilidad a nivel nacional.

Reducir la ausencia de datos

14. **EXISTEN MUCHAS LAGUNAS DE DATOS SOBRE RESULTADOS, PROGRAMAS Y RECURSOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN.** Por ejemplo, con respecto a los cuatro indicadores de la AMS para los que existen reglas para clasificar a los países como “bien encaminados” o “mal encaminados”, solamente el 60% de los 193 países miembros de las Naciones Unidas tienen datos para evaluar si sus niveles de contribución están bien o mal encaminados para cumplir las metas globales de la AMS. Garantizar que todos los países puedan informar sobre los indicadores de la AMS es una prioridad para los gobiernos y organismos de las Naciones Unidas. A fin de identificar la ausencia de datos más allá de los indicadores de la AMS, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿En qué áreas se observan lagunas de datos que nos impidan priorizar las cuestiones

urgentes y tomar las medidas que deben tomarse para reducir la malnutrición? Identificamos tres indicadores sobre el estado nutricional —anemia, sobrepeso y obesidad y bajo peso al nacer— en los que el progreso es lento y las lagunas de datos podrían estar retrasando las acciones. También identificamos lagunas de datos que creemos que están retardando la ampliación y la integración adecuada al contexto de intervenciones específicas sobre nutrición, enfocadas a la nutrición y relacionadas con el entorno propicio. Estas lagunas incluyeron datos sobre la capacidad de los países para implementar y ampliar las acciones en materia de nutrición, los costos de los programas y seguimiento de recursos financieros. Se necesita tomar muchas decisiones para determinar la jerarquía de datos por recopilar a nivel nacional, en función de las políticas, los planes y las estrategias de nutrición.

15. NO TODAS LAS AUSENCIAS DE DATOS NECESITAN SALVARSE

RECOPILANDO DATOS NUEVOS. Identificamos varias maneras de salvar las lagunas de datos: 1) utilizar mejor los datos existentes, 2) mejorar la calidad de recopilación de los datos existentes, 3) mejorar la capacidad de comparación de los datos entre los distintos países, 4) recopilar datos nuevos donde estos no son suficientes para una correcta responsabilidad, y 5) aumentar la frecuencia de recopilación de datos de encuestas nacionales sobre nutrición. Se identificaron entre tres y cuatro lagunas de datos clave en cada una de estas cinco áreas, y se propusieron maneras

de resolver esta situación. Muchas de estas lagunas de datos se pueden salvar invirtiendo en la capacidad de los analistas de nutrición, los administradores de los programas y las dependencias encargadas de las políticas para que puedan utilizar los datos existentes en forma más adecuada.

PODEMOS MEJORAR LA NUTRICIÓN MÁS RÁPIDO: ES CLAVE IMPONER UNA RESPONSABILIDAD MÁS RIGUROSA

Casi todos los países sufren altos niveles de malnutrición y deberían hacer causa común y aprender unos de otros. Resulta claro que los países con ingresos bajos no tienen el monopolio de los problemas de malnutrición ni tampoco los países de ingresos altos tienen el monopolio de las soluciones nutricionales.

Si no se intensifica la acción y no se encuentran soluciones, se sufrirán consecuencias nefastas a largo plazo, que dejarán un legado doloroso a la siguiente generación. Nuestra generación tiene la oportunidad, y la capacidad, de impedir esas consecuencias. Para ello, debemos actuar de modo estratégico y eficaz, en el plano adecuado y con las alianzas necesarias. Necesitamos asumir responsabilidades.

La serie anual de *Informes de la nutrición mundial*, con sus datos, análisis, ejemplos, mensajes y recomendaciones, representa una contribución para cumplir este desafío colectivo del siglo XXI.



EL RETO DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL ES LA EMPRESA DEL SIGLO XXI POR EXCELENCIA, UN DESAFÍO PARA EL MUNDO ENTERO: CASI TODOS LOS PAÍSES DEL mundo experimentan un nivel de malnutrición que constituye un riesgo grave para la salud pública. Entre 2.000 y 3.000 millones de personas están malnutridas, es decir, sufren alguna forma de desnutrición, tienen sobrepeso o son obesas, o carecen de ciertos micronutrientes¹.

La deficiencia nutricional tiene múltiples facetas: desde niños que viven en situaciones de hambruna y parecen tener solo piel y huesos, hasta adultos con dificultades respiratorias debido a la obesidad y lactantes que no superan su primer año de vida como resultado de una combinación de dietas carenciadas, una alimentación infantil deficiente y la exposición a enfermedades infecciosas.

Se trata de un reto que implica actuar con eficacia en diversos sectores, ámbitos (alimentación, salud, bienestar social, educación, agua, saneamiento y condición de la mujer) y actores (gobierno, sociedad civil, empresas y equipos dedicados a la investigación y el desarrollo en el ámbito internacional). A la hora de actuar, las alianzas sólidas son mucho más eficaces que las fórmulas mágicas, y, a menudo, las numerosas causas de malnutrición representan otras tantas oportunidades de mejorar la nutrición de manera sostenible.

Por último, vale destacar que una nutrición deficiente es un desafío con amplias repercusiones, puesto que sus consecuencias se observan en todo el ciclo de vida, y se repiten en cascada en las generaciones siguientes; afectan a todos— especialmente niños, niñas adolescentes y mujeres— e implican mortalidad, infecciones, deterioro cognitivo, menor productividad laboral, inicio precoz de la pubertad y un mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles (ENT), estigma y depresión.

PUNTOS CLAVE

1. El reto que representa una mejor nutrición posee características similares a otros desafíos del siglo XXI: prevalencia mundial, consecuencias a largo plazo y necesidad de forjar amplias alianzas entre sectores y actores.
2. Un mejor estado nutricional resulta esencial para el programa de desarrollo sostenible, puesto que, por definición, implica sostenibilidad durante todo el ciclo de vida y a través de las generaciones, y contribuye directamente con el cumplimiento de la mayoría de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos.
3. Las características de los resultados y las acciones relacionados con la nutrición (consecuencias a corto y largo plazo, invisibilidad de algunos efectos de la malnutrición y necesidad de establecer alianzas) aumentan la complejidad del proceso de identificación de compromisos y la supervisión de responsabilidades con respecto a otros problemas de desarrollo.
4. Este informe es una contribución que apunta a reforzar la responsabilidad en materia de nutrición.

LA NUTRICIÓN COMO FACTOR ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Las características de la nutrición antes evocadas (prevalencia mundial, necesidad de mejorarla a través de amplias alianzas sectoriales y consecuencias a corto y largo plazo) determinan además otros retos actuales relacionados con el desarrollo: lograr la equidad, facilitar las transiciones demográficas a niveles de mortalidad y fertilidad más bajos y abordar el cambio climático y sus repercusiones para la vulnerabilidad, los sistemas alimentarios sostenibles y la utilización de los recursos naturales. El proceso orientado a mejorar los resultados en materia de nutrición está estrechamente relacionado con estas cuestiones, y resulta esencial para el programa de desarrollo sostenible, por lo menos en dos aspectos. En primer lugar, los progresos en nutrición, por definición, son sostenibles con el correr del tiempo. Las inversiones en los primeros 1.000 días de la vida de una persona arrojan beneficios durante todo su ciclo de vida y a través de las generaciones.² En segundo lugar, un mejor estado nutricional acarreará mejores resultados en el ámbito del desarrollo sostenible, tanto directa como indirectamente. Como se explica en el capítulo 2, una mejor nutrición contribuye al cumplimiento de la mayoría de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por el Grupo de Trabajo Abierto de las Naciones Unidas. Por lo tanto, vale recalcar que resultados positivos en este aspecto pueden impulsar el cumplimiento de los ODS.

LA NECESIDAD DE REFORZAR LA RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA NUTRICIÓN

Si bien estos aspectos de la nutrición la convierten en un eje central del desarrollo sostenible, también implican ciertas dificultades para las principales partes interesadas responsables debido a las acciones que deben implementarse para mejorarla. ¿Cómo se puede increpar a los responsables si es imposible identificarlos, no se conocen sus obligaciones y no se puede verificar el cumplimiento de las mismas? Del mismo modo, a aquellos responsables de las acciones en pos de una mejora de la nutrición se les hace difícil supervisar sus propios esfuerzos, si los mecanismos de seguimiento y retorno de información no son lo suficientemente sólidos. El gran número de partes interesadas, los beneficios a largo plazo de la acción iniciada y la invisibilidad de algunas consecuencias de la malnutrición son factores que impiden una clara definición de las responsabilidades. Si no se rinden cuentas, no existe ninguna guía para actuar, y no hay consecuencias por la inacción y la indiferencia, más allá de los 2.000 a 3.000 millones de personas afectadas en forma directa.

Nunca antes hemos tenido tantos conocimientos acerca de las medidas que pueden mejorar el estado nutricional. En el caso de la desnutrición, contamos con un conjunto de intervenciones específicas y comprobadas, y un conjunto mucho más amplio de inversiones con un enorme potencial aún sin explotar. En el caso del sobrepeso y la obesidad, la base de pruebas carece de solidez, pero se está fortaleciendo. Las pruebas sugieren que ocuparnos de la desnutrición también atenúa a largo plazo algunos de

los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles. Frente a la ausencia de datos, debemos determinar la secuencia y las prioridades de las medidas por adoptar y la forma de evaluar si están marcando una diferencia en los niveles meso y macro.

FINALIDADES DE ESTE INFORME

Este informe representa una nueva contribución para fortalecer la capacidad de los dirigentes políticos, los responsables de los programas, los defensores de la sociedad civil, los inversionistas, las comunidades y sus familias para supervisar los progresos de sus sociedades en la mejora de la nutrición. La finalidad del informe es contribuir a la responsabilización de estos grupos y otras partes interesadas frente a sus acciones o inacciones en la materia. En este sentido, el informe busca apoyar la infraestructura de responsabilidad de los ODS y servir de aliciente para mejorar la asignación de recursos e intensificar la acción y la demanda de una buena nutrición.

Los públicos clave son los “campeones de la nutrición” y sus aliados actuales y futuros (Cuadro 1.1). Los campeones de la nutrición son organizaciones y personas, ya sea que operen en el centro de la escena o tras bambalinas, que constantemente se esfuerzan por acelerar los resultados relacionados con la nutrición. Sus aliados son quienes les acompañan porque tienen interés en invertir en nutrición, generalmente para impulsar o cumplir otra meta al mismo tiempo. Los campeones futuros son aquellos a quienes debemos ofrecer inspiración y apoyo, quienes están iniciándose en sus carreras en la nutrición o quienes la están descubriendo. Los aliados futuros son aquellos que tienen intereses creados en el sector, pero que aún no lo han comprendido. Se trata de economistas que apuntan a nuevas fuentes de crecimiento; responsables de la planificación social que exploran medios innovadores de llegar a los más vulnerables; especialistas en agricultura que buscan maximizar los efectos humanos de las tecnologías y prácticas agrícolas y las innovaciones del mercado; y especialistas en agua, saneamiento e higiene que intentan maximizar los beneficios de su labor para la salud. Llegar a estos socios estratégicos y motivarlos conducirá a nuevos diálogos, y deberá contribuir a identificar nuevas oportunidades para inversiones que conduzcan a mejoras en nutrición.

El informe fue originalmente solicitado por los signatarios del Pacto de la Cumbre Nutrición para el Crecimiento (N4G) de 2013, quienes reconocieron la necesidad de supervisar más adecuadamente los compromisos de mejora de la nutrición. En este sentido, el informe es una labor colectiva de todas las partes interesadas del N4G, profundamente preocupadas por mejorar la nutrición como un aliciente para desarrollo sostenible.

El Grupo de Partes Interesadas ha encomendado a un Grupo de Expertos Independientes que reúna datos sobre nutrición, existentes y nuevos, con el fin de ofrecer una imagen más completa de los indicadores de nutrición nacionales e internacionales, reforzar la responsabilidad, generar perspectivas novedosas, iniciar nuevos diálogos y catalizar nuevas acciones.

PANEL 1.1 TIPOS DE INVERSIONES EN NUTRICIÓN

LAWRENCE HADDAD

Dado que el estado nutricional de una persona depende de una variedad de determinantes inmediatos, subyacentes y básicos y las interacciones entre ellos, las inversiones en nutrición pueden adoptar diversas formas a la hora de tratarlos.

Los programas específicos sobre nutrición abordan los determinantes inmediatos del estado nutricional (tales como dieta inadecuada y carga de enfermedades) y se desarrollan en diversos ámbitos, tales como salud, socorro humanitario y procesamiento de alimentos.¹

Los programas y enfoques dirigidos a la nutrición se ocupan de los determinantes subyacentes del estado nutricional (tales como seguridad alimentaria, acceso a la salud,

ambiente familiar sano y buenas prácticas de cuidados) y se desarrollan en distintos ámbitos (agricultura, educación, tratamiento del agua, saneamiento e higiene, protección social, autonomía y potencialidad de la mujer y salud). Incorporan metas o acciones explícitas relacionadas con la nutrición, aunque la mejora no sea necesariamente su objetivo principal.

Las inversiones para un entorno propicio se abocan al tratamiento de los determinantes básicos del estado nutricional, tal como la gobernanza, los ingresos y la equidad. Estas inversiones pueden tomar la forma de leyes, reglamentos, políticas, inversiones en crecimiento económico y mejoras en la capacidad de gestión.

Las inversiones en acciones orientadas a tratar los determinantes subyacentes y básicos del estado nutricional no están forzosamente enfocadas a la nutrición (en otras palabras, no incorporan metas o acciones explícitas relacionadas con la nutrición), pero pueden ser motores importantes en pos de una nutrición adecuada.

Los esfuerzos para mejorar el estado nutricional pueden provenir de cualquiera de las tres áreas antes mencionadas. La finalidad consiste en encontrar la combinación más eficaz, a escala, considerando las necesidades, capacidades y oportunidades políticas de cada caso.

Ambos grupos, como muchos otros, reconocen que, si bien es alto, el compromiso político en pos de una mejor nutrición no es permanente. Las tendencias de desarrollo son fluctuantes. Este informe tiene por objetivo ser un legado de los elevados niveles de compromiso actuales y ayudar a estimular futuros compromisos con la nutrición, después de que la tendencia actual se haya disipado.

MARCO CONCEPTUAL

En términos generales, el informe respeta el marco de acción para mejorar el estado nutricional que presenta Black et al. (2013). Describe la importancia de un mejor estado nutricional, sus progresos y los niveles de cobertura y las tendencias de programas y enfoques específicos y enfocados a la nutrición, incluidas inversiones en los determinantes subyacentes que las apoyan (véase el Panel 1.1). Además, el informe examina el entorno propicio para la nutrición— recursos, políticas, leyes y transformaciones institucionales— e identifica los obstáculos

que impiden el desarrollo y las oportunidades de aunar los esfuerzos de las partes interesadas.

En todo el informe, nos centramos en la necesidad de actuar en una gran cantidad de frentes, a fin de poder mejorar la nutrición de manera rápida y sostenible. Recurrimos a estudios de casos de Bangladesh, Brasil, Burkina Faso, el estado indio de Maharashtra, Estados Unidos y el Reino Unido para mostrar todo lo que puede lograrse cuando se toman medidas en diferentes sectores. Los estudios de casos de este y otros informes muestran que no una hay una receta mágica para la acción multisectorial (Garrett y Natalicchio 2011). Los programas específicos y enfocados a la nutrición, junto con los cambios en los determinantes subyacentes y el entorno propicio, pueden desempeñar un papel preponderante. Cuando se unen en un círculo virtuoso, pueden conducir a mejoras importantes en el estado nutricional de las personas. Resulta esencial que los líderes nacionales y la comunidad de la nutrición tengan una sólida visión de las metas que desean alcanzar y un plan que

CUADRO 1.1 PÚBLICO DE ESTE INFORME: PERSONAS, ORGANIZACIONES Y REDES

	Campeones	Aliados
Actuales	Centrados en mejorar los resultados de nutrición Con disposición y capacidad para trabajar con otros fuera de la comunidad para mejorar el estado nutricional Con disposición y capacidad para mostrar liderazgo en nutrición	Aquellos que ya trabajen con campeones de la nutrición en alianzas beneficiosas para todos a fin de impulsar sus propios objetivos sectoriales por medio de una mayor atención a la nutrición
Futuros	Próxima generación de líderes en nutrición Algunos aliados actuales	Aquellos que tienen intereses creados en mejorar el estado nutricional pero que pueden no ser completamente conscientes de ello

Fuente: Autores.

indique cómo alcanzarlas, pero que debe estar abierto a todas las acciones y combinaciones de acciones posibles.

El informe recurre a un marco de responsabilidad simple para guiar su labor basado en publicaciones recientes sobre responsabilidad en materia de nutrición (Kraak et al. 2014; te Lintelo 2014). El círculo de responsabilidad incluye identificar compromisos, hacer el correspondiente seguimiento de los progresos, determina la responsabilidad (¿se cumplieron los compromisos?), comprender de qué manera se está usando la información relativa a la rendición de cuentas (por ejemplo, para apalancar nuevos compromisos) y describir cómo responden las diversas partes a la evaluación de la responsabilidad. Al final de cada capítulo, se destaca la ausencia de datos y las barreras que constituye para la acción requerida.³

En la Figura 1.1 se presenta un resumen del marco conceptual.

EL INFORME: DEL DOCUMENTO A LA INTERVENCIÓN

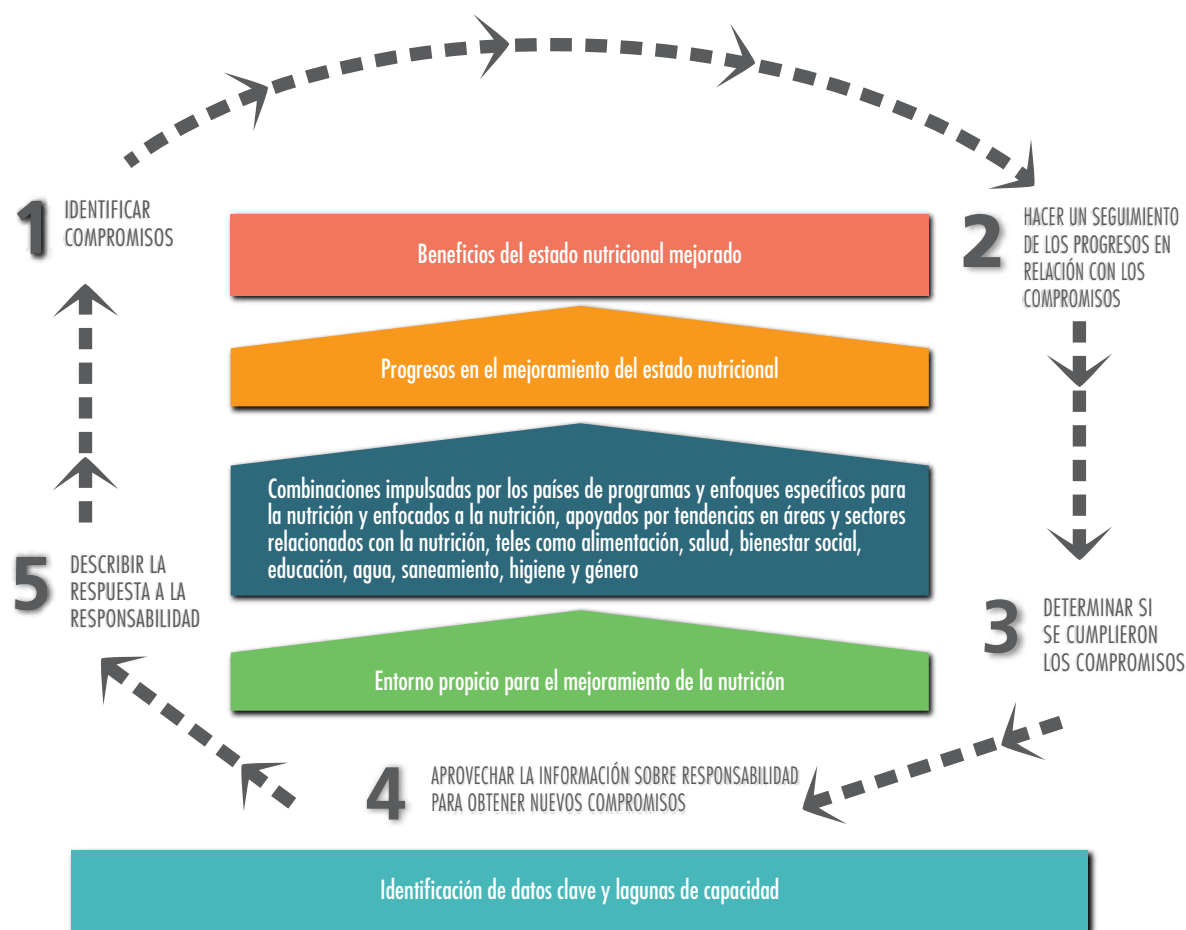
En el análisis de las partes interesadas⁴ que se llevó a cabo para dar forma al propósito y el contenido del informe, se concluyó

que debía cumplir cuatro funciones primordiales: 1) constituir una intervención activa más que un mero informe; 2) respaldar constantemente a los campeones de la nutrición y sus aliados a nivel nacional; 3) centrarse en todas las formas de malnutrición, no solo la desnutrición; y 4) acompañar los esfuerzos de otros procesos de preparación de informes sobre la nutrición, en lugar de duplicarlos o entrar en competencia con ellos.

El informe como una intervención

La meta de este informe es ayudar a supervisar más adecuadamente los progresos en una variedad de indicadores, programas, determinantes, políticas, leyes y recursos relacionados con el estado nutricional. La finalidad es reforzar la responsabilidad en materia de nutrición y contribuir a lograr mejoras más rápidas del estado nutricional. Al identificar los compromisos y supervisarlos y al evaluar su cumplimiento, el informe debería estimar e intensificar la acción. La publicación anual de *Informes de la nutrición mundial* mejorará la capacidad de las partes interesadas para saber quién respeta sus compromisos y quién no, y colaborará para su adecuado cumplimiento en el futuro.

FIGURA 1.1 MARCO CONCEPTUAL DE ESTE INFORME



Fuente: Autores, basándose en Kraak et al. (2014) y te Lintelo (2014).

Centrarse en las partes interesadas en el plano nacional

Puede afirmarse que ahora el compromiso mundial respecto de la nutrición es más fuerte que antes. Los picos en los precios de los alimentos en 2007-2008 llamaron la atención mundial sobre las consecuencias a largo plazo de las crisis generalizadas. En 2008 y 2013, *The Lancet* publicó dos series de documentos sobre desnutrición, materna e infantil, en los que se recopiló la información sobre la distribución y las consecuencias de la malnutrición y las soluciones para promover una buena nutrición. El Movimiento para el Fomento de la Nutrición (Scaling Up Nutrition, SUN), iniciado en 2010, cuenta con más de 50 países miembros y ha desempeñado un papel fundamental para estimular y sostener el compromiso con la nutrición. Los progresos en la mejora de las deficiencias de micronutrientes es lento, pero ha recibido una atención mundial renovada, como se puede comprobar en el *Índice Global del Hambre 2014* [von Grebmer et al. 2014]). En Londres, los signatarios del Pacto NG4 prometieron, en 2013, más de US\$4.000 millones en financiación adicional para la reducción de la desnutrición hasta 2020. El sobrepeso y la obesidad, que afectan a un tercio y hasta a la mitad de los adultos de los países de ingresos altos, también están cobrando mayor notoriedad en la agenda mundial (Ng et al. 2014; Popkin 2009; Keats y Wiggins 2014).

Cada vez más, el interés mundial por la malnutrición se refleja en el plano nacional a raíz de las condiciones que se enfrentan en los países. Sin embargo, sin progresos en el plano nacional, será difícil sostener el interés mundial. Estos progresos dependerán de los “campeones nacionales” que logren que la nutrición escale posiciones en el programa para el desarrollo, forjando alianzas entre sectores y entre gobiernos centrales y locales, ofreciendo servicios y documentando resultados. Este informe, que ofrece acceso a datos y análisis específicos de los países, muestra los esfuerzos nacionales y establece conexiones con una amplia variedad de “campeones nacionales”, procura respaldar su labor en todos los países.

Una herramienta clave preparada junto con este informe establece los perfiles nutricionales de los países, uno para cada uno de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas. Estos perfiles, que muestran el alcance mundial del informe, están disponibles en www.globalnutritionreport.org. Cada perfil de dos páginas contiene 84 indicadores en categorías correlacionadas con las diferentes secciones del informe.⁵

Centrarse en todas las formas de malnutrición

El mundo está experimentando una pandemia de sobrepeso y obesidad. Al mismo tiempo, la carga de enfermedades en los países de ingresos bajos y medianos está cambiando rápidamente de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles (Lim et al. 2012). Las deficiencias de

micronutrientes siguen siendo causa de preocupación; las tasas de anemia, por ejemplo, no han experimentado un cambio apreciable en más de 20 años, así como tampoco han cambiado las tasas de emaciación (OMS 2014a).

Prácticamente, ningún país se libra de la malnutrición, y muchas familias, comunidades y países enfrentan todas estas formas de malnutrición al mismo tiempo. Asimismo, las diversas formas de malnutrición están conectadas desde el punto de vista fisiológico, político y financiero. Al igual que las familias, las políticas y la programación deben enfrentarlas simultáneamente. El informe describe las superposiciones en la carga de malnutrición en el nivel de los países.

Un informe que completa otros informes en lugar de competir

La comunidad de la nutrición ha tardado casi 30 años en reunirse y trabajar a través de las fronteras nacionales e institucionales. Este informe procura destacar la excelente labor de decenas de organizaciones que han compartido con nosotros datos de nivel nacional y completar su tarea uniéndola a la de otros. Con ello, esperamos generar nuevas perspectivas e identificar brechas. Se publicarán nuevos informes en 2015 y 2016 para ayudar a mantener la presión, lograr una acción eficaz en materia de nutrición, guiar la acción y responsabilizar a las partes interesadas.

ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe se organiza de la siguiente manera. Basándose en nuevos análisis, el capítulo 2 presenta los resultados que permiten un mejor estado nutricional y analiza el alcance de los progresos que pueden lograrse para 2025. El capítulo 3 describe los cambios en los resultados de estado nutricional, evalúa la evolución mundial en el logro de las metas de la Asamblea Mundial de la Salud y observa los progresos de los países en relación con los indicadores de la AMS. El capítulo 4 describe de qué manera los países están experimentando formas múltiples de malnutrición y examina algunos patrones subnacionales críticos. El capítulo 5 informa sobre la cobertura de intervenciones específicas de nutrición. El capítulo 6 describe algunos programas y enfoques dirigidos a la nutrición, incluido un enfoque más amplio sobre las tendencias de los determinantes subyacentes. El capítulo 7 se centra en el entorno propicio y el seguimiento de recursos, leyes, políticas y transformaciones institucionales. El capítulo 8 explora cómo se puede mejorar la responsabilidad en materia de nutrición. Es allí donde se evalúan los progresos en relación con los compromisos de Nutrición para el Crecimiento. El capítulo 9 reflexiona acerca de las brechas en los datos sobre nutrición y propone algunas prioridades destinadas a reforzar la responsabilidad y los datos. El informe finaliza con algunos mensajes clave y recomendaciones para la acción dedicados a diferentes públicos de nivel nacional y mundial, tanto dentro como fuera de la comunidad de la nutrición⁶.

2 LA NUTRICIÓN: ELEMENTO ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

L OS ESFUERZOS REALIZADOS EN POS DE UNA MEJOR ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPAN EN LA EVOLUCIÓN DE DIVERSOS ÁMBITOS DEL DESARROLLO

sostenible. La malnutrición persistente refleja el fracaso del proceso de desarrollo. Este capítulo resalta que la nutrición también es importante para otros sectores y resultados en materia de desarrollo.

En este capítulo se recurre a datos, pruebas y análisis recientes con el fin de ilustrar que es posible alcanzar y superar los objetivos de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) partiendo de índices de progreso exigentes y, a la vez, realistas.

LOS IMPORTANTES BENEFICIOS DE LA NUTRICIÓN PARA LOS SERES HUMANOS Y LA ECONOMÍA

Los costos acarreados por la desnutrición y la obesidad se identifican cada día mejor (Cuadro 2.1), aquellos en vidas humanas son muy altos en términos de mortalidad y morbilidad prevenibles y, los costos económicos también son elevados. Los totales del producto interno bruto (PIB) en África y Asia representan menos del 90% de lo que serían si no hubiera desnutrición y, en China, aproximadamente un 95% si no hubiera obesidad.

Todos los estudios mencionados en el Cuadro 2.1 hacen hincapié en la naturaleza conservadora de las hipótesis y el límite inferior de las estimaciones. Se prevé que los futuros costos económicos sobre obesidad en China se duplicarán el 4% del producto nacional bruto (PNB) en 2000 al 9% del PNB en 2025 (Popkin et al. 2006). A diferencia de China, muchos países, como Indonesia, registran altas tasas de bajo peso y obesidad y, por consiguiente, los gastos que representa una nutrición deficiente en esos países son aún más altos que las estimaciones que contemplan un solo factor. Es de suma importancia que los países eviten esta doble carga económica y adopten estrategias para reducir simultáneamente la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

PUNTOS CLAVE

1. Los costos económicos y la pérdida de vidas humanas debido a todas las formas de malnutrición son sustanciales. La rentabilidad económica que representa invertir en acciones para reducir el retraso en el crecimiento infantil son altamente competitivas si se las compara con otras inversiones públicas.
2. La nutrición constituye un componente central en los programas previstos más allá de 2015, pero no hay cabida para el conformismo. El caso de la nutrición debe defenderse con más énfasis.
3. Los recientes datos, experiencias y análisis provenientes de los distintos países reflejan que es posible obtener resultados rápidos con el fin de lograr una disminución de la malnutrición.
4. Las metas en materia de nutrición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 deben ser más ambiciosas, y no constituir simples extrapolaciones de lo estipulado por la AMS para 2025. La comunidad de la nutrición debe desarrollar metas para 2030 que sean exigentes y alcanzables a la vez.

CUADRO 2.1 COSTOS HUMANOS Y ECONÓMICOS DE LA MALNUTRICIÓN

Tipo de costo	Desnutrición	Obesidad
Mortalidad	45% de la mortalidad de menores de 5 años se atribuye a la desnutrición (Black et al. 2013).	
Morbilidad	Las deficiencias nutricionales son responsables de más del 50% de los años vividos con discapacidad para los niños de 4 años de edad y menos (Vos et al. 2012). El bajo peso es el primer factor que más contribuye a la carga de enfermedad en África al sur de Sahara y el cuarto factor en Asia meridional (Lim et al. 2012).	Cada 5 kg/m ² adicional de IMC aumenta 52% el riesgo de cáncer de esófago, 24% el riesgo de cáncer de colon, 59% el riesgo de cáncer de endometrio en la mujer y 59% el riesgo de cáncer de vejiga (varios países; Wang et al. 2011).
Logro escolar	Mejorar el crecimiento lineal de los niños de menos de 2 años de edad en una desviación típica de 1 punto añade alrededor de medio grado de logro escolar (varios países, en Adair et al. 2013).	
Productividad perdida del mercado laboral	La prevención de la desnutrición en la infancia temprana conduce a ganancias por hora que son el 20% más altas y escalas de salarios que son el 48% más altas, a personas que tienen el 33% más de probabilidades de escapar de la pobreza y a mujeres que tienen el 10% más de probabilidades de ser propietarias de su propio negocio (Guatemala; Hoddinott et al. 2013). Un centímetro adicional de estatura de un adulto corresponde a un 4,5% de aumento en las escalas de salarios (varios países; Horton y Steckel 2011).	La obesidad conduce a pérdidas de productividad por ausentismo y presentismo (costos indirectos) equivalentes a US\$668–US\$4.299/persona/año en Estados Unidos (Finkelstein et al. 2010).
Porcentaje de ingresos nacionales	La desnutrición disminuye 1,9% el PIB de Egipto, 16,5% el de Etiopía, 3,1% el de Suazilandia y 5,6% el de Uganda (Comisión de la Unión Africana et al. 2014). Asia y África pierden 11% de su PIB todos los años a causa de la nutrición deficiente (Horton y Steckel 2013).	La obesidad disminuyó un 3,58% el PIB de China en 2000 y disminuirá un 8,73% en 2025 (Popkin et al. 2006).
Gastos adicionales de atención de salud ^a		La obesidad representa un gasto de US\$475–US\$2.532/persona/año en Estados Unidos (Finkelstein et al. 2010). La obesidad representó el 0,48% del PIB de China en 2000 y costará el 0,50% en 2025 (Popkin et al. 2006). La obesidad costará £648 millones/año en el Reino Unido en 2020 (Wang et al. 2011).
Estimaciones de gastos totales		La obesidad costó 33.000 millones de euros/año a los Estados miembros de la UE en 2002 (Fry y Finley 2005).

Fuente: Como se indica en el cuadro.

^aEstos son gastos de atención de la salud directos en comparación con los gastos de atención de la salud de una persona con un índice de masa corporal (IMC) normal.

El corolario del costo de la inacción para mejorar la nutrición es la recompensa de la acción. La Figura 2.1 presenta la relación costo-beneficio de intensificar las intervenciones específicas de nutrición al 90% de cobertura en términos de su impacto en el retraso del crecimiento, en muchos países con altos niveles en este ámbito. El análisis parte de un supuesto, en consonancia con el nivel de disminución del retraso en el crecimiento utilizando el modelo de Bhutta et al. (2013a): la intensificación de intervenciones prioritarias acarreará una reducción del 20% de la tasa de retraso en el crecimiento.

La rentabilidad promedio que representa esta reducción del 20% en la tasa de retraso en el crecimiento es de aproximadamente 16 para los 40 países. En otras palabras, por cada dólar, rupia, birr o peso invertido, se obtendrá un rendimiento promedio de más de 16. El ratio promedio para los 27 países africanos al sur del Sahara es 13.

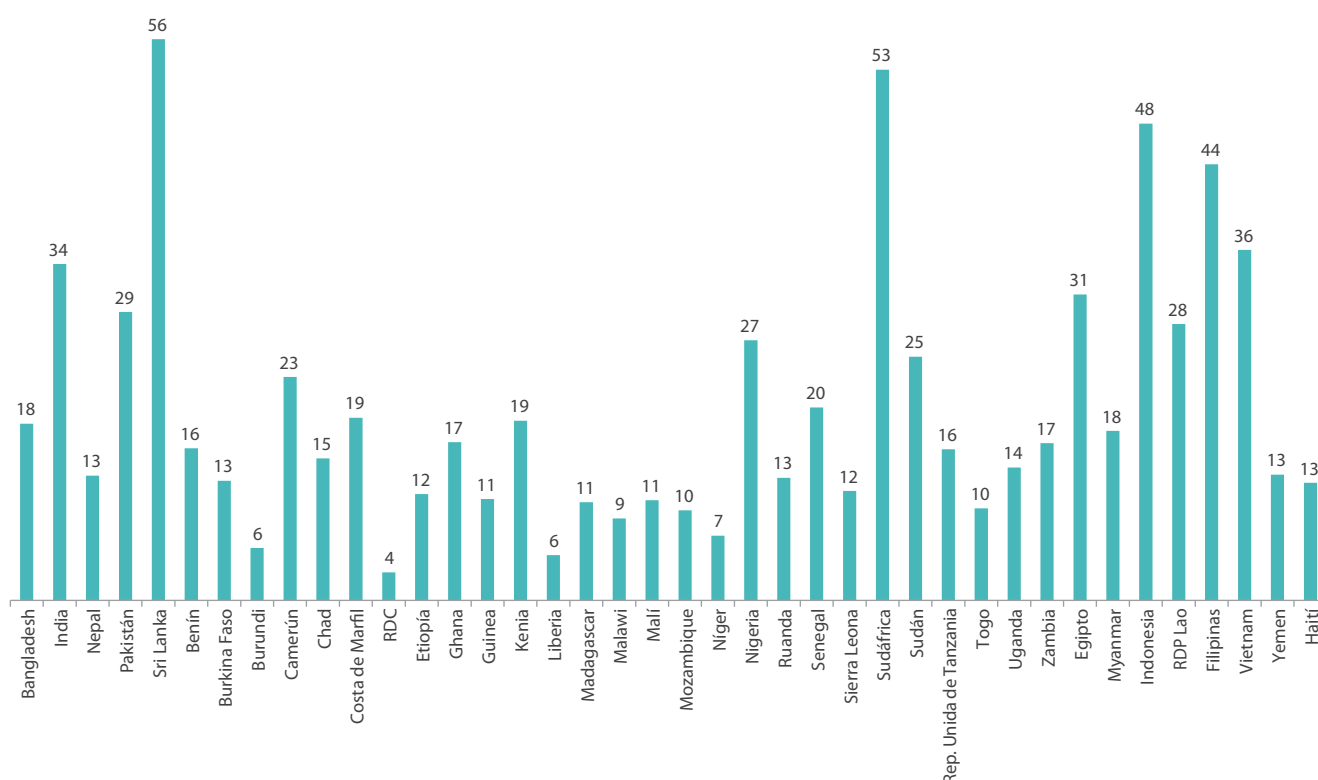
Estos ratios costo-beneficio son competitivos con los ratios generados por inversiones generales en salud, como informa Jamison et al. (2013) y Stenberg et al. (2014).¹ Los ratios

estimados también son más elevados que el ratio promedio calculado para inversiones de riesgo a gran escala en 11 países de África subsahariana (You 2008) para una serie de inversiones públicas en carreteras en India, Tailandia y Uganda (Fan et al. 2007) e inversiones en carreteras en Bolivia y México (Gonzales et al. 2007).

EN POS DE UN MEJOR POSICIONAMIENTO DE LA NUTRICIÓN EN EL MARCO DE LOS ODS

Si bien una mejora del estado nutricional puede generar grandes beneficios económicos, vale preguntarse cómo puede contribuir con los actuales programas de desarrollo sostenible. El debate actual sobre desarrollo sostenible después de 2015 se basa en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En el Cuadro 2.2 se resumen las contribuciones en el estado nutricional y los correspondientes esfuerzos para alcanzar los ODS. Asimismo, existe un *quid pro quo* en el cumplimiento de los ODS, porque esto también tendrá efectos duraderos en los resultados de nutrición.

FIGURA 2.1 RELACIÓN COSTO-BENEFICIO DE LA AMPLIACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Hoddinott et al. (2013), y estimaciones adicionales de los países realizadas por los autores basándose en la metodología indicada en Hoddinott et al. (2013).

Nota: Las relaciones costo-beneficio son para la ampliación de las intervenciones específicas de nutrición descritas en Bhutta et al. (2013a).

A pesar de estas contribuciones positivas, la comunidad de la nutrición no debe dar por sentado el papel preponderante de la nutrición en el marco de responsabilidad de los ODS (Panel 2.1). Debemos adoptar una actitud convincente de defensa.

Es muy preocupante el bajo perfil de la nutrición en el marco actual de los ODS, puesto que, en total, existen 169 proyectos de metas: 109 relativo a los objetivos y 60 a los medios. Solo 1 de los primeros 109 proyectos está directamente relacionado con la malnutrición:

“La meta 2.2 de poner fin para 2030 a todas las formas de malnutrición, incluido el logro, a más tardar en 2025, de las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad (Grupo de Trabajo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2014).”

Ninguna de las otras 60 metas se relaciona directamente con la nutrición. La índole amplia de la meta 2.2 sugiere que la comunidad de la nutrición debe estar más comprometida con el proceso más allá de 2015 para que la nutrición ocupe un espacio

estratégico de mayor consideración, en el marco del desarrollo después de 2015. Como mínimo, los defensores de la nutrición en el gobierno y la sociedad civil deberán establecer una estrecha colaboración con vistas a integrar no sólo las metas relacionadas con el retraso en el crecimiento y la emaciación, sino las seis metas de la AMS acordadas internacionalmente dentro de las 169 metas (véase el Cuadro 2.3).

¿Cómo incorporar estas metas adicionales a los ODS? En primer lugar, la meta 2.2 abre la posibilidad de incluir más metas en su texto. En segundo lugar, un enfoque más eficiente consistiría en buscar aliados para incluir indicadores de nutrición en otros objetivos y metas (Haddad 2013). Se deberán explorar ambos enfoques. El Cuadro 2.4 presenta ejemplos de ODS que podrían incluir nuevas metas de nutrición; se trata de sectores de interés para los campeones de la nutrición que deberían intensificar su compromiso, defensa y promoción.

UN ORGANIGRAMA PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN QUE DEBERÍA SER MÁS AMBICIOSO

La meta 2.2 de los ODS también debe indicar los límites temporales más allá de la simple expresión “para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición”. En general, estos ODS se han sido considerado poco realistas, que no determinan responsabilidades y constituyen una guía incompleta a la hora

CUADRO 2.2 CÓMO PUEDE CONTRIBUIR LA NUTRICIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) PROPUESTOS

ODS propuesto	Contribución de la nutrición al ODS propuesto
1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo	Si se previene el retraso en el crecimiento en los niños de menos de 36 meses de edad, es menos probable que vivan en hogares por debajo de la línea de pobreza (Hoddinott et al. 2013). La mejora del estado nutricional impulsa la productividad de los adultos y los salarios en los trabajos pesados.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible	La lactancia materna óptima y la alimentación complementaria mejoran la seguridad alimentaria individual. Los progresos en dos de los indicadores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) promueven la seguridad nutricional. El enfoque en el período previo al embarazo y en los primeros 1.000 días después de la concepción reduce el riesgo del bajo peso al nacer y mejora el estado nutricional de la mujer.
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	La malnutrición por falta de micronutrientes y el retraso en el crecimiento en las niñas están vinculados a la mortalidad material y el bajo peso al nacer. El 45% de los niños que no superan los 5 años de edad está vinculado con la desnutrición (Black et al. 2013). El retraso en el crecimiento está vinculado al posterior inicio de enfermedades no transmisibles (ENT) y menor productividad en los adultos. La reducción del sobrepeso y la obesidad contribuirán a disminuir las ENT. La buena nutrición está vinculada al desarrollo saludable en la niñez temprana. La nutrición deficiente aumenta la morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades infecciosas tales como diarrea, malaria, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y VIH/SIDA.
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida	El estado nutricional de los niños en los primeros 1.000 días de vida está vinculado con la finalización del ciclo escolar y su éxito. Un buen estado nutricional mejora la capacidad intelectual de los niños y adultos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas	Mejorar el estado nutricional de las niñas, las adolescentes y la mujer aumenta su capacidad para desempeñarse bien en la escuela y en el entorno laboral.
6. Garantizar para todos la disponibilidad del agua, su gestión sostenible y su saneamiento	Las mejoras en los resultados relacionados con la nutrición ayudan a reforzar la necesidad de tomar medidas en relación con los servicios de agua, el saneamiento y la higiene como determinantes críticos de la nutrición.
7. Garantizar la posibilidad de acceder fácilmente a una energía, segura, sostenible y moderna para todos	Una menor mortalidad conduce a una fertilidad más baja a largo plazo, y reduce la presión de la población sobre los recursos ambientales.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y duradero, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos	La desnutrición disminuye el PIB por lo menos en un 8% a un 11% (Horton y Steckel 2011). La prevención del retraso en el crecimiento conduce a ingresos más altos.
9. Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación	La inversión en los primeros 1.000 días de vida de los niños mejora la finalización del ciclo escolar e impulsa la innovación.
10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos	El análisis de las tasas de retraso en el crecimiento por quintil de riqueza demuestra de qué manera la desigualdad actual perpetúa la desigualdad futura.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles	Una menor mortalidad conduce a una fertilidad más baja a largo plazo, reduciendo la presión de la población sobre los recursos ambientales.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles	La investigación sobre sistemas alimentarios y dietas sostenibles puede ofrecer estructura e indicadores para este debate sobre políticas.
13. Medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos	Una menor mortalidad conduce a una fertilidad más baja a largo plazo, y reduce la presión de la población sobre los recursos ambientales.
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible	n.a.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, etc.	n.a.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas	Los esfuerzos para fortalecer la responsabilidad respecto a la nutrición pueden ser ejemplos de modelos intersectoriales.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible	Las políticas y los planes nacionales de nutrición desarrolladas por otras partes interesadas pueden ser un ejemplo de modelo intersectorial.

Fuente: Grupo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2014) y los autores de este informe.

Nota: Los ODS propuestos que se indican en el presente son a julio de 2014. n.a. = no se aplica.

PANEL 2.1 NUTRICIÓN Y OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: SIN CABIDA PARA EL CONFORMISMO

MICHAEL ANDERSON

A medida que continúan las deliberaciones sobre los próximos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el mundo, se perfila con claridad la necesidad de nuevos objetivos de nutrición. En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), el órgano normativo de la Organización Mundial de la Salud, sentó un importante precedente al adoptar seis metas de nutrición denominadas Metas Globales 2025 (OMS 2012b). También en 2012, el Secretario General de las Naciones Unidas presentó el Reto del Hambre Cero (Naciones Unidas 2014), que incluye un objetivo sobre retraso en el crecimiento. En 2013, el Grupo de Alto Nivel sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015 (2013) propuso un objetivo sobre inocuidad alimentaria y buena nutrición que incluye metas sobre seguridad alimentaria, retraso en el crecimiento, emaciación y anemia. Además, tres órganos regionales panafricanos aprobaron un objetivo que integra la "nutrición adecuada para todos" (CEPA 2013).

Estas son señales positivas, pero podrían existir cambios antes de que los estados miembros de las Naciones Unidas acordaran

los ODS a fines de septiembre de 2015. Dado que los ODS no serán jurídicamente vinculantes, su poder derivará sobre todo de su capacidad para inspirar, interesar y guiar. Para ser eficaces, los objetivos deberán ser simples, claros y convincentes y servir de motor a la acción. La atención de las partes interesadas decaerá si las aspiraciones son imprecisas o si se presentan demasiados detalles técnicos, y el impulso actual perderá fuerza. Esto constituye un desafío para la nutrición: algunas expresiones, como "retraso en el crecimiento" y "emaciación", no son bien comprendidas fuera del sector de la nutrición y la salud; sin embargo, vale la pena conservarlas por su especificidad y poder analítico. A la comunidad de la nutrición compete explicarlos en forma simple y convincente.

Otro riesgo es que los objetivos nutricionales se pierdan en una extensa lista de aspiraciones diversas. En julio de 2014, el Grupo de Trabajo Abierto de las Naciones Unidas recomendó 17 objetivos y 169 metas que incluían una gran variedad de metas sobre la producción sostenible de

alimentos. Las recomendaciones contenían solo una disposición sobre malnutrición que hacía referencia a dos de las metas de la AMS (retraso en el crecimiento y emaciación en niños menores de 5 años de edad). Esto puede no ser un resultado negativo, siempre y cuando el mundo preste atención a los detalles de las metas de la AMS.

Un riesgo asociado es que en los ODS se reduzca la buena nutrición al simple objetivo de disminuir el hambre, especialmente si los participantes de la cumbre de septiembre de 2015 buscan metas de máximo atractivo político. El hambre es un concepto que se comprende en todas partes. Lamentablemente, la idea de que la nutrición es puramente un asunto de acceso a suficiente cantidad de comida sigue siendo uno de los mitos más persistentes que obstaculizan las políticas de calidad entre los líderes políticos. En realidad, la nutrición requiere los nutrientes correctos, en el momento adecuado, junto con un sólido sistema de atención médica y protección social, especialmente durante el embarazo y los dos primeros años de vida.

de actuar (Horton 2014). Por lo tanto, vale cuestionarse cuál sería un organigrama realista que mejorara la nutrición.

En 2012 los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) avalaron las seis metas globales de la AMS para mejorar la nutrición materna, la de los lactantes

y de los niños pequeños para 2025 (OMS 2014a). Los fundamentos para la selección de estos seis indicadores, así como las correspondientes metas, se describen en de Onis et al. (2013).² En el Capítulo 3, se explica que el mundo no está bien encaminado para cumplir ninguna de las seis metas de la AMS. Dada esta falta de evolución, cabe preguntarse

CUADRO 2.3 METAS DE NUTRICIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Meta de la AMS	Año(s) de referencia	Estado de referencia	Meta para 2025
Reducir un 40% el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento	2012	162 millones	~100 millones
Reducir un 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva (embarazadas y no embarazadas)	2011	29%	15%
Reducir un 30% el bajo peso al nacer	2008–2012	15%	10%
No aumento del sobrepeso infantil	2012	7%	7%
Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos un 50%	2008–2012	38%	50%
Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación en niños	2012	8%	<5%

Fuente: OMS (2014a).

PANEL 2.2 RECIENTES DATOS EN INDIA: UNA NUEVA HIPÓTESIS...

LAWRENCE HADDAD, KOMAL BHATIA Y KAMILLA ERIKSEN

El Gobierno de India publicará próximamente una encuesta 2013–2014 sobre los niños (RSOC, por sus siglas en inglés). Este nuevo estudio nacional, que abarca los 29 estados del país, se basa en datos recopilados por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Infantil, en colaboración con UNICEF India. El gobierno ha puesto a disposición las estimaciones preliminares para este Informe de la nutrición mundial. Las principales estadísticas presentadas a continuación se comparan con el estudio nacional más reciente para India en la Base

de datos global sobre crecimiento de los niños y malnutrición de la OMS: la Encuesta nacional sobre salud familiar de 2005–2006 (National Family Health Survey, NFHS-3). En el presente documento, solo se comunican datos para niños menores de 5 años de edad.¹

La tasa media anual de reducción del retraso en el crecimiento (47,9% a 38,8% en 8 años) es del 2,6%, es decir, inferior a la tasa objetivo de India de 3,7%, pero superior a la tasa del 1,7% estimada sobre la base de estudios anteriores. Dado que la India posee y una alta densidad demográfica y alta

prevalencia de retraso en el crecimiento, esta tasa de cambio afecta considerablemente las cifras mundiales. La comparación de los dos estudios también muestra disminuciones en factores como la emaciación. El aumento en las tasas de lactancia materna exclusiva de 46,4% a 71,6% en 8 años representa una tasa media anual de incremento del 5,5%, es decir, muy superior a la tasa requerida para cumplir la meta de la AMS para India en 2025 (1,5%). De hecho, si se mantienen las previsiones, en 2025 India habrá superado con creces su meta de lactancia materna exclusiva de la AMS de 57%.

INDIA - SINTESIS DE LAS ESTADÍSTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL PROVENIENTES DE DOS ESTUDIOS

Indicador	NFHS de 2005–2006	RSOC de 2013–2014	Cambio
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años (%)	47,9	38,8	-9,1
Emaciación en niños menores de 5 años (%)	20,0	15,0	-5,0
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, total de la población afectada (miles)	58.167	43.759	-14.408
Emaciación en niños menores de 5 años, total de la población afectada (miles)	24.287	16.917	-7.370
Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses (%)	46,4	71,6	25,2

Fuente: Autores, en base a datos del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (2009) de India y comunicación personal con L.-G. Arsenault, representante del UNICEF para India, 27 de agosto de 2014.

CUADRO 2.4 POSIBILIDADES DE INSERCIÓN DE LAS METAS DE NUTRICIÓN DENTRO DE LAS 169 METAS DE LOS ODS

Meta de nutrición	Posibilidad de inserción en las metas de los ODS
Reducir el bajo peso al nacer (meta de la AMS)	Meta 3.2: "Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años".
Reducir la anemia en mujeres en edad reproductiva (meta de la AMS)	
Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva (meta de la AMS)	
Evitar el aumento del sobrepeso de niños menores de 5 años (meta de la AMS)	Meta 3.4: "Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento".
Aumentar la cobertura de intervenciones específicas para la nutrición	Meta 3.8: "Lograr la cobertura sanitaria universal".
Aumentar la cobertura de intervenciones enfocadas a la nutrición	Meta 1.3: "Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y lograr, para 2030, una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables" Meta 6.1: "Para 2030, lograr el acceso universal y equitativo a agua potable segura y asequible para todos" Meta 6.2: "Para 2030, lograr el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos y poner fin a la defecación al aire libre"
Mejorar el entorno propicio	Meta 5.5: "Velar por la plena y efectiva participación de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública" Meta 10.3: "Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades en materia de resultados", como en el caso del retraso en el crecimiento por quintil de riqueza.

Fuente: Grupo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2014) y los autores de este informe.

PANEL 2.3 ¿CÓMO REDUJO MAHARASHTRA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL?

LAWRENCE HADDAD

Maharashtra, uno de los estados más ricos de la India, logró reducir la proporción de niños de menos de 5 años afectados por retraso en el crecimiento del 36,5% al 24,0% entre 2005 y 2006 y 2012 o bien, una tasa de más de 2,0 puntos porcentuales por año (equivalente a una tasa media anual de reducción del 5,8%). ¿Cuáles son los factores que impulsaron esta rápida mejora en la nutrición infantil? Un estudio reciente con métodos combinados¹ abordó esta cuestión y estableció las conclusiones detalladas a continuación (Haddad et al. 2014).

- El entorno propicio para la reducción del retraso en el crecimiento era favorable. Maharashtra, un estado rico, publicó tasas de crecimiento económico y de reducción de la pobreza superiores al promedio registrado en toda la India. Su gobernanza, en términos de transparencia, iniciativas de lucha contra la corrupción y prestación de servicios no era la mejor del país, pero tampoco la peor.
- Los determinantes subyacentes ofrecían un respaldo razonable: posición preponderante de la mujer frente a la toma de decisiones dentro y fuera de sus hogares, la existencia del Sistema de Distribución Público (PDS, por

sus siglas en inglés), que entrega alimentos subsidiados a personas de bajos recursos y registró valores ligeramente inferiores al término medio de India y, por último, las tasas de educación de las mujeres, altas y en aumento. Sin embargo, existieron vulnerabilidades debido al frágil desarrollo agrícola, niveles todavía altos de fugas en el PDS y altos niveles de defecación al aire libre.

- El gasto en nutrición se duplicó partiendo de un nivel bajo y las plazas vacantes entre los operarios de primera línea del plan de Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño (ICDS, por sus siglas en inglés) disminuyeron drásticamente.
- La disminución del retraso en el crecimiento tuvo una base extensa y fue superior— absoluta y proporcionalmente— en las poblaciones de menores ingresos, un menor nivel de alfabetización y un acceso deficiente a fuentes de agua mejoradas.
- Los determinantes que más mejoraron entre los dos estudios fueron la edad de las madres en el primer parto, el bajo peso de la madre, la alfabetización materna, las visitas prenatales, el parto acompañado,

las buenas prácticas de alimentación infantil y el acceso a los ICDS.

- La Misión de Nutrición del estado se interpretó como una compromiso político de alto nivel frente a las mejoras nutricionales y ayudó a coordinar diferentes sectores a nivel político y en las aldeas.
- En términos generales, los tres enfoques de investigación utilizados en el estudio se combinaron para arribar a tres conclusiones principales enumeradas a continuación.
- La gran disminución de las tasas de retraso en el crecimiento se debió a mejoras registradas en diversos determinantes, pero algunas de ellas fueron bastante modestas.
 - La disminución en los determinantes no fue tan marcada o exhaustiva como para que Maharashtra pudiera considerarse un caso excepcional— otros estados de la India y otros países podrían alcanzar valores similares.
 - La disminución de los retrasos en el crecimiento en Maharashtra son admirables, pero vale aclarar que debieron transcurrir 10 años para que se produjeran y requirieron el compromiso sostenido del gobierno y la sociedad civil.

si las metas 2030 deberían ser una simple extrapolación de las de 2025. En otras palabras, ¿existe nueva información desde 2012 que nos impulse hacia un mayor progreso?

Consideramos que varios factores deberían motivarnos a la hora de cumplir y superar algunas de las metas de la AMS para 2025 y, por lo tanto, que deberíamos ser más ambiciosos frente a las metas para 2030 de los ODS.

En primer lugar, el Gobierno de India ha publicado un nuevo estudio nacional sobre la infancia. La OMS y el UNICEF todavía no han revisado ni los datos, las metodologías o los resultados del estudio, por lo tanto, aún no figuran en la Base de datos global sobre crecimiento de los niños y malnutrición de la OMS. Si las tasas de desnutrición finales son similares a las tasas preliminares comunicadas, deberían hacernos sentir más optimistas sobre nuestra capacidad para alcanzar las metas globales de la AMS (Panel 2.2).

En segundo lugar, existe un nuevo estudio realizado en todo el estado de Maharashtra, en India (Haddad et al. 2014). Según el estudio de caso de Maharashtra (Panel 2.3), llevó siete años reducir en un tercio el retraso en el crecimiento infantil, de 36,5 % a 24,0%, para una tasa media anual de reducción del 5,8%. La reducción del retraso en el crecimiento fue el resultado de una combinación de intervenciones específicas de nutrición, acceso mejorado a alimentos y educación y disminución de la pobreza y fertilidad. La experiencia en Maharashtra demuestra la importancia de abordar el retraso en el crecimiento infantil a través de acciones en una amplia variedad de niveles y sectores.

En tercer lugar, los nuevos pronósticos basados en un modelo que asocia las tasas de retraso al crecimiento con determinantes subyacentes también demuestran la posibilidad de alcanzar e, incluso, superar las metas de la AMS, y lograr

PANEL 2.4 UNA MEJORA DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES, ¿PUEDE CONTRIBUIR AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA AMS?

LISA SMITH Y LAWRENCE HADDAD

¿Qué se necesita para alcanzar la meta de la AMS de reducir el número de niños con retraso en el crecimiento en un 40% en 2025, es decir, elequivalente a una prevalencia del aproximadamente 15% en función de los pronósticos de población actuales? En realidad, la pregunta es si los cambios requeridos para superar la meta son realistas o posibles.

Analizamos este interrogante estructurando los efectos de los cambios en seis determinantes subyacentes de retraso en el crecimiento: acceso a agua y a saneamiento mejorado, matriculación femenina en escuelas secundarias, igualdad de género representada por la esperanza de vida de mujeres y hombres, suministro de energía alimentaria y participación en el suministro de energía alimentaria de alimentos no básicos (Smith y Haddad 2014). Conforme a una muestra de 116 países en desarrollo de 1970 a 2012, utilizamos un modelo de regresión¹

para pronosticar la prevalencia del retraso en el crecimiento con diferentes niveles supuestos de los seis determinantes.

En el primer cuadro, se describen tres escenarios para los 116 países. En el escenario 1 se presuponen los niveles correspondientes a 2010 de los seis impulsores subyacentes y estos niveles predicen una prevalencia de retraso en el crecimiento prácticamente idéntica a la prevalencia de retraso en el crecimiento actual (29%). En el escenario 2, se indica lo que se necesita, en niveles de determinantes, para alcanzar la meta de retraso en el crecimiento de la AMS del 15% para 2025. En el escenario 3, se reflejan los niveles requeridos para reducir la proporción de niños con retraso en el crecimiento a menos del 10%. Alcanzar estos niveles de determinantes sería un desafío, pero muchos países de ingreso bajo y medianos ya los han alcanzado.²

¿Qué tan rápido se necesita mejora restos determinantes? En el segundo cuadro se muestran las tasas de incremento en los seis determinantes subyacentes durante el período 2000–2010, así como las tasas necesarias para alcanzar los escenarios 2 y 3.

Excepto por la igualdad en la esperanza de vida, las tasas de incremento requeridas en los factores subyacentes para cumplir el escenario 2 son realistas, si se comparan con la reciente evolución histórica. Las tasas esperadas para alcanzar el escenario 3 son superiores a los años anteriores. Sin embargo, este análisis no tiene en cuenta ninguna ampliación de las intervenciones críticas específicas de nutrición. Si esas intervenciones realmente se amplían, y se aumenta su efectividad, el potencial para superar la meta de la AMS a nivel mundial mejora considerablemente.

