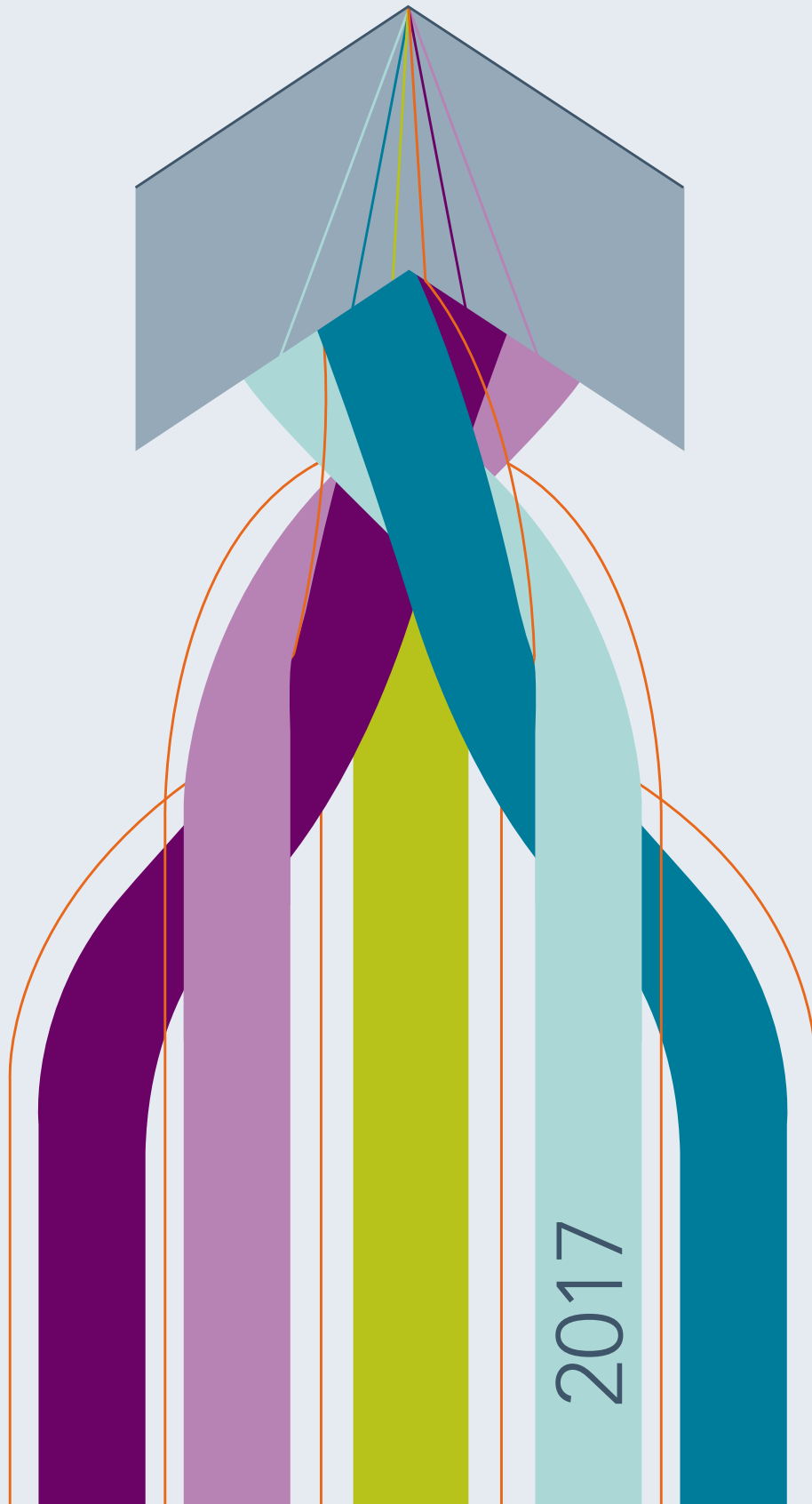




Alimentar los ODS



Adhesiones

Akinwumi Adesina, Presidente del Banco Africano de Desarrollo

El hambre, la malnutrición y el retraso del crecimiento están socavando el progreso económico de África. En África Subsahariana representan un costo anual de al menos 25.000 millones de dólares de los Estados Unidos y, además, dejan un legado de pérdidas, dolor y destrucción de potencial. El retraso del crecimiento de los niños de hoy conduce al retraso del crecimiento de las economías del mañana. El *Informe de la Nutrición Mundial* nos ayuda a todos a centrar nuestra atención en esta tragedia completamente prevenible.

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

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) plantean al mundo enormes retos, entre ellos la erradicación del hambre y la mejora de la nutrición de todas las personas para 2030. Como demuestra el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*, la nutrición saludable universal está inextricablemente vinculada a todos los ODS y constituye el fundamento de la cobertura sanitaria universal, la principal prioridad de la Organización Mundial de la Salud. El Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición presenta una oportunidad única para comprometerse de inmediato a poner fin a todas las formas de malnutrición.

David Beasley, Director Ejecutivo del Programa Mundial de Alimentos

El *Informe de la Nutrición Mundial* nos confirma que debemos actuar porque todos resultaremos beneficiados de un mundo sin malnutrición. Las devastadoras crisis humanitarias de 2017 amenazan con invertir los avances en la nutrición conseguidos durante años de esfuerzo, y poner fin a estas crisis —y los conflictos causados por el hombre que han conducido a muchas de ellas— es el primer paso para erradicar la malnutrición. La nutrición es un ingrediente esencial de los ODS y la clave para eliminar el hambre en el mundo. Este informe pone de manifiesto que todos debemos adoptar medidas —de inmediato— para poner fin a la malnutrición.

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

El ideal transformador de la Agenda 2030 exige renovar las iniciativas e innovar en la forma de trabajar. Para la consecución de la Agenda 2030 es necesario erradicar la malnutrición en todas sus formas, tal como se expone en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*. Las recomendaciones de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición proporcionan el marco de actuación. Al mismo tiempo, el Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 facilita la plataforma para pasar del compromiso a la acción y la repercusión. La Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) se ha comprometido a ayudar a los países a transformar sus sistemas alimentarios con miras a mejorar la nutrición. Podemos ser la generación que ponga fin al hambre y la malnutrición.

Anthony Lake, Director Ejecutivo de UNICEF

Erradicar la malnutrición es una de las mejores inversiones que podemos hacer en el futuro de los niños y las naciones. Tal como se pone de manifiesto en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*, contar con datos adecuados es fundamental para llegar a todos los niños, pues nos revelan qué estamos pasando por alto y cómo podemos mejorar la cobertura y la calidad de las intervenciones de nutrición esenciales para los niños, los adolescentes y las mujeres. La inversión en datos sólidos puede ayudarnos a acelerar los progresos en la consecución de los objetivos mundiales de nutrición y todas las metas de los ODS.

Sania Nishtar, Fundadora y Presidenta de Heartfile Pakistán

El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* es un alegato en favor de más de la mitad de la población mundial. Hace un enérgico llamamiento a la acción, ya que un tercio de la población del planeta padece sobrepeso y obesidad, el número de afectados por la anemia y otras deficiencias de micronutrientes supera la asombrosa cifra de 1.500 millones, y alrededor de 200 millones de niños sufren emaciación o retraso del crecimiento. Si queremos lograr resultados sostenibles, es esencial que adoptemos un enfoque más holístico y procuremos optimizar la nutrición a lo largo de todo el ciclo de vida, apoyados en los pilares de la voluntad política, las alianzas, las políticas existentes y la generación de pruebas que fundamenten las medidas. A tal fin, debemos dejar de trabajar en compartimentos estancos y adoptar un enfoque multisectorial que incluya a múltiples partes interesadas.

Paul Polman, Director General de Unilever

El *Informe de la Nutrición Mundial* de este año se centra en la interdependencia de los ODS y en cómo los progresos en uno de los Objetivos generan progresos en todos ellos. Estos vínculos resultan aún más evidentes en la agenda de la nutrición. Las empresas, en cuanto que productoras, fabricantes y comercializadoras de la mayor parte de los alimentos del mundo, tienen la responsabilidad de ayudar a impulsar la transformación del sistema alimentario. Como empresa alimentaria progresista, nos hemos comprometido a contribuir al rediseño del sistema alimentario y agrícola mundial, a fin de que todas las personas tengan acceso a alimentos saludables y nutritivos y crear así un futuro mejor para todos.

Gunhild Stordalen, Fundadora y Presidenta de la Fundación EAT

En el *Informe de la Nutrición Mundial* se exponen argumentos convincentes de por qué resulta esencial hacer frente al reto de la malnutrición en todas sus formas para alcanzar los ODS. Debemos adoptar un enfoque integrado e intersectorial que responda de forma holística al desafío del sistema alimentario en lugar de abordar la nutrición como un compartimento estanco. Una de las mayores dificultades que se nos presentan es proporcionar a la creciente población mundial una alimentación saludable y sostenible, pero, tal como muestra el informe, las oportunidades nunca han sido mayores y entre todos podemos cambiar las cosas.

Gerda Verburg, Coordinadora del Movimiento SUN

Una buena nutrición es el motor que nos impulsará hacia la consecución de los ODS. Ya es hora de que el mundo se enfrente a la cruda realidad de que cientos de millones de mujeres, hombres y sus familias siguen padeciendo hambre. En la actualidad, ningún país está libre de problemas de nutrición. Muchos de ellos todavía se enfrentan al retraso del crecimiento, que produce daños irreversibles tanto en la capacidad física como intelectual, mientras que en otros proliferan la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Asimismo, son cada vez más los países que afrontan ambos retos —la desnutrición en la primera infancia y luego, en la edad reproductiva, la obesidad y las enfermedades no transmisibles—. En el *Informe de la Nutrición Mundial* se nos ofrecen las pruebas para emprender la lucha contra esta injusticia. Nos ayuda a todos a unir los puntos que conectan las múltiples formas de malnutrición y apoya a los países miembros del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) en sus iniciativas para lograr mejoras sostenibles en la vida de las personas.

La elaboración de este informe ha estado a cargo de un Grupo de expertos independientes facultado 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 grupo, dirigido por los copresidentes y enriquecido con las aportaciones de otros analistas y colaboradores.

Corinna Hawkes (copresidenta), Universidad de la City de Londres (Reino Unido); **Jessica Fanzo** (copresidenta), Johns Hopkins University, Baltimore (Estados Unidos); **Emorn Udomkesmalee** (copresidente), Mahidol University, Bangkok (Tailandia); **Endang Achadi**, Universidad de Indonesia, Jakarta (Indonesia); **Arti Ahuja**, Gobierno estatal, Odisha (India); **Zulfiqar Bhutta**, Centro para la Salud Infantil Mundial, Toronto (Canadá) y Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres y los Niños, Aga Khan University, Karachi (Pakistán); **Luz María De-Regil**, Nutrition International, Ottawa (Canadá); **Patrizia Fracassi**, secretaria del Movimiento SUN, Ginebra (Suiza); **Laurence M Grummer-Strawn**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza); **Chika Hayashi**, UNICEF, Nueva York (Estados Unidos); **Elizabeth Kimani-Murage**, African Population and Health Research Center, Nairobi (Kenya); **Yves Martin-Prével**, Instituto de Investigación para el Desarrollo, Marsella (Francia); **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Nueva Delhi (India); **Stineke Oenema**, Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, Roma (Italia); **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol (Reino Unido); **Jennifer Requejo**, Johns Hopkins University, Baltimore (Estados Unidos); **Boyd Swinburn**, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda).

Agradecemos también la colaboración de **Rafael Flores-Ayala**, miembro del Grupo de expertos independientes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta (Estados Unidos).

Los análisis adicionales y los apoyos en la redacción estuvieron a cargo de **Meghan Arakelian**, independiente (Estados Unidos); **Komal Bhatia**, University College London (Reino Unido); **Josephine Lofthouse**, independiente (Reino Unido); **Tara Shyam**, independiente (Singapur); y **Haley Swartz**, Johns Hopkins University, Baltimore (Estados Unidos).

Jordan Beecher, Development Initiatives (Reino Unido); y **Patrizia Fracassi** y **William Knechtel**, Movimiento SUN (Suiza), redactaron sendas secciones específicas del capítulo 4 ("inversiones de los donantes" e "inversiones públicas", respectivamente).

Elaine Borghi, Organización Mundial de la Salud (Suiza), y **Julia Krasevec**, UNICEF (Estados Unidos), proporcionaron acceso a datos actualizados y asesoramiento técnico experto para las secciones relativas a las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; **Carlo Cafiero**, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Italia), proporcionó acceso a los datos de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) y **Sara Viviani**, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Italia), prestó asistencia para su interpretación.

Las personas siguientes proporcionaron contribuciones por escrito o datos que se emplearon en el texto final: **Claire Chase**, Banco Mundial (Estados Unidos); **Kaitlin Cordes**, Centro sobre Inversión Sostenible de la Universidad de Columbia (Estados Unidos); **Mariachiara Di Cesare** y **Majid Ezzati**, Imperial College London (Reino Unido); **Mario Herrero**, Organización de Investigación Científica e Industrial del Commonwealth (Australia); **Andrew Jones**, Universidad de Michigan (Estados Unidos); **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (Estados Unidos); **Rachel Nugent**, RTI International (Estados Unidos); **Andrew Thorne-Lyman**, Johns Hopkins University (Estados Unidos); **Anna Taylor**, Food Foundation (Reino Unido); y **Fiona Watson**, independiente (Reino Unido).

Los autores de los "temas destacados" en el presente informe son los siguientes: **Phil Baker**, Deakin University (Australia); **Komal Bhatia**, University College London (Reino Unido); **Tara Boelsen-Robinson**, Deakin University (Australia); **Francesco Branca**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Angelika De Bree**, Unilever (Países Bajos); **Chad Chalker**, Emory University (Estados Unidos); **Helen Connolly**, Institutos Americanos de Investigación (Estados Unidos); **Kirstan Corben**, Deakin University (Australia); **Alexis D'Agostino**, John Snow International (Estados Unidos); **Mary D'Alimonte**, Results for Development (Estados Unidos); **Alessandro Demaio**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Augustin Flory**, Results for Development (Estados Unidos); **Patrizia Fracassi**, Movimiento SUN (Suiza); **Greg Hallen**, Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (Canadá); **Corinna Hawkes**, City, University of London (Reino Unido); **Anna Herforth**, independiente (Estados Unidos); **Dan Jones**, WaterAid (Reino Unido); **David Kim**, independiente (Estados Unidos); **Kerrita McClaughlyn**, Unilever (Países Bajos); **Anna Peeters**, Deakin University (Australia); **Ellen Piwoz**, Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos); **Neena Prasad**, Bloomberg Philanthropies (Estados Unidos); **Judith Randel**, Development Initiatives (Reino Unido); **Rahul Rawat**, Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos); **Tara Shyam**, independiente (Singapur); **Jonathan Tench**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, Londres (Reino Unido); **Megan Wilson-Jones**, WaterAid (Reino Unido).

Agradecimientos

El Grupo de expertos independientes, bajo el liderazgo de los copresidentes Corinna Hawkes, Jessica Fanzo y Emorn Udomkesmalee, desea expresar su sincero agradecimiento a todas las personas y organizaciones que apoyaron la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial 2017*.

El equipo central del *Informe de la Nutrición Mundial*, integrado por Komal Bhatia, analista de datos; Josephine Lofthouse, encargada de comunicaciones; Tara Shyam, jefa de coordinación; y Emorn Udomkesmalee, copresidente; junto con Meghan Arakelian, analista de Nutrición para el Crecimiento, y Haley Swartz, investigadora, trabajaron en estrecha colaboración con Corinna Hawkes y Jessica Fanzo, y en apoyo del Grupo de expertos independientes más amplio, para hacer posible este informe. Gillian Gallanagh, Laetitia Laporte, Jason Noraika, Helen Palmer, Brian Tjugum y Weber Shandwick proporcionaron asesoramiento adicional en materia de comunicaciones y diseño.

Agradecemos al equipo de Development Initiatives Poverty Research —Harpinder Collacott, David Hall-Matthews (consultor), Rebecca Hills, Alex Miller, Fiona Sinclair, Hannah Sweeney y el resto del personal— la organización del alojamiento de la Secretaría del Informe y el diseño y la producción del informe.

Numerosas personas respondieron a nuestras preguntas, entre ellas: Laura Caulfield, Johns Hopkins Bloomberg School; Kaitlin Cordes, Centro sobre Inversión Sostenible de la Universidad de Columbia; Katie Dain y Alena Matzke, Alianza de ENT; Ebba Dohman, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; Nora Hobbs, Programa Mundial de Alimentos; Diane Holland, Roland Kupka y Louise Mwirigi, UNICEF; Homi Kharas y John McArthur, Brookings Institution; Carol Levin, Universidad de Washington; Barry Popkin, Universidad de Carolina del Norte; Abigail Ramage, independiente; Jeffrey Sachs, Universidad de Columbia; Guido Schmidt-Traub, Red de Soluciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible; Dominic Schofield, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición; y Andrew Thorne-Lyman, Johns Hopkins University.

Damos las gracias a las personas siguientes por su ayuda y sus valiosos comentarios de las primeras versiones del informe: Jannie Armstrong, Yarlini Balarajan, Francesco Branca, Aurélie du Châtelet, Katie Dain, Ariane Desmarais-Michaud, Juliane Friedrich, Lawrence Haddad, Heike Henn, Kate Houston, Anna Lartey, Florence Lasbennes, Kedar Mankad, Alena Matzke, Peggy Pascal, Abigail Perry, Ellen Piwoz, Danielle Porfido, Joyce Seto, Meera Shekar, Edwyn Shiell, Lucy Sullivan, Rachel Toku-Appiah, Gerda Verburg, Neil Watkins, Fiona Watson y Sabrina Ziesemer. Agradecemos, asimismo, a Dennis Bier, D'Ann Finley, Karen King y Kisna Quimby del *American Journal of Clinical Nutrition* y a los cuatro revisores anónimos el haber llevado a cabo, de nuevo este año, la revisión por pares del informe.

El Grupo de expertos independientes recibe orientación del Grupo de partes interesadas del *Informe de la Nutrición Mundial*, que guio la búsqueda de apoyo para la elaboración del informe: Víctor Aguayo, UNICEF; Francesco Branca, Organización Mundial de la Salud; Jesús Bulux, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Guatemala); Lucero Rodríguez Cabrera, Ministerio de Salud de México; Pedro Campos Llopis, Comisión Europea; John Cordaro, Mars y red de empresas SUN; Ariane Desmarais-Michaud, Isabelle Laroche y Joyce Seto, Gobierno del Canadá; Sandra Ederveen, Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos; Juliane Friedrich, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA); Heike Henn y Sabrina Ziesemer, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania; Chris Osa Isokpunwu, Ministerio Federal de Salud de Nigeria; Lawrence Haddad, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición; Kate Houston, Cargill y red de empresas SUN; Abdoulaye Ka, Cellule de Lutte contre la Malnutrition (Senegal); Lauren Landis, Programa Mundial de Alimentos; Anna Lartey, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Ferew Lemma, Ministerio de Salud de Etiopía; Edith Mkawa, Oficina del Presidente (Malawi); Abigail Perry, Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido; Anne Peniston, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Milton Rondó Filho, Ministerio de Relaciones Exteriores del Brasil; Nina Sardjunani, Ministerio de Planificación del Desarrollo Nacional de Indonesia; Muhammad Aslam Shaheen, Comisión de Planificación (Pakistán); Meera Shekar, Banco Mundial; Lucy Sullivan, 1.000 Días; Gerda Verburg, Secretaría SUN. Estamos especialmente agradecidos a los copresidentes del Grupo de partes interesadas, Neil Watkins (Fundación Bill y Melinda Gates) y Rachel Toku-Appiah (Graça Machel Trust), por su asesoramiento y su apoyo inquebrantable en la elaboración del informe este año.

También hemos recibido contribuciones por escrito que no han podido incluirse en el informe de este año, pero que no obstante han inspirado nuestras reflexiones: Alexis D'Agostino y Sascha Lamstein, proyecto SPRING financiado por USAID; Ty Beal y Robert Hijmans, Universidad de California, Davis; Jan Cherlet, Lynnnda Kiess y Nancy Walters, Programa Mundial de Alimentos; Zach Christensen, Development Initiatives; Colin Khoury, Centro Internacional de Agricultura Tropical; Michelle Crino, Elizabeth Dunford y Fraser Taylor, The George Institute for Global Health; Charlotte Dufour, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Fran Eatwell-Roberts, Jamie Oliver Food Foundation; Augustin Flory, Results for Development; Stuart Gillespie, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias; Jody Harris y Nick Nisbett, Institute of Development Studies; Anna Herforth, independiente; Christina Hicks, Universidad de Lancaster; Suneetha Kadiyala, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Chizuru Nishida, Organización Mundial de la Salud; Danielle Porfido, 1.000 Días; Dominic Schofield, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición; Marco Springmann, Universidad de Oxford.

Agradecimientos (continuación)

Agradecemos a los donantes siguientes su respaldo financiero al informe de este año: Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), Fundación Bill y Melinda Gates, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Ayuda Irlandesa.

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



El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* es una publicación revisada por pares.

Todos los derechos reservados, 2017: Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Formato sugerido de referencia bibliográfica: Development Initiatives, 2017. *Informe de la Nutrición Mundial 2017*. "Alimentar los ODS". Bristol, Reino Unido: Development Initiatives.

Descargo de responsabilidad: las opiniones expresadas en este documento corresponden a los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista o el respaldo de Development Initiatives Poverty Research Ltd. ni el de ninguna de las organizaciones asociadas que han colaborado en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*. Las fronteras y los nombres utilizados no implican el reconocimiento ni la aceptación oficiales por parte de Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Development Initiatives Poverty Research Ltd.

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

ISBN:

Edición: Jen Claydon, Jen Claydon Editing

Diseño y maquetación: Broadley Creative y Definite.design

Índice

Resumen	8
Capítulo 1. Una agenda transformadora en el ámbito de la nutrición: para todos y por todos	16
Capítulo 2. Monitorear los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición	26
Capítulo 3. Vincular la nutrición a los ODS	44
Capítulo 4. Financiar la agenda integrada	62
Capítulo 5. Compromisos nutricionales en favor de un cambio transformador: reflexiones sobre el proceso Nutrición para el Crecimiento	80
Capítulo 6. Lograr los fines transformadores de los ODS	92
Apéndice 1. Evaluación de los avances hacia las metas mundiales de nutrición: nota metodológica	96
Apéndice 2. Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición	100
Apéndice 3. Metodología para determinar el gasto nacional en nutrición	104
Notas	106
Siglas	118
Materiales suplementarios en línea	119
Temas destacados	120
Recuadros	120
Figuras	121
Cuadros	121

Resumen



1. El mundo se enfrenta a una situación nutricional grave, pero los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen una oportunidad sin precedentes para cambiarla.

Un mundo mejor alimentado es un mundo mejor. Sin embargo, a pesar de que en los últimos decenios se han tomado medidas de calado para mejorar la nutrición y las cargas de salud conexas, el *Informe de la Nutrición Mundial* de este año muestra la gran escala y el carácter universal del problema que la nutrición plantea. La comunidad mundial lidia con múltiples cargas de la malnutrición. Nuestro análisis demuestra que el 88% de los países sobre los que disponemos de datos soportan la pesada carga de 2 o 3 formas de malnutrición (retraso del crecimiento en la infancia, anemia en las mujeres en edad reproductiva o sobrepeso en las mujeres adultas).

Aunque el número de menores de cinco años que sufren subalimentación crónica o aguda (retraso del crecimiento y emaciación) ha disminuido en numerosos países, nuestro seguimiento de los datos indica que los avances mundiales en la reducción de esas formas de malnutrición no son lo bastante rápidos para alcanzar las metas de nutrición acordadas internacionalmente, entre ellas la meta 2.2 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, consistente en poner fin a todas las formas de malnutrición de aquí a 2030. Las estadísticas sobre el hambre siguen la dirección equivocada: hoy, 815 millones de personas se acuestan con hambre, cuando en 2015 eran 777 millones. La realidad de las hambrunas que asolan el mundo conlleva que alcanzar esas metas, sobre todo en relación con la emaciación, resulte todavía más complicado. De hecho, se calcula que 38 millones de personas se encuentran en situación de inseguridad alimentaria grave en Nigeria, Somalia, Sudán del Sur y el Yemen, mientras que Etiopía y Kenya padecen sequías importantes. Ningún país se halla en vías de cumplir las metas de reducción de la anemia en las mujeres en edad reproductiva, y en realidad el número de mujeres que sufren anemia ha aumentado desde 2012. La lactancia materna exclusiva de los niños de 0 a 5 meses ha aumentado mínimamente, pero los progresos son demasiado lentos (un 2% sobre los valores de referencia). Además, prosigue el auge inexorable del número de niños y adultos con sobrepeso y obesidad. La probabilidad de alcanzar las metas acordadas internacionalmente para frenar el alza de la obesidad y la diabetes de aquí a 2025 es inferior al 1%.

Demasiadas personas se están quedando al margen de los beneficios de la mejora de la nutrición. Curiosamente, si observamos el contexto más amplio, la oportunidad de cambio nunca ha sido mayor. Los ODS, aprobados en 2015 por 193 países, representan una ventana de oportunidad magnífica para dar la vuelta a la situación o poner freno a esas tendencias. Su propósito es “transformar nuestro mundo”. Se han efectuado muchas declaraciones del mismo tipo en el pasado, por ende ¿qué es lo que hace que los ODS sean diferentes? La promesa puede resumirse en dos palabras: *universal* —para todos, en todos los países— e *integrada* —por todos, unidos en pos de los objetivos—, con consecuencias prácticas de gran calado en lo que hacemos y cómo lo hacemos.

En primer lugar, implica hacer hincapié en las desigualdades en los países de ingresos bajos, medianos y altos, y entre ellos, para que todas las personas cuenten y se beneficien de los progresos. En segundo lugar, significa que la época en que los problemas se afrontaban de manera aislada ha llegado a su fin. Si queremos transformar nuestro mundo, para todos, debemos dejar de actuar en compartimentos estancos y recordar que las personas no viven de esa manera.

Sabemos desde hace tiempo que las iniciativas que se circunscriben al “sector de la nutrición” tienen un alcance limitado. Por ejemplo, las 10 intervenciones que combaten directamente el retraso del crecimiento solo lo reducirían en un 20% a escala mundial. Los ODS lo expresan de manera clara y contundente: debemos lograr múltiples objetivos mediante la acción conjunta. La nutrición es uno de los elementos de esa acción conjunta. Es necesario actuar en favor de la nutrición para lograr los ODS, y, a su vez, actuar en aras de la consecución de los ODS es necesario para hacer frente a las causas de la malnutrición. Si somos capaces de colaborar para establecer vínculos en el sistema de los ODS, conseguiremos que el Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, declarado por las Naciones Unidas, se convierta en un “decenio de efectos transformadores”.

2. Mejorar la nutrición impulsará la consecución de los ODS.

Para aplicar a nivel práctico ese ideal de acción conjunta, todos debemos saber de qué manera se relaciona nuestro trabajo con los demás ODS y cómo podemos avanzar hacia su consecución. Existe un enorme potencial para establecer vínculos entre los ODS, pero esto también puede producir incoherencias. Por eso, los ODS hacen un llamamiento, a través de la meta 17.14, a la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible. Un primer paso necesario consiste en determinar esas conexiones y hacerlas transparentes. Eso empezamos a hacer con el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*. A partir de las mejores pruebas disponibles, esbozamos esos vínculos con el propósito de aclarar cómo podemos impulsar la agenda.

Nuestro análisis muestra que existen cinco ámbitos fundamentales en los ODS a los que la nutrición puede contribuir y de los que se puede beneficiar:

- producción sostenible de alimentos
- sistemas de infraestructura sólidos
- sistemas de salud
- equidad e inclusión
- paz y estabilidad.



1

El mundo se enfrenta a una situación nutricional grave...



- 2.000 millones** de personas carecen de micronutrientes clave como el hierro y la vitamina A
- 155 millones** de niños sufren retraso del crecimiento
- 52 millones** de niños sufren emaciación
- 2.000 millones** de adultos padecen sobrepeso u obesidad
- 41 millones** de niños tienen sobrepeso
- El 88%** de los países soportan la pesada carga de 2 o 3 formas de malnutrición

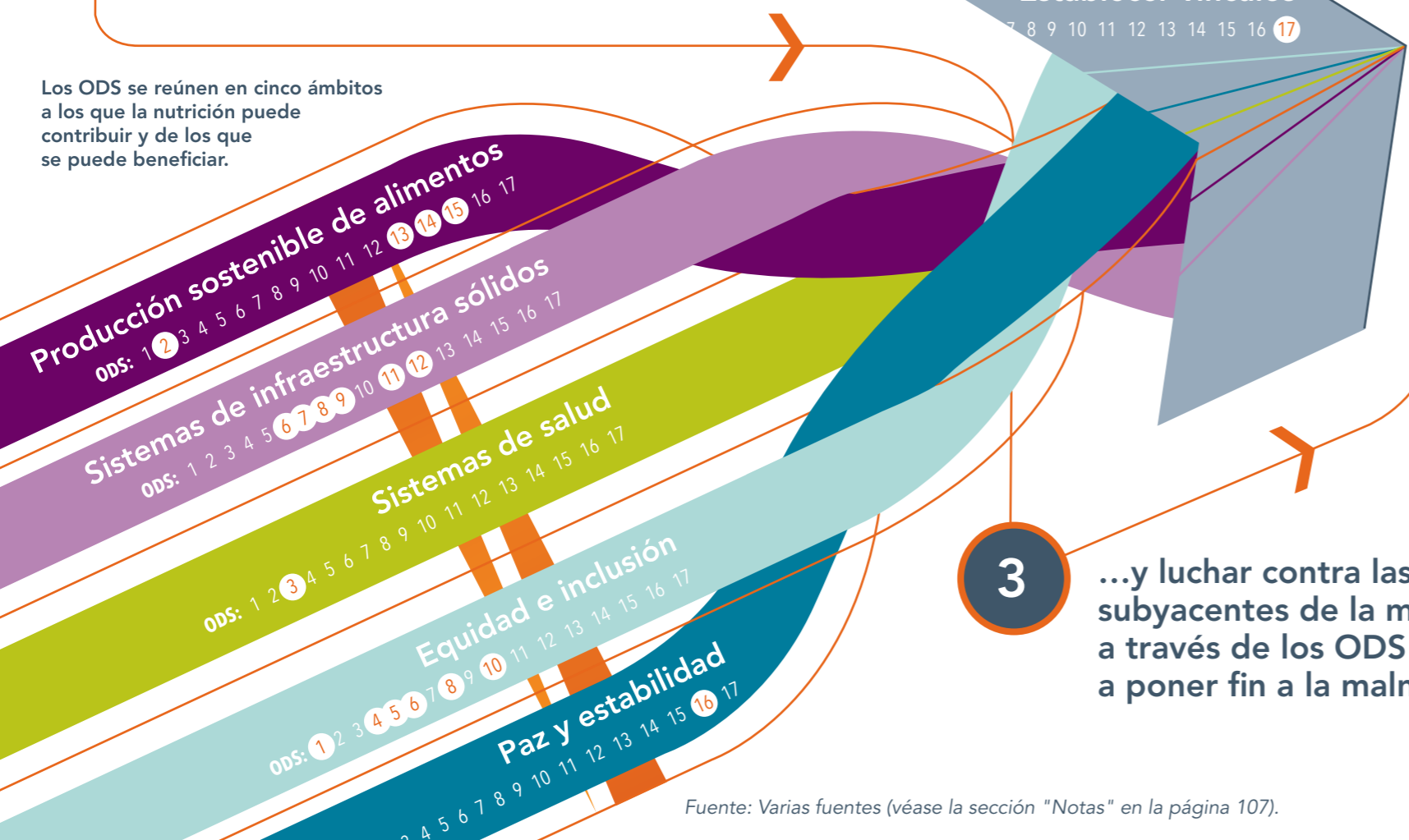
Y el mundo está lejos de poder alcanzar todas las metas mundiales de nutrición

...pero los ODS constituyen una oportunidad sin precedentes en favor de un cambio universal e integrado.

2

Mejorar la nutrición impulsará el logro de los ODS...

Los ODS se reúnen en cinco ámbitos a los que la nutrición puede contribuir y de los que se puede beneficiar.



3

...y luchar contra las causas subyacentes de la malnutrición a través de los ODS ayudará a poner fin a la malnutrición.

4

Existen grandes oportunidades para financiar un enfoque más integrado con miras a mejorar la nutrición en un plano universal.



La malnutrición tiene un elevado costo económico y sanitario y una rentabilidad de 16 dólares por cada dólar invertido.



1 de cada 3 personas está malnutrida...

0,5%

...pero el gasto mundial de los donantes destinado a la desnutrición equivale al 0,5% de la AOD...



0,01%

...y el destinado a las enfermedades no transmisibles y la obesidad, al 0,01% de la AOD mundial.

La oportunidad más prometedora es que los Gobiernos y otros agentes inviertan en la nutrición de manera integrada, en todos los sectores que inciden en los resultados de la nutrición indirectamente, como la educación, el cambio climático, o el agua y el saneamiento.

5

Para que nadie se quede atrás, debemos corregir las carencias y cambiar el modo en que analizamos y usamos los datos.

La falta de datos dificulta la rendición de cuentas y los progresos. Para mejorar la nutrición universalmente se requieren datos más precisos, periódicos y desglosados.



6

Debemos velar por que los compromisos sean promesas concretas que se cumplan.

Asumir un compromiso político firme e integrado con la nutrición será fundamental para avanzar. Los compromisos deben incidir en el problema y no dejar a nadie atrás.

7

Nos hallamos ante una oportunidad ilusionante para alcanzar las metas mundiales de nutrición e impulsar otros objetivos de desarrollo.

Medidas de doble función

Hacer frente a diversas formas de malnutrición

Aumentará la eficacia y la eficiencia de la inversión de tiempo, energía y recursos dirigida a mejorar la nutrición

Medidas de triple función

Hacer frente a la malnutrición y otros retos de desarrollo

Podría arrojar múltiples beneficios en relación con los ODS

Poner fin a todas las formas de malnutrición impulsará una mejora de los resultados en todos los ODS

Fuente: Varias fuentes (véase la sección "Notas" en la página 107).

A través de esos cinco ámbitos, el informe concluye que mejorar la nutrición puede redundar en un potente efecto multiplicador de los ODS. Por otra parte, también señala que resultará muy complicado lograr cualquier ODS si no se aborda el problema de la nutrición.

1. La buena nutrición puede contribuir a la sostenibilidad ambiental. La agricultura y la producción de alimentos son el pilar de nuestra alimentación y nutrición. La producción de alimentos consume el 70% del suministro mundial de agua dulce y el 38% de la tierra. Las prácticas agrícolas actuales producen el 20% de todas las emisiones de gases de efecto invernadero, y el ganado acapara el 70% de las tierras agrícolas. Mejorar la alimentación es necesario para que los sistemas de producción de alimentos sean más sostenibles.

2. La buena nutrición es infraestructura para el desarrollo económico. El retraso del crecimiento perturba la “infraestructura de la materia gris” —el desarrollo cerebral— en la que se sustenta de manera esencial el futuro y la economía. Al invertir en esta infraestructura se promueve el desarrollo humano a lo largo de la vida y se aumenta la capacidad mental y productiva, con lo que se obtiene una rentabilidad de 16 dólares por cada dólar invertido. La nutrición está vinculada al crecimiento del PIB: se calcula que la prevalencia del retraso del crecimiento disminuye un 3,2% por cada 10% de incremento de los ingresos per cápita, que también conlleva una reducción de la emaciación del 7,4%.

3. La buena nutrición reduce la carga sobre los sistemas de salud. No es posible separar la salud de la nutrición. Una buena nutrición conlleva menos enfermedades y, por tanto, menor demanda de prevención y tratamiento de unos servicios de salud que ya soportan una presión considerable.

4. La buena nutrición impulsa la equidad y la inclusión y representa una plataforma de cara a la consecución de mejores resultados en educación, empleo, empoderamiento de las mujeres y reducción de la pobreza. Los niños bien alimentados tienen un 33% más de probabilidades de escapar de la pobreza en la edad adulta, y cada centímetro más de altura en los adultos puede propiciar un incremento de casi el 5% en los salarios. La alimentación nutritiva y saludable se asocia con mejores resultados escolares. Los niños menos afectados por el retraso del crecimiento a una edad temprana obtienen mejores puntuaciones en las evaluaciones cognitivas y físicas.

5. La buena nutrición y la mejora de la seguridad alimentaria favorecen la paz y la estabilidad. Se precisan más pruebas para entender mejor cómo influyen la mala nutrición y la inseguridad alimentaria en los conflictos. No obstante, las pruebas disponibles indican que al invertir en la resiliencia alimentaria y nutricional también se reduce el malestar y se impulsa la estabilidad.

3. Combatir las causas subyacentes de la malnutrición por medio de los ODS propiciará beneficios significativos en la lucha contra la malnutrición.

La nutrición es una pieza indispensable sin la cual el engranaje de los ODS no podrá funcionar correctamente. No será posible alcanzar el objetivo de poner fin a la malnutrición sin hacer frente al resto de los factores importantes que contribuyen a ella. La mala nutrición tiene numerosas y variadas causas íntimamente conectadas con la labor que se está llevando a cabo para alcanzar otros ODS.

1. La producción sostenible de alimentos es fundamental para el logro de resultados de la nutrición. El rendimiento agrícola disminuirá cuando el incremento de las temperaturas supere los 3 °C. El mayor nivel de dióxido de carbono provocará un descenso de las proteínas, el hierro, el zinc y otros micronutrientes en los principales cultivos que consume gran parte de la población. La pesca insostenible pone en peligro el 17% de la proteína mundial y una fuente esencial de micronutrientes. Se requieren políticas e inversiones que preserven e incrementen la diversidad de los paisajes agrarios y velen por que las granjas pequeñas y medianas puedan seguir produciendo entre el 53% y el 81% de los micronutrientes clave, como hasta ahora.

2. Contar con sistemas de infraestructura sólidos resulta fundamental para facilitar una alimentación sin riesgos, nutritiva y saludable, así como agua potable y saneamiento. La infraestructura que conforma los “sistemas alimentarios” que llevan los alimentos del campo a la mesa es fundamental para reducir el desperdicio actual de alimentos (del 30%) y su contaminación, que provoca diarreas, peso inferior al normal y el fallecimiento de niños pequeños. El consumo de agua no potable y el saneamiento deficiente están asociados con el 50% de los casos de desnutrición, por lo que se requieren infraestructuras que permitan brindar tales servicios de manera equitativa. Debe prestarse especial atención a las ciudades. Se prevé que la población urbana llegará al 66% de aquí a 2050; sin embargo, los barrios marginales y las zonas desfavorecidas están desatendidos. Al mismo tiempo, la infraestructura ha facilitado la llegada de alimentos que aumentan el riesgo de padecer obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

3. Los sistemas de salud desempeñan un papel importante en la promoción de la alimentación de los lactantes y niños pequeños, la suplementación, la alimentación terapéutica y el asesoramiento nutricional con miras a tratar el sobrepeso y el peso inferior al normal y detectar en los pacientes enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. No obstante, nuestro análisis demuestra que los sistemas de salud no atienden las necesidades elementales —por ejemplo, solo el 5% de los niños de 0 a 59 meses reciben el tratamiento con zinc que precisan—. Además, la mitad de los países no han aplicado las directrices relativas a la gestión de las enfermedades no transmisibles. Han de ampliarse las medidas esenciales para la nutrición sobre las que se dispone de pruebas sustantivas, a fin de que lleguen a quienes más las necesitan; y deben ponerse a prueba intervenciones

sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación para comprobar cuáles son más eficaces en el conjunto del sistema de salud.

4. La equidad y la inclusión repercuten en los resultados de la nutrición: si no se tiene en cuenta la equidad en la distribución de la riqueza, la educación y el género, resultará imposible poner fin a todas las formas de malnutrición. Una quinta parte de la población mundial —767 millones de personas— vive en situación de pobreza extrema, y el 46% de los casos de retraso del crecimiento se dan en este grupo, que a menudo es víctima del olvido o la exclusión. Al mismo tiempo, deben adoptarse medidas que contrarresten el riesgo creciente que representa la obesidad, paralelo al desarrollo de las economías. Se calcula que un incremento del 10% en los ingresos per cápita conlleva un incremento del 4,4% en los índices de obesidad, mientras que la carga nacional de la obesidad aumenta en los niveles más bajos del desarrollo económico. La inseguridad alimentaria grave todavía constituye un problema mundial —desde el 30% en África al 7% en Europa—. Se requieren medidas que velen por que se incluya a las mujeres y se les brinde un trato equitativo, a fin de que puedan amamantar a sus hijos y cuidar de su propia nutrición.

5. La paz y la estabilidad son fundamentales para poner fin a la malnutrición. El porcentaje de personas subalimentadas que viven en países en conflicto y crisis prolongadas casi triplica el de otros países en desarrollo. La inestabilidad a largo plazo puede agravar la inseguridad alimentaria de numerosas formas. En el peor de los casos, los conflictos provocan hambrunas. En las situaciones de conflicto o emergencia, la nutrición debe incluirse en la reducción del riesgo de desastres y la reconstrucción posterior al conflicto.

4. Existen grandes oportunidades para financiar un enfoque más integrado con miras a mejorar la nutrición en un plano universal.

La malnutrición tiene un elevado costo económico y sanitario, pero no se invierte lo suficiente en mejorar la nutrición. Una serie de análisis elaborados este año indican que el gasto nacional en la desnutrición varía en cada país: algunos invierten más del 10% de su presupuesto en la nutrición; otros, mucho menos. El gasto mundial de los donantes en la desnutrición aumentó un 1% (5 millones de dólares) entre 2014 y 2015, pero se redujo como porcentaje de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), del 0,57% en 2014 al 0,50% en 2015. El gasto en prevención y tratamiento de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación representó en 2015 el 0,01% del gasto mundial de la AOD en todos los sectores, a pesar de que tales enfermedades representan una carga mundial enorme. Ciertos donantes han tomado la iniciativa con miras a invertir esta tendencia, pero es evidente que se requieren más inversiones.

La oportunidad más prometedora es que los Gobiernos y otros agentes inviertan en la nutrición de manera integrada. Nuestro análisis de este año ya demuestra que los Gobiernos invierten más en sectores importantes relacionados con las causas subyacentes de la malnutrición que en intervenciones específicas de nutrición. Deben estudiarse las oportunidades que brindan los mecanismos innovadores de financiación y las corrientes de inversión existentes con vistas a obtener múltiples beneficios en diversos sectores. Sencillamente, el mundo no puede permitirse no plantearse un enfoque más integrado de inversión en el sector de la nutrición.

5. Para que nadie se quede atrás, debemos corregir las carencias y cambiar el modo en que analizamos y usamos los datos.

El *Informe de la Nutrición Mundial* ha instado repetidamente a dotar de mayor rigurosidad a la recopilación de datos en aras de la rendición de cuentas. Este año destacamos que la falta de datos está obstaculizando la rendición de cuentas y los progresos. Para mejorar la nutrición en un plano universal, se requieren datos más precisos, periódicos, pormenorizados y desglosados. Consideramos que la carencia de datos desglosados por quintil de riqueza, género, situación geográfica, edad y situación de discapacidad representa una traba especialmente importante. Los promedios nacionales no bastan para saber a *quién se deja atrás*; precisamos datos desglosados sobre *todas las formas de malnutrición, en todos los países*, ya que los niveles nutricionales varían incluso dentro de los hogares. Los necesitamos para evitar que las poblaciones marginadas y vulnerables se queden atrás en la agenda de los ODS.

Cabe destacar dos déficits de datos notables en relación con la ingesta de alimentos y los adolescentes. Es preciso disponer de datos de más calidad sobre los adolescentes si queremos que la comunidad internacional rinda cuentas sobre la eliminación de los problemas de nutrición que se presentan ese tramo decisivo de la vida de las personas. Del mismo modo, si no sabemos cómo se alimenta la población no podremos diseñar intervenciones eficaces que mejoren su dieta.

Además de recopilar datos, hemos de utilizarlos activamente a fin de adoptar mejores decisiones y fundamentar y promover la toma de decisiones en el ámbito normativo. Debemos reunir, cotejar y utilizar los datos con objeto de fomentar los diálogos, las alianzas, las medidas y la rendición de cuentas necesarios para poner fin a todas las formas de malnutrición.

6. Debemos velar por que los compromisos sean promesas concretas que se cumplen.

Sin un compromiso político firme con la nutrición que determine el modo en que los Gobiernos gobiernan, los organismos multilaterales coordinan, la sociedad civil participa y las empresas se dirigen, las promesas para mejorar la nutrición no serán más que palabras vacuas.

Los mecanismos de rendición de cuentas, entre ellos el *Informe de la Nutrición Mundial*, se conciben para garantizar que los compromisos asumidos se respetan en la práctica. Los compromisos asumidos en 2013 en el marco del proceso Nutrición para el Crecimiento tenían el propósito de generar un compromiso firme. Desde entonces, se han logrado progresos al respecto: de los 203 compromisos contraídos en la cumbre de 2013, el 36% están en vías de cumplimiento (58) o ya se han cumplido (16). En cualquier caso, el proceso Nutrición para el Crecimiento demuestra que debemos hacer más. Para empezar, hemos de obligar a los Gobiernos, los organismos multilaterales, la sociedad civil y las empresas a rendir cuentas del cumplimiento de sus compromisos —y para ello estos deben ser conformes con los criterios SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo)—. Los compromisos deben ser ambiciosos e incidir en el problema. También resultan esenciales los compromisos encaminados a lograr diversos objetivos y a no dejar a nadie atrás.

La cuestión fundamental es que la nutrición requiere perseverancia. Es necesario que en el mundo se considere totalmente inaceptable tener una nutrición deficiente, y que la buena nutrición se convierta en la norma social global. Deben diseñarse minuciosamente mecanismos de rendición de cuentas que promuevan este grado superior de compromiso entre todas las partes interesadas.

7. Nos hallamos ante una oportunidad ilusionante para alcanzar las metas mundiales de nutrición e impulsar otros objetivos de desarrollo por medio de medidas de doble y triple función.

Ningún país ha logrado contener el auge de la obesidad. Los países donde su prevalencia está en aumento deben evitar cuanto antes algunos de los errores cometidos por sus vecinos de rentas altas. Existe la oportunidad de identificar —y aplicar— “medidas de doble función” que hagan frente al mismo tiempo a varias formas de malnutrición. De ese modo, aumentarán la eficacia y la eficiencia de la inversión de tiempo, energía y recursos destinada a mejorar la nutrición.

Por ejemplo, las medidas que promueven y protegen la lactancia materna en el lugar de trabajo reportan beneficios en los dos extremos de la doble carga de la malnutrición; la planificación urbana puede favorecer el acceso a alimentos asequibles, aptos para el consumo y nutritivos en las zonas desfavorecidas y desalentar la provisión de alimentos que exacerban el riesgo de la obesidad; proveer de agua potable a las comunidades y entornos donde los ciudadanos se reúnen reduce el riesgo de la desnutrición y ofrece una alternativa viable a las bebidas azucaradas; es posible rediseñar los paquetes de atención de salud universal para dar cabida a la prevención de la desnutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación; y puede mejorarse el seguimiento del gasto de la ayuda a fin de vigilar con mayor eficacia la financiación de la doble carga.

En primer lugar, los encargados de aplicar y financiar programas y políticas relacionados con la desnutrición deberían revisar su trabajo y asegurarse de aprovechar en la medida de lo posible las oportunidades para reducir el riesgo de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, y velar por que no se anulen los progresos alcanzados en la lucha contra la desnutrición. Han de llevar a cabo este examen en los próximos 12 meses. Entretanto, los investigadores deben determinar dónde y cómo pueden funcionar mejor estas medidas de doble función.

Asimismo, las “medidas de triple función” que hacen frente a la malnutrición y otros retos del desarrollo pueden generar múltiples beneficios en todos los ODS. Por ejemplo, la diversificación de la producción de alimentos puede reportar múltiples beneficios, ya que sienta las bases del suministro de alimentos nutritivos esencial para hacer frente a la desnutrición y prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación; permite la selección de cultivos ricos en micronutrientes que benefician el ecosistema; y, si nos centramos en el papel de la mujer en la producción alimentaria, las empodera para que puedan convertirse en empresarias innovadoras de la cadena de valor alimentaria y minimiza la carga de trabajo y tiempo. Ampliar el acceso a cocinas eficientes mejorará la salud nutricional y la salud respiratoria de los hogares, permitirá ahorrar tiempo, preservará los bosques y los ecosistemas asociados a ellos y reducirá las emisiones de gases de efecto invernadero. Los programas de alimentación escolar podrían estructurarse de manera más eficaz, con miras a reducir la desnutrición, asegurar que los niños no están indebidamente expuestos a alimentos que aumentan el riesgo de obesidad, alentarlos a permanecer en la escuela, estimular su aprendizaje y proporcionar ingresos a los agricultores. Pueden diseñarse políticas y estrategias alimentarias urbanas que mitiguen el cambio climático, el desperdicio de alimentos, la inseguridad alimentaria y la mala nutrición. La asistencia humanitaria podría ejercer de plataforma de promoción de una alimentación nutritiva y de calidad y, al mismo tiempo, reconstruir la resiliencia a través de las instituciones locales y las redes de apoyo.

En términos generales, una mayor interacción entre ámbitos que hasta la fecha han funcionado en compartimentos estancos brinda una gran oportunidad para contribuir al logro de los ODS. Para ello, todos debemos cambiar nuestra forma de trabajar. Ha de producirse un cambio sustancial decisivo en el enfoque mundial de la nutrición. No se trata solo de más dinero; también es preciso olvidarse de los compartimentos estancos y abordar la nutrición de manera conjunta. Los Estados, las empresas y la sociedad civil deben plantearse cómo afectan los vínculos entre los ODS a la inversión y los compromisos que adoptan y las acciones que llevan a cabo; y, posteriormente, identificar una medida de triple función y priorizar su implementación.

Cambiar nuestra manera de trabajar también implica que la comunidad de la nutrición debe transformar su forma de dirigirse a otros sectores. Al acercarnos a ellos debemos preguntarles cómo podemos ayudarlos, cómo podemos contribuir a que alcancen sus objetivos, y no limitarnos a señalar que deberían ayudarnos. Para ser más fuertes, las comunidades que trabajan en el ámbito de la nutrición —desnutrición, obesidad, enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, salud materna e infantil y socorro humanitario— deben aunar esfuerzos y hacerse oír con más contundencia. Y nosotros, con la población como elemento principal de todo lo que hacemos, hemos de inspirarnos y movilizarnos en torno a este derecho fundamental que incide en cada uno de nosotros y nuestras familias.

El mensaje más importante que los lectores pueden extraer de este informe es que poner fin a la malnutrición en todas sus formas catalizará una mejora de los resultados en todos los ODS. Todos, con independencia de quiénes seamos y a qué nos dediquemos, podemos contribuir al logro de los ODS y podemos ayudar a poner fin a la malnutrición. Es posible poner freno a la trayectoria que determina que al menos 1 de cada 3 personas sufrirá malnutrición. Se trata de un reto enorme, pero su dimensión es minúscula frente a la oportunidad que nos brinda.