NIVELES DE DETERMINANTES SUBYACENTES REQUERIDOS PARA CUMPLIR, E INCLUSO SUPERAR, LAS METAS DE LA AMS PARA LA REDUCCIÓN DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO

Determinante subyacente	Escenario 1: Situación en 2010	Escenario 2: Meta de la AMS para 2025	Escenario 3: Más allá de la meta de la AMS
Acceso a fuente de agua mejorada (%)	86	98	98
Acceso a servicio de saneamiento mejorado (%)	56	75	90
Matrícula femenina en la escuela secundaria (%)	67	98	98
Relación de esperanza de vida femenina a masculina	1,05	1,06	1,07
Suministro de energía alimentaria per cápita (kcal)	2.686	2.905	2.930
Proporción en el suministro de energía alimentaria de productos no básicos (%)	43	48	54
Prevalencia pronosticada de retraso en el crecimiento (%)	29,2	15,0	9,9

Fuente: Autores de este panel.

ÍNDICES DE MEJORA DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES REQUERIDOS PARA CUMPLIR Y SUPERAR LA META DE LA AMS DE REDUCCIÓN DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO

Determinante subyacente	% de aumento anual del factor determinante subyacente		
	2000–2010 (real)	Para lograr el escenario 2 de 2010 a 2025 (15% de retraso en el crecimiento)	Para lograr el escenario 3 de 2010 a 2025 (<10% de retraso en el crecimiento)
Acceso a fuente de agua mejorada (%)	0,95	0,92	0,92
Acceso a servicio de saneamiento mejorado (%)	2,21	2,28	4,07
Matrícula femenina en la escuela secundaria (%)	2,87	3,11	3,11
Relación de esperanza de vida femenina a masculina	0,019	0,049	0,110
Suministro de energía alimentaria per cápita (kcal)	0,48	0,54	0,61
Proporción en el suministro de energía alimentaria de productos no básicos (%)	0,86	0,81	1,74

Fuente: Autores de este panel.

incrementos exigentes y realistas en los niveles de tales determinantes (Panel 2.4).

En cuarto lugar, en África subsahariana, la región donde las tasas de desnutrición han declinado más lentamente, el Fondo Monetario Internacional informa, en 2014, que se espera que las perspectivas de crecimiento económico se aceleren en 2014–2016 y que también aumente la capacidad de recaudar impuestos (FMI 2014). No resulta claro si este crecimiento persistirá en el próximo decenio, pero reducir la desnutrición es más sencillo en el contexto de crecimiento económico e incremento de ingresos tributarios, pese a que estas condiciones presentan desafíos para mantener controlados el sobrepeso y la obesidad (Ruel y Alderman 2013; Headey 2013).

Finalmente, los eventos recientes y próximos deberían aumentar nuestro optimismo con respecto a la aceleración de mejoras en el estado nutricional. Los participantes de este movimiento son, entre otros, el Movimiento SUN, en constante crecimiento, la conferencia de Nutrición para el Crecimiento de 2013 en Londres, la segunda Conferencia Internacional de Nutrición de 2014 en Roma y la reunión sobre nutrición de alto nivel de seguimiento prevista para las Olimpiadas de verano de 2016 en Río de Janeiro.

En su conjunto, estas consideraciones sugieren que los objetivos para 2030 no deben ser simplemente extrapolaciones habituales a cinco años de las metas de la AMS para 2025, sino que deben ser mucho más ambiciosos³.

AUSENCIA DE DATOS



1. Se necesitan datos de indicadores a nivel de país sobre la solidez de los sistemas de salud.

3 EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE NUTRICIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD ES DEMASIADO LENTO

EN ESTE CAPÍTULO, SE EVALÚA LA ACTUAL EVOLUCIÓN EN FUNCIÓN DE SEIS METAS GLOBALES DE NUTRICIÓN DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS): reducir el retraso en el crecimiento infantil, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el bajo peso al nacer, prevenir la agravación del sobrepeso infantil, fomentar la lactancia materna exclusiva y disminuir la emaciación infantil¹. En primer lugar, resumiremos los progresos logrados en el ámbito internacional. En segundo lugar, analizaremos la evolución a nivel país con respecto a los seis indicadores de la AMS. En tercer lugar, evaluaremos la progresión de los países según cuatro de los seis indicadores con relación a la meta global de la AMS².

PROGRESIÓN MUNDIAL HACIA LAS METAS DE LA AMS

El Cuadro 3.1 presenta las metas y el alcance de la progresión mundial con respecto a tales metas. En cuanto al retraso en el crecimiento y la lactancia materna exclusiva, la evolución es modesta, pero, en el caso de la anemia, el bajo peso al nacer y la emaciación, las cifras mundiales se mantienen estáticas, mientras que están aumentando las tasas de sobrepeso en niños menores de 5 años.

Las cifras mundiales se basan en las de los países. ¿Cómo evaluamos su progresión? La última columna del Cuadro 3.1 muestra que casi una quinta parte de los países superan la tasa de reducción de retraso en el crecimiento requerida para cumplir la meta global. Con respecto al sobrepeso de los niños menores de 5 años, la mitad de los países encuestados muestra tasas en descenso. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, más de la mitad de los países está incrementando sus tasas a un ritmo superior a la tasa mundial y más de la mitad de los países con datos sobre emaciación registra cierta disminución.

PUNTOS CLAVE

1. Globalmente, no lograremos cumplir ninguna de las seis metas en materia de nutrición de la AMS. La progresión mundial con respecto a la emaciación y la lactancia materna exclusiva es leve y escasa en materia de sobrepeso, emaciación, bajo peso al nacer y anemia.
2. A nivel del país, las tasas de progreso y regresión esperadas para cumplir las metas de la AMS varían mucho entre países e indicadores.
3. Actualmente, sólo es posible evaluar la evolución de los países con respecto a las metas de la AMS en cuatro de los seis indicadores (retraso en el crecimiento, emaciación, sobrepeso y anemia).
4. De los 99 países con datos sobre los cuatro indicadores de la AMS, un país parece querer respetar las 4 metas, 24 están bien encaminados en 2 o más metas, 44 solo 1 meta y 31 no podrán cumplir ninguna meta. No existe ningún modelo regional destacado con respecto a los índices de progreso.
5. Actualmente, 22 de los 109 países con datos disponibles podrán cumplir la meta de reducir el retraso en el crecimiento, 59 de 123 países la meta de reducir la emaciación, 31 de 107 países la meta de reducir el sobrepeso en niños menores de 5 años y 5 de 185 países la meta de reducir la anemia. Es imperativo conocer las razones que determinan que sólo cinco países puedan cumplir la meta de anemia.
6. De los 94 países para los que faltan datos de seguimiento de la AMS, 38 son europeos y uno está situado en América del Norte. Estos países deben esforzarse aún más para que sus informes se adecúen con las metas de la AMS y las iniciativas de nutrición mundiales de manera más general.
7. El alcance de los países que demuestran progresos positivos es amplio. Se necesita que los países presenten más estudios de alta calidad.

CUADRO 3.1 PROGRESIÓN HACIA LAS METAS GLOBALES DE LA AMS

Meta de la AMS	Año(s) de referencia	Estado de referencia	Meta para 2025	Tasa de cambio media anual mundial requerida	¿Encamina do a nivel mundial?	Comentarios	No. de países con valores superiores o inferiores a la tasa de cambio mundial requerida
RETRASO EN EL CRECIMIENTO Reducir un 40% el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento ^a	2012	162 millones	~100 millones (~15% de prevalencia)	TMAR 3,90%	No	Proyectos a ritmo actual, 130 millones para 2025 (20% de reducción)	TMAR superior o igual a la tasa requerida: 21 países TMAR inferior a la tasa requerida: 89 países
ANEMIA Reducir un 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva	2011	29%	15%	TMAR 5,20%	No	Muy poco movimiento (32% en 2000)	TMAR superior o igual a la tasa requerida: 5 países TMAR inferior a la tasa requerida: 180 países
BAJO PESO AL NACER Reducir un 30% el bajo peso al nacer	2008–2012	15%	10%	TMAR 2,74%	No	Poca evolución mundial	
SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Ningún aumento del sobrepeso infantil	2012	7%	7%		No	No se ha comprobado la trayectoria ascendente	TMAR constante o en disminución: 50 países TMAR en aumento: 51 países
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos un 50%	2008–2012	38%	50%	TMAA 2,11%	No	La tasa era de 37% en 2000, 41% en 2012	TMAA superior o igual a la tasa requerida: 59 países ^b TMAA inferior a la tasa requerida: 48 países
EMACIACIÓN Reducir y mantener por debajo de un 5% la emaciación en niños	2012	8%	<5%		No	Sin progresos (era de 8% mundialmente en 2013) ^c	La tasa de emaciación es constante o en disminución: 76 países Tasa de emaciación en disminución: 51 países (Véase el Cuadro 3.2)

Fuente: Autores, adaptado de datos de OMS (2014a).

Nota: TMAR = tasa media anual de reducción. TMAA = tasa media anual de aumento.

^a Para más información sobre los métodos de la meta sobre retraso en el crecimiento de la AMS, véase Onis et al. (2013).

^b Estas son TMAA estimadas por el equipo de redacción basándose en los últimos dos estimaciones disponibles de lactancia materna exclusiva en UNICEF (2014e). No hay TMAA oficiales de UNICEF/OMS disponibles en este momento.

^c Esta cifra es de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014).

PROGRESO A NIVEL REGIONAL Y NIVEL PAÍSES FRENTE A LOS INDICADORES DE LA AMS

La última columna del Cuadro 3.1 sugiere una considerable variación en el progreso de los países con respecto a los indicadores de la AMS. Los siguientes gráficos destacan esta variación.

Retraso en el crecimiento

El retraso del crecimiento infantil³ está disminuyendo en una inmensa mayoría de países (Figura 3.1). En la mayor parte de los casos, cuanto más alta es la prevalencia, menor es la tasa media anual de reducción⁴. Diecinueve países muestran una tasa media anual de reducción negativa, mientras que Somalia tiene el peor pronóstico. Seis países tienen una tasa media anual de reducción superior al 2%, pese a tener tasas de retraso en

el crecimiento de más del 40% (Bangladesh, Camboya, Etiopía, Nepal, Yemen y Zambia). Se trata de una admirable progresión dadas las altas prevalencias.

Sobrepeso

En la Figura 3.2 se indican los países que están reduciendo las tasas de sobrepeso infantil⁵ y los que no. Con respecto al retraso en el crecimiento infantil, las tasas de reducción de sobrepeso infantil tienden a ser más altas donde la prevalencia es menor.

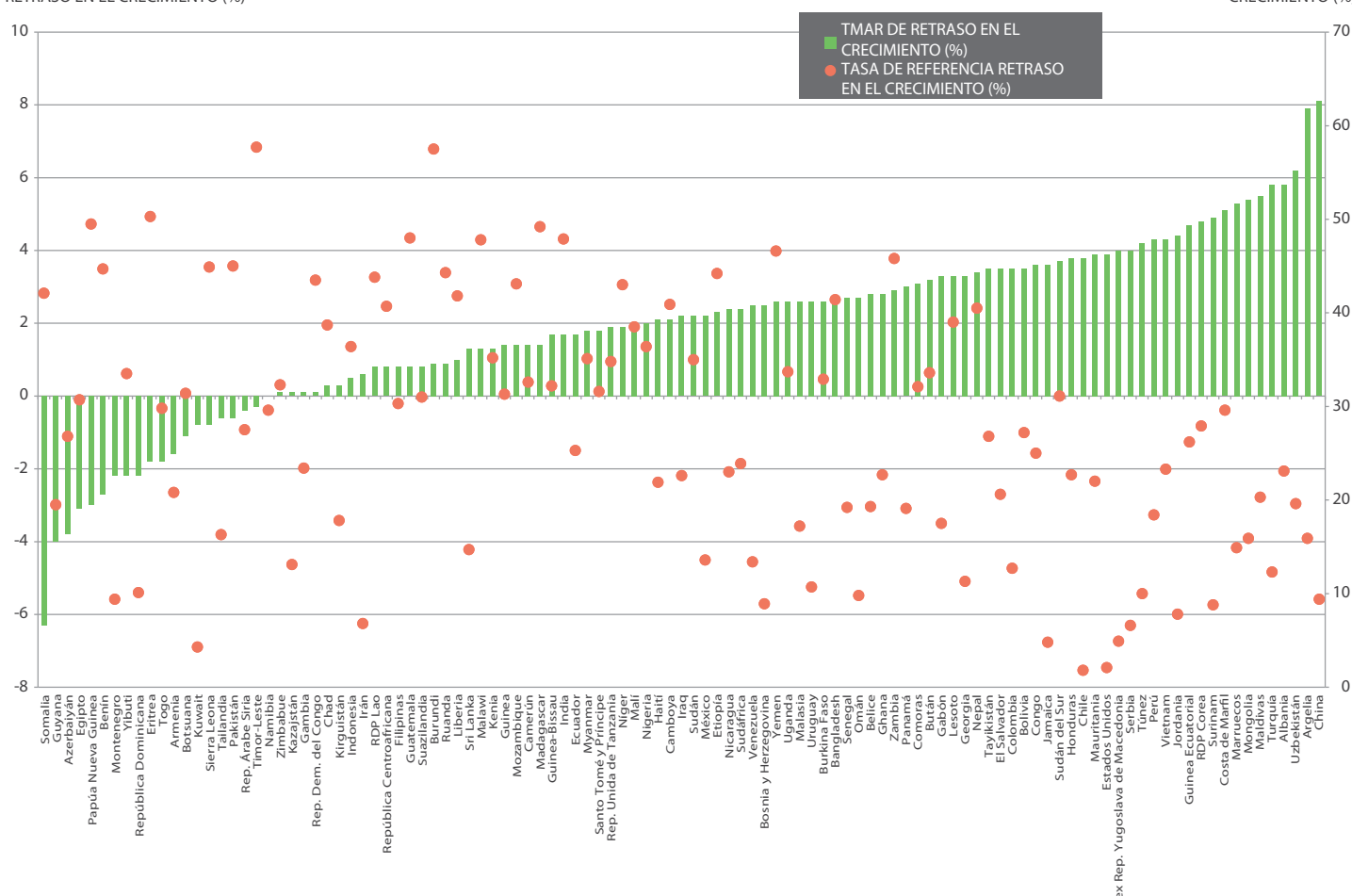
Emaciación

El Cuadro 3.2 muestra la evolución en las tasas de emaciación⁶ para las estimaciones de los dos últimos estudios nacionales disponibles, estratificados por si la tasas de emaciación en el primer estudio fueron superiores o inferiores a la meta de la AMS

FIGURA 3.1 TASA DE REFERENCIA DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y REDUCCIÓN ANUAL EN EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO

TASA MEDIA ANUAL DE REDUCCIÓN (TMAR) EN EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO (%)

TASA DE REFERENCIA RETRASO EN EL CRECIMIENTO (%)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014).

Nota: Los años para las tasas de referencia varían desde 2005 hasta 2013.

de 5%. Para 76 países, la tasa es constante o está en disminución mientras que, para 51 países, la tasa está aumentando. Los países en el ángulo izquierdo superior del Cuadro 3.2 enfrentan desafíos particulares: tasas de emaciación superiores al 5% y las tasas en aumento.

Lactancia materna exclusiva

Como se ilustra en la Figura 3.3, las tres regiones de las Naciones Unidas de África, Asia y América Latina y el Caribe muestran tasas similares con respecto a la lactancia materna exclusiva⁷ y todas se equiparan con la media mundial del 41%⁸.

Si bien algunas subregiones y países han experimentado considerables progresos, en especial Asia Occidental que casi triplica los índices, a partir de una base inicial baja, la mayoría de las subregiones han informado crecimientos entre lentos y modestos. Además, el cambio en Asia Occidental está impulsado por las tendencias de lactancia materna en Turquía; en la mayoría del resto de los países de la región, las tasas de lactancia materna exclusiva se han mantenido relativamente estacionarias

o, incluso, han disminuido. No obstante, otros países, como Bangladesh, Brasil (véase el Panel 7.5 en el Capítulo 7), Cuba y Togo muestran que es posible registrar una rápida progresión.

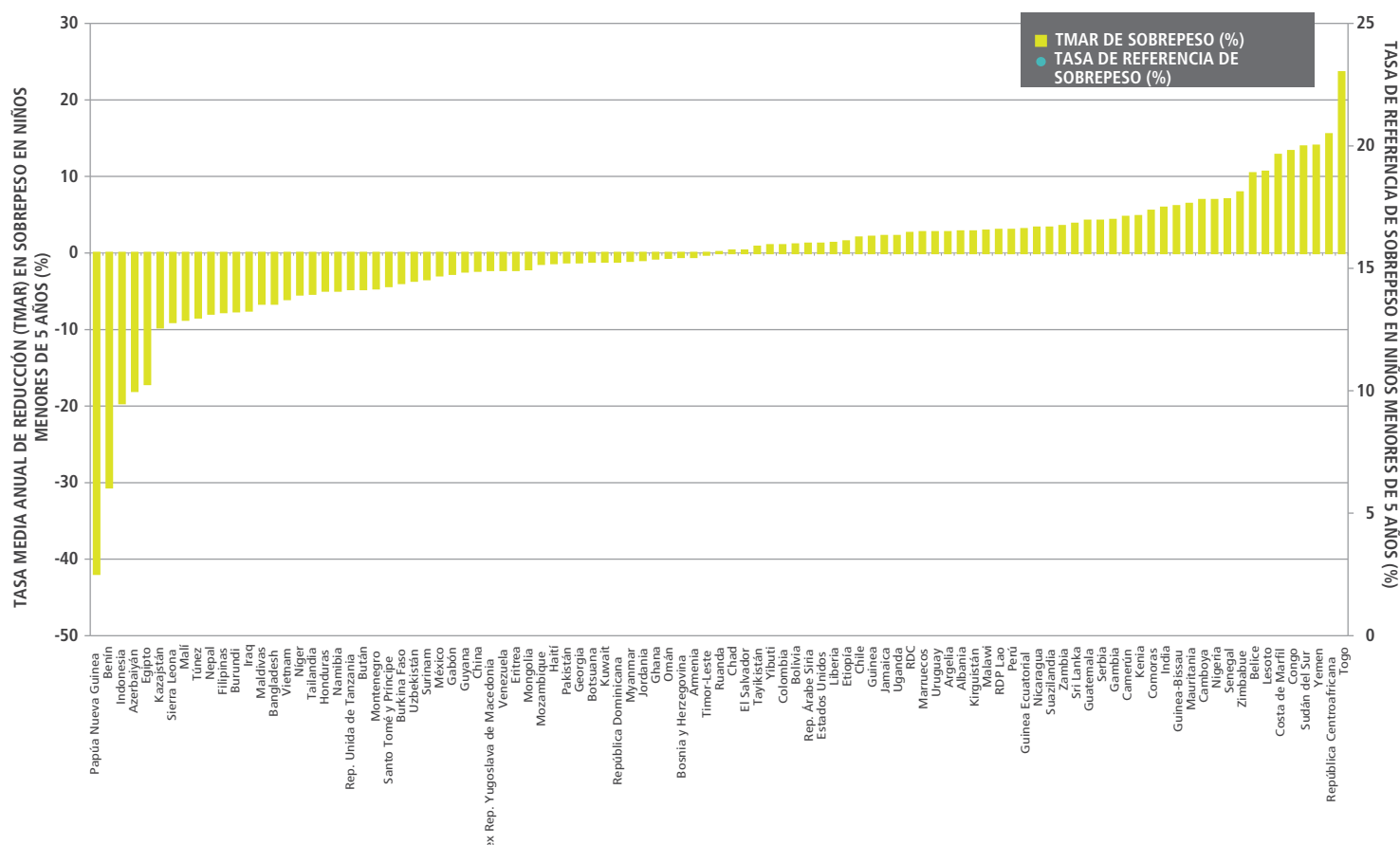
Bajo peso al nacer

Los lactantes con bajo peso al nacer⁹ tienen más riesgo de morbilidad y mortalidad. Tal como se ilustra en la Figura 3.4, el bajo peso al nacer afecta a todas las regiones del mundo (por ejemplo, las tasas en América del Norte y del Sur son muy similares), pero la tasa es muchísimo más alta en Asia Meridional. Actualmente, no es posible presentar datos que indiquen tendencias confiables¹⁰.

Anemia

La prevalencia de anemia¹¹ en mujeres en edad reproductiva es superior al 15% en todas las subregiones del mundo, con excepción de América del Norte (Figura 3.5). Las tasas en Europa son similares a las de América Central y del Sur. Las tasas son las más altas en Asia Meridional, África Occidental y África Central.

FIGURA 3.2 TASA DE REFERENCIA DE SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y REDUCCIÓN DE SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014).

Nota: Los años para las tasas de referencia varían desde 2005 hasta 2013.

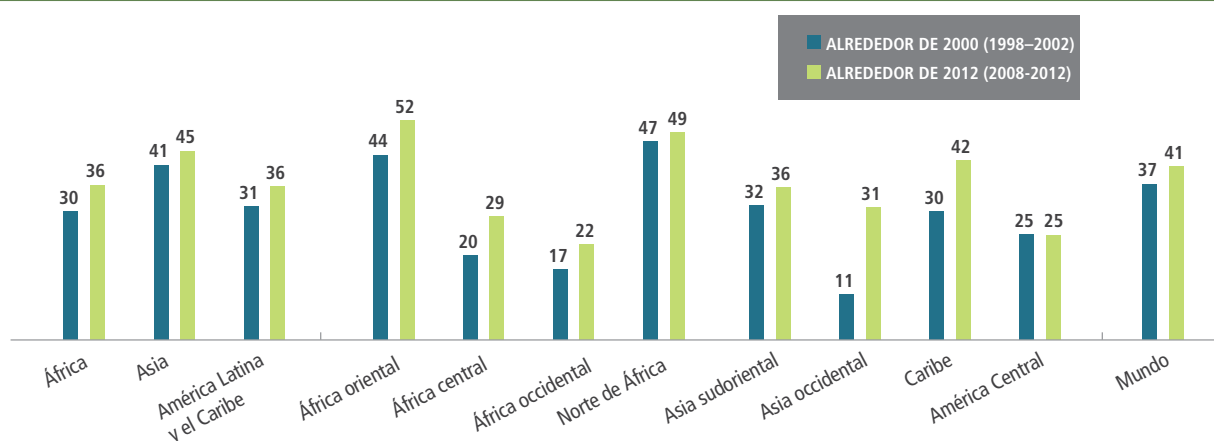
CUADRO 3.2 CAMBIOS EN LAS TASAS DE EMACIACIÓN

	Tasa de emaciación estimada anterior $\geq 5\%$	Tasa de emaciación estimada anterior $< 5\%$
Tasa de emaciación en aumento	Albania, Botsuana, Burkina Faso, Camboya, Egipto, Eritrea, Filipinas, Gambia, Guinea, India, Indonesia, Iraq, Madagascar, Malí, Níger, Nigeria, República Árabe Siria, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sri Lanka, Sudán	Arabia Saudita, Azerbaiyán, Belice, Bután, Cabo Verde, Ecuador, El Salvador, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Jamaica, Jordania, Kirguistán, Kuwait, Líbano, Libia, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Perú, República Checa, República Dominicana, República Unida de Tanzania, Surinam, Suazilandia, Tailandia, Tayikistán, Trinidad y Tobago, Zimbabue
Tasa de emaciación constante o en disminución	Afganistán, Angola, Argelia, Armenia, Bahréin, Bangladesh, Benín, Burundi, Camerún, Comoras, Congo, Costa de Marfil, Chad, Yibuti, Etiopía, Fiji, Ghana, Guyana, Haití, Islas Salomón, Kenia, Lesoto, Liberia, Maldivas, Marruecos, Mauricio, Mauritania, Myanmar, Namibia, Nepal, Omán, Pakistán, Rep. Dem. del Congo, Rep. Pop. Dem. de Corea, República Centroafricana, República Democrática Popular Lao, Sierra Leona, Somalia, Sudáfrica, Sudán del Sur, Timor-Leste, Togo, Ucrania, Uganda, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Zambia	Argentina, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, China, Estados Unidos, ex República Yugoslava de Macedonia, Gabón, Georgia, Guatemala, Honduras, Irán, Kazajistán, México, Mongolia, Montenegro, Panamá, Rumania, Ruanda, Serbia, Túnez, Turquía, Uruguay, Venezuela

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014). Los datos son de 1985–2013.

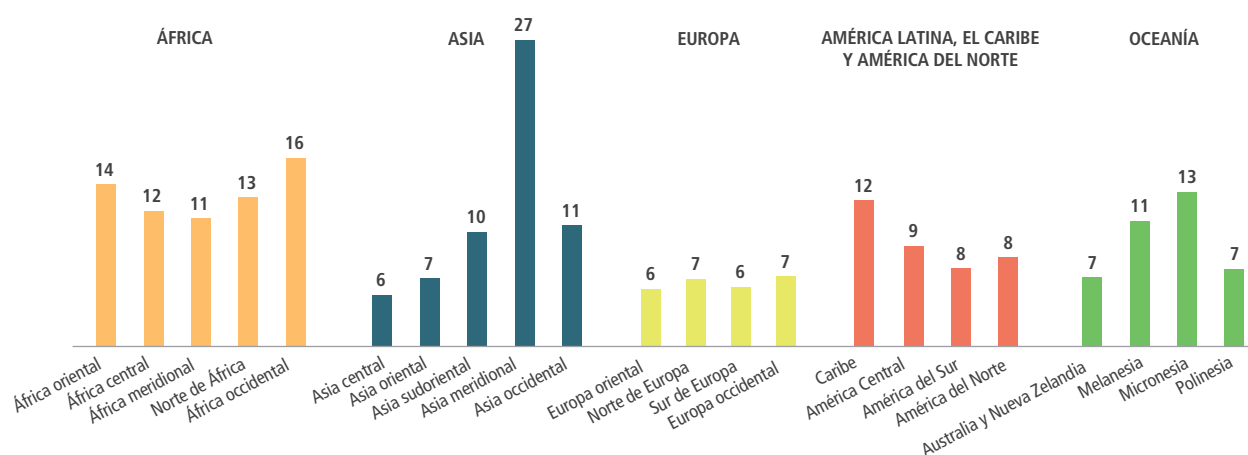
Nota: Las categorías se basan en las estimaciones de las dos encuestas nacionales anteriores disponibles. Los países se caracterizan como países que tienen una tasa de emaciación en aumento si esta tasa fue más alta en la segunda encuesta que en la primera.

FIGURA 3.3 PORCENTAJE DE LACTANTES DE 0 A 5 MESES DE EDAD AMAMANTADOS EN FORMA EXCLUSIVA, POR REGIÓN, ALREDEDOR DE 2000 Y 2012



Fuente: UNICEF (2014e), basado en Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), y otras encuestas representativas a nivel nacional, 2008–2012, con excepción de India, cuyos datos son de 2005–2006.

FIGURA 3.4 INCIDENCIA MEDIA DE BAJO PESO AL NACER POR SUBREGIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (%)



Fuente: UNICEF (2014e), basado en Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas representativas a nivel nacional.

Notas: Los datos muestran la incidencia media ponderada por población de bajo peso al nacer. Los datos excluyen a China.

En resumen, los niveles y las tendencias en los indicadores de desnutrición varían mucho según los países. Sin embargo, poco se sabe de las razones que generan tales diferencias. Se necesitan estudios de casos de mayor calidad, similares a casos prácticos de los centros de estudio, para obtener una perspectiva completa y crítica sobre los factores que han determinados semejantes discrepancias en la progresión.

¿CUÁNTOS PAÍSES PODRÁN CUMPLIR LAS METAS GLOBALES DE LA AMS?

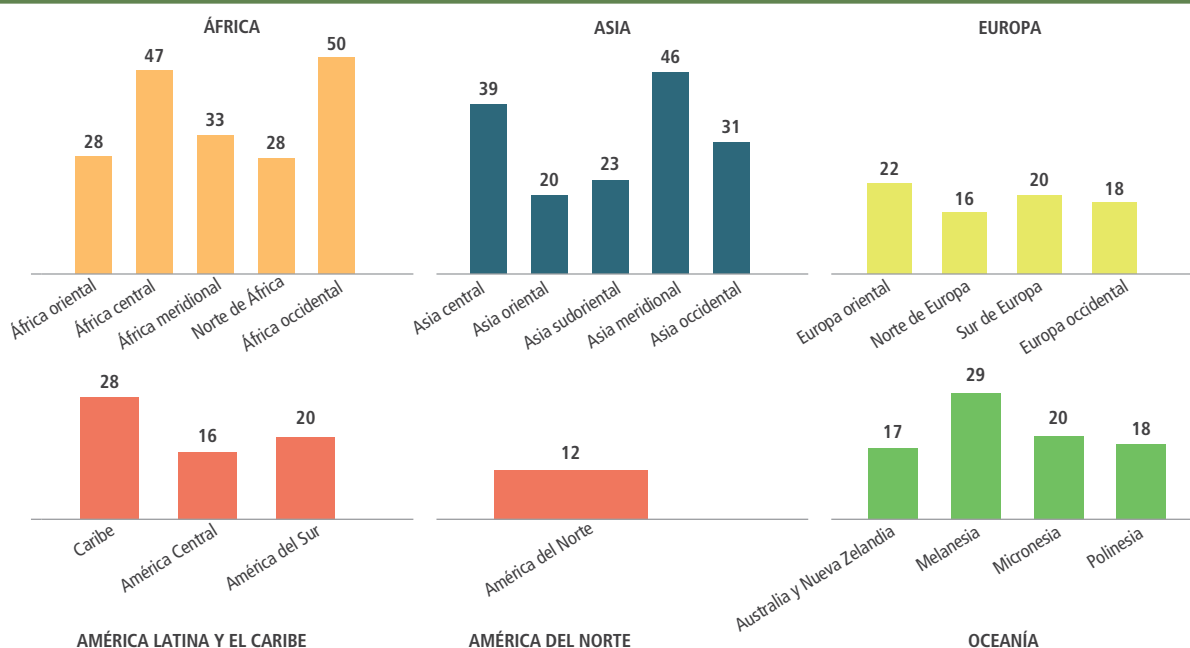
Las metas mundiales necesitan traducirse en metas nacionales que se adecúen al contexto y tengan en cuenta niveles y tendencias actuales, factores de riesgo, cambios demográficos,

experiencia en políticas de desarrollo e implementación de planes de nutrición, grado de desarrollo del sistema de salud e intervenciones anteriores (de Onis et al. 2013).

Por supuesto, los países establecerán las metas nacionales para llevar a cabo las políticas y los programas nacionales y calcular el nivel de recursos requeridos para su aplicación. Por lo tanto, en esta sección no se proponen metas para cada país. En su lugar, nos planteamos si las metas mundiales se aplican por país, cuántos países podrían contribuir con las metas globales de la AMS?

Con el fin de responder a este interrogante, utilizamos información proveniente de la base de datos conjunta más reciente de UNICEF/OMS/BM (UNICEF, OMS y Banco

FIGURA 3.5 PREVALENCIA MEDIA DE ANEMIA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA POR SUBREGIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (%)



Fuente: Stevens et al. (2013), basado en estimaciones modeladas para 2011.

Nota: Los datos son promedios ponderados según la población.

Mundial 2014) y estimaciones de la OMS sobre las tasas de cambio requeridas en los indicadores a nivel de país para cumplir la meta mundial aplicado a nivel de país (OMS 2014a). Además, aplicamos las normas que propone la OMS (2014a) para determinar si un país puede cumplir con las metas globales de la AMS (Cuadro 3.3)¹².

De los 99 países que poseen datos registrados sobre los cuatro indicadores de la AMS (retraso en el crecimiento, emaciación, sobrepeso y anemia), solo Colombia, está

bien encaminada para cumplir las cuatro metas para 2025, mientras que 31 países no podrán respetar ninguna de las cuatro metas (Figura 3.6)¹³.

Es alentador que más de dos terceras partes de los países que tienen datos sobre los cuatro indicadores cumplirán al menos una de las metas. Los países africanos representan aproximadamente el 50% de los países que cumplirán cero, una y dos metas. Los países asiáticos representan el 42% de los países que respetarán

CUADRO 3.3 REGLAS PROPUESTAS POR LA OMS PARA DEFINIR SI UN PAÍS PUEDE CUMPLIR LAS METAS GLOBALES DE LA AMS

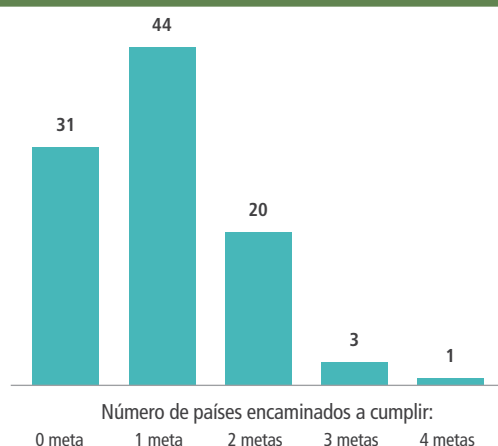
Indicador	Encaminado	Mal encaminado
Retraso en el crecimiento (menores de 5 años)	TMAR actual $\geq$ TMAR específica del país requerida para cumplir la meta global	TMAR actual $<$ TMAR específica del país requerida para cumplir la meta global
Emaciación ^a (menores de 5 años)	$< 5\%$	$\geq 5\%$
Sobrepeso (menores de 5 años)	$< 7\%$ y sin aumento en la prevalencia en comparación con la base de referencia del país	$\geq 7\%$ o aumento en la prevalencia en comparación con la base de referencia del país
Anemia (mujeres en edad reproductiva)	TMAR actual $\geq 5,2\%$	TMAR actual $< 5,2\%$
Lactancia materna exclusiva (lactantes < 6 meses)	n.d.	n.d.
Bajo peso al nacer (nacidos vivos < 2.500 g)	n.d.	n.d.

Fuente: OMS (2014a), actualizado en agosto de 2014.

Notas: TMAR = tasa media anual de reducción. n.d. = reglas no disponibles aún. La tasa de referencia del país es la estimación nacional más reciente después de 2005 y hasta 2012 inclusive, el último año para el que hay datos disponibles. Nuestras evaluaciones de progresos se basan en comparaciones entre tendencias históricas anteriores a la base de referencia y las tasas requeridas de progreso hacia 2025. Las reglas sobre lactancia materna exclusiva y bajo peso al nacer están siendo determinadas actualmente por el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial.

^aEn OMS (2014a) se indica la base siguiente para la regla de la OMS para la emaciación: "La presentación de la meta de emaciación es levemente distinta puesto que las tendencias para esta condición no son significativas. La emaciación se refiere a niños que son demasiado delgados para su estatura. Las tasas de emaciación pueden cambiar rápidamente tras impactos súbitos tales como desastres naturales o causados por el ser humano".

FIGURA 3.6 NÚMERO DE PAÍSES ENCAMINADOS A CUMPLIR LAS METAS GLOBALES DE NUTRICIÓN DE LA AMS



Fuente: Autores, sobre la base de datos de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014) y Stevens et al. (2013), y reglas de la OMS sobre encaminado/mal encaminado (2014a), actualizados en agosto de 2014.

Nota: Las cuatro metas son retraso en el crecimiento, emaciación, sobrepeso en niños menores de 5 años y anemia en mujeres en edad reproductiva. Número de países con datos para el conjunto de cuatro indicadores = 99.

0 metas y aproximadamente el 25% de los que cumplirán una o dos metas.

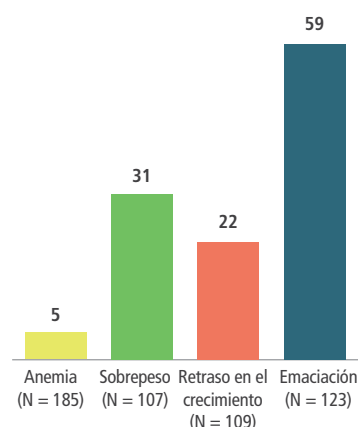
La anemia es el indicador que más dificultades representa para la mayoría de los países (Figura 3.7). Mason et al. (2014) sostienen que resolver la anemia requiere intensificar urgentemente los programas de intervención eficaz, como por ejemplo, suplementación con hierro y ácido fólico o múltiples micronutrientes, fortificación de alimentos básicos o condimentos y medidas de control de enfermedades, como la malaria y la eliminación de parásitos. Sugieren que la falta de atención a este problema se debe a que los países no tienen conciencia de su generalización y su lenta progresión.

Los cinco países que están bien orientados hacia la reducción de la anemia son Burundi, Colombia, Kenia, Vanuatu y Vietnam. Estos 5 países, con una población total de 192 millones de personas, representan el 3% del total de la población de los 185 países que disponen de datos. Es importante conocer las razones que ha impulsado a estos países en su progresión por la disminución de la anemia.

La emaciación es el indicador en el cual están progresando la mayor cantidad de países. Este resultado no se basa en la tasa media anual de reducción sino, más bien, en observar si la emaciación es inferior al 5% (bien encaminado) o superior o igual al 5% (no bien encaminado)¹⁴. Entre los 59 países en vías de reducir la emaciación, se encuentran Brasil, China y Estados Unidos. Estos 59 países representan el 39% del total de niños de menos de 5 años en los 123 países que disponen de datos.

En cuanto a la reducción del retraso en el crecimiento,

FIGURA 3.7 NÚMERO DE PAÍSES ENCAMINADOS A CUMPLIR CADA UNA DE LAS METAS GLOBALES DE LA AMS



Fuente: Autores, sobre la base de datos de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014) y Stevens et al. (2013), y reglas de la OMS sobre encaminado/mal encaminado (2014a), actualizados en agosto de 2014.

Nota: N = número de países para los que hay datos disponibles para cada uno de los indicadores.

entre los 22 países con resultados positivos se encuentran China, Turquía y Vietnam. Estos 22 países representan el 23% del total de niños menores de 5 años en los 109 países que disponen de datos.

Finalmente, hay 31 países en buen camino para reducir el sobrepeso de niños menores de 5 años entre los 107 países que disponen de datos. Estos 31 países, entre los que se encuentran India, Nigeria y Estados Unidos, representan el 45% del total de niños de menos de 5 años en estos 107 países¹⁵.

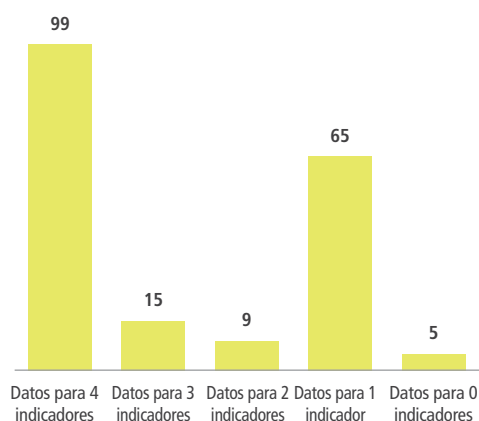
Con espíritu de colaboración y a fin de evitar la duplicación, el Informe de la nutrición mundial ha coordinado la presentación de informes de los datos de la AMS con la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial. La nueva Herramienta de seguimiento de las metas mundiales de las Naciones Unidas se lanzará durante la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, que se llevará a cabo en noviembre de 2014. Los futuros Informes de la nutrición mundial continuarán describiendo los datos de la AMS en formas nuevas y los yuxtapondrán con otros tipos de datos para reforzar su valor analítico.

Los perfiles nutricionales del país, que se han registrado para acompañar este informe y se publican en línea (www.globalnutritionreport.org), deberán resultar de utilidad a la hora de incorporar los en los análisis que respaldan las iniciativas de los países para comprender su posición favorable en algunos indicadores y crítica en otros y qué se puede hacer al respecto¹⁶.

Ausencia de datos

Si 99 países poseen datos registrados para evaluar su progresión en las cuatro metas de la AMS, ¿cómo se distribuyen los

FIGURA 3.8 NÚMERO DE PAÍSES QUE TIENEN DATOS PARA DETERMINAR EL ESTADO DE LAS METAS DE LA AMS PARA CUATRO INDICADORES DE LA AMS



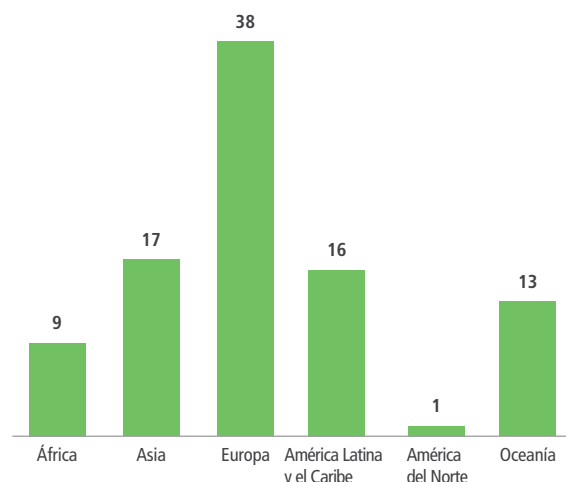
Fuente: Autores, sobre la base de datos de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014) y Stevens et al. (2013), y reglas de la OMS sobre encaminado/mal encaminado (2014a), actualizados en agosto de 2014.

Nota: Los cuatro indicadores son retraso en el crecimiento, emaciación, sobrepeso en niños menores de 5 años y anemia en mujeres en edad reproductiva. Número total de países = 193.

restantes 94 países? En la Figura 3.8, se explica que 79 de los 193 países no pueden realizar el seguimiento de más de dos de los cuatro indicadores de la AMS y 5 países no pueden hacer ningún seguimiento.

De los 94 países con datos incompletos en al menos un indicador, casi la mitad de ellos están en Europa y América del

FIGURA 3.9 NÚMERO DE PAÍSES PARA LOS QUE FALTAN DATOS PARA POR LO MENOS UN INDICADOR DE LA AMS, POR REGIÓN



Fuente: Autores, sobre la base de datos de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014) y Stevens et al. (2013), y reglas de la OMS sobre encaminado/mal encaminado (2014a), actualizados en agosto de 2014.

Nota: Número total de países = 94.

Norte (Figura 3.9). Habitualmente, estos países de ingresos altos cuentan con los datos necesarios, pero los comunican de manera que se pueda compararlos a nivel internacional. Los países de ingresos altos necesitarán adaptar sus sistemas de presentación de informes a los requisitos mundiales de comunicación de informes.

AUSENCIA DE DATOS

1. Solo 99 de los 193 países tienen datos suficientes para evaluar si están bien o mal posicionados frente a los cuatro indicadores de la AMS.
2. Muchos de los indicadores se basan en estudios de más de cinco años de anterioridad (véase Capítulo 9 para más información con respecto a la antigüedad de los estudios).
3. Los datos de Europa y América del Norte sobre lactancia materna exclusiva según la definición de la OMS son escasos.
4. Se necesitarán métodos para ajustar los datos sobre bajo peso al nacer.
5. Se deberán desarrollar métodos para generar datos seguros sobre las tendencias de emaciación.
6. Se requerirán más datos sobre los estudios de micronutrientes. Los datos de anemia se basan en modelos y los datos de modelos a nivel de país pueden no considerarse significativos o veraces.
7. Los países de ingresos altos necesitarán equiparar sus datos sobre el estado nutricional con la normativa internacional.
8. A fin de evaluar su capacidad de alcanzar las metas de la AMS, es imperativo que los países cuenten con normas que determinan el nivel de cumplimiento de los objetivos en materia de lactancia materna exclusiva y bajo peso al nacer.

4 LA COEXISTENCIA DE DIFERENTES FORMAS DE MALNUTRICIÓN ES LA “NUEVA NORMALIDAD”

POCOS PAÍSES ESTÁN LIBRES DE LA MALNUTRICIÓN Y MUCHOS OTROS SUFREN SUS MÚLTIPLES EFECTOS. HABITUALMENTE, SI BIEN LOS DATOS SOBRE DESNUTRICIÓN infantil, deficiencia de micronutrientes en niños y adultos, y sobrepeso y obesidad en niños y adultos se presentan en forma separada, el propósito de este informe es poner en evidencia las superposiciones porque reflejan los múltiples problemas a los que se enfrentan los países.

Este capítulo comienza con un análisis del crecimiento de los niños menores de 5 años de edad: ¿cuántos países registran diferentes combinaciones de crecimiento poco saludable entre niños menores de 5 años? A continuación, se analizan las dimensiones múltiples del estado nutricional de las mujeres. En una segunda etapa, se superponen los datos sobre retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad con el fin de identificar los países con cargas simultáneas.

Idealmente, se podrían realizar análisis de cargas superpuestas de malnutrición en y entre cada país. En la segunda parte de este capítulo, se exploran los problemas de los datos nacionales con respecto a la equidad y descentralización en cada país. El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 intentará respaldar el análisis por país.

PUNTOS CLAVE

1. La malnutrición afecta casi a todos los países. Solo dos países registran niveles de retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años, anemia en mujeres en edad reproductiva y sobrepeso en adultos por debajo de los umbrales exigidos por la salud pública.
2. Los países están enfrentando cargas de malnutrición complejas, superpuestas e interconectadas. Menos de 20 países asumen una sola forma de malnutrición que incluye el retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en adultos. La comunidad de la nutrición debe desarrollar urgentemente mecanismos y estrategias para priorizar y secuenciar las acciones relacionadas con la nutrición en contextos complejos.
3. Dadas estas cargas múltiples y la tendencia hacia la descentralización de los programas sobre nutrición, los análisis desglosados sobre los resultados de la nutrición son cada día más prioritarios. Este es un caso de ausencia de datos en casi la mayoría de los países.

SUPERPOSICIÓN DE DIFERENTES FORMAS DE MALNUTRICIÓN

Muchos países tienen cargas superpuestas de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años. Para los 117 países con datos sobre los tres indicadores (retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso), el Cuadro 4.1 desglosa ocho categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas. Una novena categoría corresponde a los países con datos incompletos para al menos uno de los tres indicadores.

De los 117 países, 64 poseen múltiples tipos de malnutrición antropométrica en niños menores de 5 años. Solo 43 países notifican problemas de crecimiento infantil debidos a solo una causa. Diecisiete países tienen los tres tipos de problemas de crecimiento de los niños menores de 5 años. Solo los datos de 10 países se encuentran por debajo de los límites para cada indicador; es decir, no tienen niveles de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso que constituyan una verdadera preocupación para la salud pública.

Muchas cargas de malnutrición también afectan a las mujeres. En el Cuadro 4.2, se superponen tres indicadores de malnutrición: delgadez y talla baja de mujeres en edad reproductiva (MER) y sobrepeso en mujeres adultas. Una tercera parte de los países (22 de 67) con datos sobre los tres indicadores carece de las tres condiciones de malnutrición especificadas (incluidos varios de los principales países africanos). En los países de Asia meridional, predomina el grupo de talla baja y delgadez. En Yemen, se observan las tres formas de malnutrición en las mujeres. El

sobrepeso y la talla baja/delgadez afectan solo a 7 países, con un total combinado de población de 71 millones de personas.

En el Cuadro 4.3, se combinan tres indicadores generados a través de diferentes metodologías: tasas de retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años, anemia en mujeres en edad reproductiva y sobrepeso en adultos de ambos sexos. Veinticuatro países poseen las tres formas de malnutrición y 78 tienen dos formas de malnutrición. Dieciocho países sólo sufren de una de las tres formas de carga de malnutrición (menos del 20% de la población que vive en países con carga de malnutrición).

Dos países (China y República de Corea) de los 122 para los que tenemos datos comparables de los tres indicadores están por debajo de los límites consignados y, sólo por un margen estrecho, la tasa de anemia de China es del 19,6% y la de la República de Corea es del 19,4%. Si la tasa de anemia en estos dos países fuera solo un 0,6% más alta, todos los países del mundo se clasificarían como países que sufren alguna de estas tres formas de malnutrición. Por supuesto, China tiene una población tan numerosa que su 9,4% de retraso en el crecimiento, 19,6% de anemia y 25% de sobrepeso representan serias cargas nacionales y mundiales.

Estos análisis de superposición de las formas de malnutrición representan una forma simple de explorar y mirar con nuevos ojos la malnutrición en los distintos contextos. Es posible llegar a dos grandes conclusiones: 1) la inmensa mayoría de los países tienen más de una carga de malnutrición; y 2) muchos países sufren tres tipos de malnutrición simultáneamente. Diecisiete

CUADRO 4.1 PAÍSES CON RETRASO EN EL CRECIMIENTO, EMACIACIÓN Y SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Superposición/grupo de indicadores	Número de países	Población total (millones)	Países
Solo retraso en el crecimiento	12	212	El Salvador, Guatemala, Honduras, Islas Salomón, Liberia, Nauru, Nicaragua, República Popular Democrática de Corea, Togo, Uganda, Vietnam, Zimbabue
Solo emaciación	6	68	Arabia Saudita, Guyana, Omán, Senegal, Sri Lanka, Surinam
Solo sobrepeso	25	603	Argelia, Argentina, Belarús, Belice, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Costa Rica, Chile, ex República Yugoslava de Macedonia, Gabón, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Kuwait, Marruecos, México, Mongolia, Montenegro, Paraguay, Perú, República Dominicana, Serbia, Túnez, Uruguay, Uzbekistán
Solo retraso en el crecimiento y emaciación	38	2.462	Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Congo, Costa de Marfil, Chad, Eritrea, Etiopía, Filipinas, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, India, Kenia, Maldivas, Malí, Mauritania, Myanmar, Namibia, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Sudán del Sur, Tayikistán, Timor-Leste, Vanuatu, Yemen
Solo retraso en el crecimiento y sobrepeso	7	45	Armenia, Bolivia, Guinea Ecuatorial, Lesoto, Malawi, Ruanda, Suazilandia
Solo emaciación y sobrepeso	2	70	República de Moldavia, Tailandia
Retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso	17	468	Albania, Azerbaiyán, Benín, Bután, Botsuana, Comoras, Yibuti, Egipto, Indonesia, Iraq, Libia, Mozambique, Papúa Nueva Guinea, República Árabe Siria, Santo Tomé y Príncipe, Sierra Leona, Zambia
Por debajo del valor de corte para los tres indicadores	10	1.914	Alemania, Colombia, China, Estados Unidos, Jamaica, Jordania, República de Corea, Santa Lucía, Tuvalu, Venezuela
Total con datos	117	5.842	
Faltan datos para un indicador por lo menos	76		
Total	193		

Fuente: Los datos sobre indicadores son de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014). Los datos son de 2005-2013. Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: Los puntos de corte para colocar a los países en cada categoría del indicador son los siguientes: retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años $\geq 20\%$, emaciación en niños menores de 5 años $\geq 5\%$ y sobrepeso en niños menores de 5 años $\geq 7\%$. Estos puntos de corte se seleccionaron debido a que la OMS considera que indican la importancia de la salud pública (2010a).

países experimentan retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años, emaciación y sobrepeso, y 24 países experimentan retraso en el crecimiento, anemia y sobrepeso en adultos¹.

Dadas estas cargas múltiples y sus complejidades, la comunidad de la nutrición necesita desarrollar con urgencia mecanismos de diagnóstico para evaluar el panorama de la malnutrición, con el fin de ayudar a secuenciar, establecer prioridades y desarrollar estrategias para luchar contra la nutrición a nivel nacional. También es importante comprender las asociaciones y consecuencias de la acción emprendida, dado que una forma de malnutrición puede impulsar la manifestación de otras. Por ejemplo, a menudo, la emaciación se asocia con el retraso en el crecimiento y puede tener causas similares (Bergeron y Castleman 2012) y la desnutrición en la infancia está asociada con sobrepeso y obesidad en adultos (Adair et al. 2013).

Finalmente, es importante saber que los países de ingresos altos tienen tendencia a no figurar en estos cuadros puesto que no comunican datos que sean compatibles con el sistema de transmisión internacional de datos. Se trata de un ámbito donde es imposible definir responsabilidades. Como se ilustra en el Panel 4.1, Estados Unidos y el Reino Unido enfrentan serios problemas de malnutrición (sobrepeso y obesidad) sus ciudadanos y los de todos los 193 estados miembros de las Naciones Unidas necesitan determinar responsabilidades gubernamentales en cuanto a sus esfuerzos para mejorar la situación.

DISTRIBUCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN CADA PAÍS

En todos los países, siempre hay regiones que mejoran sus resultados en términos de su estado nutricional y otras que se quedan atrás. Una solución a esta variación es descentralizar las iniciativas para mejorar la nutrición y desarrollar estrategias subnacionales. La descentralización generará una mayor necesidad de análisis y recopilación de datos de nutrición subnacionales. Esta información puede desglosarse de muchas maneras, como por ejemplo, por unidad administrativa o geográfica o bien por categorías que tengan en cuenta la equidad.

Desagregación administrativa

Muchos países, como Indonesia y Kenia, están descentralizando planes e intervenciones en el ámbito de la nutrición, lo que plantea un desafío para definir responsabilidades. A menudo, las obligaciones y la responsabilidad están descentralizadas porque, habitualmente, los factores locales definen en gran medida los resultados nutricionales. Sin embargo, para que los gobiernos locales sean responsables, deben tener la autoridad, la capacidad humana e institucional y los recursos adecuados. En el Panel 4.2 se subraya la importancia de los factores de motivación regionales del estado nutricional en Indonesia.

En la India, una asociación está utilizando perfiles nutricionales para distritos en tres estados indios para iniciar debates sobre

CUADRO 4.2 PAÍSES CON DELGADEZ Y ESTATURA BAJA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SOBREPESO EN MUJERES ADULTAS

Superposición/grupo de indicadores	Número de países	Población total (millones)	Países
Estatura baja en MER solamente	5	232	Camboya, Congo, Nepal, Pakistán, Sierra Leona
Delgadez en MER solamente	3	110	Chad, Eritrea, Etiopía
Sobrepeso en mujeres adultas solamente	25	610	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Brasil, Camerún, Colombia, Egipto, Gabón, Ghana, Jordania, Kazajstán, Kirguistán, Lesoto, Marruecos, Mauritania, Namibia, República de Moldavia, República Dominicana, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Suazilandia, Turkmenistán, Turquía, Uzbekistán, Yemen, Zimbabue
Estatura baja en MER y delgadez en MER	4	1.415	India, Bangladesh, Madagascar, Timor-Leste
Estatura baja en MER y sobrepeso en mujeres adultas solamente	7	71	Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Maldivas, Nicaragua, Perú
Sobrepeso en mujeres adultas y delgadez en MER solamente	0	0	
Estatura baja en MER, delgadez en MER y sobrepeso en mujeres adultas	1	24	Yemen
Por debajo del valor de corte para los tres indicadores	22	562	Benín, Burkina Faso, Burundi, Comoras, Costa de Marfil, Guinea, Haití, Kenia, Liberia, Malawi, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Ruanda, Tayikistán, Togo, Uganda, Zambia
Total con datos	67	3.025	
Faltan datos para un indicador por lo menos	126		
Total	193		

Fuente: Los datos del indicador son de Statcompiler de Encuestas de Demografía y Salud (2014; datos de 1994-2013) y OMS (2014g; datos de 2008). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: MER = Mujeres en edad reproductiva. La delgadez se define como un índice de masa corporal (IMC) < 18,5; la estatura baja se define como una estatura < 145 cm; y el sobrepeso se define como un IMC ≥ 25. Los puntos de corte para colocar a los países en cada categoría del indicador son los siguientes: delgadez en MER ≥ 20%, estatura baja en MER ≥ 4,8% y sobrepeso en mujeres adultas ≥ 35%. Se usa un valor de corte del 20% para la delgadez en MER porque la OMS ha calificado este nivel como de indicador de prevalencia alta/muy alta de una situación grave/muy grave (OMS 2010a). Se usa un valor de corte del 4,8% para la estatura baja en MER porque no existe un valor de corte universal; en su lugar, se usa el percentil 75 como valor de corte. Se usa un valor de corte del 35% para el sobrepeso en mujeres adultas porque un sobrepeso de ≥ 35% es más alto que el promedio mundial (OMS 2014b; FAO 2013b).

PANEL 4.1 MALNUTRICIÓN EN ESTADOS UNIDOS Y EL REINO UNIDO

JESSICA FANZO

La nutrición es un motivo de preocupación en todos los países, no solo en aquellos de bajos ingresos, dado que muchos países con ingresos altos se enfrentan a ciertas dificultades debido a sus propios problemas de nutrición.

En Estados Unidos, donde las tasas de obesidad se han duplicado en adultos y niños desde la década de 1970, la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública. Casi el 69% de los adultos estadounidenses y el 32% de niños y adolescentes tienen sobrepeso o son obesos (Ogden et al. 2014). En la mayoría de los grupos categorizados por sexo y edad, la prevalencia de la obesidad es inferior en la población blanca que en la afroamericana y estadounidense mexicana (May et al. 2013). Muchos hogares estadounidenses no solo sufren las consecuencias del sobrepeso y la obesidad sino, también, de la inseguridad alimentaria. En 2012, el 14,5% de las familias estadounidenses padecían en algún momento del año

inseguridad alimentaria, según la definición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

En el Reino Unido, el 67% de los hombres y el 57% de las mujeres tienen sobrepeso o son obesos (Ng et al. 2014). Más de una cuarta parte de los niños también tienen sobrepeso o son obesos (26% de los niños y 29% de las niñas). En Europa occidental, el Reino Unido se posiciona después de Islandia, donde el 74% de los hombres y el 61% de las mujeres tienen sobrepeso o son obesos y Malta, donde las cifras son del 74% y el 58%, respectivamente (Ng et al. 2014).

Los datos recientes sugieren que el aumento de la obesidad infantil se está nivelando en Estados Unidos (Ogden et al. 2014). Otro estudio demuestra que la prevalencia de la obesidad infantil es más lenta, o se ha nivelado, en nueve países, como por ejemplo Australia, China e Inglaterra y Estados Unidos (Olds et al. 2011). Pese a que es muy pronto para comprender las causas de esta tendencia,

existen algunos ejemplos de cambios de políticas que podrían servir de ejemplo a otros países. Algunos países de Europa proponen abordar la epidemia de la obesidad utilizando un enfoque gubernamental multisectorial, concentrándose en mejorar el almuerzo en las escuelas, aumentando los impuestos a la comida chatarra y los alimentos sobreprocesados y promoviendo la actividad física (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud 2014). Algunos países, como México, aumentan la carga impositiva de los alimentos poco saludables.

Estados Unidos, Reino Unido y otros países de ingresos altos tienen la responsabilidad de avanzar hacia la meta de la AMS de prevenir el aumento del número de niños menores de 5 años con sobrepeso. Tal como lo habían propuesto algunos países europeos, debería aplicarse un enfoque gubernamental general, sin olvidar el contexto local.

CUADRO 4.3 PAÍSES CON RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ANEMIA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SOBREPESO EN ADULTOS

Superposición/grupo de indicadores	Número de países	Población total (millones)	Países
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años solamente	3	194	Etiopía, Ruanda, Vietnam
Anemia en MER solamente	3	102	Senegal, Sri Lanka, Tailandia
Sobrepeso en adultos solamente	12	873	Alemania, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos, ex República Yugoslava de Macedonia, México, Paraguay, Perú, Uruguay
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años y anemia en MER solamente	47	2.758	Angola, Bangladesh, Benín, Bután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Comoras, Congo, Costa de Marfil, Chad, Yibuti, Eritrea, Filipinas, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, India, Indonesia, Kenia, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tayikistán, Timor-Leste, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue
Sobrepeso en adultos y retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años solamente	2	14	Honduras, Nicaragua
Anemia en MER y sobrepeso en adultos solamente	29	438	Arabia Saudita, Argelia, Belarús, Belice, Bosnia y Herzegovina, Gabón, Georgia, Guyana, Irán, Jamaica, Jordania, Kazajistán, Kirguistán, Kuwait, Malasia, Marruecos, Mongolia, Montenegro, Omán, Panamá, República de Moldavia, República Dominicana, Santa Lucía, Serbia, Surinam, Túnez, Turquía, Uzbekistán, Venezuela
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, anemia en MER y sobrepeso en adultos	24	321	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bolivia, Botsuana, Camerún, Ecuador, Egipto, El Salvador, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Iraq, Islas Salomón, Lesoto, Libia, Maldivas, Mauritania, Papúa Nueva Guinea, República Árabe Siria, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica, Suazilandia, Vanuatu, Yemen
Por debajo del valor de corte para los tres indicadores	2	1.426	China, República de Corea
Total con datos	122	6.126	
Faltan datos para un indicador por lo menos	71		
Total	193		

Fuente: Los datos del indicador son de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014; los datos son de 2005–2013); Stevens et al. (2013); y Organización Mundial de la Salud (2014g; datos de 2008). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: MER = Mujeres en edad reproductiva. Los valores de corte para colocar a los países en cada categoría del indicador son los siguientes: retraso en el crecimiento en niños menores de 20 años $\geq 20\%$, anemia en MER $\geq 20\%$ y sobrepeso en adultos $\geq 35\%$. Estos puntos de corte se seleccionaron debido a que la OMS considera que indican la importancia de la salud pública (2010a).

PANEL 4.2 DETERMINANTES REGIONALES DE LA MALNUTRICIÓN EN INDONESIA

ENDANG ACHADI. AGRADECIMIENTO A: SUDARNO SUMARTO Y TAUFIK HIDAYAT

Indonesia enfrenta una paradoja: si bien el producto interno bruto (PIB) nacional per cápita ha aumentado a ritmo sostenido, de US\$1.643 en 2006 a US\$3.592 en 2012 (Estadísticas de Indonesia 2014), la desnutrición disminuye lentamente y la obesidad y el sobrepeso están creciendo con rapidez. Indonesia se caracteriza por sus grandes diferencias geográficas y, en consecuencia, económicas, según los distritos. Quizás se trate aquí de una de las razones que genera las grandes diferencias según los distritos.

En un estudio de Sumarto et al. (2013) se analizaron los factores asociados con la disminución de la pobreza nacional en Indonesia a nivel del distrito, en el contexto de la descentralización. Los datos muestran que la incidencia de la pobreza es inferior en distritos con PIB per cápita más alto, rentas fiscales superiores como proporción del PIB, logros educativos medios más elevados y mayor proporción de líderes locales con educación

secundaria (como sustituto de capacidad local), nivel más alto de urbanización y oficinas locales para coordinar las iniciativas de reducción de la pobreza.

Examinamos la relación de estas mismas variables con el retraso en el crecimiento infantil, un indicador de desnutrición crónica, utilizando el estudio de salud básica nacional Riskesdas (Ministerio de Salud de Indonesia 2008). Los datos de nutrición de Riskesdas 2007 se cotejaron con datos socioeconómicos correspondientes a 2005–2010. Los resultados de nuestro análisis preliminar de 345 distritos y municipios es compatible con el estudio de Sumarto et al. (2013). La prevalencia de retraso en el crecimiento a nivel de distrito se asocia con el PIB per cápita bajo, una proporción mayor de líderes locales con bajos niveles de educación o sin ella y niveles de urbanización bajos.

Otro factor en la persistencia de la variación del retraso en el crecimiento entre distritos

podría ser la descentralización de las funciones gubernamentales desde 2000. Hay quienes han argumentado que Indonesia implementó la descentralización utilizando un enfoque radical (Hofman y Kaiser 2002) y sin adoptar una política integral (Banco Mundial 2005). Esto ha llevado a una difícil transferencia de obligaciones y responsabilidades del nivel central al distrital, lo que posiblemente haya contribuido a las variaciones en la calidad de los servicios de nutrición.

Cuando se observan los datos sobre malnutrición, es importante tener en cuenta el contexto local: geografía, gobernanza local, condición socioeconómica, demografía y logros educativos. En Indonesia, estas dimensiones varían enormemente según los distritos. De este modo, la garantía de una mejor planificación de los programas de salud y nutrición exige un análisis profundo de los datos a nivel de distrito y no solo de los datos nacionales.

nutrición, identificar responsabilidades, destacar las lagunas de datos y diseñar estrategias para la acción (Panel 4.3). Por el momento, la tarea realizada ha puesto de relieve ciertas lagunas de datos e incompatibilidades y, además, la disponibilidad de la información que no se había incorporado anteriormente en los análisis de nutrición.

Equidad

A medida que la equidad adquiere importancia en los programas de desarrollo mundial (Haddad 2014), se acentúan las desigualdades en el sector de la nutrición (por ejemplo, Black et al. 2013). Los niños malnutridos en los grupos de ingresos más pobres tal vez necesiten ayuda adicional de las finanzas públicas dados los limitados medios privados que, tanto ellos como sus familias, tienen a su disposición. Lo más probable es que estos niños deban enfrentar muchas carencias en materia de intervenciones e impulsores subyacentes contra la malnutrición.

En la Figura 4.1, se presentan las diferencias en los resultados del retraso en el crecimiento y el sobrepeso por quintil de riqueza del grupo familiar. En todos los países con prevalencia de retraso en el crecimiento, existen ejemplos de grandes disparidades en las tasas de retraso en el crecimiento entre los quintiles más altos y los más bajos. Las disparidades de riqueza en las tasas de sobrepeso son menos pronunciadas, pero no respetan ningún modelo claro en cuanto a las diferencias: en muchos países, el quintil más bajo tiene tasas más altas de sobrepeso de niños menores de 5 años que el quintil más alto.

Existen grandes disparidades en los resultados del retraso en el crecimiento por quintil de riqueza, pero vale preguntarse si las disparidades aumentan a medida que disminuyen las tasas de retraso en el crecimiento. Uno de los estudios sobre riqueza más exhaustivos es un análisis reciente de datos de 52 países entre mediados de la década de 1990, y mediados y fin de la década de 2000 (Bredenkamp et al. 2014). El estudio concluye que para 30 de los 52 países no existen pruebas estadísticamente significativas de que los resultados del retraso en el crecimiento sean más o menos desiguales entre los grupos de riqueza en cada país. Para 11 países, la equidad del retraso en el crecimiento está aumentando y, para un conjunto dispar de 11 países, la equidad del retraso en el crecimiento está disminuyendo (Cuadro 4.4). Los autores informan que no existe ninguna relación evidente entre las tendencias de prevalencia del retraso en el crecimiento y las tendencias de desigualdad del retraso en el crecimiento.

La equidad no se refiere solo a la riqueza, puesto que la discriminación puede tener raíces geográficas, históricas y culturales que, a menudo, toman la forma de distintas identidades culturales. Cuando existen normas, niveles de confianza y formas diferentes de modificar el comportamiento, existe un gran desafío de programación. En el Panel 4.4, se sacan algunas conclusiones de las intervenciones en el sector de nutrición en las poblaciones autóctonas de Estados Unidos, que constituyen un ejemplo de grupo marginal.

PANEL 4.3 RECOPIACIÓN DE DATOS DE NUTRICIÓN A NIVEL DE DISTRITO EN LA INDIA

PUERNIMA MENON Y SHRUTHI CYRIAC

En la India, la alianza POSHAN, creada para aumentar el acceso a conocimientos y pruebas sobre nutrición, ha elaborado perfiles nutricionales para 11 distritos en los estados de Jharkhand, Madhya Pradesh, Odisha y Uttar Pradesh. Estos perfiles nutricionales de los distritos recurren a diversas fuentes de datos para compilar indicadores sobre el estado de la nutrición y sus determinantes. Los perfiles sirven de base de debate a nivel de distrito para conocer las razones que determinan los altos niveles de desnutrición y los factores que podrían abordarse para mejorar la nutrición.

En nuestra búsqueda de datos a nivel de distrito recientes y fiables sobre los determinantes de la desnutrición, nos enfrentamos a los siguientes desafíos:

La diversidad de sectores de obtención de datos: los datos debían reflejar los diferentes sectores que influyen en la nutrición, como la seguridad alimentaria, el suministro de agua y los servicios de saneamiento, la situación económica y la condición de la mujer. Esto requirió la utilización de diversos

datos y la identificación de los indicadores relacionados con la nutrición.

Problemas temporales: muchos datos provienen de diferentes informes y, a menudo, esto supuso variaciones en los años en que los datos fueron recopilados. La diversidad temporal en los datos obstaculizó la comparación de los datos de nutrición a los niveles de distrito y estado o, incluso, de diferentes tipos de indicadores para cada distrito.

Definiciones de indicadores: si bien todos los indicadores se definieron inicialmente tal y como aparecen en las directrices mundiales, algunas de estas definiciones debieron ser modificadas para ajustarlas a los datos disponibles. Por ejemplo, un informe oficial sobre suplementación de vitamina A tenía datos para niños de 9 a 59 meses de edad, mientras que otro informe tenía datos para niños de 12 a 23 meses de edad.

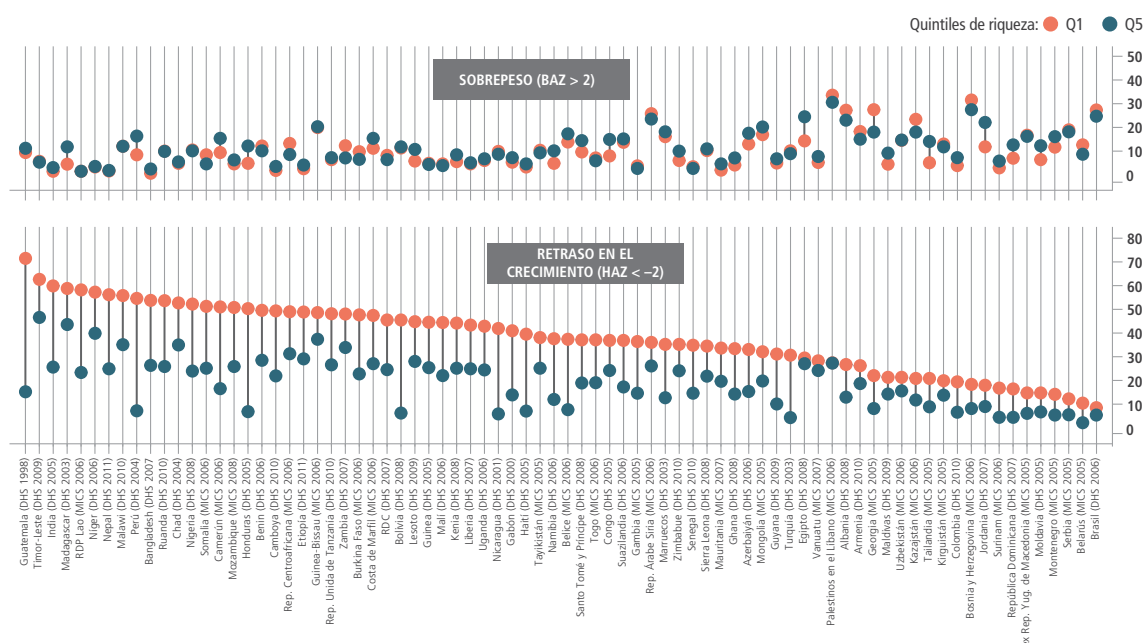
Diferencias de muestreo: algunas fuentes de datos brindaban solo datos rurales y utilizaban muestras con menor volumen de información, lo que dificultó la comparación de

los datos de estas fuentes con los existentes en estudios a nivel nacional.

Competencia técnica con los datos: algunos datos, como por ejemplo sobre seguridad alimentaria y diversidad de la dieta, requieren datos a nivel de unidad provenientes de fuentes de gran diversidad y complejas como es el caso de la Organización Nacional de Encuestas por Muestreo (NSSO, por sus siglas en inglés) y requieren capacidades analíticas especiales por parte de los usuarios. Otros datos plantean menos desafíos, como los indicadores de agua, saneamiento e higiene y acceso a servicios, que se pueden obtener casi directamente de la información obtenida en los censos.

A pesar del desafío que representa la colecta y el análisis de datos, las experiencias iniciales basadas en la utilización de perfiles para catalizar conversaciones orientadas a la nutrición son alentadoras: subrayan el problema y la ausencia de datos, ayudan a aumentar el conocimiento de las funciones de los diferentes sectores y subrayan las acciones necesarias a corto plazo y largo plazo.

FIGURA 4.1 PREVALENCIA DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y SOBREPESO PARA LOS QUINTILES DE RIQUEZA MÁS ALTOS Y MÁS BAJOS EN PAÍSES SELECCIONADOS (%)



Fuente: Figure 5 in Black et al. (2013). Reproduced with the permission of *The Lancet*.

Nota: Red circles are the lowest wealth quintiles; blue circles are the highest wealth quintiles. BAZ = body mass index-for-age Z-score. HAZ = height-for-age Z-score. DHS = Demographic and Health Survey. MICS = Multiple Indicator Cluster Survey.

PANEL 4.4 IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS MINORITARIOS DE RIESGO EN ESTADOS UNIDOS

JENNIFER REQUEJO Y JOEL GITTELSON

En Estados Unidos, el sobrepeso y la obesidad afectan de manera desproporcionada a los indios americanos y nativos de Alaska¹ (Wang y Beydoun 2007; O’Connell et al. 2010). Alrededor de 5,2 millones de indios americanos y nativos de Alaska residen en Estados Unidos. Para muchos de los que viven en las reservas, el acceso a supermercados es limitado y los residentes dependen fundamentalmente de tiendas de autoservicio o gasolineras, en general abastecidas con alimentos poco saludables (papas fritas, refrescos y dulces) y pocas frutas y verduras. Muchas comunidades indias americanas expresan una profunda desconfianza y recelo hacia todos los no residentes como consecuencia de su prolongada historia de marginación y privación de derechos. Un enfoque eficaz para abordar este desafío fue lograr que los miembros de la comunidad participaran activamente en el diseño, la implementación y la evaluación de las intervenciones (Gittelsohn y Rowan 2011; Gittelsohn et al. 2013).

Se han probado rigurosamente tres ensayos de intervención orientados a reducir la obesidad y el diabetes en comunidades de indios americanos modificando sus condiciones de alimentación. Estos ensayos sirven de ejemplo para diseñar programas futuros relacionados con la nutrición de indios

americanos y, posiblemente, otros colectivos estadounidenses vulnerables.

En 1993–2001, el ensayo basado en *Pathways School* realizado en siete comunidades de indios americanos, se concentró en mejorar los programas de nutrición y educación física de niños de tercero a quinto grado, así como mejorar el servicio de alimentación en la escuela; también incluyó un componente de familia (Davis 2003). Si bien la intervención no produjo cambios en los resultados primarios (actividad física y obesidad), se asoció con cambios positivos en las medidas psicosociales y mejoras en la dieta.

El Programa de Tiendas saludables para indios apaches aplicado desde 2003 hasta 2005 tenía el propósito de ofrecer más opciones de alimentos saludables en las tiendas locales de alimentos en dos reservas y orientar a las personas a comprar y consumir más cantidades (Curran et al. 2005). El programa dio lugar a mejoras apreciables en el conocimiento relativo a los alimentos y la intención de comprar y consumir productos saludables. Sin embargo, no se evaluó el impacto sobre la salud.

De 2007 a 2009, el Programa de Tiendas saludables para indios navajos se instauró en 10 regiones. En cada tienda, los clientes podían asistir a demostraciones de métodos de preparación más saludables, proban alimentos sanos y hacer preguntas (Gittelsohn et al.

2013). Al igual que los otros dos ensayos, el programa aumentó el conocimiento de las personas sobre nutrición, y logró que compraran alimentos de mejor calidad nutritiva. También redujo la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Principales lecciones: 1) las intervenciones a nivel institucional que se realizan, por ejemplo, escuelas y tiendas, tienen mejores resultados cuando se las consolida en el hogar y la comunidad; 2) para reforzar un mensaje, se necesita el compromiso de una variedad de instituciones, como por ejemplo, medios de comunicación locales, escuelas, estructuras existentes en la comunidad y tiendas de alimentos; 3) la sostenibilidad del programa depende del compromiso activo de la comunidad y una base institucional adecuada; y 4) es preciso un seguimiento a largo plazo para detectar los cambios en factores de impacto, como por ejemplo, el índice de masa corporal y las enfermedades crónicas.

Pese a la complejidad de la evolución de los comportamientos y resultados relacionados con la nutrición en grupos de minorías étnicas de bajos ingresos, como los indios americanos y los nativos de Alaska en Estados Unidos, se pueden lograr avances y estos últimos son realmente imperiosos si Estados Unidos desea cumplir sus objetivos de salud para 2020.²

CUADRO 4.4 EVOLUCIÓN DE LAS TENDENCIAS SOBRE LA EQUITAD DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO

Evolución de la desigualdad del retraso en el crecimiento entre quintiles de riqueza	Países
Desigualdad en aumento	Azerbaiyán, Bangladesh, Burkina Faso, Chad, Etiopía, India, RDP Lao, Nepal, Nicaragua, Níger, Perú, Albania, Armenia, Benín, Bolivia, Camboya, Camerún, República Centroafricana, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Jordania, Kenia, Lesoto, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Surinam, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Uzbekistán, Zimbabue
Desigualdad sin cambios	
Desigualdad en disminución	Colombia, Comoras, Egipto, Kazajistán, Kirguistán, Marruecos, Mongolia, Nigeria, República Dominicana, Turquía, Zambia

Fuente: Adaptado de la Figura 2 de Bredenkamp et al. (2014).

AUSENCIA DE DATOS

1. Se necesitan más estimaciones de superposiciones de las diferentes formas de malnutrición a niveles individual, de grupo familiar y subnacional.
2. Para comprender este grado de complejidad, es necesario desarrollar mecanismos que sirvan para secuenciar y priorizar acciones y programas de nutrición en un contexto dado.
3. Se requieren más datos desglosados, ya existentes o actuales, pero también debemos ser capaces de recopilar, utilizar y potenciar los datos para motivar la acción política y estimular la demanda de datos.

5 LA NECESIDAD DE MEJORA DE LA COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN

LA COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN NUTRICIÓN—EN OTRAS PALABRAS, LA CANTIDAD DE PERSONAS INCLUIDAS EN UN PROGRAMA EN FUNCIÓN DE LA cantidad de personas que deberían formar parte del programa—es un indicador clave de la responsabilidad de los proveedores de servicios. En este capítulo, se examina la cobertura de la serie de intervenciones específicas de nutrición que se describen en Bhutta et al. (2013a) y se identifican las deficiencias en los datos sobre la cobertura de esas intervenciones. Posteriormente, se analiza la cobertura de una serie de cinco intervenciones de desnutrición para las cuales existen datos y se examinan los problemas de cobertura específicos de la malnutrición aguda severa. Por último, se examinan brevemente las nuevas pruebas sobre los impactos pronosticados para potenciar las intervenciones específicas de nutrición. Estas pruebas sugieren que se necesita investigar su aplicación para mostrar cómo mejorar la eficacia de las intervenciones existentes.

Los datos de cobertura de este capítulo se refieren principalmente a las intervenciones específicas de nutrición que abordan la desnutrición más que el sobrepeso y la obesidad¹. Esto se debe a la escasez de intervenciones a gran escala para tratar el sobrepeso y la obesidad, incluso en países de ingresos altos, así como a la falta de una base de datos internacional sobre la cobertura de las intervenciones existentes.

PUNTOS CLAVE

1. Los datos de cobertura de intervenciones específicas de nutrición son escasos, puesto que todavía deben potenciarse las propias intervenciones. De 12 intervenciones específicas de nutrición, muchos países tienen datos de cobertura nacional para solo 3 (suplementación de vitamina A, yodación universal de la sal y tratamiento con zinc para la diarrea). Hay más datos disponibles sobre prácticas relacionadas con las intervenciones específicas de nutrición (lactancia materna exclusiva y dietas de niños de 6 a 23 meses de edad).
2. Sólo 37 países cuentan con datos sobre las cinco intervenciones de nutrición y prácticas con los datos de cobertura más exhaustivos. De estos 37 países, solo uno está por encima del umbral del 50% para cada intervención o práctica y 17 países están por debajo del 50% en tres o más de las cinco intervenciones o prácticas.
3. La cobertura geográfica de programas para tratar la malnutrición aguda moderada y severa es deficiente, incluso en países con grandes cargas de malnutrición aguda. Las estimaciones sobre cobertura directa son un componente decisivo para evaluar correctamente el acceso al tratamiento, tanto para la malnutrición aguda moderada como para la malnutrición aguda severa, pero estos datos tienden a basarse en estudios independientes subnacionales. La evaluación de la cobertura debe integrarse con frecuencia a la recopilación de datos institucionalizada, con métodos adaptados según la capacidad de cada país.
4. La cobertura más amplia del programa es valiosa solo si causa un impacto más amplio. Por lo tanto, es importante poner énfasis en mantener y mejorar la eficacia del programa, así como investigar posibilidades de aplicación.

COBERTURA DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN

La cobertura de las intervenciones específicas de nutrición es decisiva para reducir la desnutrición (Bhutta et al. 2013a), pero los datos de cobertura para estos programas son escasos.

En el Cuadro 5.1, se resumen 12 intervenciones específicas de nutrición: las 10 intervenciones específicas de nutrición de Bhutta et al. (2013a), más el tratamiento con zinc para la diarrea (Bhutta et al. 2013b) y la yodación universal de la sal (además de una intervención específica de nutrición). Resulta clara la escasez de datos de cobertura, pues solo existen datos disponibles para un puñado de países en cuanto a la suplementación de vitamina A para niños de 6 a 59 meses de edad y yodación universal de la sal. Asimismo, existen datos sobre el complemento de hierro y ácido fólico durante el embarazo (pero no para todas las mujeres en edad reproductiva ni durante el período periconcepcional), sobre las prácticas relacionadas con la promoción de la lactancia materna (lactancia materna exclusiva) y sobre las prácticas relativas a programas de alimentación complementaria (régimen alimentario mínimo aceptable e indicadores mínimos de la dieta para niños de 6 a 23 meses). No nos fue posible localizar y verificar los datos sobre el tratamiento con zinc para la diarrea antes de la publicación de este documento. Pese a que la serie sobre Nutrición de *The Lancet* en 2008 y 2013 recomendó la suplementación preventiva con zinc, muchos países todavía no han puesto en práctica esta medida a escala nacional. Por otra parte, ningún país ha introducido el complemento con múltiples micronutrientes o con calcio en el embarazo a escala. Si bien existen programas para otras intervenciones como el tratamiento de la malnutrición aguda,

moderada o severa, los datos sobre cobertura geográfica no se reúnen de manera sistemática o no son comparables.

Hierro y ácido fólico durante el embarazo

La suplementación con hierro durante el embarazo está asociada con la reducción de anemia materna y la suplementación con ácido fólico en el momento de la concepción está asociada con la reducción de anomalías del tubo neural en el cerebro y la médula espinal (Black et al. 2013; Bhutta et al. 2013a).

Los datos sobre el porcentaje de mujeres que reciben comprimidos o jarabe de hierro y ácido fólico durante al menos 90 días durante el embarazo están disponibles para 58 países desde 2003, en las Encuestas Demográficas y de Salud². Como se muestra en el Cuadro 5.2, la diversidad de la cobertura es muy amplia (desde un 0,1% para Turkmenistán hasta un 78,9% para Nicaragua). Según estas encuestas, la cobertura media es de solo 26%, lo que es compatible con los hallazgos de otros estudios (Hodgins y D’Agostino 2014). Todas las subregiones para las cuales hay suficientes datos disponibles tienen tasas de cobertura muy por debajo del 50%, con la excepción del Caribe (Figura 5.1).

Lactancia materna exclusiva

En el Capítulo 3, se describieron las tendencias regionales sobre las tasas de lactancia materna exclusiva; en esta sección, se resumen las tendencias de los países. Para los países con datos sobre lactancia materna exclusiva, los dos últimos estudios muestran que, en muchos países, las tasas medias anuales de aumento (TMAA) registran un incremento en lugar de una disminución (Figura 5.2). En algunos países, el aumento de las tasas es extremadamente rápido pese a que, por lo general, lo hacen a partir de bases bajas (como, por ejemplo, en Costa de

CUADRO 5.1 DISPONIBILIDAD DE DATOS SOBRE COBERTURA PARA INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN

Período	Intervención	Situación de los datos sobre cobertura
Preconcepción	Complemento/fortificación con ácido fólico	Datos disponibles solo sobre cobertura de complemento con hierro/ácido fólico durante el embarazo (no para toda las mujeres en edad reproductiva o durante el período periconcepcional, como en los modelos de Bhutta et al. 2013a).
Embarazo	Complemento equilibrado de energía y proteínas	A nuestro saber y entender, no existen datos sobre programas.
	Complemento con calcio	A nuestro saber y entender, existen pocos programas.
	Complemento con micronutrientes múltiples	No hay programas nacionales para complementos con micronutrientes múltiples durante el embarazo.
Lactancia materna	Promoción de la lactancia materna (incluida la iniciación temprana)	Hay datos disponibles sobre lactancia materna exclusiva, iniciación temprana de la lactancia y continuación de la lactancia. Debe notarse que se trata de prácticas, no de cobertura de programas.
Preventiva	Alimentación complementaria para la población con seguridad o con inseguridad alimentaria	Hay datos disponibles sobre prácticas, dieta mínima aceptable (DMA) y diversidad mínima de la dieta (DMD). No hay datos sobre cobertura de programas.
	Complemento con vitamina A para niños de 6–59 meses de edad	Existen datos de cobertura para muchos países.
	Complemento preventivo con zinc	No hay programas de complemento preventivo con zinc a nivel mundial; por lo tanto, actualmente la cobertura es nula.
Curativa	Zinc para el tratamiento de la diarrea	Hay datos disponibles en 58 países y, en 50, la tasa de cobertura es < 5%.
	Alimentación para niños con malnutrición aguda moderada	No existen programas a escala.
	Alimentación terapéutica para la emaciación severa	Hay datos geográficos disponibles, pero no son muy significativos. Los datos de cobertura directa no son nacionales.
Todas	Yodación universal de la sal	Existen datos de cobertura para muchos países.

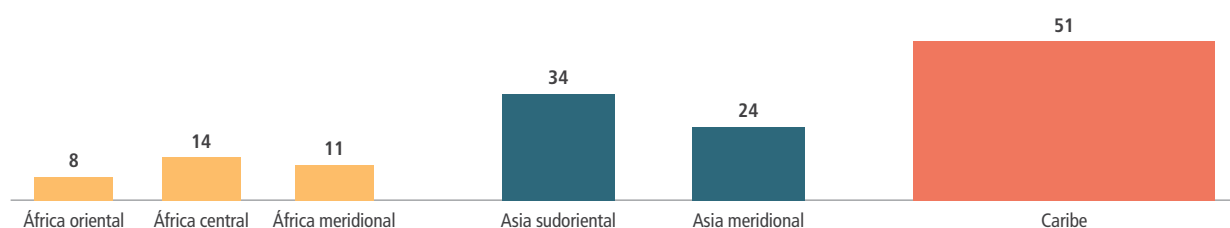
Fuente: Autores, basándose en Bhutta et al. (2013a).

CUADRO 5.2 COBERTURA DE COMPLEMENTO CON HIERRO/ÁCIDO FÓLICO DURANTE EL EMBARAZO

Indicador de cobertura dentro del grupo de los 58 países con datos	% de mujeres que reciben suplementos de hierro/ácido fólico por lo menos 90 días durante el embarazo
Cobertura mínima	0,1 (Turkmenistán)
Cobertura máxima	78,9 (Nicaragua)
Cobertura media	25,7
Cobertura mediana	24,0

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud desde 2003.

FIGURA 5.1 PROPORCIÓN MEDIA DE MUJERES QUE RECIBEN SUPLEMENTOS DE HIERRO/ÁCIDO FÓLICO DURANTE POR LO MENOS 90 DÍAS EN EL EMBARAZO (%)



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud más recientes entre 2003 y 2013.

Nota: Los datos son promedios ponderados según la población.

Marfil, República Dominicana, Tailandia y Trinidad y Tobago). Sin embargo, esto no siempre sucede y, por ejemplo, Burkina Faso y Georgia, registran incrementos rápidos desde tasas más próximas a la meta global de la AMS del 50%. La gran variación en la progresión por país necesita comprenderse mejor y representa una gran fuente de aprendizaje para los países.

Alimentación complementaria

No existen datos nacionales comparables sobre programas de alimentación complementaria, pero los estudios nacionales reúnen cada vez más información que permite realizar una evaluación comparable a nivel internacional de todos los regímenes alimentarios de niños de 6 a 23 meses. Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud entre 2010 y 2013 se cotejan y resumen en el Cuadro 5.3 y se ilustran en las Figuras 5.3 y 5.4.

La proporción mediana de niños pequeños con una dieta mínima aceptable (DMA) o una diversidad mínima de la dieta (DMD) es baja en los 27 países para los cuales hay datos disponibles³; un 15% para la DMA y un 27% para la DMD. Aun así, la gran variación entre países sugiere un gran potencial de aprendizaje. Como podría esperarse, las tasas mejoradas de la DMA están asociadas con tasas de emaciación más bajas y las puntuaciones mejoradas de la diversidad mínima de la dieta lo están con tasas de emaciación inferiores (Figuras 5.3 y 5.4)⁴.

Suplementación de vitamina A

En la Figura 5.5 se informa el porcentaje de niños entre 6 y 59 meses de edad que reciben dos dosis altas de complemento de vitamina A en diversas subregiones. Melanesia tiene la cobertura más baja y Asia central, la más alta. Hay una variación

considerable entre las diferentes subregiones en África, con tasas que aumentan de este a oeste⁵.

Tratamiento con zinc para la diarrea

Cuando se administra junto con una solución de rehidratación oral (SRO), el zinc puede reducir la gravedad y duración de la diarrea (Lamberti et al. 2013; Bhutta et al. 2013a). En la Figura 5.6, se muestran los datos disponibles para 58 países a partir de encuestas DHS y MICS sobre tratamiento con zinc de niños menores de cinco años con diarrea en las dos semanas anteriores al estudio. El porcentaje de uso de zinc varía desde un 29% de niños que reciben suplementos de zinc como tratamiento en Bangladesh hasta un 0% en Túnez. La cobertura media en este grupo de países es de un 2,5% y, en la mayoría de los países, la cobertura es inferior a un 5,0%.

A pesar de que el UNICEF y la OMS recomendaron incorporar el tratamiento con zinc en los programas de rutina en 2004, esta práctica sigue siendo limitada.

Yodación universal de la sal

Es difícil evaluar las tendencias en la cobertura de la yodación universal de la sal debido a los cambios en la metodología de medición de la yodación y a cambios en los umbrales⁶.

Los datos más recientes del UNICEF (Figura 5.7) muestran que las tasas todavía necesitan mejorar para alcanzar el 100% en África y Asia meridional.

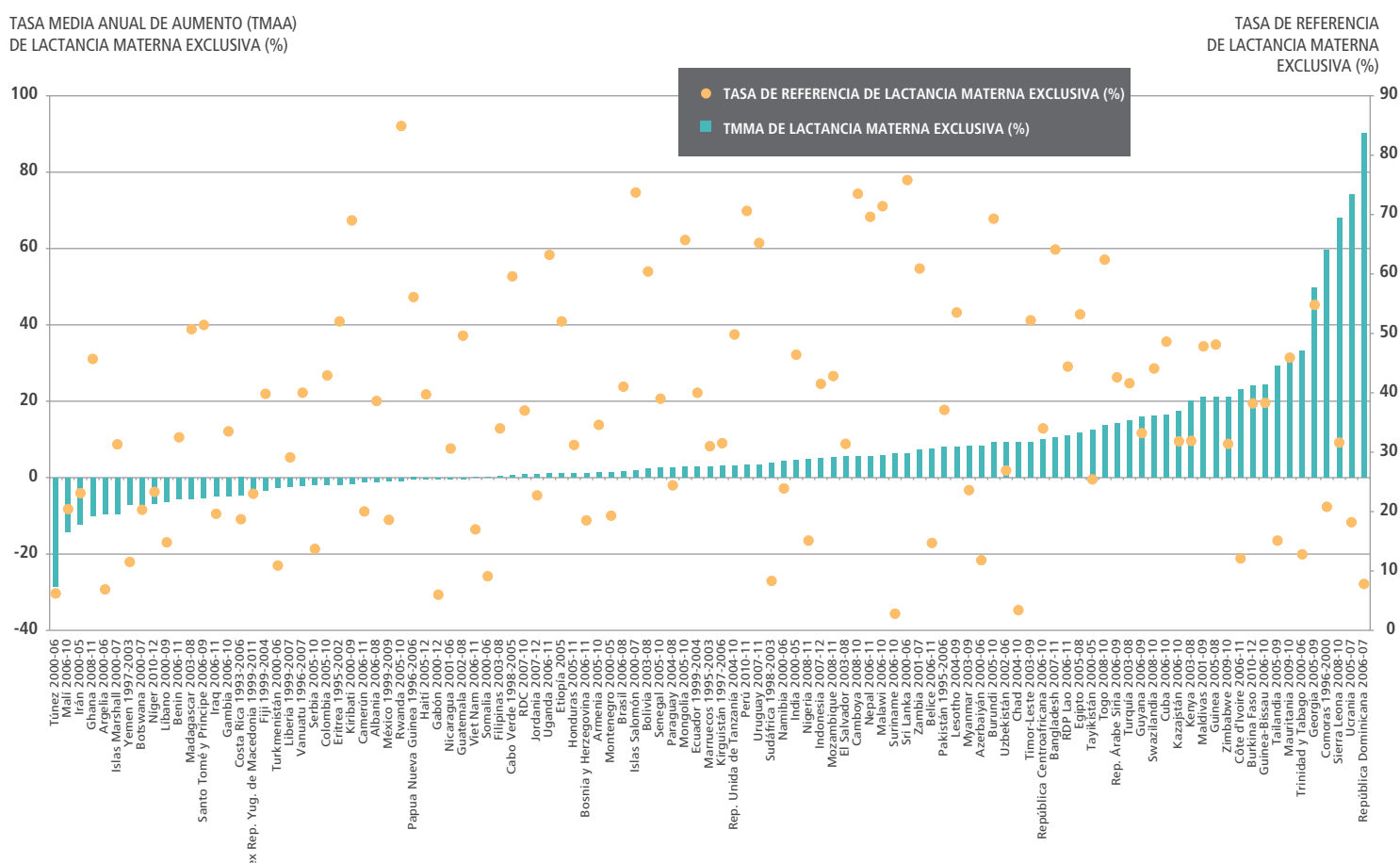
Intervenciones: identificación de vínculos débiles

En esta sección, nos concentramos en cinco intervenciones y prácticas específicas de nutrición para las que existen datos en más de 50 países:

1. iniciación temprana de la lactancia materna (durante la primera hora después del nacimiento),
2. lactancia materna exclusiva de lactantes durante los primeros 6 meses,
3. lactancia materna continua hasta 12 meses,
4. suplementación de vitamina A en niños de edad preescolar, y
5. administración de suplementos de hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas durante más de 90 días.

Solo 37 países cuentan con datos sobre los cinco programas o prácticas; 156 países carecen de datos sobre uno o más de ellos y 69 no tienen datos sobre ninguno de ellos⁷. En el Cuadro 5.4, se muestra la cantidad de países con cobertura deficiente, es decir, menos del 50% para estas cinco intervenciones y prácticas⁸. Solo un país, Camboya, tiene una cobertura superior al 50% en las cinco intervenciones. Ningún país tiene menos del 50% en las cinco intervenciones. La cobertura en la mayoría de los países es superior al 50% en dos o tres áreas.

FIGURA 5.2 TASAS DE REFERENCIA DE LACTANCIA MATERNA Y AUMENTO ANUAL DE LACTANCIA MATERNA, ÚLTIMAS DOS ENCUESTAS



Fuente: UNICEF (2014e), basado en Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas representativas a nivel nacional.

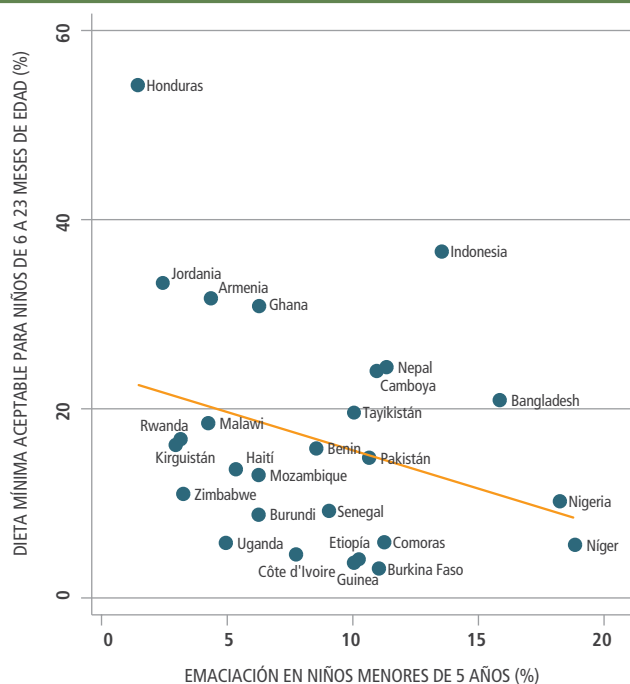
Nota: Las tasas de referencia son datos de 2005-2012. Las tasas medias anuales de aumento son para el período entre los dos años especificados para cada país en el eje horizontal.

CUADRO 5.3 RESUMEN DE DIETAS DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Indicador	% de niños pequeños, 6–23 meses	
	Dieta mínima aceptable (DMA)	Diversidad mínima de la dieta (DMD)
Mediana	15,0	27,0
Mínimo	3,1	4,8
Máximo	54,2	67,7
Países con datos disponibles	27	27

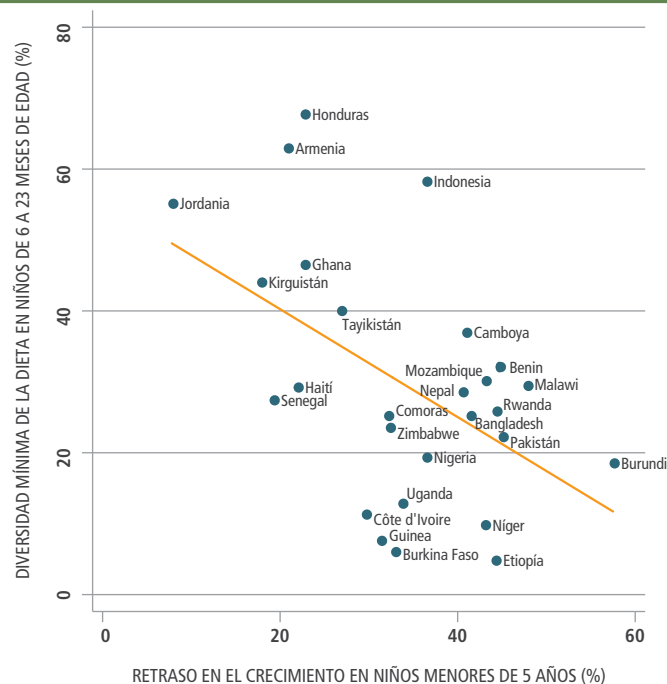
Fuente: Estimaciones de DMA y DMD de Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre 2010 y 2013.

FIGURA 5.3 TASAS DE DIETA MÍNIMA ACEPTABLE Y TASAS DE EMACIACIÓN



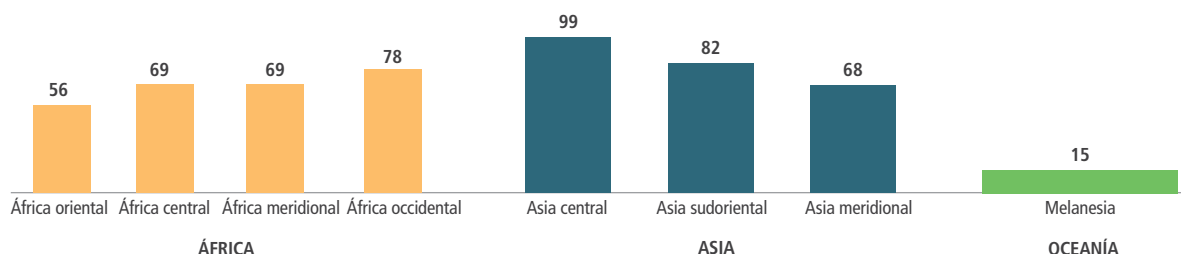
Fuente: Los datos sobre dieta mínima aceptable corresponden a Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre 2010 y 2013. Los datos sobre emaciación son de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014). La línea anaranjada es la línea de mejor ajuste.

FIGURA 5.4 TASAS DE DIVERSIDAD MÍNIMA DE LA DIETA Y TASAS DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO



Fuente: Los datos sobre diversidad mínima de la dieta corresponden a Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre 2010 y 2013. Los datos sobre retraso en el crecimiento son de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014). La línea anaranjada es la línea de mejor ajuste.

FIGURA 5.5 COBERTURA MEDIA DE SUPLEMENTO CON VITAMINA A (%)



Fuente: UNICEF (2014c), basado en informes administrativos de los países para el año civil 2012.

Nota: Los datos son promedios ponderados según la población.

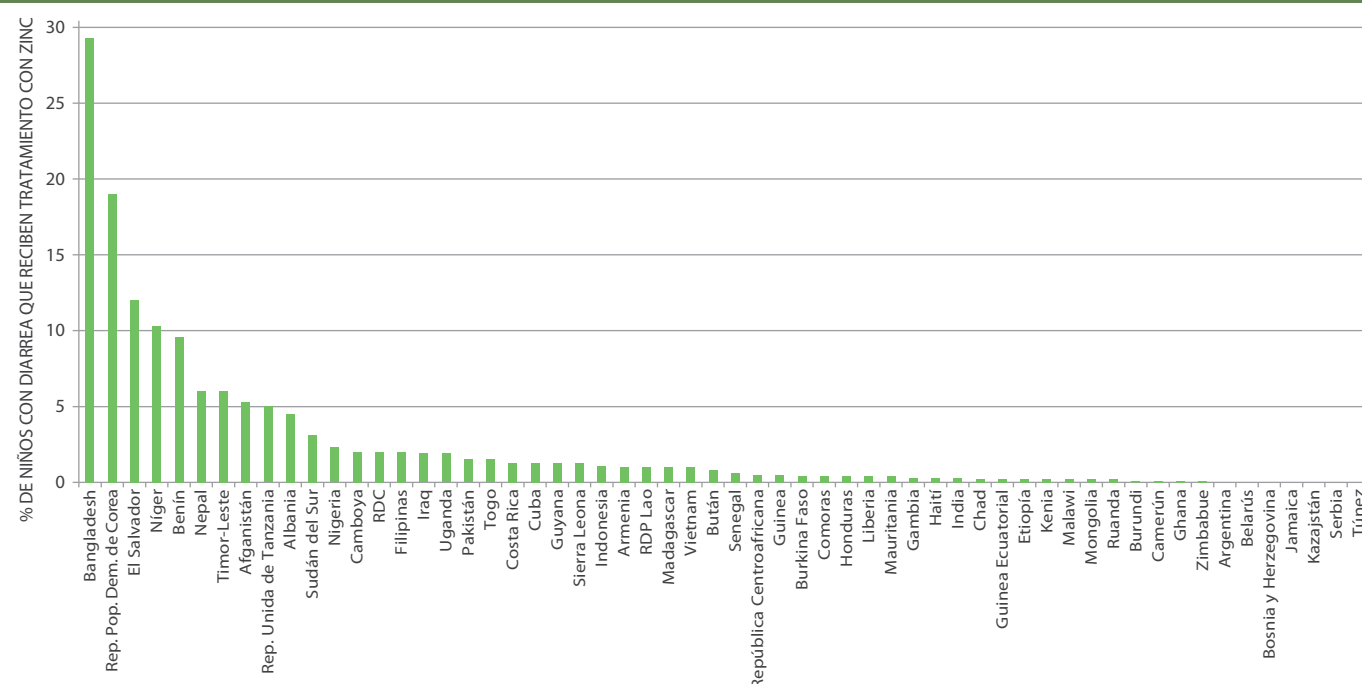
¿En qué intervención o práctica los países manifiestan una mayor fragilidad? En el Cuadro 5.5, se pone de relieve la intervención con tasa de cobertura más baja para cada país. La mayoría de los países poseen más deficiencias en suplementación de hierro y ácido fólico durante 90 días o más, siete países en suplementación de vitamina A y nueve países en prácticas de lactancia materna. Este tipo de análisis, a nivel del país, pueden ayudar a identificar áreas de prioridad para la acción.

Malnutrición aguda

El mundo ha registrado una muy baja progresión para reducir la carga mundial de malnutrición aguda moderada (MAM)

y malnutrición aguda severa (MAS)⁹. Como se explicó en el capítulo 3, las tasas combinadas de MAM y MAS de emaciación infantil¹⁰ se mantienen estáticas a nivel mundial. En todo el mundo, se estima que la prevalencia de la emaciación severa, un indicador de la MAS, es sólo inferior al 3% (equivalente a 17 millones de niños de menos de cinco años) (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2014). Los niños con MAS tienen un riesgo de morir nueve veces más alto que los niños sin MAS (OMS y UNICEF 2009). Actualmente, un 7,8% de las muertes de niños de menos de cinco años pueden atribuirse a la emaciación severa (Black et al. 2013). Pese a que la MAM presenta un menor riesgo de mortalidad, afecta a una cantidad netamente superior de

FIGURA 5.6 COBERTURA DE TRATAMIENTO CON ZINC PARA LA DIARREA



Fuente: Carvajal (2014).

Nota: Los datos son para niños que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Los datos para Bangladesh se refieren a jarabe de zinc; el valor para tabletas de zinc en Bangladesh es de 19,8%.

CUADRO 5.4 PAÍSES CON UN BAJO NIVEL DE COBERTURA DE LAS CINCO INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN

Bajo nivel de cobertura para:	Número de países	Población total (millones)	Países
0 intervenciones	1	15	Camboya
1 intervención	4	102	Madagascar, Malawi, Nepal, Uganda
2 intervenciones	15	433	Benín, Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Egipto, Etiopía, Filipinas, Honduras, Kenia, Malí, Nicaragua, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Tayikistán, Zimbabue
3 intervenciones	13	1.869	Costa de Marfil, Guinea, Haití, India, Indonesia, Mozambique, Namibia, Níger, Pakistán, Rep. Dem. del Congo, Rep. Unida de Tanzania, Sierra Leona, Suazilandia
4 intervenciones	4	49	Azerbaiyán, Chad, Gabón, Ghana
5 intervenciones	0	0	
Total	37	2.468	
Países sin datos para ninguna de las 5 intervenciones	156	4.568	

Fuente: Los datos de indicadores son de UNICEF (2014c, 2014e); STATcompiler de Encuestas de Demografía y Salud (2014), las más recientes de 2003 y 2013. Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: Las cinco intervenciones son: 1) iniciación temprana de la lactancia materna; 2) lactancia materna exclusiva de lactantes de menos de 6 meses de edad; 3) lactancia materna continua hasta los 12 meses; 4) suplementación con vitamina A para niños de edad preescolar; y 5) suplementación con hierro/ácido fólico para las mujeres embarazadas durante más de 90 días. Los países se clasifican como países con bajo nivel de cobertura si la cobertura es menor al 50%.

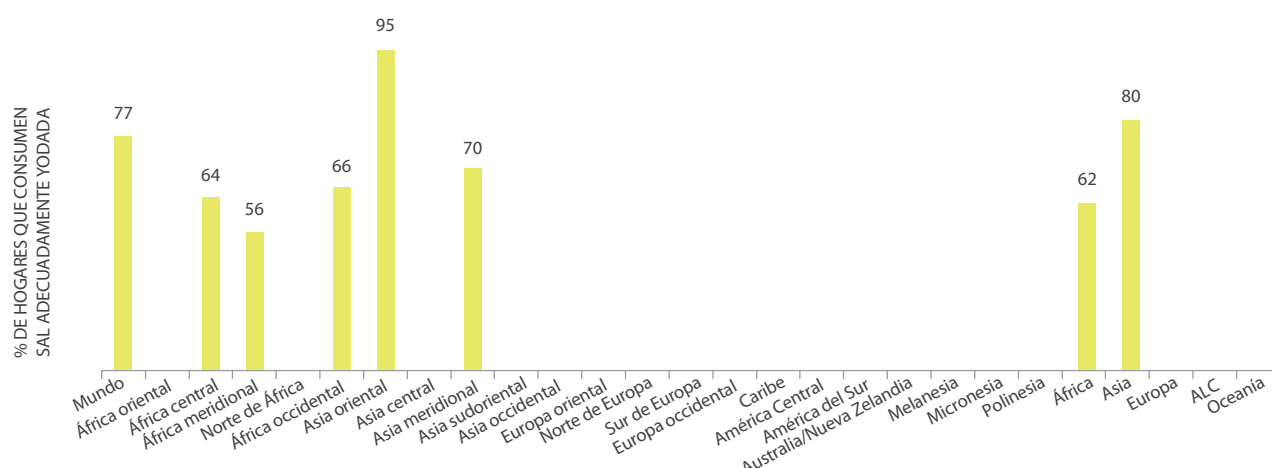
niños, lo que subraya la importancia de tratar la MAM a escala mundial. Si las intervenciones específicas de nutrición se ampliaran al 90% de cobertura, se estima que podría reducirse la prevalencia de emaciación severa a alrededor del 61% (Bhutta et al. 2013a).

Sin embargo, una vez que un niño padece MAS, su seguimiento incluye, a menudo, el tratamiento de la MAM para evitar recaídas. Los datos sobre cobertura de tratamiento

por MAM y MAS son limitados, aunque un estudio de 2013 examinó los datos disponibles sobre la cobertura del tratamiento por MAS entre tres métodos de estimación de cobertura:

(1) estimaciones de cobertura geográfica indirectas (porcentaje de centros de salud de un país que ofrecen tratamiento para MAS); (2) estimaciones de cobertura de tratamiento indirectas (porcentaje de admisiones como proporción de la carga de MAS estimada); y (3) estimaciones subnacionales directas de cobertura

FIGURA 5.7 COBERTURA DE YODACIÓN DE LA SAL



Fuente: UNICEF (2014a), actualizado en agosto de 2014.

Nota: Los espacios en blanco denotan regiones de las Naciones Unidas para las cuales la cobertura de población resulta insuficiente para calcular un valor total (se requiere que 50% de la población de la región o subregión esté cubierto por los datos nacionales). Los datos son de 2008-2012. ALC = América Latina y el Caribe.

CUADRO 5.5 INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN CON LAS TASAS DE COBERTURA MÁS BAJAS PARA 37 PAÍSES

Cobertura más baja (puntuación absoluta más baja en el conjunto de los cinco indicadores)	Número de países	Población total (millones)	Países
Iniciación temprana de la lactancia materna	3	286	Guinea, Indonesia, Nepal
Lactancia materna exclusiva de lactantes de menos de 6 meses	6	85	Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Honduras, Níger, Namibia
Lactancia materna continua hasta los 12 meses	0	0	
Complemento de vitamina A	7	72	Chad, Gabón, Ghana, Mozambique, Nicaragua, Santo Tomé y Príncipe, Suazilandia
Complemento con hierro/ácido fólico	21	2.025	Azerbaiyán, Benín, Bolivia, Camboya, Rep. Dem. del Congo, Egipto, Etiopía, Haití, India, Kenia, Madagascar, Malawi, Malí, Pakistán, Filipinas, Ruanda, Sierra Leona, Tayikistán, Uganda, República Unida de Tanzania, Zimbabue
Total	37	2.468	

Fuente: Los datos de indicadores son de UNICEF (2014c, 2014e); STATcompiler de Encuestas de Demografía y Salud (2014), las más recientes de 2003 y 2013. Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

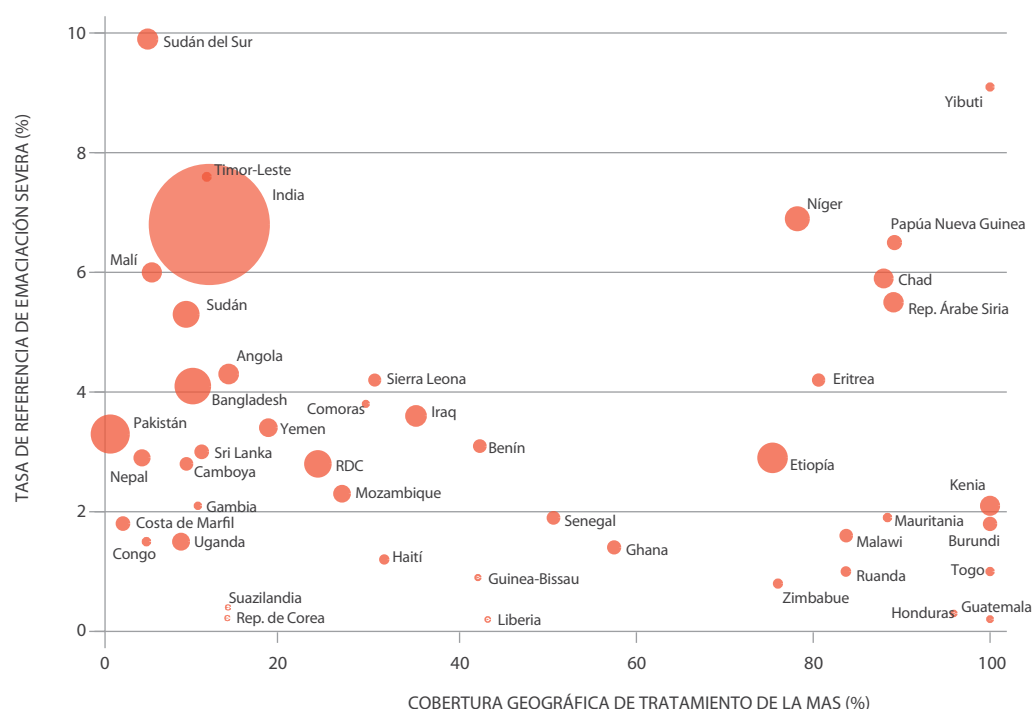
de tratamiento en las que las admisiones y la carga se pueden observar directamente (UNICEF, CMN y ACF International 2013). Este examen de cobertura de tratamiento de la MAS demostró que todos los métodos de estimación tienen sus limitaciones. Se necesitan esfuerzos adicionales para desarrollar sistemas viables capaces de evaluar la cobertura en tiempo real y adaptados a cada país para ayudarlos a administrar mejor la programación y la ampliación del tratamiento de la MAS. Para este informe utilizamos datos sobre cobertura geográfica.

En la Figura 5.8, se ilustra la comparación entre emaciación severa y la cobertura geográfica del tratamiento de la MAS. Es evidente que algunos países grandes con niveles altos de MAS, medida según la emaciación severa, tienen bajos índices de cobertura geográfica (como India y Bangladesh). Es posible que este resultado se deba a una incidencia extremadamente

concentrada de MAS en unos pocos lugares o a la incapacidad de ampliar el tratamiento de la MAS. El gráfico no es concluyente, pero proporciona un punto de partida para la exploración de los problemas de cobertura.

En el Cuadro 5.6, se presentan los datos más recientes sobre cobertura del tratamiento de la MAS de la Coverage Monitoring Network (red de monitoreo de la cobertura). Estos datos se basan en mediciones cotejadas de cobertura de tratamiento a partir de metodologías bien establecidas de una amplia diversidad de países. La cobertura promedio de tratamiento entre localidades en cada uno de los países es de aproximadamente un 30% a un 50%. El desafío consiste en ampliar la cobertura del tratamiento en cada localidad y luego llegar a otras localidades donde prevalece la MAS. En el Panel 5.1., se resumen algunos de los desafíos que presenta la

FIGURA 5.8 COBERTURA GEOGRÁFICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA MAS POR TASAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EMACIACIÓN SEVERA



Fuente: Los datos sobre emaciación y tratamiento de la MAS son de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014; datos de 2005–2013) y UNICEF, CMN y ACF International (2013). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: Los tamaños de los círculos son proporcionales al número de niños con emaciación severa. MAS = malnutrición aguda severa.

CUADRO 5.6 ESTIMACIONES DIRECTAS ACTUALES DE COBERTURA DE TRATAMIENTO DE LA MAS

País	Número de estimaciones de cobertura	Rango de estimaciones directas de cobertura de programas de MAS (%)	Mediana de estimaciones directas de cobertura de programas de MAS (%)	Entorno
Afganistán	1	36		Urbano
Angola	1	82		Rural
Burkina Faso	4	26–41	31	Rural
Camerún	1	35		Urbano
Chad	9	20–73	38	Rural
Etiopía	2	79–89		Campesino/rural
Filipinas	2	33–91		Rural
Haití	1	45		Urbano
Kenia	13	20–67	50	Rural/urbano
Malí	1	25		Rural
Mauritania	1	35		Rural
Nepal	1	41		Rural
Níger	4	28–61	30	Rural
Nigeria	1	55		Rural
Pakistán	10	37–87	50	Rural/campesino
Rep. Dem. del Congo	4	14–41	30	Rural
Ruanda	1	35		Rural
Senegal	2	12–17		Rural
Sierra Leona	1	62		Urbano
Somalia	2	83–85		Campesino
Sudán	2	43–59		Campesino
Sudán del Sur	4	24–86	50	Rural/campesino

Fuente: Basado en datos compilados por la Coverage Monitoring Network (CMN), disponibles en la CMN a pedido.

Nota: MAS = malnutrición aguda severa.

PANEL 5.1 MEDICIÓN DE LA COBERTURA DE LOS PROGRAMAS PARA TRATAR LA MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

JOSÉ LUIS ÁLVAREZ

Nuestra capacidad para identificar, rehabilitar y curar niños que sufren malnutrición aguda severa (MAS) ha mejorado enormemente en los últimos años y ahora existen sólidos modelos de cuidados sanitarios, muy eficaces en función del costo (Bhutta et al. 2013a). Estos avances no solo lograron índices de curación sistemáticamente altas, sino que aumentaron en gran medida la cantidad de casos de MAS identificados y con tratamiento. De acuerdo con UNICEF, más de 2,6 millones de niños con MAS fueron tratados en todo el mundo en 2012 (UNICEF 2012). No obstante, todavía es difícil medir la cobertura o la proporción de casos que reciben tratamiento. Las estimaciones conjuntas de UNICEF, Acción contra el Hambre y Coverage Monitoring Network (Red de monitoreo de la cobertura) sugieren que menos del 15% de la población mundial con MAS recibe tratamiento actualmente (UNICEF, CMN y ACF International 2013). A nivel nacional, solo un puñado de países puede comunicar estimaciones seguras y directas en materia de cobertura. Analicemos sus causas.

Parte del desafío gira en torno al tiempo y la capacidad técnicas requeridas para medir la cobertura del tratamiento. Los nuevos mecanismos (como por ejemplo, los métodos SQUEAC, SLEAC y S3M, por sus siglas en inglés) ofrecen métodos para supervisar la cobertura de los programas de forma práctica, regular y simple (Myatt et al.