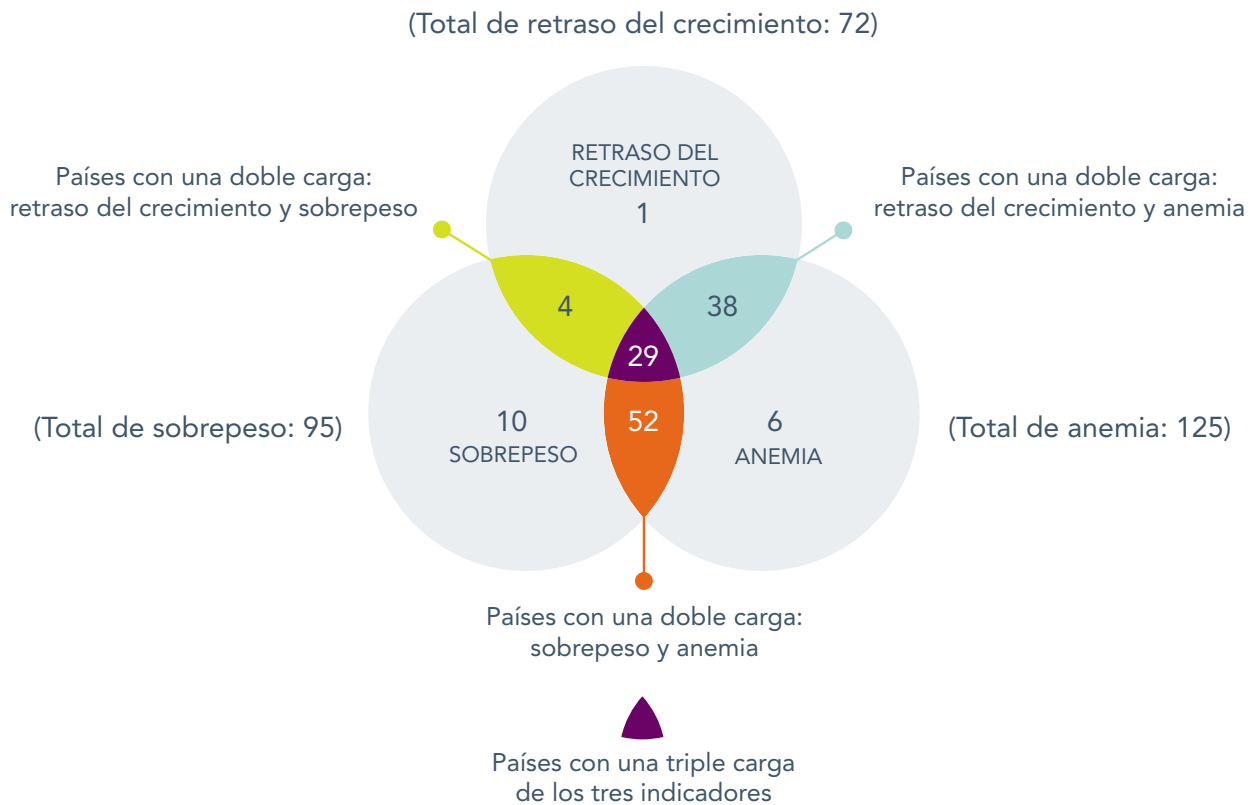


Una agenda transformadora
en el ámbito de la nutrición:
para todos y por todos

El mundo ha dado pasos notables para mejorar la nutrición en los últimos decenios, pero todavía queda mucho por hacer. El número de niños crónicamente subalimentados o que sufren retraso del crecimiento ha disminuido en muchos países, del mismo modo que el número de niños gravemente malnutridos o que sufren emaciación. Sin embargo, la carga sigue siendo elevada, y los índices de desnutrición no se han reducido con la rapidez necesaria para mantener el ritmo de la evolución de los patrones mundiales. La obesidad plantea todavía un reto significativo: el número de niños y adultos con sobrepeso y obesidad está aumentando.

La malnutrición aún es, en términos generales, un problema inmenso y universal: al menos 1 de cada 3 personas en el mundo padece alguna forma de malnutrición (figura 1.2)¹. Ningún país es inmune: casi todos los países del mundo se enfrentan a algún problema grave relacionado con la nutrición. En los 140 países que disponen de datos para efectuar un seguimiento del retraso del crecimiento, la anemia en las mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en las mujeres adultas se observan diversas cargas de malnutrición (figura 1.1). Todos ellos padecen al menos uno de esos problemas nutricionales importantes, y 123 (el 88%) soportan la pesada carga de 2 o 3 de esas formas de malnutrición².

FIGURA 1.1: Número de países que hacen frente a cargas de malnutrición



Fuente: Análisis de los autores a partir de los datos de las estimaciones conjuntas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial sobre la malnutrición infantil, 2017a; OMS, 2017; OMS, 2017b³.

Nota: 72 países soportan la carga del retraso del crecimiento (1 de ellos, únicamente retraso del crecimiento; 38, retraso del crecimiento y anemia; 4, retraso del crecimiento y sobrepeso; y 29, retraso del crecimiento, sobrepeso y anemia). 125 países soportan la carga de la anemia (6, únicamente anemia; 38, anemia y retraso del crecimiento; 52, anemia y sobrepeso; y 29, anemia, retraso del crecimiento y sobrepeso). 95 países soportan la carga del sobrepeso (10, únicamente sobrepeso; 52, sobrepeso y anemia; 4, sobrepeso y retraso del crecimiento; y 29, sobrepeso, anemia y retraso del crecimiento).

FIGURA 1.2: Estadísticas mundiales sobre el estado nutricional y las medidas de comportamiento adoptadas como metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación



Ingesta de sodio
Promedio 2010
La ingesta recomendada es de 2 g/día

4 g/día



Sobrepeso en la infancia
Menores de 5 años 2016

41 millones



6%



Emaciación en la infancia
Menores de 5 años 2016

52 millones



8%



Bajo peso al nacer
Recién nacidos 2014

20 millones



15%



Retraso del crecimiento en la infancia
Menores de 5 años 2016

155 millones



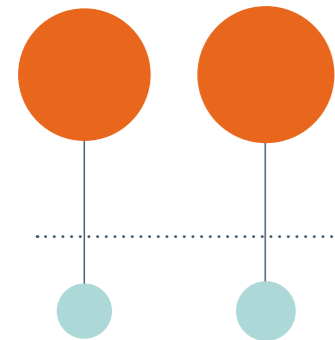
23%

PREVALENCIA



Diabetes en adultos
Hiperglucemia
18 años o más
2014

TOTAL
422 millones de adultos
Mujeres 204 millones
Hombres 218 millones

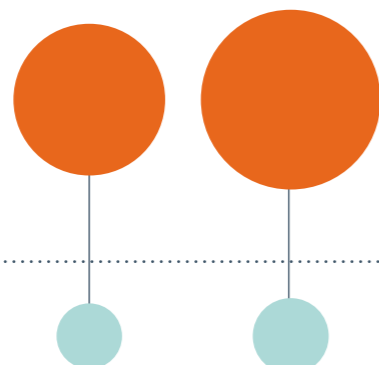


8% 9%



Obesidad en adultos
Índice de masa corporal ≥ 30
18 años o más
2014

TOTAL
641 millones de adultos
Hombres 266 millones
Mujeres 375 millones



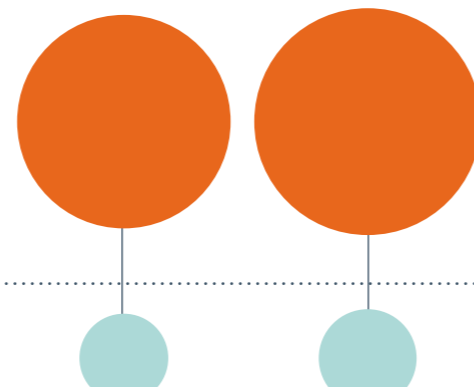
11% 15%

PREVALENCIA



Hipertensión en adultos
Presión arterial elevada
18 años o más
2015

TOTAL
1.130 millones de adultos
Hombres 597 millones
Mujeres 529 millones



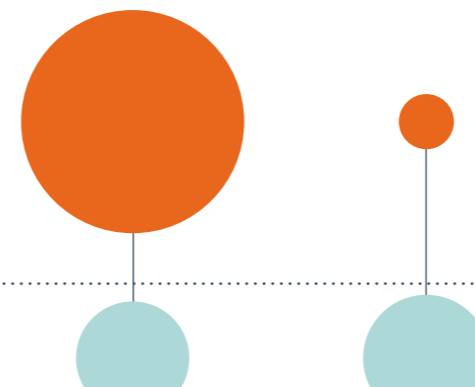
20% 24%



Anemia
Mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años
2016

TOTAL
613 millones de mujeres

Mujeres no embarazadas 578 millones
Mujeres embarazadas 35,3 millones



32% 40%

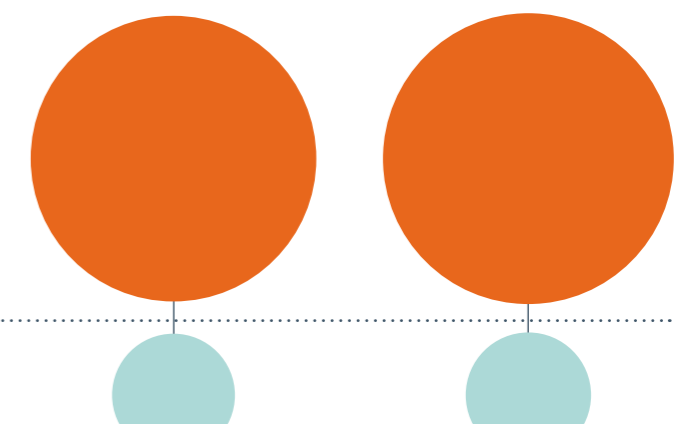
PREVALENCIA



Sobrepeso en adultos
Índice de masa corporal ≥ 25
18 años o más
2014

TOTAL
1.929 millones de adultos

Hombres 947 millones
Mujeres 982 millones



38% 39%

Fuente: Estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial sobre la malnutrición infantil, 2017; OMS, 2017; UNICEF, 2016; repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud de la OMS y red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles; Mozaffarian et al., 2014; Zhou B et al., 2017⁴
Nota: *El desglose efectuado por la OMS en 2017⁵ y los datos por sexo no están disponibles. Nota: Se considera que existe hiperglucemia cuando la glucemia en ayunas del paciente es superior o igual a 7 mmol/L, este sigue un tratamiento para reducir la concentración de glucosa en sangre o se le ha diagnosticado diabetes anteriormente; la hipertensión se define como una presión arterial sistólica o diastólica superior o igual a 140/90 mmHg. La prevalencia es el porcentaje de la población que alcanza dichos valores.

Además, en la actualidad las hambrunas están exacerbando la malnutrición de millones de personas en todo el mundo⁶ (figura 1.3). Nada menos que 38 millones de personas se encuentran en situación de grave inseguridad alimentaria en los cuatro países donde se han declarado hambrunas —Nigeria (en el norte), Somalia, Sudán del Sur y el Yemen— y en Etiopía y Kenya, que también se enfrentan a la sequía. En esos lugares, 1.796 millones de menores de cinco años sufren malnutrición aguda grave, y 4.960 millones, malnutrición

aguda moderada⁷. Por si esto fuera poco, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) señaló recientemente que el número de personas que carecen de acceso a las calorías recomendadas ha aumentado desde 2015, lo que supone dar marcha atrás a años de avances⁸. Asimismo, se calcula que el número de personas crónicamente subalimentadas en el mundo ha crecido hasta los 815 millones, desde los 777 millones de 2015⁹.

FIGURA 1.3: Inseguridad alimentaria y malnutrición en las hambrunas y sequías; figura de julio de 2017



Fuente: UNICEF. *Famine Response. Progress Update (11 de julio de 2017)*. Nueva York: UNICEF, 2017¹⁰.

Sin embargo, existen la esperanza y el compromiso de poner fin a todas las formas de malnutrición. Aunque siempre es posible efectuar nuevos hallazgos, disponemos de numerosas pruebas sobre las causas y consecuencias de la malnutrición y las medidas que podemos adoptar para prevenirla y corregirla. Además, los distintos movimientos y Gobiernos han intensificado sus esfuerzos dirigidos a combatir la malnutrición a niveles diversos y mediante diferentes tipos de compromisos. Esos compromisos encaminados a reducir la malnutrición se han asumido en las políticas y planes nacionales y han dado pie a una mayor asignación de fondos provenientes tanto de los Gobiernos como de los donantes.

También se han acelerado los procesos internacionales y la fijación de objetivos mundiales. En 2015, se incluyeron en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) la meta de poner fin a todas las formas de malnutrición (meta 2.2) y otras metas relacionadas con la nutrición (por ejemplo, la meta 3.4). El Pacto Nutrición para el Crecimiento, el seguimiento de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles y el Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 constituyen procesos políticos importantes para los compromisos y la rendición de cuentas en el ámbito de la nutrición.

Transformar la nutrición por medio de los ODS

Conscientes de la importancia de mejorar la nutrición, en 2015 los 193 países de las Naciones Unidas incluyeron en los ODS la meta (2.2) de poner fin a todas las formas de malnutrición. Los ODS se proponen “transformar nuestro mundo” con un ideal que puede resumirse en dos palabras: universal —para todos, en todos los países— e integrado —por todos, unidos en pos de todos los objetivos—¹¹. Estos requisitos previos son de aplicación a todos los ODS. Así se expresa en la resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹²:

“

En nombre de los pueblos a los que servimos, hemos adoptado una decisión histórica sobre un amplio conjunto de Objetivos y metas *universales* y transformativos, de gran alcance y centrados en las personas. [...]

Estamos resueltos a liberar a la humanidad de la tiranía de la pobreza y las privaciones y a sanar y proteger nuestro planeta. Estamos decididos a tomar las medidas audaces y transformativas que se necesitan urgentemente para reconducir al mundo por el camino de la sostenibilidad y la resiliencia. Al emprender juntos este viaje, prometemos que *nadie se quedará atrás*. [...]

La presente Agenda tiene un alcance y una importancia sin precedentes. Todos los países la aceptan y *se aplica a todos ellos*, aunque teniendo en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada uno y respetando sus políticas y prioridades nacionales. Los presentes *Objetivos y metas son universales* y afectan al mundo entero, tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo, son de carácter *integrado e indivisible* y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible. [...]

Los *vínculos entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y su carácter integrado* son de crucial importancia para cumplir el propósito de la nueva Agenda. Si conseguimos lo que ambicionamos en todos y cada uno de los aspectos de la Agenda, mejorarán notablemente las condiciones de vida de todas las personas y nuestro mundo se transformará en un lugar mejor.

(Énfasis en cursiva añadido).

”

Se plantea, por tanto, un ideal transformativo para la nutrición. Todas las personas deberían tener derecho a una nutrición adecuada, y todas deberían contribuir a su consecución. Sabemos por decenios de experiencia que tanto la *universalidad* como la *integración* resultan fundamentales para mejorar los resultados de la nutrición. Para empezar, la malnutrición es universal: no se circunscribe a un determinado grupo de países ni a un conjunto de personas (tema destacado 1.1). Todos los países, los ricos y los pobres, lidian con alguna forma de malnutrición. Incluso en los países con los niveles más bajos de malnutrición existen focos de pobreza y desigualdad relacionados con la malnutrición. Así pues, poner fin a todas las formas de malnutrición conlleva que nadie se quede atrás —es preciso velar por que todos se beneficien de los progresos y todo el mundo cuente—.

Y para superar verdaderamente la malnutrición será necesario adoptar un enfoque integrado (tema destacado 1.2). Las pruebas demuestran que las iniciativas que se circunscriben al “sector de la nutrición” tienen un alcance limitado. Por ejemplo, se calcula que las 10 intervenciones¹³ que combaten directamente el retraso del crecimiento solo lo reducirían en un 20% a escala mundial¹⁴. Es necesario adoptar medidas que hagan frente a las causas fundamentales de la nutrición deficiente —cuestiones que se abordan por medio de los demás ODS¹⁵—.

TEMA DESTACADO 1.1 ¿QUÉ ES LA “UNIVERSALIDAD” EN LOS ODS Y QUÉ IMPLICA PARA LA NUTRICIÓN? Judith Randel

“Universalidad” significa “para todos”. La agenda de universalidad de los ODS reconoce la naturaleza común de los retos a los que se enfrentan numerosas personas en todos los países. Adoptar un enfoque universal de la nutrición obliga a reconocer que la mala nutrición adopta formas diversas, cuyos extremos más evidentes son la obesidad y el peso inferior al normal, y promover la aplicación de políticas encaminadas a superarlas. Conlleva que las empresas e instituciones, los Gobiernos y las organizaciones no gubernamentales han de ser conscientes de quiénes se están quedando al margen de los progresos en el seno de su comunidad y deben asumir la responsabilidad de evitar que se queden todavía más atrás.

La agenda de universalidad consiste en saber quién tiene cabida en los progresos y quién se queda al margen. No basta con los datos de prevalencia (porcentajes de población) y los promedios nacionales, que pueden ocultar distintos niveles de cargas y progresos. Para cumplir la agenda de universalidad, cada país ha de contabilizar a sus habitantes; debe saber *quién* conforma su población y *dónde* se encuentra. Puede parecer algo obvio y básico, pero los datos indican que 1 de cada 3 niños del mundo ni siquiera fue registrado al nacer. Entre los niños más pobres, la cifra se eleva a 2 de cada 3¹⁶. Es preciso desglosar los datos para descubrir a quién se está llegando y a quién se está excluyendo. Se trata de un reto de gran envergadura; no obstante, como primer paso, se plantean una serie de desgloses mínimos que abarquen el quintil de riqueza (1 de los 5 grupos en función de los ingresos), el género, la situación geográfica, la edad y la situación de discapacidad¹⁷.

La universalidad no se limita a los datos y la consecución de resultados; también representa un cambio cultural que refleja el mundo del siglo XXI, en el que las viejas categorías de “desarrollado” o “en desarrollo”, “Norte” y “Sur” resultan cada vez más irrelevantes. Al adoptar una perspectiva universal surgen oportunidades para descubrir qué funciona en distintas sociedades y lograr progresos más rápidos, integrales, equitativos e inclusivos.

TEMA DESTACADO 1.2 ¿QUÉ ES LA “INTEGRACIÓN” EN LOS ODS Y QUÉ IMPLICA PARA LA NUTRICIÓN?

Corinna Hawkes

“Integrados” quiere decir que todos los objetivos deberían alcanzarse de forma indivisible gracias a la acción de todos, al crearse vínculos entre personas de todos los sectores y todos los estratos de la sociedad. Existe un aspecto de la integración cuya importancia para la nutrición, las enfermedades no transmisibles y, en términos más generales, la salud se reconoce desde hace mucho tiempo: la **multisectorialidad o intersectorialidad**; es decir, las acciones que “otros” sectores adoptan para respaldar (en este caso) los objetivos de nutrición y salud¹⁸. En la década de 1970, la conciencia de que la nutrición era “problema de todos, pero responsabilidad de nadie” llevó al concepto de la “planificación multisectorial en materia de nutrición”¹⁹. En la década de 2000 se empezó a hablar de la “integración de la nutrición” para describir el modo en que las intervenciones en este ámbito deberían incorporarse como elemento fundamental de otras prioridades de desarrollo, tales como la reducción de la pobreza, la salud materno-infantil y la agricultura²⁰. Desde 2013, el término “enfocado a la nutrición” se emplea para describir programas de otros sectores que hacen frente a las causas subyacentes de la malnutrición²¹.

Otro aspecto de la integración cuya repercusión en la nutrición se ha reconocido más recientemente es la **coherencia de las políticas**. Su importancia se reconoció en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en 2014²². En 2017, la Organización Mundial de la Salud organizó una Conferencia Mundial sobre las Enfermedades No Transmisibles que se centró en la coherencia entre diversas esferas de la formulación de políticas. En estos casos, la coherencia de las políticas se refiere a las políticas públicas que apoyan activamente,

en lugar de menoscabar, los objetivos de nutrición y los relativos a las enfermedades no transmisibles. En el ámbito más general del desarrollo, la coherencia de las políticas es objeto de debate desde hace mucho más tiempo y se ha ocupado fundamentalmente de velar por que las políticas internas y exteriores impulsen los objetivos de los países en desarrollo²³. Los ODS profundizan mucho más en la coherencia de las políticas. Por medio de la meta 17.4 sobre la coherencia de las políticas en favor del desarrollo sostenible, los ODS instan a todos los Gobiernos, así como a la sociedad civil y el sector privado, a tener en cuenta los vínculos entre sectores, a través de las fronteras y entre generaciones, con miras a lograr sus objetivos²⁴.

Este enfoque más amplio —que reconoce múltiples niveles de *interacción*— es uno de los aspectos esenciales del ideal “integrado” de los ODS: alcanzar diversos objetivos por medio de la acción conjunta. Ello supone que todos deben involucrarse no solo en sus “propios” objetivos, sino también en lograr los resultados descritos en el conjunto de los ODS. Se trata de un aspecto de la integración que eleva el nivel de exigencia en la acción en materia de nutrición y en favor del desarrollo. Todos los ODS se relacionan entre sí de uno u otro modo²⁵. Aunque se han desarrollado instrumentos para ayudar a los países y otras partes interesadas a diseñar planes integrados sobre los ODS, aún queda mucho por hacer para implementar medidas que saquen partidos de tales interacciones²⁶. No obstante, también surge la oportunidad de reflexionar y actuar de manera diferente. En el caso de la nutrición, se trata de una oportunidad para demostrar que mejorar la nutrición de la población puede impulsar el conjunto de los ODS —y para intensificar los esfuerzos encaminados a poner en práctica ese ideal—.

Para abordar realmente la cuestión de la nutrición también es necesario pensar en todas las formas de malnutrición. Aunque cada forma es muy diferente del resto, existen causas fundamentales comunes (tema destacado 3.1). Sin embargo, hasta la fecha normalmente se han tratado en compartimentos estancos. Al adoptar una perspectiva integrada hemos de perseguir un doble triunfo con las acciones que emprendamos, a través de lo que en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015* se denominó “acciones de doble función”. Se trata de intervenciones, programas y políticas con el potencial de reducir simultáneamente el riesgo o la carga de la desnutrición y el sobrepeso, la obesidad o las enfermedades

no transmisibles relacionadas con la alimentación²⁷. En el *Informe de la Nutrición Mundial 2017* también consideramos el potencial de las medidas “de triple función”, que persiguen otros objetivos basados en agendas comunes (capítulo 3).

Los ODS elevan el listón a la hora de hacer frente a todas las formas de malnutrición, para todos y por todos —en reconocimiento de las interacciones entre los objetivos de nutrición y desarrollo más amplios—. Para impulsar esta agenda se requiere un cambio trascendental. Se precisan nuevos planteamientos, enfoques y acciones, y habrá que superar nuevos retos²⁸.

Por ejemplo:

- En relación con la universalidad, a menudo desconocemos *quién se queda atrás* —esa información suele omitirse en los promedios nacionales y los datos de prevalencia—. Ni siquiera los datos referentes a los hogares revelan las desigualdades entre los integrantes del hogar, ya sea por razón de género, edad, discapacidad, casta, tribu, raza u otra situación²⁹. A pesar de que los niños necesitan una protección y atención especiales, apenas se dispone de datos fiables y coherentes sobre los niños mayores de cinco años ni los adolescentes fuera del rango comprendido entre los 15 y los 19 años. Por consiguiente, grupos enteros de población se están quedando atrás debido a que no se recopilan datos nutricionales de manera sistemática (tema destacado 1.1).
- En cuanto a la integración, no sabemos *cuál es la manera idónea de llevarla a cabo*³⁰. Si bien algunos países están tomando medidas para incorporar los ODS en los Gobiernos³¹, pocos informes nacionales sobre los ODS cuentan con apartados donde se explique cómo se pondrá en práctica la integración en el plano nacional³². Sí se están llevando a cabo intervenciones encaminadas a integrar a diversos sectores y partes interesadas por medio de iniciativas y estructuras de gobernanza novedosas. Sin embargo, los Gobiernos nacionales, los investigadores, las organizaciones no gubernamentales, las empresas y el sistema de las Naciones Unidas todavía trabajan en compartimentos estancos. Al participar tantos sectores, “el mayor error es pensar que ya lo arreglará otro”³³.

A pesar de las dificultades, debemos aprovechar la ocasión que nos brinda la agenda “para todos y por todos”. Se trata de una oportunidad única para conseguir que el Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, declarado por los 193 países de las Naciones Unidas, se convierta en un “decenio de efectos transformadores”. Con el decenio de la nutrición llega el momento de impulsar las iniciativas de todos con el propósito de poner fin a todas las formas de malnutrición, en el marco de la agenda de los ODS, y contribuir a los objetivos de desarrollo más amplios³⁴.

Para ello ha de reconocerse también que todas las personas tienen derecho a una nutrición adecuada. Los derechos relacionados con la nutrición se han reconocido y protegido de manera directa en una serie de tratados sobre derechos humanos. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, subraya el derecho de las mujeres a la salud, incluida “una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, obliga a los Gobiernos a “[c]ombatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados”³⁵. Las partes interesadas reconocen cada vez en mayor medida que aplicar un enfoque sobre la nutrición basado en los derechos humanos es fundamental para garantizar que todas las personas puedan disfrutar de los beneficios intrínsecos de una buena nutrición.

En todo caso, para hacer efectivos los derechos es necesario rendir cuentas. La rendición de cuentas es importante para la nutrición, esencial para cumplir esta agenda ambiciosa. Una rendición de cuentas adecuada alienta y posibilita la acción.

Se trata de asumir la responsabilidad de esos compromisos, cumplirlos en busca de repercusión y, posteriormente, informar sobre ellos. Rendir cuentas significa ejercer el poder con responsabilidad.

El *Informe de la Nutrición Mundial* promueve la rendición de cuentas acerca de la acción en el ámbito de la nutrición desde 2014. En el contexto del ideal transformador plasmado en los ODS, el *Informe de la Nutrición Mundial 2017* vuelve a hacer balance del estado de la nutrición mundial y analiza qué se requiere para lograr resultados universales por medio de una intervención integrada. Para ello se sirve de cuatro vías:

1. Monitorear los progresos hacia la consecución de las metas de nutrición en todo el mundo.

El *Informe de la Nutrición Mundial* compara los progresos nacionales con las metas acordadas internacionalmente sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación; y las metas 2.2 y 3.4 de los ODS en el ámbito de la nutrición. Este año también se identifican los déficits de datos y el modo en que estos se están utilizando, factores que merman nuestra capacidad para vigilar los progresos conducentes a mejoras universales —a saber, poner fin a todas las formas de malnutrición de aquí a 2030, en todos los países y en beneficio de todas las personas (capítulo 2)—.

2. Explicar cómo se vincula la nutrición con todos los ODS.

Este año sentamos las bases para actuar en el ámbito de la nutrición de manera más integrada con el propósito de alcanzar las metas de los ODS. En el capítulo 3 se analiza si la mejora de la nutrición podría impulsar los ODS en un plano más general, y cómo, y qué medidas han de ponerse en práctica en relación con todos los ODS para facilitar el logro de las metas mundiales de nutrición. Se ofrecen ejemplos del tipo de medidas de “doble función” y de “triple función” que deben adoptarse.

3. Hacer un seguimiento de la financiación como medio de implementación de un ideal universal e integrado.

La financiación resulta fundamental a la hora de pasar a la acción: el ODS 17 la considera un “medio de implementación”. El capítulo 4 recoge los datos más recientes sobre financiación de la nutrición aportados por los Gobiernos y los donantes principales, y destaca aquellos aspectos clave de los ODS que requieren más inversión; se señalan asimismo los déficits de datos sobre esta cuestión.

4. Reflexionar sobre los progresos en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento.

En el informe de este año efectuamos un seguimiento de los compromisos asumidos en el proceso de Nutrición para el Crecimiento, un movimiento encaminado a reunir a diversas partes interesadas mundiales y alentarlas a invertir en la lucha contra la malnutrición. Nos proponemos mostrar lo conseguido en los cuatro últimos años de cara al cumplimiento de los compromisos asumidos hasta 2020. Asimismo, reflexionamos sobre las consecuencias en cuanto a los compromisos necesarios para impulsar la agenda universal e integrada que posibilite un decenio de efecto transformador en la nutrición (capítulo 5).

TEMA DESTACADO 1.3 CAUSAS COMUNES DE DISTINTAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN³⁶

Corinna Hawkes, Alessandro Demaio y Francesco Branca

De conformidad con las demandas de los ODS acerca de la articulación de marcos en los que se integren los problemas y objetivos, es posible identificar algunas causas comunes de las distintas formas de malnutrición. Estas se describen en dos resúmenes de orientación publicados por la OMS en 2017: *The Double Burden of Malnutrition* (La doble carga de la malnutrición) y *Double-duty actions for nutrition* (Medidas con doble finalidad sobre la nutrición)³⁷.

Epigénesis

Se cree que alterar la expresión de los genes (activarlos o desactivarlos) repercute en el riesgo de peso bajo al nacer, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles. Estas alteraciones pueden deberse a factores ambientales como la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de medicamentos y la exposición a sustancias químicas, y a su vez propician vínculos intergeneracionales de desnutrición, obesidad y enfermedades no transmisibles. Por ejemplo, la restricción del crecimiento intrauterino debida a la desnutrición de la madre provoca cambios en el modo en que el cuerpo del lactante regula posteriormente la energía.

Nutrición a una edad temprana

La calidad y cantidad de la alimentación en la fase de desarrollo fetal y en la infancia afectan al sistema inmunológico, al desarrollo cognitivo y a la regulación del almacenamiento y el gasto de energía. Por ejemplo, al aportar nutrientes esenciales para el crecimiento y el desarrollo, el calostro y la leche materna influyen en la biología y los hábitos nutricionales del niño. Otro vínculo se establece a través de una nutrición materna inadecuada antes del embarazo y durante este, que puede incrementar el riesgo de anemia materna, parto prematuro y bajo peso del niño al nacer. Además, los niños con poco peso al nacer pueden correr un riesgo mayor de padecer posteriormente enfermedades metabólicas y obesidad abdominal.

Factores socioeconómicos

Factores socioeconómicos como la pobreza, el empoderamiento de género y la educación repercuten en todas las formas de malnutrición de maneras diversas (capítulo 3). Por ejemplo, las desigualdades de ingresos y riqueza están estrechamente vinculadas con la desnutrición. Se observan otros patrones de desigualdad más complejos que favorecen la obesidad y problemas de salud conexos en los países de ingresos bajos y medianos, que dependen del desarrollo económico y epidemiológico y la situación del país. En general, la obesidad se está abriendo paso con mayor rapidez en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos entre los grupos con peor situación socioeconómica.

Entorno

La calidad del entorno en el que vive la población resulta relevante en todas las formas de malnutrición. Por ejemplo, la falta de disponibilidad de alimentos nutritivos en el "entorno alimentario" exacerba el riesgo de que la población se alimente de forma inadecuada y poco equilibrada. Otros aspectos importantes del entorno son los ambientes vitales y laborales, que inciden en el acceso a servicios mejorados de agua y saneamiento y en la capacidad de amamantar a los hijos, así como las zonas edificadas que impiden o promueven la actividad física.

Sistemas alimentarios

Como base de la alimentación de la población y sus entornos alimentarios se encuentran los sistemas alimentarios. Incluyen la producción agrícola de alimentos (incluida la horticultura, la ganadería y la cría de animales pequeños y peces); la transformación y el procesamiento de los alimentos en el sistema, su distribución y comercialización; y cómo se ponen estos a disposición de la población mediante el comercio minorista y otros medios. Los sistemas alimentarios determinan de manera fundamental la alimentación de la población y su riesgo de sufrir desnutrición u obesidad.

La fuerza del *Informe de la Nutrición Mundial* reside en su asimilación. Necesitamos que nuestra audiencia y asociados utilicen las pruebas que se exponen aquí para exigir progresos más rápidos y pedir cuentas de sus acciones a los encargados de adoptar decisiones y de implementarlas. Vemos este informe como una intervención: confiamos en que ustedes —nuestros asociados gubernamentales, donantes, empresas, la sociedad civil y el ámbito académico— se sirvan de él para impulsar una acción más eficaz en el ámbito de la nutrición y seguir promoviendo este diálogo. Todos tenemos un papel que desempeñar.

- **Si es usted responsable de presupuestos, de adoptar decisiones o de implementarlas**, halle inspiración en este informe en aras de una acción integrada en materia de nutrición. Utilice los enfoques que se describen en este informe, y otros, para hacer frente a la amenaza presente y futura que representa la malnutrición en su país, sector o comunidad. Use este informe con el propósito de mejorar su capacidad para obtener resultados universales y que nadie se quede atrás. Inspírese en este informe para aumentar su repercusión tanto en los resultados de la nutrición como en los resultados de desarrollo más amplios y sacar mayor partido a su dinero³⁸.

- **Si es usted promotor**, aproveche este informe para arrojar luz sobre los problemas que la nutrición representa en su país, sector o comunidad. Úselo para obligar a las personas que ostentan puestos de poder a rendir cuentas sobre la lucha contra todas las formas de malnutrición de manera integrada, sin dejar a nadie atrás. Utilícelo para pedir que se supla la falta de datos y el modo en que estos se utilizan, que tanto dificultan la rendición de cuentas.
- **Si es usted investigador**, plantéese si la falta de datos y estudios que se señala en el informe podría orientar su trabajo en el futuro. Considere cómo se podrían analizar más a fondo los datos con la finalidad de descubrir el modo de fomentar la integración y detectar y corregir la situación de quienes se quedan atrás.

Animamos a todos los lectores de este informe a pasar a la acción con miras a alcanzar las metas mundiales de nutrición y conseguir que el Decenio de Acción sobre la Nutrición sea un “decenio de efectos transformadores”. Y no solo en el plano de la nutrición; esta puede actuar como catalizadora de los objetivos de desarrollo en todos los países, para todos y por todos.

2 Monitorear los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición

Conclusiones clave

1. En el plano internacional, no nos encontramos bien encaminados para alcanzar las metas mundiales de nutrición:
 - Los progresos mundiales en la reducción del retraso del crecimiento de los niños menores de cinco años no son lo bastante rápidos para cumplir con la meta de 2025. El número de niños menores de cinco años con sobrepeso va en aumento.
 - La tasa de reducción de la emaciación en la infancia tampoco avanza a una velocidad suficiente para poder cumplir la meta de 2025. Las hambrunas, los crecientes conflictos y las sequías, las inundaciones y otros desastres de origen climático harán aún más difícil atajar la emaciación.
 - La lactancia materna exclusiva en los niños de 0 a 5 meses registra un aumento marginal (del 2% con respecto a los valores de referencia). El progreso es positivo pero demasiado lento.
 - La anemia entre las mujeres en edad reproductiva ha aumentado desde 2012; ningún país está bien encaminado para conseguir la meta.
 - La probabilidad de detener el aumento de la obesidad y la diabetes para 2025 es de menos del 1%.
2. A escala regional, el número de niños que sufren retraso del crecimiento está en ascenso en África, y la tasa de emaciación sigue siendo elevada en Asia Meridional.
3. A escala nacional, ningún país está en vías de lograr 5 de las 6 metas en materia de nutrición materno-infantil, y en pocos de ellos se ha detenido la tendencia ascendente del sobrepeso y la obesidad en niños y adultos. Tres países están "bien encaminados" por lo que respecta a cuatro metas —la lactancia materna exclusiva y el retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso infantiles—.
4. La falta de datos sigue siendo un obstáculo considerable a la hora de hacer un seguimiento universal de las múltiples cargas de la malnutrición. Para asegurar que no se deja a nadie atrás debido a su situación geográfica, edad, etnia o género, se precisan datos desglosados. No obstante, se carece de ellos, así como de los relativos a los adolescentes y la ingesta alimentaria.
5. Asimismo, para hacer un seguimiento de los progresos realizados en relación con las metas mundiales de nutrición es necesario integrar en las prioridades nacionales la mejora de la coordinación de los datos y de su interpretación y uso por parte de los encargados de adoptar decisiones.

¿Qué habrá que hacer para erradicar universalmente la malnutrición antes de 2030 en todas sus formas, en todos los países y para todas las personas? ¿Qué se requiere para avanzar hacia la consecución de las dos metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) directamente relacionadas con resultados de la nutrición, la 2.2 y la 3.4?

En este capítulo se describe la situación mundial y nacional en lo relativo al logro de lo que puede denominarse “metas mundiales de nutrición”. En él se emplean los datos disponibles sobre la prevalencia nacional para determinar, de la mejor manera posible, quiénes son y dónde se encuentran los afectados por la desnutrición, el sobrepeso o la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Asimismo, se ponen de relieve las carencias en los datos que impiden adoptar un enfoque más universal a la hora de hacer un seguimiento de las mejoras en la nutrición en todo el mundo.

Metas mundiales de nutrición

Las metas mundiales de nutrición aprobadas por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permiten hacer un seguimiento de los progresos hacia la consecución de las metas de los ODS. El *Informe de la Nutrición Mundial* ha hecho un seguimiento de estos avances durante los últimos cuatro años. Dichas metas incluyen:

- **metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño:** seis metas mundiales en la materia aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2012 que han de alcanzarse antes de 2025¹;
- **metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación:** 3 de 9 metas aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013 que han de alcanzarse antes de 2025².

Las “metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño” y las “metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación” se superponen de manera considerable con las metas 2.2 y 3.4 de los ODS (figura 2.1), lo cual pone de relieve las sinergias entre estos y las iniciativas de seguimiento actuales dirigidas a hacer frente a la malnutrición. Aunque separadas y distintas entre sí, las metas están integradas a través de vínculos básicos subyacentes

que muestran que el estado nutricional es el resultado de numerosos factores que convergen, como un todo indivisible, en una persona (tema destacado 1.2, capítulo 1).

Las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño tienen como objetivo general la mejora en la materia para 2025 y su seguimiento a nivel mundial se lleva a cabo mediante seis indicadores. Las metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación forman parte del marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que fija objetivos para monitorear los progresos en la consecución de las metas relativas a las 4 enfermedades no transmisibles que ocasionan una mayor tasa de mortalidad —3 de las cuales tienen causas relacionadas con la alimentación (enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cánceres) y los factores de riesgo correspondientes—.

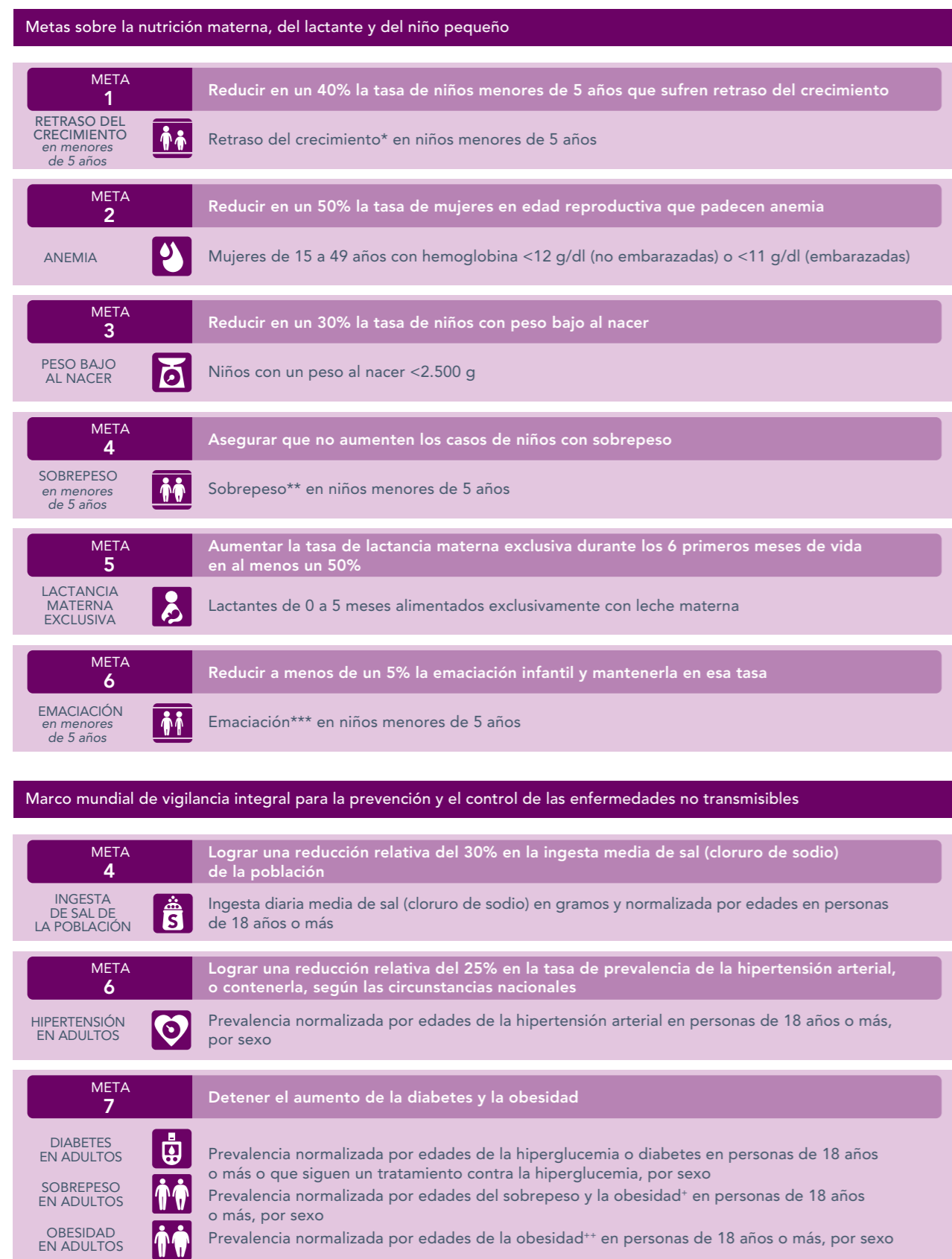
La OMS desempeña un papel de liderazgo clave en la vigilancia de las metas sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y en la armonización de estas con el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)³. También ha facilitado orientaciones para que, en función de sus prioridades y recursos, los países establezcan sus propias metas nacionales tanto en lo relativo a la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño como a las enfermedades no transmisibles. Dichas orientaciones se proporcionan en el Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño⁴ y el Plan de acción mundial 2013-2020 para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles⁵. En el *Informe de la Nutrición Mundial* se hace un seguimiento anual de las metas y los indicadores a fin de instaurar una cultura de la rendición de cuentas en la comunidad mundial de la nutrición. Estas metas e indicadores se muestran en la figura 2.1.

Progresos globales y nacionales en la consecución de las metas mundiales de nutrición

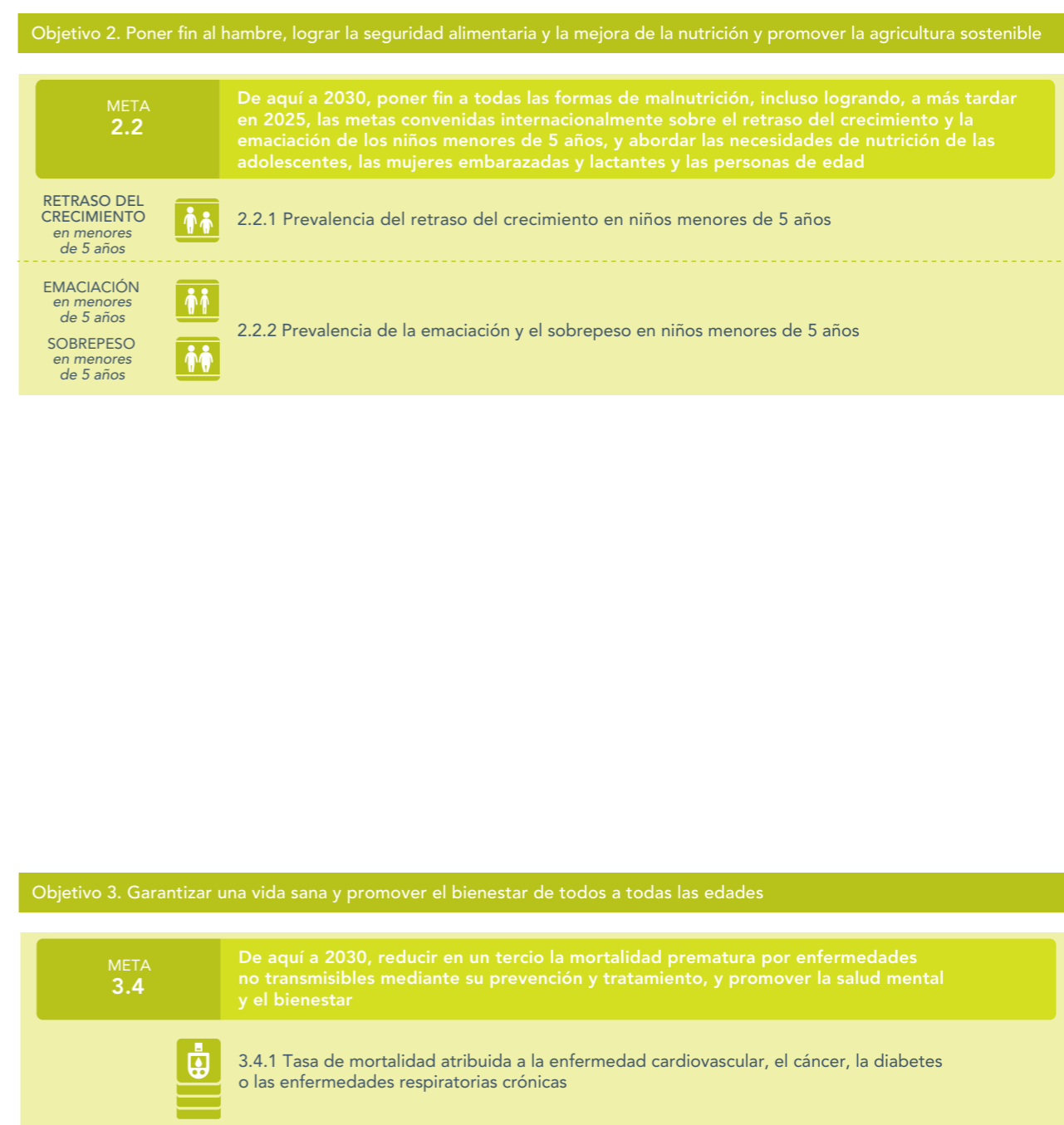
Los datos del monitoreo y las evaluaciones que se presentan en el informe de este año muestran que, a escala global, el mundo no está bien encaminado para alcanzar la mayoría de las metas mundiales de nutrición sobre las que se dispone de datos (figura 2.2). Los análisis presentados reemplazan las cifras ofrecidas en los *Informes de la Nutrición Mundial* previos. La razón es que estos análisis tienen en cuenta nuevos datos obtenidos el año pasado, lo que refleja la mejora de las metodologías y una mayor solidez de las estimaciones (véanse el tema destacado 2.2 y el apéndice 1).

FIGURA 2.1: Metas e indicadores mundiales para mejorar el estado y el comportamiento nutricionales

METAS PARA 2025 RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN ADOPTADAS POR LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE PARA 2030 CORRESPONDIENTES



Fuente: Los autores, a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la División de Estadística de las Naciones Unidas⁶.

Notas: *El retraso del crecimiento se define como puntuaciones Z de longitud o estatura para la edad mayores de 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. **El sobrepeso infantil se define como puntuaciones Z de peso para la longitud o estatura mayores de 2 desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. ***La emaciación se define como puntuaciones Z de peso para la longitud o estatura mayores de 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. *El sobrepeso y la obesidad se definen como un índice de masa corporal (IMC) ≥25. **La obesidad se define como un IMC ≥30.

FIGURA 2.2: Progresos globales en la consecución de las metas mundiales de nutrición

INDICADOR	META	AÑO DE REF.	SITUACIÓN DE REF.	META PARA 2025	MAL O BIEN ENCAMINADO	COMENTARIOS
Metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño						
RETRASO DEL CRECIMIENTO en menores de 5 años	META 1	2012	162 millones	~100 millones		Tasa media anual de reducción actual (2,3%) por debajo de la requerida (4%)
EMACIACIÓN en menores de 5 años	META 6	2012	8%	<5%		Prevalencia mundial del 7,7% en 2016
SOBREPESO en menores de 5 años	META 4	2012	7%	Detener el aumento de la prevalencia		En las estimaciones para 2015, el porcentaje de referencia de 2012 se revisó a la baja y se fijó en el 5,7%. La prevalencia actual es del 6%, algo por encima de ese umbral; por tanto, no se encuentra bien encaminado.
ANEMIA	META 2	2012	29%	15%		Prevalencia mundial del 32,8% en 2016. (El porcentaje de referencia de 2012 se revisó al alza y se fijó en el 30% en 2016. La prevalencia actual refleja el aumento desde entonces).
PESO BAJO AL NACER	META 3	DE 2008 A 2012	15%	10%		A la espera de nuevas estimaciones
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	META 5	DE 2008 A 2012	38%	≥50%		En 2016, el 40% de los lactantes de 0 a 5 meses se alimentaron exclusivamente con leche materna. El aumento de 2 puntos porcentuales registrado en 4 años refleja un progreso muy limitado.

MAL ENCAMINADO

INDICADOR	META	AÑO DE REF.	SITUACIÓN DE REF.	META PARA 2025	MAL O BIEN ENCAMINADO	COMENTARIOS
Metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación						
SOBREPESO EN ADULTOS	META 7	2014	Hombres 38% Mujeres 39%	Detener el aumento de la prevalencia		
OBESIDAD EN ADULTOS	META 7	2014	Hombres 11% Mujeres 15%	Detener el aumento de la prevalencia		Según las proyecciones para 2025, la probabilidad de cumplir la meta mundial es prácticamente nula.
DIABETES EN ADULTOS Hiperglucemia	META 7	2014	Hombres 9% Mujeres 8%	Detener el aumento de la prevalencia		Según las proyecciones para 2025, la probabilidad de cumplir la meta mundial es baja (<1% para los hombres, 1% para las mujeres).
HIPERTENSIÓN EN ADULTOS Presión arterial elevada	META 6	2014	Hombres 24% Mujeres 20% Hombres 18% Mujeres 15%	Conseguir un 25% de reducción relativa o mantener la prevalencia, según las circunstancias nacionales	No disponible todavía	Proyecciones no disponibles todavía
INGESTA DE SAL DE LA POBLACIÓN Cloruro de sodio	META 4	2010	Ingesta media de cloruro de sodio 4 g/día	Conseguir un 30% de reducción relativa de la ingesta media	Ingesta media de cloruro de sodio 2,8 g/día	No disponible todavía Proyecciones no disponibles todavía

MAL ENCAMINADO

Fuente: Los autores, a partir de los datos de OMS, 2012, 2014; red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles, 2016; Stevens G. A. et al., 2013; Zhou B. et al., 2017; y UNICEF, 2016.

Progresos nacionales en la consecución de las metas mundiales de nutrición

A escala nacional, la valoración de los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición muestra claramente que existen numerosas carencias en los datos que nos impiden llevar a cabo evaluaciones sólidas por lo que respecta a cuatro metas: el retraso del crecimiento, la emaciación, el sobrepeso y la lactancia materna exclusiva (figura 2.3). No obstante, numerosos países, o bien han alcanzado ciertos progresos, o bien están bien encaminados. En nuestro sitio web presentamos datos nacionales sobre la prevalencia, las tasas de cambio actuales y las requeridas (cuando proceda) y una evaluación de los progresos logrados en relación con las metas mundiales de nutrición. Los datos que se exponen en los cuadros también se emplean en los perfiles nutricionales por país en línea del *Informe de la Nutrición Mundial* (véase el tema destacado 2.1), que muestran los avances junto con otros indicadores relacionados con la malnutrición y sus factores determinantes.