2012). Dichos métodos pueden brindar no solo estimaciones de cobertura directa sino, también, valiosas perspectivas con respecto a la distribución espacial de la cobertura y los obstáculos al acceso a los servicios por parte de potenciales beneficiarios. Esta información ha ayudado a los servicios de tratamiento de la MAS a adaptarse, mejorar y proporcionar a las autoridades nacionales las directrices necesarias para ampliar los tratamientos. Sin embargo, sigue faltando el tiempo y la capacidad técnica a nivel nacional necesarios para diseñar, aplicar y analizar estudios de cobertura. Las plataformas de colaboración, como la red internacional Coverage Monitoring Network (Red de monitoreo de la cobertura)¹ están ayudando a abordar estas deficiencias.

Otra dificultad es que los datos de cobertura no se reúnen actualmente como parte de estudios existentes nacionales, formales y periódicos, como las Encuestas de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés) y la encuesta a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés). Esto se debe, en parte, a que la población evaluada, que consta de personas que reúnen las condiciones para recibir tratamiento, es diferente de la población a la que se realizan estas encuestas periódicas. En su lugar, los datos de cobertura sobre tratamiento de la MAS se generan en estudios independientes *ad hoc* que no se asocian

con las encuestas normalizadas DHS/MICS y que casi nunca tienen cobertura nacional. Es difícil comparar los datos resultantes entre los diferentes países. Los nuevos métodos para medir la cobertura requieren menos recursos que sus predecesores y, a menudo, pueden aplicarse más fácilmente e integrarse mejor en procesos de reunificación de datos más regulares, incluidas las encuestas periódicas.

Integrar con éxito la cobertura en estos sistemas llevará tiempo, pero, por el momento, se puede comenzar a relacionar y asociar estos conjuntos de datos. El UNICEF, Acción contra el Hambre, Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA, por sus siglas en inglés) y la Coverage Monitoring Network (Red de monitoreo de la cobertura) trabajan mancomunadamente para crear formas de utilizar los datos administrativos existentes (admisiones y altas, inventarios y diagnóstico inicial), a fin de identificar los determinantes de la cobertura y los obstáculos que la afectan. Además, revestirá cierta importancia explorar opciones para incluir preguntas sobre cobertura en encuestas periódicas, como DHS y MICS. Dichos enfoques no reemplazarán por completo los estudios de cobertura, pero permitirán a los servicios de nutrición una mejor utilización de la información existente para generar estrategias, con el fin de mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de tratamiento de la MAS.

identificación de los niveles de cobertura existentes y también propone algunas formas de avanzar.

Nota final sobre cobertura

El tratamiento particular de la cobertura de los programas específicos de nutrición y enfocados a la nutrición reviste una gran importancia. Sin embargo, si las poblaciones vulnerables no poseen una “cobertura eficaz” (es decir, si no se comprometen a aplicar programas de nutrición eficaces), es posible que su estado nutricional mejore lentamente. En otras palabras, no es meramente la cobertura lo que

necesita ampliarse sino la cobertura eficaz y el impacto de los programas. Esto significa fortalecer los sistemas de salud, alimentación y agua, así como concentrarse en la eficacia de los programas, las características de diseño que mejoran su impacto, la estrategia y visión para ampliarlos y las capacidades y los recursos necesarios para ampliarlos.

También es necesario reconocer que la emaciación (tanto la MAM como la MAS) y el retraso en el crecimiento pueden coexistir en un mismo niño, lo que hace necesario preparar una respuesta coordinada que debe ofrecerse no solo durante crisis humanitarias sino también en contextos que no son de

emergencia como parte de un programa de desarrollo de nutrición más amplio.

Con respecto a la ampliación de la cobertura, los últimos resultados del informe más reciente de Cuenta Regresiva 2015 (Cuenta Regresiva 2015, 2014) sugieren que, para los países que participan en la Cuenta Regresiva (la desnutrición es el principal problema de malnutrición), las intervenciones con la cobertura más baja son aquellas cuya cobertura progresa más lentamente.

Para evaluar el posible impacto de la ampliación de la cobertura de las intervenciones en nutrición clave, Zulfiqar Bhutta y sus colegas prepararon un análisis de este informe [para conocer los detalles, consúltase la Nota técnica 2 (*Technical Note 2*) en www.globalnutritionreport.org]. Examinaron el impacto que representa ampliar la cobertura de programas específicos de nutrición clave sobre el retraso en el crecimiento y la emaciación

Bangladesh, Etiopía y, además de intervenciones relacionadas con la optimización de los intervalos entre nacimientos y el mejoramiento del agua, el saneamiento y la higiene. Los resultados son similares a los de Bhutta et al. (2013a). Al ampliar las 12 intervenciones, el modelo estima reducciones en la prevalencia de retraso en el crecimiento del 17%, 21% y 18% desde 2013 hasta 2025 en Bangladesh, Etiopía y Pakistán, respectivamente. Las reducciones pronosticadas en la prevalencia de emaciación severa se estiman en un 65%, 62% y 58% para Bangladesh, Etiopía y Pakistán, respectivamente. Los efectos sobre la emaciación severa son especialmente dignos de mención, en tanto que las disminuciones estimadas para retraso en el crecimiento son modestas y señalan la necesidad de incrementar tanto la cobertura como la calidad de dichas intervenciones. La investigación sobre la aplicación tiene el potencial de desempeñar una función especialmente importante en este caso (Menon et al. 2014).

AUSENCIA DE DATOS



1. Por lo general, necesita ampliarse la recopilación de datos de cobertura de las intervenciones a medida que se amplían.
2. Faltan datos sobre la suplementación de ácido fólico durante el período periconcepcional.
3. Deben continuarse los esfuerzos realizados recientemente para recabar datos sobre la cobertura de DMA, DMD y tratamiento con zinc para la diarrea.
4. Se necesita desplegar el ámbito metodológico para desarrollar métodos viables en tiempo real y generar información sobre la programación y la cobertura de tratamientos para la MAS y la MAM.

6

LAS INTERVENCIONES QUE ABORDAN LOS DETERMINANTES SUBYACENTES DEL ESTADO NUTRICIONAL SON IMPORTANTES PERO NECESITAN ESTAR MÁS ENFOCADAS A LA NUTRICIÓN

LAS MEJORAS SIGNIFICATIVAS Y CONTINUAS EN LA NUTRICIÓN SE DEBEN A UNA COMBINACIÓN DE ACCIONES ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN Y ENFOCADAS A LA nutrición y de acciones que se desarrollan a nivel de los determinantes subyacentes. Este capítulo se centra en los programas enfocados a la nutrición y en los determinantes subyacentes de los mejores estados nutricionales que incluyen: provisión de alimentos; fuentes de agua, sanidad e higiene; matrícula femenina en la escuela secundaria, y disponibilidad de atención de la salud. El tema de este capítulo se centra principalmente en la desnutrición y nuestro propósito es profundizar el análisis del sobrepeso y la *obesidad en el Informe de la nutrición mundial de 2015*¹.

En primer lugar, en este capítulo se describen las tendencias relacionadas con a la subnutrición y la “sobreadquisición”. Además, brindamos información sobre el acceso a fuentes de agua e instalaciones de saneamiento mejoradas, dado el perfil renovado de las mismas (por ejemplo, Spears et al. 2013)². En segundo lugar, intentamos destacar las deficiencias de los determinantes subyacentes del estado nutricional de diferentes países. En tercer lugar, examinamos las tendencias de los gastos en sectores relacionados con estos subyacentes. Finalmente, resumimos el pensamiento actual sobre cómo hacer que estas inversiones, ahora dedicadas a los determinantes subyacentes, se concentren principalmente en la nutrición.

PUNTOS CLAVE

1. Las inversiones en programas enfocados a la nutrición y los determinantes subyacentes de la malnutrición deben formar parte del conjunto de acciones para mejorar el estado nutricional en forma sostenida.
2. Con respecto a la provisión de alimentos, a medida que disminuye la subnutrición aumenta la sobreadquisición de calorías. Esto significa que la porción de población con alimentación saludable, que no está desnutrida y que tampoco sufre sobreadquisición, se mantiene constante en lugar de aumentar.
3. El acceso a fuentes de agua y servicios de saneamiento mejorados está progresando a ritmo sostenido. Sin embargo, existen grandes diferencias de cobertura de fuentes de agua en África meridional, África occidental y África central y de saneamiento en Asia meridional y Asia sudoriental. La matrícula de niñas en la educación secundaria aumenta a ritmo constante y supera el 50% en África. La densidad de la población de trabajadores de la salud se mantiene muy baja en África y equivale a la mitad de los valores de Asia.
4. Cincuenta y nueve de los 100 países con datos registrados son relativamente sensibles (menos que el percentil 25 para todos los países con datos) en al menos uno de los determinantes subyacentes y 35 de ellos son relativamente vulnerables en tres a cinco de estos determinantes subyacentes. Aquí existe una necesidad específica de lograr el equilibrio adecuado en la balanza de inversiones entre acciones específicas de nutrición, acciones enfocadas a la nutrición y acciones que abordan determinantes subyacentes más generales.
5. Cada país tiene vulnerabilidades diferentes y cada determinante subyacente es el más importante para un conjunto diferente de países.
6. Los gastos públicos con amplia clasificación y que pueden acompañar mejoras en el estado nutricional, como por ejemplo, agricultura, educación, salud y protección social, varían entre regiones y dentro de cada una de ellas. El gasto en protección social está aumentando rápidamente en muchos países de África y Asia y esto brinda la oportunidad de incorporar la nutrición en esos programas.
7. La base empírica sobre la forma de realizar intervenciones que aborden los determinantes subyacentes claramente orientados a la nutrición se está fortaleciendo, pero no lo suficiente. El informe se inspira en la base empírica actual para proponer algunas ideas en materia de agricultura, protección social, educación, salud y fuentes de agua, saneamiento e higiene.

TENDENCIAS DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES SELECCIONADOS

Suministro de alimentos

El indicador estándar de las Naciones Unidas con respecto a inseguridad alimentaria es la medida de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) de “subnutrición” que calcula la prevalencia de la subnutrición combinando datos sobre provisión de alimentos con diversas hipótesis para calcular la proporción de una población que se encuentra por debajo

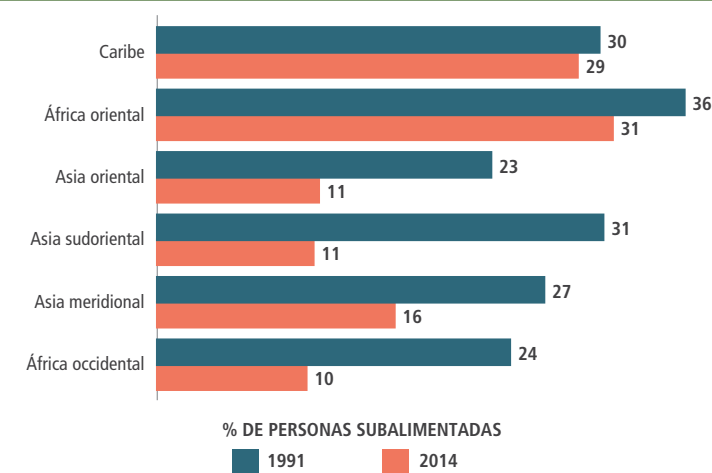
de un requisito mínimo de energía alimentaria. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014* (FAO 2014b) informa que la cantidad de personas subalimentadas en el mundo es de 805 millones. Casi todas las regiones han registrado progresos a la hora de reducir la proporción de personas subalimentadas desde 1990–1992, pero con niveles muy diferentes (Figura 6.1). Sin embargo, en África, a diferencia de otras regiones, la cantidad de personas subalimentadas aumenta debido al incremento de la población (FAO 2014b).

Además de medir la subnutrición, la FAO recientemente elaboró una estimación del concepto de “sobreadquisición”: proporción de una población que se encuentra por encima de un requisito máximo de energía alimentaria³. (La FAO no utiliza el término “supernutrición” para referirse al indicador debido a que no es posible suponer que no existen desechos alimentarios en el extremo superior de la distribución de calorías).

En la Figura 6.2, se ilustra tanto la subnutrición como la sobreadquisición en las regiones de las Naciones Unidas y se define la población residual en cada región como compatible con una provisión de alimentos saludable, ni subalimentada ni con sobreadquisición. En todas las regiones, la proporción de la población subalimentada está disminuyendo, mientras que la proporción de población que sufre sobreadquisición aumenta en forma compensada, por lo que se mantiene constante la porción de la población con suministro de alimentos saludables.

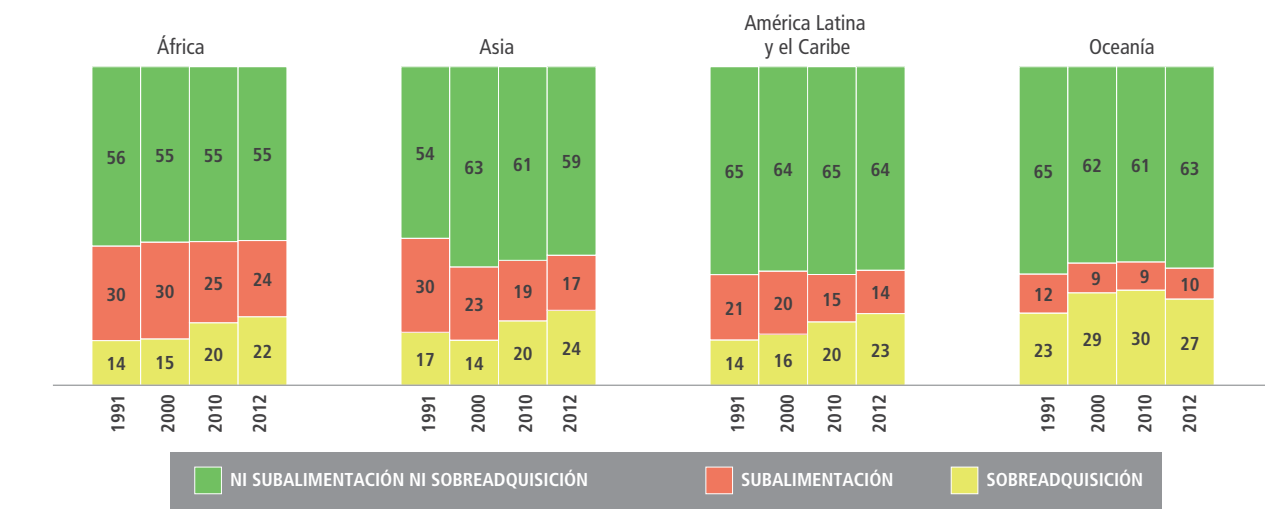
A pesar de la disminución de la subnutrición, la provisión de alimentos no parece ser más saludable,

FIGURA 6.1 TENDENCIAS DE SUBALIMENTACIÓN POR SUBREGIÓN



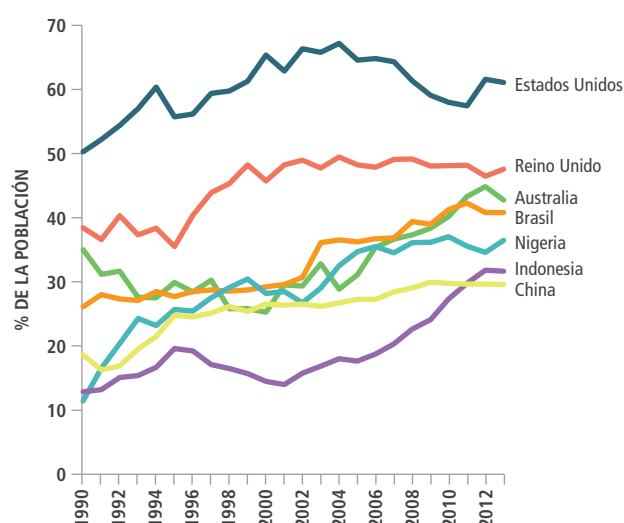
Fuente: Autores, basado en datos de la FAO (2014a).
Nota: Los datos de la FAO se recalcularon usando las clasificaciones regionales de Naciones Unidas en aquellos casos en que había datos disponibles para ≥50% de la población de la subregión. Las cifras correspondientes a 1991 y 2014 usando las clasificaciones regionales y nombres de la FAO son Caribe: 27% y 20%; África al sur del Sahara: 33% y 24%; Asia oriental: 23% y 11%; Asia sudoriental: 31% y 10%; Asia meridional: 24% y 16%.

FIGURA 6.2 TENDENCIAS DE SUBALIMENTACIÓN Y SOBREADQUISICIÓN POR REGIÓN



Fuente: Los datos de subalimentación son de la FAO (2014a). Los datos de sobreadquisición son datos no publicados de la FAO. Véase los detalles en la Nota técnica 3 (*Technical Note 3*) en www.globalnutritionreport.org.
Nota: Los datos de sobreadquisición son para 1991, 2000, 2010 y 2013. La sobreadquisición se define como el porcentaje de una población que adquiere calorías por encima de un nivel conforme al percentil 95 de índice de masa corporal en una población sana y con un coeficiente de nivel de actividad física de 2,10.

FIGURA 6.3 TENDENCIAS DE SOBREADQUISICIÓN DE CALORÍAS EN PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Datos no publicados de la FAO. Véanse los detalles sobre la metodología en la Nota técnica 3 (*Technical Note 3*) en www.globalnutritionreport.org.

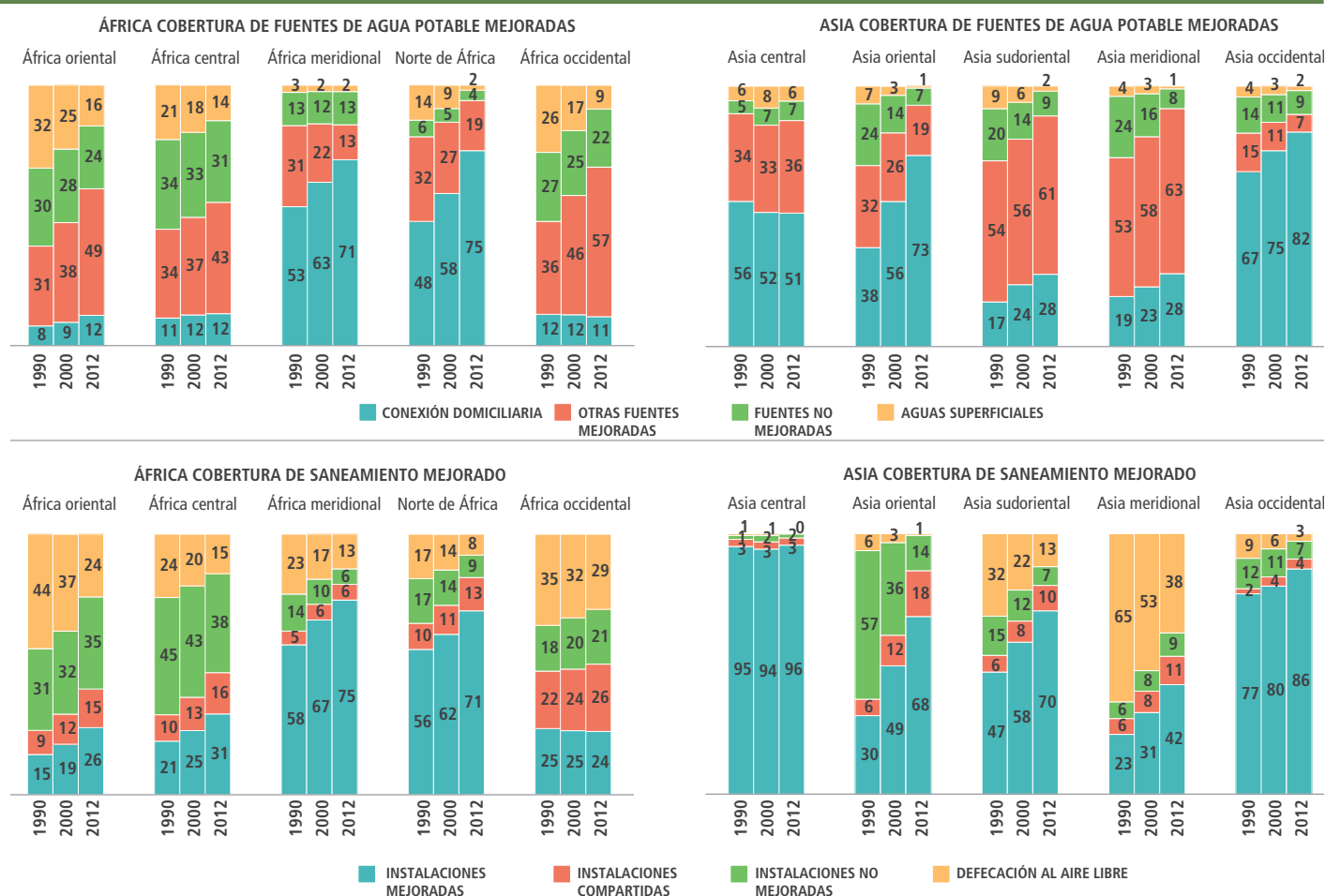
Nota: La sobreadquisición se define como el porcentaje de una población que adquiere calorías por encima de un nivel conforme al percentil 95 de índice de masa corporal en una población sana y con un coeficiente de nivel de actividad física de 2,10.

al menos en términos de calorías. Los investigadores necesitan realizar más investigaciones para determinar la utilidad del indicador de sobreadquisición, pero estos resultados iniciales, en caso de ser válidos, resultan preocupantes.

No es posible interpretar estos gráficos para América del Norte y Europa porque la FAO no publica estimaciones sobre subnutrición para dichas regiones. Sin embargo, la comparación de estimaciones sobre sobreadquisición para Australia, el Reino Unido y Estados Unidos con las de determinados países en África, Asia y América del Sur muestra que los países de ingresos más altos tienen tasas más altas de sobreadquisición, y que todos los países, de alguna manera, están convergiendo hacia la misma tendencia (Figura 6.3).

Las cifras de las Figuras 6.2 y 6.3 pueden ayudar a subrayar las tendencias generales, pero son crudos sustitutos para la calidad de la dieta. Se necesitan estudios nacionales para evaluar correctamente la diversidad y calidad de la dieta. En el Panel 6.1, se documentan y evalúan tendencias recientes con respecto a la calidad del régimen alimentario entre adultos en Estados Unidos y demuestran que las políticas, combinadas con pruebas científicas, conciencia de los consumidores y acciones de empresas de alimentos, pueden marcar la diferencia.

FIGURA 6.4 TENDENCIAS DE ACCESO A SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO MEJORADOS EN SUBREGIONES DE ÁFRICA Y ASIA



Fuente: OMS y UNICEF (2014).

Nota: Los datos son promedios regionales ponderados según la población.

PANEL 6.1 TENDENCIAS DE LA CALIDAD DE LA DIETA EN LOS ADULTOS EN ESTADOS UNIDOS

DANIEL WANG Y WALTER WILLET

Los resultados de las investigaciones sobre las tendencias de la calidad de la dieta arrojan información y orientaciones esenciales para las políticas públicas. Con el fin de observar la evolución de las tendencias de la calidad de la dieta en Estados Unidos y en determinados subgrupos socioeconómicos, se ha tomado una muestra representativa de la población a nivel nacional de 29.124 adultos, entre 20 y 85 años, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 1999–2010 (Wang et al. 2014). La medición de la calidad de la dieta se realizó a través del Índice Alternativo de Alimentación Saludable de 2010 (AHEI-2010), un sistema de puntuación conformado por 11 factores y basado en la combinación de variables de alimentos y nutrientes establecidos en función de su impacto sobre la salud.

Durante 12 años, la media del AHEI-2010 aumentó de 39,9 a 46,8 puntos, lo que sugiere una mejora constante en la calidad de la dieta. Esta evolución refleja cambios favorables, tanto en los hábitos alimentarios de los consumidores como en el procesamiento de los alimentos, impulsados por las políticas públicas y una educación alimentaria adecuada. La disminución de las grasas trans de 4,6 gramos por persona y por día en la década de 1990 a 1,3 gramos por persona y por día en 2010 representa más de la mitad de la mejora observada en la calidad de la dieta. Los esfuerzos en materia de políticas públicas

han sido los principales motores de esta disminución del consumo.

A partir de 2006, y en función de las pruebas categóricas sobre los efectos negativos de las grasas trans, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) exigió la inclusión de esta variable en la información nutricional de las etiquetas. Numerosos estados y ciudades han implementado acciones reglamentarias y legislativas, con el fin de limitar el uso de dichas grasas en restaurantes y otros establecimientos. Muchos de los fabricantes de alimentos han reformulado sus productos para reducir el índice de grasas trans y, recientemente, la FDA propuso eliminarlas de la cadena de suministro de alimentos. Además, se observaron mejoras a partir de otros componentes del índice AHEI-2010, que incluye frutas enteras y bebidas endulzadas con azúcar o artificialmente, legumbres y frutos secos, y ácidos grasos polisaturados. Asimismo, cabe destacar el aumento significativo de la ingesta de sodio. Aunque se trate de una mejora moderada, la calidad general de la dieta dista mucho de ser óptima y aún queda mucho camino por recorrer, pero se puede lograr un pequeño avance mediante la reducción de la ingesta de grasas trans.

La calidad de la dieta en el grupo socioeconómico elevado fue mucho más alta que en los grupos de bajo nivel socioeconómico, y la brecha pasó de 3,9 puntos en 1999–2000 a 7,8 puntos en el período 2009–2010. Una alimentación saludable más costosa y un acceso

limitado explican esta gran diferencia. En el caso de los grupos étnicos, los estadounidenses de origen mexicano poseen un índice AHEI-2010 más alto que los grupos de blancos no hispanos y los afroamericanos, ya que, posiblemente, lograron conservar sus tradiciones alimentarias y su cultura gastronómica. Los afroamericanos no hispanos poseen la puntuación más baja del AHEI-2010 debido a las diferencias de ingresos y educación.

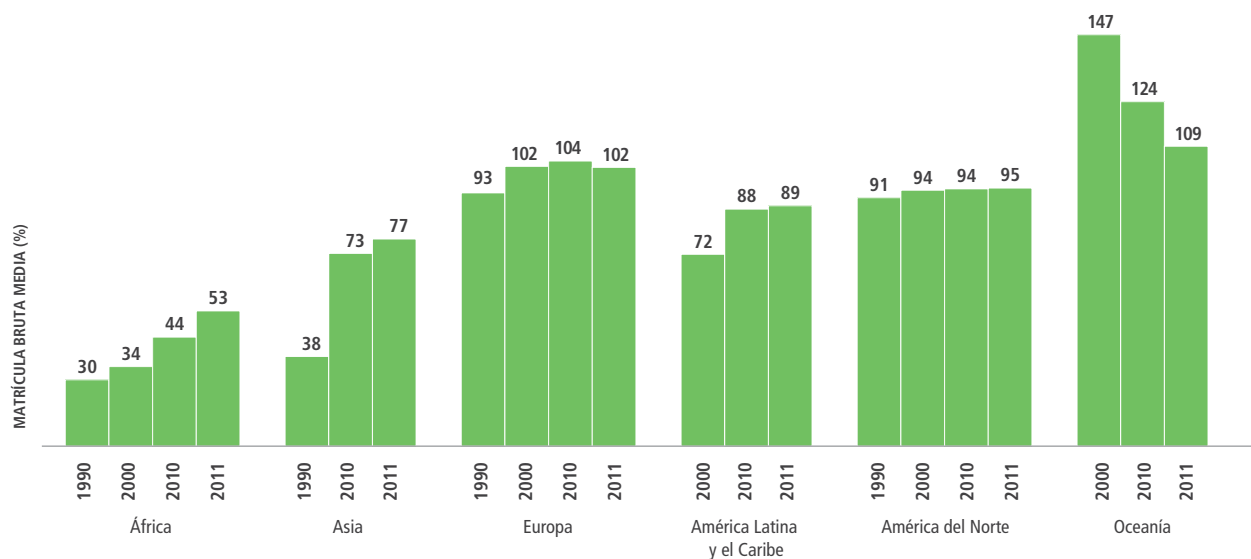
Nuestras observaciones destacan cuán importante resulta que investigadores y responsables en el ámbito de la salud pública obtengan más pruebas científicas para así difundir pautas dietéticas e instaurar estrategias con vistas a disminuir la disparidad socioeconómica en la calidad de la dieta. Se pueden sacar algunas conclusiones del proceso de eliminación de grasas trans, resultado de una combinación de avances científicos, una mayor concientización del consumidor sobre sus efectos negativos, acciones reglamentarias y la reformulación de los alimentos por parte de los fabricantes. La experiencia de las grasas trans también demostró que las acciones colectivas, tales como la legislación y la fiscalidad, creadoras de un entorno que favorece elecciones individuales más sanas, son más eficaces y eficientes que las acciones que dependen únicamente de la responsabilidad individual del consumidor. Es probable que las poblaciones con bajo nivel socioeconómico se beneficien mucho más con este tipo de acciones colectivas.

Agua, saneamiento e higiene

Las personas necesitan acceso a fuentes de agua e instalaciones de saneamiento mejoradas para reducir el riesgo de infección que puede poner en peligro la absorción de nutrientes⁴. En África y Asia, regiones en que el acceso a fuentes de agua y saneamiento mejoradas ha sido más deficiente, la posibilidad de beneficiarse con estas mejoras está aumentando a ritmo sostenido en todas las subregiones (Figura 6.4). Sin embargo, en África meridional, África central y África occidental, más del 30% de la población no tiene acceso a fuentes de agua mejoradas⁵.

En cuanto al saneamiento, queda mucho por hacer. La cobertura de instalaciones mejoradas es inferior al 33% en África meridional, África occidental y África oriental y al 42% en Asia meridional. Los índices de defecación al aire libre, que se consideran un factor de importancia para el estado nutricional (Spears et al. 2013 como informó Bhutta et al. 2013a), están por encima del 10% en África meridional, África central, África septentrional y África occidental y en Asia sudoriental. La tasa de defecación al aire libre es extremadamente alta en Asia meridional con un 38%, a pesar de su rápida disminución.

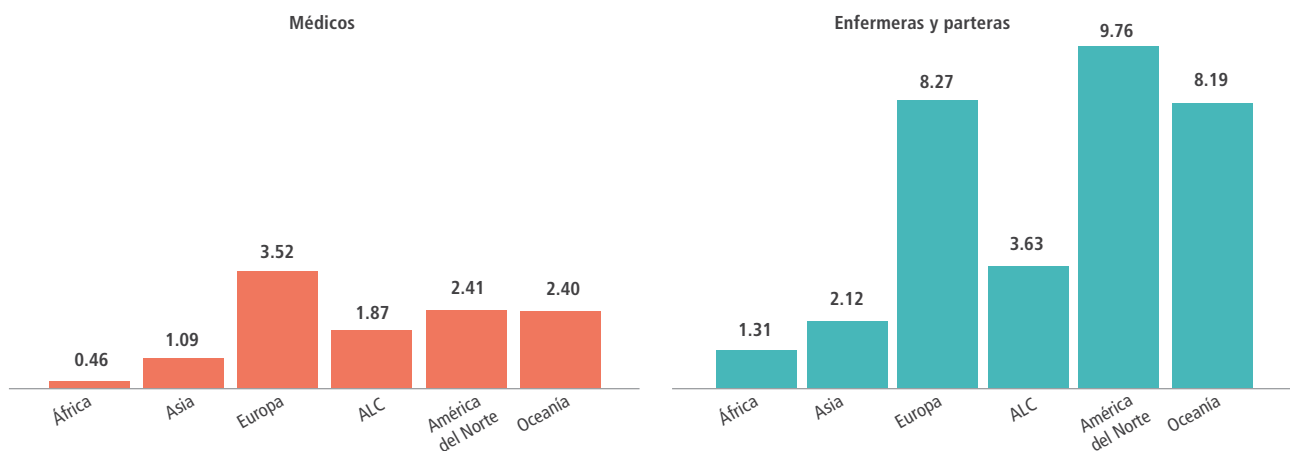
FIGURA 6.5 TENDENCIAS EN LA MATRÍCULA FEMENINA EN LA ESCUELA SECUNDARIA



Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (2014).

Nota: Los datos muestran matrícula femenina en la escuela secundaria, independientemente de la edad, expresada como un porcentaje de la población femenina con edad oficial para la escuela secundaria. La relación puede ser mayor que 100% debido a la inclusión de alumnos con edad mayor o menor que la normal y debido al ingreso temprano o tardío a la escuela y la repetición de grados. Los datos más recientes son de entre 2011 y 2013. Los datos son promedios ponderados según la población.

FIGURA 6.6 DENSIDAD DE POBLACIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD CADA 1.000 PERSONAS



Fuente: OMS (2014k).

Nota: Los datos son de 1992 a 2013 y son promedios regionales ponderados según la población. ALC = América Latina y el Caribe.

Matriculación femenina en la escuela secundaria

La educación de las niñas es importante para la nutrición porque tiende a diferir el primer embarazo y constituye un factor importante para brindarles autonomía en términos generales. Todas las regiones están progresando con respecto a la matrícula femenina en la escuela secundaria, convergiendo en un índice por encima de 100⁶, pese a que la tasa sólo se aproxima al 50% en África (Figura 6.5).

Densidad de la población de trabajadores de la salud

El acceso a trabajadores de la salud expertos es importante para muchas intervenciones específicas de nutrición. En la

Figura 6.6, se muestra la cantidad de trabajadores de la salud por cada 1.000 personas y por región. Europa tiene la mayor cantidad de médicos (3,5) y África, la menor (0,5). América del Norte tiene la mayor cantidad de enfermeras y parteras (9,8) y África, la menor (1,3). Pese a que Asia tiene dos veces más trabajadores de la salud comunitarios que África por cada 1.000 personas (no ilustrado en el gráfico), las cantidades son muy bajas en ambas regiones (0,7 frente a 1,4). No se dispone de datos sobre tendencias. Además, estos datos no brindan ninguna información sobre la distribución de los trabajadores de la salud; probablemente, los ratios sean mucho más bajos en zonas rurales y remotas. Claramente, los esfuerzos para ampliar los programas de nutrición en el sector de la salud se verán

PANEL 6.2 ¿CÓMO REDUJO BANGLADESH CON TANTA RAPIDEZ EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO?

DEREK HEADEY

Entre 1997 y 2011, el porcentaje de retraso en el crecimiento de los niños de Bangladesh de menos de 5 años disminuyó del 59% al 40%, casi 1,4 puntos porcentuales por año. Esto representa una tasa media anual de reducción del 2,7% (Bangladesh necesitaría una tasa del 3,3% para cumplir la meta de la AMS de retraso en el crecimiento). Entre los bebés de 0–6 meses de edad, la disminución del retraso en el crecimiento fue todavía más rápida: 28% a 16%. En realidad, la disminución del retraso en el crecimiento en Bangladesh entre niños de menos de 5 años fue casi dos veces más rápida que la de la India en un período similar¹. ¿Qué impulsó esta caída sostenida?

Un análisis reciente utiliza rondas reiteradas de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS de 1997, 2000, 2004, 2007 y 2011) de Bangladesh para explicar aproximadamente un 55% de los cambios en las tasas de retraso del crecimiento infantil (Headey et al. 2014). El análisis muestra que

los impulsores de la declinación del retraso en el crecimiento son multidimensionales: mejoras en los activos del grupo familiar, educación de los padres, cobertura del saneamiento, uso de atención de la salud y factores demográficos, todos ellos, importantes factores de contribución.

El incremento de los activos del grupo familiar está asociado con casi una cuarta parte de los cambios en el retraso del crecimiento infantil. La mayor educación de madres y padres explica otra cuarta parte. De manera que los cambios en los determinantes básicos y subyacentes, son importantes. Pero así también lo son los determinantes más inmediatos, como la reducción en las tasas de defecación al aire libre (que contribuyen con el 12%) y las intervenciones relacionadas con la nutrición en el sector de la salud, como por ejemplo, atención prenatal y nacimientos en centros médicos (que, juntos, dan cuenta del 18% de la reducción). Finalmente, la disminución de la fertilidad es un impulsor importante

pero, a menudo, ignorado (el intervalo entre nacimientos sucesivos más prolongado y el orden de nacimiento inferior, juntos, dan cuenta del 12%).

La experiencia de Bangladesh demuestra que los países de ingreso bajo pueden reducir con rapidez el retraso en el crecimiento, a un ritmo que se aproxima al requerido para cumplir la meta para 2025 de la AMS, utilizando un enfoque multidimensional. Todos los sectores, niveles y actores necesitan aunar esfuerzos. La experiencia de Bangladesh también demuestra el valor de la recopilación de datos regular. Las encuestas a gran escala, de temas múltiples y basadas en la población, como la DHS cada tres o cuatro años, permiten contar con análisis que pueden ayudar a las personas a responsabilizar a los gobiernos, identificar los factores impulsores clave para reducir la desnutrición y modelar inversiones futuras para sustentar y acelerar el ritmo de la reducción del retraso en el crecimiento.

CUADRO 6.1 PAÍSES VULNERABLES A LOS DETERMINANTES SUBYACENTES PARA LA DESNUTRICIÓN

Relativamente vulnerable en cuanto a:	No. de países	Países grandes de cada grupo	Población total (millones)
0 indicadores subyacentes	43	China, Filipinas, Irán	2.005
1 indicador subyacente	14	India, Indonesia, Pakistán	1.858
2 indicadores subyacentes	8	Ghana, Iraq, Nepal	100
3 indicadores subyacentes	8	Angola, Burkina Faso, Nigeria	253
4 indicadores subyacentes	14	Camerún, Kenya, Yemen	183
5 indicadores subyacentes	13	Etiopía, Uganda, República Unida de Tanzania	276
Total	100		
Número de países donde faltan datos	93		

Fuente: Datos sobre subalimentación: FAO (2014a); agua y saneamiento: OMS y UNICEF (2014); matrícula escolar: Instituto de Estadística de la UNESCO (2014); trabajadores de la salud: OMS (2014k). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: Los cinco determinantes subyacentes para la desnutrición analizados en este cuadro son: 1) subalimentación, 2) cobertura de fuentes de agua potable mejoradas, 3) cobertura de saneamiento mejorado, 4) matrícula femenina en la escuela secundaria y 5) densidad de población de médicos. Los países se califican como relativamente vulnerables si se encuentran por debajo del percentil 25 en los indicadores de agua potable, saneamiento, matriculación femenina en la escuela secundaria y densidad de médicos y por encima del percentil 75 para el indicador de subalimentación.

obstaculizados por la escasa cantidad de trabajadores de la salud, especialmente en África.

¿DÓNDE SE SITUAN LOS PAÍSES MÁS VULNERABLES A LOS DETERMINANTES SUBYACENTES MÁS BAJOS?

¿Cuántos países son relativamente vulnerables a bajos niveles de más de uno de estos determinantes subyacentes y a cuáles son más vulnerables? Estas son preguntas importantes para abordar porque pueden contribuir a acelerar las mejoras en materia de nutrición (como se ilustra en el Panel 6.2 para Bangladesh).

Con el fin de explorar las vulnerabilidades de los países a determinantes subyacentes, clasificamos los países según cada uno de los siguientes factores: prevalencia de subnutrición, acceso a fuentes de agua potable mejoradas, acceso a saneamiento mejorado, matrícula femenina en la escuela secundaria e índice de médicos por densidad de población. Los

países fueron clasificados como vulnerables si se encontraban por debajo del percentil 25 entre los 100 países con datos en las cinco variables, un umbral relativamente bajo. Esto significa que las vulnerabilidades son relativas, y no absolutas.

Observamos que 43 países no eran vulnerables en ninguno de los cinco indicadores de determinantes subyacentes (Cuadro 6.1). Trece países fueron clasificados como vulnerables en los cinco indicadores. Este resultado indica una verdadera necesidad de corregir el equilibrio, a nivel de país, entre inversiones específicas de nutrición y enfocadas a la nutrición y los determinantes subyacentes generales de desnutrición. Está claro que muchos países necesitarán inversiones en las tres áreas a fin de reducir más rápidamente la desnutrición.

Para los 59 países con al menos una vulnerabilidad, se sugiere en el Cuadro 6.2 los impulsores subyacentes más importantes. Por ejemplo, el análisis sugiere que, para la India, el saneamiento es el indicador en la posición más baja entre

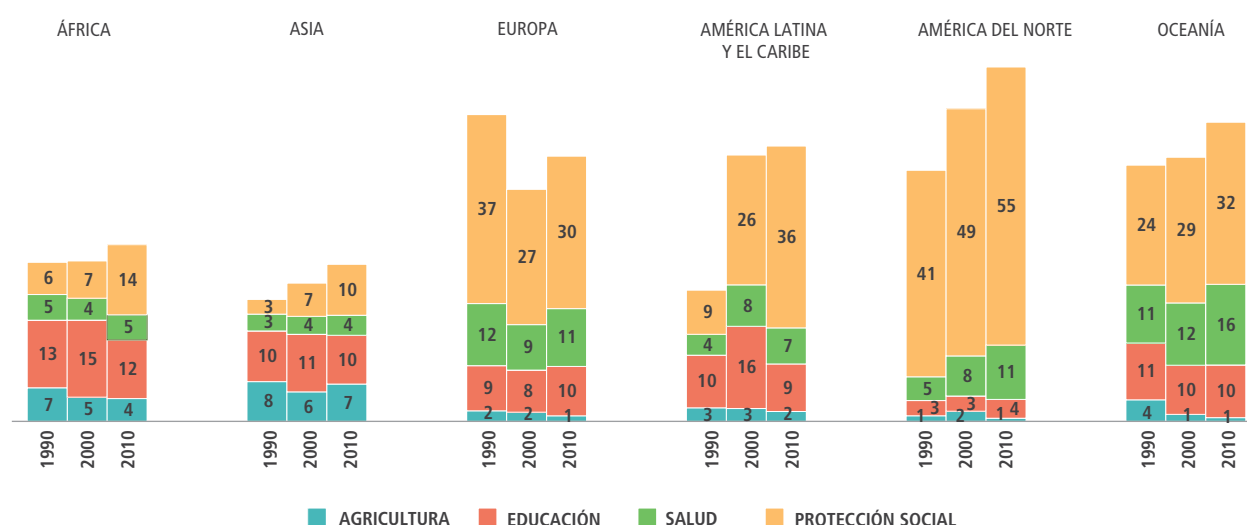
CUADRO 6.2 PAÍSES MÁS VULNERABLES PARA CADA DETERMINANTE SUBYACENTE

Más vulnerable (calificación de país más baja en los cinco indicadores)	No. de países	Población total (millones)	Primeros tres países cada categoría
En subalimentación	13	83	Bolivia, Guatemala, Zimbabue
En cobertura de saneamiento mejorado	12	1.379	Ghana, India, Nepal
En cobertura de fuentes de agua potable mejoradas	9	317	Kenia, Mozambique, Nigeria
En matrícula femenina en la escuela secundaria	12	539	Bangladesh, Etiopía, Pakistán
En densidad de población de médicos	13	383	Camerún, Indonesia, Rep. Unida de Tanzania
Total	57 (59)^a		

Fuente: Datos sobre subalimentación: FAO (2014a); agua y saneamiento: OMS y UNICEF (2014); matrícula escolar: Instituto de Estadística de la UNESCO (2014); trabajadores de la salud: OMS (2014k). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

^aMalawi tiene la clasificación más baja tanto en saneamiento como en densidad de médicos y, por lo tanto, se cuenta doble. Burkina Faso tiene la clasificación más baja tanto en matrícula femenina en la escuela secundaria como en densidad de médicos y, por lo tanto, también se cuenta doble.

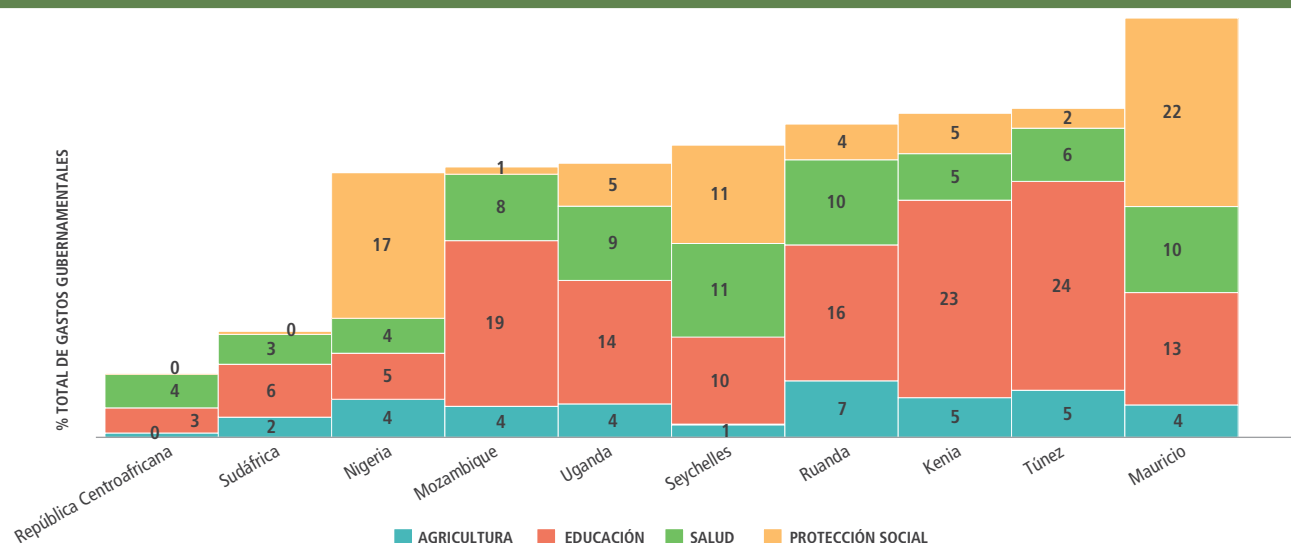
FIGURA 6.7 PROPORCIÓN DE GASTOS GUBERNAMENTALES EN CUATRO SECTORES RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN (%)



Fuente: IFPRI (2014).

Nota: Los datos son porcentajes medios ponderados según la población. La base de datos SPEED usa definiciones normalizadas y amplias del FMI para los diferentes sectores.

FIGURA 6.8 PROPORCIÓN DE GASTOS GUBERNAMENTALES EN CUATRO SECTORES RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN EN PAÍSES SELECCIONADOS DE ÁFRICA (%), 2010



Fuente: IFPRI (2014).

los 100 países, en tanto que para Nigeria es la cobertura de fuentes de agua potable mejoradas. Este tipo de análisis puede ayudar a identificar restricciones clave para el mejoramiento del estado nutricional en cada país.

GASTOS PÚBLICOS EN SECTORES RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN

¿Cuánto gastan los países en sectores que potencialmente podrían estar más enfocados a la nutrición? En la Figura 6.7 se informa la porción del total de gasto público en cuatro grandes categorías relacionadas con la nutrición (Ruel y Alderman 2013): agricultura, salud, educación y protección social. (La base de datos que sirvió para elaborar la Figura 6.7 no incluye datos sobre fuentes de agua, saneamiento e higiene⁷.)

La participación de los gastos públicos en estas cuatro categorías, en su conjunto, está aumentando (Figura 6.7). Los gastos en materia de protección social son los que más rápido aumentan en casi todas las regiones, especialmente en África y Asia. Esta situación presenta oportunidades para incorporar la nutrición en estos flujos de gastos. Podrían existir oportunidades específicas para realizar gastos de protección social que tuvieran más en cuenta consideraciones de género según los términos sugeridos por las pruebas en Ruel y Alderman (2013).

¿Están impulsadas estas tendencias de gastos simplemente por diferencias entre las regiones o existen diferencias dentro de las mismas regiones? Para analizarlo, comparamos algunos países de África (Figura 6.8). Estos países, por supuesto, varían ampliamente en muchos aspectos, pero aun cuando tienen niveles de ingreso similares, como por ejemplo Kenia, Ruanda y

Uganda, surgen diferencias sobre el modo de asignar los gastos. Estas asignaciones están motivadas no solo por los recursos disponibles, sino por decisiones políticas.

¿CÓMO PUEDEN LOS PROGRAMAS Y EL GASTO EN DETERMINANTES SUBYACENTES ESTAR MÁS ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN?

Como observaron Ruel y Alderman (2013, 1), “Las intervenciones y los programas enfocados a la nutrición en agricultura, redes de seguridad social, desarrollo infantil temprano y educación tienen un enorme potencial para mejorar la escala y eficacia de las intervenciones específicas de nutrición”. El fundamento empírico para fomentar ese potencial carece de solidez, pero se está fortaleciendo. Muchas organizaciones han presentado documentos con propuestas de directrices sobre prácticas recomendadas a los profesionales cuya mayoría ha sido para agricultura, protección social y salud (ver en Banco Mundial 2013 un excelente resumen), y no nos es posible encontrar ninguna para educación o agua, saneamiento e higiene⁸.

En el Cuadro 6.3, se resumen las principales directrices para agricultura, protección social y salud, y se presentan algunas sugerencias en cuanto al agua, el saneamiento y la educación.

La base empírica es todavía inestable, pero se está fortaleciendo. En el Panel 6.3, se ofrece un excelente y nuevo ejemplo de Burkina Faso sobre una intervención en agricultura creada para mejorar el estado nutricional. La intervención parece ser exitosa ya que identifica a niños durante sus primeros 1.000 días, se concentra en cambiar comportamientos específicos de nutrición y está deliberadamente orientada a brindar una mayor autonomía a las mujeres en el ámbito de la agricultura.

PANEL 6.3 USO DE UNA PLATAFORMA AGRÍCOLA EN BURKINA FASO PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN DURANTE LOS PRIMEROS 1.000 DÍAS

DEANNA KELLY OLNEY, ANDREW DILLON, ABDOULAYE PEDEHOMBGA, MARCELLIN OUÉDRAOGO Y MARIE RUEL

La integración de los programas de nutrición con los programas agrícolas tiene gran potencial para mejorar los resultados nutricionales, pero las debilidades de los programas para identificar metas, su diseño y aplicación, así como el diseño deficiente de la evaluación, han limitado las pruebas disponibles sobre el impacto real de tales programas.

Un tipo de programa que integra la nutrición con la agricultura es el de producción doméstica de alimentos (HFP, por sus siglas en inglés). El modelo HFP estándar incluye jardinería y producción de pequeños animales, así como una estrategia de comunicación sobre cambios de comportamiento diseñada alrededor de las denominadas acciones esenciales para la nutrición. Habitualmente, su objetivo son los grupos familiares vulnerables con niños de menos de 5 años de edad. En Burkina Faso, Helen Keller International (HKI, por sus siglas en inglés) presentó en 2010 un programa de producción doméstica mejorada de alimentos (E-HFP, por sus siglas en inglés). En lugar de concentrarse en grupos familiares con niños menores de 5 años, se orientó a mujeres con niños de 3–12 meses de edad para garantizar que el programa beneficiara directamente a niños en la ventana de oportunidad de los “primeros 1.000 días”. El E-HFP también cambió el modo en que se diseñó y aplicó el programa. En lugar de solo enseñar

nutrición a las madres, modificó la estrategia de comunicación sobre cambios de comportamiento para promover la adopción de prácticas clave de nutrición. También empoderó a las mujeres, brindándoles educación sobre las mejores prácticas de agricultura y nutrición, transfiriendo pequeños activos agrícolas y pollos a las mujeres beneficiarias y asignando a mujeres beneficiarias la dirección de granjas modelo en las aldeas (en lugar de a granjeros hombres residentes en la aldea).

Para abordar el problema del diseño deficiente de la evaluación, diseñamos un enfoque de evaluación integral. Incluyó un ensayo controlado, aleatorio con grupos y longitudinal (el primero de su especie para un programa de agricultura y nutrición aparte del de biofortificación) así como dos rondas de evaluación cualitativa del proceso. En comparación con las personas que residen en las aldeas de control, los niños beneficiarios del programa demostraron aumento en la diversidad de la dieta y disminución en la prevalencia de emaciación, anemia y diarrea. Las mujeres beneficiarias del programa incrementaron el consumo de alimentos ricos en nutrientes y disminuyeron la prevalencia de delgadez.

Estos cambios positivos probablemente estaban relacionados con los impactos positivos del programa E-HFP en los resultados intermedios observados durante el curso de los impactos del programa

primario. Algunos de estos resultados intermedios incluyeron

- aumento del sentido de propiedad por parte de las mujeres de activos productivos, como por ejemplo, activos agrícolas y animales pequeños,
- mayor producción por parte de las mujeres de alimentos ricos en nutrientes,
- mejoras en el conocimiento de las mujeres sobre prácticas clave de alimentación y cuidado de bebés y niños pequeños,
- mayor diversidad de la dieta y consumo de alimentos ricos en nutrientes en el grupo familiar y
- mejoras en los indicadores de la situación de las mujeres, como por ejemplo, su capacidad para tomar decisiones sobre compras.

Este estudio es uno de los primeros en utilizar una evaluación rigurosa para proporcionar pruebas contundentes de que el uso de una plataforma agrícola puede mejorar la nutrición materna e infantil (Olney et al. 2014). Demuestra que un programa agrícola y de nutrición integral, bien diseñado, bien definido y bien aplicado, que incluya una sólida estrategia de comunicación sobre cambios de comportamiento en materia de nutrición y salud, así como actividades para empoderar a las mujeres, puede tener un impacto significativo y, posiblemente, duradero en la nutrición y la salud materna e infantil durante los primeros 1.000 días.

CUADRO 6.3 CÓMO ORIENTAR LAS INVERSIONES SECTORIALES HACIA LA NUTRICIÓN

Ejemplo	Agricultura	Protección social	Agua, saneamiento e higiene	Sistemas de salud	Educación
Grupos objetivo	Familias de productores y mujeres agricultoras	Mujeres y niñas Niños durante los primeros 1.000 días de vida	Niños menores de 2 años de edad y mujeres embarazadas y lactantes	Niños durante los primeros 1.000 días de vida	Niñas adolescentes
Tipos de intervenciones	Cambio de comportamiento relacionado con prácticas específicas de nutrición Opciones de cultivos: factor en el valor nutricional de los cultivos Opciones de cría: factor en el contenido de nutrientes (biofortificación) Opciones posteriores a la cosecha: factor relacionado con la nutrición en el almacenamiento, procesamiento y preservación Prácticas de inocuidad de los alimentos: reducción al mínimo de la contaminación (aflatoxinas y <i>E. coli</i> , por ejemplo)	Transferencias monetarias condicionadas Comidas en las escuelas y raciones condicionadas para llevar a casa (asistencia de las niñas a la escuela) Complementos alimentarios: suplementos nutricionales (proteína y energía), polvos con micronutrientes, alimentos fortificados	Prevención de ingestión de heces Eliminación segura de las heces Programas de saneamiento total centrados en la reducción al mínimo de la defecación al aire libre Almacenamiento y manipulación apropiados de alimentos complementarios Equipos de tratamiento de agua	Todas las intervenciones específicas de nutrición que sea posible insertadas en los sistemas de salud Consejo de pares y promoción basada en las instalaciones para la aceptación de la lactancia materna exclusiva Mejor posicionamiento de la nutrición dentro de los programas de estudios sobre salud y la formación de profesionales de la salud	Planificación familiar Comidas escolares y raciones para llevar a casa Baños separados para las niñas en las escuelas Formación para cuidar niños en las escuelas
Canales de entrega	Servicios de divulgación agrícola y de asesoramiento rural Escuelas de campo para agricultores Centros de distribución para tecnologías e insumos Mecanismos de microcréditos y seguros Enfoques basados en el mercado	Alimentos a cambio de trabajo/efectivo/vales (programas de activos) Escuelas Servicios de clínicas de salud	Programas de distribución de agua, saneamiento e higiene Divulgación agrícola sobre inocuidad de los alimentos Campañas comunitarias de comunicación de cambios sociales y de comportamiento Gestión comunitaria de programas para la malnutrición aguda	Trabajadores de la salud comunitarios Campañas comunitarias de comunicación de cambios sociales y de comportamiento	Educación formal (primaria, secundaria y niveles superiores) Talleres de alfabetización Campañas en los medios de comunicación Educación basada en la comunidad
Impactos que se deben buscar	Mejoras en la diversidad de la dieta y en su calidad en el hogar	Mejora de la diversidad de la dieta y potencialmente del estado nutricional de los niños de menos de 2 años, las mujeres en edad reproductiva y las mujeres lactantes	Posible mejora del estado nutricional de los niños de menos de 2 años de edad	Posible mejora del estado nutricional de las mujeres embarazadas y los niños de menos de 2 años de edad	Posibles resultados al nacer: reducción del bajo peso para la edad gestacional y los partos prematuros
Consideraciones	El tiempo y la energía de las mujeres son recursos escasos. Un mayor control por parte de las mujeres podría conducir a recriminaciones contra ellas.	Garantizar que existan redes de seguridad que no se contrapongan a los objetivos nutricionales, tales como promover inadvertidamente la obesidad.	Se deben comprender, respetar y tomar en cuenta las normas sociales.	Hacer análisis para detectar riesgos tempranos de obesidad y enfermedades no transmisibles.	Adoptar intervenciones interdisciplinarias basadas en la escuela para disminuir el riesgo de sobrepeso y obesidad (incluidas actividad física y alimentación saludable).
Qué pueden hacer todos los sectores para fortalecer los resultados en materia de nutrición	Plantear el tema a otros sectores que puedan fomentar sus propios objetivos sectoriales a partir de la nutrición; incluir objetivos, indicadores y metas de nutrición. Trabajar con asociados que, partiendo de la nutrición, desarrollen prácticas específicas que realcen la nutrición y emprendan acciones en el marco de sus intervenciones. Trabajar en zonas con altos niveles de malnutrición; fomentar la participación de las mujeres en la creación y la aplicación; centrarse en estrategias clave en el ciclo de vida; incorporar intervenciones específicas de nutrición dentro de plataformas más amplias.				

Fuente: Para agricultura: UNSCN (2013); World Vision International (2014); Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (2014); Kurz (2013); ACF International (2013); Ruel y Alderman (2013); Herforth et al. (2012). Para protección social: Ruel y Alderman (2013); Alderman (2014); UNICEF (2014d). Para agua, saneamiento e higiene: Dangour et al. (2013); Guerrant et al. (2008); Humphrey (2009); Spears et al. (2013). Para salud: Fanzo et al. (2014); Tappenden et al. (2013). Para educación: Fanzo et al. (2014); Alderman (2014); Gortmaker et al. (1999); Gonzalez-Suarez et al. (2009). Para agricultura, protección social y salud: Banco Mundial (2013).

AUSENCIA DE DATOS

1. Los datos sobre consumo de alimentos y calidad del régimen alimentario a escala nacional y subnacional son escasos.
2. Se necesitan datos sobre gastos dedicados al agua, el saneamiento y la higiene, que se deben incorporar a la base de datos de Estadísticas de gasto público para el desarrollo económico (SPEED, por sus siglas en inglés).
3. Se requieren más pruebas sobre cómo hacer para que los programas y las políticas que abordan los impulsores subyacentes de la malnutrición estén más enfocados a la nutrición.
4. Se esperan más pruebas sobre el efecto de las diferentes clases de fuentes de agua y saneamiento mejorados en los resultados nutricionales.

7 EL ENTORNO PROPICIO ESTÁ MEJORANDO, PERO NO AL RITMO ESPERADO

LOS ENTORNOS PROPICIOS O FAVORABLES PARA LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN TIENEN UNA AMPLIA VARIEDAD DE CARACTERÍSTICAS Y SE RELACIONAN CON

cuestiones de gobernanza amplias¹. En este capítulo, nos centraremos en cuestiones tales como identificar y hacer un seguimiento de los recursos financieros destinados a la nutrición donde es fundamental mejorar las mediciones. También evocaremos los factores que se pueden medir de la misma manera para un gran número de países, tales como legislación, políticas y transformación institucional.