- **En lo relativo a la mejora de la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño:** Según los datos disponibles, 18 países están en vías de lograr la meta sobre el retraso del crecimiento, 29, la de la emaciación, 31, la del sobrepeso y 20, la de la lactancia materna exclusiva. Ningún país está en vías de reducir la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (figura 2.3). Lamentablemente, las cifras también ponen en evidencia que se carece de los datos necesarios para llevar a cabo una evaluación sólida de los progresos hacia la consecución de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; por tanto, existen numerosos países a los que no es posible clasificar como bien o mal encaminados.
- **En lo relativo a la interrupción del aumento de la obesidad:** Todos los países de los que se dispone de datos tienen una probabilidad de menos de 0,5 (del 50%) de cumplir la meta de 2025 y, por consiguiente, no están bien encaminados hacia el logro de las metas sobre obesidad si se mantiene la tendencia ascendente.
- **En lo relativo a la interrupción del aumento de la diabetes:** Ocho países —Australia, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Nauru, Singapur y Suecia— tienen una probabilidad de al menos 0,5 de alcanzar la meta de 2025 en el caso de los hombres. Todos ellos son países de ingresos altos, excepto Nauru, un país de ingresos medianos altos situado en Oceanía. La mayoría de los países de Asia, África, América Latina y América del Norte no lograrán frenar el aumento de la diabetes en los hombres si no se produce algún cambio. Los progresos obtenidos en la interrupción del ascenso de la diabetes en las mujeres son ligeramente mejores, pues 26 países tienen una probabilidad de al menos 0,5 de cumplir la meta. Se trata de Alemania, Andorra, Australia, Austria, Bélgica, Brunei Darussalam, el Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Islandia, Israel, Italia, el Japón, Luxemburgo, Malta, Nauru, Noruega, los Países Bajos, Portugal, la República de Corea, la República Popular Democrática de Corea, Singapur, Suecia y Suiza.

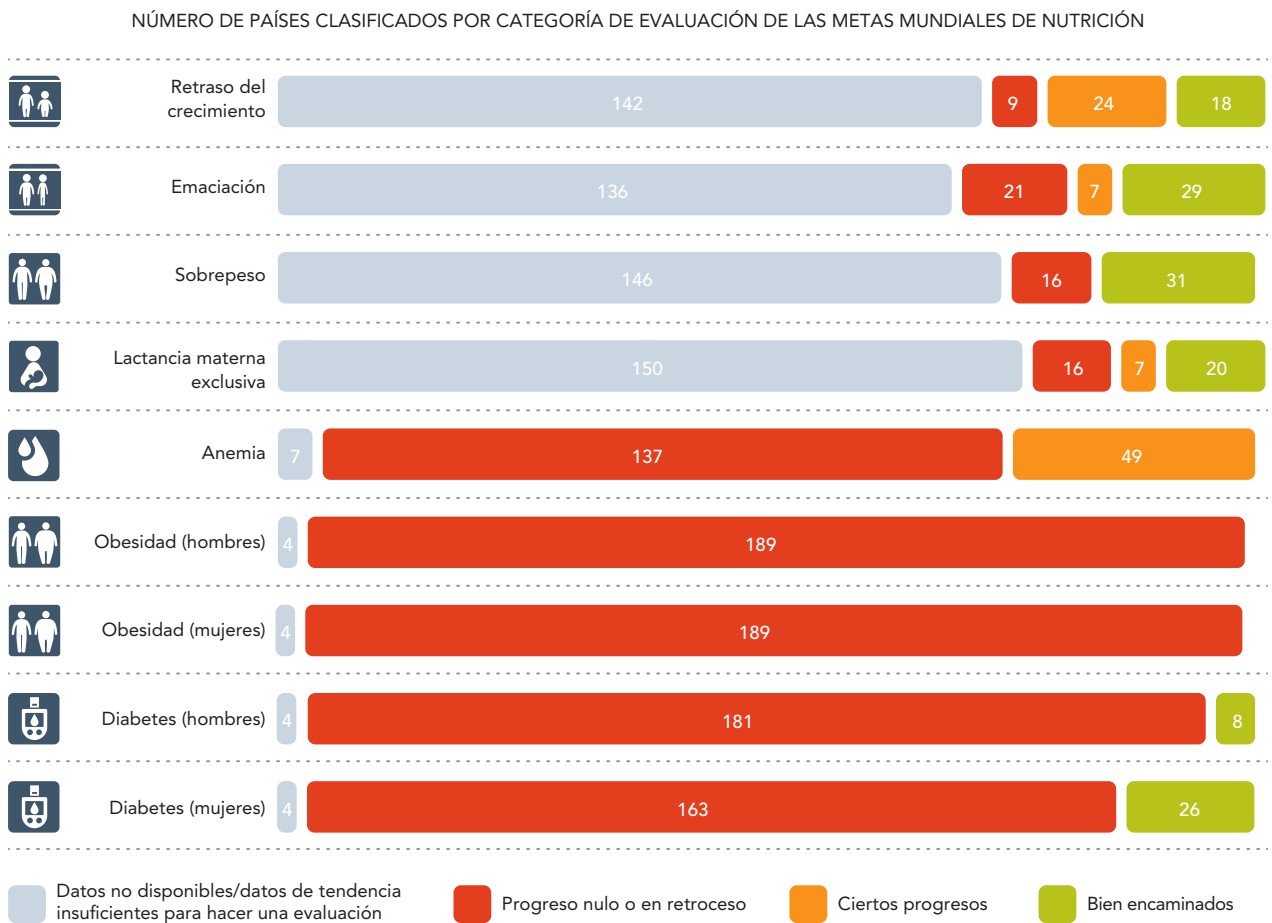
TEMA DESTACADO 2.1 PERFILES NUTRICIONALES POR PAÍSES DEL INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL Komal Bhatia y Tara Shyam

El *Informe de la Nutrición Mundial* publica en línea los perfiles nutricionales por países de cada uno de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas. Estos se han actualizado en 2017 con los nuevos datos disponibles y se han armonizado con los datos empleados en el informe de este año. Los documentos, de dos páginas, proporcionan un panorama general de más de 80 indicadores del estado nutricional y sus determinantes, la disponibilidad de alimentos, el alcance de la intervención y las políticas en favor de una nutrición adecuada de cada uno de los 193 países, así como de las 6 regiones y las 22 subregiones.

Los perfiles se han diseñado como un recurso sencillo que ayuda a los usuarios a conocer y evaluar los datos —o la falta de ellos— sobre los progresos efectuados en la reducción de la malnutrición en una zona geográfica determinada. Permiten que los paladines de la nutrición no solo promuevan una actuación más amplia en favor de la nutrición, sino también que apoyen la labor de otros sectores. Además, estos perfiles pueden ayudar a quienes trabajan en sectores relacionados con la nutrición a descubrir los objetivos y los retos que comparten, identificar maneras de integrar la nutrición en su labor y aprovechar el efecto multiplicador que la mejora de la nutrición puede tener en la consecución de sus objetivos.

Los datos utilizados en los perfiles se han obtenido a partir de conjuntos de datos a disposición del público facilitados por numerosos organismos. Se han empleado, asimismo, datos de encuestas cuando se disponía de ellos y resultaba metodológicamente correcto, y en el resto de los casos se han empleado estimaciones generadas por modelos cuando era pertinente. Si bien es posible que existan otros conjuntos de datos nacionales disponibles, los que se incluyen en los perfiles son compatibles con las normas acordadas internacionalmente, lo que posibilita la consistencia y la comparabilidad entre países. Si desea obtener más información sobre las fuentes y las definiciones de los datos empleados en los perfiles, consulte las notas técnicas que se encuentran en la página sobre los perfiles nutricionales por países del sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*, donde también encontrará un enlace al conjunto de datos subyacente empleado para elaborar los perfiles individuales⁸.

FIGURA 2.3: Progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición por número de países en cada categoría de la evaluación, 2017



Fuente: Los autores, a partir de los datos de las estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil 2017; Stevens G. A. et al., 2013; y red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles, 2017⁹.

Notas: N = 193. Algunas metas —las relativas al peso bajo al nacer, la obesidad en los adolescentes, la hipertensión y la ingesta de sal— se han excluido del análisis debido a que es necesario reforzar los datos o estos requieren un mayor trabajo metodológico antes de que puedan usarse. Los datos sobre la anemia en las mujeres en edad reproductiva se basan en estimaciones generadas por modelos; solo 30 países han llevado a cabo al menos una encuesta tras la encuesta de referencia (2012). Si desea obtener más información, consulte el apéndice 1 y el tema destacado 2.2.

TEMA DESTACADO 2.2 MÉTODOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PROGRESOS MUNDIALES Y NACIONALES

Komal Bhatia

Los métodos empleados para evaluar los progresos mundiales y nacionales en la consecución de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño se basan en metodologías revisadas desarrolladas por el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición¹⁰, que son distintos de los empleados en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Las reglas empleadas para hacer el seguimiento de los progresos en la consecución de las metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación también se han modificado a partir de los nuevos datos disponibles y debido a consideraciones metodológicas. Estos cambios metodológicos presentan algunas dificultades a la hora de mantener la continuidad y efectuar comparaciones con las evaluaciones de los informes anteriores. No obstante, el valor añadido que se obtiene al contar con reglas más refinadas y sólidas que permiten realizar evaluaciones justas y objetivas compensa con creces las desventajas.

Las evaluaciones nacionales tienen por objetivo formular juicios fundamentados sobre los países que cuentan con datos adecuados, de alta calidad y recopilados frecuentemente. Se pretende así evitar cualquier crítica injusta basada en datos desfasados sobre la prevalencia o en estimaciones muy inestables de la tasa de cambio que podrían conducir a conclusiones incorrectas sobre los progresos realizados. Más bien, la falta de datos nacionales suficientes debe impulsar la recopilación de datos mejores y más frecuentes que permitan respaldar la adopción de medidas y la rendición de cuentas.

El *Informe de la Nutrición Mundial* tiene por objetivo evaluar los progresos con relación a los valores de referencia o a los valores fijados para el año en que han de cumplirse las metas (final de período), lo más lejos posible en el tiempo, en lugar de comparar la situación con la del año anterior al del informe. Esto nos permite considerar las tendencias de los datos a más largo plazo y emplear toda la información disponible.

En el apéndice 1 se ofrece información detallada sobre los nuevos métodos empleados para evaluar los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición; consúltelo para entender cómo se han realizado las evaluaciones.

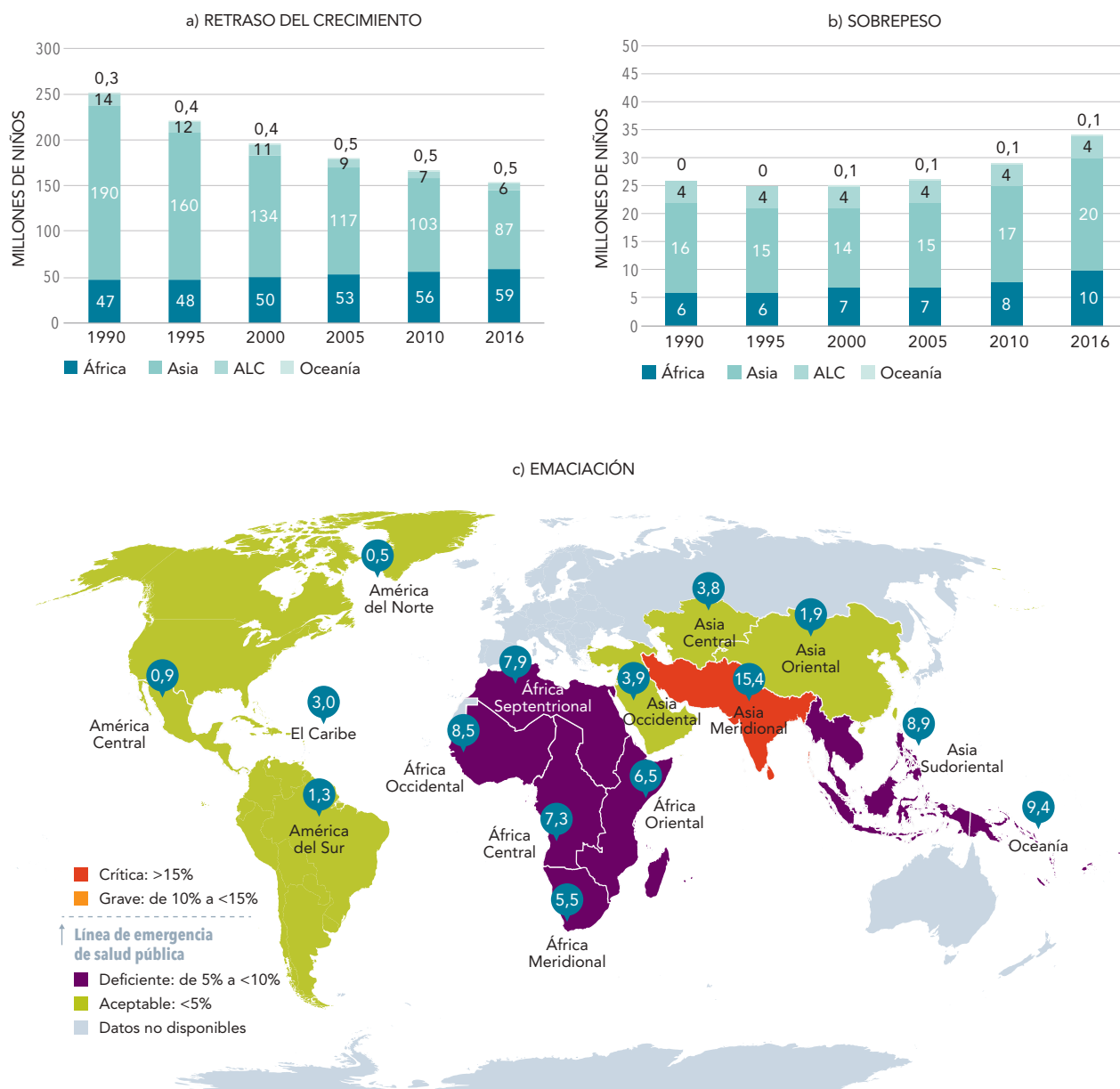
Prevalencia y distribución de la malnutrición por regiones

Al considerar la universalidad, es importante examinar la prevalencia de la carga de la malnutrición, así como dónde y en qué subgrupos de población de cada país existe. Aún mejor sería contar con datos desglosados más profundamente, a fin de garantizar que no se deja a nadie atrás. Esta ausencia de datos se analiza en la sección "Datos necesarios para el seguimiento de los progresos en la consecución de resultados universales" (página 24).

La malnutrición en los niños

La cifra mundial de niños que sufren retraso del crecimiento ha disminuido drásticamente desde 1990. Pero las tendencias varían según las regiones, y la tasa de disminución difiere en las distintas regiones y subregiones. África es la única región que ha registrado un aumento del número de niños que sufren retraso del crecimiento, a pesar de la reducción de su prevalencia. Conjuntamente, África y Asia representan casi toda la carga mundial de retraso del crecimiento (figura 2.4a). En 2016, 2 de cada cinco niños que sufrían retraso del crecimiento y más de la mitad de los afectados por la emaciación vivían en Asia Meridional. En el mismo período, el número de niños menores de cinco años con sobrepeso incrementó considerablemente en todo el mundo (figura 2.4b); en 2016, la cifra ascendía a 40,6 millones de niños¹¹. Y en los países de Asia Meridional, más del 15% de los niños menores de cinco años (27,6 millones) sufrían emaciación en 2016 (figura 2.4c). Esto constituye una emergencia crítica de salud pública —así se las considera cuando la prevalencia supera el 10%— y representa un problema grave y acuciante.

FIGURA 2.4: Niños menores de 5 años que sufren a) retraso del crecimiento (1990-2016), b) sobrepeso (1990-2016) y c) emaciación (2016), por región

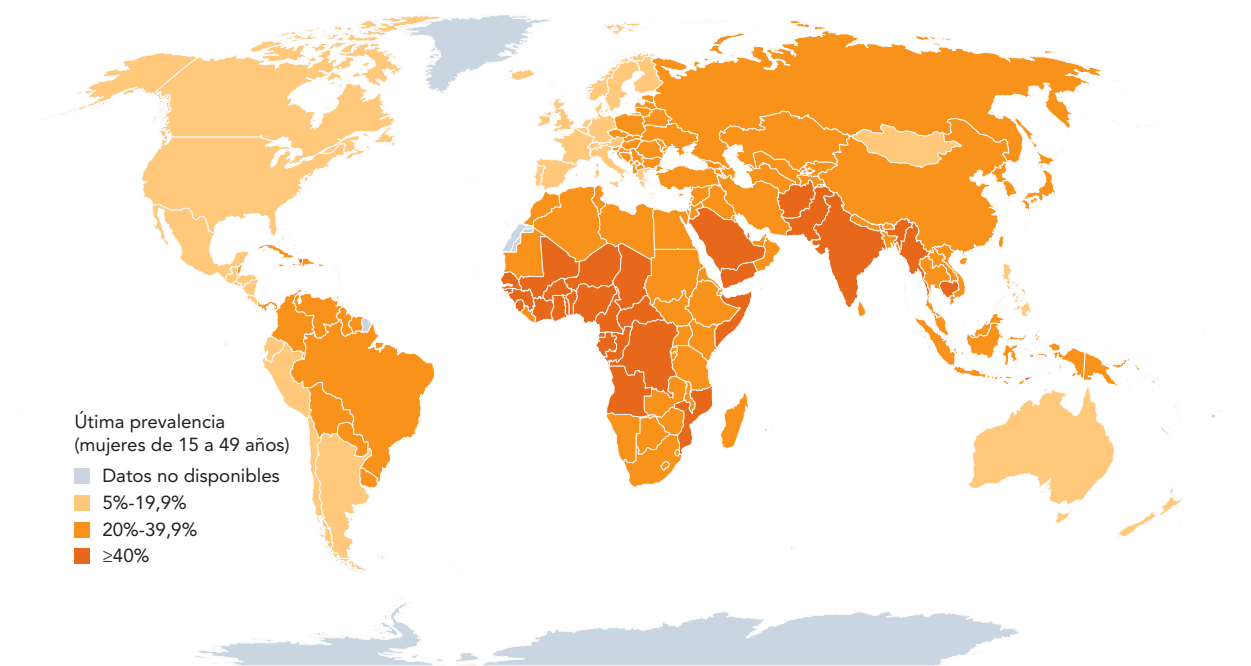


Fuente: Mapa reproducido a partir de las estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil 2017¹².

Notas: Europa y América del Norte no se incluyen en las figuras debido a la falta de datos en la base (véase también la sección siguiente).

En las estimaciones para Asia se excluye el Japón, y en las de Oceanía se excluyen Australia y Nueva Zelanda. ALC: América Latina y el Caribe.

FIGURA 2.5: Prevalencia de la anemia entre las mujeres de 15 a 49 años por país, 2016



Fuente: Mapa reproducido de la herramienta de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento de las metas mundiales 2025¹³.

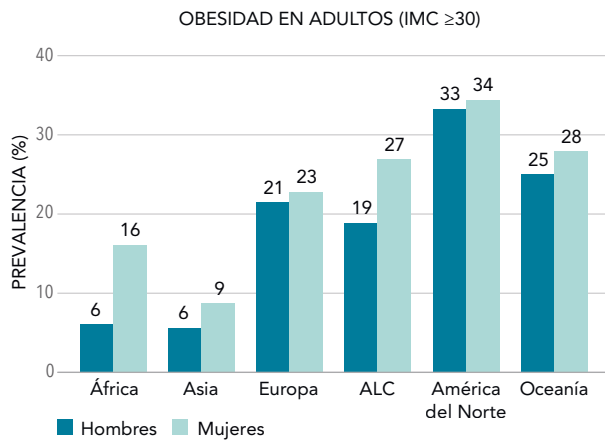
La malnutrición en los adultos

El número de mujeres de 15 a 49 años que sufren anemia en todo el mundo asciende a 614 millones. La India registra la mayor cifra de mujeres afectadas, seguida de China, el Pakistán, Nigeria e Indonesia. En la India y el Pakistán, más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva padecen anemia. Se trata de un problema mundial que también afecta a numerosas mujeres en países de ingresos altos; las tasas de prevalencia pueden ascender al 18% en países como Francia y Suiza (figura 2.5).

Tal como muestra la figura 2.6, la obesidad (IMC ≥ 30) es más común en los hombres (33%) y las mujeres (34%) de América del Norte, y menor en los hombres (6%) de Asia y África y las mujeres (9%) de Asia. El sobrepeso y la obesidad van en aumento en casi todos los países y constituyen una seria preocupación no solo en los países de ingresos altos, sino también en numerosos países de ingresos bajos y medianos. El problema afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres en todas las regiones del mundo, lo que refleja una disparidad de género más amplia a escala mundial.

La diabetes o la hiperglucemia son más comunes (10%) en los hombres de Asia y las mujeres de América Latina, y menores (6%) en las mujeres de Europa y América del Norte (figura 2.7). En la figura 2.8 se muestran los promedios regionales relativos a la presión arterial alta en hombres y mujeres mayores de 18 años. La hipertensión es más habitual (28%) en las mujeres de África y los hombres de Europa, y menor (11%) en las mujeres de América del Norte. Una cuarta parte de los hombres de Asia y América Latina sufrían de presión arterial alta en 2015. Aunque a escala mundial la obesidad es más frecuente en las mujeres, en el caso de la diabetes la población afectada es mixta. La prevalencia de la diabetes es mayor entre los hombres que entre las mujeres en América del Norte, Asia, Europa y Oceanía, y los hombres son más propensos a padecer hipertensión que las mujeres en todas las regiones excepto en África (figura 2.8).

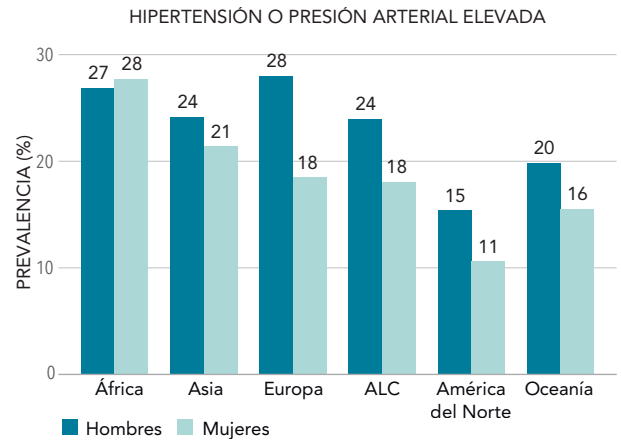
FIGURA 2.6: Prevalencia de la obesidad (IMC ≥ 30) en adultos de 18 años o más, por región, 2014



Fuente: Los autores, a partir de datos del repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud de la OMS y de la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles¹⁴.

Notas: Medias de 189 países ponderadas según la población. ALC: América Latina y el Caribe.

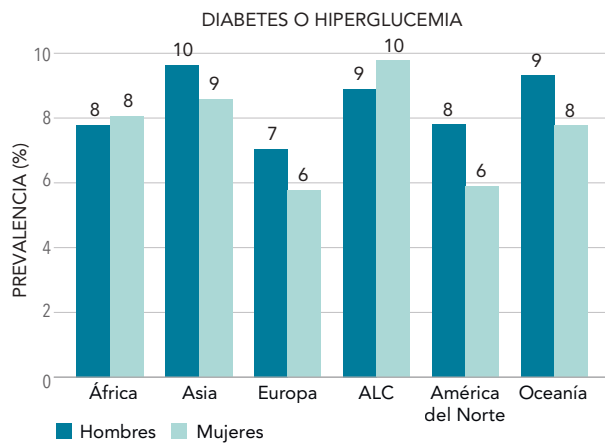
FIGURA 2.8: Prevalencia de la hipertensión en hombres y mujeres de 18 años o más, por región, 2015



Fuente: Los autores, a partir de datos del repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud de la OMS, Zhou B et al., 2017 y de la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles, 2017¹⁶.

Notas: Medias de 189 países ponderadas según la población. ALC: América Latina y el Caribe.

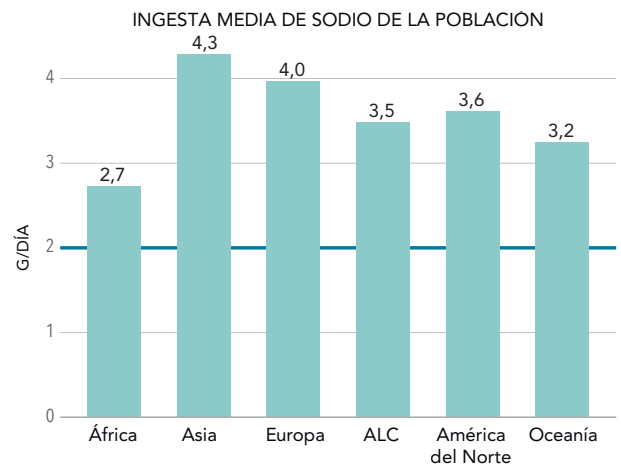
FIGURA 2.7: Prevalencia de la diabetes en hombres y mujeres de 18 años o más, por región, 2014



Fuente: Los autores, a partir de datos del repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud de la OMS y de la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles, 2016, 2017¹⁵.

Notas: ALC: América Latina y el Caribe.

FIGURA 2.9: Ingesta media de sodio, por región, 2010

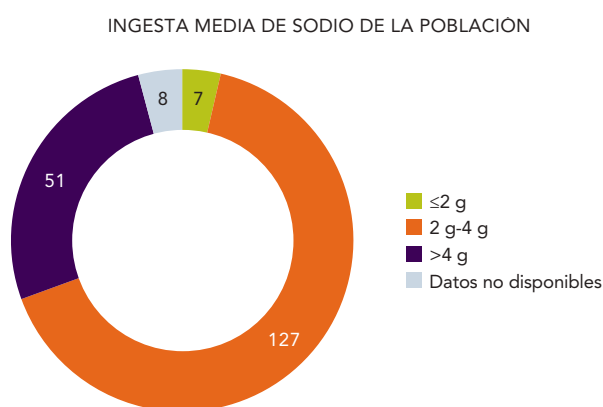


Fuente: Los autores, a partir de datos de Mozaffarian D. et al., 2014 y Powles J. et al., 2013¹⁷.

Notas: Medias de 185 países ponderadas según la población. La línea azul de referencia se refiere a la ingesta de 2 g/día recomendada por la OMS¹⁸. ALC: América Latina y el Caribe.

La ingesta de sal es demasiado elevada en todo el mundo (figura 2.10). La ingesta varía según las regiones, pero en ninguna de ellas se mantiene por debajo de los límites recomendados por la OMS de 2 gramos de sodio al día (figura 2.9). En Asia se registra la mayor ingesta de sodio (4,3 g/día), seguida de Europa (4,0 g/día). A escala nacional, solo siete países (Burundi, Comoras, Gabón, Jamaica, Kenya, Malawi y Rwanda) se ajustan a los límites de ingesta de sodio deseables.

FIGURA 2.10: Ingesta media de sodio en 193 países por franja de ingesta, 2010



Fuente: Los autores, basados en datos de Mozaffarian D. et al., 2014 y Powles J. et al., 2013¹⁹.

Notas: Datos de 2010.

Datos necesarios para el seguimiento de los progresos en la consecución de resultados universales

En este capítulo, junto con parte de cada uno de los *Informes de la Nutrición Mundial*, se hace un seguimiento de los progresos alcanzados en relación con las metas mundiales y nacionales de nutrición. Pero la agenda de universalidad no se logrará si no se resuelve el problema de la falta de datos. Algunas de estas carencias se relacionan con la comunicación de los resultados, pero otras tienen que ver con la cobertura adecuada de las intervenciones fundamentales, y con que estas alcancen a quienes las necesitan. El apéndice 2 muestra el desempeño de los países a la hora de llegar a la población con las “medidas esenciales para la nutrición” —intervenciones contra la desnutrición aplicadas principalmente a través del sistema de salud—. Los *Informes de la Nutrición Mundial* previos, por ejemplo, han puesto en evidencia la falta de comunicación de datos sobre el peso bajo al nacer²⁰ y cómo estas carencias varían según los indicadores²¹. El informe de este año subraya que la mayoría de los países sencillamente no disponen de datos que permitan hacer un seguimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (figura 2.3).

En el contexto de la universalidad, los retos que plantea la falta de datos obstaculizan el seguimiento de resultados universales y, por tanto, impiden que el mundo rinda cuentas en lo referente al logro de dichos resultados en el marco de la agenda de los ODS. A continuación enumeramos esos retos, que luego examinaremos en detalle:

1. Saber a quién incluye el progreso (y a quién no) de modo que podamos hacer un seguimiento de los avances por lo que respecta a no dejar a nadie atrás. Para ello se requieren datos desglosados
2. Saber hasta qué punto los países de ingresos altos (así como los de ingresos bajos y medianos) están haciendo frente a este reto, a fin de asegurar que todos los países estén incluidos.
3. Saber qué progresos se han realizado en la reducción de los factores de riesgo de la nutrición (por ejemplo, la obtención de datos sobre la ingesta alimentaria o los factores de riesgo conductuales) en los diversos sectores, con objeto de garantizar la integración (véase el capítulo 3).

Reto 1: Saber a quién se incluye (y a quién se está dejando atrás)

Para hacer un seguimiento de los progresos en la consecución de resultados universales, necesitamos saber a quién se contabiliza y a quién no. Los datos sobre la prevalencia y los promedios nacionales no son suficientes, pues pueden ocultar distintos niveles de cargas y progresos (tema destacado 1.1, capítulo 1). Para poder determinar mejor qué países están bien o mal encaminados, es necesario contar con datos desglosados que permitan identificar qué tipo de cargas existen, su ubicación y a quién se está dejando atrás. La recopilación de datos debe ser desglosada según los ámbitos subnacionales y geográficos, así como por quintiles de riqueza, origen nacional o social, raza, etnia y género, a fin de conocer objetivamente la inclusión y potencialmente la exclusión al tiempo que promovemos la rendición de cuentas a las diversas poblaciones vulnerables. El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* destacó tres aspectos del desglose que son importantes para promover la rendición de cuentas:

- **Desglose por características socioeconómicas y demográficas:** un análisis de los patrones subnacionales de las tasas de retraso del crecimiento mediante el empleo de datos procedentes de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS). Este hace hincapié en las amplias variaciones de las tasas de malnutrición en función de la salud, la educación, la edad de la madre en el momento del nacimiento, la residencia y el sexo²².
- **Desglose por poblaciones específicas:** investigación con inclusión de datos de la Base de Datos de Grupos y Desigualdad (GRIP, por sus siglas en inglés) de Save the Children²³. Esta muestra que los resultados en materia de nutrición infantil son menores que la media si se trata de niñas, refugiados, desplazados o niños con discapacidad, procedentes de una zona desfavorecida de un país o pertenecientes a un grupo étnico excluido²⁴. Pone de manifiesto que hacen falta datos sobre poblaciones

específicas y, en especial, sobre la nutrición en los adolescentes (tema destacado 2.3). Las adolescentes se encuentran en una fase crítica de su desarrollo; aunque aún no lo son, pronto serán adultas y posiblemente madres. Su estado de salud y nutricional resulta clave no solo para su bienestar cuando sean adultas, sino para el de sus posibles descendientes. Numerosos adolescentes —niños y niñas— también sufren obesidad. Sin embargo, en los marcos mundiales de monitoreo se dedica escasa atención a los problemas nutricionales de los adolescentes.

- **Desglose geográfico:** estado nutricional por región subnacional. Este registra amplias variaciones, lo que conduce a que los encargados de adoptar decisiones demanden datos desglosados geográficamente. Para poder elaborar los planes nacionales de acción y asignar eficazmente los recursos, resulta esencial tener presentes estas enormes disparidades, pero existen pocos mapas detallados de la desnutrición²⁵. El desglose geográfico ofrece la posibilidad de identificar otras causas y factores que influyen en la malnutrición, como la infraestructura —la planificación rural y urbana a través de, por ejemplo, carreteras y mercados—, los focos de conflicto, los patrones de migración y las disparidades en el acceso a los recursos naturales (véase también el capítulo 3).

Reto 2: Conocer la situación de los países de ingresos altos

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*²⁶ se observó que en el caso de numerosos países de ingresos altos faltan datos que deberían incluirse en los perfiles nutricionales por países del *Informe de la Nutrición Mundial* (el 24% en Europa Oriental y el 34% en Europa Occidental). Si bien los países de ingresos altos cuentan con más capacidad que otros países para producir estos datos, representan una carencia de datos significativa en las bases de datos internacionales. El hecho de que no aporten datos comparables internacionalmente pone en riesgo su credibilidad como asociados mundiales, sobre todo si se tiene en cuenta que la agenda de los ODS hace un llamamiento a que todos los países pasen a la acción.

Algunos indicadores son menos pertinentes en contextos de ingresos altos, como la suplementación con vitamina A y el uso de sales de rehidratación oral, pero otros sí lo son, como la antropometría infantil (la medición del cuerpo) y las visitas prenatales. Estos datos se recopilan, pero para ello suelen emplearse distintas metodologías, quedan almacenados en las clínicas y los hospitales privados y no se comunican a las bases de datos internacionales o centrales. Algunos países emplean sus propias normas nacionales en lugar de normas internacionales, como el patrón de crecimiento infantil de la OMS.

Reto 3: Saber qué progresos se han realizado en la reducción de los factores de riesgo

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2015* se observó que los datos nacionales sobre los factores de riesgo —por ejemplo, sobre la ingesta alimentaria de los lactantes y los niños pequeños y los factores de riesgo metabólicos y conductuales de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación— “son notablemente escasos en todos los países”²⁷. Si queremos reducir la dependencia de las estimaciones obtenidas a partir de modelos, es fundamental que trabajemos para resolver esta carencia de datos.

La falta de datos sobre la ingesta alimentaria es particularmente grave, dado que la calidad de la dieta es uno de los factores subyacentes más habituales de las diferentes formas de malnutrición. El Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición²⁸ concluyó en 2016 que “nuestra capacidad para describir las dietas se ve entorpecida por la fragmentación y la falta de datos”. Para poder hacer un seguimiento del papel de la alimentación en el logro de las metas mundiales de nutrición, necesitamos datos sobre la ingesta alimentaria más amplios y de mejor calidad. En el tema destacado 2.4 se subraya la necesidad de disponer de más datos, así como de mejores mediciones de la ingesta alimentaria.

Resulta vital no limitarnos simplemente a hacer un seguimiento de los datos y tener presente que estos tienen muchos otros usos. Para lograr una verdadera revolución de los datos en la nutrición, debe hacerse un mejor uso de los datos recopilados, a fin de crear un sistema de información sobre la nutrición más útil que permita la adopción de medidas de doble o triple función. En el tema destacado 2.5 se subraya la necesidad de una “revolución de los datos sobre nutrición” que se sirva de toda la cadena de valor de los datos —la priorización, la recopilación, la conservación, el análisis, la interpretación y la toma de decisiones—.

TEMA DESTACADO 2.3 LA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DE SUBSANAR LA CARENCIA DE DATOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN EN LOS ADOLESCENTES

Komal Bhatia

El estado nutricional durante la adolescencia influye en la salud en la edad adulta y en los resultados reproductivos. La adolescencia —que, según suele considerarse, abarca desde los 10 hasta los 19 años— y la juventud —de los 15 a los 24 años aproximadamente— son etapas importantes del curso de la vida de los seres humanos. La nutrición deficiente durante estas etapas puede perpetuar el ciclo intergeneracional de la malnutrición y negar los beneficios acumulativos de una nutrición adecuada en la infancia y la juventud²⁹. Asimismo, los adolescentes pueden registrar altas tasas de peso inferior al normal o de sobrepeso, con frecuencia acompañadas de una carencia de micronutrientes. Por ejemplo, en América Latina, las estimaciones nacionales de la obesidad en los adolescentes (de 12 a 19 años) oscilan entre el 16,6% (16,5 millones de personas) y el 35,8% (21,1 millones)³⁰. Pero la adolescencia también presenta la oportunidad de mejorar la nutrición y la salud futura en la edad adulta, así como los resultados reproductivos de los 1.200 millones de adolescentes que hay en el mundo. Esto ofrece la oportunidad de invertir en intervenciones en materia nutrición dirigidas a mejorar los resultados en esta esfera³¹. Una inversión anual de 4,6 dólares per cápita durante el transcurso de los ODS en intervenciones que mejoren la salud física, sexual y mental de los adolescentes reportaría una relación costo-beneficio media de 10³².

El estado, los comportamientos y los resultados nutricionales de los adolescentes constituyen una parte muy pequeña de los marcos mundiales de monitoreo de la nutrición. Las únicas metas relativas a la nutrición de los adolescentes son la meta sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, dirigida a reducir la anemia en las mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años), y la relativa a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, dirigida a detener el aumento de la obesidad. Mientras que la meta sobre la obesidad incluye un indicador de la obesidad en los adolescentes, la meta sobre la anemia no considera el caso específico de la anemia en los adolescentes. Aparte de este, se carece de otros muchos indicadores. Los indicadores de proceso

y de comportamiento relacionados con el consumo de frutas y verduras, la inactividad física, la ingesta de sal y los indicadores para políticas relacionadas con los alimentos y la nutrición no incluyen la adolescencia de manera directa. Un indicador de resultados esencial que no forma parte de ninguna meta mundial es la prevalencia del IMC bajo o del peso inferior al normal en las adolescentes, un factor determinante de la salud reproductiva y general.

Sin embargo, nuestra capacidad para hacer un seguimiento de los objetivos sobre nutrición relativos a los adolescentes —específicamente por lo que respecta a la anemia y la obesidad— en los marcos de monitoreo de las metas mundiales de nutrición se encuentra limitada por la falta de bases de datos mundiales que permitan establecer comparaciones a nivel internacional. Las estimaciones disponibles facilitadas por la OMS sugieren que la anemia por deficiencia de hierro fue la principal causa de la carga de morbilidad y de discapacidad entre los adolescentes en 2015, y que sus efectos más graves se registraron en los países de ingresos bajos y medianos de África y Asia Sudoriental³³.

La OMS está subsanando la carencia de datos en materia de sobrepeso y obesidad. Para ello, está produciendo estimaciones comparables entre países del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes a partir de, entre otros, los datos recopilados por la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, que pesa y mide a los adolescentes de 13 a 17 años en más de 100 países. Cuando se publique, esa información será una herramienta fundamental en la planificación, el diseño y la evaluación de los aspectos relacionados con la nutrición de las intervenciones más amplias sobre la salud de los adolescentes. No obstante, estas encuestas tienen una utilidad limitada en algunos países en los que una gran proporción de los adolescentes no está escolarizada. Por consiguiente, no pueden incluir a los adolescentes más marginados y desfavorecidos y, por tanto, es necesario complementarlas con medidas adicionales en la población.

TEMA DESTACADO 2.4 LA FALTA DE DATOS DE CALIDAD SOBRE LA ALIMENTACIÓN

Anna Herforth

La mala alimentación es uno de los principales factores de la carga mundial de morbilidad³⁴, y está vinculada a todas las formas de malnutrición, así como a la sostenibilidad ambiental. Sorprendentemente, no existe ningún sistema nacional que realice un seguimiento de la dieta de la población. En ningún país se recopilan indicadores de la calidad de la alimentación en la población general.

Los indicadores actuales comparables a escala mundial, derivados de hojas de balance de alimentos en lugar de datos individuales sobre la ingesta de alimentos, solo permiten toscas aproximaciones a la realidad de la alimentación. Recientemente, en el *Informe de la Nutrición Mundial* se indicó la **proporción de calorías procedentes de alimentos no básicos**, junto con el indicador de la **prevalencia de la subalimentación** crónica (la proporción estimada de la población que no tiene acceso a las calorías adecuadas). Este nuevo indicador sigue dejando numerosas incógnitas; por ejemplo, un país con un elevado consumo de verduras y legumbres puede registrar la misma proporción de calorías procedentes de alimentos no básicos que otro con un alto consumo de azúcares y grasas.

La **diversidad mínima de la alimentación de los lactantes y los niños pequeños** es un indicador que en la actualidad se recopila en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de 60 países (la cifra va en aumento) y mide la proporción de niños de 6 a 23 meses que ingirieron alimentos de 4 grupos de alimentos o más (de 7) el día anterior, y refleja la adecuación de los nutrientes³⁵. Este indicador ayuda a conocer las prácticas de atención y alimentación de los lactantes y los niños pequeños. Idealmente, debería recopilarse en todos los países en los que se lleva a cabo la EDS, pero aun así solo subsanaría la carencia de datos sobre la alimentación de los niños menores de dos años.

La información sobre la calidad general de la dieta de la población general es una necesidad imperiosa; no obstante, ninguno de los indicadores existentes la refleja. Dicha información consta de varios componentes, entre ellos la

adecuación de los macro y los micronutrientes, la seguridad alimentaria, la diversidad de la alimentación y la protección de la salud contra las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Es necesario contar con todos ellos en todas las regiones del mundo, ya que actúan como barómetros de la malnutrición en todas sus formas. La **diversidad mínima de la alimentación de las mujeres en edad reproductiva**³⁶ se ha validado recientemente y constituye un indicador de la adecuación de los nutrientes. Asimismo, mide si las mujeres consumen una dieta diversificada de manera apropiada. Es necesario elaborar indicadores de los **patrones alimentarios que protegen la salud**, pues reducen el riesgo de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Asimismo, necesitamos un mecanismo para recopilar estos indicadores más eficaz que las encuestas sobre la ingesta de alimentos, que son costosas y se llevan a cabo con escasa frecuencia. Resultan alentadores los esfuerzos que se están llevando a cabo para añadir un módulo sobre la calidad de la alimentación a la Encuesta Gallup Mundial, que recogerá información tanto sobre la diversidad mínima de la alimentación de las mujeres en edad reproductiva como indicadores de los patrones alimentarios que protegen la salud³⁷. Si esta iniciativa prospera, proporcionará información de calidad, comparable a escala mundial y recopilada con regularidad sobre la alimentación de la población adulta de 160 países.

El seguimiento de los indicadores de la calidad de la alimentación en los distintos países tendrá un efecto transformador en la nutrición y la salud. Tal como han demostrado los avances logrados en el pasado en materia de nutrición, el hecho de contar con indicadores comparables a escala mundial y de fácil interpretación aumentará la visibilidad de este importante problema de salud pública y propiciará la fundamentación de las medidas y debates en materia de políticas. Sin información clara sobre las características de la alimentación, resulta difícil avanzar en su mejora.

TEMA DESTACADO 2.5 EMPRENDER UNA REVOLUCIÓN EN LOS DATOS SOBRE NUTRICIÓN: ¿A QUÉ ESPERAMOS?

Ellen Piwoz, Rahul Rawat, Patrizia Fracassi y David Kim

En 2014, el primer *Informe de la Nutrición Mundial* se expresaba en los términos siguientes: “es necesaria una revolución en los datos sobre la nutrición”. Los mensajes fundamentales del informe indicaron cuatro medidas: 1) detectar las prioridades y las carencias en lo relativo a los datos a través de un proceso consultivo en previsión de los ODS; 2) invertir en el desarrollo de la capacidad para realizar encuestas sobre nutrición, a fin de poder disponer de datos nacionales coherentes y fiables cada 3 o 4 años; 3) garantizar que los países de ingresos altos faciliten datos comparables que puedan emplearse para el seguimiento de los progresos; e 4) invertir en bases de datos nacionales y mundiales, interoperables y accesibles, que faciliten la rendición de cuentas. El informe prometió analizar las inversiones necesarias para hacer realidad esta revolución en su segunda edición, en 2015.

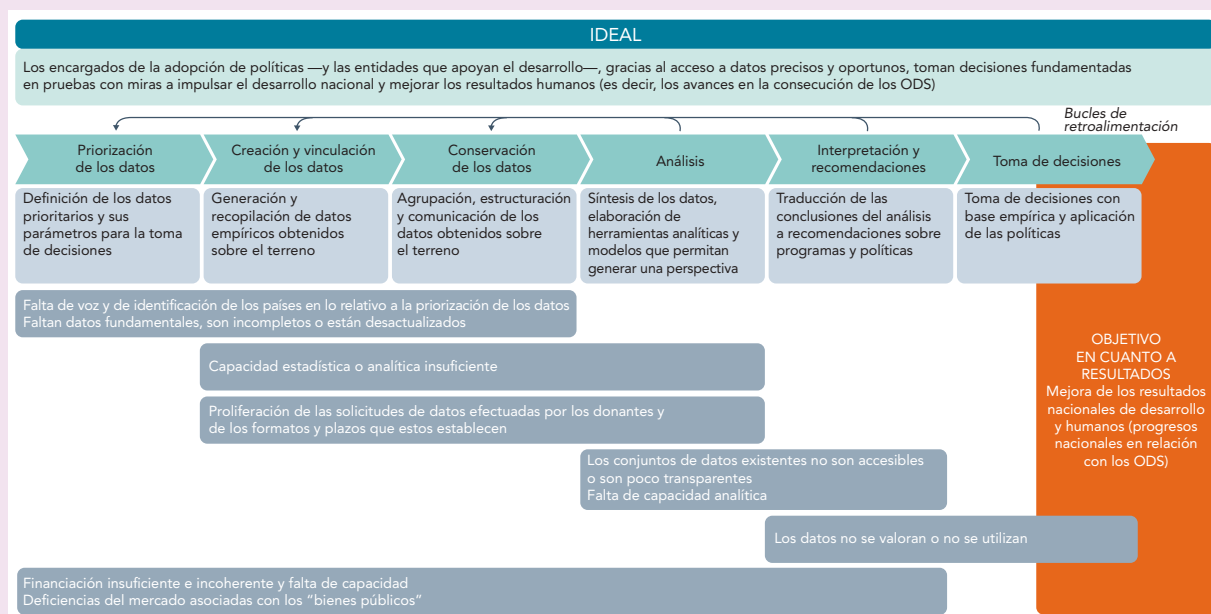
Ahora sabemos que esa promesa es más fácil de hacer que de cumplir, debido, en primer lugar, a que no contamos con medios fiables para hacer un seguimiento del gasto destinado a datos nutricionales. No tenemos un modelo u orientación global que nos indique qué datos son esenciales para alcanzar las metas mundiales de nutrición, cómo hacer para que los programas se centren en llegar a los más necesitados, o cómo convertir en hacer realidad la meta 2.2 de los ODS, “poner fin a todas las formas de malnutrición”. Sin una idea clara y una priorización de los datos será imposible satisfacer las expectativas establecidas en 2014 (el *Informe de la Nutrición Mundial*), 2015 (los ODS) y en 2016 (el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025).

Transformar nuestra concepción sobre los datos

Además de recopilar datos de encuestas cada 3 o 4 años, como ya hemos sugerido, proponemos la adopción de una perspectiva holística y horizontal con miras a una revolución en los datos sobre nutrición que vaya desde el establecimiento de prioridades hasta la recopilación, el análisis, la interpretación y el uso de la información por parte de los encargados de adoptar decisiones. Expresado de manera simple, queremos revolucionar las iniciativas que se llevan a cabo en toda la cadena de valor de los datos nutricionales. Además, proponemos situar los datos en sí mismos como un producto de valor fundamental para el logro de los ODS, cuyo costo debe calcularse e incorporarse en los programas nacionales de nutrición y los programas de financiación.

El ODS 17 solicita medidas inmediatas (de aquí a 2020) en apoyo de la creación de capacidad para aumentar la disponibilidad de datos de calidad, oportunos y fiables, desglosados por ingresos, edad, raza, género, etnia, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características, que permitan hacer un seguimiento sólido de los progresos para 2030. El refuerzo de los sistemas de datos e información sobre nutrición tiene muchos otros propósitos además del seguimiento de los progresos. Se necesitan datos desglosados para definir los problemas de nutrición, incluidos su magnitud, distribución, variabilidad y las poblaciones de

FIGURA 2.11: Cadena de valor de los datos sobre nutrición: ideal, objetivo y limitaciones comunes



Fuente: Los autores.

TEMA DESTACADO 2.5 CONTINUACIÓN

alto riesgo; diagnosticar las causas de fondo; diseñar las intervenciones; fundamentar las correcciones del rumbo y hacer un seguimiento de los progresos; y obligar a los responsables a rendir cuentas. La cadena de valor de los datos propuesta consta de cinco procesos fundamentales, definidos en la figura 2.11, y un paso final, el empleo de los datos para la adopción de decisiones.

Un llamamiento a la acción inmediata

Las transformaciones necesarias para lograr los ODS requieren nuevas maneras de pensar. En lo relativo a los datos, no podemos limitarnos a hablar de reunir información para los informes anuales. En cambio, debemos analizar cómo aprovechar a fondo los datos y transformarlos en información que permita tomar decisiones fundamentadas en materia de políticas y programas que mejorarán la nutrición y otros resultados establecidos por los ODS. Esto no se conseguirá sin una inversión considerable en el desarrollo de la capacidad de todas las etapas de la cadena de valor de los datos.

Algunos podrían aducir que la inversión en datos es muy costosa y que los escasos recursos disponibles deberían destinarse a las intervenciones y servicios. Este argumento puede rebatirse con ejemplos que demuestran que la inversión en datos se amortiza debido al ahorro que se

consigue al contar con programas más eficientes y eficaces. Por ejemplo, un reciente estudio de optimización económica del Camerún usó datos de encuestas nacionales para sugerir cambios políticos en el programa nacional de vitamina A, que podrían lograr la misma cobertura real a un 44% del costo³⁸.

Promover esta agenda con celeridad requerirá:

- 1) mecanismos nacionales de establecimiento de prioridades y coordinación de los datos; 2) orientación operativa sobre la priorización de los datos, la armonización de los indicadores y la incorporación de la nutrición en los sistemas ordinarios de información sobre la gestión; 3) herramientas para el desarrollo de la capacidad en múltiples ámbitos; 4) planes de datos presupuestados, integrados en las estrategias nacionales de desarrollo, dotados de recursos y aplicados; 5) difusión de la experiencia y el conocimiento tácitos; 6) innovación en toda la cadena de valor; y 7) fomento de una cultura del uso e intercambio de datos.

Algunas de estas medidas son más sencillas que otras, aunque cada una de ellas plantea sus retos particulares. No obstante, si no se dan esos pasos, no seremos capaces de convertir el Decenio de Acción sobre la Nutrición en un "decenio de efectos transformadores", y resultará mucho más difícil alcanzar la meta de los ODS sobre la erradicación de la malnutrición en todas sus formas.

Conclusión: corregir el rumbo

Este capítulo presenta un retrato crudo de la situación mundial de la nutrición. Tanto a escala mundial como en el ámbito de cada país, el mundo no está bien encaminado para lograr las metas mundiales de nutrición. Si tenemos en cuenta que existe una considerable superposición entre ellas y las metas sobre nutrición de los ODS, podemos concluir que no estamos en vías de alcanzar las metas 2.2 y 3.4 de los ODS.

Hacemos un llamamiento a las partes interesadas en la nutrición y a la comunidad para el desarrollo en general para que participen en este esfuerzo. Todos somos ciudadanos del mundo. Cada uno de nosotros tiene derecho a una nutrición equitativa y a la asignación justa de los recursos. Pero para ejercer estos derechos, hemos de tener presente la *condición humana que todos compartimos*.

Debemos apoyar a los miembros más desfavorecidos de la sociedad y garantizarles la oportunidad de disfrutar de una vida saludable y gratificante. Si bien la falta de progresos en los resultados de la nutrición puede parecer desalentadora, la humanidad ya ha superado antes obstáculos y tribulaciones mayores. Debemos afrontar decididamente estas complejas cuestiones y avanzar hacia un enfoque universal que nos permita reducir esas cifras en el próximo decenio. Para conseguirlo, tenemos que cambiar nuestra forma de actuar: vincular la nutrición con el desarrollo (capítulo 3), invertir de una forma más integrada (capítulo 4) y aumentar la profundidad de los compromisos y su rendición de cuentas (capítulo 5).

3

Vincular la nutrición a los ODS



Conclusiones clave

1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pueden agruparse en cinco ámbitos fundamentales para el logro de resultados de la nutrición, a saber:
 - *La producción sostenible de alimentos*, que posibilita que la tierra y el agua sean resilientes y alberguen la diversidad necesaria para proporcionar una alimentación nutritiva y saludable.
 - *Los sistemas de infraestructura*, necesarios para suministrar el agua limpia, el saneamiento, la energía y los alimentos esenciales para la nutrición en los entornos urbanos, periurbanos y rurales.
 - *Los sistemas de salud*, vitales para proporcionar intervenciones de tratamiento y preventivas que mejoren la nutrición a escala.
 - *La equidad y la inclusión*, esenciales para que las iniciativas dirigidas a paliar la pobreza, luchar contra la desigualdad de género, mejorar la educación y aumentar la protección en el lugar de trabajo reporten resultados universales en materia de nutrición.
 - *La paz y la estabilidad*, necesarias para que el hambre y la inseguridad alimentaria no se vean agravadas por los conflictos.
2. Estos mismos ámbitos constituyen los medios a través de los cuales la nutrición puede contribuir al desarrollo en el ámbito de todos los ODS. Por ejemplo: los cambios en la alimentación pueden lograr que la producción alimentaria resulte más sostenible; una buena nutrición en los primeros años de vida desarrolla la “materia gris” —la capacidad intelectual necesaria para que la economía pueda innovar y florecer—; la lucha contra los problemas que plantea la nutrición reducirá la carga que soportan los sistemas de salud; la mejora de la nutrición ayudará a poner fin a la pobreza; y la lucha contra la inseguridad alimentaria y el hambre pueden contribuir de modo sustancial a la labor que se lleva a cabo en situaciones de conflicto y posteriores a los conflictos.
3. En todos estos ámbitos existen oportunidades para aplicar “medidas de doble función” que puedan hacer frente a la desnutrición, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y aumentar la eficacia y la eficiencia de la inversión de tiempo, energía y recursos destinada a mejorar la nutrición. Del mismo modo, las posibles “medidas de tripe función” que hacen frente a la malnutrición y otros retos del desarrollo pueden reportar múltiples beneficios en todos los ODS.
4. Una mayor interacción entre ámbitos que hasta la fecha se han tratado como compartimentos estancos brinda una oportunidad enorme de cumplir los ODS. Para que el ideal de los ODS se convierta en realidad, todos debemos modificar nuestra manera de trabajar. La mejora de la nutrición no debe ser un conjunto aislado de medidas aplicadas en compartimentos estancos, sino, más bien, un engranaje indispensable, sin el cual la maquinaria de los ODS no puede funcionar correctamente.

El ideal común de las numerosas partes que intervinieron en el diseño de los ODS era el de un sistema integrado e indivisible para el desarrollo. En el presente capítulo se pone de manifiesto que la mejora de la nutrición constituye un componente esencial de este ideal. La mala nutrición tiene numerosas y variadas causas íntimamente conectadas con la labor que se está llevando a cabo para alcanzar otros ODS. La mejora de la nutrición puede impulsar el logro de muchas de las metas de los ODS; a la inversa, debemos actuar en el ámbito de todos los ODS a fin de cumplir las ambiciosas metas en materia de nutrición para cuyo logro no estamos bien encaminados (capítulo 2).

El capítulo comienza estableciendo una perspectiva de la nutrición integrada en los ODS. Agrupa los ODS 1 a 16 en cinco ámbitos a los que la nutrición puede contribuir y de los que se puede beneficiar, a saber:

- producción sostenible de alimentos;
- sistemas de infraestructura sólidos;
- sistemas de salud;
- equidad e inclusión; y
- paz y estabilidad.

A continuación proporciona pruebas de los vínculos entre la nutrición y esos cinco ámbitos. El análisis no es integral, pero extrae algunas de las principales asociaciones e interconexiones. Además, esboza una descripción de cómo ha de ser un enfoque integrado desde la perspectiva de

la nutrición, en su sentido más profundo, es decir, que logre múltiples objetivos a través de iniciativas compartidas (capítulo 1, tema destacado 1.2).

El ODS 17 es un objetivo vital, ya que versa sobre el fortalecimiento de los medios de implementación a través de las alianzas, la capacidad, los datos, la rendición de cuentas, la financiación y la coherencia en todos los objetivos. Aunque no incluimos explícitamente el ODS 17 en los cinco ámbitos, adoptamos como punto de partida su agenda transversal: la necesidad de que todos participen y estén conectados a través de los objetivos. La meta 17.14 —“mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible”— reviste especial importancia.

Un ideal para la nutrición integrada en los ODS

Actualmente, los diferentes sectores gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los investigadores, los profesionales del desarrollo y el sector privado —incluida la comunidad de la nutrición— están centrados, en su mayor parte, en conseguir sus “propios” ODS y metas (figura 3.1). Es comprensible. No obstante, si queremos lograr los ODS y mejorar la nutrición, hemos de tomar medidas que reflejen las interacciones entre los objetivos. Por eso, el ODS 17 hace un llamamiento a la “coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible” como un medio fundamental de implementación (capítulo 1, tema destacado 1.2).

FIGURA 3.1: Los 17 ODS



Fuente: Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015.

Sin duda, no resulta lógico hablar de, por ejemplo, erradicar el hambre o alcanzar la seguridad alimentaria o el bienestar como si fueran cuestiones separadas de la nutrición, que está íntimamente ligada a la salud (ODS 3) y a la mayoría de los demás ODS (véase el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*, figura 1.1, página 3).

Así pues, resulta esencial considerar la nutrición como un aspecto indivisible del proceso más amplio del logro del desarrollo sostenible. Y, por la misma razón, las iniciativas e inversiones en nutrición tienen el potencial de producir un efecto doble o triple —como mínimo— de una manera universal e integrada (véase también el capítulo 1). La mejora de la nutrición no debe ser un conjunto aislado de medidas aplicadas en compartimentos estancos, sino, más bien, un engranaje indispensable, sin el cual la maquinaria de los ODS no puede funcionar correctamente.

A fin de actuar de una forma integrada, todos debemos saber de qué manera se relaciona nuestro trabajo con los demás ODS y cómo podemos avanzar hacia su consecución. Los análisis existentes ya muestran el enorme potencial que representa el establecimiento de vínculos entre los ODS¹, pero esto también puede producir incoherencias. Algunas metas producen interacciones “restrictivas” o “contraproducentes”, es decir, inhiben el logro de otras². El cumplimiento de un ODS puede que no siempre conduzca a resultados positivos en otros. Pero están conectados, y estos vínculos han de ser transparentes para poder aprovecharlos o mitigarlos. La identificación de las conexiones pone de manifiesto estas sinergias y su contrapartida.

Sin embargo, las correlaciones entre la nutrición y otras cuestiones relacionadas con el desarrollo, así como sus orígenes, son complejos; actúan en múltiples direcciones. No resulta fácil determinar las relaciones entre todos los ODS a la vez; los resultados son confusos y de difícil interpretación. No es sorprendente que a los países les haya costado elaborar planes integrados para la consecución de los ODS³. Aquí identificamos los ámbitos del desarrollo —en los países de ingresos bajos, medianos y altos— relacionadas con los ODS en los que la nutrición puede reportar beneficios reales, y aquellos en los que se requieren más medidas en favor de la nutrición (figura 3.2).

El primer ámbito es la producción sostenible de alimentos, en la que convergen cuatro ODS: el ODS 2 —que, además del hambre y la malnutrición, contiene una serie de metas sobre la agricultura sostenible—, el ODS 13, sobre la acción por el clima, el ODS 14, sobre la vida submarina, y el ODS 15, sobre la vida terrestre. Estos, a su vez, están estrechamente relacionados con la nutrición, ya que lo que comemos, y cómo y dónde se produce, influye en el cambio climático, la biodiversidad y nuestras aguas. Para lograr los ODS 2, 13, 14 y 15 debemos modificar nuestra alimentación, la manera en que obtenemos los alimentos y de dónde. A su vez, para mejorar la nutrición es necesario mejorar la sostenibilidad de la producción de alimentos: el cambio climático está poniendo en peligro tanto las pesquerías como nuestra capacidad de producir cultivos nutritivos. Para la producción de alimentos nutritivos es esencial que existan diversos paisajes de producción de cultivos. La atención a estos ODS es, por tanto, fundamental para el logro de las metas de nutrición.

Seis de los ODS tienen relación con el buen funcionamiento de los sistemas de infraestructura. Se trata del ODS 6, sobre agua limpia y saneamiento; el ODS 7, sobre energía asequible y no contaminante; el ODS 8, sobre trabajo decente y crecimiento económico; el ODS 9, sobre industria, innovación e infraestructura; el ODS 11, sobre ciudades y comunidades sostenibles; y el ODS 12, sobre producción y consumo responsables. La mejora de la nutrición presta apoyo a esta infraestructura, ya que garantiza el desarrollo de la “materia gris”: personas sanas con los conocimientos, las aptitudes y la energía necesarios para impulsar el desarrollo económico y construir el futuro (ODS 8). Los ODS también muestran que es vital invertir en los sistemas de infraestructura —desde carreteras y saneamiento, hasta electricidad y construcciones, así como la necesaria para la gobernanza, la justicia, los mercados y la financiación— con objeto de que todos puedan disfrutar de una alimentación segura, nutritiva y saludable, agua limpia, saneamiento y energía. Los sistemas alimentarios representan una parte importante de este conjunto.

Uno de los ODS se ocupa de una prioridad del desarrollo inseparable de la nutrición: el ODS 3, sobre garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La atención a los retos que plantea la nutrición reducirá la carga sobre el sistema de salud. La mejora de la nutrición durante los primeros 1.000 días de vida reporta una reducción del retraso del crecimiento, la emaciación y la obesidad, lo que da como resultado menos enfermedades y una disminución de la tasa de mortalidad. También reduce el riesgo de padecer, posteriormente, enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes. Y, sin duda, el buen funcionamiento de los sistemas de salud es fundamental no solo para el tratamiento, sino también para la aplicación de intervenciones preventivas a escala. Los ODS muestran que se requiere un esfuerzo y una atención mucho mayores para que los sistemas de salud incluyan la nutrición y programas relativos a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en la cobertura sanitaria universal.

Existe otro conjunto de ODS que se ocupan sobre todo de cuestiones relacionadas con la equidad y la inclusión, las cuales, en sí mismas, influyen en gran medida en la posibilidad de que todos se beneficien de la producción sostenible de alimentos, los sistemas de infraestructura y los servicios de salud. Dichas cuestiones son la pobreza (ODS 1), la educación de calidad (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5) y los derechos laborales (ODS 8), y todas forman parte del ODS 10 —sobre la desigualdad—, de carácter transversal. Si bien resulta difícil desentrañar las asociaciones, todos estos factores están vinculados a la nutrición. La falta de atención a la equidad en la distribución de la riqueza, la educación o las cuestiones de género dificultará la erradicación universal de la malnutrición en todas sus formas.

La nutrición también forma parte de una de las aspiraciones generales de los ODS: la paz y la estabilidad (ODS 16). Una de las maneras de prevenir el hambre es la inversión en seguridad alimentaria —la distribución equitativa de los recursos naturales importantes para la alimentación— y resiliencia nutricional. Para lograr esta última es importante vincular las intervenciones inmediatas de socorro humanitario a enfoques para el desarrollo a más largo plazo. Los ODS ponen de relieve

que no hay que olvidar nunca la resolución y prevención de conflictos —y que, como parte del ODS 16, debe incluirse la nutrición en la reducción del riesgo de desastres, la mitigación del conflicto y la reconstrucción posterior al conflicto—. La malnutrición jamás se erradicará si no hay paz y estabilidad.

En suma, la vinculación de la nutrición a los ODS supondrá múltiples beneficios para las personas. A partir de las pruebas proporcionadas en el resto de este capítulo, el recuadro 3.1 ofrece ejemplos de los beneficios para el desarrollo que pueden obtenerse gracias a la mejora de la nutrición y lo que otros pueden hacer, a su vez, en favor de la nutrición. El recuadro 3.2 muestra que vincular la nutrición

a los ODS significa adoptar medidas para reducir el riesgo de desnutrición y al mismo tiempo reducir el riesgo que representa una alimentación poco saludable, asociada con la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. El recuadro 3.3 enumera cinco medidas de *doble* función potencialmente decisivas para el logro de los ODS. Las pruebas evidencian, asimismo, la posibilidad de alcanzar múltiples objetivos a través de la acción conjunta. El recuadro 3.4 muestra algunos ejemplos de medidas de *triple* función potencialmente decisivas que añaden un tercer componente, como la protección ambiental o el desarrollo económico.

RECUADRO 3.1 LO QUE LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN PUEDE LOGRAR EN OTROS SECTORES, Y LO QUE USTED PUEDE HACER POR LA NUTRICIÓN

Si se dedica a la agricultura, una mejor alimentación puede ampliar el mercado de alimentos seguros y nutritivos y al mismo tiempo reducir la presión que lo empuja a emplear métodos de producción insostenibles. Pero también necesitamos su ayuda. Necesitamos que aumente o mantenga la diversidad de la producción, tanto si es un pequeño productor, una empresa hortícola mediana o una gran empresa agrícola.

Si trabaja en la industria pesquera, se beneficiará de la ampliación del mercado debida al aumento del consumo de pescado, lo que a su vez contribuirá a la nutrición, pues el pescado es una de las mejores fuentes de nutrientes. Pero si queremos garantizar la nutrición a las próximas generaciones, la pesca y la acuicultura deben ser ambientalmente sostenibles. Asimismo, debe asegurarse el acceso de las personas más pobres a las fuentes de pescado a fin de que puedan obtener los nutrientes esenciales que brinda la vida marina.

Si trabaja en el ámbito de la lucha contra el cambio climático o la protección de la biodiversidad, le beneficiará que la alimentación de la población sea diversificada y nutritiva, no deje una gran huella ambiental y reduzca la presión sobre los recursos naturales y los ecosistemas esenciales para la producción de alimentos. A la vez, necesitamos que nos ayude a atraer la atención hacia la nutrición en los debates sobre el cambio climático, sobre todo a la luz del Acuerdo de París sobre el cambio climático.

Si trabaja en el Ministerio de Finanzas, la mejora de la nutrición de los niños y las mujeres contribuirá al crecimiento de la economía de su país. En consecuencia, debe invertir en los sistemas de infraestructura, servicios de salud y educación para todos, incluidos los más vulnerables y aislados geográficamente.

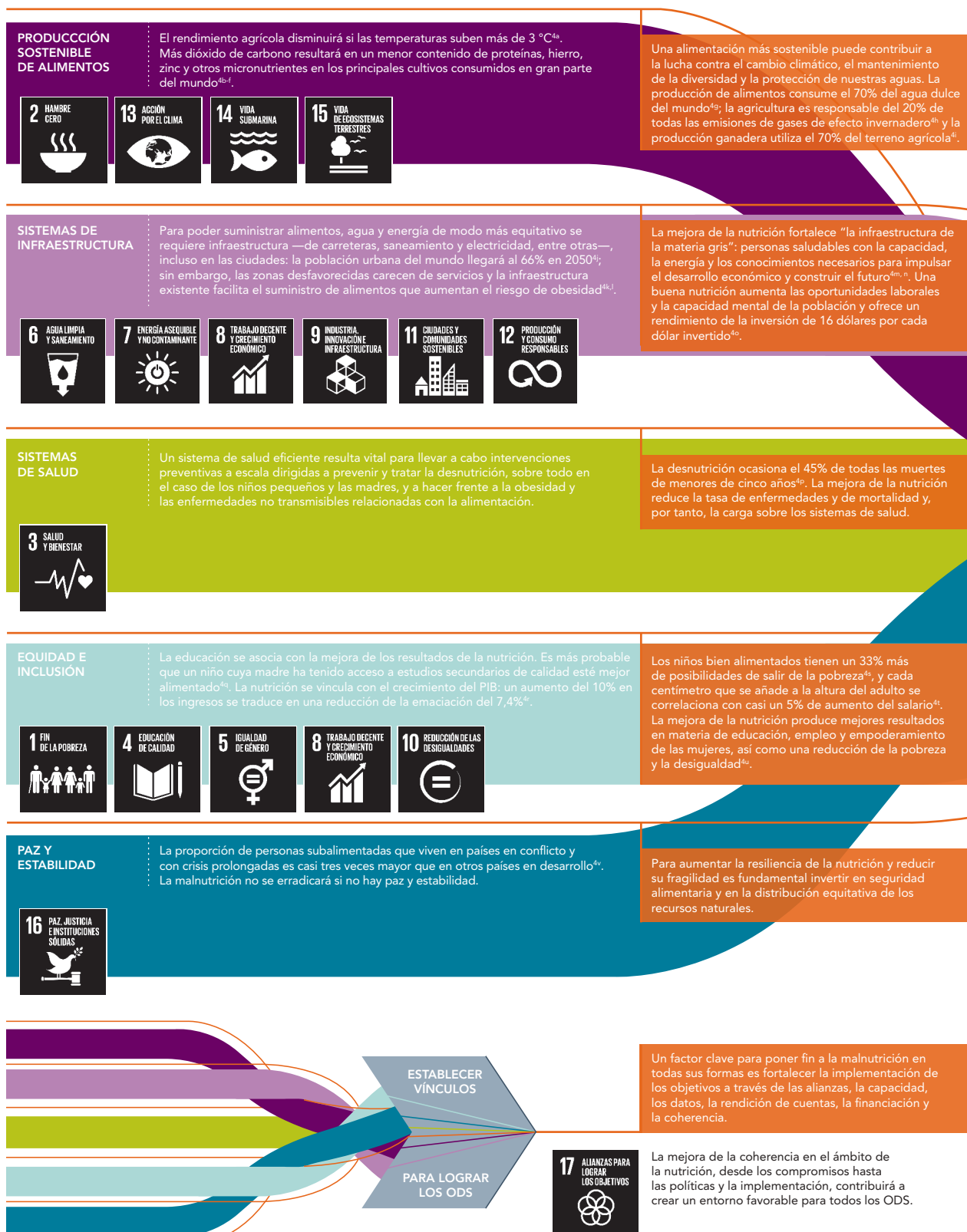
Si trabaja en una empresa de construcción de carreteras u otra infraestructura de transporte, suministros energéticos, distribución de aguas, infraestructura urbana o de inversiones, también se beneficiará de una fuerza de trabajo más productiva. A la vez, necesitamos que actúe de manera diferente: que garantice la creación de infraestructuras que posibiliten a todos, no solo a los sectores más privilegiados de la sociedad, el acceso a agua limpia, saneamiento, energía y una alimentación segura, nutritiva y saludable.

Si trabaja en el ámbito de los sistemas de salud, la mejora de la nutrición aliviará la carga que soportan los servicios de salud. A la vez, necesitamos que se esfuerce en aplicar las medidas esenciales para combatir la desnutrición a través del sistema de salud. El sistema de salud también debe prestar servicios que contribuyan a prevenir y gestionar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y asegurar que la comida que sirve a los pacientes promueve la buena salud.

Si trabaja en el ámbito de la educación, la mejora de la nutrición aumentará enormemente el rendimiento escolar. A la vez, necesitamos que nos ayude a que las niñas de los países de ingresos bajos y medianos permanezcan escolarizadas y progresen en sus estudios en lugar de abandonarlas, así como a proporcionar la educación y la alimentación necesarias para favorecer una dieta saludable.

Si trabaja en la prevención de conflictos y consolidación de la paz, la inversión en seguridad alimentaria y resiliencia nutricional contribuirá a su causa. A la vez, necesitamos que nos ayude a asegurar que en situaciones de conflicto la nutrición y la salud de la población no se deteriore a causa de las hambrunas y la elevada mortalidad que produce la malnutrición aguda.

FIGURA 3.2: Cómo se vincula la nutrición a los ODS



Fuente: Varias fuentes⁴.

RECUADRO 3.2 SIETE MANERAS EN QUE LA COMUNIDAD DE LA NUTRICIÓN PUEDE CONTRIBUIR AL AVANCE DE LOS ODS

1. Alentar a la población de todos los países, en particular los de ingresos altos, a que consuma alimentos producidos de manera ambientalmente sostenible y promover políticas y prácticas que contribuyan a mitigar el cambio climático.
2. Establecer contacto con las comunidades con intereses relacionados con la vida acuática, a fin de asegurar la sostenibilidad de la pesca, tanto como medio de vida como para la nutrición.
3. Colaborar con las personas que se ocupan principalmente de la mejora del agua, el saneamiento y la higiene a fin de promover infraestructuras que reporten beneficios a ambas partes.
4. Participar en redes de promoción de políticas urbanas en materia de alimentación centradas en la agricultura urbana, el acceso a los alimentos y el cambio climático, con objeto de avanzar hacia la consecución de sus objetivos y, al mismo tiempo, mejorar la nutrición.
5. Ayudar a la comunidad de los servicios de salud a prevenir y tratar la malnutrición a través de la atención primaria de la salud y otras plataformas de prestación de servicios de salud.
6. Persuadir a los responsables gubernamentales de la nutrición para que incluyan la protección de los derechos laborales, la educación y la igualdad de género en los planes de nutrición.
7. Unirse a los llamamientos que instan a invertir en intervenciones tempranas y sistemas de alerta temprana dirigidos a evitar futuros conflictos, mitigar el riesgo de que se produzcan y generar resiliencia.

Fuente: Los autores, a partir del contenido del capítulo.

RECUADRO 3.3 CINCO IDEAS SOBRE MEDIDAS DE DOBLE FUNCIÓN DIRIGIDAS A AVANZAR EN LA LUCHA CONTRA LAS DISTINTAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN

1. **Promoción y protección de la lactancia materna en el lugar de trabajo.** La lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para los bebés y reporta beneficios en los dos aspectos de la doble carga de la malnutrición. Reduce el riesgo de infecciones en los niños y de cáncer de pecho en las madres. Los expertos en desnutrición y en obesidad y enfermedades no transmisibles podrían trabajar de manera conjunta en favor de una atención renovada en la protección de la maternidad en el lugar de trabajo.
2. **Planificación urbana en favor de una alimentación segura, nutritiva y saludable.** El desarrollo de la infraestructura urbana necesaria para que la población de las zonas más desfavorecidas —como los barrios marginales— obtenga alimentos asequibles, seguros y nutritivos puede reducir los riesgos para la salud asociados con el consumo insuficiente de alimentos nutritivos y, al mismo tiempo, desalentar la provisión de alimentos que aumentan el riesgo de obesidad. Ha de consultarse a la población de estas zonas a fin de determinar qué tipo de infraestructura resultaría más efectiva para satisfacer sus necesidades.
3. **Disponibilidad de agua limpia en las comunidades y otros entornos donde los ciudadanos se reúnen.** El agua limpia contribuye a prevenir la diarrea y la enteropatía ambiental y, por tanto, reduce el riesgo de desnutrición. Asimismo, garantiza a la población una alternativa viable a las bebidas azucaradas, que suelen presentarse como una opción más atractiva que el agua y están asociadas al aumento de peso. El “impuesto a las bebidas azucaradas” puede considerarse como una medida de doble función que permite recaudar fondos para poner el agua potable a disposición de todos y hacerla atractiva.
4. **Inclusión de la prevención de la desnutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en los paquetes de atención de salud universal.** A menudo, los programas verticales aplicados a través de los sistemas de salud se centran exclusivamente en la desnutrición. Sin embargo, existen numerosas oportunidades para integrar los programas contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación —como el asesoramiento nutricional, el tratamiento y la supervisión— en paquetes de cobertura sanitaria universal. Como primer paso, es necesario experimentar con estos enfoques conjuntos a fin de superar la falta de conocimientos sobre las mejores prácticas.
5. **Incorporación de medidas de doble finalidad en planes presupuestados y multisectoriales.** Dichos planes deben presupuestarse y mostrar claramente de qué manera pueden los financiadores nacionales y los donantes internacionales contribuir a la aplicación de esas medidas de doble función. En este proceso sería de utilidad contar con un seguimiento eficaz de la financiación destinada a ambos aspectos de la doble carga (véase también el capítulo 4).

Fuente: Los autores, a partir del contenido del capítulo.

RECUADRO 3.4 CINCO IDEAS SOBRE MEDIDAS DE TRIPLE FUNCIÓN DIRIGIDAS A AVANZAR EN LA CONSECUCIÓN DE LOS ODS

- 1. Diversificación de la producción de alimentos.** Puede reportar múltiples beneficios, ya que sienta las bases del suministro de alimentos nutritivos esencial para hacer frente a la desnutrición y prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación; permite la selección de cultivos ricos en micronutrientes (incluidos los cultivos autóctonos y los cultivos huérfanos) que benefician el ecosistema; y, si nos centramos en el papel de la mujer en la producción de alimentos, las empodera.
- 2. Ampliación del acceso a cocinas eficientes.** Mejorará la salud nutricional y la salud respiratoria de los hogares, permitirá ahorrar tiempo, preservará los bosques y los ecosistemas asociados a ellos, y reducirá las emisiones de gases de efecto invernadero.
- 3. Programas de alimentación escolar.** Pueden diseñarse de manera más eficaz, con miras a reducir la desnutrición, asegurar que los niños no están indebidamente expuestos a alimentos que aumentan el riesgo de obesidad, alentarlos a permanecer en la escuela, estimular su aprendizaje y proporcionar ingresos a los agricultores. Esto no solo contribuirá a mejorar la nutrición, sino que también impulsará los medios de subsistencia y la educación.
- 4. Políticas alimentarias urbanas.** En los países de ingresos bajos, medianos y altos que se proponen mitigar el cambio climático, el desperdicio de alimentos, la inseguridad alimentaria y la mala nutrición se están elaborando políticas y estrategias alimentarias urbanas. Se trata de políticas individuales con el potencial de lograr múltiples objetivos.
- 5. Plataformas de ayuda alimentaria.** Mediante el trabajo conjunto con especialistas en el ámbito de la respuesta a los conflictos, los nutricionistas podrían contribuir a diseñar programas de ayuda alimentaria que actúen como plataformas para promover una alimentación nutritiva y de calidad y, al mismo tiempo, reconstruyan la resiliencia a través de instituciones locales y redes de apoyo, fortalezcan la capacidad de los agricultores para adaptarse y reorganizarse y presten apoyo a los grupos marginados y vulnerables.

La base empírica

Producción sostenible de alimentos

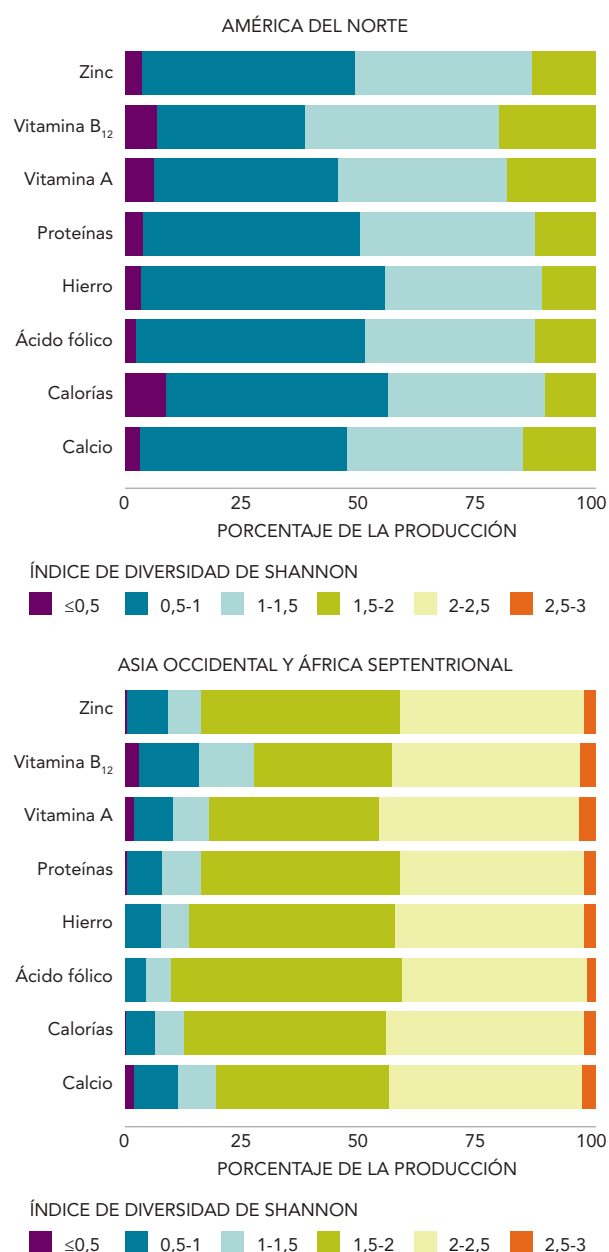
Existen pruebas claras de que debemos alimentarnos de otra manera si queremos avanzar en el logro del ODS 13, sobre el cambio climático; el ODS 14, sobre la vida submarina; el ODS 15, sobre la vida terrestre; y las metas relativas a la agricultura sostenible incluidas en el ODS 2, sobre la erradicación del hambre. La producción de alimentos ya está ejerciendo una presión extraordinaria sobre los recursos naturales; consume el 70% del suministro mundial de agua dulce⁵ y ocupa el 38% de la tierra⁶. La agricultura también produce el 20% de todas las emisiones de gases de efecto invernadero⁷. El ganado hace un uso particularmente intensivo de la tierra, ya que ocupa el 70% de los terrenos agrícolas⁸. Los bosques, las praderas y los humedales se están transformando en terrenos de cultivo para alimentar a la población creciente y los animales que consumimos⁹. Para poder adaptarnos a los efectos del cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, es imprescindible que encontremos formas menos intensivas de producir alimentos seguros, nutritivos y saludables. Las pruebas sugieren que el consumo de carne representa un reto de gran envergadura. La carne es un alimento nutritivo que proporciona nutrientes esenciales¹⁰; no obstante, su consumo elevado produce un nivel relativamente alto de gases de efecto invernadero¹¹. Las carnes rojas y procesadas se asocian con el aumento de uno de los cánceres con mayor prevalencia mundial, el cáncer colorrectal¹².

Al mismo tiempo, la mejora de la nutrición requiere sistemas sostenibles de producción de alimentos que configuren una dieta segura, nutritiva y saludable —cereales integrales, frutas y verduras, legumbres, frutos secos, pescado, cantidades moderadas de lácteos y pequeñas cantidades de carne—. Por tanto, ha de prestarse atención al cambio climático (ODS 13), la pesca (ODS 14) y la diversidad de la vida terrestre (ODS 15), así como a la agricultura sostenible (ODS 2). Los modelos del cambio climático predicen que el rendimiento agrícola disminuirá en la mayor parte de los terrenos de cultivo cuando el incremento de las temperaturas supere los 3 °C, sobre todo en el Sur Global¹³. El cambio climático reduce, asimismo, la calidad nutricional de algunos cultivos, debido a los efectos fertilizantes del dióxido de carbono¹⁴. Se calcula que el aumento del dióxido de carbono producirá una disminución de las proteínas, el hierro, el zinc y otros micronutrientes en los principales cultivos que se consumen en gran parte del mundo¹⁵.

El cambio climático afecta también a la pesca (ODS 14) a causa de los cambios en la temperatura de los océanos, los niveles de salinidad, oxígeno y acidificación, y la temperatura y el nivel del agua dulce¹⁶. Se estima que el pescado proporciona el 17% de la ingesta de proteínas de la población mundial y aporta calcio, hierro, zinc, yodo, vitaminas A y D y ácidos grasos omega 3¹⁷. Los pescados azules procedentes fundamentalmente de la pesca constituyen la principal fuente alimentaria de ácidos grasos poliinsaturados omega 3 de cadena larga. Se los ha asociado a resultados positivos cuando se consumen durante el embarazo, entre ellos un mejor desarrollo del niño y la reducción del riesgo de preeclampsia o parto prematuro, y con una mejor salud cardiovascular cuando se consumen en la edad adulta¹⁸. No obstante, también tienen su contrapartida: el aumento del consumo de pescado salvaje provocará el agotamiento de las poblaciones de peces si la pesquería no se gestiona de manera sostenible, con las consiguientes repercusiones para la alimentación de las generaciones futuras asociadas al deterioro del medio ambiente¹⁹.

La protección de la diversidad de la tierra (ODS 15) resulta fundamental para la nutrición. Si bien históricamente la agricultura se ha centrado en los cultivos básicos necesarios para producir la cantidad suficiente de alimentos a través de explotaciones y paisajes agrícolas altamente especializados, mediante la diversificación se obtienen a la vez más alimentos y muchos más nutrientes (figura 3.3)²⁰. Según los últimos estudios, las explotaciones agrícolas pequeñas y medianas producen entre el 53% y el 81% de los principales micronutrientes; asimismo, constituyen el 84% de todas las explotaciones agrícolas, ocupan el 33% de la tierra mundial y tienden a ser más diversas que las grandes explotaciones²¹. Esto es, en parte, reflejo de la geografía: la mayor parte de las explotaciones de América son grandes; las de África, pequeñas; y las de Asia, medianas. Pero también demuestra que, en las regiones en las que se hacen inversiones para aumentar la producción, es muy importante que las políticas alimentarias hagan hincapié en el mantenimiento de la diversidad. Además, es vital que las políticas dirigidas a diversificar la producción se traduzcan efectivamente en una mejor alimentación, ya que, si bien existen algunas pruebas de la relación positiva entre el número de especies cultivadas y la diversidad de los grupos alimentarios que se consumen en los hogares²², los sistemas de producción diversificada no necesariamente se traducen en una alimentación variada si los productores venden esta diversidad o si no existe la infraestructura necesaria para hacerla llegar a mercados accesibles a las personas que más la necesitan²³. Además, los alimentos nutritivos producidos por la agricultura se pueden transformar en otros menos nutritivos y saludables, por ejemplo mediante el refinamiento de los cereales o el empleo del maíz en la producción de refrescos²⁴. Por eso, a la hora de evaluar las asociaciones entre la producción sostenible de alimentos y lo que comemos, es necesario considerar la totalidad del *sistema alimentario*, tal como se describe en la sección siguiente (y en la figura 3.4).

FIGURA 3.3: Nutrientes producidos en dos regiones, por categoría de diversidad



Fuente: Herrero M. et al.²⁵

Notas: El índice de diversidad de Shannon representa la diversidad: cuántos tipos de alimentos se producen en un píxel geográfico y con qué uniformidad se distribuyen. Cuanto más elevado sea el índice de Shannon, mayor será la diversidad.

Sistemas de infraestructura

El ODS 9 se centra en la necesidad de construir infraestructura resiliente que sustente el desarrollo económico y el bienestar humano, así como de garantizar que el acceso a ella sea equitativo. Cuando pensamos en infraestructura, la nutrición no suele ser lo primero que nos viene a la mente. Sin embargo, la mejora de la nutrición fomenta el progreso de una de las formas esenciales de infraestructura: la materia gris. El Banco Mundial y el Banco Africano de Desarrollo han hecho un llamamiento a invertir en la prevención de la malnutrición infantil sobre la base de que esta impide el desarrollo intelectual. Existen pruebas claras de que la nutrición no solo salva la vida de los niños, sino que les proporciona la capacidad mental necesaria para sustentar el desarrollo humano a lo largo de la vida²⁶.

La capacidad mental que aporta la mejora de la nutrición es fundamental para lograr un futuro más próspero y un crecimiento económico más rápido e inclusivo, lo cual constituye la base para la consecución del ODS 8. Para progresar, las economías y las sociedades dependen del ingenio de su población en la misma medida que de su fuerza física. En el siglo XXI, una economía basada en el conocimiento desempeña un papel clave en el desarrollo humano. Cada vez se reconoce más el asombroso rendimiento que genera la inversión en nutrición —16 dólares por cada dólar invertido—²⁷. El Ministerio de Finanzas de la India, en su estudio económico para 2015-2016 señaló: “Imagínense que el Gobierno fuera un inversor cuyo objetivo es maximizar el crecimiento económico a largo plazo de la India. Dadas las actuales restricciones presupuestarias y de capacidad, ¿hacia dónde tendría que orientar sus inversiones? [...] los programas de salud y nutrición destinados a madres y niños pequeños, y que poseen un costo relativamente bajo, ofrecen un elevado

rendimiento de la inversión”²⁸. En efecto, los estudios sobre el costo del hambre en África llevados a cabo en cuatro países africanos calculan que, a causa de la desnutrición, las economías africanas pierden al año un valor equivalente a entre el 1,9% y el 16,5% del PIB debido al aumento de la mortalidad, el absentismo, las enfermedades crónicas y los costos asociados a ellas, y la pérdida de productividad²⁹. Los costos del sobrepeso y la obesidad no son menos impactantes: en Alemania, por ejemplo, el costo a lo largo de la vida del sobrepeso y la obesidad de la población actual es de 145.000 millones de euros³⁰. En los Estados Unidos de América, los hogares con una persona obesa han de hacer frente a un gasto anual medio equivalente al 8% de sus ingresos anuales³¹. En China, las personas a las que se ha diagnosticado diabetes sufren una pérdida media anual de ingresos del 16,3%³².

Gracias al aumento de la capacidad intelectual y la productividad que reporta la mejora de la nutrición, los países tienen más oportunidades de desarrollarse económicamente, lo que, a su vez, supondrá la creación de la infraestructura necesaria para el desarrollo, como la gobernanza, la legislación, los mercados y la financiación. También requerirá inversiones en infraestructura material —red viaria, climatización, red de distribución de aguas, saneamiento, red de telefonía y red informática, entre otras—. Las pruebas indican que es necesario suministrar a la población alimentos seguros, variados y nutritivos, así como agua limpia e higiene, como condición necesaria para mejorar la nutrición. Esto resulta evidente en el caso de los sistemas alimentarios (figura 3.4). Tras la producción de los alimentos, se requieren infraestructuras que permitan hacerlos llegar, a través de complicados sistemas de distribución, procesamiento, comercialización, venta minorista y mercadotecnia, al consumidor final (figura 3.4)³³.

FIGURA 3.4: Marco conceptual de los vínculos entre la calidad de la alimentación y los sistemas alimentarios



Fuente: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición.

Todo ello tiene consecuencias de calado en favor de una alimentación segura, nutritiva y saludable y a quién puede acceder a ella.

Por ejemplo, la mejora del almacenamiento y el transporte es importante para prevenir, después de la cosecha, la contaminación de los alimentos por microorganismos patógenos, como *Salmonella*, *Campylobacter*, Rotavirus o toxinas fúngicas como la aflatoxina. La seguridad alimentaria es un aspecto fundamental, pero con frecuencia subestimado, de la nutrición. Se estima que en el mundo cada año 600 millones de personas —casi 1 de cada 10— enferman, y 420.000 mueren por la ingesta de alimentos en mal estado³⁴. Los patógenos transmitidos por los alimentos son una de las principales causas de diarrea en niños pequeños, lo que a su vez contribuye a un peso inferior al normal y a elevados niveles de mortalidad³⁵. Las aflatoxinas que se encuentran en el maíz y los cacahuets en los países en desarrollo tropicales y subtropicales se asocian con el retraso del crecimiento en los niños y son responsables de unas 90.000 muertes al año por cáncer de hígado³⁶. Asimismo, la seguridad alimentaria está estrechamente relacionada con el agua limpia y el saneamiento, como se describe más adelante en esta sección.

En el sistema alimentario también existen sinergias entre las intervenciones dirigidas a reducir la pérdida y el desperdicio de alimentos y las que promueven la nutrición³⁷. Las estimaciones sugieren que un tercio de todos los alimentos producidos (1.300 millones de toneladas) se pierde o desperdicia cada año durante la producción, el almacenamiento, el transporte, el procesamiento y el consumo³⁸. La falta de infraestructura en numerosos países en desarrollo y las técnicas de cultivo y cosecha deficientes son, probablemente, los principales factores de la pérdida de alimentos, que oscila entre el 10% y el 40% del total de su producción³⁹. Estos datos resultan pertinentes para la nutrición, puesto que las mayores pérdidas que se producen después de la cosecha por lo general corresponden a los cultivos más nutritivos y esenciales para una alimentación adecuada y diversificada —como los cacahuets, las frutas y las verduras—⁴⁰; una tercera parte de todas las frutas y verduras producidas en el mundo se pierden antes de llegar a los consumidores⁴¹. En este ámbito también hacen falta infraestructuras que funcionen bien, lo cual permitirá, a su vez, hacer frente a una de las ambiciosas metas del ODS 12, sobre consumo y producción sostenibles: reducir a la mitad el desperdicio de alimentos per cápita mundial, incluidas las pérdidas que se producen en las cadenas de suministro.

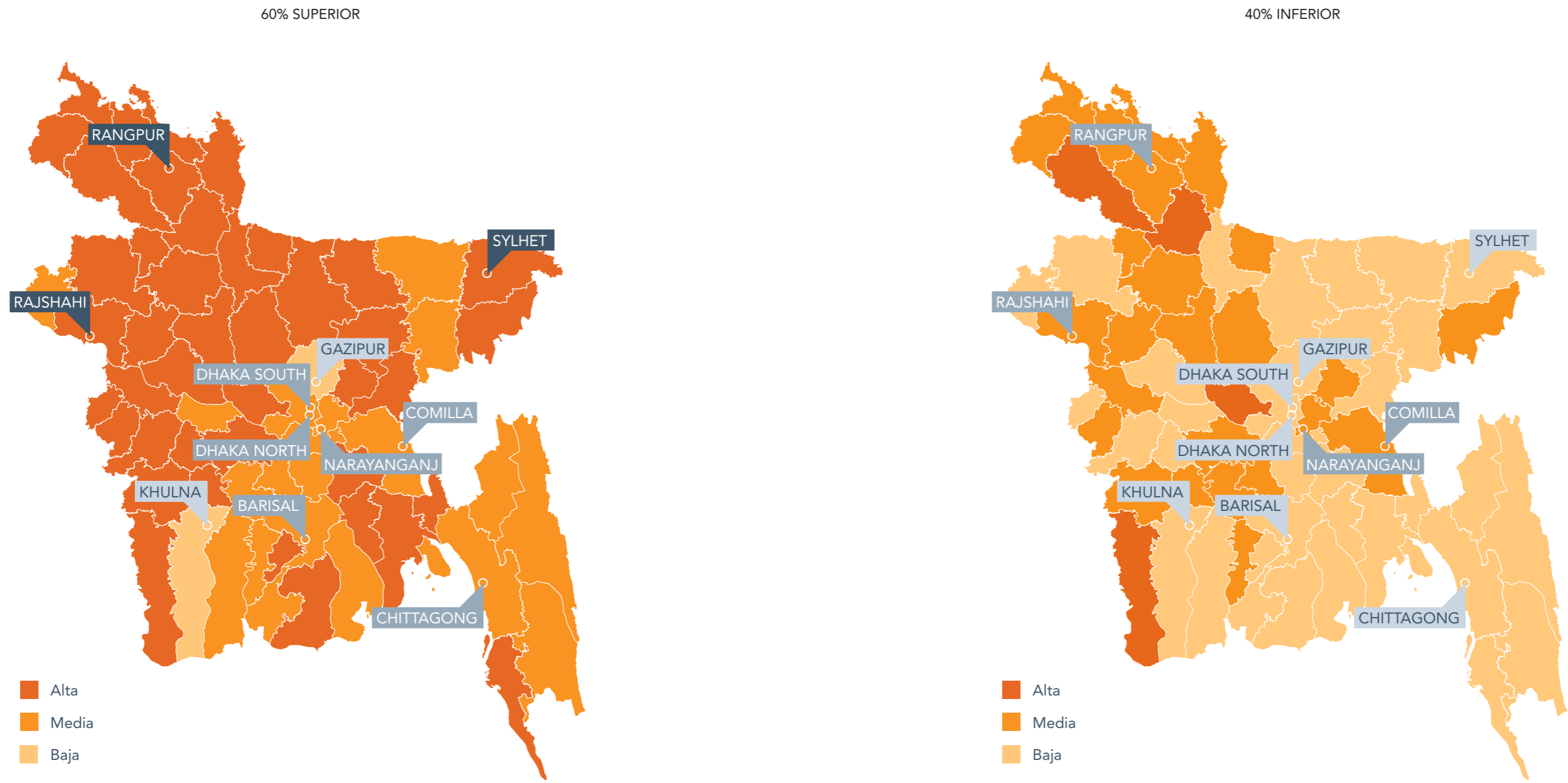
La producción y el consumo sostenibles también tienen relación con el suministro y el uso de la energía; en este sentido, el ODS 7 aboga por energías limpias y asequibles que sean accesibles para todos. El sector de la alimentación es responsable del 30% del consumo mundial total de energía⁴². Cuatro quintas partes se consumen en las etapas posteriores a la producción primaria; el transporte y la transformación de los alimentos para llevarlos “del campo a la mesa” representan, a escala mundial, la mayor proporción⁴³. En los países de ingresos más bajos, cocinar en el hogar consume la mayor parte de la energía. La mejora de la infraestructura requerida para cocinar —concretamente, cocinas eficientes— mejoraría la salud de los hogares, ahorraría tiempo, conservaría los bosques y los ecosistemas asociados a ellos, y reduciría las emisiones⁴⁴.

Una de las cuestiones clave es quién tiene acceso a esta infraestructura. En las ciudades, por ejemplo, la diversidad suele ser mayor, debido a que la infraestructura de distribución, energía y venta minorista es, por lo general, mejor. Pero con frecuencia no es así en el caso de los barrios marginales o desfavorecidos donde las infraestructuras son deficientes o se emplean para suministrar alimentos poco saludables⁴⁵. Los habitantes más pobres de las ciudades están cada vez más expuestos a alimentos de alto contenido calórico y pocos nutrientes⁴⁶. Esto pone de relieve la naturaleza potencialmente contraproducente del desarrollo de la infraestructura, ya que permite que se suministren alimentos que incrementan el riesgo de obesidad en las ciudades, presentados de forma más atractiva por medio de anuncios y otras formas de mercadotecnia⁴⁷. La labor en torno a este tipo de retos en las zonas urbanas constituye un componente central del ODS 11, sobre ciudades y comunidades sostenibles, y será cada vez más pertinente a medida que el aumento de la población urbana del mundo se acerque al 66% previsto para 2050⁴⁸. Los actuales avances conseguidos en las ciudades en materia de políticas dirigidas a hacer frente a la falta de acceso a alimentos adecuados, la obesidad, el desperdicio de alimentos, la escasez de medios de subsistencia y el cambio climático desempeñan un papel potencialmente vital para abordar estos retos del sistema alimentario⁴⁹.

La infraestructura de suministro de agua limpia, saneamiento e higiene (ODS 6) —su calidad, fiabilidad y continuidad— es, asimismo, fundamental para la nutrición. Se ha estimado que el 50% de los casos de desnutrición están asociados a infecciones causadas por agua insalubre, saneamiento deficiente y prácticas poco higiénicas, entre ellas no lavarse las manos con jabón⁵⁰. La diarrea o las infecciones intestinales recurrentes pueden causar desnutrición tanto aguda como crónica⁵¹. Por ejemplo, el 54% de la variación internacional en la altura de los niños puede vincularse a la defecación al aire libre. Cuando el punto de acceso al agua está distante del hogar, las necesidades nutricionales aumentan debido a la energía que se requiere para ir a buscarla, en tanto que se reduce el tiempo y la capacidad para trabajar y obtener ingresos. Sin embargo, la infraestructura de agua y saneamiento existente tiende a beneficiar principalmente a la población con más recursos económicos. Numerosos países presentan desigualdades de ingresos y espaciales considerables en el suministro de servicios de agua limpia y saneamiento. Si bien en algunos distritos de Bangladesh, por ejemplo, el suministro de agua y saneamiento tanto a los grupos de ingresos bajos como a los de ingresos altos cumple criterios de calidad superiores a la media nacional, en la mayoría de los distritos solo se suministra esa calidad a la población de ingresos superiores (figura 3.5)⁵².

No obstante, resulta alentador comprobar que están surgiendo ejemplos de una mayor integración entre el agua y el saneamiento y la nutrición. El tema destacado 3.1 muestra un ejemplo de Camboya, donde el Gobierno ha dado prioridad al agua, el saneamiento y la higiene en un programa para reducir el retraso del crecimiento en el marco de su Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición para 2014-2018⁵³. Se han obtenido resultados considerables mediante esfuerzos concertados para colaborar con las organizaciones no gubernamentales y los organismos de las Naciones Unidas, así como con los sectores de la agricultura, la salud y el desarrollo rural, la nutrición, y el agua, el saneamiento y la higiene, entre otros⁵⁴.

FIGURA 3.5: Cobertura por distritos del suministro de agua gestionado de manera segura y el saneamiento mejorado al 60% superior y el 40% inferior de los hogares, Bangladesh, 2012



Fuente: Reproducida del Banco Mundial. 2017. Precarious Progress: A Diagnostic on Water, Sanitation, Hygiene, and Poverty in Bangladesh. WASH Poverty Diagnostic. Washington D. C., Banco Mundial⁵⁵.

Notas: El agua gestionada de manera segura se define aquí como el agua libre de E. coli y arsénico, obtenida mediante el empleo de tecnología hídrica mejorada en las instalaciones. "Alta" se define como la cobertura por encima de la media tanto del suministro de agua gestionado de manera segura como del saneamiento mejorado. "Media" se define como la cobertura por encima de la media o bien del suministro de agua gestionado de manera segura o del saneamiento mejorado. "Baja" se define como la cobertura por debajo de la media tanto del suministro de agua gestionado de manera segura como del saneamiento mejorado.

TEMA DESTACADO 3.1 POLÍTICAS Y MEDIDAS QUE INTEGRAN LA NUTRICIÓN Y EL AGUA, EL SANEAMIENTO Y LA HIGIENE EN CAMBOYA

Dan Jones y Megan Wilson-Jones

En Camboya, a pesar del crecimiento económico sostenido y la reducción de la pobreza, la malnutrición sigue constituyendo una amenaza para la salud pública. En el país, 1 de cada 4 niños menores de cinco años tiene un peso inferior al normal, 1 de cada 10 sufre emaciación y 1 de cada 3, retraso del crecimiento, lo que perjudica de manera irreversible su desarrollo cognitivo y físico a largo plazo⁵⁶ y contribuye a que, cuando sean adultos, disminuya su productividad y cobren salarios bajos⁵⁷.