EL RETO DE HACER UN SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DESTINADOS A LA NUTRICIÓN

Si bien los donantes y algunos países están logrando ciertos avances a la hora de supervisar la atribución de los recursos financieros para la nutrición, esta tarea ha resultado ser todo un reto para todas las partes interesadas del sector. Existen retos técnicos (qué componentes y rubros incluir o excluir), de recopilación de datos (cómo diseñar una rutina para recopilarlos), de coordinación (puede resultar políticamente difícil llegar a un consenso sobre qué incluir o excluir), y cuestiones de planificación (qué marco temporal informar).

PUNTOS CLAVE

1. La mayoría de los países no cuenta actualmente con la capacidad de identificar y hacer un seguimiento de sus compromisos financieros. Existen varias herramientas, y habrá que invertir para fortalecer la capacidad organizacional. Guatemala proporciona un estudio de caso inspirador.
2. Entre 2010 y 2012, los compromisos y desembolsos destinados a intervenciones específicas de nutrición de 13 donantes aumentaron en un 39% y en un 30%, respectivamente. Los compromisos enfocados a la nutrición disminuyeron en un 14%, pero los desembolsos destinados a la nutrición de los 10 donantes que comunicaron datos aumentaron en un 19%. La presentación de informes de los donantes sobre la nutrición está cada vez más armonizada, pero aún queda mucho por hacer en cuanto a las diferencias en las definiciones y los marcos temporales.
3. No pueden formularse observaciones acerca de los compromisos de Nutrición para el Crecimiento de los donantes, dado que los datos para 2013-2014 aún no están disponibles. La proporción de asistencia oficial al desarrollo desembolsada para la nutrición en 2012 fue apenas superior al 1%.
4. Una meta de gastos en nutrición para los gobiernos y la asistencia oficial para el desarrollo podría ayudar a centrar más la atención en esta cuestión. Dicha meta debería ir acompañada de un mejor seguimiento de los datos sobre gastos, a fin de garantizar que se mejore tanto la calidad como la cantidad de los gastos.
5. Las políticas, leyes e instituciones son importantes para ampliar el ámbito de la nutrición, permite su medición. El enfoque de puntuación del proceso de Fomento de la Nutrición (SUN) es digno de mención por tratarse de un proceso de medición participativo que estimula la reflexión y la acción.
6. Las evaluaciones de las políticas, leyes e instituciones pueden señalar disfuncionamientos que requieran la toma de medidas especiales, tales como la coexistencia de entornos de políticas frágiles con la diabetes y las poblaciones con índices elevados de glucosa en sangre.

PANEL 7.1 ¿EXISTE UNA MANERA DE HACER UN MEJOR SEGUIMIENTO DE LOS GASTOS EN MATERIA DE NUTRICIÓN?

CLARA PICANYOL

Si bien la capacidad para hacer un seguimiento del flujo de recursos financieros destinados a las acciones en materia de nutrición es fundamental para mejorar la responsabilidad ante los ciudadanos, es algo igualmente difícil de lograr para los países, los donantes, las organizaciones de las Naciones Unidas y las ONG. En un examen de la situación del seguimiento de los recursos financieros de 51 de los países del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), se llegó a la conclusión de que se podía acceder públicamente a la información general sobre asignación del presupuesto nacional en solo 32 de los 51 países, y en 4 de los 32, la información estaba desactualizada o no tenía el nivel de detalle suficiente (Picanyol y Fracassi 2014). El estudio también mostró la diversidad de métodos utilizados por los países para hacer un seguimiento de las asignaciones presupuestarias para la salud, tales como revisiones del gasto público (PER, por sus siglas en inglés), cuentas nacionales de salud, la herramienta de Mapa de recursos de la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud y encuestas de seguimiento de gastos públicos. Estas herramientas no tienen la misma cobertura, frecuencia de recopilación de datos y el tiempo y recursos necesarios para aplicarlas (Picanyol 2014).

Tanzania, por ejemplo, está finalizando una revisión PER sobre nutrición. Las PER, que se han usado ampliamente en otros sectores en Tanzania, evalúan el nivel y la composición real del gasto público durante un período (usualmente, de entre tres y cinco años) siguiendo un conjunto predeterminado de objetivos y resultados de políticas del plan nacional y formulan recomendaciones. El proceso de las PER planteó una serie de retos. Debido a la índole integrada de los programas con componentes de nutrición, en combinación con gastos insuficientemente desglosados, resultó extremadamente difícil aislar los gastos en nutrición sin recurrir a una gran amplitud de supuestos. Además, el gobierno tuvo dificultades para recuperar información sobre gastos de los donantes y las ONG.

Madagascar desarrolló un mecanismo para hacer un seguimiento de las inversiones en nutrición con la finalidad de estimar tanto los recursos existentes como aquellos adicionales requeridos para financiar el Plan Nacional de Acción para la Nutrición (NPAN II, por sus siglas en inglés). La Oficina Nacional de Nutrición llevó a cabo una encuesta de acuerdo con las estrategias, intervenciones y actividades del NPAN II y la envió a todas las partes interesadas. Entre los principales retos, se incluyeron los conocimientos limitados

de los ministerios sobre las inversiones relacionadas con la nutrición y la transparencia limitada o el desglose de los presupuestos de algunos organismos. Además, se recopiló poca información de organizaciones provenientes de los sectores civil y privado.

A partir del análisis de los datos publicados de los presupuestos nacionales, parece más factible que los países lleven a cabo una recopilación de datos sobre las asignaciones presupuestarias sobre nutrición con la asistencia de un formulario en una hoja de cálculo. De esta forma, los datos se pueden clasificar en categorías específicas de nutrición o enfocadas a la nutrición usando definiciones nacionales o internacionales. La categorización y atribución de la información requerirá probablemente consultas con partes interesadas en la nutrición en el país. Si bien este enfoque puede tener limitaciones iniciales por falta de precisión, una vez recopilado toda la información pertinente, los países tienen la posibilidad de perfeccionar su sistema de seguimiento y así mejorar la exactitud de los datos a largo plazo. El ejercicio de recopilación de datos deberá ser transparente, todas las etapas se documentarán en detalle y se proporcionarán fuentes de datos específicas. Semejante enfoque permitirá efectuar comparaciones a largo plazo dentro de un país y promover la responsabilidad de las partes.

Países

Aumentar los recursos nacionales para la alimentación representa la única manera sostenible de mejorar el estado nutricional. Si bien los recursos de los donantes resultan esenciales, estos no pueden (ni deberían) cerrar la brecha de recursos para la desnutrición por sí solos. Por ejemplo, se requerirían US\$70.000 millones para que las intervenciones específicas para la nutrición lleguen al 90% de cobertura durante el período de compromiso de siete años de Nutrición para el Crecimiento (N4G), 2013–2020². En la Cumbre N4G, los donantes asignaron US\$4.000 millones adicionales en fondos. Se trata de una suma considerable, pero representa sólo un mero 6% de lo que se requiere, por lo que es necesario destinar más recursos nacionales.

El primer paso para movilizar fondos adicionales es evaluar los niveles actuales de asignación de recursos nacionales. Sin embargo, solo unos cuantos países han comenzado a hacer un seguimiento de las inversiones en nutrición, entre ellos, Madagascar y Tanzania (Panel 7.1). Guatemala es probablemente el país que más ha hecho para establecer un sistema de supervisión de gastos en nutrición que funcione correctamente (Panel 7.2)³. Como lo demuestra la experiencia de Guatemala, un mejor seguimiento de los recursos depende de una mejor planificación y un cálculo de costos más realista de las opciones de inversión en nutrición. También depende de la creación de un contexto favorable donde la capacidad para hacer un seguimiento de los recursos esté integrada y en el que se desarrollen incentivos de gobernanza para identificar los

PANEL 7.2 SEGUIMIENTO DE LAS ASIGNACIONES FINANCIERAS PARA LA NUTRICIÓN: LA EXPERIENCIA DE GUATEMALA

JESÚS BULUX, OTTO VELASQUEZ, CECIBEL JUÁREZ, CARLA GUILLÉN Y FERNANDO ARRIOLA

La malnutrición crónica en Guatemala, que afecta al 49,8% de los niños menores de 5 años (Guatemala, Ministerio de Salud 2009), es uno de los principales factores que limitan el desarrollo económico y social del país. Eliminar el hambre es un objetivo clave de la Agenda para el Cambio actual del gobierno y esta meta ha adoptado una forma concreta con el Plan del Pacto Hambre Cero (PPHO). El PPHO conecta intervenciones, programas, planes y proyectos de varias instituciones públicas en el campo de la seguridad alimentaria y nutricional, haciendo especial hincapié en las capacidades de los gobiernos locales. A fin de evaluar la pertinencia de la asignación de los recursos financieros en acciones de alta prioridad, Guatemala ha desarrollado un sistema de supervisión que funciona de manera adecuada.

La supervisión de los recursos financieros comienza con la planificación que requiere que los recursos financieros se vinculen con los bienes o servicios proporcionados. En 2014, la Secretaría Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición, junto con el Ministerio de Finanzas, desarrolló una herramienta que permite que ministerios, secretarías y administradores comprendan la relación entre sus presupuestos y las metas que sus respectivas instituciones tienen la responsabilidad de alcanzar. Los ministerios pertinentes son responsables ante el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria

y Nutrición.

El Consejo ha abordado de manera activa cuestiones de coordinación y planificación conjunta que, durante mucho tiempo, se trataron de forma pasiva. Además, mantiene sesiones especiales con los departamentos para verificar el cumplimiento de las metas. La coordinación entre las instituciones ha ayudado a definir mejor las metas y ha aclarado las inversiones que se hacen a nivel local. El requisito del Consejo que exige una verificación local ha fortalecido la participación de las organizaciones locales.

Varios factores han contribuido al éxito del sistema de seguimiento:

- un fuerte compromiso político de todas las partes interesadas, especialmente el gobierno, lo que aumenta la posibilidad de que haya continuidad entre ciclos electorales;
- una sólida coordinación entre y dentro de las instituciones gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo;
- un plan de aplicación que vincula las metas y las asignaciones presupuestarias de manera clara;
- supervisión continua de la aplicación a niveles nacional y local;
- creación de grupos técnicos para respaldar la gestión técnica y financiera en instituciones clave;

- supervisión local (municipal) de los progresos hacia las metas, y
- medidas para garantizar una mayor transparencia en relación con el gasto público, tales como el sitio www.guatecompras.gt.

En la actualidad, Guatemala cuenta con: 1) un presupuesto de seguridad alimentaria y nutricional desglosado por institución, componente de programa y actividad; 2) responsabilidades claras, con funcionarios específicos responsables de sus respectivas metas y presupuestos relacionados; 3) una herramienta de aplicación simple que permite comprender el gasto público a diferentes niveles¹; y 4) una buena coordinación entre las instituciones (en 2013, el gobierno trabajó con 11 instituciones sobre la supervisión y el seguimiento financieros).

El establecimiento por parte de Guatemala de un sistema de supervisión de funcionamiento adecuado por parte de Guatemala tuvo la finalidad de superar los retos técnicos que representaba conectar diferentes sistemas de seguimiento, y requirió un período sostenido de inversión, innovación, fortalecimiento de relaciones y compromiso. La resolución de los problemas técnicos fue importante, como así también lo fueron el enfoque elegido, la paciencia y la diplomacia.

recursos y darles un seguimiento más adecuado.

Donantes

Los donantes bilaterales y multilaterales, así como las fundaciones, son motores esenciales de los compromisos mundiales y nacionales con la nutrición, gracias a su capacidad de atraer a otros actores, y sus recursos tanto intelectuales como financieros.

Para 2014, las metas de notificación del *Informe de la nutrición mundial* en cuanto a la financiación de donantes son muy modestas, por varios motivos. En primer lugar, este informe no debería ser considerado como un informe sobre los avances financieros en relación con los compromisos de N4G.

Como muy temprano, la respuesta a estos compromisos de siete años se implementaría en los años financieros 2013–2014 o 2014–2015, y los informes sobre estos años comenzarían a presentarse tan sólo en 2015. Por lo tanto, el *Informe de la nutrición mundial* 2014 debería considerarse como una base para el período de N4G.

En segundo lugar, los signatarios de N4G no incluyen a todos los donantes, por ejemplo, Corea del Sur, España y Suiza, potencias emergentes como China, India y los Estados del Golfo, y fundaciones como Wellcome Trust y Tata Trusts. Los futuros *Informes de la nutrición mundial* tenderán una red más amplia de seguimiento de estos recursos.

En tercer lugar, todos los donantes incluidos en este informe tienen ciclos de vida de proyecto, normas de documentación, nomenclatura y sistemas de seguimiento y notificación financiera muy diferentes entre sí, lo que complica cualquier intento de comparar donantes en forma directa. Por ejemplo, podría esperarse que el informe se centrara exclusivamente en los desembolsos; no obstante, para varios donantes, los compromisos son un indicador más preciso del compromiso organizacional con la nutrición y representan nuevas inversiones en nutrición que se aprueban cada año y que luego se desembolsan durante los cinco años siguientes, o más.

En cuarto lugar, muchos donantes informaron que el protocolo (desarrollado y probado por la Red de socios donantes de SUN) para calcular las inversiones enfocadas a la nutrición resulta oneroso (especialmente para los donantes más grandes, que realizan la mayor parte de la labor) y altamente subjetivo⁴. En términos generales, no hay mecanismos establecidos para llevar a cabo fácilmente un seguimiento de los compromisos enfocados a la nutrición, y establecerlos llevará tiempo. Sospechamos que puede ser el caso para todos aquellos que invierten en la alimentación. La Red de socios donantes de SUN está trabajando para encontrar un enfoque con costos de transacción más bajos (Red de donantes SUN 2013).

En quinto lugar, dado que hay un número pequeño de donantes con solo dos puntos de datos, los de 2010 y 2012, es

fácil hacer una interpretación excesiva de los datos.

Finalmente, existen lagunas en los métodos. Por ejemplo, es necesario hacer un seguimiento del flujo de recursos para intervenciones en sobrepeso y obesidad, y se debe identificar una metodología que facilitará la presentación de informes sobre estos datos.

Datos

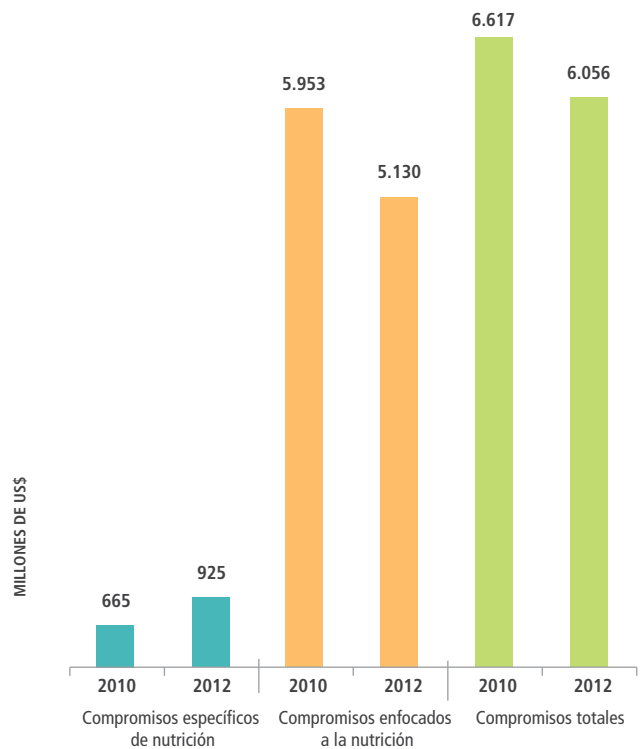
El informe se basa en datos de promesas financieras e inversiones calculadas por 13 donantes para 2010 y 2012, para categorías de gastos específicas para la nutrición y enfocadas a la nutrición. Los 13 donantes son: Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Irlanda, los Países Bajos, Suiza⁵, el Reino Unido, la Unión Europea (UE), la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Children’s Investment Fund y el Grupo del Banco Mundial⁶. Los datos se informan en el Apéndice 4, y se resumen en las Figuras 7.1 y 7.2.

Compromisos y desembolsos específicos en el ámbito de la nutrición

Estados Unidos, el Banco Mundial y Canadá se comprometieron a efectuar las inversiones en materia de nutrición más significativas de 2012.

Para los 13 donantes, los compromisos para intervenciones específicas para la nutrición aumentaron US\$665 millones en 2010

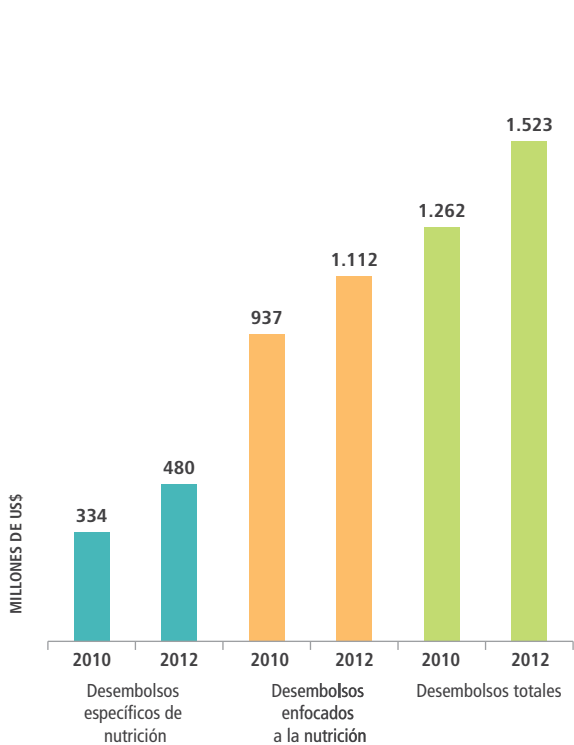
FIGURA 7.1 COMPROMISOS DE GASTOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN DE 13 DONANTES



Fuente: Autores.

Nota: Los 13 donantes son Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Irlanda, los Países Bajos, Suiza, el Reino Unido, Unión Europea (UE), la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Children’s Investment Fund y el Grupo del Banco Mundial.

FIGURA 7.2 DESEMBOLSOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN DE 10 DONANTES



Fuente: Autores.

Nota: Los datos excluyen a Estados Unidos, el Banco Mundial y la Fundación Children’s Investment Fund para los desembolsos enfocados a la nutrición.

PANEL 7.3 MECANISMO PARA EVALUAR LOS AVANCES DEL GOBIERNO EN LA CREACIÓN DE ENTORNOS ALIMENTARIOS SALUDABLES

BOYD SWINBURN

Si bien los gobiernos tienen la responsabilidad crítica de proteger y promover la salubridad de los entornos alimentarios, los intentos de aplicar políticas alimentarias a menudo se enfrentan a una oposición feroz y exitosa de la industria alimentaria. Salvo algunos pocos ejemplos destacados (WCRF 2013), los progresos en la aplicación durante 10 años de las políticas de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de 2004 de la OMS (OMS 2004) han sido en su mayoría irregulares. ¿Cómo se podrá responsabilizar a los gobiernos para que logren mejores progresos en el último plan mundial para 2013-2020 de la OMS para las enfermedades no transmisibles (OMS 2013b)?

Se ha hecho un intento de aumentar la responsabilidad a través de una iniciativa de colaboración internacional entre universidades y ONG mundiales denominada INFORMAS (Swinburn et al. 2013). Esta red tiene la finalidad de supervisar, comparar y apoyar acciones para crear entornos alimentarios saludables y reducir la obesidad, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta y las correspondientes desigualdades. INFORMAS ha desarrollado una herramienta,

denominada índice de políticas para un entorno alimentario sano (Food-EPI), para supervisar las acciones gubernamentales con miras a crear entornos alimentarios más saludables. Comprende dos componentes, uno de políticas que incluye siete dominios de los entornos alimentarios (composición de los alimentos, etiquetado, precios, comercialización, suministro en escuelas y otros entornos del sector público, disponibilidad en la venta minorista y alimentos incluidos en acuerdos de comercio e inversión); y un componente de apoyo de infraestructura que incluye seis dominios (gobernanza, liderazgo, financiación y recursos, supervisión e inteligencia, plataformas para la interacción y salud en todas las políticas). Los funcionarios gubernamentales pertinentes cotejan y verifican las pruebas sobre el grado de aplicación de ejemplos de mejores prácticas internacionales para alrededor de 40 indicadores. Se realizan talleres de expertos de instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil con observadores del gobierno para determinar el grado de aplicación y establecer recomendaciones prioritarias para la acción gubernamental.

El índice Food-EPI, tras una prueba experimental, se aplicó primero en Nueva Zelanda (los resultados se encuentran en www.informas.org). Se determinó que el gobierno neozelandés cumplía con las mejores prácticas para solo el 14% de los indicadores. Para el 74% de los indicadores de políticas y el 48% de los indicadores de apoyo de infraestructura, se calificó la aplicación por de parte de Nueva Zelanda como "baja" o "muy escasa, si la hay" (bastante menos que potencial). Siguiendo el proceso de calificación de la aplicación, los expertos participantes examinaron la falta de datos en la aplicación y prepararon una serie de recomendaciones prácticas y factibles para la acción gubernamental, que luego se clasificaron según su prioridad. En el caso de Nueva Zelanda, 7 de las 34 recomendaciones se priorizaron para la aplicación durante los próximos tres años, tras lo cual se prevé repetir la evaluación Food-EPI, poco antes de las próximas elecciones presidenciales.

Por lo tanto, el índice Food-EPI puede convertirse en una herramienta basada en pruebas para que la sociedad civil participe en sistemas de responsabilidad para lograr avances en las políticas dirigidas a entornos alimentarios más saludables.

a US\$925 millones en 2012, es decir en un 39%, impulsado por aumentos sustanciales del Banco Mundial (más del 450% entre 2010 y 2012), Canadá y la Fundación Bill & Melinda Gates.

Los desembolsos específicos fueron mucho más bajos que los compromisos, pero registraron un aumento de US\$334 millones en 2010 a US\$480 millones en 2012, o sea, un aumento del 44%.

Compromisos y desembolsos enfocados a la nutrición

Estados Unidos, el Banco Mundial y la UE se comprometieron a efectuar las inversiones en materia de nutrición más significativas de 2012.

Los compromisos enfocados a la nutrición disminuyeron un 14%, de US\$5.950 millones en 2010 a US\$5.130 millones en 2012. Según informa el Banco Mundial, este cambio se

debe casi por completo a un aumento extraordinario en sus compromisos para 2010, año en que se aprobaron grandes proyectos para apoyar el programa mexicano de protección social Oportunidades.

También se registró una disminución del 3% en los compromisos enfocados a la nutrición del gobierno de Estados Unidos entre 2010 y 2012. El gobierno de Estados Unidos informa que sus cifras fluctúan sustancialmente de un año a otro porque sus gastos tienen un importante componente de emergencia. El gobierno de Estados Unidos también señala que algunas disminuciones en los compromisos enfocados a la nutrición se ven impulsadas por asignaciones presupuestarias del Congreso que reflejan disminuciones en áreas tales como programación para el VIH e infraestructuras de agua y saneamiento.

PANEL 7.4 COMPROMISO DE LAS EMPRESAS PRODUCTORAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE ACCESO A LA NUTRICIÓN

INGE KAUER

El índice de Acceso a la Nutrición (ATNI, por sus siglas en inglés) ofrece un amplio marco destinado a supervisar a los 25 fabricantes más grandes de alimentos y bebidas del mundo a través de 170 indicadores basados en directrices internacionales, normas y mejores prácticas aceptadas. La finalidad del ATNI, que hace públicas las puntuaciones y calificaciones a de las empresas, es destacar en qué aspectos sus políticas, prácticas y nivel de divulgación están retrasados en relación con las mejores prácticas y, por ende, alentar la mejora. Además, el índice proporciona información independiente, detallada y comparativa destinada a los actores interesados en supervisar a la industria de alimentos y bebidas o colaborar en este ámbito.

En el índice Mundial de 2013, se determinó que todas las empresas pueden hacer más para mejorar el acceso de los consumidores a alimentos y bebidas saludables y apropiados, a fin de contribuir a atacar la obesidad y la desnutrición. La puntuación de la empresa líder fue de solo de 6,3 sobre 10, lo que demuestra el amplio margen

que resta por mejorar. Solo tres empresas obtuvieron una puntuación superior a cinco. El índice ATNI determinó que, a menudo, las prácticas de las empresas no están a la altura de sus compromisos, en particular en la formulación de productos saludables, su posibilidad de acceso a los consumidores y una comercialización apropiada. Por falta de transparencia, las partes interesadas, incluidos los dirigentes políticos, la sociedad civil y los inversionistas, se enfrentan a diversas dificultades a la hora de evaluar las prácticas de nutrición de las empresas.

El índice ATNI presentó los resultados de 16 de las 25 compañías del índice. Dichas compañías reconocieron la importancia de comparar sus prácticas con otras y las perspectivas de mejora. Varias empresas se han comprometido ante el ATNI a hacer cambios que, si se logran, se reflejarán en puntuaciones más altas en el siguiente índice. Estos compromisos incluyen publicar más información para mejorar la transparencia y la responsabilidad, establecer metas adicionales o más sólidas en áreas específicas, examinar las políticas existentes y mejorar la

participación de las partes interesadas. El ATNI recibe el apoyo de más de 40 inversionistas de todo el mundo que han aceptado el índice con satisfacción y están usando los resultados en su relación con las empresas.

El ATNI continuará evaluando las acciones de las empresas en esta esfera y alentándolas a desempeñar un papel más activo y apropiado para atacar todas las formas de malnutrición. Además, tiene la intención de mejorar la metodología para el índice mundial 2015, asegurándose especialmente de que sus mediciones se adecúen con las prioridades y objetivos de otras grandes iniciativas dedicadas a la nutrición, tales como Nutrición para el Crecimiento, la Red de empresas de Fomento de la Nutrición, el Reto del Hambre Cero de las Naciones Unidas, el plan Todos los Recién Nacidos y Transform Nutrition (Transformar la nutrición). El ATNI, al continuar con la supervisión y la notificación de los progresos que las empresas están logrando en todas las esferas, incluida la nutrición, espera proporcionar un mecanismo de supervisión y responsabilidad adicional para todas las partes interesadas.

El gobierno de Estados Unidos, el Banco Mundial y la Fundación Children's Investment Fund no comunicaron desembolsos para 2010 y 2012. En consecuencia, los totales de los desembolsos enfocados a la nutrición para los 13 donantes son mucho más bajos que sus compromisos. Para los 10 donantes que habían asignado desembolsos enfocados a la nutrición, los mismos pasaron de US\$937 millones a US\$1.112 millones, es decir, el 19%.

Compromisos y desembolsos totales

Con las cuantiosas disminuciones en las cifras de los compromisos de Estados Unidos y del Banco Mundial, los compromisos totales cayeron de US\$6.620 millones a US\$6.060 millones, es decir, una disminución del 9%.

Los desembolsos totales excluyen la categoría nutrición del gobierno de Estados Unidos y del Banco Mundial, pero

aumentaron de US\$12.620 millones a US\$15.320 millones, un aumento del 21%.

Conclusión

Estas tendencias generan optimismo. Prácticamente, todos los donantes han reforzado los compromisos y los desembolsos. Se han registrado aumentos cuantiosos en los compromisos totales de Canadá, la UE, los Países Bajos y el Reino Unido, y en los desembolsos totales de Canadá, el Reino Unido y la Fundación Bill & Miranda Gates. La Fundación Children's Investment Fund ha prometido añadir al total aproximadamente US\$100 millones por año desde 2013 hasta 2020 y la UE prometió otros US\$533 millones en la Cumbre N4G⁷ que aún no se reflejan de manera completa en los datos notificados en el presente informe.

No obstante, las cifras notificadas aquí parecen insignificantes en el contexto de la asistencia oficial para el

desarrollo (AOD). La AOD total fue de US\$135.000 millones en 2013 (OCDE 2014). Los compromisos totales para la nutrición de 2012 fueron de US\$6.100 millones, o el 4,5% de la AOD, y los desembolsos totales para la nutrición de 2012 ascendieron a US\$1.500 millones, es decir, un poco más del 1% de la AOD.

El *Informe de la nutrición mundial 2015* trabajará con la comunidad de la nutrición para intentar desarrollar un argumento convincente para las metas de gastos para la nutrición; no solo para la AOD, sino también para la movilización de recursos nacionales.

¿CUÁNTO APOYO BRINDA UN ENTORNO PROPICIO? POLÍTICAS, LEYES E INSTITUCIONES

Las políticas, leyes y arreglos institucionales dan forma al entorno para la mejora sostenible de la nutrición. Existen varias herramientas disponibles a la hora de medir dichos esfuerzos. Todas son relativamente nuevas, y no se ha intentado vincularlas con cambios en los resultados para la nutrición, principalmente porque pueden ser o no han sido interpretadas en forma retrospectiva y luego vinculadas con los resultados actuales para la nutrición.

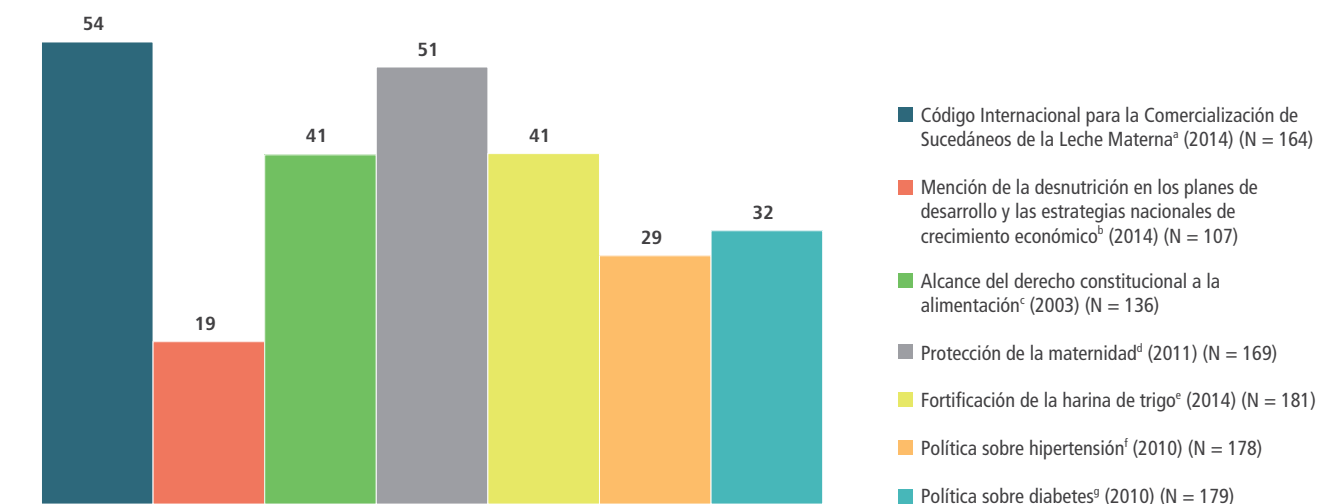
Una de estas herramientas es el Índice de políticas para un entorno alimentario sano (Food-EPI), que se centra en el sobrepeso y la obesidad (Panel 7.3). El Índice de Compromisos

sobre el Hambre y la Nutrición (HANCI, por sus siglas en inglés) evalúa el compromiso de los gobiernos y los asociados externos para reducir la desnutrición (te Lintelo et al. 2014). El Índice de Acceso a la Nutrición (ATNI, por sus siglas en inglés) asigna una puntuación a las grandes empresas en términos del apoyo que ofrecen para buenas prácticas de nutrición relacionadas con la superación de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad (Panel 7.4). Finalmente, el Movimiento SUN asigna una puntuación a los países por sus progresos en la transformación institucional. Algunos índices recurren a informes propios primarios (ATNI, SUN), otros usan una recopilación de datos primarios de procedencias diversas (Food-EPI) y algunos recurren a datos secundarios (HANCI). Estos indicadores pueden mejorar la comprensión de los compromisos y acciones para reducir la malnutrición y así reforzar el nivel de responsabilidad. No obstante, deben ser evaluados para confirmar si realmente han dado lugar a acciones pertinentes más eficaces.

Datos

Las fichas de dos páginas de los países que se produjeron junto con este informe (disponibles en www.globalnutritionreport.org) contienen ocho indicadores de este dominio de políticas, leyes e instituciones: seis para la desnutrición (aplicación nacional del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, protección de la maternidad en la fuerza

FIGURA 7.3 PORCENTAJE DE PAÍSES CON LA PUNTUACIÓN SUPERIOR PARA CADA UNO DE LOS INDICADORES DE UN ENTORNO PROPICIO



Fuente: Véase la Nota técnica 1 (*Technical Note 1*) en www.globalnutritionreport.org.

Notas: Los años entre paréntesis son los años para los que hay datos disponibles. N = Número de países con datos.

^a Países que han promulgado leyes que abarcan todas las disposiciones del código o muchas de ellas.

^b Países clasificados del 1 al 20 de 107 países clasificados conforme al número de veces que se menciona la "desnutrición" en los planes de desarrollo nacionales.

^c Países cuyas constituciones disponen en forma explícita el derecho a la alimentación.

^d Países que han ratificado el Convenio Núm. 183 de la Organización Internacional del Trabajo.

^e Países que han dado carácter obligatorio a la fortificación de la harina de trigo con por lo menos hierro o ácido fólico.

^f Países que tienen políticas sobre manejo de la hipertensión vigentes y completamente implementadas.

^g Países que tienen políticas sobre manejo de la diabetes y completamente implementadas.

PANEL 7.5 MECANISMOS DE BRASIL PARA LOGRAR DISMINUIR EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL Y MEJORAR LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

JENNIFER REQUEJO

En las últimas cuatro décadas, Brasil ha experimentado cambios rápidos en los determinantes clave de salud y nutrición, y grandes reformas de los sistemas de atención de la salud (Victora, Aquino, et al. 2011). Estos cambios se reflejan en los impresionantes logros de Brasil en la reducción del retraso en el crecimiento infantil y el mejoramiento de las prácticas de lactancia materna desde mediados de la década de 1970. La prevalencia del retraso en el crecimiento infantil, por ejemplo, cayó del 37% en 1974–1975 al 7% en 2006–2007. Durante el mismo período, la duración media de la lactancia materna aumentó aproximadamente 2,5 meses a los 14 meses. También aumentaron los índices de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses de edad, desde el punto más bajo de alrededor del 4% en 1986 al 48% para 2006–2007 (Victora, Aquino, et al. 2011).

Brasil logró estos avances por medio de una gran ampliación del acceso a servicios de salud y nutrición materna e infantil, además de cambios sociales, económicos y políticos a gran escala. Entre los cambios más notables se incluyeron reducciones sostenidas de pobreza, desigualdad y fertilidad; una transición de una dictadura militar a una democracia estable que introdujo muchas reformas sociales; enormes inversiones en escolaridad primaria y secundaria que

condujeron a mejoras sustanciales en la educación de la mujer; programas de suplementación de alimentos dirigidos a madres y niños; programas amplios de agua y saneamiento; y programas de transferencia monetaria a los grupos más pobres de la población (Pérez-Escamilla et al. 2012; Victora, Aquino, et al. 2011).

Brasil, en un esfuerzo para reducir las altas tasas de mortalidad y retraso en el crecimiento infantil que tenía en particular en comparación con otros países con un nivel de ingresos similar, potenció sólidos programas verticales de supervivencia de niños a partir de la década de 1980, y luego los integró en el sistema primario de atención de la salud (Pérez-Escamilla et al. 2012). Estos programas incluyeron acciones altamente coordinadas para promover prácticas de lactancia materna óptimas, tales como el Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna de 1981. Este programa incluyó una evaluación de necesidades de base, campañas de defensa y en los medios para sensibilizar a los responsables de las decisiones y el público acerca de la necesidad apremiante de aumentar las tasas de lactancia materna, capacitación para los trabajadores de salud acerca de cómo aconsejar a las mujeres sobre la lactancia y el desarrollo de grupos de apoyo entre madres. También fomentó la participación de organizaciones de la

sociedad civil, como la Red Internacional de Acción Alimentaria Infantil, para aumentar la concienciación de la comunidad acerca de la relación entre la lactancia y la salud de la madre y el niño.

En cuanto a las políticas, Brasil ha aplicado con firmeza el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna desde 1988 y fue ampliando gradualmente la licencia por maternidad de dos a seis meses para 2006. Más de 300 maternidades han sido certificadas por la iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y la Madre. Brasil también tiene más de 200 bancos de leche materna, lo que permite a las mujeres alimentarlos aunque no puedan amamantarlos.

El éxito logrado por Brasil gracias a una reducción drástica del retraso en el crecimiento infantil y el mejoramiento de las prácticas de lactancia materna demuestra todo lo que se puede lograr por medio de acciones coordinadas y sostenidas entre múltiples sectores. Dichas acciones aumentan el acceso a los servicios relacionados con la nutrición para las madres y los niños, mejoran la situación educativa y social de la mujer, aumentan la voluntad política de abordar la nutrición infantil deficiente a través de programas eficaces y crean un entorno jurídico favorable que permite a las mujeres elegir la lactancia.

laboral, fortificación de la harina de trigo, si se menciona la desnutrición en los planes de desarrollo y las estrategias de crecimiento económico nacionales, el peso del derecho a la alimentación en la constitución y las puntuaciones de transformación institucional de SUN) y dos para enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (disponibilidad y etapas de las políticas sobre hipertensión y diabetes).

Los países han tenido un mejor desempeño en la aplicación del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la legislación sobre maternidad, y un peor desempeño en la implementación de

políticas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta y la mención de la desnutrición en los documentos de políticas sobre el desarrollo (Figura 7.3).

Setenta y siete países poseen datos para cinco de los seis indicadores de política y legislación sobre desnutrición (los indicadores SUN sobre transformación institucional, que están disponible para una fracción más pequeña de países se consideran en la sección siguiente). Brasil es el único país con una puntuación elevada en los cinco indicadores. Resulta interesante notar que tanto China como Tailandia, reconocidos ambos por su sólido desempeño en la reducción de la desnutrición en los

últimos 20 años, se encuentran entre los seis países que no tienen una puntuación elevada en ninguno de los indicadores (los otros países son Angola, Burundi, Lesotho y Qatar).

¿Cuán importantes son las políticas, leyes e instituciones relacionadas con la nutrición para lograr verdaderos avances en materia de nutrición? Resulta claro que hay muchos caminos diferentes para mejorar la nutrición y tener políticas y leyes escritas no significa que serán implementadas. No obstante, el compromiso público de un gobierno ofrece un punto de entrada para la intervención de la sociedad civil en las cuestiones en torno a la nutrición. En el Panel 7.5, se destaca el importante papel desempeñado por el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (en el contexto de otros cambios propicios) para mejorar enormemente las prácticas de lactancia materna en Brasil.

Indicadores de transformación institucional de SUN

El Movimiento Fomento de la Nutrición (Scaling Up Nutrition, www.scalingupnutrition.org) es un movimiento mundial liderado por 54 países miembros que tienen por objetivo priorizar los esfuerzos para abordar la malnutrición, y que cuentan con el apoyo de una amplia variedad de asociados para el desarrollo, desde la sociedad civil hasta las Naciones Unidas, donantes, institutos de investigación y empresas.

Una de las premisas de SUN es que los esfuerzos para reducir la malnutrición deben estar más coordinados entre todos los sectores y partes interesadas, y más alineados con los resultados. Por consiguiente, los miembros de SUN son pioneros de una nueva forma de evaluar la transformación institucional para la mejora de la nutrición. Treinta y siete países⁸ han

realizado autoevaluaciones de sus progresos anuales en relación con los cuatro procesos que se describen en la Estrategia para el Movimiento SUN para 2012-2015:

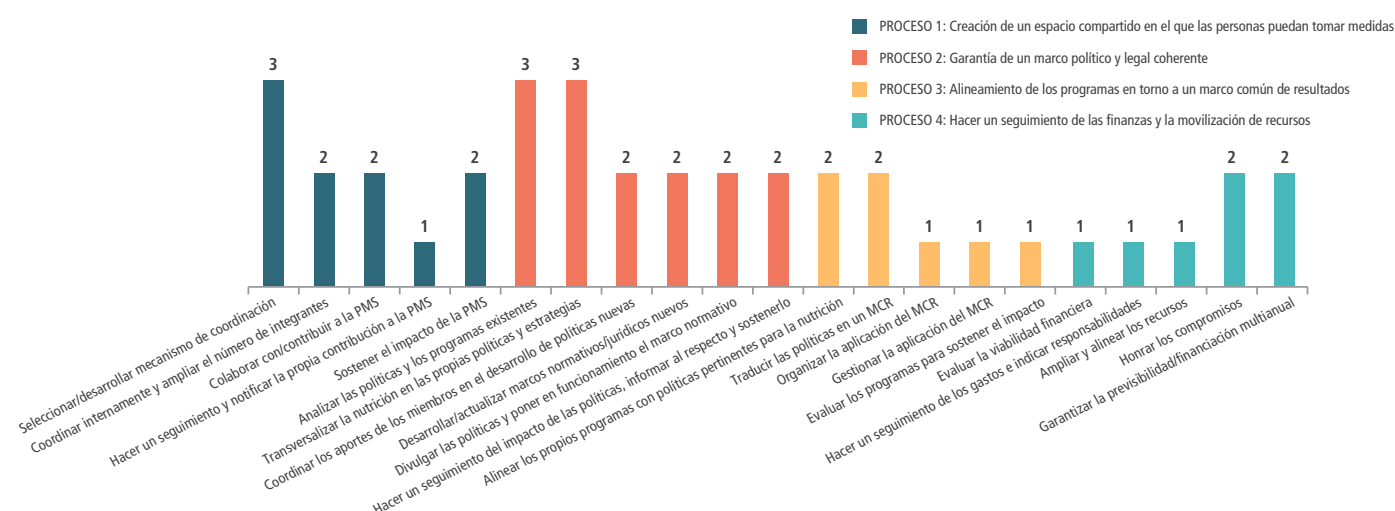
- crear un espacio compartido en el que las personas puedan tomar medidas,
- garantizar un marco político y legal coherente,
- alinear los programas en torno a un marco común de resultados, y
- supervisar las finanzas y la movilización de recursos.

En estas autoevaluaciones, se solicitó a participantes de diferentes partes interesadas que acordaran colectivamente puntuaciones conjuntas para varios “marcadores de progresión” que componen los cuatro procesos (Figura 7.4). Los países informan sobre los avances importantes para reunir a las personas (proceso 1) y desarrollar marcos de políticas y legislación coherentes (proceso 2). Sin embargo, han logrado relativamente pocos avances en la alineación de acciones en torno a resultados comunes (proceso 3), y en el seguimiento de las inversiones para la nutrición (proceso 4).

Las puntuaciones muestran que los enormes esfuerzos en curso para coordinar múltiples partes interesadas, desarrollar políticas y legislación y movilizar recursos para la nutrición aún deben traducirse en acciones gestionadas y supervisadas adecuadamente y en inversiones reforzadas, alineadas y con la responsabilidad adecuada.

Esta labor innovadora refleja la labor del Índice Food-EPI en relación con el sobrepeso y la obesidad, y resalta las brechas entre las políticas y la acción, y también la progresión de los países en cuestión.

FIGURA 7.4 MODO DE PUNTACIÓN PARA LOS MARCADORES DE PROGRESOS DE TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL EN LOS PAÍSES DE SUN



Fuente: Datos proporcionados por Patricia Fracassi, Movimiento Fomento de la Nutrición (SUN), 24 de julio de 2014.

Nota: Los datos son de 37 países para 2014. Se usa una puntuación con una escala de cinco puntos (0 = el resultado falta/no se aplica, 1 = iniciado, 2 = en curso, 3 = casi completado, 4 = completado). PMS = Plataforma multisectorial. MCR = Marco común de resultados.

CUADRO 7.1 REGIONES CON ALTOS RIESGOS Y POLÍTICAS FRÁGILES EN CUANTO A HIPERTENSIÓN Y DIABETES

Región (y países con la mayor población)	Población total de los países (millones)
Alta prevalencia de presión arterial alta y políticas sobre hipertensión deficientes	
África (incluidos Rep. Dem. del Congo, Uganda, la Rep. Unida de Tanzania, Kenia)	586,0
Asia (incluido Myanmar)	92,0
Europa (incluidos Federación de Rusia, Polonia, Ucrania)	297,0
América Latina y el Caribe (incluido República Dominicana)	28,0
Oceanía	0,4
Alta prevalencia de glucosa en sangre alta y políticas sobre diabetes deficientes	
África (incluidos Ghana, Camerún, Marruecos)	119,0
Asia (incluido Pakistán)	427,0
Europa (incluidos Federación de Rusia, Turquía, Ucrania)	220,0
América Latina y el Caribe (incluida Argentina)	106,0
Oceanía	9,0

Fuente: Los datos sobre las políticas son de la OMS (2014h; los datos son de 2010); los datos sobre presión arterial y glucosa en sangre son de la OMS (2014i, 2014j; los datos son de 2008). Los datos sobre población son de Naciones Unidas (2013b).

Nota: “Política deficiente” significa que una política no está completamente implementada (ausente, no implementada o parcialmente implementada). Una prevalencia alta indica puntuaciones superiores a la mediana entre los países para los que hay datos disponibles.

Factores de riesgo relacionados con la dieta para las enfermedades no transmisibles y el entorno de políticas

Las enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes son problemas de nutrición en rápido ascenso a nivel mundial y, en la mayoría de las regiones, las políticas en estas áreas de la nutrición continúan siendo deficientes. En el Cuadro 7.1, se muestra el número de personas de cada región de las Naciones Unidas que viven en países con alta prevalencia de factores de riesgo para la hipertensión

y la diabetes, y con puntuaciones bajas en relación con las políticas. Estos datos arrojan una división regional (África es vulnerable en cuanto a la hipertensión y Asia en cuenta a la diabetes) y también resaltan el gran número de poblaciones vulnerables en Europa. Unir estos diferentes tipos de indicadores en análisis descriptivos simples puede marcar el principio de nuevas conversaciones y ayudar a la sociedad civil, en su sentido más amplio, a presionar a los gobiernos para que actúen de manera más holística.

AUSENCIA DE DATOS

1. Se deben recopilar, cotejar y organizar los datos que identifican y dan seguimiento a los recursos financieros nacionales para la nutrición.
2. Se debe lograr una mejor comprensión de las diferencias entre los distintos sistemas de presentación de informes sobre gastos en nutrición, y una mejor armonización de los mismos.
3. Los datos existentes sobre políticas, leyes y compromisos deben vincularse con el estado nutricional para ayudar a determinar si tienen un efecto aislado en el estado nutricional.

8 ES NECESARIO REFORZAR LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA DE NUTRICIÓN

EN LA CUMBRE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO (N4G) DE 2013 EN LONDRES, MÁS DE 90 SIGNATARIOS ASUMIERON IMPORTANTES COMPROMISOS PÚBLICOS PARA llevar a cabo acciones relacionadas con la nutrición, con la ambición colectiva para 2020 de:

1. llegar a al menos 500 millones de mujeres embarazadas y niños menores de 2 años con intervenciones nutricionales efectivas,
2. evitar el retraso en el crecimiento de al menos 20 millones de niños menores de 5 años, y
3. salvar al menos 1,7 millones de vidas reduciendo los retrasos en el crecimiento, fomentando la lactancia materna y tratando la malnutrición aguda severa.

Hacer el seguimiento de los compromisos asumidos por los signatarios de la N4G es inherentemente importante y no hacerlo podría engendrar cinismo y conformismo. Este informe, un resultado de la cumbre N4G, tiene por objeto facilitar la exigencia entre los signatarios frente a sus compromisos y demostrar la consecución de resultados.

PUNTOS CLAVE

1. Para que el proceso de preparación del presente informe fuese lo más responsable posible, entre otras actividades, hemos llevado a cabo revisiones externas, formulado declaraciones sobre intereses en pugna, ofrecido libre acceso a los datos, adoptado un espíritu integrador en nuestra solicitud de contribuciones y adoptado un enfoque en las perspectivas de los países.
2. La elaboración de informes sobre los compromisos de la cumbre Nutrición para el Crecimiento (N4G) de 2013 resultó compleja para todos los grupos de signatarios. En este “año de referencia” aprendimos lecciones valiosas.
3. Más del 90% de los signatarios respondieron a solicitudes de actualización de los compromisos asumidos en la N4G. Sólo algunos signatarios no respetaban sus compromisos, aunque había muchas evaluaciones “poco claras”, debido a respuestas y compromisos imprecisos.
4. En términos de progreso con respecto a las metas de la N4G, ninguno de los grupos tenía causas claras de preocupación, al menos en esta etapa temprana del período de presentación de informes de 2013–2020. La evaluación se fortalecerá en 2015 con más datos, procesos más simplificados y participantes más motivados.
5. La responsabilidad es un valor que se cultiva. Los actores de la sociedad civil son especialmente importantes, pese a que necesitan apoyo para ser más eficaces. Las plataformas de las evaluaciones nacionales y los mecanismos de respuesta de la comunidad prometen ser formas de fortalecer la responsabilidad sobre la nutrición, pero es necesario realizar pruebas experimentales y evaluarlos.
6. Los sistemas de investigación sobre nutrición nacionales e internacionales impulsados por los mismos países probablemente promuevan la responsabilidad a nivel nacional.

En este capítulo, se presenta el proceso que seguimos para identificar y hacer el seguimiento de los compromisos de la cumbre N4G y se enumeran los hallazgos, los desafíos y las ideas para fortalecer el proceso en el *Informe de la nutrición mundial* de 2015. Mejorar el proceso de seguimiento será importante a medida que Brasil se prepare para ser anfitrión de la próxima cumbre Nutrición para el Crecimiento de Río de Janeiro, en 2016. Nuestros intentos de hacer un seguimiento de estos compromisos subrayan los desafíos de mejorar la responsabilidad sobre la nutrición y, en este capítulo, también se formulan sugerencias sobre cómo fortalecer la responsabilidad sobre la nutrición, recurriendo a una diversidad de paneles mencionados en el capítulo.¹

SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO

Noventa partes interesadas fueron signatarias de la N4G y 20 partes interesadas adicionales se comprometieron después de formulado el Pacto. En la descripción de nuestros intentos por hacer el seguimiento de estos compromisos, es importante tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, los signatarios de la N4G asumieron compromisos relacionados con la nutrición que no se recogen específicamente en sus propios compromisos. A menos que los signatarios presenten informes sobre estos otros compromisos, no constarán en los cuadros consignados en línea. En segundo lugar, no todos los que trabajan en nutrición han asumido compromisos y su falta de participación no los hace menos importantes. La experiencia en la identificación y el seguimiento de los compromisos asumidos en la N4G puede enseñar a supervisar los compromisos que no se refieren a la N4G. En el *Informe de la nutrición mundial* de 2015, se explorarán nuevas formas de hacerlo.

Dividimos las 110 partes interesadas en seis grupos: gobiernos nacionales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil (OSC), empresas, donantes y un grupo de organizaciones que no pudo integrarse con facilidad en ninguna de las primeras cinco categorías. Con la asistencia de la Secretaría del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) y de las redes SUN ONU, empresas, donantes y OSC, efectuamos el seguimiento de todos los signatarios del Pacto. Los compromisos se dividieron en promesas de contribuciones financieras (para aumentar la financiación) y promesas de contribuciones no financieras (aquellas que no suponen promesas de contribuciones financieras explícitas para aumentar la financiación, pero que suponen la reasignación de recursos) que podrían clasificarse en compromisos de impacto, programáticos o de políticas. El plazo de ejecución de los compromisos era de 2013 a 2020.

El proceso para identificar y hacer el seguimiento de los compromisos fue el siguiente: 1) identificar del compromiso específico en el documento del Pacto, 2) recordar al signatario su compromiso y pedirle que informe sobre su progreso utilizando una plantilla adaptada a cada grupo, 3) clarificar problemas con aquellos que respondieron, 4) incluir las

respuestas finales en un conjunto de cuadros en línea detallados sobre el seguimiento de los compromisos de N4G, y 5) hacer una evaluación de los avances.

Los cuadros de seguimiento de la N4G detallados y completos están disponibles en línea (en www.globalnutritionreport.org). Estos cuadros muestran las respuestas de cada signatario, con una mínima revisión de la redacción para transmitir así la rica variedad de respuestas de diferentes organizaciones y países.

Para evaluar el progreso, dos miembros del equipo de redacción examinaron los cuadros de seguimiento detallados de la N4G correspondientes a cada signatario, realizaron evaluaciones independientes y, más tarde, examinaron y reconciliaron, dos veces, cada una de las dos evaluaciones independientes². La evaluación del progreso con respecto a los compromisos financieros fue relativamente sencilla. Si el progreso informado para 2014 cumplía o excedía el compromiso asumido, le asignamos el estado de “bien encaminado”; si resultaba claro que no lo hacía, le asignamos el estado de “mal encaminado” y si era impreciso, le asignamos el estado de “poco claro”. La evaluación de los compromisos no financieros fue más difícil. Una vez más, buscamos datos específicos. ¿Se informaba como completa o casi completa alguna promesa asumida? Cuando el estado, ya sea bien o mal encaminado, no resultaba claro para alguno de los revisores, en forma independiente o después de dos exámenes conjuntos, le asignamos el estado de “poco claro”. Sobre esta base, compilamos una serie de cuadros donde se resume la progresión de cada signatario. En estos cuadros, también dejamos en claro qué signatarios no nos enviaron los datos solicitados antes de la fecha indicada y cuáles no asumieron compromisos en determinadas áreas. En estos cuadros de seguimiento, los lectores pueden consultar las bases de nuestra evaluación y así llegar a sus propias evaluaciones.

En el Cuadro 8.1, se ilustra el índice de respuesta a nuestras solicitudes enviada en colaboración con el Institute of Development Studies (IDS) a partir de marzo de 2014. Para este informe aceptamos respuestas hasta el 15 de septiembre de 2014.

Compromisos de los países

Veinticinco gobiernos signatarios se comprometieron a hacer de la reducción de la desnutrición una alta prioridad, a aumentar los presupuestos nacionales para mejorar la nutrición y ampliar la aplicación de los planes de nutrición nacionales. De los 25 gobiernos, 15 se comprometieron a aumentar los recursos nacionales invertidos para ampliar los planes de nutrición del país, y 12 anunciaron metas nacionales de reducción del retraso en el crecimiento (algunos asumieron ambos tipos de compromisos). De los 25 países supervisados, 24 respondieron antes de la fecha límite.

Los compromisos de la N4G se clasificaron en las siguientes categorías: compromisos de impacto y resultado (por ejemplo, relacionados con metas de la AMS, tales como

CUADRO 8.1 TASAS DE RESPUESTA A SOLICITUDES DE PROGRESIÓN EN RELACIÓN CON LOS COMPROMISOS DEL N4G

Grupo de signatarios del N4G	No. de solicitudes de progresión enviadas	No. de respuestas	Tasa de respuesta (%)
Países	25	24	96
Organismos de las Naciones Unidas	7	6	86
Organizaciones de la sociedad civil	15	14	93
Empresas	29	24	83
Organismos de financiación – financieros	11	11	100
Organismos de financiación – no financieros	18	18	100
Otras organizaciones	5	4	80
Total	110	101	92

Fuente: Autores.

CUADRO 8.2 PROGRESOS DE LOS PAÍSES PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

País	Compromisos que causan impacto	Compromisos relacionados con políticas	Compromisos relacionados con programas	Compromisos financieros
Bangladesh	No claro	Bien encaminado	Bien encaminado	Bien encaminado
Benín	No claro	No claro	No claro	Ninguno
Burkina Faso	No claro	Bien encaminado	No claro	Ninguno
Burundi	No claro	Bien encaminado	Mal encaminado	Ninguno
Costa de Marfil	No claro	Ninguno	Bien encaminado	No claro
Etiopía	No claro	Ninguno	Bien encaminado	Bien encaminado
Gambia	Mal encaminado	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Guatemala	No claro	Bien encaminado	No claro	No claro
Indonesia	Mal encaminado	Bien encaminado	No claro	Ninguno
Liberia	Ninguno	Mal encaminado	Ninguno	No claro
Malawi	Ninguno	Bien encaminado	No claro	No claro
Malí	Ninguno	Bien encaminado	Ninguno	Ninguno
Mauritania	No claro	No claro	Ninguno	Ninguno
Namibia	Bien encaminado	Ninguno	Mal encaminado	Ninguno
Níger	No claro	Bien encaminado	Bien encaminado	No claro
Nigeria	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
Rep. Dem. del Congo	Ninguno	Bien encaminado	No claro	No claro
República Unida de Tanzania	No claro	Bien encaminado	Ninguno	Ninguno
Senegal	Bien encaminado	Bien encaminado	No claro	Bien encaminado
Sierra Leone	No claro	No claro	Bien encaminado	No claro
Sri Lanka	No claro	Ninguno	Ninguno	No claro
Uganda	No claro	Bien encaminado	No claro	Ninguno
Yemen	Ninguno	No claro	No claro	No claro
Zambia	No claro	No claro	Bien encaminado	No claro
Zimbabue	Ninguno	No claro	No claro	Mal encaminado

Fuente: Autores.

Nota: Bien encaminado = los progresos logrados están encaminados a cumplir el compromiso de N4G. Mal encaminado = no se lograron progresos suficientes hacia el compromiso de N4G. Ninguno = no se hizo ningún compromiso de N4G. No claro = el compromiso fue demasiado impreciso como para evaluar si se cumplió el compromiso, o las pruebas de progresos notificadas fueron demasiado imprecisas o se informaron solo parcialmente. Sin respuesta = el país no respondió las solicitudes de información.

tasas de lactancia materna exclusiva, retraso en el crecimiento o malnutrición aguda), compromisos financieros, compromisos relacionados con políticas y compromisos relacionados con programas. En el Cuadro 8.2, se muestra si los 25 países están o no bien encaminados en función del progreso informado con respecto a estas metas.

Para los 24 países que respondieron, muchos están bien encaminados, especialmente en lo que respecta a compromisos en el ámbito de las políticas. Para los compromisos de impacto, es difícil obtener comparaciones significativas con los datos de la base de referencia de los países porque se han reunido pocos datos nuevos. Cuando se dispone de datos nuevos, dos países están bien encaminados y otros dos no y, para los compromisos financieros, tres países están bien encaminados y uno no. El resto de los compromisos y respuestas son demasiado imprecisos para que puedan ser determinados.

Compromisos de las organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil asumieron compromisos financieros, de políticas y programas y, en este informe, se hizo seguimiento de ambos. De las 15 organizaciones de la sociedad civil abordadas, respondieron 14. La mayoría había logrado algún avance en sus compromisos (Cuadro 8.3). Los compromisos financieros

de las organizaciones de la sociedad civil se clasificaron en categorías como inversiones específicas sobre nutrición, inversiones enfocadas a la nutrición, o ambas. Una proporción significativa de las inversiones en tareas enfocadas a la nutrición se concentra en vínculos entre la nutrición y la agricultura. Muchas de las actualizaciones sobre el progreso en políticas y programas que proporcionaron las organizaciones de la sociedad civil se concentran en países específicos y los grupos cubiertos. Esta información detallada ofrece una imagen valiosa del alcance que tienen las organizaciones de la sociedad civil en sus correspondientes programas y países.

Compromisos de las empresas

Veintinueve empresas asumieron el compromiso de incorporar la buena nutrición en el centro de sus prácticas comerciales. Específicamente, plantearon que para junio de 2016: 1) presentarían una política de nutrición para una fuerza laboral productiva y saludable, y 2) mejorarían las políticas de salud materna, incluido el acompañamiento a madres lactantes en su fuerza laboral. Se anticipaba que estos pasos brindarían nutrición mejorada y, por lo tanto, mayor productividad y salud para una fuerza laboral de más de 1,2 millones de personas en más de 80 países.