En la malnutrición infantil, incluido el retraso del crecimiento, influye una variedad de factores complejos que exigen una respuesta multisectorial⁵⁸. En las comunidades rurales de Camboya, menos de la mitad de los hogares usan una letrina mejorada⁵⁹, y alrededor de la mitad tienen acceso a una fuente de agua potable mejorada⁶⁰. A pesar de los progresos iniciales, los estudios muestran que en los últimos años se ha producido un declive de las tasas de lactancia materna exclusiva entre los niños menores de 6 meses⁶¹, mientras que el empleo de biberones ha aumentado, sobre todo entre la población urbana pobre, particularmente expuesta al riesgo que ocasiona el uso de agua contaminada⁶². Los datos recientes también sugieren que solo el 30% de los niños de 6 a 23 meses recibe la alimentación mínima aceptable⁶³.

El Gobierno Real de Camboya está tomando medidas al respecto. Ha priorizado la mejora de las prácticas y servicios de agua, saneamiento e higiene —conocidas como WASH, por sus siglas en inglés— con objeto de avanzar en el cumplimiento de su compromiso multisectorial de reducir el retraso del crecimiento. La Estrategia Nacional sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición (2014-2018), dirigida por el Consejo de Agricultura y Desarrollo Rural de Camboya, refleja la priorización clara del agua, el saneamiento y la higiene como parte de un enfoque integral que combina de manera única y en todos los ámbitos intervenciones específicamente nutricionales con intervenciones enfocadas a la nutrición⁶⁴. La estrategia promueve la integración del agua, el saneamiento y la higiene en todos los programas de nutrición materno-infantil y, en particular, en las iniciativas nutricionales comunitarias, las campañas de cambio del comportamiento y los planes de estudios. Asimismo, establece diversos mecanismos institucionales para coordinar la seguridad alimentaria y la nutrición en Camboya, con inclusión de los actores del sector del agua, el saneamiento y la higiene, y se compromete a fortalecer la capacidad de la Administración nacional y subnacional para planificar, ejecutar, supervisar y evaluar programas multisectoriales.

A partir de esas políticas, el Consejo de Desarrollo Agrícola y Rural unificó los ministerios de Desarrollo Rural y de Salud y, junto con los principales donantes y los asociados para el desarrollo, estableció un subgrupo de trabajo sobre nutrición y agua, saneamiento e higiene con el propósito de impulsar las medidas integradas.

Los donantes y los asociados para el desarrollo son WaterAid, Save the Children, el Fondo Mundial para el Saneamiento, Plan International, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Helen Keller International y el Banco Mundial. Este grupo, establecido en diciembre de 2015, tiene por objetivo lograr una mayor repercusión mediante la creación y el intercambio de experiencias de integración de la nutrición y el agua, el saneamiento y la higiene, y establecer una mayor sinergia entre los sectores.

La integración no constituye una novedad en Camboya, pero su aplicación nunca ha resultado sencilla; numerosas iniciativas previas se estancaron. A fin de lograr su objetivo, en 2016 el grupo invirtió de manera conjunta en la elaboración de una teoría del cambio para la integración de la nutrición en la programación, y encargó un estudio dirigido a conocer en profundidad los obstáculos y las soluciones posibles. A partir de las conclusiones y las recomendaciones del estudio realizado por el Burnet Institute⁶⁵, el grupo dirigido por el Gobierno determinó tres medidas prioritarias:

- 1) Designar coordinadores que reúnan conocimientos en materia de nutrición y agua, saneamiento e higiene.
- 2) Elaborar una estrategia intersectorial que describa cómo pueden las políticas de nutrición y agua, saneamiento e higiene vigentes contribuir a la integración de las iniciativas dirigidas a mejorar los resultados de la nutrición.
- 3) Solicitar al Ministerio de Economía y Finanzas el aumento de las partidas presupuestarias nacionales asignadas a la nutrición y el agua, el saneamiento y la higiene, y pedir a los donantes que ofrezcan más posibilidades de financiación fusionada.

En 2017, todos los sectores públicos y los asociados para el desarrollo, respaldados por el Gobierno y fundados en las pruebas, han adoptado la estrategia integrada y multisectorial dirigida a reducir la malnutrición. El subgrupo nacional de trabajo sobre nutrición y agua, saneamiento e higiene sigue coordinando las iniciativas nacionales. Los representantes subnacionales de los ámbitos de la salud, el desarrollo rural y la agricultura están debatiendo por primera vez la cuestión de la integración. Por su parte, el Gobierno y los asociados para el desarrollo la están trasladando a los pueblos, distritos y provincias a los que prestan su apoyo. Cada vez son más los organismos donantes que confían en las promesas y los primeros logros de las políticas e iniciativas que integran la nutrición y el agua, el saneamiento y la higiene en Camboya.

Sistemas de salud

La nutrición y la salud son indivisibles: la malnutrición es una forma de mala salud, y todas las enfermedades aumentan las necesidades nutricionales⁶⁶. Una nutrición adecuada durante los primeros 1.000 días de vida está relacionada con menos malnutrición y retraso del crecimiento, así como con menos enfermedades y decesos⁶⁷. También disminuye el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, en etapas posteriores de la vida⁶⁸. Todas estas afecciones imponen una carga a la demanda de servicios de salud. El ODS 3 está dedicado a la salud y contiene más metas e indicadores estrechamente relacionados con la nutrición que ningún otro objetivo, incluidas las metas 3.2, sobre la mortalidad infantil, y la 3.4, sobre la mortalidad causada por enfermedades no transmisibles (figura 3.2).

A su vez, para mejorar la nutrición es necesario mejorar los servicios de salud. El sistema de salud desempeña un papel clave en la promoción de la alimentación de los lactantes y niños pequeños, la suplementación, la alimentación

terapéutica y el asesoramiento nutricional con miras a tratar el sobrepeso y el peso inferior al normal y detectar en los pacientes enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Varias intervenciones fundamentales para hacer frente a la desnutrición, las llamadas "medidas esenciales para la nutrición", se aplican a través de la atención primaria de la salud. Entre ellas se cuentan la lactancia materna y la suplementación nutricional para mujeres en edad reproductiva —como ácido fólico, vitamina A y otros micronutrientes—⁶⁹. La malnutrición aguda grave suele tratarse en los sistemas de salud, tanto en el marco de la atención terciaria oficial como en las actividades de promoción de la salud comunitaria a través de la gestión comunitaria de la malnutrición aguda. No obstante, existen pruebas claras de que actualmente los sistemas de salud no están aplicando dichas medidas. Los servicios de salud locales suelen encontrarse obstaculizados por la falta de recursos humanos, sobre todo en las zonas rurales pobres. El cuadro 3.1 indica en qué grado cuatro medidas esenciales para la nutrición llegan a las personas que las necesitan, es decir, la "cobertura". Muestra, por ejemplo, que solo el 5% de los niños de 0 a 59 meses reciben tratamiento con zinc (véase la lista completa en el apéndice 3).

CUADRO 3.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición

Indicador de la cobertura o la práctica	Intervención conexa recomendada por Bhutta et al., 2013 (población destinataria)	Número de países con datos	Porcentaje mínimo	Porcentaje máximo	Porcentaje medio	Mediana de los países con datos
Niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron tratamiento de zinc	Tratamiento de zinc en los casos de diarrea (niños de 0 a 59 meses)*	46	0	28	5	2
Niños de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplemento de vitamina A en 2014	Suplementación con vitamina A (niños de 0 a 59 meses)*	57	0	99	65	79
Ingesta de sal adecuadamente yodada en los hogares	Yodación universal de la sal*	84	0	100	57	62
Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años, recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente y lo tomaron durante más de 90 días	Suplementación con múltiples micronutrientes (embarazadas)	59	0,4	82	31	30

Fuente: Kothari M., 2016, datos sobre la cobertura de las intervenciones de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2016 y las bases de datos mundiales de UNICEF de 2016⁷⁰. En el caso de la India, se emplean los nuevos datos del Estudio Rápido sobre la Infancia 2013-2014 cuando procede.

Notas: Las cuatro medidas esenciales para la nutrición que se muestran son las que cuentan con indicadores de la cobertura de las intervenciones. Véase la lista completa en el apéndice 2. *Intervenciones recomendadas por la biblioteca electrónica de la OMS de documentación científica sobre medidas nutricionales⁷¹. Suplementación con múltiples micronutrientes recomendada por Bhutta et al.⁷². Datos procedentes de Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y encuestas nacionales llevadas a cabo entre 2005 y 2015. Las encuestas anteriores a 2015 se han excluido de este cuadro a la espera de la ratificación de esta recomendación por parte de la OMS.

Hasta la fecha, la labor de los servicios de salud por lo que respecta a la integración de la prevención de las enfermedades no transmisibles también ha sido inadecuada⁷³. Por ejemplo, son pocos los países que incluyen estrategias como la promoción de una alimentación saludable, la prevención de la obesidad y la educación para el autocontrol de la diabetes en los paquetes de atención de salud universal⁷⁴. Las intervenciones para la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como la gestión de la hipertensión y la diabetes, con frecuencia también se aplican de manera inadecuada en los sistemas de salud. En 2015, la mitad de todos los países no había puesto en práctica orientaciones sobre la gestión de las cuatro enfermedades no transmisibles principales —enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica—, y solo 38 (el 20%) proporcionaban farmacoterapia y asesoramiento para el control glicémico, los accidentes cerebrovasculares y los infartos a las personas con alto riesgo en las instalaciones de atención primaria⁷⁵. Un estudio del Banco Mundial de 24 países, la mayoría de ellos con una elevada incidencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, mostró que solo 6 países relativamente ricos incluían las enfermedades cardiovasculares en sus paquetes de atención de salud⁷⁶. Además, los servicios locales relacionados con las enfermedades no transmisibles tropiezan con el obstáculo de la falta de recursos humanos, especialmente en las zonas rurales pobres⁷⁷.

Sin embargo, cabe señalar que en los países de ingresos altos están surgiendo ejemplos del papel clave que pueden desempeñar los servicios de salud en la prevención de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación cuando se aseguran de servir alimentos saludables. El tema destacado 3.2 expone uno de esos ejemplos.

Equidad e inclusión

La mejora de la nutrición es esencial en la lucha contra la pobreza (ODS 1), la desigualdad de género (ODS 5) y la educación de baja calidad (ODS 4); en la promoción del crecimiento económico inclusivo (ODS 8); y —como cuestión transversal a todos ellos— en la reducción de la desigualdad (ODS 10). Al mismo tiempo, la labor relacionada con la pobreza, las condiciones laborales (ODS 8), la educación, las cuestiones de género y las desigualdades mejorarán los resultados de la nutrición.

Resulta difícil desentrañar la dirección de estas asociaciones. No obstante, puede decirse con seguridad que la mejora de la nutrición es una plataforma que permite obtener mejores resultados en la educación —en particular en el desempeño escolar—, el empleo y el empoderamiento de las mujeres, así como en la reducción de la pobreza y la desigualdad⁷⁸. La lucha contra el retraso del crecimiento y la carencia de nutrientes, como el hierro y el yodo, mejora la capacidad de los niños para asistir a la escuela y su desempeño escolar, y aumenta la posibilidad de que completen su educación⁷⁹. Una alimentación saludable y de buena calidad se asocia con la mejora del desempeño escolar⁸⁰. Los niños menos afectados por el retraso del crecimiento en las etapas más

tempranas de la vida obtienen puntuaciones más altas en las evaluaciones del desarrollo cognitivo y el nivel de actividad⁸¹. Una niña o mujer bien alimentada experimenta una variedad de efectos positivos, entre ellos beneficios para la salud, un mayor rendimiento académico, el control de sus recursos y la capacidad de generar ingresos y tomar decisiones, incluida la de evitar el matrimonio y el embarazo precoces⁸².

A su vez, la educación se asocia con la mejora de los resultados de la nutrición. Es más probable que un niño cuya madre ha tenido acceso a estudios secundarios de calidad esté mejor alimentado⁸³, lo que pone de manifiesto la necesidad de que las niñas estén escolarizadas. Sin embargo, en África, Oriente Medio y Asia Meridional la tasa de abandono de los estudios primarios es considerablemente más alta entre las niñas adolescentes que entre los varones⁸⁴.

Para alcanzar la igualdad y mejorar los resultados de la nutrición también es necesario prestar atención a las disposiciones relativas a la maternidad. No obstante, solo la mitad de los países de los que se dispone de información cumplen la norma de la Organización Internacional del Trabajo que establece una licencia de maternidad de al menos 14 semanas; y apenas el 34% cuentan con fondos garantizados para cubrir adecuadamente las prestaciones por maternidad⁸⁵. En el 18% de los países no existe el derecho a la licencia de maternidad remunerada ni al permiso de lactancia remunerado cuando la madre se reincorpora al trabajo, lo cual dificulta el amamantamiento⁸⁶. Se reconoce de forma generalizada que, desde el punto de vista nutricional, esta es la mejor opción para alimentar a los lactantes⁸⁷, puesto que los protege de la mortalidad y la morbilidad infantiles, aumenta la inteligencia y, además, está asociada a una mayor inteligencia y a la disminución del riesgo de cáncer de mama en la mujer. Asimismo, están surgiendo pruebas de que también puede proteger contra la obesidad y la diabetes en etapas posteriores de la vida⁸⁸. Existen otros aspectos de los derechos de las mujeres que resultan importantes para la nutrición. Por ejemplo, aunque a escala mundial las mujeres realizan más labores agrícolas que los hombres, las mujeres pobres de las zonas rurales rara vez tienen garantizado el acceso a un ingreso por su trabajo. En numerosos países se les niega el derecho a poseer tierras, solicitar créditos, tomar decisiones o liderar grupos⁸⁹.

TEMA DESTACADO 3.2 LA INTEGRACIÓN DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS SALUDABLES Y LA VIABILIDAD ECONÓMICA EN UN SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DE GRAN TAMAÑO: AUSTRALIA

Anna Peeters, Kirstan Corben y Tara Boelsen-Robinson

Alfred Health es un servicio de salud metropolitano de gran tamaño de Australia, que cuenta con tres hospitales en los suburbios del sudeste de Melbourne. Al reconocer la importancia no solo de tratar las enfermedades, sino también de promover la salud, Alfred Health emprendió en 2011 un proyecto dirigido a mejorar la disponibilidad y la promoción de alimentos y bebidas más saludables en sus tres hospitales.

Guiado por las directrices gubernamentales para el estado de Victoria, trabajó con miras a ofrecer "opciones saludables"⁹⁰ en la comida vendida a través de sus tiendas, máquinas expendedoras y servicio de catering. Uno de los sellos distintivos del método de Alfred Health fue el trabajo en equipo, con el firme liderazgo de los directivos del servicio de salud, el nombramiento de una persona encargada exclusivamente de la promoción de la salud y el desarrollo de una estrecha colaboración entre el equipo de promoción de la salud y los concesionarios de servicios alimentarios⁹¹.

Este enfoque colaborativo dio lugar a algunos ensayos novedosos, diseñados conjuntamente por los concesionarios y el equipo de promoción de la salud para probar la eficacia y la factibilidad de diversas estrategias de suministro de alimentos saludables. Prefirieron comenzar con ensayos de corta duración que les permitieran explorar distintas estrategias con un método de "ensayo y error". Alfred Health se asoció con instituciones de enseñanza, académicos, centros de investigación independientes y la fundación estatal de promoción de la salud con miras a obtener financiación para la evaluación de estos ensayos. Entre los principales asociados se contaron la Universidad Deakin, el Behavioural Insights Team, VicHealth y el Gobierno del estado de Victoria.

Si bien procuró mejorar todos los aspectos de la oferta de alimentos y bebidas, Alfred Health centró sus ensayos iniciales en los cambios en las bebidas azucaradas. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que se trataba de una meta muy pertinente para la salud y, a la vez, abarcable y factible. Se llevaron a cabo cuatro ensayos relacionados con la materia: 1) retirar las bebidas azucaradas de los expositores de una cafetería con servicio completo; 2) retirar las bebidas azucaradas del expositor de una cafetería de autoservicio; 3) aumentar un 20% el precio de las bebidas azucaradas de las máquinas expendedoras; y 4) aumentar un 20% el precio de las bebidas azucaradas de una tienda de alimentación. Los concesionarios apoyaron estas medidas, ya que consideraron que mantenían la oferta al cliente y al mismo tiempo promovían opciones más saludables.

Las cuatro pruebas tuvieron éxito y, en los cuatro casos, las ventas de bebidas azucaradas disminuyeron sustancialmente y aumentaron las de bebidas alternativas más saludables, como el agua. En los casos en que se retiraron las bebidas azucaradas, aumentaron las ventas de alternativas "dietéticas" (bebidas con edulcorantes artificiales). En contraste, en los ensayos en que se aumentó el precio, no solo se redujeron las ventas de bebidas azucaradas, sino también las de estas bebidas "dietéticas". En los hospitales siguen aplicándose estas estrategias, o bien como se concibieron inicialmente o con algunas correcciones.

Los cuatro ensayos demostraron, asimismo, que los cambios eran económicamente viables, ya que tanto el número de artículos vendidos como los ingresos percibidos se mantuvieron estables. Las encuestas realizadas a los consumidores indicaron que la mayoría de ellos no fueron conscientes de los cambios y que, cuando se les comunicaron, los apoyaron. Se consideró que la iniciativa había sido un éxito tanto para Alfred Health como para los concesionarios⁹². En el ensayo en el que se retiraron las bebidas azucaradas del expositor del autoservicio, las ventas de este tipo de refrescos pasaron de representar el 40% de todas las bebidas frías vendidas a constituir solo el 10%⁹³. Alfred Health estima que a través del conjunto de estas iniciativas en materia de bebidas ahora vende 36.500 bebidas azucaradas menos al año en su hospital principal.

Alfred Health se convirtió en el primer servicio de salud del estado de Victoria que excedió las metas fijadas por el Gobierno estatal; aumentó la tasa de disponibilidad de alimentos y bebidas saludables del 30% en 2011 al 56%, y redujo la disponibilidad de alimentos y bebidas poco saludables al 15% (frente al 42% de cinco años atrás). En Alfred Health se considera que son varios los factores que contribuyeron al éxito de los cuatro ensayos y, en general, de la implementación de alternativas saludables en los servicios alimentarios y de catering y en las máquinas expendedoras. Entre ellos se incluyen la adopción de una perspectiva de largo plazo con apoyo continuo y dotación de recursos; el desarrollo y la gestión de las relaciones con múltiples partes interesadas; y el uso de mensajes coherentes en los que se explicaban, a todos los participantes, las razones de la introducción de la nueva política. Entre las dificultades encontradas se contaron las de dar con productos alternativos saludables y tener que monitorear y calificar continuamente los productos disponibles.

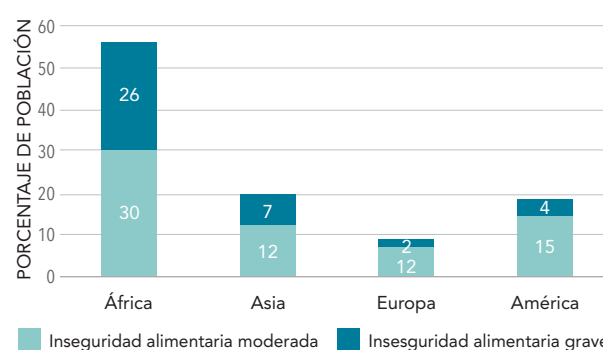
La mala nutrición está estrechamente correlacionada con la pobreza, los ingresos bajos y, evidentemente, el bajo crecimiento económico. Una quinta parte de la población mundial —767 millones de personas— vive en situación de extrema pobreza —definida como un ingreso diario inferior a 1,90 dólares—. La carga de malnutrición que soportan es considerable: el 46% de todos los casos de retraso del crecimiento corresponden a este grupo⁹⁴. La nutrición deficiente eleva el riesgo de pobreza: sabemos que, en los países de ingresos bajos y medianos, el 43% de los niños menores de cinco años se enfrentan a un elevado riesgo de pobreza a causa del retraso del crecimiento⁹⁵. Se calcula que los niños que lo padecen ganarán, cuando sean adultos, un 20% menos que los que no han sufrido ese retraso⁹⁶, mientras que los niños bien alimentados tienen un 33% más de posibilidades de escapar de la pobreza en su vida adulta⁹⁷. Sin duda, los índices salariales presentan una correlación clara con el grado de retraso del crecimiento: cada centímetro que se añade a la altura del adulto se corresponde con casi un 5% de aumento del salario⁹⁸. De manera similar, un análisis llevado a cabo con 29 países demostró que tanto el retraso del crecimiento como la emaciación se asocian al crecimiento del PIB. Por cada aumento del 10% en los ingresos per cápita, la prevalencia del retraso del crecimiento disminuye un 3,2%. A su vez, un aumento del 10% en los ingresos se traduce en una reducción de la emaciación del 7,4%⁹⁹. Esto no prueba que la mejora de la nutrición impulse el aumento de los salarios o el crecimiento económico; las cifras demuestran, más bien, que el aumento de los salarios o el crecimiento económico conducen a la mejora de la nutrición. No obstante, evidencia los beneficios que reporta el empleo de medidas específicas en materia de nutrición para fundamentar políticas más amplias e influir en quienes trabajan en el ámbito de la reducción de la pobreza y el crecimiento económico.

La pobreza, el bajo nivel educativo y otras carencias se asocian con la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación de una forma más compleja. En los países de ingresos altos, la incidencia de los factores de riesgo relacionados con dichas enfermedades, como la obesidad, es mayor en los grupos más pobres y con un nivel educativo menor¹⁰⁰. En los países de ingresos bajos y medianos los patrones de la obesidad y las enfermedades asociadas a ella son más complejos, y dependen del desarrollo y la situación económica y epidemiológica del país¹⁰¹. En algunos de ellos, la carga es mayor en los estratos socioeconómicos más bajos, pero en otros no. Sin embargo, cabe destacar que este desplazamiento se produce en los niveles inferiores del desarrollo económico¹⁰². Las pruebas también demuestran que en los países de ingresos bajos y medianos los grupos con peor situación socioeconómica comen menos fruta, verdura, pescado y fibra que los grupos con un nivel socioeconómico superior¹⁰³. A diferencia de la desnutrición, el crecimiento económico se asocia, de hecho, con la obesidad. Se calcula que un 10% de aumento de la renta per cápita se traduce en un incremento de los casos de obesidad del 4,4%; por consiguiente, cuando se desarrolla la economía es necesario tomar medidas que contrarresten este riesgo¹⁰⁴.

Uno de los factores que influyen en la nutrición tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos medianos y bajos es la inseguridad alimentaria en el hogar. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la

Agricultura (FAO) ha adaptado una escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) a partir de escalas creadas en América para consultar a la población sobre su experiencia en materia de inseguridad alimentaria¹⁰⁵. Las preguntas versan sobre las experiencias comunes que afectan a las personas cuyos recursos son tan escasos que no les aseguran la obtención de los alimentos necesarios. La figura 3.6 muestra que la inseguridad alimentaria es particularmente elevada en África, pero incluso en Europa afecta al 9% de los hogares, tanto de forma moderada como grave. Esta conclusión relativa a los países de ingresos altos indica que en un mismo hogar pueden coexistir los riesgos de obesidad y de inseguridad alimentaria, una interacción que requiere estudios más profundos¹⁰⁶.

FIGURA 3.6: Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave, por región



Fuente: Los autores, a partir de datos obtenidos de la base de datos de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura¹⁰⁷.

Paz y estabilidad

La inseguridad alimentaria también está estrechamente entrelazada con la paz y la estabilidad. Los conflictos armados violentos pueden conducir a la destrucción de las cosechas, la ganadería y los sistemas terrestres e hidrológicos, así como a trastornos en la infraestructura de transporte, los mercados y los recursos humanos requeridos para la producción, el procesamiento, la distribución y el consumo seguro de los alimentos¹⁰⁸. Los alimentos con frecuencia se utilizan como arma tanto por los insurgentes como por los Gobiernos, quienes interrumpen de manera deliberada el acceso a ellos con objeto de crear una grave inseguridad alimentaria que debilita y desmoraliza a los posibles oponentes¹⁰⁹. El desencadenamiento del descontento social, los conflictos y las manifestaciones políticas en más de 50 países se han atribuido al legado de decenios de competencia por los recursos y la escalada de los precios de los alimentos en 2008¹¹⁰. Estos factores también han contribuido a la actual hambruna que asola Sudán del Sur¹¹¹. La inestabilidad de larga duración puede exacerbar la inseguridad alimentaria de numerosas formas, entre ellas a través de la pérdida de bienes y medios de subsistencia, la competencia por los recursos naturales, el aumento de las enfermedades, las dificultades para acceder a los servicios sociales y de salud, y la mala gobernanza¹¹². Todos estos factores reducen aún más la resiliencia de la población y la capacidad de los Gobiernos para responder a los desastres naturales, como las sequías.

Esta inestabilidad también se asocia con la malnutrición. En el peor de los casos, los conflictos provocan hambrunas, como la que está teniendo lugar en Sudán del Sur (capítulo 1). Por tanto, no resulta sorprendente que la proporción de personas subalimentadas que viven en países en conflicto y con crisis prolongadas sea casi tres veces mayor que en otros países en desarrollo¹¹³. La FAO clasifica a la mayoría de los países que actualmente se encuentran en situación de conflicto como “países de bajos ingresos y carencia alimentaria”, los cuales sufren una carga elevada de subalimentación y de retraso del crecimiento en los niños¹¹⁴. Si bien esos factores tanto pueden ser causa como efecto de la violencia, llama la atención que al inicio de los conflictos las tasas de malnutrición infantil fueran un 50% superior y las de subalimentación, un 45%¹¹⁵. Asimismo, resulta mucho más fácil obtener resultados de la nutrición positivos, como la reducción del retraso del crecimiento, cuando no existen conflictos¹¹⁶ (figura 3.7). También existen pruebas que demuestran que las personas desplazadas sufren una doble carga de la malnutrición¹¹⁷. Por tanto, para poner fin a la malnutrición en todas sus formas es necesario lograr la paz (SDG 16).

A la inversa, la mejora de la nutrición a través de la inversión en la resiliencia de la nutrición cuenta con el potencial de unir a las comunidades en torno a una causa y brinda la oportunidad de conseguir un cambio duradero. La mejora de la nutrición puede ayudar a las comunidades, las sociedades y las naciones a prosperar y contribuir al mantenimiento de la paz y la estabilidad. La gestión comunitaria de los programas contra la malnutrición aguda y los planes de protección social para los más vulnerables a las crisis de los precios de los alimentos podrían constituir un buen punto de partida. También resultaría de utilidad vincular las intervenciones de socorro humanitario con perspectivas a más largo plazo que estabilicen los precios de los alimentos y las reservas de cereales. Mediante la inversión en enfoques a largo

plazo no solo podemos reunir a los profesionales del ámbito humanitario con los del sector de la nutrición, sino también mitigar el posible malestar social y los conflictos futuros¹¹⁸.

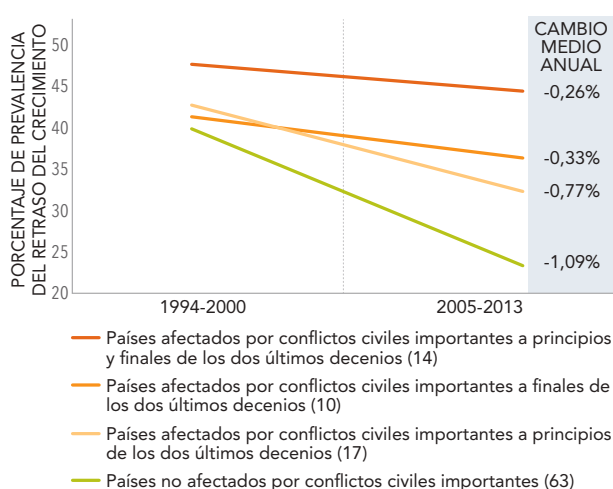
Conclusión: es necesario mejorar la nutrición para lograr los ODS

Existen numerosas conexiones que vinculan a los ODS con la nutrición, pero no podemos permitirnos suponer que estas se establecerán de manera automática. Tal como se señaló en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*, incluso cuando los vínculos parecen obvios, como los que relacionan la nutrición y la pobreza, los programas de protección social dirigidos a hacer frente a la pobreza por lo general no incorporan la nutrición¹²⁰. Si no se determinan de manera consciente las conexiones con los ODS, se corre el riesgo grave de que “las perspectivas sectoriales socaven el ideal holístico e integrado del desarrollo adoptado por la Agenda 2030 y de que todo siga como hasta ahora”¹²¹. Pero esa correlación no se establecerá por sí sola. Corresponde a la comunidad de la nutrición demostrar de manera clara las vías que conducen al establecimiento y el respaldo de una agenda mutua.

Para conseguir la integración de los compromisos de la nutrición en los planes y estrategias de otros sectores a escala mundial, nacional y programática será necesaria una negociación prolongada y cuidadosa, respaldada con pruebas sólidas de los beneficios que puede reportar. El reconocimiento de la necesidad de acordar estrategias comunes no se producirá de un día para el otro. Requerirá una labor de persuasión proactiva y persistente. Asimismo, deberá incluir el reconocimiento del conflicto cuando las políticas y estrategias diseñadas para lograr los resultados de otros ODS sean contraproducentes para los objetivos en materia de nutrición. La comunidad de la nutrición puede y debe ponerse en contacto con las comunidades que desempeñan su labor en el ámbito de los ODS y ofrecerse de manera activa a ayudarlas a alcanzar sus objetivos. Nuestro examen de las conexiones indica con qué sectores conviene colaborar en primer lugar. Algunos de ellos resultan obvios, como el de la agricultura sostenible. En ciertos casos, por ejemplo los sistemas de salud y de agua, saneamiento e higiene, ya se han establecido precedentes en materia de colaboración. Otros constituyen iniciativas nuevas, como la colaboración con los inversores en infraestructura.

El capítulo 2 muestra que no estamos en camino de alcanzar las metas mundiales de nutrición y que, por tanto, tampoco alcanzaremos las metas 2.2 y 3.4 de los ODS. Para lograr las metas de nutrición es necesario alcanzar los ODS. A su vez, si no alcanzamos estas metas, se obstaculizará la consecución de los objetivos que el mundo se ha fijado para su desarrollo.

FIGURA 3.7: Progresos en la reducción del retraso del crecimiento en situaciones de conflicto



Fuente: Reproducida con el permiso del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (www.ifpri.org). La figura original está disponible en línea en <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295759>¹¹⁹.

4 Financiar la agenda integrada



Conclusiones clave

1. El gasto público nacional en intervenciones que hacen frente a la desnutrición varía en cada país: algunos invierten más del 10% de su presupuesto en la nutrición; otros, muchos menos.
2. El gasto mundial de los donantes en la desnutrición aumentó un 1% (5 millones de dólares) entre 2014 y 2015, y se redujo como porcentaje de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), del 0,57% en 2014 al 0,50% en 2015.
3. El gasto en prevención y tratamiento de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación representó en 2015 el 0,01% del gasto mundial de la AOD en todos los sectores, a pesar de que tales enfermedades representan una carga mundial enorme. Ciertos donantes han tomado la iniciativa con miras a invertir esta tendencia, pero es evidente que se requieren más inversiones. En términos generales, no se dispone de datos apropiados sobre el gasto público nacional en la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, ni siquiera en los países de ingresos altos. Por tanto, sabemos muy poco sobre cuánto se está gastando, en qué y por quién.
4. Existen oportunidades para adoptar un enfoque más orientado a la "doble función" con respecto al gasto en la desnutrición, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Para empezar podría redefinirse el código de seguimiento del gasto en desarrollo destinado a la nutrición, a fin de vigilar con más eficacia qué se gasta y cómo en todas las formas de malnutrición.
5. Los Gobiernos invierten más en nutrición de manera indirecta (gasto "enfocado a la nutrición") que en intervenciones directas (gasto "específico" en nutrición). El gasto enfocado a la nutrición brinda la oportunidad de financiar una agenda más integrada. Para fundamentar este proceso hemos de efectuar un mejor seguimiento de la repercusión de ese gasto en la nutrición y otros objetivos de desarrollo.
6. Si queremos alcanzar las metas mundiales de nutrición para todos se precisará más financiación nacional y asistencia para el desarrollo. Asimismo, la acción integrada sobre los ODS exige buscar mecanismos de financiación más innovadores y aprovechar las corrientes de inversión a fin de obtener beneficios en múltiples sectores. Adoptar una perspectiva integrada de la inversión en los ODS resultará fundamental para lograr resultados universales en el ámbito de la nutrición.

Para implementar los ODS de manera integrada con miras a alcanzar las metas mundiales de nutrición en todo el mundo será preciso efectuar nuevas inversiones y darles un destino diferente¹. En este capítulo se hace un seguimiento de los progresos en la financiación de la nutrición a raíz de los llamamientos contenidos en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*, que exhortan a “invertir más y asignar mejor los fondos” (página xxi)². Se evalúa el gasto público y de los donantes en “intervenciones específicas de nutrición” concebidas para mejorar la nutrición y la supervivencia, el desarrollo cognitivo y los resultados en material de nutrición y salud. El capítulo también evalúa el gasto “enfocado a la nutrición”. Este tipo de gasto comprende las partidas presupuestarias asignadas a sectores que abordan de manera amplia los aspectos subyacentes relacionados con la nutrición (como el acceso al agua potable, el saneamiento, la educación y la protección social), así como a programas, intervenciones o servicios entre cuyos objetivos se encuentra la nutrición, pero que no se definen como intervenciones específicas de este ámbito (como los programas en beneficio de los productores agrícolas con el potencial de diversificar la alimentación). Por último, se evalúa el gasto destinado a combatir la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, a pesar de que la falta de datos hace difícil determinar cómo se asignan y gastan los fondos en esa esfera.

El seguimiento de la financiación que se lleva a cabo en el *Informe de la Nutrición Mundial* tiene por objeto facilitar a las partes interesadas, en especial a la sociedad civil, datos que las ayuden a exigir más responsabilidades a los Gobiernos y donantes en relación con la financiación de acciones que aceleren las mejoras en el ámbito de la nutrición. Vigilar el gasto puede aportar nuevas perspectivas sobre el modo de cumplir la agenda común descrita en el capítulo 3 y permite demostrar que existen déficits de financiación en determinadas intervenciones consolidadas y presupuestadas sobre la desnutrición materna e infantil y en la agenda sobre la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Asimismo, surgen preguntas sobre la necesidad de crear nuevas vías de financiación y de descubrir cómo sacar un mayor partido a las corrientes de inversión.

Inversiones para luchar contra la desnutrición³

Inversiones públicas en intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición para luchar contra la desnutrición

Presentamos aquí los resultados de un análisis presupuestario llevado a cabo en 2015 y 2016 por 41 países en el marco del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) y de sus iniciativas de seguimiento del gasto en aras de la promoción, la planificación y la repercusión. De los 41 países que habían elaborado presupuestos de nutrición en 2017, 37 se incluyeron en el análisis (los excluidos, o bien no contaban con un análisis completo, o bien los resultados no fueron corroborados por el coordinador gubernamental de SUN). Los países examinaron sus presupuestos nacionales con ánimo de determinar el gasto público en programas relacionados con la nutrición y evaluar la cantidad destinada a intervenciones específicas o enfocadas a la nutrición (véase una descripción más pormenorizada de la metodología en el apéndice 3). El tema destacado 4.1 hace hincapié en la importancia del análisis presupuestario para la promoción, la planificación de programas y la rendición de cuentas sobre la financiación.

TEMA DESTACADO 4.1 LA IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LA NUTRICIÓN

Alexis D'Agostino, Helen Connolly y Chad Chalker

En su informe *Un marco de inversión en la nutrición*, el Banco Mundial calculó que se requieren 7.000 millones de dólares más para maximizar la contribución de las intervenciones específicas en nutrición de cara al logro de cuatro de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de aquí a 2025 (retraso del crecimiento, emaciación, anemia y lactancia materna exclusiva)⁴. Sin embargo, la demanda de más recursos para abordar la nutrición a nivel nacional y mundial se ve dificultada por la falta de información completa sobre los compromisos y el gasto actuales. Es más, determinar los déficits de financiación y programación puede resultar especialmente difícil en este ámbito, dado que la financiación se reparte entre varios sectores. Con un mayor hincapié en la nutrición, es imprescindible velar por destinar a esta cuestión financiación suficiente, y por que los fondos vayan allí donde sean necesarios.

El *análisis del presupuesto dedicado a la nutrición* identifica una serie de actividades relacionadas con la nutrición que los países han incluido en sus presupuestos y determina qué fondos se les han asignado. Las conclusiones del análisis presupuestario pueden resultar útiles en la promoción, la planificación de programas y la rendición de cuentas sobre la financiación.

Algunos países —alrededor de 40 en el momento en que se elabora este informe— han empezado a analizar sus presupuestos de nutrición con miras a satisfacer la necesidad de disponer de datos claros y precisos sobre los presupuestos y el gasto en este ámbito. El proyecto SPRING (dedicado a fortalecer las alianzas, los resultados y la innovación a nivel mundial en el campo de la nutrición), que financia la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), celebró entrevistas con partes interesadas clave de siete de esos países, y se prevén más. Esas entrevistas pusieron de manifiesto numerosas ventajas y oportunidades como las que se describen aquí.

Los ejercicios de análisis presupuestario propician una amplia variedad de experiencias de aprendizaje.

Entre otras, productos de promoción, de políticas y legislativos que pueden servir de ejemplo a la hora de aplicar análisis semejantes en otros países. Los hallazgos se utilizaron con fines tan diversos como el de orientar a los paladines de la nutrición en el Parlamento de Malawi o el de ayudar al Ministerio de Salud de Tayikistán a promover más mecanismos de financiación para la nutrición.

La presupuestación es un proceso complejo que, no obstante, brinda numerosas oportunidades para promover la nutrición.

Las conclusiones de los análisis presupuestarios son de utilidad a lo largo de todo el ciclo de planificación. Sin embargo, para utilizar los datos de manera eficaz es preciso conocer tanto el ciclo presupuestario como la programación de nutrición. Por ejemplo, las partes interesadas en la nutrición de Papua Nueva Guinea colaboraron con sus compañeros del Departamento de Planificación y Monitoreo Nacional con el propósito de incorporar las conclusiones del análisis presupuestario en el proceso de presupuestación y priorización.

Existen muchos modos de presentar las conclusiones.

Los objetivos del proyecto de análisis presupuestario —promover y planificar la financiación para la nutrición y rendir cuentas sobre ella— eran parecidos en todos los países; no obstante, los productos variaron en función de la metodología empleada y los destinatarios. La República Unida de Tanzania llevó a cabo el primer examen público del gasto en nutrición y presentó las conclusiones a los encargados de la formulación de políticas con ánimo de concienciar sobre la necesidad de incrementar la financiación. Este ejercicio permitió incrementar las asignaciones presupuestarias y orientar a las administraciones locales sobre la presupuestación en materia de nutrición. Por su parte, Malawi aplicó los hallazgos de su análisis del presupuesto nacional para implicar a los funcionarios de los distritos como promotores de la nutrición.

El proceso de puesta en común de las conclusiones de los análisis presupuestarios va evolucionando.

A medida que las partes interesadas cambian y el público adquiere una mayor comprensión, también cambian los tipos de análisis presupuestario y la presentación de las conclusiones. Nepal ha establecido un propósito claro para cada ronda de su análisis de datos, velando por que las conclusiones puedan aplicarse a los desafíos y déficits de información del momento. En Zambia, cada ronda del análisis presupuestario ha contribuido a que la administración local se sume al proceso de presupuestación de la nutrición en el momento adecuado.

La utilización de las conclusiones brinda la ocasión de ampliar la definición de parte interesada en la nutrición.

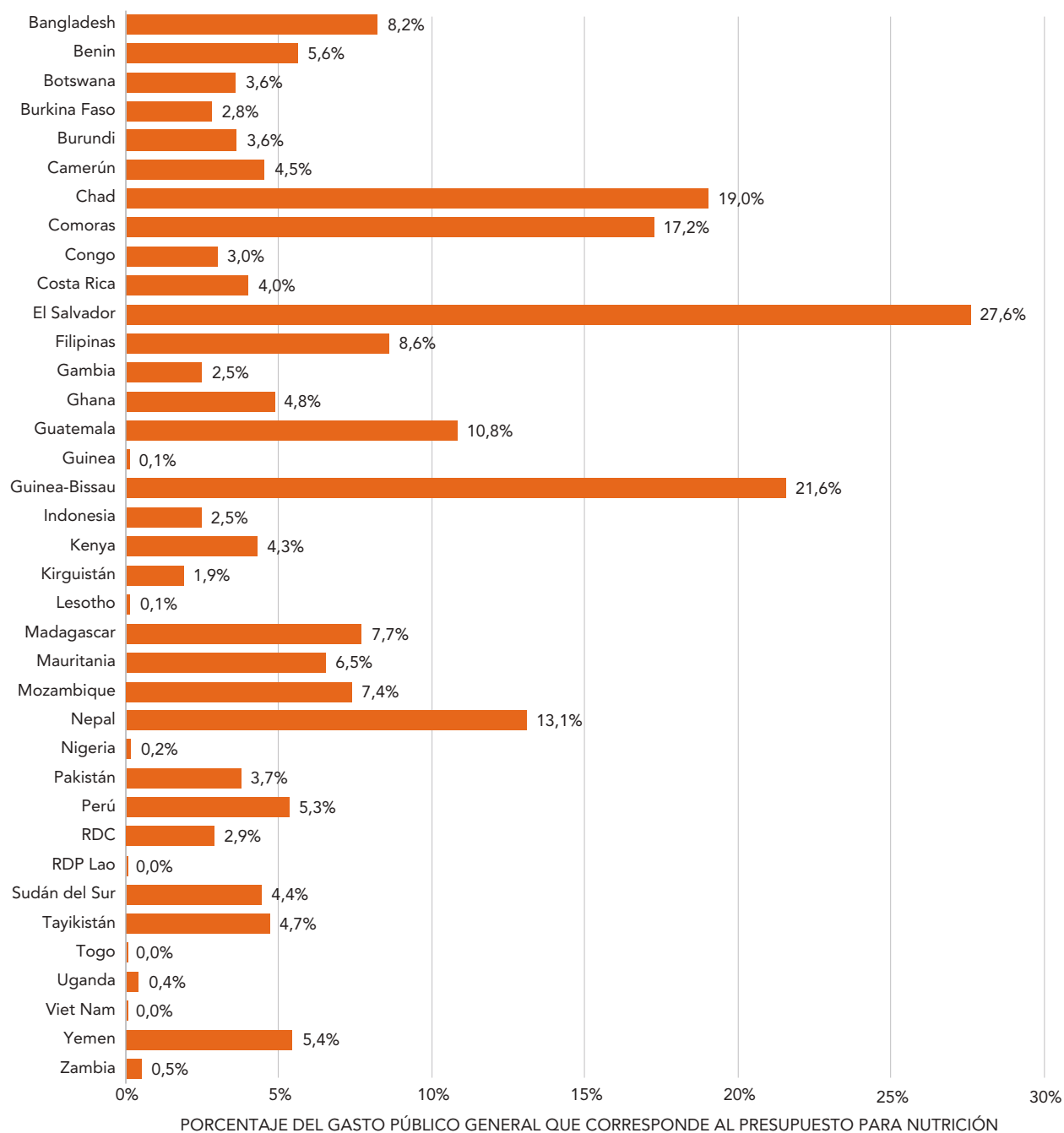
Aunque en el análisis presupuestario en sí suele participar un número limitado de tipos de partes interesadas, poner en común y discutir las conclusiones ofrece la oportunidad de incorporar a un conjunto amplio de agentes, de manera que se establece una comunidad amplia en el ámbito de la nutrición. Los países comunicaron que han colaborado con distintas partes interesadas en la aplicación de las conclusiones de los ejercicios de análisis presupuestario, desde los funcionarios de los distritos de Malawi hasta los donantes de Tayikistán. Asimismo, Zambia ha aprovechado el proceso de análisis presupuestario para incorporar a nuevas partes interesadas en la nutrición.

Poner en común las conclusiones puede servir para informar y promover un análisis más pormenorizado en el futuro.

Si bien las conclusiones de los análisis presupuestarios quizá solo se utilicen en un principio para sensibilizar sobre la cuestión, podrán usarse a lo largo de todo el proceso de planificación y financiación, e incluso durante la fase de rendición de cuentas. En Zambia, el ejercicio determinó que era necesario establecer un conjunto de prácticas para la presentación de informes. De ese modo aumentaron la frecuencia y el grado de detalle de los informes de seguimiento de los presupuestos anuales, con lo que las partes interesadas y el Gobierno han de rendir cuentas de los compromisos asumidos y se garantiza que la nutrición sigue siendo una cuestión prioritaria. En Filipinas se plantea el objetivo de que en los ejercicios futuros se colabore más estrechamente con el Departamento de Gestión del Presupuesto con miras a establecer qué financiación se reserva para actividades concretas sobre nutrición en cada programa presupuestado.

Estas experiencias apuntan a que las conclusiones de los análisis presupuestarios sobre la nutrición pueden resultar útiles a los encargados de adoptar decisiones y ser una herramienta eficaz en favor de la rendición de cuentas en este campo. El análisis presupuestario solo influirá en las asignaciones de fondos y el gasto en nutrición si sus conclusiones se aplican y se ponen en común de forma convincente con los encargados de adoptar decisiones. Hay muchas maneras de hacerlo. Documentar y divulgar las experiencias nacionales permitirá seguir aprendiendo y aplicar de manera más adecuada las conclusiones.

FIGURA 4.1: Asignaciones presupuestarias a intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición, 37/41 países, 2017



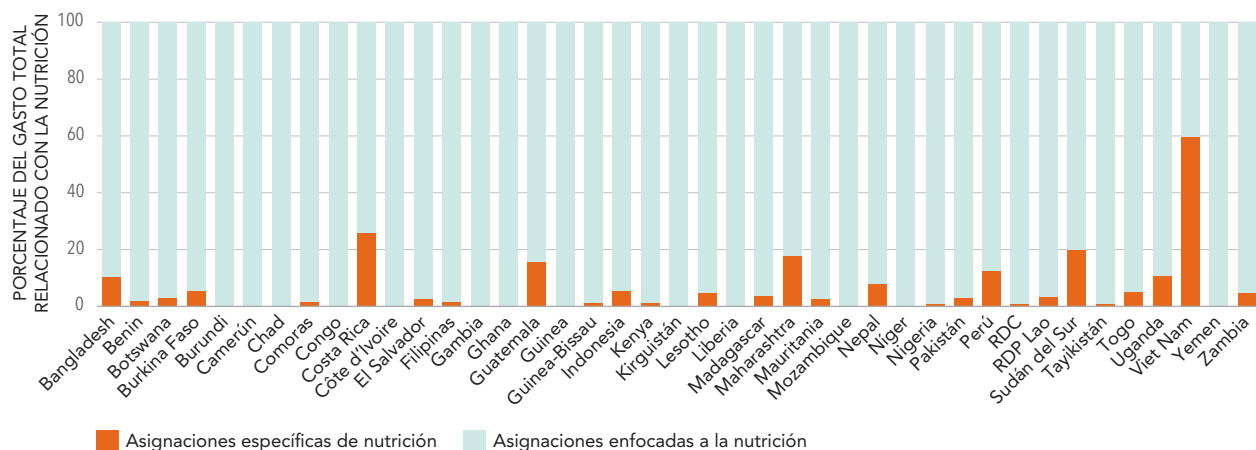
Fuente: Análisis de los presupuestos nacionales.

Notas: Se tiene en cuenta el total de las asignaciones presupuestarias, con lo que se representa el monto máximo que podría destinarse a la nutrición. RDC: República Democrática del Congo; RDP Lao: República Democrática Popular Lao.

La figura 4.1 muestra el porcentaje de presupuestos nacionales que se dedican a intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición en 37 de los 41 países que tomaron parte en el análisis presupuestario⁵. El Chad, las Comoras, El Salvador, Guatemala, Guinea-Bissau y Nepal han demostrado su compromiso con la inversión en la nutrición al asignar más del 10% de su gasto público general a intervenciones

específicas y enfocadas a la nutrición. No obstante, no existen referencias sobre el porcentaje del presupuesto que los países deberían dedicar a la nutrición; es probable que dependa del contexto y de las causas subyacentes de la malnutrición. Los datos de los 41 países de la figura 4.2 indican que la mayoría de las inversiones nacionales se destinaron a intervenciones enfocadas a la nutrición, salvo en Viet Nam.

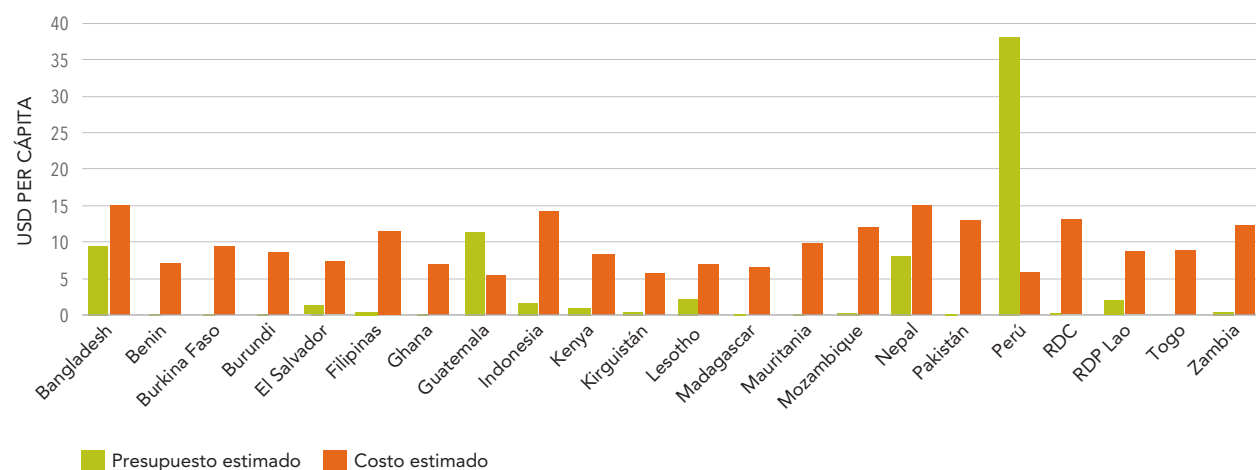
FIGURA 4.2: Gasto total en asignaciones específicas y enfocadas a la nutrición, 41 países, 2017



Fuente: Análisis de los presupuestos nacionales.

Notas: El 100% representa el gasto total relacionado con la nutrición. RDC: República Democrática del Congo; RDP Lao: República Democrática Popular Lao.

FIGURA 4.3: Déficit estimado de financiación para intervenciones específicas de nutrición con miras a alcanzar las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, 22/41 países, 2017



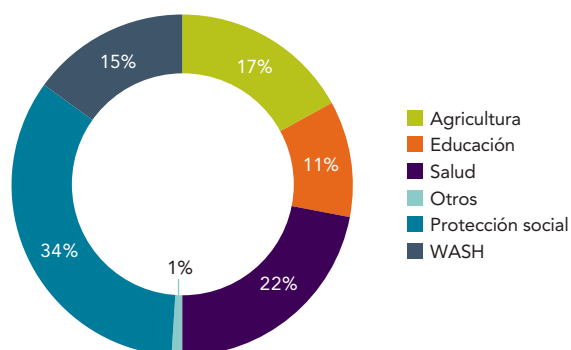
Fuente: Análisis de los presupuestos nacionales.

Notas: El gráfico muestra un subconjunto de países cuyos costos y financiación pormenorizada actual se han calculado a partir del análisis presupuestario. Las cifras de Bangladesh, Ghana, Guatemala, Indonesia, Kenya, Mozambique, el Perú y el Togo se han obtenido de una combinación de fuentes de financiación (nacionales y externas). Los datos de los demás países se refieren únicamente a la financiación nacional. En esta estimación no se tiene en cuenta aquella financiación que no se incluye en los presupuestos nacionales. RDC: República Democrática del Congo; RDP Lao: República Democrática Popular Lao.

Un análisis efectuado entre 2013 y 2015 en 25 países con al menos dos datos de referencia concluyó que, en promedio, el gasto en intervenciones enfocadas a la nutrición aumentó un 4% (25 países), y el gasto en intervenciones específicas de nutrición, un 29% (21 países). Se observa que el incremento es mayor en las intervenciones específicas: países como Mauritania, Madagascar, Nepal y la República Democrática del Congo aumentaron el gasto en programas específicos de nutrición más de un 100%. Al mismo tiempo, países como Indonesia, la República Democrática Popular Lao y Zambia aumentaron en más de un 50% el gasto en intervenciones enfocadas a la nutrición.

La figura 4.3 compara el presupuesto estimado de 22 países con partidas presupuestarias detalladas correspondientes a intervenciones específicas de nutrición básicas, entre ellas los suplementos de vitamina A, la promoción de la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, los suplementos de hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas y lactantes, el tratamiento de la malnutrición aguda grave y el enriquecimiento de alimentos; se calcula el costo necesario para *financiar íntegramente* tales intervenciones⁶. Los datos demuestran que casi ningún presupuesto nacional cubre los costos necesarios para maximizar la contribución de las intervenciones específicas de nutrición y alcanzar las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (figura 4.3)⁷, con la excepción de Guatemala y el Perú.

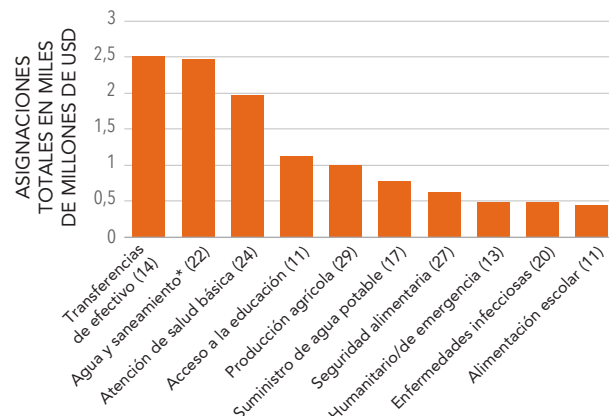
FIGURA 4.4: Porcentaje de asignaciones enfocadas a la nutrición por sector, 37/41 países, 2017



Fuente: Análisis de los presupuestos nacionales.
Notas: WASH: agua, saneamiento e higiene.

De los 41 países que acometieron el análisis presupuestario, 37 también analizaron sus presupuestos nacionales con ánimo de evaluar las inversiones en intervenciones enfocadas a la nutrición en al menos 3 de los 5 sectores clave: salud; educación; agricultura; protección social; y agua, saneamiento e higiene. Aunque no se observa un patrón común en todos los países, el sector que recibió un porcentaje más elevado de asignaciones orientadas a la nutrición fue el de protección social (34%), seguido del de salud (22%), agricultura (17%)⁸, agua, saneamiento e higiene (15%) y educación (11%) (figura 4.4). El porcentaje más alto de gasto en los cinco sectores se destinó a un conjunto reducido de tipos de programas —transferencias de efectivo, programas de mejora del suministro de agua potable y los servicios de saneamiento, y atención de salud básica— (figura 4.5). Cabe destacar que ha aumentado el número de países que también invierten en agricultura y seguridad alimentaria, si bien el gasto es menor.

FIGURA 4.5: Los 10 tipos de programas enfocados a la nutrición con mayor porcentaje de gasto, 37/41 países, 2017



Fuente: Análisis de los presupuestos nacionales.

Notas: Las cifras entre paréntesis indican cuántos países han incluido el tipo de programa en su análisis presupuestario. *Combinación de servicios de suministro de agua potable y saneamiento.

Inversiones de los donantes y las organizaciones multilaterales en intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición para hacer frente a la desnutrición⁹

Las inversiones de los donantes y las organizaciones multilaterales dirigidas a mejorar la nutrición en países que soportan una carga considerable de desnutrición tienen una importancia decisiva, en especial en aquellos países cuyos presupuestos en favor del desarrollo son pequeños. En esta sección se utilizan los datos sobre el gasto de la ODA transmitidos al Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE, obtenidos de la base de datos del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS), que efectúa un seguimiento de la inversión en nutrición de los donantes clave. La mayoría de los datos que se muestran aquí han sido facilitados por el CRS del CAD de la OCDE, salvo cuando se indica que se trata de datos comunicados por los propios países, y analizan el gasto destinado a “nutrición básica” de conformidad con el código de propósito del CRS¹⁰. En el tema destacado 4.2 se plantean métodos más idóneos para efectuar un seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo, entre otros aspectos mediante la redefinición del código de nutrición básica y el desarrollo de un marcador de políticas para la nutrición.

TEMA DESTACADO 4.2 MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE LA AYUDA DE LOS DONANTES EN FAVOR DE LA NUTRICIÓN

Mary D'Alimonte y Augustin Flory

Es importante efectuar un seguimiento de la inversión en nutrición a fin de determinar 1) cuánta financiación para la nutrición se moviliza cada año, 2) de dónde proceden las contribuciones más importantes, y 3) en qué medida los fondos se dirigen a intervenciones que funcionan en las zonas que más ayuda necesitan. Sin embargo, el sistema actual de seguimiento de los recursos se enfrenta a una serie de retos y déficits, especialmente en lo que respecta a la ayuda de los donantes a través de la asistencia oficial para el desarrollo¹¹.

La figura 4.6 muestra el trayecto de la AOD desde los países donantes hasta los organismos de ejecución en los países destinatarios. El monto de la ayuda puede obtenerse del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Sin embargo, el código de propósito correspondiente a la nutrición básica —que suele emplearse como indicador de las inversiones específicas en nutrición— incluye también grandes inversiones enfocadas a la nutrición, como la alimentación en las escuelas. Otro reto es que quizá se informe de las intervenciones específicas de nutrición en el marco de programas más amplios de salud materno-infantil, de manera que no se les asignará el código de nutrición básica. En tercer lugar, algunas intervenciones de nutrición se llevan a cabo a través de la respuesta de emergencia y se clasifican sistemáticamente de ese modo; por tanto, no se recogen como intervenciones de nutrición básica.

En conjunto, estos factores explican por qué el código de nutrición básica es un indicador imperfecto de la ayuda de los donantes destinada a inversiones específicas en nutrición. Además, no existe un método sistemático y normalizado para capturar en el CRS las inversiones transversales enfocadas a la nutrición.

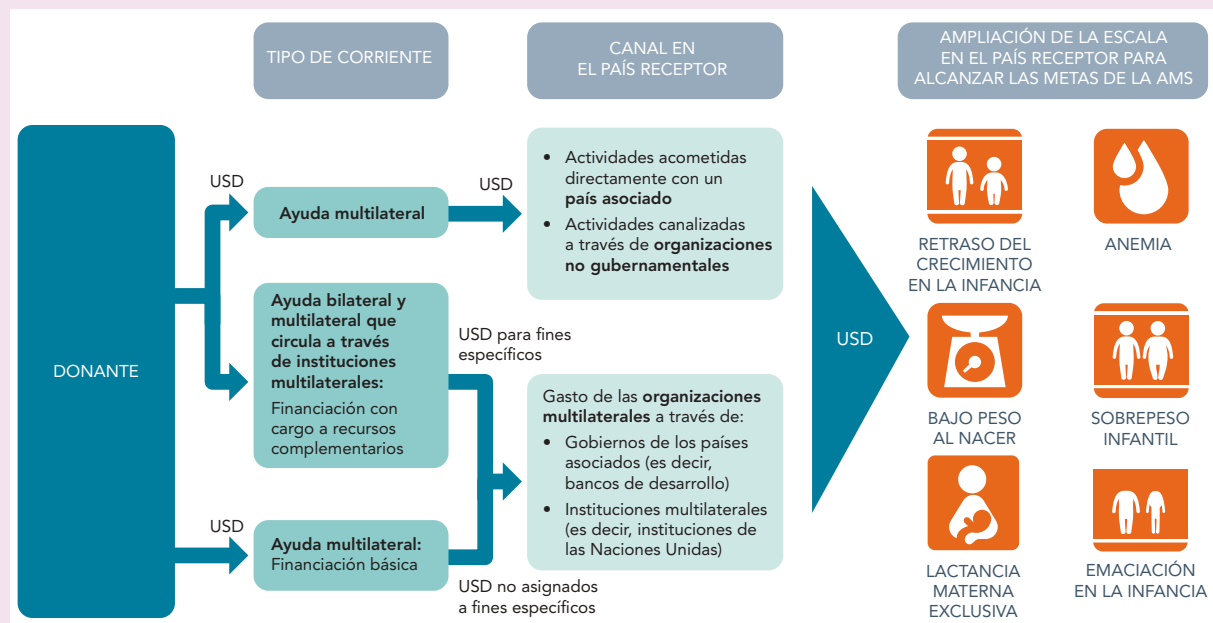
Con ánimo de mejorar el modo en que la nutrición se recoge en el CRS, podría redefinirse el código de nutrición básica de manera que se adapte mejor al concepto de las intervenciones específicas de nutrición. Al redefinir el código también sería posible reflejar toda inversión que respalde la ampliación de esas intervenciones, entre otras las de investigación, gobernanza y apoyo a las políticas. Otra propuesta consistiría en introducir un marcador para las políticas relacionadas con la nutrición con el que se identifiquen las inversiones en nutrición en todos los sectores, lo que posibilitaría un seguimiento más integrado. Con el marcador de políticas de nutrición se

identificarían proyectos de los sectores de salud, respuesta de emergencia, agricultura, educación y otros enfocados a la nutrición que incluyen objetivos, metas y actividades propios de este ámbito. También abarcaría las inversiones encaminadas a prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. El marcador de políticas serviría asimismo para efectuar un seguimiento del número de proyectos que cumplen los criterios de inclusión enfocados a la nutrición —que la Red de donantes del Movimiento SUN define como todo proyecto dotado de objetivos, indicadores y actividades en el marco de la nutrición— y para cuantificar las inversiones enfocadas a la nutrición de todos los sectores (véanse más detalles sobre la metodología en el apéndice 3).

El marcador de políticas de nutrición sería semejante a los marcadores que se utilizan en relación con el género y el cambio climático, cuestiones que, como la nutrición, conforman esferas temáticas transversales del desarrollo que abarcan numerosos sectores. Con este sistema de marcadores de nutrición, los investigadores y los usuarios de los datos podrían consultar todas las inversiones en nutrición pertinentes (incluido el desembolso total y los montos comprometidos) en distintos sectores y códigos de propósito¹². También se ha propuesto un nuevo código para las enfermedades no transmisibles, que abarcaría la “exposición a una alimentación poco saludable: programas e intervenciones que promueven una alimentación saludable mediante la reducción del consumo de sal, azúcar y grasas, y un mayor consumo de frutas y verduras; por ejemplo, a través de la reformulación de alimentos, el etiquetado relativo a los nutrientes, los impuestos a los alimentos, la restricción de la comercialización de alimentos poco saludables, la educación y el asesoramiento sobre nutrición, y las intervenciones adaptadas al contexto (escuelas, centros de trabajo, pueblos, comunidades)”¹³.

Al aplicar estos cambios, la comunidad nutricional podrá recoger información de manera rutinaria acerca del panorama de financiación de la nutrición con vistas a fundamentar las iniciativas de políticas, planificación y promoción. Los datos revelarán cuánto se gasta y quiénes son los donantes, a qué países llega el dinero y a través de qué canales (por ejemplo, a través de un sistema multilateral, canales públicos y organizaciones no gubernamentales). Esa información es fundamental para impulsar la financiación sostenible y las iniciativas en favor del desarrollo.

FIGURA 4.6: Corrientes de recursos de la AOD en el sistema del CAD



Fuente: Adaptado de las estadísticas de la OCDE (OECD.Stat).
Notas: AMS: Asamblea Mundial de la Salud.

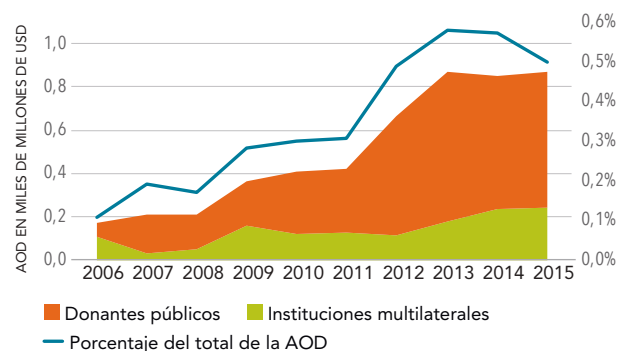
Inversiones de los donantes y multilaterales en intervenciones específicas de nutrición

El monto total de la AOD destinado a intervenciones específicas de nutrición ha variado en los 10 últimos años (figura 4.7). El gasto mundial de AOD en este tipo de intervenciones aumentó todos los años entre 2006 y 2013. A partir de entonces, en términos prácticos, se estancó en 2014 y creció muy levemente entre 2014 y 2015. El gasto ascendió a 867 millones de dólares en 2015, un 2% más que el del año anterior, de 851 millones. No obstante, la cifra sigue siendo inferior a los 870 millones invertidos en 2013, pese a que se calcula que en los próximos 10 años se necesitarán 70.000 millones de dólares para maximizar la contribución de las intervenciones específicas de nutrición con miras a alcanzar de aquí a 2025 las cuatro metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño relativas al retraso del crecimiento, la emaciación, la anemia y la lactancia materna exclusiva. El costo de un “paquete prioritario” de intervenciones ascendería a 23.000 millones de dólares¹⁴. Hay que señalar que esta estimación no tiene en cuenta la inversión que debería destinarse a intervenciones enfocadas a la nutrición en el próximo decenio. Con miras a alcanzar las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño será fundamental determinar con mayor precisión cuánto debería invertirse en intervenciones enfocadas a la nutrición y en qué sectores.

En 2015, los países donantes del CAD¹⁵ siguieron asumiendo la mayor parte (el 72%) del gasto mundial en intervenciones específicas de nutrición. Otros proveedores que informan al CAD de la OCDE gastaron 5 millones de dólares, lo que representa un 1% del total mundial. El 28% restante —242 millones en 2015— lo aportaron instituciones multilaterales.

El gasto colectivo de los países donantes del CAD aumentó un 1%, o 5 millones de dólares, entre 2014 y 2015, pero aún así fue inferior al de 2013. También creció el gasto de las instituciones multilaterales, en un 3% o 7,1 millones, lo que sirvió para superar los niveles de los años anteriores. A pesar del incremento total, el porcentaje de gasto de la AOD destinado a intervenciones específicas de nutrición ha disminuido, del 0,57% en 2014 al 0,50% en 2015. El motivo es que el gasto total de la AOD en todos los sectores ha crecido a un ritmo mayor que el gasto específico en nutrición.

FIGURA 4.7 Gasto de la AOD estatal y multilateral en intervenciones específicas de nutrición, 2006-2015



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

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos a precios constantes del año 2015.

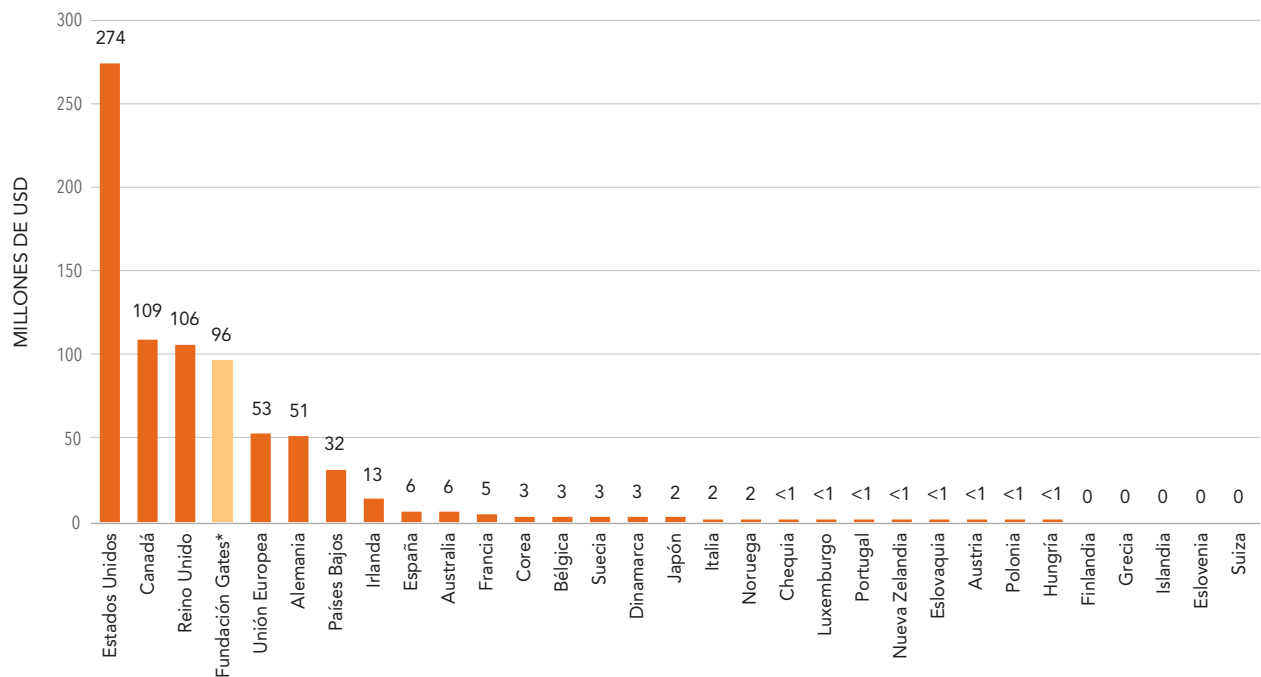
La mayor parte del gasto mundial lo siguen aportando determinados miembros del CAD, a saber, los Estados Unidos de América, el Canadá, el Reino Unido, la Unión Europea y Alemania (figura 4.8). Esos cinco donantes asumieron el 68% del desembolso efectuado en 2014. Solo los Estados Unidos representan el 32% del gasto total, y su monto de gasto sigue siendo el mayor de todos los países donantes (274 millones de dólares en 2015), seguido del Canadá (109 millones) y el Reino Unido (106 millones).

Entre 2014 y 2015 aumentó el gasto en intervenciones específicas de nutrición de los 14 países donantes del CAD. El incremento de gasto más acusado tuvo lugar en los Estados Unidos y el Reino Unido (de 46 millones y 20 millones de dólares respectivamente). Los desembolsos de Alemania, España, Noruega, los Países Bajos y la República de Corea también aumentaron, al igual que el gasto de Chequia, Eslovaquia, Hungría, Italia, Nueva Zelanda, Polonia y Suecia, si bien en menor medida (menos de un millón de dólares cada uno). Por el contrario, el gasto se redujo en 12 miembros del CAD. Al mismo tiempo, aunque el gasto específico en nutrición de la Unión Europea se redujo en 41,6 millones de dólares, el gasto de otros donantes multilaterales que informan al CAD de la OCDE también aumentó en 7,1 millones de dólares netos, con la Asociación Internacional de Fomento (AIF) a la cabeza (figura 4.9).

Desde 2014, 17 miembros del CAD de la OCDE han seguido aportando más de un millón de dólares a las intervenciones específicas de nutrición. Ocho países comunicaron un gasto inferior a un millón de dólares cada uno, y cinco informan de gastos no destinados específicamente a la nutrición, aunque la combinación de estos ha cambiado desde 2014. Si cada donante que aportó menos de un millón de dólares en 2015 aumentara su gasto hasta llegar al millón, dispondríamos de 12,2 millones más para las intervenciones específicas de nutrición.

En 2015, el gasto específico en nutrición se destinó a al menos 121 países, pero todavía se concentra en un grupo reducido de esos 121. Más de la mitad (el 50,5%) de toda la AOD específica de nutrición se dirige a tan solo 14 países en desarrollo, a pesar de que la carga, como se señala en el capítulo 2, es notable en muchos países. Etiopía, por ejemplo, donde en los últimos años se ha reducido notablemente el retraso del crecimiento, recibió los desembolsos más importantes, que ascendieron en 2015 a 61 millones de dólares. Guatemala, Malawi, Mozambique, Nepal y el Yemen también recibieron como mínimo un 4% cada uno de los desembolsos específicos de nutrición (entre 33 y 48 millones de dólares por país). Entre 2014 y 2015, los mayores incrementos de financiación se dieron en Guatemala y Nepal (de 21 y 17 millones, respectivamente). El descenso más acusado fue el de Rwanda, de 23,9 millones de dólares (un 82% menos que en 2014).

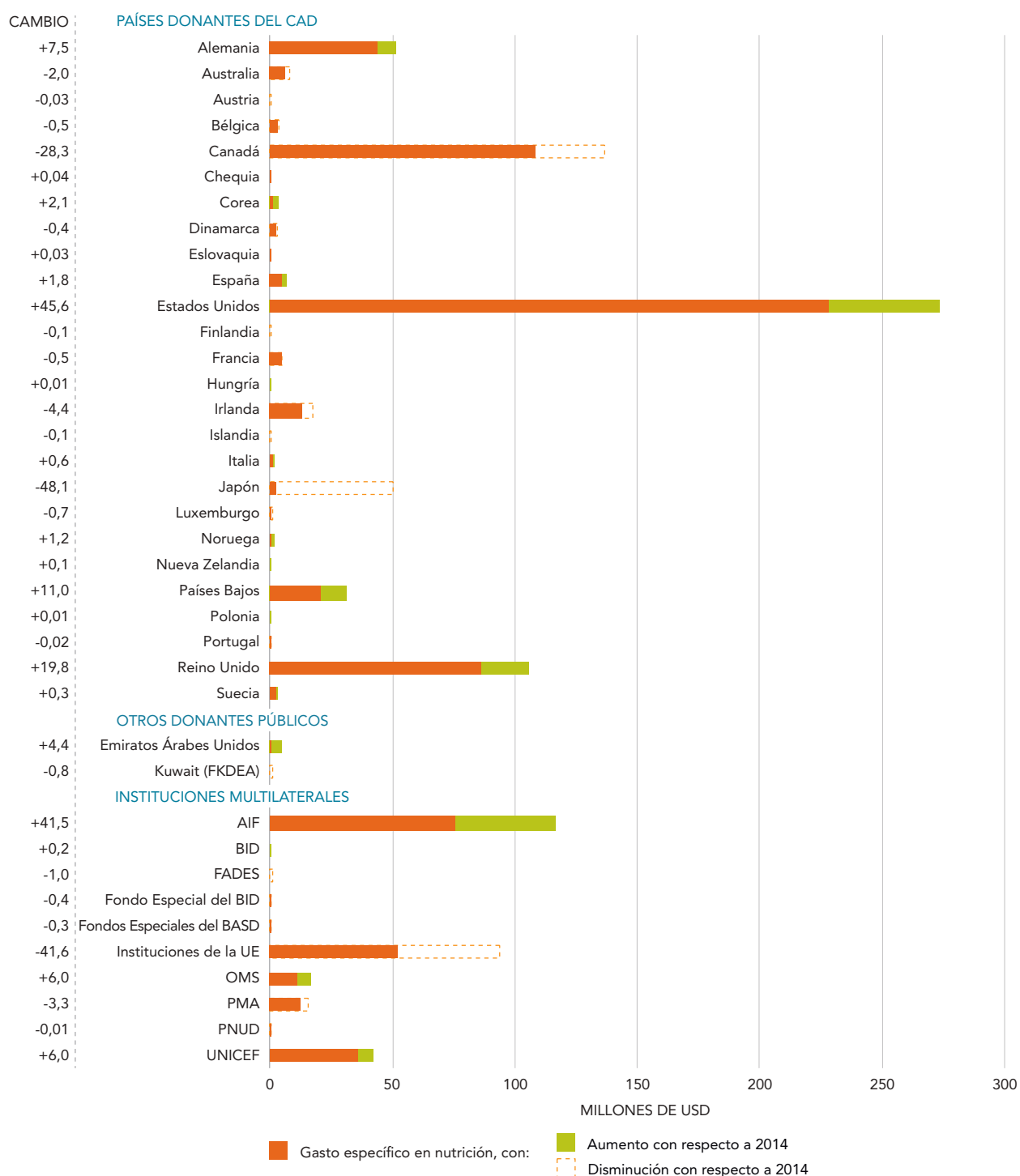
FIGURA 4.8: Gasto por donante en intervenciones específicas de nutrición, 2015



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

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos a precios constantes del año 2015. *El gasto de la Fundación Bill y Melinda Gates se refiere a las subvenciones privadas comunicadas al CRS del CAD de la OCDE. Corea: República de Corea.

FIGURA 4.9: Variación entre 2014 y 2015 en el gasto específico en nutrición efectuado por los países donantes y las instituciones multilaterales



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos del Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD de la OCDE. No se trata de datos facilitados por los propios donantes.

Notas: Las barras de color naranja muestran el gasto correspondiente a 2014 si este aumentó desde 2014, o bien el gasto de 2015 si este disminuyó desde 2014. Las barras de color verde muestran el gasto adicional asumido en 2015. Las barras de puntos muestran la disminución del gasto en 2015. Los montos corresponden a desembolsos brutos a precios constantes del año 2015. AIF: Asociación Internacional de Fomento; BASD: Banco Asiático de Desarrollo; BID: Banco Interamericano de Desarrollo; Corea: República de Corea; FADES: Fondo Árabe de Desarrollo Económico y Social; FKDEA: Fondo de Kuwait para el Desarrollo Económico de los Países Árabes; OMS: Organización Mundial de la Salud; PMA: Programa Mundial de Alimentos; PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Inversiones de los donantes en sectores enfocados a la nutrición

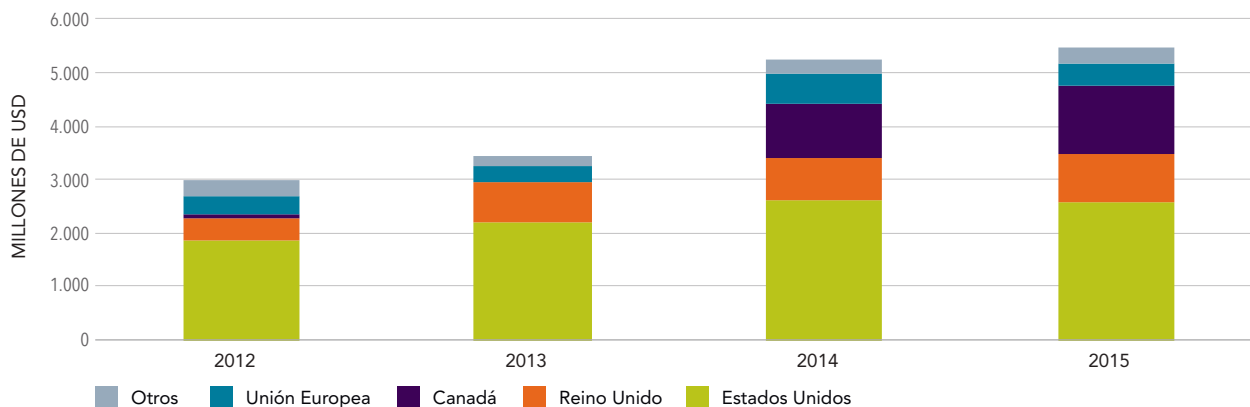
Esta sección se basa los datos de gasto facilitados directamente por los donantes para la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial*. Tomando como referencia los datos comunicados en informes anteriores, las últimas cifras indican que el gasto de los donantes en intervenciones enfocadas a la nutrición sigue aumentando. Aunque no se incluyen los datos relativos a los desembolsos del Banco Mundial, y a pesar de que este año no se recogen los datos de Australia debido a que este país los facilita cada dos años, el gasto colectivo en intervenciones enfocadas a la nutrición aumentó en 237 millones de dólares entre 2014 y 2015. De nuevo, los Estados Unidos, el Reino Unido y el Canadá fueron los mayores contribuyentes de fondos (figura 4.10).

Diez donantes informaron de sus desembolsos enfocados a la nutrición con vistas a la elaboración del *Informe de la*

Nutrición Mundial 2016 y 2017. Siete de ellos comunicaron un gasto mayor en 2015 que en 2014: Alemania, el Canadá, la Children's Investment Fund Foundation, la Fundación Bill y Melinda Gates, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. El Canadá y el Reino Unido informaron de los aumentos de gasto más significativos, con desembolsos de 273 y 148 millones de dólares respectivamente. El gasto de los otros tres donantes —los Estados Unidos, Irlanda y la Unión Europea— fue menor en 2015 que en 2014. La caída más acusada se dio en la Unión Europea, que en 2015 gastó 147 millones de dólares menos que en 2014 (figura 4.11).

En el cuadro 4.1 se presentan los datos facilitados por los propios donantes y sus reservas. Resulta complicado interpretar la evolución de los patrones a partir de estos datos, dado que faltan algunos y que para identificar el gasto enfocado a la nutrición se han empleado metodologías diversas.

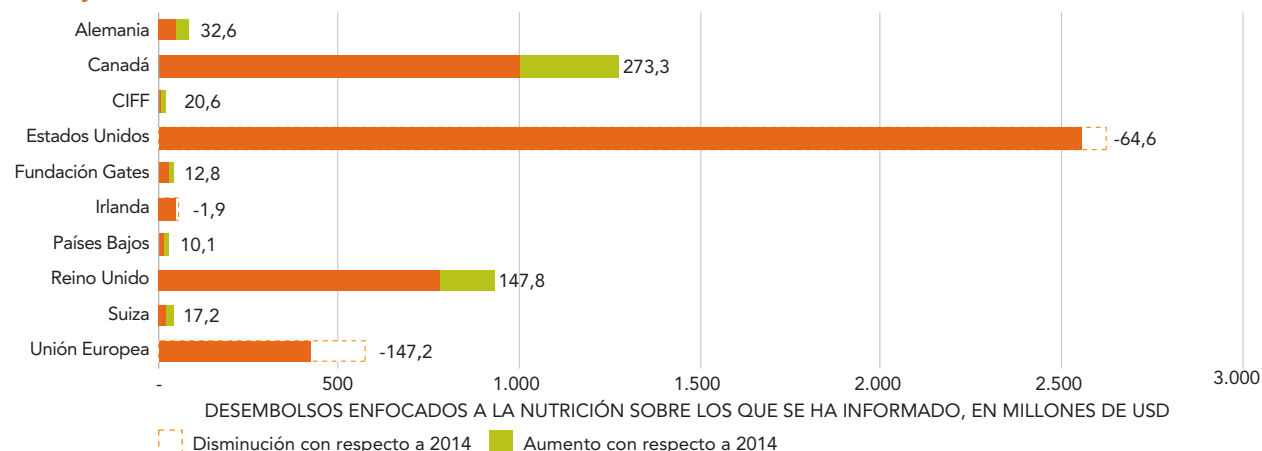
FIGURA 4.10: Gasto de los donantes que facilitan información en intervenciones enfocadas a la nutrición, 2012-2015



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos facilitados por los donantes.

Notas: Los datos no corresponden a precios constantes. En "otros" se incluye a Alemania, Australia, la Children's Investment Fund Foundation, Francia, la Fundación Bill y Melinda Gates, Irlanda, los Países Bajos y Suiza.

FIGURA 4.11: Variación en el gasto de los donantes en intervenciones enfocadas a la nutrición, 2014 y 2015



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos facilitados por los donantes.

Notas: Las barras de color naranja muestran el gasto correspondiente a 2014 si este aumentó desde 2014, o bien el gasto de 2015 si este disminuyó desde 2014. Las barras de color verde muestran el gasto adicional asumido en 2015. Las barras de puntos muestran la disminución del gasto en 2015. Los montos se basan en los desembolsos comunicados y no se corresponden con precios constantes. CIFF: Children's Investment Fund Foundation; Fundación Gates: Fundación Bill y Melinda Gates.

CUADRO 4.1: Desembolsos en nutrición comunicados con motivo de los *Informes de la Nutrición Mundial 2014-2017*, en miles de dólares

DONANTE	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN 2010	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN 2012	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN 2013	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN 2014	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN 2015
Alemania	2.987	2.719	35.666	50.572	51.399
Australia	6.672	16.516	NA	20.857	NA+++
Canadá	98.846	205.463	169.350	159.300	108.600
Estados Unidos*	8.820	229.353	311.106	263.240	382.891
Francia**	2.895	3.852	2.606	6.005	4.660
Irlanda	7.691	7.565	10.776	19.154	13.079
Países Bajos	2.661	4.007	20.216	25.025	31.604
Reino Unido***	39.860	63.127	105.000	87.000	92.400
Suiza	0	0	0	0	0
Unión Europea*	50.889	8	54.352	44.680	48.270
Fundación Gates	50.060	80.610	83.534	61.700	96.500
CIFF	980	5.481	37.482	26.750	53.607
Banco Mundial**	NA	NA	NA	NA	NA
Total de los 13 donantes	272.361	618.701	830.088	764.283	883.010

DONANTE	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN 2010	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN 2012	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN 2013	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN 2014	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN 2015
Alemania	18.856	29.139	20.642	51.547	84.174
Australia	49.903	114.553	NA	87.598	NA+++
Canadá	80.179	90.171	SR	998.674	1.271.986
Estados Unidos*	SR	1.857.716	2.206.759	2.619.923	2.555.332
Francia**	23.003	27.141	33.599	SR	23.781
Irlanda	34.806	45.412	48.326	56.154	54.217
Países Bajos	2.484	20.160	21.616	18.274	28.422
Reino Unido***	302.215	412.737	734.700	780.500	928.300
Suiza	21.099	28.800	29.160	26.501	43.656
Unión Europea*	392.563	309.209	315.419	570.890	423.704
Fundación Gates	12.320	34.860	43.500	29.200	42.000
CIFF	0	0	854	154	20.725
Banco Mundial**	NA	NA	NA	NA	NA
Total de los 13 donantes	937.428	2.969.898	3.454.575	5.239.415	5.476.297

DONANTE	TOTAL 2010	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014	TOTAL 2015
Alemania	21.843	31.858	56.308	102.119	135.573
Australia	56.575	131.069	SR	108.455	NA+++
Canadá	179.025	295.634	NA	1.157.974	1.380.586
Estados Unidos*	SR	2.087.069	2.517.865	2.883.163	2.938.223
Francia*	25.898	30.993	36.205	NA	28.441
Irlanda	42.497	52.977	59.102	75.308	67.295
Países Bajos	5.145	24.167	41.832	43.299	60.027
Reino Unido*	342.075	475.864	839.700	867.500	1.020.700
Suiza	21.099	28.800	29.160	26.501	43.656
Unión Europea*	443.452	309.217	369.771	615.570	471.974
Fundación Gates	62.380	115.470	127.034	90.900	138.500
CIFF	980	5.481	38.336	26.904	74.332
Banco Mundial**	NA	NA	NA	NA	NA
Total de los 13 donantes	1.200.969	3.588.599	4.115.313	5.997.693	6.359.307

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

Notas: Los datos no corresponden a precios constantes. La mayoría de los donantes informan en dólares de los Estados Unidos; cuando no lo hacen, se aplica el promedio anual de la tasa de cambio en el periodo objeto del informe¹⁶. CIFF: Children's Investment Fund Foundation; Fundación Gates: Fundación Bill y Melinda Gates; SR: sin respuesta a nuestra petición de datos; NA: no aplicable (no es posible calcular cifras totales significativas debido a la falta de datos o a que estos se obtuvieron con una metodología distinta de la utilizada por la Red de donantes SUN).

*En la cumbre Nutrición para el Crecimiento, la Unión Europea se comprometió a aportar 3.500 millones de euros para intervenciones de nutrición entre 2014 y 2020. Un compromiso constituye un acuerdo financiero jurídicamente vinculante entre la Unión Europea y un asociado. Las cifras de desembolso comunicadas por la Unión Europea representan el monto total de los compromisos contraídos hasta la fecha. El resto de los desembolsos se efectúan de acuerdo con un calendario que se describe en los contratos correspondientes, con los avances en la implementación y con el índice de utilización de los fondos por parte de los asociados.

**Francia informó del desembolso de 4.660.013 dólares en intervenciones específicas de nutrición, una cifra que puede redondearse en 4,7 millones de dólares. La única diferencia entre los datos aportados por Francia a través del sistema del CAD de la OCDE y al Informe de la Nutrición Mundial es la contribución al Movimiento SUN, que se contabilizó como desembolso específico de nutrición en el informe presentado con motivo del Informe.

***Los datos del Reino Unido corresponden únicamente a los desembolsos del Departamento de Desarrollo Internacional.

*El componente enfocado a la nutrición de los Estados Unidos se calcula de manera diferente al de otros países. Para clasificar las intervenciones específicas de nutrición, los Estados Unidos utilizan el código de propósito 12240 del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del CAD de la OCDE, que abarca las actividades que se ejecutan a través del Programa Internacional McGovern-Dole de Alimentos para la Educación y la Nutrición Infantil. Asimismo, incluye los elementos "ayuda alimentaria de emergencia" (código 72040 del CRS) y "ayuda alimentaria para el desarrollo" (código 52010 del CRS) en el título II del programa Alimentos para la Paz, que se clasifican como nutrición (elemento 3.1.9 del programa) en el Marco de Ayuda Exterior de los Estados Unidos. Este elemento del programa tiene por objeto reducir la malnutrición crónica de los niños menores de cinco años. Para ello, los asociados para el desarrollo ponen el énfasis en un enfoque preventivo durante los primeros 1.000 días —desde el embarazo hasta que el niño cumple dos años—. Los programas ejecutan un paquete sinérgico de intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición que contribuye a reducir la malnutrición crónica y aguda mediante la mejora de los servicios de salud preventivos y curativos, incluidos el monitoreo y la promoción del crecimiento; el agua, el saneamiento y la higiene; la inmunización; la desparasitación; la salud reproductiva y la planificación familiar; y la prevención y el tratamiento de la malaria.

**El Banco Mundial no informa sobre sus desembolsos de cara a la elaboración del Informe de la Nutrición Mundial; únicamente acerca de sus compromisos en el proceso Nutrición para el Crecimiento.

***Aunque Australia efectuó inversiones en nutrición durante el año natural de 2015, estas no se han calculado ni comunicado con miras a su publicación en el Informe de la Nutrición Mundial. Australia presenta sus datos al Informe de la Nutrición Mundial cada dos años.

Inversiones para hacer frente a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Gasto nacional en la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Apenas disponemos de datos sobre los niveles actuales de financiación nacional destinada a intervenciones, políticas y programas de prevención o tratamiento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y determinados tipos de cáncer. Debido a esta carencia resulta imposible evaluar en qué medida los países de ingresos bajos, medianos y altos dedican los recursos necesarios para afrontar estas cargas en auge. Se espera que futuros cambios en la base de datos de cuentas nacionales de salud de la OMS permitan acceder con más facilidad a la información relativa al gasto nacional en este ámbito.

Están teniendo lugar diversos debates sobre el modo de paliar la falta de financiación nacional encaminada a prevenir todos los tipos de enfermedades no transmisibles. En la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, celebrada en julio de 2015, los Gobiernos transmitieron un mensaje inequívoco en la Agenda de Acción de Addis Abeba: en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los recursos nacionales serán más importantes para la financiación de la salud mundial de lo que lo fueron en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁷. En consecuencia, se subieron los impuestos sobre el tabaco, una solución que se consideró beneficiosa para todos. El éxito de la fiscalidad del tabaco ha dado pie a recomendaciones en favor de la aplicación de impuestos a otros productos innecesarios o poco saludables, entre ellos las bebidas azucaradas. Gobiernos de todo el mundo empiezan a ser conscientes del doble beneficio que reportan tales políticas fiscales, las cuales representan un medio adecuado para generar ingresos¹⁸.

Gasto internacional en la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

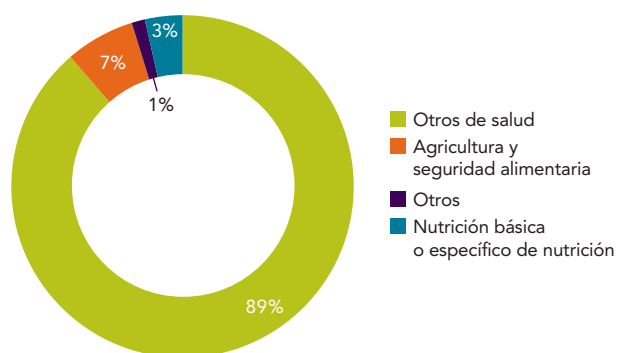
El hincapié en el gasto nacional no debe servir para menospreciar la importancia del gasto internacional. Como se señala en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*, el CRS no dispone de ningún código para efectuar un seguimiento de la AOD que se destina a la obesidad o las enfermedades no transmisibles. Existen propuestas para crear uno, que se describen en el tema destacado 4.2. Entretanto, para calcular el gasto de la AOD de los donantes se rastreó la totalidad del conjunto de datos del CRS del CAD de la OCDE, con ánimo de identificar actividades relacionadas con la prevención o el tratamiento de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en todos los códigos de propósito. En primer lugar, se buscaron palabras clave en el título y la descripción de cada entrada del conjunto de datos del CRS: diet, diets, obesity, NCD,

non-communicable disease, chronic disease, diabetes, obésité, maladies non transmissibles, maladie chronique, diabète. De los 226.221 registros del conjunto de datos del CRS en 2015, 480 contenían al menos una de las palabras clave. Estos se revisaron posteriormente, uno por uno, para descartar los proyectos que no fueran pertinentes. No se consideraron pertinentes cuando la información del título y la descripción indicaban con claridad que el proyecto no tenía nada que ver con la obesidad o las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. También se excluyeron los proyectos que aparentemente se centraban en la agricultura o la desnutrición, así como las intervenciones contra el tabaco y de promoción del deporte.

Entre los registros del CRS correspondientes a 2015, 101 proyectos parecían hacer hincapié en la lucha contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, de acuerdo con la información de los títulos y las descripciones. Los desembolsos de AOD destinados a estas actividades ascendieron a 25,3 millones de dólares, y los compromisos, a 24,5 millones. Esta cifra representa un desalentador 0,01% del gasto mundial de la AOD (en todos los sectores) en 2015.

Sobre la base de esta búsqueda, parece que los desembolsos casi se han reducido a la mitad, de 49,1 millones captados en 2014 a 25,3 millones en 2015. No está claro por qué se ha producido esta caída de la financiación. El Reino Unido y Australia aportaron el 51%: 7,2 y 5,7 millones de dólares, respectivamente. El gasto se dirigió a al menos 36 países; 5,5 millones se asignaron a nivel regional, y 2,4 millones no tuvieron un único destinatario concreto. Los países destinatarios más importantes fueron China y Fiji, que recibieron respectivamente 5,6 y 4 millones. Del gasto en obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, el 92% (23,3 millones de dólares) se clasificó como gasto del sector de la salud (código de propósito 120). De ese 92%, al 3% (0,9 millones) se le asignó el código de propósito correspondiente a nutrición básica (12240). El sector de la agricultura y la seguridad alimentaria recibió otro 7% del gasto en obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, mientras que el 1% restante se repartió entre otros sectores (figura 4.12).

FIGURA 4.12: Gasto de la AOD en las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, por sector, 2015



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

Notas: Montos basados en los desembolsos brutos de AOD en 2015. En "otros" se incluyen las intervenciones relacionadas con la infraestructura, la gobernanza y la seguridad, y de carácter humanitario.

Estos datos plasman el reducido porcentaje de la asistencia para el desarrollo que se destina al conjunto de las enfermedades no transmisibles¹⁹. Según el informe *Financing Global Health* del Institute for Health Metrics and Evaluation, de los 37.600 millones de asistencia para el desarrollo que se invirtieron en el ámbito de la salud en 2016, tan solo se dedicó el 1,7% a las enfermedades no transmisibles y la salud mental, en comparación con el casi 30% de la salud materno-infantil y el 25% del VIH y el sida. Esto no se corresponde con la carga mundial de enfermedades²⁰. Entre 2010 y 2016, a pesar de que la financiación para atender las enfermedades no transmisibles aumentó un 5,2% en términos anualizados, siguió siendo

con mucha diferencia el ámbito sanitario que menos fondos recibe. Este informe también demuestra que el porcentaje más amplio de la asistencia para el desarrollo que se destinó a las enfermedades no transmisibles entre 2000 y 2016 provino de la filantropía privada; los programas contra el tabaquismo y los servicios de salud recibieron los porcentajes más elevados. A pesar del descuido general de la asistencia para el desarrollo con respecto a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, dos fundaciones privadas invierten en este ámbito apoyándose en su experiencia en la financiación de campañas de promoción del cese del tabaquismo (tema destacado 4.3)²¹.

TEMA DESTACADO 4.3 INVERTIR EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: BLOOMBERG PHILANTHROPIES Y EL CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL DEL CANADÁ

Neena Prasad y Greg Hallen

Bloomberg Philanthropies

Neena Prasad

Desde 2012, Bloomberg Philanthropies se ha comprometido a aportar más de 130 millones de dólares para ayudar a ciudades y países de todo el mundo a aprobar y evaluar políticas encaminadas a contener el incremento de los índices de obesidad²². Esta fundación privada se encuentra en una posición adecuada para poner a prueba innovaciones con base empírica en el ámbito de las políticas, algo a lo que se muestran renuentes varios Estados faltos de liquidez.

Nuestro programa de prevención de la obesidad tiene como modelo nuestro mayor programa de salud pública —la Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco—, que, desde la perspectiva de las políticas, presenta paralelismos importantes con la prevención de la obesidad. Dado que la prevención de las enfermedades no transmisibles constituye un elemento fundamental de nuestros programas de salud pública, la fundación se sintió obligada a actuar para hacer frente a la amplia y creciente carga de la obesidad. El programa consta de dos componentes:

- El primer componente financia acciones concebidas para impulsar la implementación de las políticas públicas. Se fundamenta en la evidencia de que la causa básica de la obesidad reside en un entorno obesogénico (es decir, que intensifica el riesgo de obesidad de la población por medio de su entorno, oportunidades o condiciones de vida). Así pues, existe una justificación científica para financiar la puesta a prueba de políticas públicas que faciliten el acceso a alimentos y bebidas saludables, asequibles y atractivos frente a otros menos saludables del entorno alimentario.
- El segundo componente financia la evaluación rigurosa de esas políticas públicas, a fin de crear una base empírica para la acción —determinar qué funciona, dónde y cómo—. Se espera que al generar esas pruebas se sienten las bases de un paquete de políticas que cualquier país o jurisdicción pueda adoptar.

Estas son las políticas prioritarias del programa:

- Limitar la exposición de los niños y adolescentes a la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables mediante su prohibición integral
- Gravar las bebidas azucaradas y la comida basura
- Retirar los productos poco saludables de las instituciones del sector público, en especial de las escuelas
- Colocar etiquetas nutricionales sencillas e informativas en la parte frontal de los envases.

La primera medida en el desarrollo del programa consistió en financiar una prueba piloto que se puso en marcha en México en 2012. Se aportaron fondos a organizaciones no gubernamentales mexicanas para hacer campaña sobre las políticas públicas, y al Instituto Nacional de Salud Pública de México para impulsar la evaluación de las políticas aprobadas. La enérgica campaña desarrollada posteriormente por esas organizaciones tuvo como resultado la imposición de un impuesto de un peso por litro a las bebidas azucaradas (que se aplicó a partir de enero de 2014). Las evaluaciones han concluido que se ha logrado reducir la venta de este tipo de bebidas²³.

El éxito temprano en México nos animó a llevar el programa a otros lugares con una carga elevada de obesidad (y las enfermedades no transmisibles conexas) y a alentar a los Gobiernos y la sociedad civil a actuar. Otros países prioritarios son Barbados, el Brasil, Colombia, los Estados Unidos, Jamaica y Sudáfrica. Entretanto, las instituciones de investigación de Chile reciben fondos de nuestro Fondo de Evaluación para medir los efectos de las últimas innovaciones en el etiquetado de los envases y la restricción de la publicidad de la comida basura.

Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional

Greg Hallen

El Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC) del Canadá, elemento clave de los programas de política exterior del país, apoya el conocimiento, la innovación y las soluciones que mejoran la vida en los países en desarrollo. El IDRC también ha asumido una posición de vanguardia en apoyo de los estudios para la prevención de las enfermedades no transmisibles. Entre otros aspectos, hace hincapié en las intervenciones en los sistemas alimentarios: el IDRC ha aportado desde 2012 más de 17 millones de dólares canadienses a al menos 30 proyectos en países de ingresos bajos y medianos.

Nuestra financiación para la prevención de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, que se canaliza a través del programa Alimentación, Medio Ambiente y Salud, se puso en marcha a raíz de un llamamiento a incrementar la financiación efectuado en la Reunión de Alto Nivel sobre las Enfermedades No Transmisibles de 2011, y en respuesta a las pruebas cada vez más numerosas de que las enfermedades no transmisibles suponen una carga enorme y creciente para los países en desarrollo, a pesar de que no son una consecuencia ineludible del desarrollo económico. El IDRC se hallaba en una posición ventajosa para asumir un papel de liderazgo en este ámbito, gracias a sus 20 años de experiencia en el impulso de estudios multidisciplinarios y transversales sobre el control del tabaquismo y sobre las causas ambientales de problemas desatendidos y en auge que afectan a la salud.

Con nuestros programas nos proponemos contener de diversas maneras el aluvión de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación: cambiando los sistemas alimentarios y los patrones de alimentación locales en favor de dietas más saludables, nutritivas y variadas; identificando y evaluando las innovaciones en los sistemas alimentarios y las políticas públicas, con ánimo de facilitar el acceso a una alimentación saludable más asequible y atractiva; y reduciendo el consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal.

Todos los proyectos están dirigidos por los países y priorizan la habilitación de los investigadores locales a fin de generar soluciones que se asuman como propias en el plano local. Nos ceñimos al principio de que el mejor modo de posibilitar soluciones locales de costo reducido es recabar pruebas a través de la implicación local. Los proyectos financiados para promover soluciones de política fiscal y comunitarias con respecto a las enfermedades no transmisibles abarcan diversos enfoques y zonas de riesgo en América Latina, el Caribe, Asia y Sudáfrica.

Por ejemplo:

- En Sudáfrica, los investigadores en el ámbito de las políticas se aliaron con los encargados de adoptar decisiones para reducir la ingesta de sal, lo que dio pie a que en 2013 se aprobaran leyes novedosas al respecto. A raíz de ese éxito, el estudio financiado por el IDRC contribuyó a que se aprobaran nuevos impuestos (anunciados para 2017) a las bebidas edulcoradas con azúcar.
- En el Perú, los investigadores demostraron las consecuencias para los niños de la exposición a los anuncios televisivos de alimentos poco saludables, de manera que se aprobó una nueva ley para reducir la publicidad de alimentos dirigida a los adolescentes. También han demostrado que es posible aumentar la presencia de frutas y verduras y reducir el consumo de sal y grasas saturadas en las cocinas comunitarias, que sirven más de 500.000 comidas al día a personas de rentas bajas.
- Se están financiando otros proyectos encaminados a mejorar las políticas alimentarias en los sectores público y privado de la Argentina, el Brasil, Chile, Guatemala, Malasia, México, Tailandia y Viet Nam.
- A nivel mundial, se está elaborando un repertorio sobre los retos éticos que se plantean en la interacción entre los actores públicos y privados que se esfuerzan por mejorar la nutrición y la prevención de las enfermedades no transmisibles. En este proyecto colaboran como asociados los Institutos Canadienses de Investigación de la Salud y el Foro de la Salud del Reino Unido.