CUADRO 8.3 PROGRESOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

Organizaciones de la sociedad civil (OSC)	Compromisos financieros	Compromisos relacionados con políticas/programas
Acción contra el Hambre (ACF International)	Bien encaminado	Bien encaminado
CAFOD	Ninguno	No claro
Comic Relief	Sin respuesta	Sin respuesta
Concern Worldwide	Mal encaminado ^a	Ninguno
Helen Keller International	Ninguno	Bien encaminado
Interaction	Bien encaminado	Ninguno
Mercy Corps	Ninguno	No claro
Micronutrient Initiative	Bien encaminado	Bien encaminado
One Campaign	Ninguno	Bien encaminado
Oxfam	Ninguno	Mal encaminado
Save the Children International	Bien encaminado	Bien encaminado
SUN CSO Alliance Zambia	Ninguno	No claro
Biotechnology and Biological Sciences Research Council del Reino Unido	Ninguno	Bien encaminado
Vegan Society	Ninguno	Bien encaminado
World Vision	Bien encaminado	Ninguno

Fuente: Autores.

Nota: Bien encaminado = los progresos logrados están encaminados a cumplir el compromiso de N4G. Mal encaminado = no se lograron progresos suficientes hacia el compromiso de N4G. Ninguno = no se hizo ningún compromiso de N4G. No claro = el compromiso fue demasiado impreciso como para evaluar si se cumplió el compromiso, o las pruebas de progresos notificadas fueron demasiado imprecisas o se informaron solo parcialmente. Sin respuesta = la OSC no respondió las solicitudes de información.

^aConcern Worldwide informó enormes progresos en relación con sus sustanciales compromisos, pero no llegó a cumplirlos; de allí la evaluación.

Para 2014, colaboramos con la Red de empresas SUN para enviar solicitudes y recibir informes sobre estos compromisos de las empresas³. Se solicitó a las empresas que se asignara una calificación de entre 1 y 6, donde 1 = progresos escasos o nulos, 2 = algunos progresos, 3 = buenos progresos, 4 = etapa de desarrollo final, 5 = implantación progresiva parcial y 6 = plena aplicación.

De las 29 empresas a las que se hizo el seguimiento, 24 informaron sobre sus compromisos (Cuadro 8.4). No fue posible detectar ningún modelo en las respuestas por región, tamaño o sector. En el Cuadro 8.5, se detallan las respuestas por empresa. Las empresas que brindaron información correcta con respecto a su fuerza laboral tendían a hacerlo así en ambos casos. El modo y la mediana de ambas dimensiones es 2. A continuación, dimos un paso más para alinear las evaluaciones de las empresas con otras partes interesadas en la N4G y clasificamos el progreso de las empresas como “encaminado” (calificación 3 o superior), “no encaminado” (calificación 1) o “no claro” (calificación 2).

El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 ampliará su enfoque sobre la responsabilidad de las empresas (véase el Panel 8.1. sobre algunas de las iniciativas en marcha). También intentará hacer seguimiento de un conjunto más amplio de compromisos de las empresas.

Compromisos de las Naciones Unidas

Siete organismos de las Naciones Unidas asumieron compromisos para la cumbre N4G; se trató de compromisos menos financieros que programáticos y a nivel de las políticas. Hasta el 4 de septiembre de 2014, habíamos recibido respuestas de seis de ellos. Las respuestas estaban completas

y correctamente vinculadas con los compromisos originales asumidos. Todos los organismos que respondieron estaban “encaminados” (Cuadro 8.6). La mayoría de los compromisos estaban concentrados en fortalecer los compromisos del organismo de las Naciones Unidas en países donde se están realizando tareas significativas. Algunos organismos de las Naciones Unidas también están fortaleciendo y mejorando los indicadores de la fuerza laboral para evaluar mejor el estado nutricional y dietético de las poblaciones, y mejorar la coordinación con los gobiernos.

Compromisos de los donantes

Dieciocho donantes asumieron compromisos en la N4G. Siete de ellos asumieron compromisos tanto financieros como relacionados con políticas o programas, sólo seis asumieron compromisos financieros y cinco asumieron compromisos relacionados con políticas o programas. Como se explica en el Capítulo 7, no podemos informar sobre los compromisos financieros de la N4G de los donantes debido a postergaciones en el proceso de presentación de informes sobre la asistencia oficial para el desarrollo. No obstante, los 13 donantes que hicieron promesas de contribuciones financieras en la cumbre N4G nos proporcionaron los datos financieros que se informan en ese capítulo. También recibimos respuestas de todos los donantes que asumieron compromisos relacionados con políticas y programas (Cuadro 8.7). Por lo general, los donantes comunicaron progresos, y muchos de ellos formaron colaboraciones únicas y asociaciones innovadoras que darán forma al modo en que se implantarán progresivamente los programas.

CUADRO 8.4 AUTOEVALUACIONES DE LOS COMPROMISOS DEL N4G DE LAS EMPRESAS RESPECTO A LA NUTRICIÓN DE LA FUERZA LABORAL

Respuestas	Número de empresas que dieron respuestas sobre progresos	
	Introducción de una política de nutrición para una fuerza laboral productiva y saludable	Mejora de las políticas sobre salud materna de la fuerza laboral, incluido apoyo para las madres lactantes
1 = progresos escasos o ningún progreso	2	3
2 = algunos progresos	11	12
3 = buenos progresos	6	3
4 = etapa de desarrollo final	0	2
5 = implementación parcial	3	2
6 = completamente implementado	0	0
Respuestas totales	22	22
Sin respuesta	7	7
Número total de empresas	29	29

Fuente: Autores.

CUADRO 8.5 PROGRESOS DE LAS EMPRESAS PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

Empresa	Introducción de una política de nutrición para una fuerza laboral productiva y saludable	Tamaño de la fuerza laboral afectada (fuerza laboral saludable)	Mejora de las políticas sobre salud materna, incluido apoyo para las madres lactantes	Tamaño de la fuerza laboral afectada (lactancia)
Acciona	Bien encaminado (5)	33000	Bien encaminado (5)	4200
Ajinomoto	Bien encaminado (3)	No se aplica	Bien encaminado (3)	No se aplica
Anglo American	Mal encaminado (iniciará seguimiento en 2015)	No se aplica	Mal encaminado (iniciará seguimiento en 2015)	No se aplica
Aslan Group	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
Associated British Foods	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
Barclays	Bien encaminado (3)	No se aplica	Bien encaminado (3)	No se aplica
BASF	No claro (2)	No se aplica	Bien encaminado (4)	No se aplica
Bayer Crop Science	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
BP	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Britannia Industries	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Cargill	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
DSM	Bien encaminado (3)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Gallup	Bien encaminado (5)	670	Bien encaminado (5)	670
GlaxoSmithKline	No claro (2)	No se aplica	Bien encaminado (4)	No se aplica
Gujarat Cooperative Milk Marketing Federation Ltd (Amul)	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
GUTS Agro Industry	Bien encaminado (5)	25	Bien encaminado (3)	2
Indofood	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Infosys	Mal encaminado (1)	No se aplica	Mal encaminado (1)	No se aplica
KPMG	Bien encaminado (3)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Lozane Farms	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
Malawi Mangoes	Bien encaminado (3)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
M&S	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Netafim	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta
RAB Processors	Mal encaminado (1)	No se aplica	Mal encaminado (1)	No se aplica
Shambani	No claro (2)	No se aplica	Bien encaminado (3)	3 se da a las madres 30 días adicionales de licencia por maternidad paga y pueden trabajar medio día durante 4 meses después de la licencia por maternidad
Syngenta	No claro (2)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica
Tanseed	No claro (2)	No se aplica	Mal encaminado (1)	No se aplica
Unilever	Bien encaminado (3)	La política estará disponible en todos los sitios, y llegará a alrededor de 174.000	No claro (2)	Policy will be available to all working women of child-bearing age, about 44,000
Waitrose	Bien encaminado (3)	No se aplica	No claro (2)	No se aplica

Fuente: Autores.

Nota: Los códigos son los siguientes: 1 = progresos escasos o nulos; 2 = algunos progresos; 3 = buenos progresos; 4 = etapa de desarrollo final; 5 = implantación progresiva parcial; 6 = plena aplicación. No se aplica = no se pidió a las empresas que respondieran acerca del tamaño de la fuerza laboral afectada si su autoevaluación era de 1 a 4. Sin respuesta = la empresa no respondió. Los autores del informe clasificaron las respuestas 1 como "mal encaminado", las respuestas 2 como "no claro" y las respuestas 3 y más altas como "encaminado".

PANEL 8.1 FOMENTO DE LA NUTRICIÓN POR MEDIO DEL SECTOR EMPRESARIAL

JONATHAN TENCH

A pesar de la participación de las empresas en más de 20 plataformas múltiples de los países del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), los planes estratégicos o de aplicación de los países expresan poca comprensión o articulación sobre la función de las empresas. Habitualmente, las estrategias de los países analizadas por la Red de empresas SUN incluían las metas siguientes: acceso a servicios de nutrición directos, comunicación para cambios en el comportamiento, incremento de la capacidad técnica e institucional, movilización de recursos, investigación, reunión y análisis de datos, y supervisión y evaluación. Los planes para cumplir estas metas casi nunca identificaban la función de las empresas.

Asimismo, los planes de aplicación de los países revelan una gran dependencia

en los recursos y las capacidades del sector público, pero poca información sobre los recursos disponibles en el sector privado. En un plan, incluso, se observa que “no incluye inversiones de empresas que, por su naturaleza, no se puedan planificar” (SUN 2014a, 29). Otro plan estipula que las empresas pueden desempeñar una función para fortificar los alimentos, pero limita este compromiso a donaciones tradicionales por responsabilidad social empresarial a planes del sector público, sin reconocer de ninguna manera las propuestas empresariales básicas que pueden ofrecer los productores de alimentos.

Al interrogarlos, los principales empresarios en los países del movimiento SUN expresan mucho interés en formar parte de iniciativas de múltiples y conversaciones nacionales sobre

incentivos de políticas públicas relacionadas con el cumplimiento de reglamentaciones, impuestos e infraestructura, que pueden estimular inversiones más importantes. Para potenciar al máximo las inversiones de las empresas, los países necesitarán integrar estos tipos de incentivos a sus planes nacionales. Los esfuerzos nacionales y mundiales para mejorar la transparencia y los mecanismos de supervisión, como por ejemplo, el Índice de Acceso a la Nutrición (ATNI, por sus siglas en inglés), son compatibles con las empresas de mayor envergadura que producen alimentos y bebidas. La obra del Movimiento SUN para desarrollar un método para plantear abiertamente los conflictos de interés y ver cómo se pueden minimizar los riesgos servirá para acompañar un compromiso responsable y regulado.

CUADRO 8.6 PROGRESOS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

Organismo de las Naciones Unidas	Compromisos relacionados con políticas/programas
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	Bien encaminado
Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA)	Bien encaminado
Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH)	Sin respuesta
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Bien encaminado
Red del sistema de las Naciones Unidas de SUN	Bien encaminado
Programa Mundial de Alimentos (PMA)	Bien encaminado
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Bien encaminado

Fuente: Autores.

Nota: Bien encaminado = los progresos logrados están encaminados a cumplir el compromiso de N4G. Sin respuesta = el organismo no respondió las solicitudes de información.

Compromisos N4G de otras organizaciones

Recibimos cuatro respuestas de las cinco organizaciones restantes (“Otras”) que no se pueden clasificar con facilidad. Las respuestas recibidas son amplias y, a veces, corresponden exactamente con los compromisos formulados en la cumbre N4G (Cuadro 8.8).

Conclusiones

- Si bien un índice de respuesta del 92% es respetable, dadas las reiteradas solicitudes y ofrecimientos de ayuda para completar las plantillas durante un período de cinco meses, es desalentador que no respondiera el 8% de los signatarios.
- Hay más calificaciones “bien encaminado” que “no encaminado”, lo que es alentador.

CUADRO 8.7 PROGRESOS DE LOS DONANTES PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

Donantes	Política/programa
Australia	Bien encaminado
Fundación Bill y Melinda Gates	Bien encaminado
Brasil	Bien encaminado
Canadá	Ninguno
Fundación Children's Investment Fund y Save the Children	Bien encaminado
Fundación Children's Investment Fund	Bien encaminado
Unión Europea	Ninguno
Finlandia	Ninguno
Francia	Bien encaminado
Alemania	Ninguno
Irlanda	Bien encaminado
Japón	No claro
Países Bajos	Ninguno
Reino Unido	Bien encaminado
Agencia de Normas Alimentarias del Reino Unido	Bien encaminado
Estados Unidos	Bien encaminado
Emiratos Árabes Unidos	Ninguno
Banco Mundial	Bien encaminado

Fuente: Autores.

Nota: Bien encaminado = los progresos logrados están encaminados a cumplir el compromiso de N4G. Mal encaminado = no se lograron progresos suficientes hacia el compromiso de N4G. Ninguno = no se hizo ningún compromiso no financiero de N4G. No claro = el compromiso fue demasiado impreciso como para evaluar si se cumplió el compromiso, o las pruebas de progresos notificadas fueron demasiado imprecisas o se informaron solo parcialmente. Sin respuesta = el donante no respondió las solicitudes de información.

CUADRO 8.8 PROGRESOS DE OTRAS ORGANIZACIONES PARA CUMPLIR LOS COMPROMISOS DEL N4G

Otras organizaciones	Compromisos relacionados con políticas/programas
CABI	No claro
CGIAR	Bien encaminado
Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada (GAIN)	Bien encaminado
Naandi Foundation	Sin respuesta
Grand Challenges Canada	No claro

Fuente: Autores.

Nota: Bien encaminado = los progresos logrados están encaminados a cumplir el compromiso de N4G. No claro = el compromiso fue demasiado impreciso como para evaluar si se cumplió el compromiso, o las pruebas de progresos notificadas fueron demasiado imprecisas o se informaron solo parcialmente. Sin respuesta = la organización no respondió las solicitudes de información.

- La categoría “no claro” es la que domina. Esto refleja la dificultad de identificar compromisos claros (¿qué es lo que realmente quieren decir?, ¿quién asumió realmente los compromisos?, ¿tienen límites temporales?), hacer seguimiento del progreso e identificar la responsabilidad (¿se cumplieron los compromisos?).
- Se puede lograr una calificación de “encaminado” si se asumen y cumplen compromisos muy pequeños, mientras que se puede lograr una calificación de “no encaminado” si se asume un compromiso muy exigente y luego, no se responde a las expectativas (como sucedió, por ejemplo, con Concern Worldwide). Observamos estas tendencias en varias ocasiones. Estos sucesos parecen ir en sentido contrario al

espíritu de ejercicio de la responsabilidad y exploraremos modos de abordar el problema en el *Informe de la nutrición mundial* de 2015.

- Se necesita hacer una cantidad de mejoras en los procesos cuando se prepare el *Informe de la nutrición mundial* de 2015.⁴

En suma, la experiencia de 2014 de elaborar un mecanismo de responsabilidad en relación con la N4G debería considerarse una experiencia de aprendizaje. Al igual que con todas las bases de referencia, los datos informados se volverán más útiles a medida que comiencen a acumularse datos de años subsiguientes.

FORTALECIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

El capítulo 9 se concentra en salvar la ausencia de datos clave para mejorar la responsabilidad, pero los datos son solo uno de los componentes importantes de los sistemas de responsabilidad. Los sistemas de responsabilidad evolucionan por medio de una serie de compromisos públicos, el seguimiento de esos compromisos, la comparación del progreso con las metas, la utilización de la evaluación del progreso y, luego, la creación estrategias para responder a dicha responsabilidad. Además de los datos, este ciclo de fortalecimiento de la responsabilidad requiere *actores y mecanismos*. En esta sección, se presentan innovaciones de la comunidad de la nutrición más amplia en estos dos aspectos.

PANEL 8.2 LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL FRENTE AL COMPROMISO CON LA NUTRICIÓN

CLAIRE BLANCHARD

En los países miembros del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN, por sus siglas en inglés) y en los países que no lo son, la sociedad civil ha desempeñado una función clave para desarrollar y mantener el compromiso con la nutrición. ¿Por qué son tan importantes las organizaciones de la sociedad civil (OSC) para lograr las metas de nutrición y cómo pueden sustentar su eficacia?

En primer lugar es una lógica de escala, puesto que más de 1.500 OSC forman parte del Movimiento SUN y existen alianzas de la sociedad civil (ASC) coordinadas en 30 países.

En segundo lugar, las OSC son ideales para dedicarse a esfuerzos de movilización y sensibilización sociales en colaboración con los medios de comunicación y por medio de los Días de Acción Mundial (SUN 2014b). El Día Nacional de la Nutrición celebrado recientemente en Madagascar, en junio de 2014, brindó una oportunidad para que la alianza de la sociedad civil se reuniera con el primer ministro quien se comprometió a organizar una reunión con todos los ministros para tratar el incremento de las

inversiones en nutrición y del compromiso de los sectores.

En tercer lugar, las OSC pueden aunar esfuerzos. La adecuación coordinada de metas identificadas por medio de la cartografía interna y los ejercicios sobre los alcances a cargo de diversos grupos, como por ejemplo, la Coalición de Organizaciones de la sociedad civil de Ghana sobre el Movimiento para el Fomento de la Nutrición, la Alianzas de la sociedad civil para la nutrición de Nepal y la Asociación para la nutrición en Tanzania, influyen las acciones gubernamentales. Las ASC pueden utilizar documentos donde se expongan sus posiciones, tienen la capacidad de motivar la movilización del público, participar en reuniones sobre estrategias y brindar un apoyo constructivo a las metas de los gobiernos para influir en las políticas, como lo hizo la ASC de SUN en Kenia recientemente para modificar los cambios en la salud pública de dicho país.

En cuarto lugar, las OSC pueden trascender los ciclos políticos. En Ghana, el trabajo de las OSC con representantes parlamentarios ayuda a priorizar la

nutrición, independientemente del partido que ocupe el poder. En 2014, inspirados por el ejemplo del Perú, la Organización de la sociedad civil de Malawi Alianza para la Nutrición (CSONA, por sus siglas en inglés) obtuvo compromisos firmados para mejoras en nutrición de los candidatos presidenciales a fin de asegurarse de que la nutrición siguiera siendo una prioridad.

En quinto lugar, con tantos países que descentralizan sus políticas de salud y nutrición, la sociedad civil se encuentra bien posicionada para revitalizar e, incluso, dar forma, a esfuerzos subnacionales. Por ejemplo, las alianzas de la sociedad civil han comenzado a consolidar activamente los esfuerzos a nivel de distrito y regionales, por ejemplo, una ASC a nivel de distrito, como sucedió en Malawi y Mozambique.

Sin embargo, siguen existiendo desafíos. Las OSC necesitan ser acompañadas en sus esfuerzos por aumentar su capacidad para entregar programas asociados con otras partes interesadas, influir en políticas, demostrar resultados y hacer responsables a los gobiernos, a los demás y a sí mismas.

Actores

Cuando la sociedad civil y las comunidades presionan a las partes interesadas, el cambio social se produce más rápidamente (Gaventa y Barrett 2012), porque este tipo de postura fortalece la responsabilidad. En el Panel 8.2, se describen experiencias de las alianzas de la sociedad civil nacional dentro del Movimiento SUN. Están probando su eficacia porque pueden ampliar sus esfuerzos, movilizar las comunidades, crear alianzas, trascender ciclos políticos y tender lazos con unidades administrativas a nivel de distrito, que son tan decisivos para la descentralización eficaz. La experiencia de SUN con la sociedad civil, hasta el momento, se ha producido en el contexto de la desnutrición. El Panel 8.3, se centra en la función de la sociedad civil para influir en políticas

y acciones de gobernanza en relación con las enfermedades no transmisibles y la obesidad.

¿Qué sucede con las comunidades? ¿Cómo pueden ser más eficaces para cerrar los circuitos “cortos” entre ciudadanos y prestadores de servicios y los circuitos “largos” entre ciudadanos y gobiernos? El Panel 8.4, se concentra en la entrega de programas en un contexto de desnutrición y subraya algunas experiencias de vigilancia de la comunidad a partir de una variedad de sectores.

Mecanismos

Cada parte interesada necesita un mecanismo a través del cual hacer que su organismo actúe en nombre de la nutrición. En el Panel 8.5, se resumen las experiencias hasta la fecha con

PANEL 8.3 MAYOR CAPACIDAD DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA EXIGIR MÁS FRENTE A LA OBESIDAD Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

CORINNA HAWKES

En 2011, los 193 países miembros de las Naciones Unidas asumieron una serie de compromisos para impedir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT) (Asamblea General de las Naciones Unidas 2011). Entre otras actividades, los gobiernos se comprometieron a llevar a cabo políticas para promover dietas saludables, mejorar la gobernanza de la obesidad a través de la participación de múltiples sectores y desarrollar la capacidad de las organizaciones no gubernamentales (ONG). La OMS estableció una guía para aplicar y supervisar estos compromisos en su *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020* (OMS 2013b) y su marco mundial de vigilancia (OMS 2013a).

Como guardianes del interés público, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) desempeñan una función única para supervisar la aplicación de estos compromisos. Sin embargo, como se reconoce en estos documentos, para hacerlo con eficacia, necesitan mayor capacidad y las grandes inversiones pueden allanarles el camino. Por ejemplo, el organismo danés de cooperación para el desarrollo (Danida) ha financiado desde 2010 una serie de alianzas para las ENT en África oriental (Kenia, Ruanda, Tanzania, Uganda, Zanzíbar) (NCD Alliance 2014a). Utilizando el modelo de la NCD Alliance, las organizaciones reúnen a grupos interesados en enfermedades del corazón, cáncer, diabetes y enfermedades

pulmonares para aumentar el perfil político de las ENT, desarrollar la sensibilización pública y ofrecer apoyo para la educación, el tratamiento y las preocupaciones de los pacientes (Ministerio de Relaciones Exteriores de Dinamarca [DANIDA] 2008). Otro ejemplo es el programa de prevención de la obesidad de Bloomberg Philanthropies (2014), que ha entregado una subvención de US\$10 millones por tres años a organizaciones de la sociedad civil e institutos de investigación de México, a fin de que incorporen la prevención de la obesidad en su labor.

Estas OSC, con la coordinación de la financiación y las herramientas de vigilancia internacionales, se ocupan de que los gobiernos asuman su responsabilidad en el sector. La Healthy Caribbean Coalition (2014b), una alianza de más de 40 ONG dedicadas a la salud, publicó una evaluación de progresos en 2014, guiada por la herramienta de comparación que desarrolló la Alianza mundial para las ENT (2014b). La evaluación identificó la nutrición como la esfera que menos había progresado. Ningún país declaró contar con estrategias de nutrición o políticas sobre la comercialización de alimentos para niños, pese a haber asumido el compromiso de aplicar las recomendaciones de la OMS al respecto (Healthy Caribbean Coalition 2014a).

Se necesitan inversiones en cuanto a la vigilancia a escala mundial en el ámbito de la recopilación de datos por país. La OMS tiene varios instrumentos para evaluar el

progreso en función de los compromisos internacionales sobre la obesidad y ENT, como por ejemplo, una encuesta de 2010 sobre la capacidad de los países para prevenir y controlar las ENT (OMS 2010c) y la base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales (GINA, por sus siglas en inglés) (OMS 2014d). Las OSC han desarrollado herramientas más detalladas. Por ejemplo, el marco NOURISHING de World Cancer Research Fund International incluye un repositorio de políticas mundiales de alimentación saludable actualizado periódicamente (WCRF 2013). La Red Internacional de Acción Alimentaria Infantil (2014) y el UNICEF supervisan las acciones de 198 gobiernos en cuanto a la aplicación del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS.

Con vistas a una mejora de la determinación de responsabilidades, los organismos de financiación deberán invertir en el aumento de personal en las OSC nacionales y financiar los lentos procesos destinados a recopilar y cotejar información sobre la aplicación de políticas sobre las ENT y los indicadores de una adecuada gobernanza en materia de nutrición. Las OSC necesitan interactuar con la comunidad de investigadores y desarrollar proyectos y propuestas para vigilar las políticas y la gobernanza, con el fin de obtener una rendición de cuentas por parte sus respectivos gobiernos.

las plataformas de evaluación nacionales, con las que están experimentando cuatro países africanos. Estas plataformas están ayudando a desarrollar la capacidad en dichos países para utilizar los datos existentes, con el fin de promover más eficazmente la responsabilidad.

De la misma manera, las investigaciones pueden ser un mecanismo para que los gerentes de datos, analistas y

científicos promuevan la responsabilidad por la nutrición. En el Panel 8.6, se plantea que las prioridades de investigación en África no están lo suficientemente orientadas o impulsadas por las necesidades de África y que los datos generados son dispersos y, a menudo, inaccesibles. Los autores proponen una serie de inversiones en sistemas de investigación para orientar la acción y fortalecer la responsabilidad.

PANEL 8.4 ¿PUEDE LA VIGILANCIA DE LA COMUNIDAD MEJORAR LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA DE NUTRICIÓN?

NICK NISBETT Y DOLF TE LINTELO

La responsabilidad pública puede canalizarse por vías cortas (entre ciudadanos y prestadores de servicios de nutrición) o por vías largas (entre ciudadanos y funcionarios elegidos) (Banco Mundial 2003). El fortalecimiento de ambos canales tiene la capacidad de:

- mejorar la calidad de la prestación de los servicios de nutrición;
- aumentar la motivación del personal de primera línea y los servidores públicos de nivel medio y aumentar su capacidad para abogar por los recursos adecuados;
- coordinar la incorporación de la nutrición en sectores tales como agricultura, salud, protección social, suministro de agua y servicios de saneamiento;
- hacer más visible la desnutrición en las comunidades afectadas, otorgándoles más capacidad de expresión y amplificando sus demandas sobre este problema; y
- aumentar la capacidad de respuesta de los encargados de la formulación de

políticas públicas y dirigentes políticos con respecto a la nutrición como problema del desarrollo nacional.

Inevitablemente, las iniciativas mundiales sobre los compromisos con la nutrición se ven perjudicadas con las vías de responsabilidad cortas y largas, extendidas e imprecisas (te Lintelo 2014). Por ejemplo, los contribuyentes en países donantes no se benefician directamente de los servicios de nutrición a los que contribuyen y casi nunca votan sobre el desempeño de la ayuda del donante. A la inversa, los ciudadanos de los países receptores, como contribuyentes, pueden tener menos incentivos para hacer responsables a sus gobiernos por el desempeño de los servicios de nutrición, a menos que resulte claro que ellos contribuyen con la financiación de los mismos.

¿Pueden los mecanismos de respuesta a nivel de la comunidad fortalecer la responsabilidad por las vías cortas y largas? Existe un potencial de mecanismos como las auditorías sociales y la vigilancia de la

comunidad para promover la responsabilidad y mejorar la prestación de servicios públicos directos (Gillespie et al. 2013; Haddad et al. 2010; Mansuri y Rao 2013). La experiencia en cuanto a la salud ha sido ambivalente (véase, por ejemplo, Joshi 2013) y algunos resultados han sido sorprendentemente positivos (por ejemplo, Björkman y Svensson 2009). Sin embargo, aparte de algunos trabajos de evaluación (Swain y Sen 2009), el impacto de tales mecanismos en la prestación de servicios de nutrición no se ha evaluado empíricamente. Es necesario profundizar la labor en este aspecto para descubrir qué modelos son los que mejor funcionan cuando se aplican a la provisión de servicios de nutrición. Este tipo de tareas tendrán la posibilidad de combinarse con la utilización cada vez mayor de tecnologías de la información y comunicación, sin olvidar la tecnología móvil, a fin de vincular a los ciudadanos con la defensa de políticas y proporcionar datos en tiempo real sobre indicadores a nivel de la comunidad para los mecanismos de responsabilidad nacionales.

PANEL 8.5 PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN NACIONALES: NUEVAS POSIBILIDADES PARA LA NUTRICIÓN

JENNIFER BRYCE Y COLEGAS

Los gobiernos necesitan datos fiables y sistemáticos para informar los avances de la responsabilidad nacional, regional e internacional sobre nutrición, como es el caso de las Metas globales para 2025 de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS 2012b). La Plataforma de evaluación nacional (NEP, por sus siglas en inglés) consisten en un enfoque sistemático que se utiliza en Malawi, Malí, Mozambique y Tanzania para identificar, compilar y analizar datos existentes de alta calidad de diversas fuentes entre distintos sectores, con el fin de evaluar la eficacia y el impacto de los programas de salud y nutrición (Victora, Black, et al. 2011). El enfoque de la NEP, dirigida por los países y basada en los mismos, ofrece un conjunto mínimo de métodos de evaluación e incrementa la capacidad sostenible del país para desarrollar respuestas con base empírica a cuestiones acuciantes sobre programas y políticas, y para hacer el seguimiento del avance con respecto a la ampliación de las metas nacionales y mundiales.

Con el apoyo del gobierno de Canadá, la NEP reúne datos pertinentes, de alta calidad y a nivel de distrito de una variedad de fuentes, incluidos estudios nacionales y

sistemas de notificación de rutina, así como de bases de datos. Se actualiza a medida de que los datos están disponibles. Además, acompaña enfoques analíticos que se ocupan de las contribuciones de las intervenciones de nutrición y sanitarias en contextos donde no son posibles los diseños de evaluación tradicionales. Por ejemplo, la NEP puede ocuparse de la integración multisectorial evaluando diversos programas conforme avanza el tiempo (por ejemplo, gestión de la malnutrición aguda, suplemento de vitamina A, fuentes de agua, saneamiento e higiene y vacunaciones). Finalmente, ayuda a los países a fortalecer la capacidad sostenible en el país, con el fin de responder a preguntas complejas sobre programas y políticas y para asumir responsabilidades. Una parte interesada del sector público actúa como la "institución local de la NEP" que mantiene los datos y construye la capacidad de otras partes interesadas de vigilancia y evaluación del sector público para desarrollar y utilizar la NEP.

La eficacia de la NEP se evaluará en función de la incorporación de las pruebas en los procesos de adopción de decisiones. En un año de uso, en cuatro países ya se han sacado importantes conclusiones:

- **Los gobiernos aceptan la evaluación de programas.** En los cuatro países, los dirigentes del programa de salud y nutrición aceptaron la NEP como medio para: 1) recopilar los datos existentes a fin de ir más allá de la vigilancia de rutina, 2) abordar cuestiones sobre la eficacia relativa de las estrategias de aplicación, y 3) fortalecer la creación de agendas locales en relación con las agendas de los donantes.
- **Los datos sobre los programas de nutrición son escasos.** Se necesita un mecanismo para reunir los datos disponibles de diferentes sectores, evaluar su calidad y promover su utilización para responder preguntas sobre las necesidades del programa o la eficacia de su aplicación.
- **La capacidad de los países para evaluar y analizar datos es limitada.** En la mayoría de los casos, los análisis de datos antropométricos y mortalidad en la niñez están a cargo de instituciones externas. Las instituciones nacionales responsables de la salud, nutrición y estadísticas informaron que la prioridad máxima es aumentar la capacidad en estas áreas.

PANEL 8.6 ESTADO DE LOS DATOS SOBRE NUTRICIÓN EN ÁFRICA CON RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD Y EL APRENDIZAJE

CARL LACHAT, JOYCE KINABO, EUNICE NAGO, ANNAMARIE KRUGER Y PATRICK KOLSTEREN

Las décadas de inversiones y fortalecimiento de la capacidad de investigación sobre nutrición en África han producido una activa comunidad de investigadores sobre la nutrición. La producción de investigaciones del continente es considerable y crece a ritmo sostenido (Lachat et al. 2014). Sin embargo, algunos estudios y sucesos recientes han subrayado aspectos en que la organización de las investigaciones sobre nutrición en África podría mejorar:

- Los programas de investigación sobre nutrición, impulsados principalmente por organismos de financiación para investigaciones y académicos en países de ingresos altos, necesita centrarse en las prioridades de África (Holdsworth et al. 2014; van Royen et al. 2013).
- Existen muy pocas evaluaciones de intervenciones (Lachat et al. 2014).
- Faltan investigaciones sobre cómo crear entornos propicios para evitar la malnutrición (Masset et al. 2012).
- La disponibilidad de datos producidos por investigadores y otros, como por ejemplo organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas y gobiernos, es sumamente variable. Podría estar menos dispersa y utilizarse de modo más efectivo (Chalmers et al. 2014).

El reciente crecimiento económico en África ofrece una oportunidad para construir un sistema de investigaciones africano “adecuado a los fines” y ofrecer respuestas a los responsables de tomar decisiones en África sobre cómo abordar los desafíos de

la nutrición del mañana. Este sistema de investigaciones debería responsabilizar a los diferentes actores en este sistema como sigue:

- Aquellos que producen información (académicos africanos, asociados de países de ingresos altos, gobiernos y organismos de desarrollo que recopilan datos) deben generar la mejor información utilizando las normas más estrictas. El conocimiento y los datos deberían compartirse y ser tan accesibles como se pueda.
- Los organismos de financiación de investigaciones necesitan maximizar la inclusión de pruebas en programas y políticas en África. Esto exigirá a África un mayor sentido de propiedad sobre las investigaciones. Los académicos (predominantemente de América del Norte y Europa) necesitan establecer asociaciones equitativas con investigadores africanos (Chu et al. 2014) y los organismos de financiación para investigaciones necesitan estar alineados con las prioridades de las investigaciones identificadas para África (Lachat et al. 2014). Sería útil desarrollar un código de conducta, definir consideraciones éticas para establecer la agenda de investigación y crear registros de datos. Los consejos de investigación nacionales pueden desempeñar una función clave para conectar a los investigadores con los organismos de financiación y usuarios.
- Los usuarios de las investigaciones sobre nutrición necesitan articular

requerimientos claros y debería desarrollarse un proceso transparente para definir sistemáticamente las prioridades en la materia. Las iniciativas tales como la red de conocimientos sobre nutrición de África (EVIDENT) recientemente creada son un primer paso en esa dirección. Los organismos de financiación deberán convenir con las prioridades resultantes y los datos generados deberían registrarse en un depósito de datos de código abierto para apoyar el uso compartido.

Se está produciendo una revolución de datos con respecto al desarrollo (Naciones Unidas 2013a) y la comunidad de nutrición africana puede desempeñar una función de liderazgo. Se necesitan repositorios y sistemas de datos interoperativos para los datos sobre nutrición con la finalidad de almacenar, conservar y dar nuevo propósito a los datos sobre nutrición en África. Las partes interesadas en las investigaciones sobre nutrición en África deben capitalizar el compromiso de los organismos de financiación para investigación y las organizaciones internacionales, con el fin de abrir el acceso a los datos, lo que constituye sólo el primer paso. Se necesita más trabajo para que esta información se traduzca en conocimientos destinados a crear mejores políticas y acciones en el ámbito de la nutrición.

AUSENCIA DE DATOS

1. Muchos compromisos de la N4G son imprecisos, al igual que las actualizaciones sobre su evolución.
2. Los datos de la N4G están dispersos y recopilarlos representa grandes costos de transacción.
3. No existen datos e investigaciones suficientes sobre nutrición, impulsados por los países y centrados a ellos y, debido a esta deficiencia, se corre el riesgo de debilitar la responsabilidad sobre la nutrición.

9 ¿QUÉ PRIORIDADES TIENEN LAS INVERSIONES PARA MEJORAR LOS DATOS SOBRE NUTRICIÓN?

SI SE BUSCA SABER CÓMO DETERMINAR RESPONSABILIDADES, ES NECESARIO ACCEDER A LOS DATOS CORRECTOS, EN EL MOMENTO Y EL LUGAR ADECUADOS, aunque esto no sea suficiente. En este capítulo, se esquematizan las ausencias de datos, se sugieren criterios para priorizar los esfuerzos de recopilación de datos y se identifican algunos enfoques prometedores para abordar las actuales deficiencias.

AUSENCIA DE DATOS Y MEJORAS NECESARIAS

A fin de identificar la ausencia de datos, seguimos varias etapas. En primer lugar, a medida que desarrollábamos los perfiles nutricionales de los países, pasamos de identificar indicadores ideales a evaluar los indicadores disponibles, y así nos dimos cuenta cuáles eran los datos necesarios que faltaban. En segundo lugar, analizamos los 82 indicadores en los 193 perfiles nutricionales de los países y asociamos la falta de esos datos por grupo de indicadores¹. En tercer lugar, tomamos nota de la falta de datos indicada en los análisis de este informe, al final de cada capítulo. Finalmente, tomamos distancia y nos preguntamos *cuáles son los problemas que deben tener prioridad y qué acciones se deben adoptar para reducir la malnutrición, pero que no se identifican debido a lagunas de datos*. Observamos que se habían realizado pocos estudios sobre los límites que imponía la falta de datos y decidimos profundizar el análisis en un próximo informe.

PUNTOS CLAVE

1. Existen muchas lagunas de datos sobre resultados, productos y aportes relacionados con la nutrición. Por ejemplo, un 40% de los 193 países miembros de las Naciones Unidas no puede hacer el seguimiento de más de dos de los cuatro indicadores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) incluidos en el presente informe. Es una prioridad respaldar la capacidad de todos los países para informar sobre los indicadores de la AMS.
2. Para identificar la falta de datos más allá de los indicadores de la AMS, vale preguntarnos cuáles son los problemas que deben ser prioritarios y qué medidas se deberán adoptar para reducir la malnutrición y que no se adoptan debido justamente a esta ausencia de información. Identificamos cuatro indicadores sobre el estado nutricional (anemia, sobrepeso y obesidad, emaciación y bajo peso al nacer) en los que el progreso es lento y las lagunas de datos podrían estar retrasando las acciones. También identificamos lagunas de datos que creemos que están retrasando la ampliación y la integración adecuada al contexto de intervenciones específicas sobre nutrición, enfocadas a la nutrición y relacionadas con el entorno propicio.
3. No todos los casos donde se registra una ausencia de datos requieren la búsqueda de datos nuevos. Esta situación se puede mejorar: 1) utilizando mejor los datos existentes, 2) mejorando la forma en que se recopilan los datos actuales, 3) perfeccionar la capacidad de comparación de los datos entre los distintos países, 4) recopilar datos más frecuentemente y 5) reunir nuevos datos cuando se necesitan para una correcta determinación de responsabilidad. Cada uno de estos enfoques soluciona en parte la falta de información.
4. Se debe decidir cuáles son las lagunas de datos prioritarias a nivel nacional, en función de las políticas, los planes y las estrategias de nutrición. Las respuestas a las siguientes preguntas permitirá encontrar una solución: ¿La disponibilidad de datos genera una mejor o más intensiva acción para la nutrición? ¿Es práctica la recopilación de datos? ¿Existe o puede crearse una demanda de datos?

En el Cuadro 9.1, se resumen los problemas y las acciones clave en los que el progreso parece haberse estancado y las lagunas de datos que, planteamos como hipótesis, están retrasando la acción. Por ejemplo, sabemos que el progreso para reducir la anemia es lento. ¿Se debe esto a que no se están experimentando suficientes intervenciones en función de los alimentos? Además, ¿los datos sobre consumo de alimentos no son lo suficientemente detallados como para identificar las modalidades de consumo de alimentos locales ricos en hierro biodisponible?

No todas estas lagunas de datos necesitan salvarse recopilando datos nuevos. Identificamos cinco maneras de resolver esta situación: 1) utilizar mejor los datos existentes, 2) mejorar la recopilación de los datos existentes, 3) mejorar la capacidad de comparación de los datos entre los distintos países, 4) recopilar

datos más frecuentemente y 5) recopilar datos nuevos donde éstos no sean suficientes para una correcta responsabilidad.

Mejor utilización de los datos existentes

- **Identificación y supervisión de gastos en nutrición.** Habitualmente, estos datos financieros existen, pero se deben identificar, clasificar e incorporar en los sistemas de supervisión y presentación de informes. Es importante incrementar la capacidad de las personas para realizar estas tareas (véase, por ejemplo, la descripción de la experiencia de Guatemala con el seguimiento financiero en el Panel 7.2).
- **Utilización de datos administrativos, especialmente a nivel subnacional, para movilizar el interés por la nutrición y para desarrollar estrategias.** Los perfiles nutricionales a nivel de distrito para la India, que se describen en el Panel

CUADRO 9.1 LA AUSENCIA DE DATOS QUE RESTRINGE LAS ACCIONES NECESARIAS

Resultados de nutrición cuya evolución no progresa	Ausencia de datos limitante	Valor añadido potencial si se logra salva la ausencia de datos
Anemia	Datos detallados de consumo de alimentos en los que se identifiquen los componentes de las dietas locales ricos en hierro	Las intervenciones basadas en alimentos se podrían diseñar de manera de abordar la anemia más adecuadamente.
Emaciación y bajo peso al nacer	Solución para las dificultades para los ajustes en las estimaciones de bajo peso al nacer	Los recursos de programación para niñas adolescentes se podrían asignar de manera más eficaz.
Sobrepeso y obesidad	Datos detallados de consumo de alimentos que identifiquen los componentes de la dieta saludables y no saludables; p. ej., determinados tipos de grasas, alimentos ingeridos fuera de casa	Las intervenciones se podrían diseñar de manera de ajustar mejor el entorno alimentario para apoyar opciones saludables.
	Más datos de encuestas sobre obesidad	Se podrían identificar los grupos que están especialmente en riesgo; las estimaciones basadas en modelos no pueden identificarlos.
Acción clave que puede estar estancada	Ausencia de datos limitante	Valor añadido potencial si se logra salva la ausencia de datos
Ampliación de programas específicos de nutrición	Datos de cobertura	Se podrían identificar los grupos que no reciben cobertura eficaz.
	Datos de seguimiento financiero	Podría resultar más sencillo ver si los recursos se están asignando a las intervenciones más eficaces en función del costo para las personas más vulnerables.
	Datos sobre capacidad	Se podría evaluar la viabilidad de los planes de ampliación.
	Datos sobre costos	Se podría evaluar la practicidad de los planes propuestos, si se contara con recursos disponibles.
	Datos desglosados	Los datos ayudarían a los profesionales a ampliar los programas de nutrición en el plano nacional.
Ampliación de programas enfocados a la nutrición	Datos de seguimiento financiero	Se podría evaluar el alcance del aumento de la programación enfocada a la nutrición.
	Datos sobre capacidad	Se podría evaluar el potencial del aumento de la programación enfocada a la nutrición.
	Datos sobre costos	Se podrían desarrollar relaciones costo-beneficio para programas enfocados a la nutrición que reflejen los beneficios marginales y los costos de una mayor sensibilidad respecto a la nutrición.
	Datos desglosados	Se podría comprender mejor el potencial geográfico de la superposición de enfoques específicos de nutrición y enfocados a la nutrición.
Se podrían combinar, priorizar y secuenciar más adecuadamente las diferentes acciones en materia de nutrición	Herramientas y enfoques para acciones de nutrición combinadas	Esta información podría ayudar a evitar el riesgo de "hacerlo todo" Se podrían identificar las superposiciones entre los mayores impactos potenciales y los mayores compromisos políticos.
	Estudios de casos a nivel nacional y subnacional	Se podrían aprender lecciones acerca de los éxitos y fracasos de otros países y regiones. Se podrían evitar acciones ineficaces.
	Datos sobre compensaciones entre estrategias que mejoran la nutrición y el uso de los recursos naturales	Las acciones pertinentes para la nutrición podrían resultar más sostenibles, y se podrían evitar compensaciones innecesarias con las finalidades de otros sectores.

Fuente: Autores.

4.3, subrayan las posibles sorpresas sobre lo disponible. La Plataforma de evaluación nacional comprende cuatro países africanos, que se describen en el Panel 8.5, y también representa un enfoque prometedor para utilizar tantos datos existentes como sea posible.

- **Recopilación de datos existentes sobre legislación, políticas y gastos.** El Índice de Compromisos sobre el Hambre y la Nutrición (HANCI, por sus siglas en inglés) es un buen ejemplo sobre cómo pueden reunirse los datos existentes para generar perspectivas renovadas.²
- **Utilización mejorada de los datos existentes sobre supervisión y evaluación.** Si bien a menudo es necesario recopilar datos para evaluar impactos, el rápido crecimiento de las esferas de investigación y evaluación de aplicación tiende a emplear sistemas de supervisión y evaluación que se podrían volver aún más útiles con cambios pequeños (Menon et al. 2014).

Mejor recopilación de los datos existentes

- **Ocuparse de los problemas para recopilar datos sobre bajo peso al nacer.** Existen problemas importantes con la recopilación de datos sobre bajo peso al nacer, como por ejemplo, definiciones no sistemáticas, datos incompletos y pruebas de sobrecarga de elaboración de informes en cuanto a los umbrales. Dada la creciente preocupación por la buena nutrición de los niños durante los primeros 1.000 días de vida, es esencial mejorar el modo en que se recopilan, informan y ajustan los datos.
- **Recopilar más datos sobre marcadores biológicos de micronutrientes.** Dado el lento progreso general para abordar la malnutrición de micronutrientes, necesitamos mejores datos sobre las tendencias de la situación de los micronutrientes, a fin de que sea posible identificar esferas de progreso y aprender de ellas. Actualmente, existen insuficientes estudios representativos nacionales con datos sobre múltiples marcadores biológicos de micronutrientes recopilados utilizando métodos normalizados. En parte, esta carencia de datos se debe a la ausencia de dispositivos no invasivos y fáciles de emplear en el terreno que permitan evaluar con rapidez y bajo costo los marcadores biológicos en pequeñas muestras de sangre.
- **Recopilar datos sobre diferentes tipos de costos de programas.** Las evaluaciones rigurosas de los programas reúnen cada vez más datos sobre costos y su rentabilidad. Además, determinados tipos de datos sobre costos habitualmente se recopilan cuando se aplican la mayoría de los programas. Sin embargo, para lograr que estos datos resulten más útiles, por ejemplo, para priorizar las intervenciones en nutrición, es importante definir costos unitarios, costos de participación, costos de oportunidad y costos recurrentes, así como desarrollar métodos para recopilar datos sobre dichos costos y hacer que estén a disposición del público.

Mejora de la capacidad de comparar datos entre países

- **Se debe lograr que los datos de los países de ingresos altos se puedan comparar con otros a nivel internacional.** Casi la mitad de las lagunas de datos en los informes de la AMS corresponde a países en Europa y América del Norte. Esto se debe al a diferencia de métodos utilizados para la elaboración de informes o a la imposibilidad de acceso a datos brutos para la OMS y el UNICEF.
- **Se debe armonizar la recopilación de datos sobre obesidad en adultos.** Las distintas subpoblaciones están cubiertas por diferentes estudios (por ejemplos, encuestas sobre mujeres en edad reproductiva o de todos los adultos), que utilizan métodos variables (por ejemplo, informes de los encuestadores versus autoevaluaciones). Dada la creciente ola de obesidad en adultos, es urgente armonizar la recopilación de datos.

Recopilación de datos más frecuente

En comparación con las esferas de políticas como, por ejemplo, de crecimiento económico, empleo y reducción de la pobreza, las encuestas nacionales y los sistemas de vigilancia no cubren la política sobre nutrición de manera adecuada. En un mundo cada vez más incierto a causa del cambio climático y la degradación ambiental, será importante contar con datos de encuestas más frecuentes sobre cambios en el estado nutricional y la cobertura de los programas de nutrición.

Actualmente, la base de datos de la AMS contiene encuestas de 125 países sobre datos antropométricos de niños menores de 5 años. La base de datos excluye encuestas anteriores a 2005, pero muchos de los estudios incluidos son bastante antiguos. Casi el 40% de las encuestas corresponde al período 2005–2009 (Cuadro 9.2). Parece muy complejo formular políticas públicas sobre la base de datos con una antigüedad de entre cinco y nueve años. Otras esferas de políticas públicas exigirían

CUADRO 9.2 AÑO DE LA ENCUESTA MÁS RECIENTE QUE CONTIENE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA BASE DE DATOS DE LA AMS

Año de la encuesta más reciente en la base de datos de la AMS	Países para los que esta es la encuesta más reciente	Porcentaje acumulativo
2005	7	5,6
2006	8	12,0
2007	11	20,8
2008	8	27,2
2009	14	38,4
2010	28	60,8
2011	18	75,2
2012	25	95,2
2013	6	100,0
Total	125	

Fuente: Autores.

algo mejor. Cada uno de los países deberá realizar una encuesta de nutrición nacional al menos cada tres a cuatro años.

Recopilación de datos nuevos

- **Recopilación de más datos sobre la cobertura de las intervenciones en nutrición.** Nuestro conocimiento sobre lo que funciona en nutrición ha aumentado mucho en los últimos cinco años, pero nuestro conocimiento sobre a cuántas personas se llega con las intervenciones es deficiente. A medida que los programas se amplían, también se debe ampliar la recopilación de datos de cobertura.
- **Recopilación de datos sobre cobertura de los programas de malnutrición aguda moderada (MAM) y malnutrición aguda severa (MAS).** Dada la persistencia de las tasas de emaciación infantil y la creciente volatilidad generada por el cambio climático, es importante obtener más datos sobre la cobertura de los programas de MAM y MAS. En el Panel 5.1, se sugieren algunas maneras de lograrlo.
- **Mejoramiento de la recopilación de datos sobre consumo de alimentos.** La falta de datos sobre consumo de alimentos es una de las lagunas de datos más notorias entre los indicadores sobre los resultados de la nutrición. La recopilación de información en los niños de entre 6 y 23 meses está mejorando gracias a las medidas de alimentación complementaria que incluyen datos sobre dieta mínima aceptable (DMA) y diversidad mínima de la dieta (DMD). Con respecto a la inseguridad alimentaria severa a nivel nacional y subnacional, los esfuerzos para obtener datos nuevos anuales incluyen a “Las voces de los hambrientos”, una asociación entre Gallup y la FAO que informa sobre percepciones de hambre. Sin embargo, dada la importancia del consumo de alimentos para la anemia y el sobrepeso y la obesidad, deberían realizarse más esfuerzos para recopilar datos nuevos basados en encuestas sobre la cantidad y la calidad del consumo de alimentos.
- **Recopilación de datos sobre la capacidad para diseñar, aplicar y evaluar acciones relacionadas con la nutrición.** Es posible movilizar los datos existentes sobre la disponibilidad de recursos humanos, pero se necesitan datos nuevos sobre el desempeño en la primera línea (por ejemplo, trabajadores de la salud comunitarios), organización (por ejemplo, Ministerio de Salud) y niveles de sistemas (por ejemplo, sobre salarios, perspectivas profesionales y certificación), si es que se han de ampliar las intervenciones específicas sobre nutrición,

desarrollar programas enfocados a la nutrición³ y crear un entorno propicio (Sodjinou et al. 2014).

- **Recopilación de datos sobre la intensidad de uso de recursos en los programas de nutrición.** Este problema se volverá cada vez más urgente al finalizar 2015, pero existen pocos datos por el momento. ¿Con qué intensidad se utilizan los recursos en las intervenciones de nutrición y qué enfoques son los más ambientalmente sostenibles?

CAMINOS A SEGUIR PARA SALVAR ALGUNAS DE LAS LAGUNAS DE DATOS

En el informe ya se han subrayado caminos a seguir para salvar lagunas de datos sobre seguimiento financiero (Panel 7.1), cobertura de la MAS (Panel 5.1) y capacidad para utilizar los datos existentes (Panel 8.5). En el Cuadro 9.3, se resumen algunos de los caminos a seguir en otras nueve esferas: medición del uso de recursos naturales en nutrición, cálculo de los costos de las acciones de nutrición, desarrollo de indicadores sobre consumo de alimentos, uso de evaluaciones empíricas sobre hambre severa, capacidad de evaluación, medición del bajo peso al nacer, elaboración de informes sobre obesidad en adultos, elaboración de autoevaluaciones sobre transformaciones institucionales SUN y recopilación de datos sobre vitaminas y minerales. La información detallada que respalda cada columna en el Cuadro 9.3, se indican en las Notas técnicas 4–12 (*Technical Notes* 4–12).

Este informe se abstiene de jerarquizar priorizar en detalle la importancia de las lagunas de datos. Es probable que las decisiones más detalladas sobre prioridad de los datos deban tomarse en diversos foros internacionales, regionales, nacionales y subnacionales, con la participación de los usuarios y los productores de los datos. Los criterios para tales decisiones deben ser adecuados al contexto, e incluirán preguntas como: ¿Completar los datos sirve para estimular y guiar las acciones que reducen más rápidamente la malnutrición? ¿Es factible? ¿Hay demandas al respecto?

Sin ninguna duda, las prioridades finales reflejarán una combinación de consideraciones técnicas, de capacidad y políticas. Del mismo modo que la información es poder, el poder da forma a la información: los datos seleccionados para reunirse, la manera en que se utilizan y las conclusiones formuladas, todo está influenciado por quienes los utilizan.

CUADRO 9.3 ALGUNOS PUNTOS CLAVE DE LAS NOTAS TÉCNICAS 4–12 SOBRE EL CAMINO A SEGUIR PARA SALVAR LAS LAGUNAS DE DATOS

Ausencia de datos	Camino a seguir
Uso de los recursos naturales	Explorar y probar métodos científicos innovadores, estudios experimentales, mediciones y buenas prácticas para vincular los resultados para los seres humanos y los recursos naturales. (Nota técnica 4)
Costos de las acciones de nutrición	Desarrollar orientación normalizada sobre qué constituye una acción enfocada a la nutrición. Abordar la manera de incluir costos no gubernamentales. Desarrollar herramientas para ayudar a priorizar y secuenciar las acciones. (Nota técnica 5)
Seguridad alimentaria	Invertir en la creación, el mantenimiento y la validación de un sistema de recopilación de datos mundial que permita incorporar mediciones estándar de indicadores clave de seguridad alimentaria, incluidos indicadores simples de acceso a los alimentos medido en nivel de los hogares y los individuos, en las plataformas de encuestas existentes. Aumentar la cantidad de datos de encuestas representativas a nivel nacional sobre consumo de alimentos, recopilados por medio de métodos normalizados. (Nota técnica 6)
Severidad de la inseguridad alimentaria	En lugar de medir las consecuencias de la inseguridad alimentaria en términos de qué comen las personas (análisis de datos de consumo de alimentos), medir la severidad de la inseguridad alimentaria preguntando a las personas directamente acerca de sus comportamientos relacionados con los alimentos ante el acceso restringido a los alimentos. Si bien la inseguridad alimentaria no se puede observar en forma directa, su alcance se puede inferir de las experiencias vividas por las propias personas que sufren la inseguridad alimentaria. (Nota técnica 7)
Capacidad de aplicación	Dado que la capacidad es la combinación de muchos factores interrelacionados a nivel individual, organizacional y sistémico, se requiere una evaluación sistémica de las lagunas de capacidad. Un análisis de lagunas de capacidad exhaustivo proporcionaría la base para desarrollar un marco abarcador para fortalecer la aplicación y ampliación de las intervenciones de nutrición. Varios autores han proporcionado indicaciones claras para guiar la medición de las lagunas de capacidad respecto a la nutrición de manera sistemática. Sin embargo, se han hecho pocos intentos de vincular estos marcos propuestos con estudios de casos concretos en países o regiones con una alta carga de malnutrición. (Nota técnica 8)
Medición del bajo peso al nacer	Analizar los métodos actuales para hacer ajustes en las incongruencias en la recopilación y la presentación de informes, y explorar métodos alternativos (en forma continua). (Nota técnica 9)
Obesidad en adultos	Lograr un consenso acerca de las ventajas y desventajas de usar diferentes fuentes de datos de obesidad en adultos, con una recomendación acerca de cuál usar en los futuros <i>Informes de la nutrición mundial</i> y en otros ámbitos. (Nota técnica 10)
Transformación institucional	El indicador del Movimiento SUN sobre transformación institucional (descrito en el Capítulo 7) aumentó la concienciación acerca de las importantes deficiencias en la aplicación de las acciones en torno a resultados comunes y en la alineación y el seguimiento de las inversiones destinadas a la nutrición. Los ejercicios futuros de este tipo pueden ser una manera de priorizar y estimular el cambio. (Nota técnica 11)
Vitaminas y minerales	Asignar los recursos a los países para los que no hay datos y en los que hay interés en realizar encuestas. Recopilar datos de encuestas más representativas a nivel nacional sobre múltiples marcadores biológicos de micronutrientes, utilizando métodos normalizados. Desarrollar dispositivos que puedan utilizarse fácilmente en el terreno y que permitan una evaluación rápida y de bajo costo de múltiples marcadores biológicos en muestras de sangre pequeñas. Integrar los marcadores biológicos de micronutrientes en los sistemas de información de salud nacionales. Normalizar las definiciones de cobertura, recopilar datos sobre cobertura y cotejarlos en una base de datos mundial para hacer un seguimiento del progreso de las intervenciones respecto a micronutrientes. (Nota técnica 12)

Fuente: Autores.

10 MENSAJES CLAVE Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE INFORME SOBRE LA NUTRICIÓN MUNDIAL ESTÁ DIRIGIDO A CAMPEONES DE LA NUTRICIÓN Y A SUS ALIADOS ACTUALES Y POTENCIALES, personas y organizaciones que puedan constituir asociaciones productivas para acelerar las mejoras en los resultados nutricionales. Este capítulo se inspira de los hallazgos del informe para transmitir mensajes y recomendaciones a quienes intentan acelerar la reducción de la malnutrición mediante la aplicación de políticas, programas, investigaciones y posturas defensivas más categóricas. Los mensajes deberán adaptarse a cada uno de estos públicos a nivel mundial, regional, nacional y subnacional, en función del contexto.

MENSAJE 1: Las personas con buena nutrición son claves para el desarrollo sostenible.

El informe demuestra que la malnutrición afecta a casi todos los países del mundo. Las mejoras en el estado nutricional participan en el cumplimiento de muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que constituirán el mecanismo de responsabilidad mundial primario para los próximos 15 años. Por lo tanto, la nutrición deberá ocupar un lugar prominente en el marco de los ODS. Actualmente, solo 1 de las 169 metas de los ODS está explícitamente relacionada con la nutrición.

Recomendaciones

- La comunidad de la nutrición debe continuar su firme defensa de la nutrición en el marco de los ODS. Recomendamos encontrar formas de incorporar los seis indicadores de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en el marco de los ODS, aunque no necesariamente todos en los ODS relacionados con la alimentación y nutrición. Asimismo, recomendamos identificar y defender los indicadores y las metas de todos los ODS que son importantes para supervisar resultados, impulsores y consecuencias nutricionales aun cuando no estén identificados como indicadores de nutrición.
- En los próximos meses, los actores influyentes de la comunidad de la nutrición deberán intensificar su compromiso con la nutrición en el proceso de los ODS. Algunos de estos actores son, por ejemplo, gobiernos, fundaciones, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones destacadas de la sociedad civil, las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales clave, empresas, investigadores y académicos.

MENSAJE 2: Necesitamos comprometernos para mejorar la nutrición más rápidamente e incorporar este objetivo a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.

Utilizamos datos, experiencias y análisis nuevos para presentar el argumento de que las metas de los ODS para 2030 necesitan ser más ambiciosas en lugar de simples extrapolaciones de las tendencias de las metas de la AMS para 2025. El Movimiento SUN, la Cumbre y el Pacto de Nutrición para el Crecimiento, la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición de noviembre de 2014 y la Cumbre durante los Juegos Olímpicos de Río en 2016 son la prueba de los considerables compromisos y energía. Nuevas pruebas del estado de Maharashtra en la India, datos preliminares recientes y prometedores a nivel nacional en India, nuevos análisis de datos de tendencias en Bangladesh y nuevas pruebas comparativas de países nos ofrecen los fundamentos para establecer objetivos más ambiciosos sobre lo que se puede lograr.