El IDRC y Bloomberg Philanthropies cooperan con nuestras iniciativas contra la obesidad, ya sea potenciando la investigación con base empírica o alentando el liderazgo académico que sustenta sus iniciativas de políticas con los actores de la sociedad civil. No obstante, el reto que afrontan consiste en explicar a un público compuesto por encargados regionales de la formulación de políticas y posibles asociados mundiales que dar prioridad a las intervenciones y políticas a nivel poblacional resulta fundamental para salvar vidas, al igual que las intervenciones comunitarias. Hemos de prestar especial atención a la prevención, con miras a hacer frente a la carga cada vez más notoria que supone la mala alimentación —exactamente el tipo de experiencia y orientación que los financiadores internacionales pueden ofrecer al alentar las iniciativas nacionales de mejora de la nutrición—.

A consecuencia de la falta general de financiación dirigida a las enfermedades no transmisibles se han propuesto otras formas innovadoras de financiación²⁴. Una de ellas la conforman mecanismos privados como las subvenciones y la asistencia técnica, que conllevan corrientes de ayuda entre entes privados, normalmente a través de la sociedad civil. Otra son *los mecanismos de solidaridad o financiación colectiva*, al reunir fondos descentralizados de fuentes privadas que posibilitan la transferencia de recursos de entes privados hacia los Estados. Los *mecanismos catalizadores* ofrecen garantías públicas de cara a la movilización de capital privado con un fin beneficioso para la sociedad, y los *mecanismos mixtos de financiación* abarcan un amplio conjunto de modelos para la movilización de fondos de fuentes diversas bajo los auspicios de una autoridad pública de confianza.

Conclusión: tomarse en serio la financiación

Debemos considerar las corrientes de financiación para la nutrición desde una perspectiva mucho más universal. Es necesario que los Gobiernos y los donantes incrementen la financiación de intervenciones específicas de nutrición para que podamos alcanzar las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño en relación con el retraso del crecimiento, la emaciación, la anemia y la lactancia materna exclusiva. Los fondos destinados a la prevención y el tratamiento de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación son preocupantemente escasos y no se corresponden con la carga creciente que suponen. El gasto en nutrición se divide entre la desnutrición, por una parte, y la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, por la otra. Debe analizarse con mayor profundidad cómo podrían utilizarse esas inversiones para superar las múltiples cargas de la malnutrición por medio de inversiones “de doble función”. Podríamos empezar, por ejemplo, velando al menos por que la ayuda de los donantes en los ámbitos de la nutrición y las enfermedades no transmisibles sea objeto de un seguimiento más preciso e integrado.

Existe también un margen considerable de mejora en el seguimiento de la financiación enfocada a la nutrición. Con miras a una agenda más integrada en favor de la nutrición y los ODS, resulta prometedor que sectores como la protección social, la salud, la agricultura y la educación se beneficien de inversiones notables. Para impulsar esa agenda hemos de mejorar el seguimiento de la repercusión del gasto enfocado a la nutrición tanto en la propia nutrición como en otros ODS.

Asimismo, se está desarrollando un marco de inversión para las enfermedades no transmisibles, parecido al Marco de Inversión en la Nutrición, que encabeza la OMS y respalda Bloomberg Philanthropies. El marco informará a los Gobiernos y donantes sobre el costo estimado de inversión en intervenciones de eficacia demostrada. El objetivo consiste en ofrecer argumentos sólidos para incentivar y orientar las inversiones de los Gobiernos, los donantes y las empresas, incluido un conjunto prioritario de políticas e intervenciones en favor de países que se encuentran en etapas de desarrollo diferentes.

Otra deficiencia es la falta de información sobre los efectos en la nutrición de las corrientes de desarrollo que nada tienen que ver con ella. Según la OCDE, esas corrientes representan más del 70% de toda la financiación para el desarrollo (la AOD no llega al 30%). Comprenden los fondos que se facilitan a órganos públicos en condiciones cercanas a las del mercado o con una motivación comercial; la financiación privada en condiciones de mercado, como la inversión extranjera directa²⁵; y enfoques mixtos del capital que ofrecen financiación mediante subvenciones y capital de inversión. Se requieren más investigaciones que permitan conocer la repercusión de esta financiación en la nutrición.

Existe un enorme déficit de inversión mundial en la nutrición —un error de redondeo en los flujos de dinero que se dirigen al desarrollo sostenible—. Paliarlo representará un reto formidable. Una parte se satisfará mediante la asignación de más AOD y fondos nacionales a intervenciones específicas de nutrición. Los datos que se exponen en este capítulo indican que, si nos centramos exclusivamente en ese enfoque, la espera será demasiado larga. Los ODS nos brindan la oportunidad de plantear el problema de manera diferente. Su enfoque, más integrado, exige hallar mecanismos de financiación más innovadores y aprovechar otras corrientes de inversión para generar beneficios múltiples en sectores diversos. Adoptar una perspectiva integrada de la inversión en los ODS resultará fundamental para lograr resultados universales en el ámbito de la nutrición.

5



Compromisos nutricionales en favor de un cambio transformador: reflexiones sobre el proceso Nutrición para el Crecimiento

Conclusiones clave

1. De los 203 compromisos contraídos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013, el 36% están en vías de cumplimiento (58) o ya se han cumplido (16). Los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales (con sus compromisos de políticas) y los donantes (con sus compromisos financieros) progresan de manera especialmente satisfactoria.
2. Muchas de las partes interesadas en el proceso (el 49%) no han informado este año sobre sus avances en el cumplimiento de los compromisos, una cifra muy alejada del objetivo de un índice de respuesta del 90% establecido en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Los donantes y los organismos de las Naciones Unidas ofrecieron una vez más los índices de respuesta más altos. En los cuatro años en que se ha informado sobre los progresos de cara a la preparación del *Informe de la Nutrición Mundial*, el índice de respuesta más bajo ha correspondido siempre a las empresas. Una de las propuestas para mejorar los índices de respuesta consiste en ceñirse a los ciclos anuales de presentación de informes.
3. La experiencia del proceso Nutrición para el Crecimiento indica que conseguir compromisos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo) es difícil: la erre de “realistas” es importante, pero suele pasarse por alto; existen desincentivos a la hora de contraer compromisos ambiciosos; y los compromisos voluntarios han de diseñarse con atención para que constituyan un mecanismo de rendición de cuentas eficaz.
4. Las pruebas proporcionadas por la investigación y por el proceso Nutrición para el Crecimiento demuestran la existencia de diversos grados de compromiso político. Los compromisos “retóricos” que se asumen en los eventos internacionales no propiciarán un cambio si no se integran políticamente por medio de un compromiso de todo el sistema a nivel nacional o local.
5. El Decenio de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 y la agenda de los ODS representan oportunidades magníficas para garantizar que los compromisos futuros en el ámbito de la nutrición sean SMART, se integren en otras plataformas del desarrollo, persigan resultados de doble y triple función y tengan un alcance universal.

En este capítulo se efectúa un seguimiento de los progresos logrados en el cumplimiento de los 203 compromisos contraídos por 110 signatarios en la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013. Este año, en vistas del ideal universal e integrado que se plasma en los ODS y de la promesa del Decenio de Acción sobre la Nutrición como marco de nuevos compromisos, nos preguntamos qué hemos aprendido de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento sobre cómo armonizar los compromisos con una agenda más transformadora y qué será necesario para aplicar esos cambios.

Monitorear los progresos en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento

El proceso Nutrición para el Crecimiento

La cumbre Nutrición para el Crecimiento, celebrada en Londres en 2013, reunió a diversas partes interesadas que se comprometieron a reducir la carga de la malnutrición. Los signatarios se comprometieron, para 2020, a velar por que las intervenciones de nutrición eficaces lleguen a como mínimo 500 millones de mujeres embarazadas y niños menores de dos años; lograr que haya 20 millones menos de niños menores de cinco años que sufren de retraso en el crecimiento; y salvar la vida de al menos 1,7 millones de menores de cinco años previniendo el retraso en el crecimiento, aumentando la lactancia materna y mejorando el tratamiento de la malnutrición aguda grave.

Los distintos grupos de signatarios asumieron diferentes tipos de compromisos con el proceso Nutrición para el Crecimiento. Los compromisos financieros ascendieron a 23.000 millones de dólares¹. Los donantes contrajeron compromisos tanto financieros como de otra índole. Las organizaciones no gubernamentales asumieron compromisos económicos y en el plano de las políticas. Las empresas asumieron compromisos relativos a su propia fuerza de trabajo y otros más amplios referentes a otros ámbitos. Los países asumieron cuatro tipos de compromisos²:

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

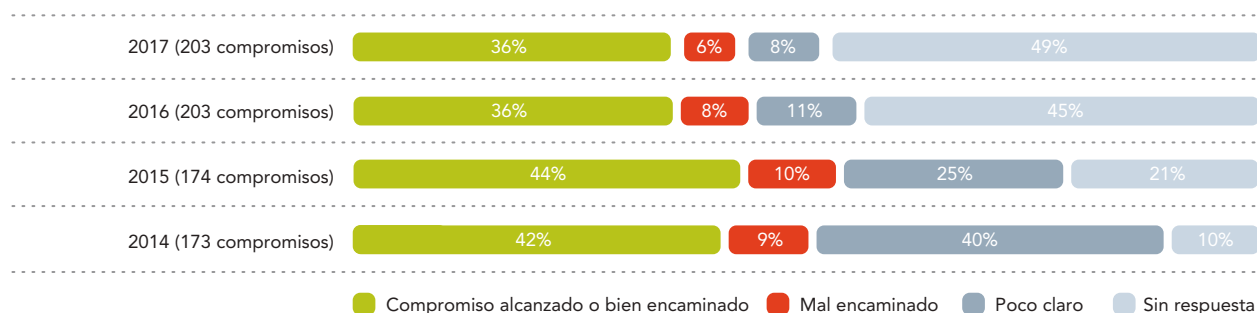
Cada año en que se publica el *Informe de la Nutrición Mundial* se evalúan los progresos logrados por los signatarios en el marco del proceso Nutrición para el Crecimiento con relación a los compromisos originales de 2013, que se clasifican de acuerdo con las siguientes categorías: “compromiso alcanzado”, “bien encaminado”, “mal encaminado” y “poco claro”. Al menos tres examinadores independientes llevaron a cabo evaluaciones antes de que se alcanzara un consenso definitivo.

Progreso general y logros

De acuerdo con el informe de este año, el 36% de las partes interesadas han alcanzado o están en vías de alcanzar los compromisos que asumieron en 2013 (figura 5.1), el mismo porcentaje que en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*³. Los compromisos que en mayor medida se clasifican como “bien encaminado” son los de los organismos de las Naciones Unidas, con un 86% (7); seguidos de los de otras organizaciones, con un 75% (4); y de los compromisos de políticas de las organizaciones no gubernamentales, con un 73% (11) (figura 5.2). En los compromisos alcanzados o bien encaminados tienen cabida una amplia variedad de resultados. Por ejemplo, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) sobrepasó su compromiso de incorporar diseños específicamente enfocados a la nutrición en aproximadamente el 20% de los proyectos financiados desde entonces por el FIDA: en 2016, el Fondo incorporó diseños enfocados a la nutrición en el 46% de los nuevos proyectos. InterAction excedió su compromiso financiero hasta 2020, según el cual debía destinar 300 millones de dólares a programas específicos de nutrición y 450 millones a programas enfocados a la nutrición. En el tema destacado 5.1 se explica cómo cumplió Unilever su compromiso relativo a la fuerza de trabajo. Puede consultarse una lista completa de los progresos de cada signatario y evaluaciones pormenorizadas de sus avances en los cuadros de seguimiento de cada parte interesada disponibles en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*⁴.

Los progresos en el cumplimiento de los compromisos financieros asumidos por los donantes en el marco del proceso Nutrición para el Crecimiento han sido relativamente significativos este año: el 70% de los compromisos, o bien se han alcanzado, o bien están “bien encaminados” para ser alcanzados en 2017⁵. En la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013, los donantes se comprometieron a aportar 19.900 millones de dólares, de los cuales ya han satisfecho un 90% —17.900 millones— desde la presentación de los primeros informes sobre el proceso en 2014 (figura 5.3)⁶.

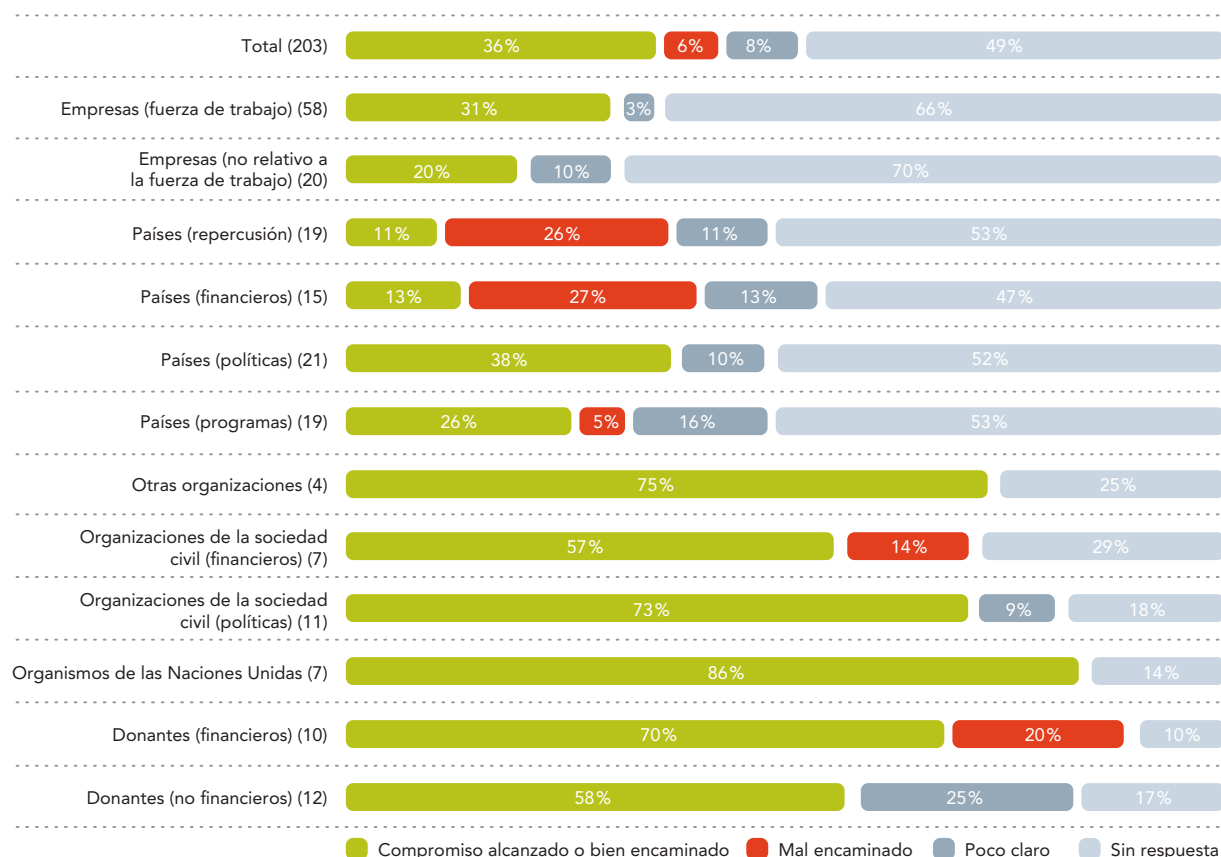
FIGURA 5.1: Progresos generales en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2014-2017



Fuente: Los autores.

Notas: En 2013 se contrajeron 204 compromisos, pero en el Informe de la Nutrición Mundial 2014 solo se incluyeron 173 debido a que las empresas no estaban preparadas para informar sobre todos ellos. En 2015 se incluyeron 174 compromisos, y 173 en 2014, porque Etiopía no desglosó en componentes de programas y políticas su compromiso con el proceso Nutrición para el Crecimiento en sus informes de 2014, como sí hizo en 2015. En el total de 203 compromisos de 2016 se recogieron todos los compromisos contraídos. La divergencia con respecto a 2013 se debe a que la Fundación Naandi se excluyó del proceso de presentación de informes.

FIGURA 5.2: Progresos de cada grupo signatario en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2017



Fuente: Los autores.

Detalle de los progresos de cada grupo signatario

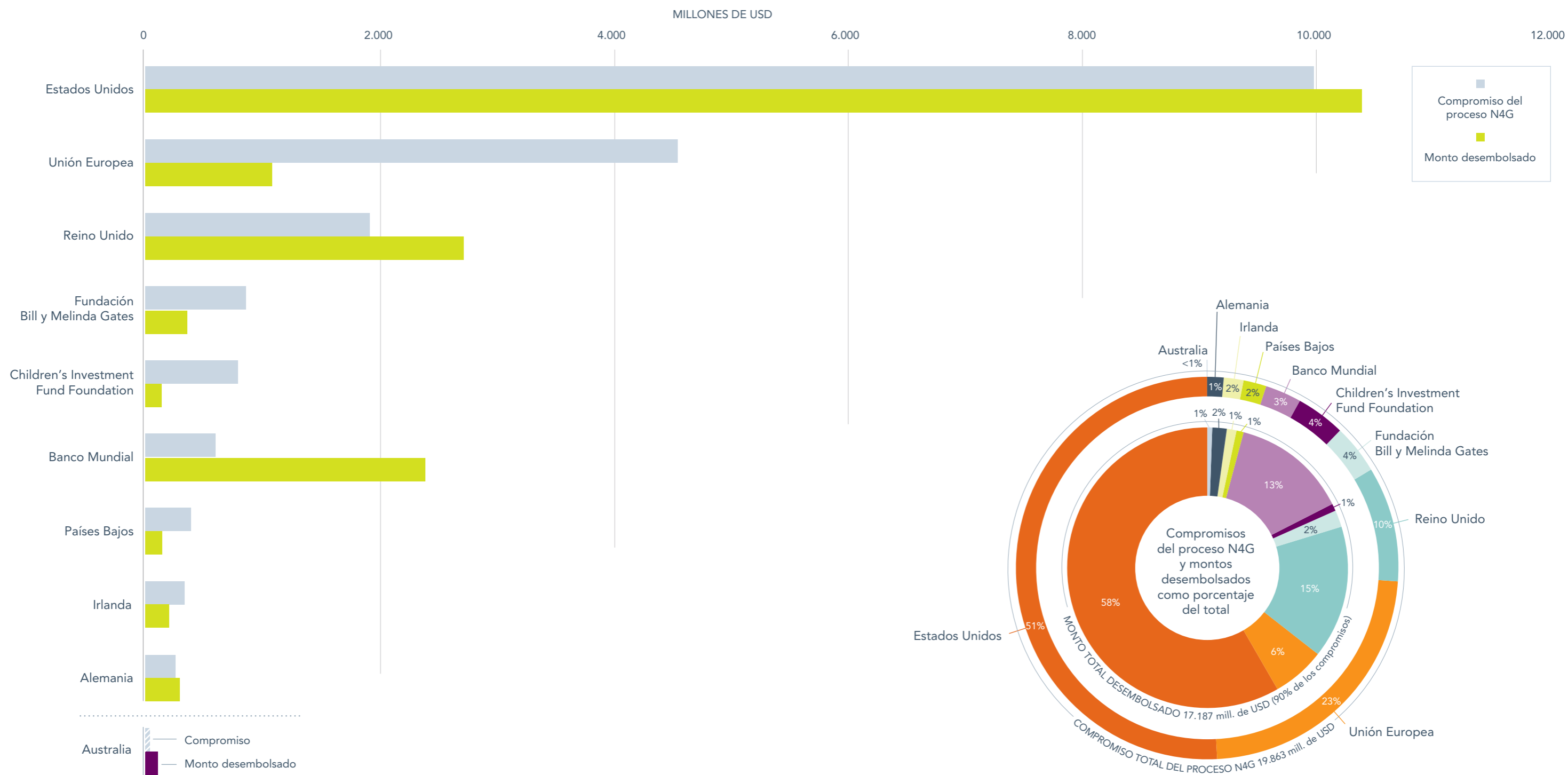
- **Gobiernos nacionales:** menos del 50% de los países respondieron. En relación con los 19 compromisos de repercusión, se considera que 2 Estados están bien encaminados y 5 mal encaminados. Uno (el Senegal) ha alcanzado su compromiso financiero, mientras que 4 se encuentran mal encaminados. En cuanto a los compromisos de políticas, 2 Estados (Bangladesh y Burkina Faso) han alcanzado su compromiso y 6 están bien encaminados. Cinco Estados se hallan en buena vía para cumplir sus compromisos programáticos.
- **Donantes:** los donantes contrajeron 12 compromisos no financieros: 2 los han cumplido (Australia y el Banco Mundial) y 5 están bien encaminados. Dos donantes (Alemania y el Banco Mundial) han alcanzado sus compromisos financieros y 5 están bien encaminados; el resto de los donantes, o bien están mal encaminados (2), o no respondieron (1).
- **Organizaciones de la sociedad civil:** de los 11 compromisos de políticas, 2 organizaciones no gubernamentales (Acción contra el Hambre y la Iniciativa sobre Micronutrientes, ahora Nutrition International) han cumplido sus compromisos y 6 están en vías de hacerlo. Las organizaciones no gubernamentales asumieron 7 compromisos financieros, de los cuales 3 se han alcanzado (Comic Relief, Concern Worldwide e InterAction), 1 se encuentra en vías de cumplimiento y 1 está mal encaminado.
- **Empresas:** los índices de respuesta de las empresas fueron del 30% en relación con los compromisos no relativos a la fuerza de trabajo y del 34% en los referentes a la fuerza de trabajo. De los 20 correspondientes al primer grupo, 2 se han alcanzado (Cargill y Unilever), 2 están bien encaminados y 2 están poco claros. De los 58 compromisos sobre la fuerza de trabajo, 18 empresas han declarado que sus compromisos están en vías de cumplimiento y 2, que están poco claros. Unilever explica cómo alcanzó su compromiso en un estudio de caso en el tema destacado 5.1.
- **Organismos de las Naciones Unidas:** de los 7 compromisos de organismos de las Naciones Unidas, 2 se han alcanzado (FIDA y Movimiento para el Fomento de la Nutrición [SUN]) y 4 están bien encaminados.
- **Otras organizaciones:** Existen 4 compromisos de otras organizaciones; 3 (CABI, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición y Grand Challenges Canada) se considera que están en buena vía.

Deficiencias generales del proceso Nutrición para el Crecimiento

Aunque se ha avanzado en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, los progresos han sido lentos y los índices de respuesta se han ido reduciendo de manera paulatina. En términos del ritmo de los avances, se consideró que solo 16 de los 203 compromisos se alcanzaron entre 2013 y 2016; otros 58 se calificaron como “bien encaminados”. Así pues, 110 partes interesadas deben alcanzar 187 compromisos de aquí a 2020, y la mayoría de ellos, o no se incluyen en los informes, o están mal encaminados o poco claros. Queda mucho por hacer en el plano de las políticas y programas con vistas a alcanzar esos compromisos. Hay que señalar que la mayor parte de los compromisos mal encaminados son los contraídos por los Estados (figura 5.2).

En cuanto a la falta de informes, en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* se hizo un llamamiento a la acción en este sentido: “[e]l *Informe de la Nutrición Mundial 2017* deberá obtener un índice de respuesta superior al 90 %”. En la figura 5.4 se observa que este año el índice de respuesta ha sido del 51%, muy por debajo de la meta fijada. Los donantes y los organismos de las Naciones Unidas presentan el índice de respuesta más alto, algo que ya sucedía en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Es posible que el bajo índice de respuesta se deba a que no se perciben beneficios o incentivos derivados de la presentación de informes sobre los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento. En informes anteriores se plantearon posibles razones de la disminución de los índices de respuesta, entre ellos la fatiga en la presentación de informes, las variaciones en el marco temporal del *Informe de la Nutrición Mundial*, la brevedad del plazo de presentación y una tasa elevada de movimiento de personal, sobre todo en los Estados y las organizaciones no gubernamentales. En los cuatro años en que se ha informado sobre los progresos de cara a la preparación del *Informe de la Nutrición Mundial*, el índice de respuesta más bajo ha correspondido siempre a las empresas. Este año, tan solo el 30% de las empresas informaron acerca de sus compromisos no relativos a la fuerza de trabajo, y el 34% informó de los referentes a la fuerza de trabajo. Cabe destacar que las empresas cuentan con el mayor número de partes interesadas en el informe de 2017: 38 empresas informan de sus compromisos en el marco del proceso Nutrición para el Crecimiento (frente a siete organismos de las Naciones Unidas). En el tema destacado 5.2, la red de empresas del Movimiento SUN propone algunas ideas para que las compañías se obliguen a rendir más cuentas de sus compromisos.

FIGURA 5.3: Compromisos (en la mayoría de los casos del período 2013-2020) y desembolsos (en la mayoría de los casos del período 2013-2015) de los donantes en el proceso Nutrición para el Crecimiento



Fuente: Los autores; compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento⁷.

Notas: Australia facilitó sus datos en dólares australianos, que se han convertido a dólares de los Estados Unidos aplicando la tasa de cambio correspondiente a 2013 del Servicio de Impuestos Internos estadounidense⁸. El monto desembolsado se refiere exclusivamente a 2014 (Australia solo presenta informes al Informe de la Nutrición Mundial cada dos años). El compromiso del proceso Nutrición para el Crecimiento abarca el período 2014-2017. En el caso de los Estados Unidos, ese compromiso abarca el período 2012-2014, aunque los desembolsos corresponden al período 2012-2015. El Banco Mundial utiliza el término "notificados" en lugar de "desembolsados". El compromiso del Banco Mundial con el proceso Nutrición para el Crecimiento abarca el período 2013-2014, si bien los desembolsos o montos notificados abarcan el período 2013-2015. El anillo interior del gráfico de la derecha muestra el porcentaje aportado por cada donante en relación con el total desembolsado; el anillo exterior muestra el porcentaje comprometido por cada donante en relación con los compromisos totales.

TEMA DESTACADO 5.1 EL COMPROMISO DE UNILEVER CON SU FUERZA DE TRABAJO MUNDIAL

Angelika de Bree y Kerrita McClaughlyn

“Lamplighter” es el programa mundial de salud para los empleados de Unilever, que evalúa y mejora cuatro factores de riesgo susceptibles de modificación: **salud física, ejercicio, nutrición y resiliencia mental**. El programa Lamplighter estructura y orienta el desarrollo de iniciativas estratégicas sobre la salud física y mental, de manera que las empresas de cada país puedan ayudar a sus empleados de la forma más adecuada en su entorno. Por ejemplo, asesorándolos sobre la gestión de problemas de salud a largo plazo, como la diabetes o el VIH. Se inscribe en el marco mundial de bienestar de Unilever.

En la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013, Unilever se comprometió a dar ejemplo mediante la mejora de la nutrición y, por consiguiente, de la productividad y la salud de su plantilla. En junio de 2016, Unilever se comprometió a lo siguiente:

1. Aplicar una política de nutrición en aras de la productividad y la salud de su fuerza de trabajo;
2. Mejorar las políticas de salud materna, incluida la ayuda a las madres lactantes.

Objetivos del programa Lamplighter

- Conseguir para 2020 que el programa Lamplighter se aplique en todos los países donde Unilever cuente con al menos 100 empleados.
- Hacer frente a los riesgos para la salud asociados a cada zona y poner en marcha planes locales y nacionales de mejora de la salud —en colaboración con los equipos de salud ocupacional, recursos humanos y cadena de suministro, a fin de ofrecer las prestaciones de salud más adecuadas para cada país—.

Unilever alienta a sus empleados a gestionar su propia salud y les brinda apoyo y recursos para adquirir “hábitos de desempeño sostenibles y saludables”. Uno de los medios clave para impulsar ese mensaje son los reconocimientos médicos de Lamplighter y el taller de bienestar global “Thrive”, en el que se explica a los empleados el marco de bienestar de la empresa. Las revisiones médicas generales permiten que los empleados conozcan mejor los indicadores de riesgo para la salud, tales como la presión arterial, la masa corporal y el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, así como las consecuencias para la salud de su forma de vida. En 2016, Unilever llevó a cabo 80.000 reconocimientos médicos en casi 100 lugares del mundo. La alimentación de los trabajadores es otro de los componentes principales del programa mundial Lamplighter. En ese sentido, todas las cafeterías y comedores gestionados por Unilever respetan las directrices nutricionales globales de la empresa, que se describen en los criterios de Unilever para una alimentación equilibrada.

Consecuencias para Unilever

Programas como Lamplighter reportan importantes beneficios de salud y empresariales a corto y largo plazo. A corto plazo, Unilever espera mejorar la salud, la motivación y la productividad de su plantilla y reducir los índices de baja por enfermedad. Los beneficios a largo plazo consisten en que los trabajadores de la empresa disfruten de buena salud, longevidad y bienestar y se sientan realizados, y contar con una fuerza de trabajo sostenible cuya atención de salud reduzca los costos (y también suponga una menor carga para el servicio público de salud).

Unilever ha encargado estudios plurianuales en varios países a fin de evaluar la rentabilidad de la inversión en sus programas de salud. Los resultados mundiales se sitúan en $>1 \text{ €} : 2,57 \text{ €}$, lo que demuestra que el programa de salud y bienestar de Unilever tiene efectos positivos. Esas conclusiones, que se obtienen en el marco del examen de Unilever sobre los factores de riesgo para la salud en un período de entre 3 y 5 años, indican que las revisiones médicas del programa Lamplighter han reducido de manera notable la prevalencia conexas de la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo en la organización. Unilever también revisa la frecuencia de las enfermedades profesionales por millón de horas trabajadas y empleado, así como el desempeño de sus proveedores de servicios de salud.

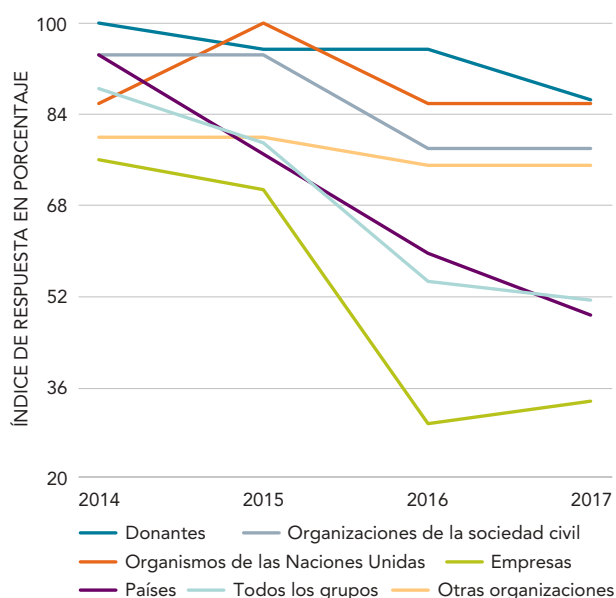
TEMA DESTACADO 5.2 RENDICIÓN DE CUENTAS, EMPRESA Y NUTRICIÓN

Jonathan Tench

Velar por que las empresas rindan cuentas de sus compromisos representa un reto tanto para el *Informe de la Nutrición Mundial* como para la plétora de mecanismos de rendición de cuentas que se derivan de los ODS. He aquí algunas propuestas para hacer partícipes a las empresas.

1. **Usar ciclos anuales:** las multinacionales fijan ciclos trimestrales y anuales de presentación de informes a sus accionistas y, cada vez más, a las iniciativas de sostenibilidad. La labor de seguimiento de cara a la elaboración del índice bursátil de sostenibilidad del Financial Times se desarrolla a lo largo de todo un año, y gracias a ella las empresas pueden sincronizar el seguimiento y mejorar la calidad de sus datos y análisis.
2. **Brindar reconocimiento:** las empresas participan en los mecanismos externos de rendición de cuentas con ánimo de atraer a nuevos socios e inversores y contentar a los accionistas y las partes interesadas. Por ejemplo, las empresas del Índice de Acceso a la Nutrición —una iniciativa internacional que evalúa las políticas, prácticas y desempeño en materia de desnutrición y obesidad de los mayores productores de alimentos y bebidas del mundo— se esfuerzan año tras año por superar su puntuación anterior y, lo que es más importante, a sus competidores. Destacar los casos de éxito —para que las empresas compitan entre sí por ser protagonistas— y explicar a las compañías los motivos por los que no avanzan alienta la competitividad en esta esfera.
3. **Incorporar a nuevas empresas y nuevos compromisos:** si los mecanismos de rendición de cuentas solo informan sobre los compromisos contraídos en el pasado, no tendrán en cuenta los compromisos más recientes. Por ejemplo, desde la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 más de 350 empresas han contraído compromisos al sumarse a la red de empresas del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN). Las compañías agradecerían que se les reconocieran esos nuevos compromisos, del mismo modo que los antiguos.
4. **Evitar duplicaciones:** las multinacionales pueden declarar sus compromisos sobre la nutrición a un sinnúmero de mecanismos, tales como el Pacto Mundial de las Naciones Unidas; la plataforma Todas las Mujeres, Todos los Niños, también de las Naciones Unidas; la red de empresas del movimiento SUN; o la iniciativa Hambre Cero del Programa Mundial de Alimentos. Si fuera posible reunir todos los compromisos sobre nutrición en un único mecanismo, se las obligaría a rendir cuentas ante un público lo más amplio posible, y a sentir su presión.
5. **Crear marcos de presentación de informes en el marco de los ODS:** en la actualidad, las empresas están vinculando sus compromisos de responsabilidad social empresarial y sostenibilidad directamente con los ODS. Integrar los informes acerca de las metas 2.2 y 3.4 de los ODS —referentes a la nutrición— en un marco de presentación de informes sobre los ODS resultaría más eficiente para las empresas.

FIGURA 5.4: Índices de respuesta por grupo signatario, 2014-2017



Fuente: Los autores.

Reflexionar sobre la naturaleza de los compromisos

Observamos en los datos del proceso Nutrición para el Crecimiento correspondientes al período 2014-2017 que el carácter voluntario de la presentación de informes y del cumplimiento constituye un desafío fundamental para la rendición de cuentas. Pese a que los motivos deberían ser objeto de un estudio más pormenorizado, de la experiencia con los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento extraemos cuatro lecciones clave sobre los procesos voluntarios de asunción de compromisos:

1. Conseguir compromisos SMART no es fácil.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* concluyó que solo el 29% de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento de 2013 son específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo. Resulta interesante que las evaluaciones de otro proceso de adopción de compromisos, la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud, también hallaron que únicamente el 13% de los 116 compromisos eran SMART⁹. La ausencia de compromisos SMART dificulta la medición de los progresos y conlleva el riesgo de que cualquier repositorio que se cree sobre tales compromisos no sea capaz de hacer un seguimiento eficaz. El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* hace hincapié en que los compromisos deben ser SMART para poder ser objeto de seguimiento. Además del informe, también se elaboró una nota de orientación titulada *Cómo adoptar compromisos SMART a favor de la nutrición*¹⁰ para contribuir a la formulación de compromisos SMART.

“

En particular, instamos a todos los gobiernos a adoptar compromisos SMART con el fin de cumplir con los objetivos nacionales de nutrición e implementar sistemas de monitoreo que les permitan a ellos y demás agentes evaluar los progresos realizados. También instamos a todos los actores —gobiernos, agencias internacionales, agencias bilaterales, organizaciones de la sociedad civil y empresas— a revisar o ampliar los ambiciosos compromisos SMART como parte integrante del proceso de la Cumbre N4G de Río en 2016. Los actores en otros sectores deberán también especificar en forma SMART cómo los compromisos en sus propios ámbitos pueden impulsar los avances en materia de nutrición.

*Informe de la Nutrición Mundial 2016*¹¹

”

2. El realismo es importante, pero se suele pasar por alto.

El carácter realista (la erre de SMART) es fundamental para que los compromisos midan algo significativo; es decir, para que contribuyan a los planes nacionales, se vinculen con las metas mundiales o regionales, o incidan en el problema en cuestión. Por ejemplo, un compromiso con las adquisiciones locales dirigido a aumentar los ingresos de los productores y mejorar la alimentación solo resultará pertinente o realista si los alimentos que se adquieren mejoran la calidad de la dieta¹². Los compromisos realistas son especialmente importantes con vistas a que la sociedad civil y las partes interesadas empresariales se aseguren de que las prioridades estatales, mundiales o regionales son coherentes; y también para que las partes interesadas y los promotores puedan hacer un seguimiento de las tendencias, modificar su trayectoria de manera acorde o pedir cuentas a terceros. En el caso de las empresas, los compromisos deben vincularse con su modelo de negocio principal y los incentivos comerciales. Sin embargo, el análisis de las metas del proceso Nutrición para el Crecimiento que se incluye en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* indica que en los compromisos de dicho proceso no se tiene en cuenta debidamente el aspecto realista. Por ejemplo, no especifican a qué tipos de malnutrición hacen frente. Cuando sí lo hacen, los compromisos no hacen hincapié en el sobrepeso, la obesidad ni las enfermedades no transmisibles —una oportunidad perdida, en vista del auge de esas cargas—. De manera semejante, una evaluación realizada por la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud concluyó que solo el 11% de los compromisos implementados en 2015 se vinculaban expresamente con las prioridades más amplias de la Unión Europea en el ámbito de las políticas, y los vínculos con las prioridades de la Organización Mundial de la Salud estaban más implícitos que explícitos¹³.

3. Existen desincentivos para la adopción de compromisos ambiciosos.

Al evaluar los compromisos como “bien o mal encaminados”, es posible que, involuntariamente, se incentive la adopción de compromisos fácilmente alcanzables (la a de SMART). En cambio, es posible que en el seguimiento no se reconozcan los avances efectuados en los compromisos ambiciosos. Por ejemplo, en el *Informe de la Nutrición Mundial 2014*, la evaluación de los progresos de Concern Worldwide en su compromiso con el proceso Nutrición para el Crecimiento concluyó que este estaba mal encaminado, a pesar de que se reconoció que había progresado de forma admirable en pos de una meta ambiciosa. Lo mismo podría decirse de Save the Children: compromisos ambiciosos y valientes que ponen el listón muy alto a la organización. Hay que seguir buscando el mejor modo de incentivar los compromisos ambiciosos sin perjudicar a las partes interesadas que logran avances significativos. Se trata de una cuestión especialmente importante en un momento en que las partes interesadas hacen frente a metas mundiales de nutrición ambiciosas (como la de poner fin a la malnutrición de aquí a 2030).

4. Los procesos voluntarios de adopción de compromisos han planteado una serie de retos.

El proceso Nutrición para el Crecimiento, la red de empresas del Movimiento SUN y la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud cuentan con más de 600 compromisos voluntarios de empresas relacionados con la nutrición o la alimentación. El incremento del número de compromisos constituye una tendencia prometedora. No obstante, normalmente los compromisos voluntarios contraídos en esos procesos no han sido SMART. La experiencia de dichos procesos también indica que contar con muchos compromisos de naturaleza diversa dificulta su seguimiento a partir de categorías, criterios o metas comunes y, por ende, resulta complicado detectar tendencias y carencias, así como los posibles obstáculos y motores de la acción en favor de la nutrición por parte de empresas, organizaciones no gubernamentales y otros actores¹⁴. También deben tenerse en cuenta otros aspectos relacionados con la presentación voluntaria de informes. Las pruebas señalan que, en aras de su fiabilidad, los informes deberían comprobarse de manera independiente. No obstante, en este momento la mayoría de los mecanismos de presentación de informes no verifican la información que se les facilita. El Índice de Acceso a la Nutrición —que se incluye en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015 y 2016* y en el tema destacado 5.2— constituye una excepción en este sentido. En él se evalúa a las empresas de conformidad con un conjunto de criterios basados en las aportaciones de un grupo amplio de partes interesadas y se comprueban los informes presentados de forma independiente por las empresas¹⁵.

De los compromisos a un compromiso significativo

En el marco de la agenda de los ODS y el Decenio de Acción sobre la Nutrición seguirán haciéndose llamamientos a la adopción de nuevos compromisos (financieros, programáticos o políticos) dirigidos a alcanzar las metas establecidas y a contribuir a su logro. Ya se han empezado a asumir compromisos en el marco del Decenio de Acción sobre la Nutrición. Para que esos compromisos sean significativos —es decir, sean SMART, se implementen y tengan repercusión—, resulta útil reflexionar sobre el significado del término “compromiso” desde un punto de vista político. Los investigadores que estudian los compromisos políticos han descubierto que, para ser significativos, los compromisos deben ir más allá de la retórica —una esfera en la que pueden moverse los compromisos voluntarios que se contraen en los foros mundiales— y convertirse en compromisos integrados de todo el sistema. Distinguir esos “niveles” de compromiso (véase el tema destacado 5.3) ayuda a comprender el grado de firmeza del compromiso y cómo debe medirse, y conlleva consecuencias importantes, en términos generales, en cuanto al tipo de compromiso necesario para convertir el Decenio de Acción en un “decenio de efectos transformadores”.

TEMA DESTACADO 5.3 CINCO NIVELES DE COMPROMISO POLÍTICO

Phillip Baker

Nivel 1. Compromiso retórico: enunciado, pero no siempre implementado.

Muchos de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento ejemplifican lo que cabría denominar “compromisos retóricos”. Se trata de declaraciones de las partes interesadas en la nutrición en las que se reconoce que la malnutrición es un problema grave que exige tomar medidas, pero que no siempre dan paso a medidas SMART¹⁶. Esas “declaraciones de intenciones” pueden convertirse en acciones significativas, pero también tener una trayectoria breve y endeble. Esta última posibilidad resulta más probable cuando la inacción tiene un costo político reducido (por ejemplo, cuando la presión de la sociedad civil o la demanda ciudadana son débiles) o cuando la oposición es intensa (por ejemplo, cuando saldrían perjudicados grupos de interés poderosos)¹⁷. En resumen, los compromisos retóricos no son más que “simbólicos”, a no ser que se vean respaldados por medidas reales.

Nivel 2. Compromiso institucional: convertir el compromiso retórico en una infraestructura normativa sustancial.

El “compromiso institucional” se refiere a la creación de instituciones públicas capaces de coordinar con eficacia respuestas transversales a varios niveles contra la malnutrición, así como a la aplicación de leyes, políticas, sistemas de datos y planes adecuados¹⁸. Exige el compromiso de los funcionarios y directivos de categoría media responsables de coordinar las respuestas. Si se diseña con acierto, los dirigentes políticos y la burocracia deben rendir cuentas sobre las políticas adoptadas. Las instituciones habilitadas pueden promover que se dediquen atención y recursos de manera continuada¹⁹. Ese compromiso, sin embargo, es endeble cuando las instituciones y políticas tienen una naturaleza meramente simbólica, es decir, cuando dan la impresión de actuar, pero en realidad no lo hacen.

Nivel 3. Compromiso de implementación: convertir el compromiso retórico e institucional en medidas y resultados prácticos.

Para que el “compromiso de implementación” sea posible, han de dedicarse los recursos humanos, técnicos y financieros suficientes durante un período sostenido a nivel nacional y subnacional, y poner en marcha mecanismos que incentiven la adopción de medidas (como la financiación basada en el desempeño). Asimismo, se requiere el compromiso de quienes dirigen los programas sobre el terreno²⁰. Cuando a un compromiso de implementación firme se suman los sistemas de datos y el trabajo de monitoreo apropiados, la probabilidad de que las políticas den resultado aumenta. Así se refuerzan, a su vez, otras formas de compromiso y se fomenta que los encargados de la formulación de políticas y los ciudadanos asuman la cuestión como propia²¹. En pocas palabras, el éxito lleva al compromiso que lleva al éxito.

Nivel 4. Compromiso en el plano de los sistemas: obtener compromisos de los niveles 1 a 3 que sean sostenidos y se ajusten con el tiempo.

Los compromisos en el plano de los sistemas provienen de todos los actores de un sistema de nutrición, incluidos, en último término, las comunidades, las familias y los particulares que se benefician de las políticas adoptadas²². Para resultar verdaderamente eficaz, la declaración de compromisos no debe quedarse en un proceso puntual. Las partes interesadas deben sostener y reajustar su compromiso en función de la oposición, la evolución de la situación y las dificultades en la implementación hasta que se reduzca la malnutrición²³. Una vez obtenidos, los compromisos en el plano de los sistemas pueden generar un círculo virtuoso que acabe institucionalizando las respuestas normativas eficaces en el ámbito de la nutrición.

Nivel 5. Compromiso incorporado e integrado: los compromisos de otros sectores indirectamente relacionados con la nutrición logran resultados positivos de la nutrición (como el desarrollo económico y la reducción de la pobreza).

Los compromisos incorporados e integrados propician resultados de la nutrición sin un compromiso específico en este ámbito²⁴. Los compromisos integrados sostenidos pueden generar oportunidades para los encargados de la formulación de políticas y los promotores en materia de nutrición, por ejemplo cuando son capaces de influir en agendas normativas más amplias para que den cabida a la nutrición²⁵. Este tipo de compromiso incorporado resulta fundamental para lograr múltiples objetivos por medio de agendas comunes en favor de los ODS, como se comenta en el capítulo 3.

Conclusión: contraer compromisos significativos

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* se explica que los compromisos han de ser SMART —y que conseguir que se declaren compromisos SMART no es fácil—. En el presente informe destacamos también la importancia del carácter realista: los compromisos deben incidir en el problema y ser pertinentes para las partes interesadas. El proceso de rendición de cuentas también debe tratar de incentivar la participación: los bajos índices de respuesta y la insuficiencia de los progresos indican que algo no funciona.

Asimismo, de los datos que se facilitan en este capítulo —y de las pruebas que se exponen en los capítulos 2 a 4— cabe extraer algunas lecciones con miras a formular compromisos sobre la nutrición más significativos en la era de los ODS. En primer lugar, se debe **integrar la nutrición en los compromisos contraídos en otros ámbitos del desarrollo**. Entre otros, sobre la infraestructura de transporte, los sistemas alimentarios, el agua y el saneamiento, la educación y la planificación urbana, ámbitos que se describen como fundamentales en el capítulo 3. Para ello quizá sea necesario integrar la nutrición en mecanismos como el Pacto Mundial de las Naciones Unidas o el proceso de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático; o establecer vínculos con otras comunidades como la Alianza Mundial para la Educación, la plataforma Todas las Mujeres, Todos

los Niños y la alianza Saneamiento y Agua para Todos. En segundo lugar, se requiere **el compromiso de lograr múltiples objetivos**. Al nivel más básico, el compromiso de llevar a cabo intervenciones, programas y políticas de doble o, a ser posible, triple función, de manera que la nutrición posibilite la obtención de otros objetivos de desarrollo. En el capítulo 3 (recuadros 3.3 y 3.4) se describen las posibles características de ese tipo de compromisos. En tercer lugar, es necesario **un compromiso absoluto con la universalidad**. La malnutrición es tanto un resultado como un factor impulsor de la desigualdad. Para abordarla con determinación, debemos comprometernos a incluir metas e indicadores en los planes, programas y sistemas de datos que abarquen a las poblaciones subnacionales y a los miembros de las comunidades y los hogares. Los compromisos deben dirigirse asimismo a todos los grupos de población vulnerables y a todas las formas de malnutrición, incluidos el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades no transmisibles, el retraso del crecimiento y la emaciación. En cuarto lugar, **los compromisos deben superar el ámbito de la retórica**. Deben inscribirse en un proceso más profundo de defensa de la nutrición. Los compromisos contraídos en procesos mundiales como el de Nutrición para el Crecimiento, el Decenio de Acción sobre la Nutrición y los ODS son importantes, pero no bastan. Los países, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los organismos de las Naciones Unidas, la comunidad investigadora: todos deben asumir compromisos e incorporarlos a su forma de trabajar.

6

Lograr los fines
transformadores
de los ODS



El mensaje más importante que los lectores pueden extraer de este informe es que poner fin a la malnutrición en todas sus formas catalizará una mejora de los resultados en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Y la erradicación de la malnutrición puede conseguirse —para todos— a través de la aplicación de los objetivos por parte de todos. La integración universal de la nutrición en los ODS (por parte de la comunidad mundial, las naciones, las comunidades, las familias y las personas) cuenta con un potencial increíble para hacer frente a múltiples objetivos. A fin de plasmar este ideal transformador, los Gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, la comunidad para el desarrollo y las empresas deben cambiar su manera de funcionar.

1) Contribuir a la mejora de la nutrición y, al mismo tiempo, aprovechar el poder de su integración en los ODS

Todos debemos trabajar de otra manera y adoptar el enfoque integrador de los ODS. Hemos de considerar la nutrición tanto un engranaje del sistema necesario para lograr los objetivos de desarrollo como el resultado de una serie de ODS interrelacionados. Debemos dejar de actuar en compartimentos estancos y recordar que la vida de las personas no transcurre en ellos.

“

La gente no vive en el sector de la educación, de la salud o de la infraestructura, dispuesta en compartimentos perfectamente ordenados, sino en familias, pueblos, comunidades y países en los que convergen todas las cuestiones de la vida cotidiana.

Mark Tran, *The Guardian*¹

”

Cuando trabajamos en favor de la consecución de los ODS, debemos tener en cuenta la nutrición —y los sistemas en los que influye— tanto si desempeñemos nuestra labor en el ámbito de la educación como en el de la salud, el sector público, la sociedad civil, la filantropía, las inversiones o el sector comercial. Es necesario tener en cuenta el factor de la nutrición si nuestro trabajo está relacionado con la construcción de infraestructura; la lucha contra la pobreza, las desigualdades o el cambio climático; la resolución de conflictos; o la producción, distribución, comercialización, procesamiento o venta minorista de alimentos. Por ejemplo, si desempeñamos una labor en el sector de la agricultura o la ganadería, tomar en consideración la nutrición significa diversificar los escenarios de producción y apoyar a los pequeños productores de alimentos nutritivos en lugar de solo

incrementar el rendimiento de los principales cultivos básicos. En cambio, si nuestra labor tiene relación con la inversión en infraestructura, invertir en nutrición significa construir infraestructura que proporcionen una dieta nutritiva y saludable, agua limpia y saneamiento a los habitantes de las zonas urbanas y rurales —no simplemente alimentos básicos ricos en féculas, comidas procesadas desprovistas de sus nutrientes originales y agua limpia solo para los ricos—. Las comunidades que trabajan en los diversos ámbitos de desarrollo pueden —y deben— actuar para mejorar la nutrición al tiempo que mejoran otros aspectos de la vida de las personas.