Recomendaciones

- Los organismos de las Naciones Unidas deberían dirigir un proceso de consultas breve y abierto para lograr un consenso sobre las metas de nutrición de los ODS para 2030. Este proceso deberá terminarse antes finales del primer trimestre de 2015.
- Deberá tomarse una decisión sobre cómo alinear las metas para 2025 de la AMS con los nuevos objetivos para 2030.

MENSAJE 3: Actualmente, el mundo no está bien encaminado para cumplir las metas globales de nutrición que estableció la Asamblea Mundial de la Salud, pero muchos países están progresando en los indicadores identificados.

Pese a que el mundo no esté bien encaminado para cumplir las metas de la AMS, no es el caso de muchos países. De los 99 países para los cuales podemos hacer evaluaciones de cuatro de las seis metas de la AMS, 68 de ellos están bien encaminados para cumplir una o más metas de la AMS. Necesitamos comprender las razones del éxito o del fracaso. Los estudios de casos de Bangladesh, Brasil, Maharashtra y Estados Unidos, así como de Europa, ilustran el amplio esfuerzo necesario para mejorar la nutrición de las personas en forma sostenida.

Recomendación

- Los organismos que financian las investigaciones y publicaciones especializadas deberán encargar una serie de estudios de casos de alta calidad sobre los países para comprender la evolución o el fracaso, a fin de identificar obstáculos, guiar acciones futuras e informar e inspirar los esfuerzos en otros países. Los estudios estarán a cargo de los investigadores de los países de los estudios de casos, deberán incluir países de todo el mundo y realizarse según normas de calidad acordadas.

MENSAJE 4: La “nueva normalidad” consiste en ocuparse de las diferentes formas de malnutrición, superpuestas entre sí.

El tipo de malnutrición debido a una sola causa está disminuyendo y se están acercando vertiginosamente la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Cada día más, los países se enfrentan a combinaciones complejas de malnutrición. Por ejemplo, de 122 países con datos sobre retraso en el crecimiento entre niños menores de 5 años, anemia en mujeres en edad reproductiva y obesidad en adultos, menos de 20 experimentan solo un tipo de malnutrición. Esta complejidad no debe ser una excusa para la inacción, sino un llamamiento urgente para intensificar los esfuerzos para crear estrategias, priorizar y programar acciones. La complejidad debe concentrar la acción, no reprimirla.

Todos los actores de la nutrición necesitan ser más conscientes de los riesgos, ya sea nutricionales, financieros o políticos, de abordar cada carga en forma aislada. Dadas estas cargas múltiples y la tendencia a la descentralización de los programas sobre nutrición, ahora es más importante que nunca producir análisis subnacionales y otros análisis desglosados sobre los resultados de la nutrición.

Recomendaciones

- Las instituciones relacionadas con la nutrición, ya sea nacionales e internacionales, públicas o privadas, necesitan adecuar mejor su capacidad y sus conocimientos especializados con la evolución de la malnutrición. Los grupos que se ocupan de problemas de desnutrición

necesitan asociarse con los que, en sus mismas organizaciones, se ocupan del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

- Los socios internacionales que se ocupan de solo una dimensión de la malnutrición deben considerar si su enfoque refleja un aspecto estratégico deliberado o, sencillamente, una cómoda omisión.
- A la hora del desembolso, los organismos de financiación deberán alentar el desarrollo de herramientas simples para ayudar a desarrollar y renovar los planes nacionales y subnacionales con el objeto de mejorar su estado nutricional, concentrándose en la priorización, la secuenciación y las compensaciones.

MENSAJE 5: Necesitamos ampliar la cobertura de los programas específicos de nutrición a los que más lo necesitan.

Solo tres programas específicos de nutrición (suplemento de vitamina A, yodación universal de la sal y tratamiento con zinc para la diarrea) tienen datos de cobertura nacional comparables para muchos países. Esto se debe, en parte, a que pocas intervenciones específicas de nutrición han sido ampliadas. Los datos deficientes sobre cobertura de intervenciones para tratar la malnutrición aguda moderada y la malnutrición aguda severa representan una preocupación específica porque los niveles de emaciación moderada y severa de niños son altos y persistentes.

La cobertura más amplia de los programas es pertinente si aumenta el impacto y, por lo tanto, es importante poner el énfasis en mantener y mejorar la eficacia. Las investigaciones las modalidades de aplicación desempeñan una función importante para mejorar la calidad de la programación.

Recomendaciones

- El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 ayudará a los organismos interesados a esforzarse a la hora de documentar y analizar el conjunto de datos disponibles sobre cobertura de los programas. Tenemos la intención de intensificar el enfoque del informe en los programas sobre sobrepeso y obesidad.
- A medida que los programas se amplían para alcanzar niveles nacionales, los datos sobre cobertura deberán aumentar de modo que permitan realizar comparaciones internacionales.
- En los pedidos de investigación futuros, debe hacerse mayor hincapié en las investigaciones sobre la aplicación.

MENSAJE 6: Se deberá asignar una mayor proporción de inversiones para mejorar los determinantes subyacentes de la nutrición y lograr un mayor impacto en los resultados nutricionales.

En este informe se ha subrayado la relación estable a largo plazo entre las mejoras en los determinantes subyacentes del retraso en el crecimiento (como por ejemplo, provisión de alimentos, cobertura de agua limpia y saneamiento y matrícula

femenina en la escuela secundaria) y la disminución de los índices de retraso en el crecimiento. Debido al nivel de gastos relativamente altos en los presupuestos nacionales para agricultura, protección social, salud y educación, existe una clara justificación para aumentar la proporción de los gastos dedicados a la nutrición y es urgente hacerlo. Por ejemplo, los desembolsos enfocados a la nutrición de los donantes citados en el informe fueron solo dos veces superiores a los desembolsos específicos de nutrición. La base empírica para aumentar la sensibilidad respecto a la nutrición crece en forma más marcada en la agricultura y la protección social, pero menos en otros sectores.

Recomendaciones

- Aunque parezca difícil, aquellos que invierten en nutrición, ya sean gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, empresas o asociados internacionales, necesitan persistir en sus esfuerzos para evaluar los gastos enfocados a la nutrición.
- Es necesario solicitar un análisis de los métodos de aumento de la sensibilidad hacia la nutrición de los sistemas de salud y las intervenciones en fuentes de agua, saneamiento e higiene.
- La relativa ausencia de pruebas del impacto sobre la nutrición de programas y métodos enfocados a la nutrición significa que los esfuerzos realizados para mejorar la sensibilidad respecto a la nutrición deben evaluarse de manera rigurosa.

MENSAJE 7: Se deben instaurar más acciones para responsabilizar a los países, donantes y organismos para que cumplan sus compromisos de mejorar la nutrición.

En la mayoría de los emprendimientos de los seres humanos, la responsabilidad es un estímulo constante para la acción. Sin embargo, las características clave del estado nutricional (necesidad de colaborar en alianzas para mejorarla, beneficios a largo plazo al mejorarla e invisibilidad de las consecuencias por no hacerlo) contribuyen, en su conjunto, a desalentar la toma de responsabilidades. Enfocar la atención sobre la responsabilidad no tiene por objeto “denunciar y avergonzar”, sino que se trata de centrar la atención en recursos escasos que tienen usos alternativos.

Actualmente, la responsabilidad de todas las partes interesadas en la nutrición es deficiente. El proceso de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento (N4G) demostró que existe una comunidad con capacidades sumamente variables en la materia. Además, existen pocos datos nacionales sobre flujos de recursos domésticos diseñados para mejorar el estado nutricional. Actualmente, el progreso a nivel de país solo puede evaluarse para cuatro de los cinco indicadores de la AMS. La comunidad de la nutrición necesita ser más enérgica con respecto al fortalecimiento de la responsabilidad. Probablemente sea clave invertir en la sociedad civil, como se subraya en varios paneles del informe.

Recomendaciones

- El grupo mixto de supervisión de la malnutrición infantil (UNICEF, OMS y el Banco Mundial) debe establecer normas, con la mayor urgencia, para determinar la posición de los países para cumplir las metas mundiales de bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva.
- Se deben desarrollar metas de gastos en nutrición, tanto en presupuestos nacionales como en donantes, y acompañarse con un mejor seguimiento de los datos sobre gastos, a fin de asegurar que se mejore tanto la cantidad como la calidad de los gastos. El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 incluirá un nuevo trabajo al respecto.
- Los signatarios de la N4G deben considerarse campeones de la responsabilidad: saber que invierten en mecanismos de responsabilidad dentro de sus propias organizaciones y ayudar a los demás a volverse más responsables.
- Todos los actores de la nutrición deben alentar y apoyar el desarrollo, las pruebas experimentales y la evaluación de nuevos mecanismos de responsabilidad. Los enfoques en los que participan ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil de los países son especialmente importantes.
- El *Informe de la nutrición mundial* 2014 no enfatiza lo suficiente la responsabilidad de las empresas y el sector privado. El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 rectificará este error.

MENSAJE 8: Actualmente, el seguimiento de los gastos en nutrición es todo un reto, lo que dificulta la rendición de cuentas de las partes responsables.

Pocos países tienen sistemas transparentes y exhaustivos para hacer el seguimiento de los gastos en nutrición, y Guatemala parece ser la única excepción notable. El seguimiento de los recursos de los donantes está mejorando, pero todavía existen diferencias en la presentación de los informes. Las organizaciones de la sociedad civil, los organismos multilaterales y las empresas también deben dedicarse más intensamente a hacer el seguimiento de los recursos en nutrición.

Recomendaciones

- Los países deben sentirse respaldados por una gran variedad de partes interesadas a la hora de llevar a cabo ejercicios básicos de recopilación de datos sobre asignaciones presupuestarias pertinentes para la nutrición. Más tarde, los datos pueden separarse en categorías específicas de nutrición o enfocadas a la nutrición recurriendo a definiciones nacionales o internacionales y publicarse para permitir el intercambio abierto de datos. El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 tendrá como propósito brindar una plataforma a los países para subrayar su trabajo en este campo.
- Se debe alentar a otros actores de la nutrición, como por ejemplo, los organismos de las Naciones Unidas, grandes organizaciones de la sociedad civil, organizaciones

intergubernamentales y grandes empresas, a llevar a cabo otros ejercicios de seguimiento financiero y publicar los datos para que sea posible acceder libremente a ellos.

MENSAJE 9: La nutrición necesita una revolución de datos.

El mundo se ha comprometido a cumplir las seis metas globales de nutrición de la AMS; sin embargo, más de la mitad de los países del mundo no cuentan con los datos necesarios para evaluar su progresión. Se trata de un problema en todas las regiones: de los 94 países con falta de datos de seguimiento de la AMS, 38 son europeos y 1 se sitúa en América del Norte. Además, entre los países que efectivamente tienen datos de seguimiento sobre cuatro de las seis metas de la AMS, casi un 40% utiliza datos de encuestas de entre cinco y nueve años de antigüedad.

Además de la ausencia de datos sobre la evolución frente a la AMS, cobertura de intervenciones y seguimiento financiero, existen carencias importantes de datos sobre consumo de alimentos, costos de programas, bajo peso al nacer, situación de micronutrientes, capacidad para ampliar las intervenciones y su impacto. También poseemos pocos datos sobre la intensidad de utilización de los recursos naturales en las diferentes acciones de nutrición

Recomendaciones

- Dado que existen numerosas lagunas de datos, es esencial priorizar las que se cubrirán. Debido a la finalización inminente de los ODS, necesitamos estar preparados para un posible incremento en los gastos para reunir datos. Deberá organizarse una serie de talleres regionales en los próximos 12 meses para identificar las lagunas de datos clave a cubrir.
- Aquellos que invierten en nutrición, tanto a nivel nacional como internacional, deberán estar preparados para invertir en capacidad para realizar encuestas sistemáticas y comparables nacionales sobre nutrición, de manera que estén disponibles cada tres a cuatro años.
- Los países de ingreso alto necesitan esforzarse más para que sus datos relativos a las metas de la AMS sean comparables a nivel internacional. *Los Informes de la nutrición mundial* futuros harán el seguimiento de las tasas de inclusión de datos de estos países, que principalmente son europeos.
- Se gasta muy poco en actualizar y mantener las bases de datos nacionales y mundiales sobre nutrición. Los gobiernos y donantes deben comenzar a invertir más en este componente esencial de la responsabilidad. El *Informe de la nutrición mundial* de 2015 tratará de analizar los niveles actuales de inversión en relación con las necesidades.

MENSAJE 10: Es necesario reconocer, apoyar y aumentar la cantidad de campeones de la nutrición nacionales.

Las acciones a gran escala y eficaces en nutrición requieren personas especializadas, capacitadas y correctamente motivadas, con los recursos adecuados y que puedan trabajar en condiciones a la medida de sus esfuerzos. Existen muchos ejemplos de la importancia de estos campeones: el estudio de caso de Maharashtra en el Panel 2.3, por ejemplo, muestra la

importancia de ocupar las vacantes de personal de nutrición de primera línea, mientras que los Paneles 8.2 y 8.3 sobre las redes de la sociedad civil africana subrayan la importancia de la escala y el alcance de la composición de sus miembros. Si la nutrición ha de mejorar con rapidez y en forma sostenible para 2030, debe estar impulsada por los esfuerzos de campeones nacionales. La comunidad mundial, entonces, necesita motivar a estas personas y a sus organizaciones.

Recommendations

Los gobiernos, los socios internacionales y las empresas necesitan invertir en forma estratégica, sistemática y sostenida en:

- programas de liderazgo de nutrición para ampliar la cantidad y el alcance de campeones de la nutrición (programa africano para liderazgo en nutrición es un claro ejemplo de un programa con potencial de ampliación);
- ocupar las vacantes de primera línea de profesionales de la nutrición a nivel de la comunidad, el distrito y el país, y fortalecer los incentivos y la motivación de los trabajadores de primera línea; y
- programas de investigación liderados por cada país, que incluyan no solo investigación sobre las herramientas de secuenciación y priorización que necesitan los campeones de la nutrición sino, también, con el fin de acompañar sus esfuerzos para evaluar las intervenciones.

PODEMOS MEJORAR LA NUTRICIÓN CON MÁS RAPIDEZ: ES PRIMORDIAL IMPONER UNA RESPONSABILIDAD MÁS RIGUROSA

Este informe, apoyado por un grupo muy diverso de partes interesadas y preparado por un grupo de expertos independientes asociados con una gran cantidad de contribuidores, tiene el propósito de marcar los avances para mejorar el estado nutricional, destacar ámbitos de acción y contribuir en el fortalecimiento de la responsabilidad respecto a la nutrición. El informe procura ofrecer una perspectiva renovada de la distribución de la malnutrición, los esfuerzos realizados para reducirla y las capacidades y los datos necesarios para impulsar tales esfuerzos. Además, intenta clarificar problemáticas, iniciar nuevos debates e identificar renovadas oportunidades de acción. Los autores del informe lo consideran como una intervención destinada a replantear la malnutrición, restablecer las aspiraciones para reducirla con rapidez e impulsar nuevamente las acciones para reducirla.

La urgencia es el motor de esta nueva imagen de la nutrición. El informe demuestra que la malnutrición, en lactantes cuyos cerebros no se desarrollan plenamente o de adultos cuyos corazones no funcionan correctamente, afecta prácticamente a todos los países del planeta. Sin embargo, el mundo no está bien encaminado para cumplir las metas globales de nutrición establecidas por la AMS para 2025.

En el siglo XXI, el desafío de mejorar el estado nutricional resuena en todo el mundo. Si no se intensifica la acción,

se sufrirán consecuencias nefastas a largo plazo, y dejarán un legado doloroso a la siguiente generación. Nuestra generación no tiene solamente la oportunidad, sino la capacidad de hacer desaparecer esas consecuencias. Sin embargo, solamente tendremos éxito si actuamos de modo

estratégico y eficaz, con las alianzas y en el plano adecuado y, además, nos hacemos responsables. Este informe, sus datos, análisis, ejemplos, mensajes y recomendaciones, representan una contribución para cumplir este desafío colectivo del siglo XXI. ■

APÉNDICE 1: EL PERFIL NUTRICIONAL DE UN PAÍS, UNA HERRAMIENTA PARA LA ACCIÓN

Los perfiles de dos páginas sobre un país presentan una variedad de pruebas necesarias para evaluar sus progresos para mejorar la nutrición y sus resultados correspondientes. El primer paso para utilizar estos perfiles nutricionales es observar todos los tipos de datos presentados: factores demográficos; mediciones antropométricas y otras mediciones del estado nutricional de niños, adolescentes y adultos; la cobertura de las intervenciones de base empírica; datos financieros; factores relacionados con las políticas y los sistemas; y determinantes más amplios. Dichos datos se organizan como se muestra en el Cuadro A.1.

Preguntas clave que se pueden responder examinando los datos:

- ¿Están avanzando las tendencias de las mediciones del estado nutricional en la dirección correcta? ¿Cuán prevalentes son los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta? ¿Está el país logrando progresos para cumplir las metas de la Asamblea Mundial de la Salud para 2025?
- ¿Cuán alta es la cobertura para cada intervención? ¿Muestran mejoras las tendencias de las prácticas de alimentación de los lactantes y niños pequeños? ¿Existen lagunas de datos importantes de cobertura para intervenciones específicas?
- ¿Cuán diversa y adecuada es la provisión de alimentos? ¿Hay políticas y acuerdos institucionales de apoyo vigentes para permitir la implementación de los programas necesarios y específicos y enfocados a la nutrición?

El segundo paso para una correcta utilización de los perfiles nutricionales es identificar oportunidades para abordar la ausencia de cobertura y las fragilidades de los sistemas de salud y el marco de políticas, a fin de que se logren rápidos progresos para mejorar la nutrición de los niños, los adolescentes y los adultos. Pueden formularse las siguientes preguntas:

- Los datos sobre cobertura y políticas, ¿están de acuerdo con la situación epidemiológica? Este interrogante se puede desglosar en dos preguntas más específicas:
 - Si la prevalencia del retraso en el crecimiento es alta, ¿son bajos los niveles de prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños? ¿Ayudaría un

enfoque que garantizara la observación del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y promoviera las prácticas de lactancia materna óptimas para impulsar los progresos en la reducción del retraso en el crecimiento?

- En los países en que el bajo peso al nacer y la talla baja entre las mujeres en edad reproductiva son de alta prevalencia, ¿se están asignando recursos suficientes para mejorar la provisión de cuidados de planificación familiar, prenatales y durante el parto? ¿Existe una legislación vigente orientada a reducir el porcentaje de mujeres que tienen su primer alumbramiento antes de los 18 años, tales como leyes que prohíban el matrimonio infantil y políticas que faciliten la matriculación de las mujeres en la escuela secundaria?
 - ¿Existen patrones en los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles y tendencias en sobrepeso y obesidad en adolescentes y adultos que sugieran acciones claras? Por ejemplo, una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos y prevalencia de presión arterial alta y niveles de glucosa en sangre altos sugieren que se requieren medidas de acción programáticas para cambiar el consumo de alimentos y las modalidades de ejercicios y mejorar el acceso a opciones de alimentación saludables. También se deben formular y aplicar directrices sobre diabetes e hipertensión.
 - En aquellos países que experimentan altos niveles de retraso en el crecimiento infantil y niveles en aumento de sobrepeso en niños adultos, ¿se están gastando suficientes recursos en intervenciones específicas para la nutrición y enfocadas a la nutrición que aborden esta doble carga? ¿Se incluye la desnutrición en el plan de desarrollo del país, y se han establecido estrategias basadas en la comunidad y en las escuelas para mejorar el acceso a dietas diversas y aumentar los hábitos de alimentación y ejercicio saludables?
- Los perfiles se han diseñado como un estímulo para la acción. Las instancias de lagunas y falencias de datos, así como las pruebas de progresos, deberían actuar como señales para profundizar la investigación.

CUADRO A.1 GUÍA DE LOS PERFILES NUTRICIONALES DE PAÍS

PÁGINA 1

Datos económicos y demográficos

Tasas de pobreza y PIB (gráfico de barras agrupadas verticales con línea de tendencia superpuesta)	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (gráfico de barras verticales)	Desigualdad de los ingresos: Índice de Gini (texto, un indicador)
		Población (texto, cuatro indicadores)

Antropometría de la niñez

Antropometría de la niñez, número de niños menores de 5 años afectados y porcentaje de niños menores de 5 años afectados (texto, siete indicadores)	Prevalencia de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años (gráfico de barras verticales)	Cambios en la prevalencia de retraso en el crecimiento con el tiempo, por quintil de riqueza (gráfico)
---	--	--

Estado nutricional de adolescentes y adultos

Antropometría de adolescentes y adultos (texto, cuatro indicadores)	Estado nutricional de la población (texto, cuatro indicadores)
Factores de riesgo metabólicos de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (gráfico de barras agrupadas verticales)	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (gráfico de barras agrupadas horizontales)

Indicadores de la Asamblea Mundial de la Salud: progresos respecto a las metas globales de la AMS

Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años (texto)	Emaciación en niños menores de 5 años (texto)	Sobrepeso en niños menores de 5 años (texto)	Anemia en MER (texto)
--	---	--	-----------------------

PÁGINA 2

Cobertura de las intervenciones y prácticas de alimentación de los niños

Atención continua (gráfico de barras horizontales)	Tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses (gráfico de barras verticales)	Cobertura de las intervenciones (texto, cinco indicadores)
		Prácticas de alimentación de lactantes y niños (texto, dos indicadores)

Determinante subyacentes

Provisión de alimentos (gráfico de barras agrupadas verticales con línea de tendencia superpuesta, tres indicadores)	Determinantes relacionados con el género (texto, tres indicadores)	Matrícula femenina en la escuela secundaria (gráfico de barras verticales)
	Densidad de población de trabajadores de la salud cada 1.000 personas (texto, tres indicadores)	
Cobertura de fuentes de agua potable mejoradas (gráfico de barras verticales apiladas 100%)	Cobertura de saneamiento mejorado (gráfico de barras verticales apiladas 100%)	Gastos gubernamentales (gráfico de barras verticales apiladas)

Recursos financieros y arreglos normativos, legislativos e institucionales

Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países, 2014 (gráfico de barras horizontales)	Disposiciones normativas y legislativas (texto, cinco indicadores)	Disponibilidad y etapa de aplicación de directrices/protocolos/normas para la gestión de las ENT (texto, dos indicadores)
--	--	---

Fuente: Autores.

Nota: MER = Mujeres en edad reproductiva. ENT = Enfermedades no transmisibles.

APÉNDICE 2: ¿QUÉ PAÍSES ESTÁN EN VÍAS DE CUMPLIR VARIAS METAS DE LA AMS?

Las seis metas globales de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) son: 1) reducir el retraso en el crecimiento infantil el 40%, 2) reducir la anemia en mujeres en edad reproductiva en un 50%, 3) reducir el bajo peso al nacer en un 30%, 4) evitar un aumento en el sobrepeso infantil, 5) aumentar la lactancia materna exclusiva de los lactantes hasta un 50% por lo menos y 6) reducir la emaciación

infantil y mantenerla en menos del 5%. Actualmente, sólo se pueden evaluar los progresos por país en cuatro de las metas relacionadas con retraso en el crecimiento, anemia, sobrepeso y emaciación porque el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial no han terminado de establecer las reglas para determinar los progresos por país para el bajo peso al nacer y la lactancia materna exclusiva.

CUADRO A.2 PAÍSES EN VÍAS DE CUMPLIR VARIAS METAS DE LA AMS

Encaminado 0 meta	Encaminado 1 meta	Encaminado 2 metas	Encaminado 3 metas	Encaminado 4 metas
Azerbaiyán	Albania	Argelia	El Salvador	Colombia
Bangladesh	Armenia	Chile	Jamaica	
Benín	Belice	China	Vietnam	
Botsuana	Bolivia	Estados Unidos		
Burkina Faso	Bosnia y Herzegovina	ex Rep. Yugoslava de Macedonia		
Bután	Burundi	Georgia		
Comoras	Camboya	Guatemala		
Egipto	Camerún	Jordania		
Eritrea	Chad	Kenia		
Filipinas	Congo	Liberia		
Ghana	Costa de Marfil	Marruecos		
Guyana	Etiopía	Mongolia		
Haití	Gabón	Nicaragua		
Indonesia	Gambia	Perú		
Iraq	Guinea Ecuatorial	Serbia		
Malí	Guinea	Togo		
Mozambique	Guinea-Bissau	Túnez		
Myanmar	Honduras	Uganda		
Namibia	India	Uzbekistán		
Níger	Kazajstán	Zimbabue		
Omán	Kirguistán			
Pakistán	Kuwait			
Papúa Nueva Guinea	Lesoto			
República Árabe Siria	Malawi			
República Unida de Tanzania	Maldivas			
Santo Tomé y Príncipe	Mauritania			
Sierra Leona	México			
Tailandia	Montenegro			
Timor-Leste	Nepal			
Yibuti	Nigeria			
Zambia	República Centroafricana			
	República Democrática del Congo			
	República Democrática Popular Lao			

Continúa

Fuente: Autores, sobre la base de datos de UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014) y Stevens et al. (2013), y reglas de la OMS sobre bien encaminado/mal encaminado (2014a), actualizados en agosto de 2014.

Nota: En este análisis se incluyen los países que tienen datos disponibles para los cuatro indicadores para los que se han establecido las reglas para determinar el estado de bien encaminado/mal encaminado; es decir, retraso en el crecimiento, anemia, sobrepeso y emaciación.

Cuadro A.2 continuación

Encaminado 0 meta	Encaminado 1 meta	Encaminado 2 metas	Encaminado 3 metas	Encaminado 4 metas
	República Dominicana			
	Ruanda			
	Senegal			
	Sri Lanka			
	Suazilandia			
	Sudáfrica			
	Surinam			
	Tayikistán			
	Uruguay			
	Venezuela			
	Yemen			

APÉNDICE 3: ¿QUÉ PAÍSES ESTÁN BIEN ENCAMINADOS PARA CUMPLIR CIERTAS METAS DE LA AMS?

CUADRO A.3 PROGRESOS DEL PAÍS EN LAS CUATRO METAS DE LA AMS

África (n = 54)	Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años			Sobrepeso en niños menores de 5 años			Emaciación en niños menores de 5 años		Anemia en MER		
	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado	Tasa de referencia	TMAR actual (%)	Encaminado	Tasa de referencia	Encaminado	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado
Angola		5,7					8,2	No	1,3	5,2	No
Argelia	7,9	3,2	Sí	12,9	2,7	No	4,0	Sí	0,9	5,2	No
Benín	-2,7	5,2	No	11,4	-30,6	No	8,4	No	2,2	5,2	No
Botsuana	-1,1	3,7	No	11,2	-1,1	No	7,2	No	1,8	5,2	No
Burkina Faso	2,6	5,5	No	2,8	-3,9	No	10,9	No	1,0	5,2	No
Burundi	0,9	5,7	No	2,9	-7,6	No	6,1	No	5,6	5,2	Sí
Cabo Verde									1,1	5,2	No
Camerún	1,4	5,2	No	6,5	4,7	Sí	5,8	No	1,0	5,2	No
Chad	0,3	5,8	No	2,8	0,3	Sí	15,7	No	0,9	5,2	No
Comoras	3,1	4,8	No	10,9	5,5	No	11,1	No	1,8	5,2	No
Congo	3,6	5,4	No	3,6	13,3	Sí	5,9	No	1,2	5,2	No
Costa de Marfil	5,1	5,4	No	3,2	12,8	Sí	7,6	No	0,3	5,2	No
Egipto	-3,1	3,7	No	20,5	-17,1	No	7,9	No	-0,1	5,2	No
Eritrea	-1,8	4,9	No	1,9	-2,2	No	15,3	No	2,0	5,2	No
Etiopía	2,3	4,7	No	1,8	1,5	Sí	10,1	No	3,7	5,2	No
Gabón	3,3	4,8	No	7,7	-2,7	No	3,4	Sí	0,3	5,2	No
Ghana	2,8	4,4	No	2,6	-0,7	No	6,2	No	-1,3	5,2	No
Guinea	1,4	5,2	No	3,8	2,1	Sí	9,9	No	0,8	5,2	No
Guinea-Bissau	1,7	5,2	No	3,2	6,1	Sí	5,8	No	0,7	5,2	No
Guinea Ecuatorial	4,7	5,2	No	9,7	3,1	No	3,1	Sí	1,1	5,2	No
Kenia	1,3	5,0	No	5,0	4,8	Sí	7,0	No	5,6	5,2	Sí
Lesoto	3,3	4,0	No	7,3	10,6	No	3,9	Sí	2,0	5,2	No
Liberia	1,0	5,1	No	4,2	1,3	Sí	2,8	Sí	1,2	5,2	No
Libia		2,5		22,4		No	6,5	No	0,9	5,2	No
Madagascar	1,4	5,8	No						2,6	5,2	No
Malawi	1,3	5,6	No	9,2	2,9	No	4,1	Sí	3,3	5,2	No
Malí	2,0	6,5	No	4,7	-8,7	No	15,3	No	1,1	5,2	No
Marruecos	5,3	3,6	Sí	10,7	2,7	No	2,3	Sí	0,6	5,2	No
Mauricio									0,5	5,2	No
Mauritania	3,9	5,1	No	1,2	6,4	Sí	11,6	No	1,0	5,2	No
Mozambique	1,4	5,5	No	7,9	-1,4	No	6,1	No	1,0	5,2	No
Namibia	0,0	4,5	No	4,6	-4,9	No	7,5	No	1,4	5,2	No
Níger	1,9	7,4	No	3,0	-5,4	No	18,7	No	1,2	5,2	No
Nigeria	2,0	5,9	No	4,9	6,9	Sí	18,1	No	0,7	5,2	No
RDC	0,1	5,6	No	4,9	2,6	Sí	8,5	No	1,0	5,2	No
Rep. Unida de Tanzania	1,9	5,7	No	5,5	-4,7	No	6,6	No	1,3	5,2	No
República Centroafricana	0,8	4,8	No	1,8	15,5	Sí	7,4	No	0,9	5,2	No
Ruanda	0,9	4,9	No	7,1	0,1	No	3,0	Sí	2,1	5,2	No

Continúa

Fuente: Stevens et al. (2013); UNICEF, OMS y Banco Mundial (2014). Para las reglas sobre bien encaminado/mal encaminado, véase el Cuadro 3.3 y OMS (2014a), actualizado en agosto de 2014.

Notas: Verde = actualmente bien encaminado; anaranjado = actualmente mal encaminado; celda en blanco = no hay datos disponibles; TMAR = tasa media anual de reducción; MER = mujeres en edad reproductiva. Una TMAR > 0 significa que la tasa de prevalencia está disminuyendo. Una TMAR < 0 significa que la tasa de prevalencia está aumentando.

Cuadro A.3 continuación

África continuación	Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años			Sobrepeso en niños menores de 5 años			Emaciación en niños menores de 5 años		Anemia en MER		
	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado	Tasa de referencia	TMAR actual (%)	Encaminado	Tasa de referencia	Encaminado	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado
Santo Tomé y Príncipe	1,8	4,2	No	11,6	-4,3	No	11,2	No	1,2	5,2	No
Senegal	2,7	5,3	No	1,5	7,0	Sí	8,9	No	0,2	5,2	No
Seychelles									2,2	5,2	No
Sierra Leona	-0,8	4,5	No	10,3	-9,0	No	9,2	No	1,7	5,2	No
Somalia	-6,3	5,9	No	4,7			13,2	No	0,4	5,2	No
Suazilandia	0,8	4,0	No	10,7	3,3	No	0,8	Sí	1,5	5,2	No
Sudáfrica	2,4	3,0	No		-13,0	No	4,7	Sí	1,7	5,2	No
Sudán	2,2	3,9	No	4,2			16,4	No	2,0	5,2	No
Sudán del Sur	3,7	5,7	No	6,0	13,9	Sí	22,7	No			
Togo	-1,8	5,0	No	1,6	23,6	Sí	4,8	Sí	0,9	5,2	No
Túnez	4,2	3,2	Sí	14,3	-8,4	No	2,8	Sí	0,4	5,2	No
Uganda	2,6	6,0	No	3,8	2,2	Sí	4,8	Sí	3,0	5,2	No
Yibuti	-2,2	3,8	No	8,1	1,0	No	21,5	No	2,0	5,2	No
Zambia	2,9	6,5	No	8,4	3,5	No	5,6	No	2,1	5,2	No
Zimbabue	0,1	4,8	No	5,8	7,9	Sí	3,1	Sí	1,3	5,2	No
Asia (n = 47)											
Afganistán									0,5	5,2	No
Arabia Saudita		1,7		6,1			11,8	No	1,1	5,2	No
Armenia	-1,6	1,8	No	16,8	-0,5	No	4,2	Sí	-3,7	5,2	No
Azerbaiyán	-3,8	2,7	No	13,9	-18	No	6,8	No	0,9	5,2	No
Bahréin									1,8	5,2	No
Bangladesh	2,7	3,3	No	1,9	-6,6	No	15,7	No	0,6	5,2	No
Brunei Darussalam									-2,3	5,2	No
Bután	3,2	3,3	No	7,6	-4,7	No	5,9	No	1,9	5,2	No
Camboya	2,1	4,0	No	1,9	6,9	Sí	10,8	No	2,3	5,2	No
China	8,1	2,7	Sí	6,6	-2,3	No	2,3	Sí	0,9	5,2	No
Chipre									-1,3	5,2	No
Emiratos Árabes Unidos									0,9	5,2	No
Filipinas	0,8	4,6	No	5,0	-7,7	No	7,9	No	4,3	5,2	No
Georgia	3,3	1,4	Sí	19,9	-1,2	No	1,6	Sí	0,5	5,2	No
India	1,7	3,7	No	1,9	5,9	Sí	20,0	No	1,1	5,2	No
Indonesia	0,5	3,0	No	11,5	-19,6	No	13,5	No	4,0	5,2	No
Irán	0,6	3	No				4,0	Sí	1,7	5,2	No
Iraq	2,2	5,3	No	11,8	-7,5	No	7,4	No	0,7	5,2	No
Israel									-1,3	5,2	No
Japón									-0,9	5,2	No
Jordania	4,4	3,4	Sí	4,7	-0,9	No	2,4	Sí	-0,6	5,2	No
Kazajstán	0,1	3	No	13,3	-9,7	No	4,1	Sí	1,9	5,2	No
Kirguistán	0,3	4	No	9,0	2,8	No	2,8	Sí	1,4	5,2	No
Kuwait	-0,8	5	No	9,5	-1,1	No	2,4	Sí	0,4	5,2	No
Líbano									0,1	5,2	No
Mongolia	5,4	3,2	Sí	10,9	-2,1	No	2,3	Sí	-0,7	5,2	No
Myanmar	1,8	3,1	No	2,6	-1,0	No	7,9	No	3,7	5,2	No
Nepal	3,4	3,2	Sí	1,5	-7,9	No	11,2	No	2,6	5,2	No
Noasia	2,6	4,6	No						3,2	5,2	No
Nodivas	5,5	3,3	Sí	6,5	-6,6	No	10,2	No	3,2	5,2	No

Continúa

Cuadro A.3 continuación

Asia continuación	Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años			Sobrepeso en niños menores de 5 años			Emaciación en niños menores de 5 años		Anemia en MER		
	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado	Tasa de referencia	TMAR actual (%)	Encaminado	Tasa de referencia	Encaminado	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado
Omán	2,7	3,8	No	1,7	-0,6	No	7,1	No	1,0	5,2	No
Pakistán	-0,6	3,9	No	4,8	-1,2	No	10,5	No	-0,3	5,2	No
Qatar									0,8	5,2	No
RDP Corea	4,8	4,1	Sí	0,0			4,0	Sí	3,3	5,2	No
RDP Lao	0,8	3,8	No	2,0	3,0	Sí	6,4	No	2,9	5,2	No
República Árabe Siria	-0,4	4,3	No	17,9	1,2	No	11,5	No	1,0	5,2	No
República de Corea		4,4		6,7			0,9	Sí	-1,9	5,2	No
Singapur									-1,7	5,2	No
Sri Lanka	1,3	2,8	No	0,6	3,8	Sí	21,4	No	3,3	5,2	No
Tailandia	-0,6	2,4	No	10,9	-5,3	No	6,7	No	0,3	5,2	No
Tayikistán	3,5	4,7	No	6,6	0,8	Sí	9,9	No	3,8	5,2	No
Timor-Leste	-0,3	5,4	No	5,8	-0,2	No	18,9	No	3,8	5,2	No
Turkmenistán									1,1	5,2	No
Turquía	5,8	3,3	Sí				0,8	Sí	0,7	5,2	No
Uzbekistán	6,2	3,3	Sí	12,8	-3,6	No	4,5	Sí	1,2	5,2	No
Vietnam	4,3	2,4	Sí	4,6	-6,0	No	4,4	Sí	6,4	5,2	Sí
Yemen	2,6	4,5	No	1,5	14,0	Sí	13,3	No	1,0	5,2	No
Europa (n = 43)											
Albania	5,8	4,4	Sí	23,4	2,8	No	9,4	No	1,1	5,2	No
Alemania		3,7		3,5			1,0	Sí	-1,4	5,2	No
Andorra									-1,5	5,2	No
Austria									-1,3	5,2	No
Belarús		2,6		9,7		No	2,2	Sí	0,0	5,2	No
Bélgica									-1,7	5,2	No
Bosnia y Herzegovina	2,5	4,8	No	17,4	-0,5	No	2,3	Sí	0,4	5,2	No
Bulgaria									-0,1	5,2	No
Croacia									0,2	5,2	No
Dinamarca									-1,5	5,2	No
Eslovaquia									-0,1	5,2	No
Eslovenia									-0,1	5,2	No
España									-1,4	5,2	No
Estonia									-0,2	5,2	No
ex Rep. Yugoslava de Macedonia	4,0	3,0	Sí	12,4	-2,2	No	1,8	Sí	-2,4	5,2	No
Federación de Rusia									0,1	5,2	No
Finlandia									-1,7	5,2	No
Francia									-1,5	5,2	No
Grecia									-1,4	5,2	No
Hungría									0,0	5,2	No
Islandia									-1,5	5,2	No
Irlanda									-1,2	5,2	No
Italia									-1,6	5,2	No
Letonia									0,0	5,2	No
Liechtenstein											
Lituania									-0,3	5,2	No
Luxemburgo									-1,4	5,2	No

Continúa

Cuadro A.3 continuación

Europa continuación	Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años			Sobrepeso en niños menores de 5 años			Emaciación en niños menores de 5 años		Anemia en MER		
	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado	Tasa de referencia	TMAR actual (%)	Encaminado	Tasa de referencia	Encaminado	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado
País											
Mónaco											
Montenegro	-2,2	2,7	No	22,3	-4,6	No	2,8	Sí	0,0	5,2	No
Noruega									-1,5	5,2	No
Nota									-1,5	5,2	No
Países Bajos									-1,4	5,2	No
Polonia									-0,2	5,2	No
Portugal									-1,0	5,2	No
Reino Unido									-2,8	5,2	No
República Checa									-0,4	5,2	No
República de Moldavia		1,7		9,1		No	5,8	No	0,6	5,2	No
Rumania	4,4				5,5				0,1	5,2	No
San Marino											
Serbia	4,0	2,4	Sí	15,6	4,2	No	3,5	Sí	0,5	5,2	No
Suecia									-1,6	5,2	No
Suiza									-1,6	5,2	No
ex Rep. Yugoslava de Macedonia	4,0	3,0	Sí	12,4	-2,2	No	1,8	Sí	-2,4	5,2	No
Ucrania									0,0	5,2	No
América Latina y el Caribe (n = 33)											
Antigua y Barbuda									2,9	5,2	No
Argentina		3,6		9,9		No	1,2	Sí	0,7	5,2	No
Bahamas									3,1	5,2	No
Barbados									3,2	5,2	No
Belice	2,8	4,4	No	7,9	10,4	No	3,3	Sí	3,5	5,2	No
Bolivia	3,5	4,4	No	8,7	1,1	No	1,4	Sí	-0,2	5,2	No
Brasil		3,3		7,3		No	1,6	Sí	1,0	5,2	No
Chile	3,8	3,7	Sí	10,1	2,0	No	0,3	Sí	-0,6	5,2	No
Colombia	3,5	3,4	Sí	4,8	1,0	Sí	0,9	Sí	5,9	5,2	Sí
Costa Rica		3,6		8,1		No	1,0	Sí	1,6	5,2	No
Cuba									3,3	5,2	No
Dominica									3,1	5,2	No
Ecuador	1,7	3,9	No				2,4	Sí	3,0	5,2	No
El Salvador	3,5	3,3	Sí	5,7	0,3	Sí	1,6	Sí	3,4	5,2	No
Granada									3,2	5,2	No
Guatemala	0,8	5,0	No	4,9	4,2	Sí	1,1	Sí	3,2	5,2	No
Guyana	-4,0	2,4	No	6,7	-2,4	No	5,3	No	2,9	5,2	No
Haití	2,1	3,8	No	3,6	-1,3	No	5,2	No	3,4	5,2	No
Honduras	3,8	4,3	No	5,2	-4,9	No	1,4	Sí	3,7	5,2	No
Jamaica	3,6	3,3	Sí	4,0	2,2	Sí	3,5	Sí	3,2	5,2	No
México	2,2	3,2	No	9,0	-2,9	No	1,6	Sí	4,8	5,2	No
Nicaragua	2,4	3,3	No	6,2	3,3	Sí	1,5	Sí	4,3	5,2	No
Panamá	3,0	4,0	No				1,2	Sí	4,2	5,2	No
Paraguay		4,4		7,1		No	1,1	Sí	1,0	5,2	No
Perú	4,3	3,7	Sí	7,2	3,0	No	0,6	Sí	4,9	5,2	No
República Dominicana	-2,2	3,8	No	8,3	-1,1	No	2,3	Sí	3,3	5,2	No
Saint Kitts y Nevis											

Continúa

Cuadro A.3 continuación

América Latina y el Caribe continuación	Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años			Sobrepeso en niños menores de 5 años			Emaciación en niños menores de 5 años		Anemia en MER		
País	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado	Tasa de referencia	TMAR actual (%)	Encaminado	Tasa de referencia	Encaminado	TMAR actual (%)	TMAR requerida (%)	Encaminado
Santa Lucía		3,4		6,3			3,7	Sí	2,9	5,2	No
San Vicente y las Granadinas									3,1	5,2	No
Surinam	4,9	3,6	Sí	4,0	-3,4	No	5,0	No	3,2	5,2	No
Trinidad y Tobago									3,1	5,2	No
Uruguay	2,6	3,5	No	7,2	2,7	No	1,3	Sí	0,6	5,2	No
Venezuela	2,5	3,7	No	6,4	-2,2	No	4,1	Sí	3,2	5,2	No

América del Norte (n =2)											
Canadá									-1,5	5,2	No
Estados Unidos	3,9	4,2	No	6	1,2	Sí	0,5	Sí	-3,4	5,2	No

Oceanía (n = 14)											
Australia									-1,2	5,2	No
Fiji									2,7	5,2	No
Kiribati									2,3	5,2	No
Islas Marshall									2,3	5,2	No
Micronesia									0,4	5,2	No
Nauru		3,9		2,8			1,0	Sí			
Nueva Zelanda									-2,8	5,2	No
Palau											
Papúa Nueva Guinea	-3,0	4,7	No	13,8	-41,9	No	14,1	No	2,1	5,2	No
Samoa									2,0	5,2	No
Islas Salomón		4,3		2,5			4,3	Sí	2,3	5,2	No
Tonga									2,1	5,2	No
Tuvalu		3,9		6,3			3,3	Sí			
Vanuatu		4,3		4,7			5,9	No	5,2	5,2	Sí

APÉNDICE 4: GASTOS DE LOS DONANTES EN INTERVENCIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS Y ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN

En el Cuadro A.4 se indican los compromisos de los donantes en intervenciones y programas específicos y enfocados a la nutrición en 2010 y 2012, y cuánto desembolsaron realmente en esos años. Las intervenciones o programas específicos sobre nutrición son aquellos que abordan los determinantes inmediatos de la nutrición y el desarrollo fetal y del niño: ingesta de alimentos y nutrientes adecuada, prácticas de alimentación, cuidados y paternidad y una carga baja de enfermedades infecciosas. Entre los ejemplos, se encuentran salud y nutrición de adolescentes, preconcepcional y materna; suplemento dietario o con micronutrientes de la madre; promoción de lactancia óptima; alimentación complementaria y prácticas de alimentación y estimulación atentas; suplemento de la dieta; diversificación y complemento o fortificación de nutrientes para los niños; tratamiento de la malnutrición aguda severa; prevención y gestión de la malnutrición aguda moderada; y nutrición ante emergencias.

Las intervenciones o programas enfocados a la nutrición son aquellos que abordan los determinantes subyacentes de la nutrición y el desarrollo fetal y del niño: seguridad alimentaria, recursos de cuidado adecuados en el nivel de la madres, los hogares y las comunidades; y acceso a servicios de salud y a un entorno seguro e higiénico, y que incorporan objetivos y acciones específicos de nutrición. Los programas enfocados a la nutrición

pueden actuar como plataformas para la implementación de intervenciones específicas para la nutrición, aumentando potencialmente su escala, cobertura y eficacia. Entre los ejemplos de estos programas, se encuentran: agricultura y seguridad alimentaria; redes de seguridad social; desarrollo infantil temprano; salud mental materna; empoderamiento de la mujer; protección infantil; escolarización; agua, saneamiento e higiene; y servicios de salud y planificación familiar. Estas definiciones de “específicos de nutrición” y “enfocados a la nutrición” guardan conformidad con la serie sobre salud materna e infantil de 2013 de *The Lancet*.

Para todos los donantes, los compromisos representan la suma total reservada por un donante, respaldada por la consignación y disponibilidad de los fondos necesarios, para proporcionar una cantidad determinada de recursos para el beneficio de un país, organismo y organización no gubernamental receptor. Los compromisos multianuales pueden establecerse en un año y desembolsarse en varios. Se observa cierta variación en la forma en que se notifican los desembolsos. Por ejemplo, la cifra de desembolso total de 2012 de la UE representa todos los desembolsos en relación con sus compromisos de 2012, independientemente del año en que se desembolsan. Los donantes restantes han notificado sus desembolsos en función de los compromisos establecidos en el año en curso y los anteriores.

CUADRO A.4 GASTOS DE LOS DONANTES EN LAS CATEGORÍAS ESPECÍFICAS DE NUTRICIÓN Y ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN, 2010 Y 2012 (MILES DE US\$)

	Específicos de nutrición				Enfocados a la nutrición				Compromisos totales			Desembolsos totales		
	Compromisos		Desembolsos		Compromisos		Desembolsos		Compromisos totales		Cambio	Desembolsos totales		Cambio
Donante	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012		2010	2012	
Alemania ^c	4.550	1.687	2.987	2.719	19.104	37.951	18.856	29.139	23.654	39.638		21.843	31.858	
Australia			6.672	16.516			49.903	114.553				56.575	131.069	
Canadá ^a	61.280	163.118	98.846	205.463	49.053	76.948	80.179	90.171	110.333	240.066		179.025	295.634	
Estados Unidos ^f	414.730	339.879	8.820	68.380	3.259.518	3.157.153	PD	PD	3.674.248	3.497.032		PD	PD	PD
Francia	3.585	4.737	2.895	3.852	233.40	27.141	23.003	27.141	26.925	31.878		25.898	30.993	
Irlanda ^d	7.691	7.565	7.691	7.565	34.806	45.412	34.806	45.412	42.497	52.977		42.497	52.977	
Países Bajos	4.487	36.314	2.661	4.007	381	80.674	2.484	20.160	4.868	116.988		5.145	24.167	
Reino Unido	20.762	12.925	39.860	63.127	164.992	246.065	302.215	412.737	185.754	258.990		342.075	475.864	
Suiza ^e					23.976	43.733	21.099	28.800	23.976	43.733		21.099	28.800	
UE ^b	67.060	24.075	50.889	8	425.917	543.883	392.563	309.209	492.977	567.958		443.452	309.217	
Banco Mundial	54.513	248.171	61.160	21.873	1.928.471	852.750			1.982.984	1.100.921		61.160	21.873	
Fundación Bill y Melinda Gates	19.540	49.960	50.060	80.610	23.330	18.560	12.320	34.860	42.870	68.520		62.380	115.470	
Fundación Children's Investment Fund ^g	6.402	36.996	980	5.481					6.402	36.996		980	5.481	
Total	664.600	925.427	333.521	479.601	5.952.888	5.130.270	937.428	1.112.182	6.617.488	6.055.697		1.262.129	1.523.403	

Fuente: Autores.

Notas: Color verde = aumento; color anaranjado = disminución; PD = por determinar.

^a El compromiso refleja la suma total reservada para esta inversión. A fin de determinar si la suma comprometida se ha desembolsado por completo, deberían examinarse los desembolsos para cada año de la inversión. Dado que en Canadá se usan códigos múltiples para clasificar las inversiones, una pequeña proporción del presupuesto para inversiones enfocadas a la nutrición puede estar capturada en el total para específicos de nutrición. Como tales, estas inversiones no hubiera sido consideradas para las cifras de enfocados a la nutrición.

^b La base de referencia de Nutrición para el Crecimiento (N4G) cubre los compromisos de la UE únicamente. Los compromisos de la UE son acuerdos en firme con un asociado que conllevan un presupuesto específico. Los desembolsos notificados para los años 2010 y 2012 corresponden a la suma de los pagos realizados por los compromisos de los años 2010 y 2012 únicamente. Para la asistencia humanitaria, los compromisos se desembolsan dentro de un período de 24 meses como máximo.

^c La base de referencia pertinente de N4G cubre el compromiso del Ministerio Federal Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) únicamente (en miles de US\$): compromisos específicos de nutrición (2010): US\$1.766; y compromisos enfocados a la nutrición (2010): US\$19.104. Los totales para Alemania no incluyen asistencia humanitaria.

^d Irlanda aplica un ciclo de efectivo anual, por lo que los compromisos son equivalentes a los desembolsos.

^e Estas cifras para Suiza son provisionarias. Incluyen una proporción importante de inversiones enfocadas a la nutrición y contabilizadas bajo ayuda humanitaria en el Sistema de notificación de los países acreedores del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, tales como suministro en especie de productos lácteos suizos.

^f El desarrollo de los presupuestos de Estados Unidos para programas específicos de nutrición y enfocados a la nutrición fue un esfuerzo de colaboración en el que participaron la Agencia de Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), la Millennium Challenge Corporation y los Departamentos de Estado, del Tesoro y de Agricultura de Estados Unidos. Basándose en las definiciones de programas específicos de nutrición y enfocados a la nutrición de la serie 2013 de The Lancet, los departamentos y agencias analizaron programas para identificar recursos atribuibles a intervenciones específicas para la nutrición y enfocadas a la nutrición. Para la programación de intervenciones específicas para la nutrición, se consideraron las siguientes corrientes de financiación: Asistencia para el Desarrollo de USAID; Fondo de apoyo económico de USAID; Programas de salud globales de USAID; Fondos para el desarrollo comunitario de USAID; Fondo Food for Peace Title II/Community Development Resilience de USAID; Fondo Food for Peace Title II/Emergency de USAID; Asistencia para desastres internacionales de USAID; Millennium Challenge Corporation; Programas de salud global del Departamento de Estados Unidos (Plan de emergencia del Presidente para el alivio del SIDA); y Programa Mundial de Agricultura y Seguridad Alimentaria del Departamento del Tesoro (GAFSP). Los departamentos y las agencias también proporcionaron descripciones de actividades identificadas ya sea como específicas para la nutrición o enfocadas a la nutrición en cuadros de recursos adjuntos. Los programas luego fueron revisados por expertos técnicos y responsables de las políticas para asegurar que los recursos guardaran plena conformidad con las definiciones.

^g Tanto los compromisos como los desembolsos de la Fundación Children's Investment Fund se han incluido como sumas contratadas (o transferidas) para un solo año; históricamente, el CIFF no ha celebrado contratos multianuales.

APÉNDICE 5: ¿CÓMO PUEDE MEDIRSE EL GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL?

Este informe, basándose en publicaciones recientes sobre responsabilidad respecto a la nutrición (Kraak et al. 2014; te Lintelo 2014), usa un marco de responsabilidad simple como guía para su labor: identificar los compromisos, hacer un seguimiento de los progresos, identificar las responsabilidades, utilizar las responsabilidades y responder ante ellas. En el Cuadro A.5 se describe de qué manera el informe intenta promover la responsabilidad respecto a la nutrición (incluida su propia responsabilidad) en cada etapa del ciclo.

Las cuestiones relacionadas con 1) la validación de datos, 2) la independencia, 3) la legitimidad, y 4) la sostenibilidad del informe se abordan en un documento que se encuentra en el sitio web del informe (www.globalnutritionreport.org). Los primeros tres de estos aspectos del informe se pueden describir brevemente:

1. *Validación de datos.* Los datos y las conclusiones del informe serán validados (o no) por medio de una serie de revisiones (internas y externas), transparencia de los procesos, acceso abierto a todos los datos y presentaciones en los países.
2. *Independencia.* Cada miembro del Grupo de expertos independientes (IEG, por sus siglas en inglés) tiene una perspectiva particular dada su capacitación, ubicación geográfica e institucional y experiencias de vida. La composición del IEG es diversa, y se basa principalmente en las perspectivas, la reputación y la pericia individuales.

Las personas se nombran en forma abierta, y el proceso de selección se especificó en el momento de la designación. Las declaraciones de los miembros del IEG en cuanto a conflictos de interés en el sitio web promueven la transparencia y respaldan la confianza en su independencia. El informe también cuenta con organizaciones de financiación diversas, y esta diversidad es una protección contra la dependencia.

3. *Legitimidad.* ¿A quién se dirige este informe, y por qué es digno de atención? La legitimidad del informe se basa en el llamamiento formulado por el Pacto Nutrición para el Crecimiento a la realización de un informe sobre la responsabilidad. Este llamamiento se profundizó aún más mediante la creación de un Grupo de partes interesadas que estableció el mandato oficial para el informe, incluida la formación de un IEG que sería responsable de la calidad del informe. No obstante, en cuestiones de legitimidad, ni el Grupo de partes interesadas ni el IEG son entidades formales y entonces son especialmente pertinentes. Hemos intentado fortalecer nuestra legitimidad siendo inclusivos en todas las etapas. En última instancia, la calidad (rigor, pertinencia, innovación, exhaustividad, oportunidad y accesibilidad) del informe determinará el interés o la atención merecida.

CUADRO A.5 APLICACIÓN DEL MARCO DE RESPONSABILIDAD EN LOS PROCESOS PROPIOS DEL INFORME

Etapa en el ciclo de responsabilidad	Acciones para promover la responsabilidad en esta etapa	Comentarios
1. . Identificar los compromisos (¿quién se comprometió a hacer qué, y para cuándo?)	Explicito: Declaraciones públicas sobre el compromiso Destacamos: • Las metas de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) • Los compromisos de N4G • Cartas constitutivas/leyes/políticas/planes Implícito: Sin metas Destacamos el sentido y la velocidad de cambio de los indicadores que las pruebas y la teoría sugieren que son buenos sustitutos de los resultados y los determinantes del estado nutricional.	Algunos compromisos (por ejemplo, lo resultados relativos al estado nutricional) son difíciles de identificar en una sola parte responsable (por ejemplo, los gobiernos no están en control total de estos resultados).
2. Hacer un seguimiento de un conjunto de indicadores clave, algunos de los cuales pueden tener compromisos explícitos	• Observamos una serie de 84 indicadores para tantos países como resultó posible. • Los progresos de algunos indicadores se miden en relación con metas con plazos temporales; otros no. • Algunos progresos se pueden verificar (por ejemplo, los datos de estado nutricional de las encuestas, la observación a nivel nacional del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna) y otros no (es decir, indicadores notificados por los interesados para los que se cuenta con capacidad para hacer verificaciones, tales como los gastos de las asociaciones de la sociedad civil).	• La calidad y disponibilidad de los datos varían entre los diferentes indicadores. • Muchos indicadores son notificados por los propios interesados. • Señalamos aquellos casos en que la calidad es variable.
3. Identificar la responsabilidad (¿se ha cumplido el compromiso?)	En el informe, identificamos qué compromisos se han cumplido y cuáles no de manera transparente, haciendo hincapié en cómo disminuir los cuellos de botella.	Evitamos “nombrar y avergonzar” de manera contraproducente.
4. Usar la responsabilidad	El informe busca crear una serie de espacios y herramientas reales y virtuales (tales como visualización de datos y los perfiles nutricionales de país de dos páginas) para que la sociedad civil haga responsables a aquellos que contrajeron compromisos y para que aquellos que contrajeron compromisos aporten sus perspectivas (por medio de blogs, paneles y 10 presentaciones del informe).	Además de la presión de la opinión pública, hay pocas maneras formales para crear incentivos para cumplir los compromisos o sanciones por no cumplirlos. Las sanciones demasiado fuertes pueden reducir el número de compromisos.
5. Responder a la responsabilidad	En los informes subsiguientes, se actualizarán los compromisos y se hará un seguimiento de esos compromisos con paneles e información de seguimiento destacada.	Hasta cierto punto, debemos depender de informes propios.

Fuente: Autores, basándose en Kraak et al. (2014) y te Lintelo (2014).

APÉNDICE 6: DISPONIBILIDAD DE DATOS PARA LOS INDICADORES DE NUTRICIÓN DE LOS PERFILES DE PAÍS

CUADRO A.6 NÚMERO DE PAÍSES CON DATOS PARA CADA INDICADOR

Indicador	Número de países con datos	Comentario sobre el método aplicado para buscar el número de países con datos sobre tendencias
Datos económicos y demográficos		
Población (000)	193	
Población de menores de 5 años (000)	183	
Población urbana (%)	193	
Población > 65 años (%)	183	
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por 1.000 nacidos vivos)	192	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2012).
Tasas de pobreza (% de la población que vive con US\$1,25/día)	35	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Tasas de pobreza (% de la población que vive con US\$2/día)	35	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
PIB per cápita (paridad del poder adquisitivo en \$ internacionales constantes de 2011)	168	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2013).
Desigualdad de los ingresos (Índice Gini)	35	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Antropometría de la niñez		
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años (%)	125	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente.
Emaciación en niños menores de 5 años (%)	123	
Emaciación severa en niños menores de 5 años (%)	114	
Sobrepeso en niños menores de 5 años (%)	117	
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años, total de la población afectada (miles)	123	
Emaciación en niños menores de 5 años, total de la población afectada (miles)	121	
Sobrepeso en niños menores de 5 años, total de la población afectada (miles)	115	
Cambios en la prevalencia de retraso en el crecimiento con el tiempo, por quintil de riqueza	80	
Incidencia de bajo peso al nacer	176	
Estado nutricional de adolescentes y adultos		
Sobrepeso en adolescentes (%)	60	
Obesidad en adolescentes (%)	60	
Mujeres en edad reproductiva, delgadez (%)	67	
Mujeres en edad reproductiva, talla baja (%)	67	
Sobrepeso en adultos (%)	188	
Obesidad en adultos (%)	188	
Mujeres en edad reproductiva con anemia, total de la población afectada (%)	185	
Mujeres en edad reproductiva con anemia, total de la población afectada (000)	185	
Deficiencia de vitamina A en niños de edad preescolar (%)	154	
Clasificación de la población según el estado nutricional respecto al yodo	125	
Glucosa en sangre alta (%)	188	
Presión arterial alta (%)	188	
Colesterol en sangre alto (%)	188	

Fuente: Autores.

Nota: ENT = enfermedades no transmisibles; MER = mujeres en edad reproductiva.

Continúa

Indicador	Número de países con datos	Comentario sobre el método aplicado para buscar el número de países con datos sobre tendencias
Indicadores de la Asamblea Mundial de la Salud: progresos respecto a las metas globales de la AMS		
Retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años actualmente bien encaminado/mal encaminado	109	
Emaciación en niños menores de 5 años actualmente bien encaminado/mal encaminado	123	
Sobrepeso en niños menores de 5 años actualmente bien encaminado/mal encaminado	117	
Anemia en las MER actualmente bien encaminado/mal encaminado	185	Estos son datos modelados; el número real de encuestas es muy bajo.
Cobertura de las intervenciones y prácticas de alimentación de los niños		
Dieta mínima aceptable de niños de 6–23 meses de edad (%)	27	
Diversidad mínima de la dieta de niños de 6–23 meses de edad (%)	27	
Atención prenatal (más de 4 visitas) (%)	123	
Asistencia calificada en el parto (%)	176	
Necesidad insatisfecha de planificación familiar (%)	131	
Iniciación temprana de la lactancia materna (dentro de la primera hora después del nacimiento) (%)	116	
Tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses (%)	112	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente.
Continuidad de la lactancia materna al año (%)	120	
Malnutrición aguda severa, cobertura geográfica (%)	47	
Suplementación de vitamina A, cobertura completa (%)	62	
Niños menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%)	115	
Cobertura de vacunación; dosis completas de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) (%)	192	
Consumo de sal yodada (%)	128	
Determinante subyacentes		
Desnutrición (%)	81	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2014).
Disponibilidad de frutas y verduras (gramos)	169	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2011).
Calorías disponibles de alimentos no básicos (%)	169	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2009).
Índice de desigualdad de género (puntuación)	148	
Índice de desigualdad de género (clasificación del país)	148	
Densidad de población de trabajadores de la salud (cada 1.000 personas): Médicos	191	
Densidad de población de trabajadores de la salud (cada 1.000 personas): Enfermeras y parteras	186	
Densidad de población de trabajadores de la salud (cada 1.000 personas): Trabajadores de la salud comunitarios	62	
Maternidad precoz: alumbramientos antes de los 18 años de edad (%)	105	
Matrícula femenina en la escuela secundaria (%)	110	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2012).
Cobertura de saneamiento mejorado (%)	188	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente.
Cobertura de fuentes de agua potable mejoradas (%)	189	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente.

Continúa

Cuadro A.6 continuación

Recursos financieros y arreglos normativos, legislativos e institucionales		
Gasto gubernamental en agricultura (%)	74	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Gasto gubernamental en protección social (%)	79	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Gasto gubernamental en educación (%)	80	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Gasto gubernamental en salud (%)	80	Estos son datos de tendencias, y aquí la disponibilidad de datos se cuenta desde el año más reciente (2010).
Indicador	Número de países con datos	Comentario sobre el método aplicado para buscar el número de países con datos sobre tendencias
Recursos financieros y arreglos normativos, legislativos e institucionales		
Aplicación nacional del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	165	
Alcance del derecho constitucional a la alimentación	136	
Protección de la maternidad (Convenio Núm. 183)	169	
Legislación de fortificación de la harina de trigo	181	
Desnutrición mencionada en los planes de desarrollo y las estrategias de crecimiento económico nacionales e	107	
Disponibilidad y etapa de aplicación de directrices/protocolos/normas para la gestión de las ENT: Diabetes	179	
Disponibilidad y etapa de aplicación de directrices/protocolos/normas para la gestión de las ENT: Hipertensión	178	
Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países: Creación de un espacio compartido en el que las personas puedan tomar medidas (%)	50	
Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países: Garantía de un marco político y legal coherente (%)	50	
Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países: Alineamiento de los programas en torno a un marco común de resultados (%)	50	
Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países: Supervisión financiera y movilización de los recursos (%)	50	
Fomento de la Nutrición (SUN), transformaciones institucionales de los países: Total ponderado (%)	50	

CAPÍTULO 1

- 1 La Organización Mundial de la Salud calcula que, por lo menos, un tercio de la población mundial está afectada por la malnutrición de micronutrientes (Allen et al. 2006) y que, en 2008, más de 1.400 millones de adultos de más de 20 años de edad tenían sobrepeso (OMS 2014b).
- 2 Las necesidades nutricionales cambian a lo largo de la vida, y una nutrición adecuada y temprana (en particular, en los primeros 1.000 días entre el embarazo de una mujer y el segundo cumpleaños de un niño) tiene beneficios enormes durante el ciclo de vida y a través de las generaciones.
- 3 El alcance de los progresos en los resultados relativos a la nutrición dependerá de factores externos tales como el clima, los conflictos, el comercio y las crisis financieras, las oportunidades políticas generadas por los cambios de liderazgo o las crisis y la capacidad de los diferentes actores de poner en práctica acciones pertinentes para la nutrición. Los datos pueden jugar un papel esencial para fortalecer el compromiso y guiar la acción, pero son solo uno de los factores que están en juego.
- 4 Para más información, véase <http://globalnutritionreport.org/governance/concept-note/>.
- 5 El criterio principal para la selección de los indicadores fueron las pruebas de la pertinencia para mejorar los resultados relativos a la nutrición. Se consideraron, sin incluirlos, muchos otros indicadores, dado que había pocas pruebas de su importancia para los resultados sobre nutrición o bien no estaban disponibles para un puñado de países. El perfil nutricional de cada país del sitio web del *Informe de la nutrición mundial* (www.globalnutritionreport.org) incluye una justificación para cada uno de los indicadores incluidos y para los indicadores que se tomaron en consideración, pero que no se incluyeron. En el Apéndice 1, se describe cómo usar los perfiles nutricionales del país como herramienta de diagnóstico y, en el Apéndice 6, se presenta un resumen de los indicadores por categoría. La Nota técnica 1 (*Technical Note 1*, disponible en www.globalnutritionreport.org) proporciona definiciones y fuentes de datos completas para los 82 indicadores.
- 6 En el sitio web del *Informe de la nutrición mundial* (www.globalnutritionreport.org), pueden consultarse datos clave, como perfiles nutricionales de país, paneles más detallados y paneles adicionales a los del informe, cuadros de seguimiento detallados de Nutrición para el Crecimiento y blogs y artículos de noticias relacionados.

Panel 1.1

- 1 Estos conceptos de basan en Ruel y Alderman (2013), Gillespie et al. (2013) y Haddad e Ikenman (2014).

CAPÍTULO 2

- 1 Por cierto, pueden ser más competitivos porque excluyen varias categorías de beneficios que se incluyeron en estos estudios del sector de la salud: 1) el valor social de la vida humana, 2) morbilidad evitada y 3) cambios en el ratio de dependencia debido a disminuciones subsiguientes de la fertilidad resultante de la mejora en la supervivencia de los niños.

- 2 La OMS marca la progresión requerida para que los países cumplan las metas como la tasa media anual de reducción (TMAR) o la tasa media anual de aumento (TMAA). Se pueden aplicar a los índices de prevalencia o a la cantidad de individuos. Por ejemplo, la TMAR para un cambio de un índice de retraso en el crecimiento de 40% en 2005 (P1) a un índice de 30% en 2012 (P2), con un marco temporal de siete años es $([7\sqrt{(P2/P1)}] - 1) * 100 =$ una TMAA de $-4,026\%$ o una TMAR de $4,026\%$. La TMAA es análoga a una tasa de interés compuesto que genera P2 después de aplicarse a P1 durante un período, en este caso, de siete años. Para consultar más detalles, véase http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf.
- 3 Por ejemplo, la meta de la AMS de reducir el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento de 162 millones en 2012 a 102,5 millones en 2025 se traduce en una tasa media anual de reducción (TMAR) del 3,9% (de Onis et al. 2013). Sin embargo, los datos nuevos sobre retraso en el crecimiento de la India pueden generar una oportunidad para medidas más ambiciosas. Si el número de niños con retraso en el crecimiento a nivel mundial es, digamos, de alrededor de 150 millones (en lugar de 162 millones como en el Cuadro 2.3.) debido a los nuevos resultados obtenidos en India, una TMAR del 3,9% de 2013 a 2025 reduciría el número de niños con retraso en el crecimiento a alrededor de 93 millones y a 76 millones para 2030. Asimismo, a medida que bajan los índices de prevalencia, resulta más sencillo desde el punto de vista matemático alcanzar una determinada TMAR, lo que sugiere que deberíamos aumentar nuestras ambiciones en cuanto a la TMAR a medida que se logran progresos en los índices de retraso en el crecimiento. Un aumento modesto en la TMAR objetivo al 4,2%, aplicado desde 2013 hasta 2030, a partir de una base de 150 millones de niños con retraso en el crecimiento llevaría la meta para 2030 a 61 millones. No sugerimos esto como un ODS de retraso en el crecimiento para 2030, explicamos que es hora de reevaluar nuestras aspiraciones en cuanto a las mejoras en el estado nutricional para 2030 en vista de los datos y pruebas nuevos.

Panel 2.2

- 1 Se realizaron mediciones antropométricas para 90.667 niños menores de 5 años de edad. Las consultas sobre los detalles metodológicos pueden dirigirse a la oficina del UNICEF en India.

Panel 2.3

- 1 Haddad et al. (2014) recurrieron a un examen de los estudios e informes existentes, una comparación de los datos de estudios de 2005-2006 y 2012 y un conjunto de 28 entrevistas con partes interesadas en cuatro distritos.

Panel 2.4

- 1 A partir de una muestra multianual que cubría entre 1970 y 2012, y 116 países en desarrollo de ingresos bajos y medianos (que representan el 96% de la población del mundo en desarrollo), generamos cálculos de regresión para las asociaciones entre la prevalencia del retraso en el crecimiento y los seis determinantes subyacentes del retraso en el crecimiento. El modelo de regresión (con seis determinantes subyacentes aproximados, variables de país ficticias y variables de período ficticias) predijo gran parte de la variación en el retraso en el crecimiento y se mantuvo estable con el correr del tiempo (antes y después de 2000).

2 Para el acceso a fuentes de agua mejoradas, Brasil tenía un nivel del 95% en 2006; Vietnam tenía acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas en un 76% en 2011 y Sri Lanka en un 89% en 2006. Para la matrícula femenina en la escuela secundaria, Sudáfrica publicó una tasa del 95% en 2008. Para la razón de expectativa de vida entre hombres y mujeres, Indonesia tenía un valor de 1,06 en 2004, Honduras de 1,07 en 2005, y la República Centroafricana tenía un valor de 1,08 en 2010. En cuanto al suministro de energía alimentaria, Ghana tenía 2.934 en 2011. Finalmente, para la proporción de suministro de energía alimentaria de alimentos no básicos, Guatemala tenía un 49% en 2008, Brasil un 64% en 2006, Tailandia un 50% en 2005 y Suazilandia un 45% en 2005.

CAPÍTULO 3

- 1 La justificación y formulación de las metas de nutrición de la AMS se indican en la OMS (2012b).
- 2 En este momento, es imposible evaluar si se están logrando progresos suficientes país por país en cuanto al bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva porque el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial no han terminado de establecer las normas para determinar tales progresos.
- 3 El retraso en el crecimiento consiste en dos desviaciones estándar por debajo de la curva de la estatura media de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS para los niños de 0 a 59 meses de edad.
- 4 En parte, esto refleja el hecho de que un determinado cambio en puntos porcentuales genera una tasa media anual de reducción o aumento más alta y con prevalencias más bajas.
- 5 El sobrepeso consiste en dos desviaciones estándar por encima de la curva de peso medio de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS para los niños de 0 a 59 meses de edad.
- 6 La emaciación consiste en dos desviaciones típicas por debajo de la curva de peso por estatura media de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS para los niños de 0 a 59 meses de edad.
- 7 La lactancia materna exclusiva consiste en la práctica de alimentar a los lactantes de menos de seis meses exclusivamente con leche materna.
- 8 No podemos informar acerca de las regiones de Europa y América del Norte de las Naciones Unidas debido a la falta de datos. No hay datos comparables internacionalmente y disponibles para América del Norte; para Europa hay datos para solo 10 de 43 países, lo que cubre solamente el 14% de la población de la región.
- 9 El bajo peso al nacer se define como un peso al nacer menor a 2.500 gramos.
- 10 En los países de ingreso bajo y mediano bajo, no se pesa a la mayoría de los niños al nacer. A fin de ayudar a representar la gran proporción de recién nacidos que no se pesan, los datos del estudio se someten a una serie de ajustes (véase la Nota técnica 9 [Technical Note 9] disponible en www.globalnutritionreport.org). Si bien los métodos podían aplicarse cuando se propusieron originalmente, y arrojaban valores plausibles para el bajo peso al nacer en los países que tenían datos disponibles en ese entonces, debido a los cambios en diversos factores (tales como proporción de recién nacidos pesados al nacer y la proporción de pesos al nacer registrados conforme a los recuerdos de la madre en contraposición a una tarjeta de salud) los ajustes parecen ser menos sólidos en algunos casos. Esto ha planteado interrogantes acerca de las series temporales en varios países. Por lo tanto, el UNICEF, la OMS, la Universidad John Hopkins y la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical están llevando a cabo estudios metodológicos para determinar la pertinencia de una revisión de los procedimientos de ajuste. Hasta ese entonces, no habrá series temporales disponibles del UNICEF y la OMS.
- 11 La anemia implica niveles de hemoglobina menores que 12 g/dl para las mujeres en edad reproductiva no embarazadas (15 a 49 años) y menores que 11 g/dl para las mujeres embarazadas.

- 12 La clasificación de los países en este informe es única responsabilidad del Grupo de expertos independientes del *Informe de la nutrición mundial* y no representa necesariamente la opinión o evaluación de la OMS. La OMS notificará sobre la progresión hacia el logro de las metas globales de nutrición de la AMS en el 68° período de sesiones de la AMS, en mayo de 2015.
- 13 Los países de cada categoría se indican en el Apéndice 2.
- 14 Las tendencias de emaciación entre estudios con varios años de diferencia entre sí, dada su gran sensibilidad respecto al marco temporal, no son consideradas significativas por la OMS y, por lo tanto, no se usa la tasa media anual de reducción como una regla para determinar si los países están bien encaminados o no. No obstante, esta no es una opinión universal y no todas las tendencias de emaciación están relacionadas con crisis; de allí se desprende el valor indicado en el Cuadro 3.2.
- 15 En el Apéndice 3 se indica la progresión para todos los países e indicadores.
- 16 1000 Days y la Fundación Bill y Melinda Gates, dos miembros del grupo de partes interesadas de este informe, están desarrollando políticas de la AMS, y procuraremos colaborar en el desarrollo de estas perspectivas, a fin de que sean tan útiles como resulte posible para los organismos responsables.

CAPÍTULO 4

- 1 En un país, Yemen, coexisten delgadez y talla baja en mujeres en edad reproductiva y obesidad femenina.

Panel 4.4

- 1 Indio americano y nativo de Alaska es la clasificación oficial para este grupo de población en el censo de Estados Unidos (Oficina del Censo de Estados Unidos 2014).
- 2 Los objetivos de estado nutricional y peso pueden consultarse en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2014).

CAPÍTULO 5

- 1 La cobertura de servicios de agua y saneamiento se describe en el Capítulo 6.
- 2 Hay otros indicadores sobre administración de suplementos de hierro y ácido fólico disponibles; elegimos el indicador que tiene probabilidades de tener el efecto más amplio sobre el estado nutricional.
- 3 La diversidad mínima de la dieta es la proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios. La dieta mínima aceptable es un indicador compuesto que se calcula sobre la base de: 1) la proporción de niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron por lo menos la diversidad mínima de la dieta y la frecuencia mínima de comidas el día anterior, y 2) la proporción de niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron por lo menos dos comidas de leche y que tuvieron, por lo menos, la diversidad mínima de la dieta sin incluir la leche y la frecuencia mínima de comidas el día anterior (OMS 2008b).
- 4 En 2007, la OMS introdujo cambios en las definiciones de los indicadores de prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños (OMS 2008b). El criterio para la diversidad mínima de la dieta se cambió a cuatro o más grupos alimentarios para los niños de 6 a 23 meses de edad, en lugar de aplicar criterios separados para los niños amamantados (tres o más grupos alimentarios) y los niños no amamantados (cuatro o más grupos alimentarios,) con el fin de reflejar la calidad de la alimentación complementaria. Además, los "huevos" se contaron como un grupo alimentario separado de la carne de aves. Las encuestas de demografía y salud en las que estos dos cambios no se notificaron de manera adecuada fueron excluidas de la base de datos,

aun cuando se hubieran realizado después de 2007 (OMS 2008a), a efectos de presentar solamente datos que se basaran en las definiciones y los criterios más actualizados. Dado que la dieta mínima aceptable es un indicador compuesto que incluye la diversidad mínima de la dieta, se aplicaron criterios similares. Las encuestas de 27 países respetaron ambos criterios.

- 5 La disponibilidad limitada de índices de cobertura nacional para el suplemento con vitamina A para algunas subregiones de las Naciones Unidas significa que solo podemos informar respecto a las subregiones donde se notificaron datos para por lo menos el 50% de la población subregional.
- 6 El método más común utilizado para en las encuestas de hogares para evaluar el yodo en la sal es el estuche de prueba rápida (RTK, por sus siglas en inglés). Si bien estos estuches se han usado desde hace mucho tiempo para evaluar si la sal tiene un contenido de yodo "adecuado" (> 15 partes por millón) o "inadecuado" (0 a 15 partes por millón), las directrices más recientes indican que los estuches RTK solamente pueden proporcionar información sobre la presencia o ausencia de yodo. Se requieren métodos alternativos, como valoración volumétrica, para determinar la cantidad de yodo en la sal y, por lo tanto, para la medición del indicador estándar (OMS, UNICEF, ICDD 2007). La aparente falta de precisión de las estimaciones basadas en estuches RTK podría plantear preguntas acerca de la comparabilidad con el correr del tiempo y, por lo tanto, el UNICEF considera inapropiado proporcionar tendencias en este momento.
- 7 No se puede contar con datos para todas estas intervenciones para los países de ingresos más altos porque algunas serían suplementadas por los propios interesados (como en el caso del hierro y el ácido fólico) y, por lo tanto, no se recogen en los datos; además, algunas no se recomiendan para todos los países (como el complemento con vitamina A).
- 8 Excluimos el suplemento con zinc para la diarrea del análisis que figura en el cuadro porque esta cobertura es muy baja. Para las restantes 5 intervenciones y prácticas, usamos un nivel de cobertura conservador del 50% para cada uno.
- 9 Para los niños menores de 5 años, la OMS/UNICEF definen la MAM como una puntuación Z de peso para la estatura < -2 desviaciones estándar (SD) pero > -3 SD. La MAS se define como una puntuación Z de < -3 (emaciación severa), perímetro braquial de < 11,5 cm, edema bilateral con fovea o kwashiorkor marásmico (tanto emaciación como edema). La definición aparece en <http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/13.html> (solamente en inglés).
- 10 La emaciación se define como una puntuación Z de peso para la estatura de < -2 SD.

Panel 5.1

- 1 La red de monitoreo de la cobertura (Coverage Monitoring Network) es una iniciativa de varios organismos financiada en forma conjunta por la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea y la Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero de la Agencia de Desarrollo Internacional de Estados Unidos. Tiene el objetivo de mejorar los programas de nutrición promoviendo herramientas de evaluación de cobertura de alta calidad, el fortalecimiento de las capacidades y el intercambio de información. Para obtener más información, visite www.coverage-monitoring.org.

CAPÍTULO 6

- 1 Hay pocos análisis econométricos de los determinantes subyacentes de la obesidad en una variedad amplia de países, y estos tienden a centrarse en los ingresos, la urbanización y el precio de los alimentos (por ejemplo, Font et al. 2010; Popkin et al. 2012; Ruel y Alderman 2013).

- 2 Tenemos la intención de concentrarnos en la protección social, la educación, los sistemas de salud y los programas de autonomía y responsabilización de la mujer en los futuros *Informes de la nutrición mundial*.
- 3 Véanse los detalles sobre la metodología en la Nota técnica 3 (Technical Note 3) en www.globalnutritionreport.org. Es necesario continuar trabajando para comprender si este indicador añade valor y si se debería presentar en los *Informes de la nutrición mundial futuros*.
- 4 Al igual que con la prevalencia de la anemia, los datos de cobertura para agua, saneamiento e higiene están basados en modelos y, por lo tanto, hay estimaciones (y no datos) disponibles para cada país.
- 5 Además, no resulta claro qué nivel de mejora poseen las "otras fuentes mejoradas". La OMS y el UNICEF (2014) definen las "otras fuentes mejoradas" como la proporción de personas que utilizan grifos públicos, pozos perforados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos o acopio de agua de lluvia."
- 6 El índice puede ser superior a 100 si existe una alta incidencia de repetición de grados, por lo que una tasa óptima se ubica ligeramente por encima de 100.
- 7 Resulta difícil encontrar datos sobre agua, saneamiento e higiene. El informe *Government Spending Watch* (2013) encontró datos para solo 30 países. El informe indica que:

debido a las dificultades para desglosar los gastos en agua y saneamiento en el nivel de los países, este informe GSW evalúa los progresos de los países respecto a un objetivo general del 1,5% del PIB. Los gastos previstos se encuentran muy por debajo de este objetivo en la mayoría de los países, como se muestra en la Figura 3.21. De los 30 países para los que el informe GSW tiene datos, 7 (Camboya, Lesoto, Mozambique, Níger, Samoa, las Islas Salomón y Tanzania) han gastado recientemente más del 1,5% de su PIB en agua, saneamiento e higiene. Sin embargo, otros 9 países (República Centroafricana, Costa de Marfil, Ghana, Guyana, Haití, Madagascar, Liberia, Papúa Nueva Guinea y Gambia) están gastando mucho menos que el 0,5% del PIB (la cantidad necesaria únicamente para saneamiento) en todos los aspectos relacionados con agua, saneamiento e higiene. (pág. 39).

- 8 USAID (2013) presenta una sólida reseña acerca de cómo incluir el agua, el saneamiento y la higiene en la programación para la nutrición, pero no hemos encontrado directrices para aplicar el proceso inverso; es decir, cómo incluir la nutrición en la programación para agua, saneamiento e higiene. Agradeceremos recibir información sobre este tipo de directrices: globalnutritionreport@ids.ac.uk.

Panel 6.2

- 1 Para India, entre 1999 y 2006, la disminución de prevalencia de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años fue de 5 puntos porcentuales, del 51% al 46% o 0,85 puntos porcentuales por año (India, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar 2009). Para Bangladesh, entre 1997 y 2007, la disminución fue del 59% al 43%, o 1,6 puntos porcentuales por año.

CAPÍTULO 7

- 1 Para más información sobre entornos propicios para la nutrición y cuestiones de gobernanza, véase Gillespie et al. (2013), Swinburn et al. (2011) y Nisbett et al. (2014).
- 2 Esta cifra se basa en las estimaciones de costos anuales indicadas en Bhutta et al. (2013a).

- 3 Es nuestra intención que el *Informe de la nutrición mundial 2015* contenga más información sobre esta cuestión esencial, pero, por ahora, los Paneles 7.1 y 7.2 presentan resúmenes útiles de la situación actual.
- 4 Los flujos específicos de nutrición son aquellos que se definen en el sistema de notificación de los países acreedores, código 12240, del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). (Nótese que esta forma de clasificar las intervenciones específicas para la nutrición presenta problemas; véase Acción contra el Hambre 2012). Según la Red de donantes de SUN (2013):

Para estar enfocadas a la nutrición, las acciones deben cumplir TODOS los criterios siguientes: estar dirigidas a las personas: las acciones deben tener la intención de mejorar la nutrición para las mujeres o las niñas adolescentes o los niños; el proyecto tiene un objetivo de nutrición importante O indicador(es) nutricionales; el proyecto debe contribuir a resultados enfocados a la nutrición, que estén explicitados en el diseño del proyecto a través de actividades, indicadores y, específicamente, los resultados esperados en sí mismos. (pág. 2)

Se pueden consultar más detalles sobre la metodología utilizada por los donantes en la Red de donantes de SUN (2013).

- 5 Nótese que Suiza no es signatario de la N4G, aunque sí lo son los otros proveedores de fondos.
- 6 Un funcionario de USAID nos informó que USAID notificó los desembolsos conforme a lo notificado al CAD de la OCDE para inversiones específicas para la nutrición (excluida la alimentación escolar), pero aún no sobre inversiones enfocadas a la nutrición porque todavía están perfeccionando su metodología de seguimiento para esta área. Un funcionario del Banco Mundial nos informó que, dada la gran cartera de proyectos del banco que implica el desembolso de dinero todos los años, no había disponible un recuento de desembolsos enfocados a la nutrición que usara la metodología adoptada en este informe.
- 7 El documento de compromiso de la N4G se encuentra en Nutrición para el Crecimiento (2013).
- 8 Cuarenta países que se habían unido al Movimiento SUN antes de septiembre de 2013 participaron en el ejercicio de autoevaluación realizado entre abril y julio de 2014. Treinta y siete países pudieron completar y enviar sus informes y puntuaciones.

Panel 7.2

- 1 Este sitio web es <https://sico.in.minfin.gob.gt/sicoindexweb/login/frmlogin.htm>. Para acceder al sitio, siga estos pasos: Usuario = prensa, contraseña= prensa, inicie sesión, seleccione el año, haga clic en "Reportes para la ley de acceso a la información pública", haga clic en "00818983 Plan del Pacto Hambre Cero", valores de parámetro = seleccione el período, continúe.

CAPÍTULO 8

- 1 En el Apéndice 5, se describe de qué manera el informe intenta promover la responsabilidad en el ámbito de la nutrición (incluida su propia responsabilidad) en cada etapa del ciclo.
- 2 Ampliaremos el número de revisores independientes para el *Informe de la nutrición mundial 2015*.
- 3 La Red de empresas de SUN informa que el sector privado se está comprometiendo más allá de lo pactado en la N4G. Hasta la fecha, las empresas se han comprometido con intervenciones de nutrición para 2020 para un gran número de consumidores de mercados en desarrollo y emergentes. Para obtener más información, visite el sitio web de la Red de empresas de SUN en www.sunbusinessnetwork.org.
- 4 Es necesario contar con un pequeño equipo que se centre en fomentar la participación de los signatarios y a hacer un seguimiento de sus respuestas, a fin de asegurar que se cuente con una información lo más amplia posible. Considerando las previsiones para 2014, este año, muchas personas y organizaciones hicieron un seguimiento con las organizaciones, por lo que el proceso resultó un tanto caótico. Es importante registrar el punto de contacto y su ubicación en un departamento de cada organización. Con frecuencia, las personas responsables de firmar y aprobar los compromisos cambian de puesto, y sus sucesores se sienten menos obligados a cumplir compromisos anteriores o no comprenden otras modalidades de cumplimiento o notificación. Es necesario simplificar los formularios para la presentación de informes, añadiendo más contexto y orientación sobre por qué y cómo completarlos. También se requiere desarrollar una plataforma en línea para que los signatarios registren sus progresos y hagan autoevaluaciones, además de evaluaciones independientes. Esto reducirá los costos de las transacciones y los errores y promoverá la transparencia, la presión entre pares y el aprendizaje. Finalmente, es necesario formalizar el sistema simple del semáforo que se usa en este informe para señalar quién progresa y quién no. El grupo de expertos independientes desarrollará procedimientos a estos efectos para el *Informe de la nutrición mundial 2015*.

CAPÍTULO 9

- 1 Esta información aparece en el Apéndice 6.
- 2 Por ejemplo, se determinó que el compromiso de reducir el hambre se correlacionaba solo de manera imprecisa con el compromiso de mejorar el estado nutricional. Véase el sitio web del HANCI en www.hancindex.org.
- 3 La Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD) y sus asociados para el desarrollo han brindado su respaldo a 50 países africanos para transversalizar las consideraciones relativas a la nutrición en sus planes nacionales de inversión agrícola aplicando un enfoque multisectorial, como parte del programa general para el desarrollo de la agricultura en África (CAADP). Este es un buen ejemplo de inversión en capacidad de datos para identificar la responsabilidad.

REFERENCIAS

- ACF International. 2013. *Sowing the Seeds of Good Nutrition. Making Agricultural Policies Deliver Better Nutrition*. Paris: Action Contre le Faim.
- Action Against Hunger. 2012. *Aid for Nutrition: Can Investments to Scale Up Nutrition Actions Be Accurately Tracked?* London: Action Against Hunger/ACF International.
- Adair, L. S., C. H. D. Fall, C. Osmond, A. D. Stein, R. Martorell, M. Ramirez-Zea, H. S. Sachdev, et al. 2013. "Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain during Early Life with Adult Health and Human Capital in Countries of Low and Middle Income: Findings from Five Birth Cohort Studies." *The Lancet* 382 (9891): 525–534.
- African Union Commission, NEPAD (New Partnership for Africa's Development) Planning and Coordinating Agency, UNECA (United Nations Economic Commission for Africa), and UN World Food Programme. 2014. *The Cost of Hunger in Africa: Social and Economic Impact of Child Undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland, and Uganda*. Addis Ababa: UNECA.
- Alderman, H. 2014. *Can Transfer Programs Be Made More Nutrition Sensitive?* IFPRI Discussion Paper 1342. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Alianza por la Salud Alimentaria. 2014. "Quienes Somos." Accessed August 1, 2014. <http://alianzasalud.org.mx/quienes-somos/>.
- Allen, L., B. de Benoist, O. Dary, and R. Hurrell, ed. 2006. *Guidelines on Food Fortification with Micronutrients*. Geneva: World Health Organization; Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Bergeron, G., and T. Castleman. 2012. "Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences." *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (2): 242–249. <http://dx.doi.org/10.3945/an.111.001263>.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, et al. 2013a. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–477.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, N. Walker, A. Rizvi, H. Campbell, I. Rudan, and R. E. Black. 2013b. "Interventions to Address Deaths from Childhood Pneumonia and Diarrhoea Equitably: What Works and at What Cost?" *The Lancet* 381 (9875): 1417–1429. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60648-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60648-0).
- Björkman, M., and J. Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." *Quarterly Journal of Economics* 124 (2): 735–769. <http://dx.doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>.
- Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, et al. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 382 (9890): 427–451.
- Bloomberg Philanthropies. 2014. "Obesity Prevention." Accessed August 1, 2014. www.bloomberg.org/program/public-health/obesity-prevention/.
- Bredenkamp, C., L. R. Buisman, and E. Van de Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology* 43 (4): 1328–1335. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu075>.
- Carvajal, L. 2014. Personal communication, September 9, 2014. UNICEF.
- Chalmers, I., M. B. Bracken, B. Djulbegovic, S. Garattini, J. Grant, A. Metin Gülmezoglu, D. Howells, et al. 2014. "How to Increase Value and Reduce Waste When Research Priorities Are Set." *The Lancet* 383 (9912): 156–165.
- Chu, K. M., S. Jayaraman, P. Kyamanywa, and G. Ntakyiruta. 2014. "Building Research Capacity in Africa: Equity and Global Health Collaborations." *PLoS Med* 11 (3): e1001612. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001612>.
- Collins, S., K. Sadler, N. Dent, T. Khara, S. Guerrero, M. Myatt, M. Saboya, and A. Walsh. 2006. "Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition." *Food and Nutrition Bulletin* 27 (3): S49–82.
- Countdown to 2015. 2014. *Fulfilling the Health Agenda for Women and Children: The 2014 Report*. New York: UNICEF; Geneva: World Health Organization.
- Curran, S., J. Gittelsohn, J. Anliker, B. Ethelbah, K. Blake, S. Sharma, and B. Caballero. 2005. "Process Evaluation of a Store-Based Environmental Obesity Intervention on Two American Indian Reservations." *Health Education Research* 20 (6): 719–729. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyh032>.
- Dangour, A. D., L. Watson, O. Cumming, S. Boisson, Y. Che, Y. Velleman, S. Cavill, et al. 2013. "Interventions to Improve Water Quality and Supply, Sanitation and Hygiene Practices, and Their Effects on the Nutritional Status of Children." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: CD009382.
- Davis, S. M. 2003. "Introduction. Pathways, an Intervention Trial for the Primary Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren." *Preventative Medicine* 37 (6 Pt 2): S1–2.
- Demographic and Health Surveys. 2014. "The DHS Program." Accessed June 1, 2014. <http://www.dhsprogram.com/Data/>.
- Demographic and Health Surveys STATcompiler. 2014. "Anthropometric Indicators of Maternal Nutritional Status." 2012. Accessed June 1, 2014. <http://www.statcompiler.com/?share=1856217EEAF>.
- de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz, and F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.
- El Poder del Consumidor. 2014. "Quienes Somos." Accessed August 1, 2014. <http://elpoderdelconsumidor.org/quienessomos/>.
- Fan, S., J. Brzeska, and G. Shields. 2007. *Investment Priorities for Economic Growth and Poverty Reduction*. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Fanzo, J., S. Curran, R. Remans, V. Mara, J. S. Briseño, D. Cisewski, G. Denning, and P. Fracassi. 2014. *Simulating Potential of Nutrition-Sensitive Interventions*. New York: Columbia University, Earth Institute, Center on Globalization and Sustainable Development. Accessed September 1, 2014. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/07/SUN-Report-CU_Jan-21-2014.pdf.
- FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). 2013a. *The State of Food Insecurity in the World 2013*. Rome.

- . 2013b. *The State of Food and Agriculture*. Rome.
- . 2014a. FAOSTAT database: "Food Security/Suite of Food Security Indicators." Accessed June 1, 2014. <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/search/food%20security%20indicator/E>.
- . 2014b. *The State of Food Insecurity in the World 2014*. Rome.
- Finkelstein, E. A., M. daCosta DiBonaventura, S. M. Burgess, and B. C. Hale. 2010. "The Costs of Obesity in the Workplace." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52 (10): 971–976. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>.
- Fischer Walker, C. L., O. Fontaine, and R. E. Black. 2013. "Measuring Coverage in MNCH: Current Indicators for Measuring Coverage of Diarrhea Treatment Interventions and Opportunities for Improvement." *PLoS Med* 10 (5): e1001385. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001385>.
- Font, J. C., D. Fabbri, and J. Gil. 2010. "Decomposing Cross-Country Differences in Levels of Obesity and Overweight: Does the Social Environment Matter?" *Social Science & Medicine* 70 (8): 1185–1193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.011>.
- Fry, J., and W. Finley. 2005. "The Prevalence and Costs of Obesity in the EU." *Proceedings of the Nutrition Society* 64 (3): 359–362.
- Garrett, J., and M. Natalicchio, ed. 2011. *Working Multisectorally in Nutrition: Principles, Practices, and Case Studies*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Gaventa, J., and G. Barrett. 2012. "Mapping the Outcomes of Citizen Engagement." *World Development* 40 (12): 2399–2410.
- Gillespie, S., L. Haddad, V. Mannar, P. Menon, and N. Nisbett. 2013. "The Politics of Reducing Malnutrition: Building Commitment and Accelerating Progress." *The Lancet* 382 (9891): 552–569.
- Gittelsohn, J., and M. Rowan. 2011. "Preventing Diabetes and Obesity in American Indian Communities: The Potential of Environmental Interventions." *The American Journal of Clinical Nutrition* 93 (5): 1179s–1183s. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.110.003509>.
- Gittelsohn, J., E. M. Kim, S. He, and M. Pardilla. 2013. "A Food Store-Based Environmental Intervention Is Associated with Reduced BMI and Improved Psychosocial Factors and Food-Related Behaviors on the Navajo Nation." *Journal of Nutrition* 143 (9): 1494–1500. <http://dx.doi.org/10.3945/jn.112.165266>.
- Gonzalez, J. A., J. L. Guasch, and T. Serebrisky. 2007. *Latin America: Addressing High Logistics Costs and Poor Infrastructure for Merchandise Transportation and Trade Facilitation*. Washington, DC: World Bank.
- Gonzalez-Suarez, C., A. Worley, K. Grimmer-Somers, and V. Dones. 2009. "School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis." *American Journal of Preventive Medicine* 37 (5): 418–427. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.012>.
- Gortmaker, S. L., K. Peterson, J. Wiecha, A. M. Sobol, S. Dixit, M. K. Fox, and N. Laird. 1999. "Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention among Youth: Planet Health." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153 (4): 409–418.
- Government Spending Watch. 2013. *Putting Progress at Risk? MDG Spending in Developing Countries*. Research Report. Oxford, UK: Development Finance International and Oxfam International.
- Guatemala, Ministry of Health. 2009. "National Maternal and Child Health Survey 2008–09 (ENSMI)." Guatemala City.
- Guerrant, R. L., R. B. Oriá, S. R. Moore, M. O. Oria, and A. A. Lima. 2008. "Malnutrition as an Enteric Infectious Disease with Long-Term Effects on Child Development." *Nutrition Reviews* 66 (9): 487–505. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x>.
- Haddad, L. 2013. "How Should Nutrition Be Positioned in the Post-2015 Agenda?" *Food Policy* 43: 341–352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2013.05.002>.
- . 2014. "Equity: Not Just for Optimists." *Development Policy Review*, forthcoming.
- Haddad, L., and P. Isenman. 2014. "Which Aid Spending Categories Have the Greatest Untapped Potential to Support the Reduction of Undernutrition? Some Ideas on Moving Forward." *Food Nutrition Bulletin* 35 (2): 266–276.
- Haddad, L., J. Lindstrom, and Y. Pinto. 2010. "The Sorry State of M&E in Agriculture: Can People-Centred Approaches Help?" *IDS Bulletin* 41 (6): 6–25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2010.00177.x>.
- Haddad, L., N. Nisbett, I. Barnett, and E. Valli. 2014. *Maharashtra's Child Stunting Declines: What Is Driving Them? Findings of a Multidisciplinary Analysis*. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- Headey, D. D. 2013. "Developmental Drivers of Nutritional Change: A Cross-Country Analysis." *World Development* 42: 76–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.07.002>.
- Headey, D. D., J. Hoddinott, D. Ali, R. Tesfaye, and M. Dereje. 2014. *The Other Asian Enigma: Explaining the Rapid Reduction of Undernutrition in Bangladesh*. IFPRI Discussion Paper 1358. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Healthy Caribbean Coalition. 2014a. "A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community." http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf
- . 2014b. "About Us." Accessed August 1, 2014. http://www.healthycaribbean.org/about_us.html.
- Herforth, A., A. Jones, and P. Pinstrip-Andersen. 2012. *Prioritizing Nutrition in Agriculture and Rural Development: Guiding Principles for Operational Investments*. Health, Nutrition and Population Discussion Paper Series. Washington, DC: World Bank.
- High-Level Panel on the Post-2015 Development Agenda. 2013. "Goal 5: Ensure Food Security and Good Nutrition." In *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. Accessed September 23, 2014. <http://report.post2015hlp.org/digital-report-goal-5-ensure-food-security-and-good-nutrition.html>.
- Hoddinott, J., H. Alderman, J. R. Behrman, L. Haddad, and S. Horton. 2013. "The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction." *Maternal and Child Nutrition* 9: 69–82.
- Hodgins, S., and A. D'Agostino. 2014. "The Quality-Coverage Gap in Antenatal Care: Toward Better Measurement of Effective Coverage." *Global Health: Science and Practice* 2 (2): 173–181. <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-13-00176>.
- Hofman, B., and K. Kaiser. 2002. "The Making of the Big Bang and Its Aftermath: A Political Economy Perspective." Paper presented at the conference "Can Decentralization Help Rebuild Indonesia?" Georgia State University, Atlanta, May 1–3.
- Holdsworth, M., A. Kruger, E. Nago, C. Lachat, P. Mamiro, K. Smit, C. Garimoi-Orach, et al. 2014. "African Stakeholders' Views of Research Options to Improve Nutritional Status in Sub-Saharan Africa." *Health Policy and Planning*. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czu087>.
- Horton, R. 2014. "Offline: Why the Sustainable Development Goals Will Fail." *The Lancet* 383 (9936): 2196.
- Horton, S., and R. H. Steckel. 2011. *Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050*. Copenhagen: Copenhagen Consensus on Human Challenges.

- . 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." In *How Much Have Global Problems Cost the Earth? A Scorecard from 1900 to 2050*, edited by B. Lomborg, 247–272. New York: Cambridge University Press.
- Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing." *The Lancet* 374 (9694): 1032–1035.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2014. "Statistics of Public Expenditure for Economic Development." Accessed June 1, 2014. www.ifpri.org/book-39/ourwork/programs/priorities-public-investment/speed-database.
- IMF (International Monetary Fund). 2014. *Regional Economic Outlook: Sub-Saharan Africa: Fostering Durable and Inclusive Growth*. Washington, DC.
- India, Ministry of Health and Family Welfare. 2009. *Nutrition in India: National Family Health Survey (NFHS-3) India, 2005–2006*. Mumbai: International Institute for Population Sciences.
- Indonesia, Ministry of Health. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (RISKES-DAS) 2007: Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- International Baby Food Action Network. 2014. "State of the Code Charts." Accessed June 1, 2014. <http://ibfan.org/code-watch-reports>.
- International Fund for Agricultural Development. 2014. *Improving Nutrition through Agriculture*. Rome.
- Jamison, D. T., L. H. Summers, G. Alleyne, K. J. Arrow, S. Berkley, A. Binagwaho, F. Bustreo, et al. 2013. "Global Health 2035: A World Converging within a Generation." *The Lancet* 382 (9908): 1898–1955. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4).
- Joshi, A. 2013. "Do They Work? Assessing the Impact of Transparency and Accountability Initiatives in Service Delivery." *Development Policy Review* 31: s29–s48. <http://dx.doi.org/10.1111/dpr.12018>.
- Keats, S., and S. Wiggins. 2014. *Future Diets: Implications for Agriculture and Food Prices*. London: Overseas Development Institute.
- Kraak, V. I., B. Swinburn, M. Lawrence, and P. Harrison. 2014. "An Accountability Framework to Promote Healthy Food Environments." *Public Health Nutrition* 17 (11): 2467–2483. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014000093>.
- Kurz, K. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Agriculture Value Chains: Preliminary Lessons from Feed the Future Implementation in Four Countries." Background paper on Nutrition-Enhancing Food and Agriculture Systems for the FAO-WHO Second International Nutrition Conference (ICN-2). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Lachat, C., D. Roberfroid, L. van den Brouck, I. N. van den Brie, E. Nago, A. Kruger, et al. 2014. "A Decade of Nutrition Research in Africa: Assessment of the Evidence Base and Academic Collaboration." *Public Health Nutrition*. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980014002146>.
- Lamberti, L., C. Walker, K. Chan, W.-Y. Jian, and R. Black. 2013. "Oral Zinc Supplementation for the Treatment of Acute Diarrhea in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Nutrients* 5 (11): 4715–4740.
- Lim, S. S., T. Vos, A. D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani, M. Amann, 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." *The Lancet* 380 (9859): 2224–2260.
- Mansuri, G., and V. Rao. 2013. *Localizing Development. Does Participation Work?* Washington, DC: World Bank.
- Mason, J. B., R. Shrimpton, L. S. Saldanha, U. Ramakrishnan, C. G. Victora, A. W. Girard, D. A. McFarland, et al. 2014. "The First 500 Days of Life: Policies to Support Maternal Nutrition." *Global Health Action* 7: 23623. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23623>.
- Masset, E., L. Haddad, A. Cornelius, and J. Isaza-Castro. 2012. "Effectiveness of Agricultural Interventions that Aim to Improve Nutritional Status of Children: Systematic Review." *BMJ* 344: d8222.
- May, A. L., D. Freedman, B. Sherry, and H. M. Blanck. 2013. "Obesity: United States, 1999–2010." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 62 (3): 120–128.
- Menon, P., N. M. Covic, P. B. Harrigan, S. E. Horton, N. M. Kazi, S. Lamstein, L. Neufeld, et al. 2014. "Strengthening Implementation and Utilization of Nutrition Interventions through Research: A Framework and Research Agenda." *Annals of the New York Academy of Sciences*. <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.12447>.
- Ministry of Foreign Affairs in Denmark (DANIDA). 2008. *Strategy for Danish Support to Civil Society in Denmark*. Copenhagen. http://www.netpublikationer.dk/um/9218/pdf/samfundsstrategien_uk.pdf.
- Myatt, M., E. Guevarra, and L. Fieschi, A. Norris, S. Guerrero, L. Schofield, D. Jones, E. Emru, and K. Sadler. 2012. *Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference*. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- NCD Alliance. 2014a. "Building a Movement: National and Regional NCD Alliances." Accessed August 1, 2014. www.ncdalliance.org/nationalalliances.
- . 2014b. "National/Regional NCD Civil Society Benchmarking Tool. In: An Online Advocacy Toolkit." <http://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Toolkit%20FINAL.pdf>.
- Ng, M., T. Fleming, M. Robinson, B. Thomson, N. Graetz, C. Margono, E. C. Mullany, 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): 766–781. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8).
- Nisbett, N., S. Gillespie, L. Haddad, and J. Harris. 2014. "Why Worry about the Politics of Childhood Undernutrition?" *World Development* 64: 420–433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.06.018>.
- Nutrition for Growth. 2013. "Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary." Accessed October 3, 2014. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- O'Connell, J., R. Yi, C. Wilson, S. M. Manson, and K. J. Acton. 2010. "Racial Disparities in Health Status: A Comparison of the Morbidity among American Indian and U.S. Adults with Diabetes." *Diabetes Care* 33 (7): 1463–1470. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-1652>.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2014. "Aid to Developing Countries Rebounds in 2013 to Reach an All-Time High." August 4. <http://www.oecd.org/development/aid-to-developing-countries-rebounds-in-2013-to-reach-an-all-time-high.htm>.
- Ogden, C. L., M. D. Carroll, B. K. Kit, and K. M. Flegal. 2014. "Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012." *Journal of the American Medical Association* 311 (8): 806–814. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.732>.
- Olds, T., C. Maher, S. Zumin, S. Peneau, S. Lioret, K. Castetbon, Bellisle, et al. 2011. "Evidence That the Prevalence of Childhood Overweight Is Plateauing: Data from Nine Countries." *International Journal of Pediatric Obesity* 6 (5–6): 342–360. <http://dx.doi.org/10.3109/17477166.2011.605895>.

- Olney, D. K., A. Pedehombga, M. Ruel, and A. Dillon. 2014. "The Impacts of an Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso on Children's Growth, Anemia, and Diarrhea: A Cluster-Randomized Controlled Trial." Washington, DC: International Food Policy Research Institute. Unpublished manuscript.
- Open Working Group on Sustainable Development Goals. 2014. "Introduction to the Proposal of the Open Working Group on Sustainable Development Goals." Accessed August 1, 2014. <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>.
- Pérez-Escamilla, R., L. Curry, D. Minhas, L. Taylor, and E. Bradley. 2012. "Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: The 'Breastfeeding Gear' Model." *Advances in Nutrition: An International Review Journal* 3 (6): 790–800. <http://dx.doi.org/10.3945/an.112.002873>.
- Picanyol, C. 2014. "Tracking Investments on Nutrition." Working Paper. Geneva: SUN Movement. Accessed September 1, 2014. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/02/140120-Tracking-Investments-on-Nutrition.pdf>.
- Picanyol, C., and P. Fracassi. 2014. "Tracking Investments at Country Level." June 16. SUN Movement Secretariat, Geneva.
- Popkin, B. M. 2009. *The World Is Fat: The Fads, Trends, Policies, and Products That Are Fattening the Human Race*. New York: Avery-Penguin.
- Popkin, B. M., L. S. Adair, and S. W. Ng. 2012. "Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries." *Nutrition Reviews* 70 (1): 3–21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>.
- Popkin, B. M., S. Kim, E. R. Rusev, S. Du, and C. Zizza. 2006. "Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity, and Obesity-Related Chronic Diseases." *Obesity Reviews* 7 (3): 271–293. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00230.x>.
- Ruel, M. T., and H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?" *The Lancet* 382 (9891): 536–551.
- Smith, L., and L. Haddad. 2014. *Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era*. IDS Working Paper 441. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- Sodjinou, R., W. K. Bosu, N. Fanou, L. Déart, R. Kupka, F. Tchibindat, and S. Baker. 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.
- Spears, D., A. Ghosh, and O. Cumming. 2013. "Open Defecation and Childhood Stunting in India: An Ecological Analysis of New Data from 112 Districts." *PLoS ONE* 8 (9): e73784. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0073784>.
- Statistics Indonesia. 2014. "Per Capita Gross Domestic Product, Per Capita Gross National Product, and Per Capita National Income, 2000–2013 (Rupiahs)." Accessed September 1, 2014. http://www.bps.go.id/eng/tab_sub/view.php?tabel=1&id_subyek=11¬ab=76.
- Stenberg, K., H. Axelson, P. Sheehan, I. Anderson, A. M. Gulmezoglu, M. Temmerman, E. Mason, et al. 2014. "Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A New Global Investment Framework." *The Lancet* 383 (9925): 1333–1354. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62231-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62231-x).
- Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca J. P. Peña-Rosas, et al. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Haemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anaemia in Children and Pregnant and Non-Pregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *The Lancet Global Health* 1 (1): e16–25. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(13\)70001-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70001-9).
- Sumarto, S., M. Vothknecht, and L. Wijaya. 2013. *Explaining Regional Heterogeneity of Poverty: Evidence from Decentralized Indonesia*. SMERU Working Paper. Jakarta: SMERU Research Institute.
- SUN (Scaling Up Nutrition). 2014a. *Planning and Costing for the Acceleration of Actions for Nutrition: Experiences of Countries in the Movement for Scaling Up Nutrition*. Geneva.
- . 2014b. SUN Civil Society Network Global Day of Action. Accessed October 7, 2014. http://scalingupnutrition.org/news/sun-civil-society-network-global-day-of-action-2014#.VDSrOaPD_IU.
- SUN (Scaling Up Nutrition) Donor Network. 2013. *Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition*. Geneva. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf.
- Swain, B., and P. D. Sen. 2009. "Bridging the Malnutrition Gap with Social Audits and Community Participation." *IDS Bulletin* 40 (4): 95–102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00064.x>.
- Swinburn, B. A., G. Sacks, K. D. Hall, K. McPherson, D. T. Finegood, M. L. Moodie, and S. L. Gortmaker. 2011. "The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments." *The Lancet* 378 (9793): 804–814.
- Swinburn, B., G. Sacks, S. Vandevijvere, S. Kumanyika, T. Lobstein, B. Neal, S. Barquera, et al. 2013. "INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support): Overview and Key Principles." *Obesity Reviews* 14 (1): 1–12. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12087>.
- Tappenden, K. A., B. Quatrara, M. L. Parkhurst, A. M. Malone, G. Fanjiang, and T. R. Ziegler. 2013. "Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113 (9): 1219–1237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015>.
- te Lintelo, D. 2014. *Accountability for International Nutrition Commitment Initiatives*. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- te Lintelo, D. J. H., L. J. Haddad, R. Lakshman, and K. Gatellier. 2014. *The Hunger and Nutrition Commitment Index (HANCI 2013): Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries*. IDS Evidence Report 78. Brighton, UK: Institute of Development Studies.
- UNECA (United Nations Economic Commission for Africa). 2013. *Africa Regional Consultative Meeting on the Sustainable Development Goals*. Outcome Document. Addis Ababa.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization) Institute for Statistics. 2014. "Education: Gross Enrolment Ratio by Level of Education." Accessed July 31, 2014. <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=142>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2012. *Global SAM Management Update*. New York.
- . 2014a. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Iodine Deficiency." Accessed August 29, 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iodine>.
- . 2014b. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Low Birth Weight." Accessed May 21, 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/low-birthweight>.
- . 2014c. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Vitamin A Supplementation." Accessed May 23, 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>.
- . 2014d. *Multisectoral Approaches to Nutrition: The Case for Investment by Social Protection Programmes*. New York: UNICEF.

- . 2014e. UNICEF Global Databases. "Nutrition: Infant and Young Child Feeding." Accessed June 1, 2014. <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>.
- UNICEF, CMN (Coverage Monitoring Network), and ACF International. 2013. *The State of Global SAM Management Coverage 2012*. New York: UNICEF; London: ACF International.
- UNICEF, WHO (World Health Organization), and World Bank. 2014. 2013 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends. In the Global Database on Child Growth and Malnutrition. New York; Geneva; Washington, DC. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2013/en/>.
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. In *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. New York: United Nations.
- . 2013b. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- . 2014. "Zero Hunger Challenge. Hunger Can Be Eliminated in Our Lifetimes." New York. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Zero_Hunger_Challenge.pdf.
- United Nations General Assembly. 2011. "Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases." New York. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
- United States Census Bureau. 2014. Race: About. <http://www.census.gov/topics/population/race/about.html>.
- United States Department of Health and Human Services. 2014. Healthy People: Nutrition and Weight Status. <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=29>.
- UNSCN (United Nations Standing Committee on Nutrition). 2013. *The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies*. Geneva.
- USAID (United States Agency for International Development). 2013. *Integrating Water, Sanitation, and Hygiene into Nutrition Programming*. Washington, DC.
- van Royen, K., C. Lachat, M. Holdsworth, K. Smit, J. Kinabo, D. Roberfroid, E. Nago, et al. 2013. "How Can the Operating Environment for Nutrition Research Be Improved in Sub-Saharan Africa? The Views of African Researchers." *PLoS ONE* 8 (6): e66355. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0066355>.
- Victora, C. G., E. M. Aquino, M. do Carmo Leal, C. A. Monteiro, F. C. Barros, and C. L. Szwarzwald. 2011. "Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges." *The Lancet* 377 (9780): 1863–1876. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4).
- Victora, C. G., R. E. Black, J. T. Boerma, and J. Bryce. 2011. "Measuring Impact in the Millennium Development Goal Era and Beyond: A New Approach to Large-Scale Effectiveness Evaluations." *The Lancet* 377 (9759): 85–95. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60810-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60810-0).
- von Grebmer, K., A. Saltzman, E. Birol, D. Wiesman, N. Prasai, S. Yin, Y. Yohannes, P. Menon, J. Thompson, and A. Sonntag. 2014. *2014 Global Hunger Index: The Challenge of Hidden Hunger*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; Dublin: Concern Worldwide; Bonn: Welthungerhilfe.
- Vos, T., A. D. Flaxman, M. Naghavi, R. Lozano, C. Michaud, M. Ezzati, K. Shibuya, et al. 2012. "Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859): 2163–2196. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2).
- Wang, D. D., C. W. Leung, Y. Li, E. L. Ding, S. E. Chiuev, F. B. Hu, and W. C. Willett. 2014. "Trends in Dietary Quality among Adults in the United States, 1999 through 2010." *JAMA Internal Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.3422>.
- Wang, Y., and M. A. Beydoun. 2007. "The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-regression Analysis." *Epidemiologic Reviews* 29: 6–28. <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxm007>.
- Wang, Y. C., K. McPherson, T. Marsh, S. L. Gortmaker, and M. Brown. 2011. "Health and Economic Burden of the Projected Obesity Trends in the USA and the UK." *The Lancet* 378 (9793): 815–825.
- WCRF (World Cancer Research Fund International). 2013. "WCRF International Food Policy Framework for Healthy Diets: Nourishing." Accessed June 1, 2014. <http://www.wcrf.org/int/policy/our-policy-work/our-policy-framework-promote-healthy-diets-reduce-obesity>.
- WHO and UNICEF. 2009. *WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*. Geneva and New York.
- . 2014. "WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation." Accessed May 27, 2014. www.wssinfo.org/data-estimates/tables/.
- WHO, UNICEF, and ICDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders). 2007. "Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers." 3rd ed. Geneva: WHO. Accessed September 1, 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf.
- WHO (World Health Organization). 2004. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva.
- . 2008a. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 3 Country Profiles*. Accessed September 3, 2014. http://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf.
- . 2008b. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 1 Definitions*. Accessed September 3, 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf?ua=1.
- . 2010a. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide*. Geneva.
- . 2010b. *Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. Geneva.
- . 2010c. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Geneva.
- . 2012a. "Global Targets 2025." Accessed July 1, 2014. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/.
- . 2012b. Document WHA65/2012/REC1 Annex 2 "Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition". Sixty-Fifth World Health Assembly, Geneva, May 21–26 2012. Accessed August 26, 2014. http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_en.pdf.
- . 2013a. "Draft Comprehensive Global Monitoring Framework and Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases." http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf?ua=1.
- . 2013b. *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020*. Draft Zero. Geneva.
- . 2014a. "Global Targets Indicators: What Is Measured Gets Done." Accessed August 29, 2014. http://www.who.int/nutrition/globaltargets_indicators/en/.

- . 2014b. "Obesity and Overweight." Factsheet No. 311. Accessed September 1, 2014. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
- . 2014c. "Global Targets 2025: What Is Measured Gets Done." Accessed August 26, 2014. http://www.who.int/nutrition/globaltarget_indicators_flyer_en.pdf?ua=1.
- . 2014d. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/home>.
- . 2014e. "Tracking Progress in Achieving the Global Nutrition Targets – May 2014." Accessed July 15, 2014. http://www.who.int/nutrition/targets_indicators_may2014v2.pdf.
- . 2014f. "Country Indicator Status." Accessed June 1, 2014. http://www.who.int/nutrition/country_statusv2.pdf.
- . 2014g. "Global Health Observatory Data Repository: Overweight/Obesity." Accessed June 19, 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=ens>.
- . 2014h. "Global Health Observatory Data Repository: Management of NCDs: Data by Country." Accessed June 17, 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A909?lang=en>.
- . 2014i. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Fasting Blood Glucose (≥ 7.0 mmol/L or on Medication): Data by Country." Accessed June 16, 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>.
- . 2014j. "Global Health Observatory Data Repository: Raised Blood Pressure (SBP ≥ 140 OR DBP ≥ 90 OR on medication): Data by Country." Accessed June 16, 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A878?lang=en>.
- . 2014k. "Global Health Observatory Data Repository: Health Workforce: Density per 1000: Data by Country." Accessed June 17, 2014. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>.
- World Bank. 2003. *World Development Report*. Washington, DC: World Bank.
- . 2005. *East Asia Decentralizes: Making Local Government Work*. Washington, DC.
- . 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC.
- . 2014. "GDP Per Capita (current US\$)." Accessed July 31, 2014. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2014. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the European Region: A Progress Report*. Copenhagen.
- World Vision International. 2014. "Importance of Nutrition-Sensitive Agriculture." Accessed June 1, 2014. www.wvi.org/nutrition/nutrition-sensitive-agriculture.
- You, L. Z. 2008. *Africa: Irrigation Investment Needs in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: World Bank.

SOCIOS DEL REPORTE DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL 2014



Ethiopia



Guatemala (SESAN)

SESAN



Indonesia



Malawi



Nigeria



Pakistan



Senegal (CLM)



Food and Agriculture
Organization of the
United Nations



World Health
Organization



BILL & MELINDA
GATES foundation



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

CIFF CHILDREN'S
INVESTMENT FUND
FOUNDATION



Irish Aid
Rialtas na hÉireann
Government of Ireland



THE AGA KHAN UNIVERSITY



CONCERN
worldwide

Countdown to 2015
Maternal, Newborn & Child Survival

DCP³ | Disease
Control
Priorities
economic evaluation for health

i Development
Initiatives



University of Abomey-Calavi

gain[®]
Global Alliance for
Improved Nutrition



University of Ghana



University of Indonesia



THE LANCET



MAHIDOL
UNIVERSITY
Wisdom of the East



PUBLIC
HEALTH
FOUNDATION
OF INDIA

ScalingUp
NUTRITION
ENGAGE • INSPIRE • INVEST

SickKids[®] | Centre for
Global Child Health