El análisis reflejado en este informe ofrece ejemplos de cómo la nutrición puede beneficiar a las personas en distintos sectores. Por ejemplo, la comunidad de la nutrición puede ayudar a quienes luchan contra el cambio climático si anima a la población a alimentarse de una manera más sostenible para el planeta y la empodera para conseguirlo, ya que las dietas que consumen menos recursos son esenciales para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. Una buena nutrición ayuda a quienes se ocupan de la mejora de los sistemas de salud, pues reduce la carga que las enfermedades no transmisibles, la obesidad y la desnutrición imponen en esos sistemas. También atañe a quienes se centran en la reducción de la pobreza, puesto que puede beneficiar tanto a las economías como al futuro de las personas. A fin de que esas sinergias se hagan realidad, la comunidad de la nutrición debe, asimismo, modificar la manera en que se dirige a otros sectores y preguntarles: "¿en qué podemos ayudarlos?". Asimismo, ha de ocuparse de las cuestiones emergentes de una forma creativa. El espíritu de integración consiste en considerar la nutrición como el pilar del desarrollo y, por tanto, demostrar los beneficios que puede reportar a los programas y las políticas de otros ámbitos.

El reto reside en crear el incentivo para hacerlo. Para ello será necesario que los máximos responsables —los directores generales, los primeros ministros, los directores, los planificadores de los ODS— se aseguren de que los distintos sectores de los Gobiernos, las empresas y las organizaciones comprenden cuáles son sus responsabilidades y cómo pueden contribuir.

Nuestro llamamiento a la acción insta a los planificadores de los ODS en los Gobiernos, las empresas y la sociedad civil a que adopten una medida de triple función —es decir, dirigida a abordar tanto la desnutrición como las enfermedades no transmisibles y la obesidad, así como otros objetivos de desarrollo— y la conviertan en una prioridad en sus planes de aplicación de los ODS; y a que, a tal efecto, inviertan recursos humanos, capital político o fondos. La prueba de su éxito serán las inversiones que se dediquen a dar prioridad a esa iniciativa.

El llamamiento a la acción que dirigimos a la comunidad de la nutrición es que identifiquen un grupo con el que aún no mantengan contacto y le pregunten cómo pueden ayudarlo a lograr los objetivos que desean. En este caso, la prueba de su éxito serán las veces que se haya reunido con personas a las que no conoce para averiguar de dónde son y cuáles son sus preocupaciones. Salga de su zona de comodidad.

2) Velar por que, junto con los esfuerzos dirigidos a luchar contra el retraso del crecimiento, la emaciación, la anemia y otras carencias de micronutrientes, todos nos ocupemos de los problemas de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Este informe muestra que existen oportunidades desaprovechadas para tomar medidas de doble función que actúen contra la desnutrición y al mismo tiempo reduzcan el riesgo de obesidad, que van desde asegurar que las intervenciones en materia de nutrición efectuadas por los sistemas de salud tienen en cuenta la malnutrición en todas sus formas, hasta diversificar los tipos y niveles de alimentos producidos por la agricultura, de manera que todo aquel relacionado con la nutrición deje de preguntarse qué puede hacer para reducir la obesidad, el retraso del crecimiento, la emaciación o la carencia de micronutrientes y empiece a pensar en qué puede hacer para optimizar la nutrición a lo largo del ciclo de vida.

El llamamiento a la acción que dirigimos a los encargados de aplicar y financiar políticas y programas relativos a la desnutrición es que examinen sus actividades y aprovechen, siempre que puedan, las oportunidades de reducir el riesgo de obesidad y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Han de llevar a cabo este examen de inmediato, en el transcurso de un año. Entretanto, los investigadores deben determinar dónde y cómo pueden funcionar mejor estas medidas de doble función.

3) Comprometerse con la nutrición de manera decidida

En la actualidad existen grandes oportunidades para aprender lecciones de la experiencia y pruebas que sustentan el compromiso con la nutrición en la era de los ODS. Esto resulta esencial para conseguir que el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición se convierta en un “decenio de efectos transformadores en la nutrición”.

En primer lugar, en la adopción de compromisos. El hecho de que los ODS se fundamenten en la integración significa que han de adoptarse compromisos en materia de nutrición en otros objetivos de desarrollo y otros sectores, con arreglo a los criterios SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo). El hecho de que los ODS se fundamenten en el principio de no dejar a nadie atrás significa que han de adoptarse compromisos que hagan frente a la desigualdad y conduzcan a la obtención de resultados universales. Y si queremos que la consecución de los ODS sea algo más que una mera aspiración, los compromisos deben ser ambiciosos.

En segundo lugar, en lo relativo a la naturaleza del compromiso. La adopción de un compromiso es algo más que un proceso puntual. Para que los ODS realmente supongan una transformación, tiene que existir un proceso político a escala nacional y subnacional en todos los sectores que incorpore el compromiso con la nutrición en las estructuras, políticas, planes y medidas nacionales. Se trata de movilizar a todos y desarrollar redes de personas que puedan trabajar conjuntamente con objeto de conseguir un cambio en todo el sistema.

Nuestro llamamiento a la acción consiste en que todo aquel que lea este informe adopte al menos un compromiso con el Decenio de Acción sobre la Nutrición en los próximos 12 meses, ponga de relieve su importancia para otros aspectos de los ODS y demuestre que hace frente a las desigualdades para no dejar a nadie atrás. El compromiso debe ajustarse a los criterios SMART y monitorearse a través de un mecanismo de rendición de cuentas que garantice su puesta en práctica en todo el sistema.

4) Resolver la carencia de datos

La falta de datos está obstaculizando la rendición de cuentas y los progresos. El *Informe de la Nutrición Mundial* ha instado repetidamente a dotar de mayor rigurosidad a la recopilación de datos en aras de la rendición de cuentas. Si no se hace un seguimiento de los problemas, no es posible entenderlos ni afrontarlos por completo.

Para poder aplicar el criterio de universalidad a la hora de fundamentarse en los datos, diagnosticarlos y usarlos, los Gobiernos y los asociados deben contar con datos desglosados de mayor calidad y más detallados a fin de no dejar atrás a las poblaciones marginadas y vulnerables en la agenda de los ODS. Tenemos la obligación moral de convertirlo en realidad. También debemos completar la ausencia de datos si queremos garantizar la integración. Además de recopilarlos, debemos utilizar activamente los datos con que contamos a fin de fundamentar y promover la toma de decisiones en el ámbito normativo.

Nuestro llamamiento a la acción insta a realizar una inversión significativa en la mejora de la recopilación y el uso de los datos. Los Gobiernos deben asumir el protagonismo mediante la elaboración de planes presupuestados dirigidos a reunir, difundir, interpretar y emplear los datos. Quienes trabajan en la esfera de los datos —los académicos, los investigadores y los organismos de las Naciones Unidas— deben ayudar a los Gobiernos a aumentar su capacidad para recopilar, analizar e interpretar datos. A su vez, los Gobiernos deben incorporar estos planes en las estrategias nacionales de desarrollo, dotarlos de recursos y aplicarlos. La prueba de su éxito es el grado en que los datos se reúnen, cotejan y utilizan con objeto de fomentar los diálogos, las alianzas, las medidas y la rendición de cuentas necesarios para poner fin a la malnutrición en todas sus formas.

5) Aumentar las inversiones

La nutrición sigue descuidándose: la proporción de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) asignada a la nutrición disminuyó entre 2014 y 2015, y los fondos destinados a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación solo representan el 0,01% de la AOD. Hacen falta más inversiones procedentes de donantes y organizaciones multilaterales. A largo plazo, la clave de una acción sostenible en materia de nutrición son los presupuestos nacionales. Necesitamos una mayor inversión en intervenciones directas sobre la nutrición, así como inversiones en la producción sostenible de alimentos, los sistemas de infraestructura, los servicios de salud, la equidad económica y social y los procesos dirigidos a generar paz y estabilidad —los procesos que mejoren la nutrición—. También debemos considerar otras formas innovadoras de captar fondos con objeto de hacer frente a la malnutrición.

Nuestro llamamiento a la acción insta a invertir de manera diferente a fin de alcanzar las metas mundiales de nutrición en el Decenio de Acción sobre la Nutrición. A los donantes les agradecemos los compromisos asumidos hasta la fecha; les pedimos que sigan invirtiendo y que consideren cómo pueden emplear sus fondos para obtener resultados más universales e integrados y en qué medidas de doble o triple función pueden invertir. A los inversores que creen no tener ninguna relación con la nutrición les solicitamos que se aseguren de que lo que financian beneficia a la nutrición para todos. A los financiadores innovadores los instamos a financiar un cambio innovador en los sistemas alimentarios, los sistemas de salud y las esferas de desarrollo que realmente reduzca la carga de la malnutrición. La prueba de su éxito consistirá en que inversores de todos los sectores comunicarán de qué manera están contribuyendo a lograr resultados de la nutrición.

En resumen:

- **Si es usted encargado de adoptar decisiones o responsable de presupuestos relacionado con la producción de alimentos y su sostenibilidad; la construcción de infraestructura de apoyo a los sistemas alimentarios y la inversión en las mismas; el suministro de agua y energía limpias y el entorno construido en las ciudades; la mejora de los sistemas de salud; la lucha contra la desigualdad económica, social y de género; o la resolución de conflictos y la reconstrucción posterior:** aproveche el “efecto multiplicador” que la nutrición le ofrece para lograr los ODS. Utilice este informe como plataforma para obtener más información sobre cómo la nutrición puede catalizar los resultados que desea alcanzar.
- **Si es usted encargado de implementar decisiones:** aproveche este informe para orientar su labor. Tenga en cuenta la nutrición cuando planifique un programa, mida su repercusión o recopile datos. Emplee los datos —incluidos los relativos a la nutrición— para fundamentar programas más sólidos y obtener mejores resultados en los ODS.

- **Si es usted promotor:** utilice este informe como herramienta de promoción y demuestre el efecto que la inversión en nutrición en el conjunto de los ODS y el trabajo integrado —“para todos y por todos”— puede tener en el logro de los ODS. Sírvese de este informe para impulsar la adopción de compromisos que se ajusten a los criterios SMART y propicien cambios a escala nacional y subnacional, y emplee los datos disponibles para que los responsables de su cumplimiento rindan cuentas.
- **Si es usted investigador:** contribuya a subsanar la falta de pruebas o datos que impide a la comunidad mundial hacer frente a la malnutrición. Ayúdenos a averiguar cuáles son las medidas de doble función más adecuadas para luchar contra la desnutrición, la obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Ayúdenos a dilucidar cómo puede aprovecharse el poder derivado de la integración de la nutrición en los ODS para abordar otros retos clave del desarrollo humano.

Todos, con independencia de quiénes seamos y a qué nos dediquemos, *podemos* contribuir al logro de los ODS y *podemos* ayudar a poner fin a la malnutrición. Si considera la nutrición como un resultado que puede alcanzarse de una manera integrada —sin olvidar nunca que no debemos dejar a nadie atrás si aspiramos a conseguirlo universalmente—, puede impedir que al menos 1 de cada 3 personas sufra de malnutrición. Se trata de un reto enorme, pero su dimensión es minúscula frente a la oportunidad que nos brinda. Tenga en cuenta que en cada conversación, en cada acción, puede impulsar la adopción de un enfoque integrado y universal para alcanzar los ODS y que, al hacerlo, estará contribuyendo a erradicar la malnutrición en todas sus formas.

La cuestión fundamental es que la nutrición requiere perseverancia. Si bien el establecimiento de objetivos mundiales y los decenios dedicados a la nutrición han logrado que se impulsen medidas en su favor, hemos de trabajar para integrarla a fin de que llegue a considerarse que lo normal es disfrutar de una nutrición óptima. Consigamos que la buena nutrición constituya la norma social en todo el mundo. A tal fin, en primer lugar, las comunidades que trabajan en ámbitos relacionados con los resultados de la nutrición —desnutrición, obesidad, enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, salud maternoinfantil y socorro humanitario— deben aunar esfuerzos y hacerse oír con más contundencia. En segundo lugar, es necesario compatibilizar la nutrición con los objetivos, las prioridades, las inversiones y los programas de otros sectores y ministerios. En tercer lugar, los encargados de la implementación han de estar motivados y se les debe conceder margen para la creatividad en lo relativo a cómo incorporar la nutrición en sus actividades cotidianas. Y, en cuarto lugar, es necesario situar a las personas en el lugar central, mediante la promoción y el fomento de este derecho fundamental que influye en cada uno de nosotros y en nuestras familias.

Apéndice

1

Evaluación de los avances
hacia las metas mundiales de
nutrición: nota metodológica



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

La prevalencia y los patrones anuales mundiales, regionales y nacionales de la malnutrición maternoinfantil se comunican en las estimaciones anuales conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil¹. Esas estimaciones sobre la prevalencia y otros datos referentes a las tasas de cambio sirven para evaluar si un país está bien o mal encaminado para alcanzar cada una de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño en los casos en que la meta mundial se aplica en el ámbito nacional y presuponiendo una misma reducción relativa en todos los países². Las reglas que determinan si los países están bien o mal encaminados se establecen con amplias aportaciones técnicas de la OMS y UNICEF.

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2015 y 2016* se emplearon reglas distintas de las utilizadas en el informe de 2014 y se efectuaron ciertos ajustes metodológicos a fin de recoger de manera más óptima los tipos de información que señalan cuál es la situación de los países en relación con cada indicador (como la tasa de cambio, la prevalencia, la frecuencia de los datos de referencia y el número óptimo de categorías con que se describen los progresos). Este año las reglas se han actualizado y revisado para atender determinadas preocupaciones metodológicas acerca de los métodos utilizados anteriormente.

En 2017, el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición (TEAM, por sus siglas en inglés) revisó la metodología y las reglas de seguimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño con ánimo de mejorar la calidad del monitoreo

de las metas de nutrición³. La metodología revisada del TEAM se utilizará para monitorear los progresos hasta 2025 y aportará información a la herramienta de seguimiento de las metas mundiales para 2025 de la OMS, de modo que ayudará a los países a fijar las metas nacionales, prever situaciones hipotéticas y consultar los datos sobre tendencias y avances en los indicadores de la malnutrición⁴.

El ejercicio de evaluación tiene por objeto diferenciar a los países que siguen trayectorias diferentes en sus progresos, por lo que es importante que la metodología de evaluación sea acorde con ese objetivo y ayude a lograrlo.

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

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

CUADRO A1.1: Reglas de monitoreo propuestas y clasificación de los progresos conducentes al logro de las seis metas de nutrición

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

INDICADOR	BIEN ENCAMINADO	MAL ENCAMINADO
Sobrepeso	TMAR >-1,5	TMAR <-1,5

Fuente: Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición (TEAM), junio de 2017⁵

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

Necesidades de datos y consideraciones clave

- Retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y lactancia materna exclusiva: a fin de evaluar los avances recientes, los países deben contar con al menos dos datos de referencia obtenidos en encuestas nacionales representativas desde 2008, y una de estas debe ser posterior a 2012, de modo que se refleje la situación posterior a los valores de referencia.
- Si los países no disponen de datos posteriores a los valores de referencia (2012), la evaluación se pospone hasta que se obtengan nuevos datos a través de encuestas. Por consiguiente, menos de 50 países cumplen los requisitos de datos para su inclusión en el informe de este año. Se prevé que esa cifra aumentará, a medida que se disponga de más datos en los próximos años.
- En aras de la fiabilidad de los cálculos de tendencias y del monitoreo de los progresos reales de la ayuda, deben recopilarse datos cada tres años por medio de encuestas nacionales representativas.
- En el caso de la anemia, se dispone de estimaciones modelizadas de acuerdo con series cronológicas desde 1990 hasta 2016, de modo que el número de países incluidos en la clasificación es elevado. Sin embargo, solo 30 de los 193 países (el 15%) cuentan con estimaciones basadas en encuestas posteriores a los valores de referencia (2012), lo que refleja la escasa disponibilidad de datos procedentes de encuestas. Por tanto, los resultados de la clasificación y la disponibilidad de datos deben interpretarse con cautela.
- Las estimaciones nacionales relativas al bajo peso al nacer están siendo elaboradas por un grupo interinstitucional de expertos y podrán utilizarse a su debido tiempo.

Metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

El marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de la OMS fue aprobado en 2013 por la Asamblea Mundial de la Salud con el propósito de implementar de manera eficaz el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y monitorear los avances en la prevención y el control de esas enfermedades en todo el mundo. El marco incluye nueve metas voluntarias cuyo seguimiento se efectúa a través de 25 indicadores de resultados y factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. El objetivo general es reducir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025⁶.

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* se llevó a cabo un seguimiento de la meta 7 (“detener el aumento de la diabetes y la obesidad”), la más directamente relacionada con la importancia de la alimentación y la nutrición. El seguimiento

de la meta 7 en el informe de este año se basa en las nuevas estimaciones de la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) para la OMS, que realiza las evaluaciones con un método modificado que se ajusta a los nuevos métodos de estimación y proyección. Estos se comentan en el apartado siguiente.

Otras dos metas —la meta 4 sobre la reducción de la ingesta de sal de la población y la meta 6 sobre la reducción de la prevalencia de la hipertensión— se han incluido en el panel de elaboración de informes y evaluación del *Informe de la Nutrición Mundial*. No obstante, para evaluar los avances conducentes al logro de esas metas se requieren más estimaciones de la prevalencia o métodos de evaluación perfeccionados. Estas limitaciones y los datos sustitutos provisionales también se comentan a continuación.

Diabetes y obesidad

La **meta 7** del Plan de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles (“detener el aumento de la diabetes y la obesidad”) enumera tres indicadores de prevalencia: sobrepeso y obesidad en adultos, obesidad en adolescentes y diabetes en adultos⁷. Todavía no se dispone de una base de datos mundial normalizada sobre la obesidad en adolescentes, por lo que resulta difícil evaluar la situación de referencia o la variación regional en este grupo etario.

El *Informe de la Nutrición Mundial* informa de la prevalencia por grupo etario, en 2014, del sobrepeso y la obesidad (IMC ≥ 25), la obesidad (IMC ≥ 30) y la diabetes (glucemia en ayunas ≥ 7.0 mmol/L, o bien el paciente sigue un tratamiento para reducir la concentración de glucosa en sangre o se le ha diagnosticado diabetes anteriormente) en hombres y mujeres. Asimismo, efectúa un seguimiento de los progresos en relación con la obesidad (IMC ≥ 30) y la diabetes a partir de los datos recopilados por la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles para el repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud y el marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de la OMS⁸. Se utilizan esas estimaciones modelizadas debido a la ausencia de datos de encuestas comparables a nivel mundial sobre la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en todos los países.

Para hacer un seguimiento de los progresos mundiales y nacionales en la lucha contra la diabetes y la obesidad, el *Informe de la Nutrición Mundial* recurre a proyecciones de la obesidad y la diabetes hasta 2025 y a la probabilidad prevista de que su prevalencia mundial y nacional no supere los niveles de 2010⁹. Una probabilidad igual o mayor que 0,50 representa una probabilidad elevada de que se alcance la meta fijada para 2025. Se considera que los países están bien encaminados cuando sus probabilidades de alcanzar la meta de obesidad en 2025 son como mínimo de 0,50; si son inferiores, se considera que están mal encaminados.

Ingesta de sal de la población

La **meta 4**, consistente en lograr una “reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal (sodio) de la población” se monitorea por medio de la ingesta diaria media de sal (cloruro de sodio) en gramos y normalizada por edades a partir de los 18 años. No existen bases de datos mundiales disponibles sobre las tendencias y proyecciones de la ingesta media de sodio. A partir de los datos publicados en amplios estudios epidemiológicos modelizados¹⁰ relativos a las estimaciones sobre la ingesta de sodio en 2010, clasificamos los países en función de la diferencia entre la ingesta de sodio de su población y los 2 gramos diarios que recomienda la OMS. La ingesta media de sodio igual o menor que 2 gramos diarios corresponde al color “verde”; la ingesta media superior a los 2 gramos diarios recomendados, pero igual o menor que el promedio mundial de 4 gramos diarios, al color “naranja”; y el consumo medio superior a 4 gramos diarios, al color “rojo”.

La ingesta de sal tiene consecuencias importantes en la hipertensión y enfermedades conexas como los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares¹¹, si bien la hipertensión también está determinada en gran medida por factores no relacionados con la alimentación como la genética, el envejecimiento, el tabaquismo, el estrés y el sedentarismo. Una ingesta de sodio muy superior a la ingesta diaria máxima recomendado de 2 gramos diarios por la OMS (5 gramos o una cucharadita de sal fina) contribuye a la hipertensión¹². La ingesta media mundial estimada en 2010 duplicaba la recomendada por la OMS: en torno a 4 gramos diarios de sodio o 10 gramos diarios de sal¹³. Reducir la ingesta de sodio de los grupos de población es también el mejor modo de hacer frente a las enfermedades no transmisibles; una intervención rentable y de repercusión elevada que puede implementarse incluso en entornos de recursos escasos¹⁴.

Hipertensión arterial

La **meta 6**, consistente en lograr una “reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión o limitación de la prevalencia de hipertensión”, se monitorea a través de la prevalencia normalizada por edades de la hipertensión (presión arterial sistólica o diastólica igual o mayor que 140/90 mmHg) a partir de los 18 años. Los datos sobre la prevalencia de la hipertensión en 2015 provienen de estimaciones modelizadas elaboradas por la red de colaboración sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles¹⁵. Por razones metodológicas todavía no disponemos de las proyecciones hasta 2025 ni de la probabilidad de alcanzar la meta, pero efectuaremos un seguimiento de los progresos cuando sea posible acceder a esos datos en 2018.

Los avances de los países de cara al logro de las metas mundiales de nutrición pueden consultarse (cuando se dispone de datos) en el apéndice en línea disponible en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*:

www.globalnutritionreport.org

Apéndice

2

Cobertura de las
medidas esenciales
para la nutrición



El cuadro A2.1 y la figura A2.1 muestran si las medidas esenciales para la nutrición están llegando a quienes las necesitan (lo que se denomina “cobertura”). El cuadro A2.1 muestra el número de países que disponen de datos sobre cada intervención, así como las coberturas mínima y máxima. Las cifras de tratamiento de los niños con suplementos de zinc

y hierro son considerablemente bajas en los países sobre los que se dispone de datos. La figura A2.1 muestra los países con las tasas de cobertura más altas y más bajas de las 12 intervenciones principales y prácticas de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.

CUADRO A2.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición

Indicador de la cobertura o la práctica	Intervención conexa recomendada por Bhutta et al., 2013 (población beneficiaria)	Número de países con datos	Porcentaje mínimo	Porcentaje máximo	Porcentaje medio	Mediana de los países con datos
Niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron tratamiento de zinc	Tratamiento de zinc en los casos de diarrea (niños de 0 a 59 meses)*	46	0	28	5	2
Iniciación temprana de la lactancia materna (porcentaje de lactantes a los que se amamantó en la primera hora después del parto)	Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*	125	14	93	52	52
Menores de 6 meses que se alimentaron exclusivamente con lactancia materna	Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*	137	0,3	87	38	36
Niños de 12 a 15 meses que reciben lactancia materna	Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*	128	12	98	67	71
Niños de 6 a 23 meses cuya alimentación incluye más de 4 grupos de alimentos (diversidad mínima de la alimentación)	Promoción de la alimentación complementaria en las poblaciones con seguridad e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	60	5	90	36	30
Niños de 6 a 23 meses que cumplen la frecuencia mínima de las comidas	Promoción de la alimentación complementaria en las poblaciones con seguridad e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	82	12	94	56	58
Niños de 6 a 23 meses con 3 prácticas para la alimentación del lactante y el niño pequeño (alimentación mínima aceptable)	Promoción de la alimentación complementaria en las poblaciones con seguridad e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	60	3	72	21	14
Niños de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplemento de vitamina A en 2014	Suplementación con vitamina A (niños de 0 a 59 meses)*	57	0	99	65	79
Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de hierro en los 7 últimos días	Ni Bhutta et al. ni OMS, 2013 recomiendan esta intervención	53	2	45	15	12

[Sigue en la página siguiente](#)

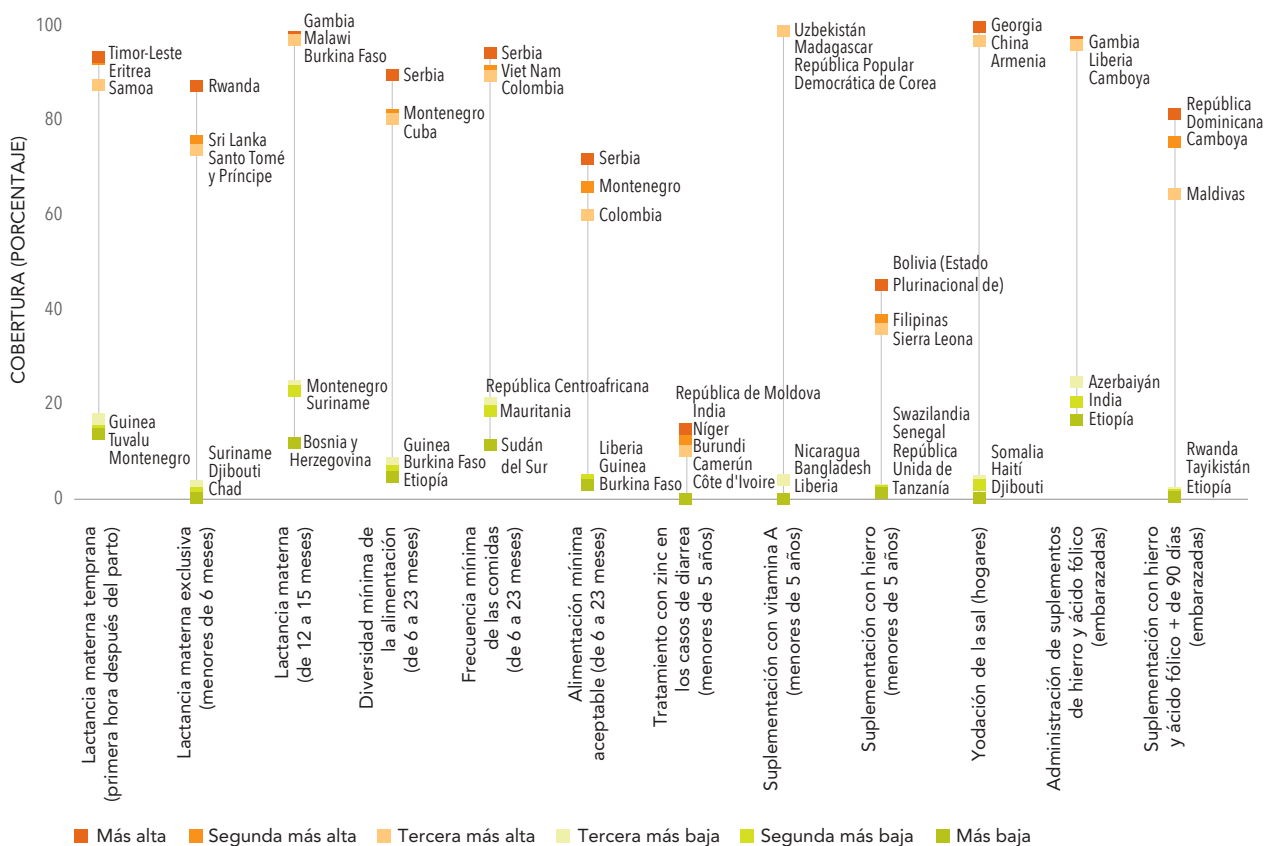
CUADRO A2.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición (continuación)

Indicador de la cobertura o la práctica	Intervención conexas recomendada por Bhutta et al., 2013 (población beneficiaria)	Número de países con datos	Porcentaje mínimo	Porcentaje máximo	Porcentaje medio	Mediana de los países con datos
Ingesta de sal adecuadamente yodada en los hogares	Yodación universal de la sal*	84	0	100	57	62
Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años y recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente	Suplementación con múltiples micronutrientes (embarazadas)	62	17	97	73	80
Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años y que recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente y no lo tomaron	Suplementación con múltiples micronutrientes (embarazadas)	55	3	83	27	21
Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años, recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente y lo tomaron durante más de 90 días	Suplementación con múltiples micronutrientes (embarazadas)	59	0,4	82	31	30

Fuente: Kothari M., 2016 y las bases de datos mundiales de UNICEF, 2016¹. En el caso de la India, se emplean los nuevos datos del Estudio Rápido sobre la Infancia 2013-2014, cuando procede.

Notas: *Intervenciones recomendadas por la biblioteca electrónica de la OMS de documentación científica sobre medidas nutricionales². Suplementación con múltiples micronutrientes recomendada por Bhutta et al.³. Datos procedentes de Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y encuestas nacionales llevadas a cabo entre 2005 y 2015. Las encuestas anteriores a 2015 se han excluido de este cuadro a la espera de la ratificación de esta recomendación por parte de la OMS.

FIGURA A2.1: Países con las tasas de cobertura más altas y más bajas de las 12 intervenciones y prácticas que hacen frente a la malnutrición maternoinfantil, 2017 (basado en los datos del período 2005-2015)



Fuente: Los autores, a partir de los datos de Kothari M., 2016 y las bases de datos mundiales de UNICEF, 2016⁴. Estas últimas se basan en Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales representativas llevadas a cabo entre 2005 y 2015.

Apéndice

3

Metodología para
determinar el gasto
nacional en nutrición



El Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) propone un enfoque de seguimiento del gasto en la nutrición basado en dos etapas obligatorias (Etapa 1 y Etapa 2) y otra opcional (Etapa 3). En la Etapa 1 se identifican las asignaciones genéricas del presupuesto público que se pueden aplicar a la nutrición. En la Etapa 2, esas asignaciones presupuestarias genéricas se clasifican como específicas o enfocadas a la nutrición y se confirman mediante consultas con las principales partes interesadas. En la Etapa 3, de carácter opcional, se atribuye un porcentaje del presupuesto asignado a la nutrición (ponderación). El porcentaje ponderado debe basarse en la categorización de la Etapa 2, así como en el criterio que determinen los expertos nacionales para calcular las inversiones dirigidas a los componentes o actividades de nutrición del programa. En la práctica, los resultados ponderados se corresponden con las asignaciones "percibidas" relacionadas con la nutrición. En el caso de los países del Movimiento SUN, la expresión en "límites superiores" de los datos del ejercicio de análisis presupuestario implica que no se han ponderado las asignaciones. Los límites superiores de las estimaciones corresponden a valores en dólares, sin alteraciones.

Ponderación de las asignaciones genéricas: la experiencia del Movimiento SUN

En la primera tanda de análisis presupuestario, efectuada en 2015, 14 países ponderaron sus asignaciones genéricas. Al aplicar las ponderaciones, esos países consideraron que la mayoría (el 94%) de los límites superiores de las asignaciones *específicas* de nutrición eran asignaciones reales, mientras que tan solo el 29% de los límites superiores de las asignaciones enfocadas a la nutrición se consideraron reales. Las ponderaciones media y mediana fueron del 29% y el 25%, respectivamente, en todos los sectores identificados (agricultura, salud, educación, protección social, y agua, saneamiento e higiene). No obstante, hubo variaciones notables entre las ponderaciones menores y mayores.

En el análisis contenido en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*, Greener y sus compañeros¹ aplicaron la ponderación media de 14 países a 8 nuevos países a fin de obtener los porcentajes utilizados (cuadro A3.1).

En la segunda ronda de análisis presupuestario, en 2016, solo dos países (Indonesia y El Salvador) aplicaron ponderaciones a sus asignaciones genéricas. La mayoría de los países optaron por no ponderar sus asignaciones presupuestarias debido al grado de subjetividad de tales ponderaciones, aun cuando se derivaban de una consulta sobre cada partida presupuestaria. Hubo quien también cuestionó la ponderación cuando las inversiones sectoriales se presentan posteriormente a personas que no participaron directamente en el análisis presupuestario o que no están familiarizadas con los supuestos. La ponderación se consideró perjudicial cuando se comentan las inversiones sectoriales con los responsables de presupuestos y directores de programas ajenos a la comunidad de la nutrición.

CUADRO A3.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición

Esfera temática	Mínima		Partidas presupuestarias		Ponderaciones indicadas			
	En el conjunto de datos	Con ponderaciones	En el conjunto de datos	Con ponderaciones	Menor	Mayor	Media	Mediana
Agricultura	23	14	745	341	1%	100%	29%	25%
Educación	18	10	131	52	5%	100%	38%	25%
Salud	24	14	421	170	5%	100%	34%	25%
Otros	7	4	27	10	1%	25%	16%	18%
Protección social	20	11	248	126	1%	100%	25%	25%
WASH	21	12	260	170	3%	100%	22%	25%
Total	24	14	1.832	869	1%	100%	29%	25%

Fuente: Greener R. et al.².

Notas: WASH: agua, saneamiento e higiene.

Notas



Notas

Resumen

Fuentes de la figura:

2.000 millones de personas carecen de micronutrientes clave como el hierro y la vitamina A: **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes. Ginebra: OMS, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/es/>.

155 millones de niños sufren retraso del crecimiento; 52 millones de niños sufren emaciación; 41 millones de niños tienen sobrepeso: **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), OMS y Grupo Banco Mundial**. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. *Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017

2.000 millones de adultos padecen sobrepeso u obesidad: **OMS**. Datos del Observatorio mundial de la salud. "Obesidad y sobrepeso. Adultos de 18 años o más". Disponible en inglés en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/ (consultado el 1 de julio de 2017).

La malnutrición tienen un elevado costo económico y sanitario y una rentabilidad de 16 dólares por cada dólar invertido. **Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI)**. *Informe de la Nutrición Mundial 2014*. "Fortalecer la acción y la responsabilidad para acelerar los progresos en nutrición en el mundo". Washington D. C.: IFPRI, 2014.

1 de cada 3 personas está malnutrida: **IFPRI**. *Informe de la nutrición mundial 2015*. "Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible". Washington D. C.: IFPRI, 2015.

Capítulo 1

1. Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales*. Washington D. C.: IFPRI, 2017.
2. Se consideran niveles graves los problemas nutricionales siguientes: retraso del crecimiento en niños menores de cinco años $\geq 20\%$; anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$; sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25) en mujeres de 18 años o más $\geq 35\%$.
3. **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Grupo Banco Mundial**. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. *Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. 2017; **OMS**. WHO Global Targets 2025 Tracking Tool (versión 3, mayo de 2017): *Global Progress Report*, 2017a. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consultado el 1 de julio de 2017); **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: prevalencia del sobrepeso en adultos (IMC ≥ 25), normalizada por edades. Estimaciones por país, 2017b. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017)
4. **UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial** UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. *Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consultado el 15 de agosto de 2017); **OMS**. WHO Global Targets 2025 Tracking Tool (versión 3, mayo de 2017): *Global Progress Report*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consultado el 1 de julio de 2017); **UNICEF**. *A partir de la primera hora de vida: promover una mejor alimentación del lactante y del niño pequeño en todo el mundo*. Nueva York: UNICEF, 2016; **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: prevalencia del sobrepeso en adultos (IMC ≥ 25), normalizada por edades. Estimaciones por país, 2017b. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles (NCD-RisC)**. "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530; **NCD-RisC**. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396; **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017); **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: hiperglucemia en ayunas (≥ 7 mmol/L o en tratamiento). Datos por país, 2017. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: hipertensión arterial (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90), normalizada por edades (porcentaje). Estimaciones por país, 2017b. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: prevalencia de la obesidad en adultos (IMC ≥ 30), normalizada por edades. Estimaciones por país, 2017b. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** "Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants". *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55; **OMS**. Datos del Observatorio mundial de la salud. "Obesidad y sobrepeso. Adultos de 18 años o más", 2017. Disponible en inglés en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/ (consultado el 1 de julio de 2017); **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634.
5. UNICEF. Famine Response. Progress Update (11 de julio de 2017). Nueva York: UNICEF, 2017.
6. Devi S. "Famine in South Sudan". *The Lancet*, 2017. 389(10083): 1967-1970.
7. UNICEF. Famine Response. Progress Update (11 de julio de 2017). Nueva York: UNICEF, 2017.
8. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). "World hunger on the rise again, reversing years of progress". 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/en/item/902489/icode/> (consultado el 18 de julio de 2017).
9. FAO, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), UNICEF, Programa Mundial de Alimentos y OMS. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017*. Roma: FAO, 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-17695s.pdf> (consultado el 19 de septiembre de 2017).
10. UNICEF. Famine Response. Progress Update (11 de julio de 2017). Nueva York: UNICEF, 2017.
11. Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres: Stakeholder Forum, 2016.
12. Naciones Unidas. Resolución adoptada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
13. 1) Suplementación universal con múltiples micronutrientes durante en el embarazo; 2) administración de suplementos de calcio a las madres en riesgo de ingesta baja; 3) administración de suplementos proteínico-energéticos equilibrados durante el embarazo; 4) promoción de la lactancia materna inmediata y exclusiva durante 6 meses y continuación de la lactancia materna hasta los 24 meses; 6) promoción de la alimentación complementaria apropiada en poblaciones con seguridad alimentaria y suplementos alimenticios adicionales en poblaciones con inseguridad alimentaria; 7) suplementación con vitamina A

- entre los 6 y 59 meses de edad; 8) administración preventiva de suplementos de zinc entre los 12 y los 59 meses; 9) gestión de la malnutrición aguda moderada; 10) gestión de la malnutrición aguda grave.
14. Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477.
 15. Alianza de ENT. *Las ENT a través de los ODS. Llamamiento para un enfoque integrado*. 2017. Disponible en: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDs_Across_SDGs_Spanish_May2017.pdf (consultado el 1 de julio de 2017).
 16. **Development Initiatives. P20 Initiative: Baseline report**. Bristol, Reino Unido: Development Initiatives, 2017. Disponible en: <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/> (consultado el 15 de agosto de 2017), página 23; y véase **UNICEF. Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration**. Nueva York: UNICEF, 2013. Disponible en: www.unicef.org/publications/index_71514.html (consultado el 15 de agosto de 2017).
 17. Development Initiatives. *P20 Initiative: Baseline report*. Bristol, Reino Unido: Development Initiatives, 2017. Disponible en: <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/> (consultado el 15 de agosto de 2017).
 18. **Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al.** "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477; **Ruel M. T., Alderman H.** "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?" *The Lancet*, 2013. 382(9891): 536-551.
 19. IFPRI (Gillespie S., Hodge J., Yosef S., Pandya-Lorch R.). *Nourishing Millions: Stories of Change in Nutrition*. Washington D. C.: IFPRI, 2016.
 20. Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. "Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative". *Health Policy and Planning*, 2011, 27(1), 19-31.
 21. Ruel M. T., Alderman H. "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?" *The Lancet*, 2013. 382(9891): 536-551.
 22. FAO. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe de la Secretaría mixta FAO/OMS de la Conferencia. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4436s.pdf> (consultado el 25 de agosto de 2017).
 23. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). *Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence*. París: OCDE, 2016.
 24. OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence*. París: OCDE, 2016.
 25. **Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way**. Londres: Stakeholder Forum, 2016; **Consejo Internacional para la Ciencia**. A guide to SDG interactions: from science to implementation, ed. M. Nilsson et al., 2017, París: Consejo Internacional para la Ciencia; **Le Blanc D.** "Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets". *Sustainable Development*, 2015. 23(3): 176-187.
 26. **OCDE. Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence**. París: OCDE, 2016; **Millennium Institute**. iSDG Integrated Simulation Tool. Policy coherence and integration to achieve the sustainable development goals, 2017. Disponible en: <http://www.isdgs.org/> (consultado el 1 de julio de 2017).
 27. OMS. *Double-duty actions for nutrition: policy brief*, WHO/NMH/NHD/17.2, 2017. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/ (consultado el 4 de septiembre de 2017).
 28. Buse K., Hawkes S. "Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?" *Globalization and Health*, 2015. 11(1): 13.
 29. Sahn D. E., Stifel D. "Exploring Alternative Measures of Welfare in the Absence of Expenditure Data". *Review of Income and Wealth*, 2003. 49(4): 463-489.
 30. Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres: Stakeholder Forum, 2016.
 31. OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence*. París: OCDE, 2016.
 32. UKSSD y Bond. *Progressing national SDGs implementation: Experiences and recommendations from 2016*. Londres: Bond, 2016.
 33. EAT Forum. Conferencia EAT: sir Bob Geldof en el Foro sobre la Alimentación 2017, Estocolmo. Disponible en: <http://eatforum.org/article/how-to-create-an-activist-movement-and-initiate-global-change/> (consultado el 1 de julio de 2017).
 34. Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. Programa de trabajo para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, 2016-2025. 2017. Primer proyecto disponible en: http://www.who.int/nutrition/decade-of-action/draft_workprogramme_doa_2016to2025_es.pdf?ua=1 (consultado el 1 de julio de 2017).
 35. Ayala A. y Mason Meier B. "A human rights approach to the health implications of food and nutrition insecurity", *Public Health Reviews*, 2017. 38, 10. DOI: 10.1186/s40985-017-0056-5.
 36. **OMS. Double-duty actions for nutrition: policy brief**. Ginebra: WHO/NMH/NHD/17.2, 2017; **OMS. The double burden of malnutrition: policy brief**. Ginebra: WHO/NMH/NHD/17.3, 2017.
 37. **OMS. Double-duty actions for nutrition: policy brief**. Ginebra: WHO/NMH/NHD/17.2, 2017; **OMS. The double burden of malnutrition: policy brief**. Ginebra: WHO/NMH/NHD/17.3, 2017.
 38. La relación entre calidad y precio.

Capítulo 2

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Introduction: Global Nutrition Targets Policy Brief Series*. 2014. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_policybrief_overview.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017).
2. OMS. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS, 2014.
3. OMS. *Aspiraciones y Acciones en materia de Nutrición 2016-2025*. Ginebra: OMS, 2017.
4. OMS. *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS, 2014.
5. OMS. *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Ginebra: OMS, 2013.
6. **OMS. Introduction: Global Nutrition Targets Policy Brief Series**. 2014. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_policybrief_overview.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017); **OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014**. Ginebra: OMS, 2014; **División de Estadística de las Naciones Unidas**. "Lista revisada de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible", marzo de 2017. *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (E/CN.3/2017/2)*, anexo III. Nueva York: División de Estadística de las Naciones Unidas, 2017.
7. **OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014**. Ginebra: OMS, 2014; **Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles (NCD-RisC)**, "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million

- participants". *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530; **NCD-RisC**. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396; **Stevens G. A., Finucane M. M., De-Regil L. M. et al.** "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*, 2013. 1(1): e16-25; **OMS**. Metas Globales 2025. OMS, 2012. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es/ (consultado el 1 de julio de 2017); **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** "Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants". *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55; **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**. *A partir de la primera hora de vida: promover una mejor alimentación del lactante y del niño pequeño en todo el mundo*. Nueva York: UNICEF, 2016.
8. Véase: <http://www.globalnutritionreport.org/the-data/nutrition-country-profiles/>. Para los conjuntos de datos subyacentes, véase: <http://www.globalnutritionreport.org/the-data/dataset-and-metadata/>
 9. **UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consultado el 15 de agosto de 2017); **Stevens G. A., Finucane M. M., De-Regil L. M. et al.** "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*, 2013. 1(1): e16-25; **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017).
 10. OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, Nueva York: UNICEF, 2017.
 11. **UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consultado el 15 de agosto de 2017).
 12. **UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consultado el 15 de agosto de 2017).
 13. OMS. WHO Global Targets 2025 Tracking Tool (versión 3, mayo de 2017): *Indicator mapping – Anaemia*. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consultado el 30 de junio de 2017).
 14. **OMS**. WHO Global Targets 2025 Tracking Tool (versión 3, mayo de 2017): *Indicator mapping – Anaemia*. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consultado el 30 junio de 2017); **NCD-RisC**. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396; **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017).
 15. **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: hiperglucemia en ayunas (≥ 7 mmol/L o en tratamiento). Datos por país, 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **NCD-RisC**. "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530; **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017).
 16. **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: hipertensión arterial (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90), normalizada por edades (porcentaje). Estimaciones por país, 2017b. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en> (consultado el 1 de mayo de 2017); **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** "Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants". *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55; **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017).
 17. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** "Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide". *BMJ Open*, 2013. 3(12).
 18. OMS. Directrices: Ingesta de sodio en adultos y niños. Ginebra: OMS, 2012.
 19. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** "Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide". *BMJ Open*, 2013. 3(12).
 20. Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). *Informe de la nutrición mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, panel 2.2.
 21. IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2015*. "Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible". Washington D. C.: IFPRI, 2015.
 22. IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, capítulo 8.
 23. Save the Children. Base de datos de grupos y desigualdad. Disponible en inglés en: <https://campaigns.savethechildren.net/grid>.
 24. IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, panel 8.2, página 100.
 25. IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, panel 8.4, página 107.
 26. IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2015*. "Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible". Washington D. C.: IFPRI, 2015, panel 9.2, página 124.
 27. Véase capítulo 9, cuadro 9.1, página 123.
 28. Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Reino Unido: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016, página 44.
 29. **Das J. K., Salam R. A., Thornburg K. L. et al.** "Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017. 1393(1): 21-33; **Darnton-Hill I., Nishida C., James W. P.** "A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases". *Public Health Nutrition*, 2004. 7(1a): 101-121.
 30. Rivera J. A., González de Cossío T., Pedraza L. S. et al. "Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review". *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2014. 2(4): 321-332.

31. Bhutta Z. A., Lassi Z. S., Bergeron G. et al. "Delivering an action agenda for nutrition interventions addressing adolescent girls and young women: priorities for implementation and research". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017. 1393(1): 61-71.
32. Sheehan P., Sweeny K., Rasmussen B. et al. "Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents". *The Lancet*, 2017.
33. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration. "Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study". *JAMA Pediatrics*, 2016. 170(3): 267-287.
34. Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C. et al. "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 2017. 390(10100): 1345-1422; Haddad L., Hawkes C., Webb P. et al. "A new global research agenda for food". *Nature*, 2016. 540(7631): 30-32.
35. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones, 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5827&Itemid=4185&lang=es (consultado el 15 de agosto de 2017).
36. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y FHI 360. *Minimum Dietary Diversity for Women: A Guide for Measurement*. Roma: FAO y FHI 360, 2016.
37. Herforth A., Rzepla A. *Seeking Indicators of Healthy Diets. It Is Time to Measure Diets Globally. How?* Washington D. C.: Gallup y Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, 2016.
38. Vosti S. A., Kagin J., Engle-Stone R., Brown K. H. "An Economic Optimization Model for Improving the Efficiency of Vitamin A Interventions: An Application to Young Children in Cameroon". *Food and Nutrition Bulletin*, 2015. 36(supl. 3): S193-S207.

Capítulo 3

1. Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres: Stakeholder Forum, 2016; Le Blanc D., "Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets". *Sustainable Development*, 2015. 23(3): 176-187; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). *Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence*. París: OCDE, 2016. Millennium Institute. iSDG Integrated Simulation Tool. Policy coherence and integration to achieve the sustainable development goals, 2017. Disponible en: <http://www.isdgs.org/> (consultado el 1 de julio de 2017).
2. Consejo Internacional para la Ciencia. *A guide to SDG interactions: from science to implementation*, ed. M. Nilsson et al., 2017, París: Consejo Internacional para la Ciencia.
3. UKSSD y Bond. *Progressing national SDGs implementation: Experiences and recommendations from 2016*. Londres: Bond, 2016.
4. Challinor A. J., Watson J., Lobell D. B. et al. 2014. "A meta-analysis of crop yield under climate change and adaptation". *Nature Climate Change*, 4(4), 287. Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2014. "Increasing CO2 threatens human nutrition". *Nature*, 510(7503), 139-142. Myers S. S., Wessells K. R., Kloog I. et al. "Rising atmospheric CO2 increases global threat of zinc deficiency". *The Lancet Global Health*, 2015. 3(10): e639. Myers S. S., Smith M. R., Guth S. et al. 2017. "Climate Change and Global Food Systems: Potential Impacts on Food Security and Undernutrition". *Annual Review of Public Health*, 38, 259-277. Dietterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2015. "Impacts of elevated atmospheric CO2 on nutrient content of important food crops". *Scientific Data*, 2, sdata.2015.36. Smith M. R., Golden C. D. y Myers S. S. "Anthropogenic carbon dioxide emissions may increase the risk of global iron deficiency". *GeoHealth*, 2017. Marlow H. J., Hayes W. K., Soret S. et al. "Diet and the environment: does what you eat matter?" *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2009. 89(5): 1699s-1703s. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). "Energy-Smart" Food for People and Climate. Issue Paper. Roma: FAO, 2011. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). *Evaluación de los impactos medioambientales del consumo y la producción: productos y materiales prioritarios*. Un informe del Grupo de Trabajo sobre los Impactos Medioambientales de los Productos y los Materiales para el Panel Internacional de Recursos. Ginebra: PNUMA, 2010. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de Población). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Highlights* (ST/ESA/SER.A/352). Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2014. Ruel M., Garrett J., Yosef S. "Food Security and Nutrition: Growing Cities, New Challenges". *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2017*. Washington D. C.: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), 2017; Hawkes C., Harris J. y Gillespie S., "Changing diets: urbanization and the nutrition transition". *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2017*. Washington D. C.: IFPRI, 2017. Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. y Walters D. *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting*. Washington D. C.: Banco Mundial, 2016. Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Reino Unido: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016. IFPRI. *Informe de la Nutrición Mundial 2014*. "Fortalecer la acción y la responsabilidad para acelerar los progresos en nutrición en el mundo". Washington D. C.: IFPRI, 2014, 8-9. Black R. E., Victora C. G., Walker S. P. et al. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries". *The Lancet*, 2013. 382(9890): 427-451. Alderman H., Headey D. D. "How Important is Parental Education for Child Nutrition?" *World Development*, 2017. 30(94): 448-464. Webb P., Block S. "Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2012. 109(31): 12310. Horton S., Steckel R. H. "Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900-2000 and projections to 2050". En: B. Lomborg, ed. *How Much have Global Problems Cost the World? A Scorecard from 1900 to 2050*. Nueva York: Cambridge University Press, 2013. Hodinott J., Maluccio J. A., Behrman J. R. et al. "Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults". *The Lancet*, 2008. 371(9610): 411-416. Chan H. S., Knight C., Nicholson M. "Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review". *Health Education Research*, 2017. 32(1), 48-57. FAO. *Paz y seguridad alimentaria: Invertir en resiliencia para sostener los medios de vida rurales en situaciones de conflicto*. FAO: Roma, 2016.
5. Marlow H. J., Hayes W. K., Soret S. et al. "Diet and the environment: does what you eat matter?" *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2009. 89(5): 1699s-1703s.
6. FAO. FAOSTAT: Uso de la tierra, 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/faostat/es/#data/RL> (consultado el 18 de julio de 2017).
7. FAO. "Energy-Smart" Food for People and Climate. Issue Paper. Roma: FAO, 2011.
8. PNUMA. *Evaluación de los impactos medioambientales del consumo y la producción: productos y materiales prioritarios*. Un informe del Grupo de Trabajo sobre los Impactos Medioambientales de los Productos y los Materiales para el Panel Internacional de Recursos. Ginebra: PNUMA, 2010.
9. Ranganathan J. et al. "Shifting Diets for a Sustainable Food Future". *Creating a Sustainable Food Future*. Documento de trabajo núm. 11. Washington D. C.: World Resources Institute, 2016. Disponible en: www.wri.org/sites/default/files/Shifting_Diets_for_a_Sustainable_Food_Future_0.pdf.

10. Dewey K. G. y Adu-Afaruwah S. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries". *Maternal & Child Nutrition*, 2008. 4(supl. 1), 24-85; Zeisel, S. H. y Da Costa K.-A. "Choline: an essential nutrient for public health". *Nutrition Reviews*, 2009. 67(11), 615-623.
11. Ranganathan J. et al. "Shifting Diets for a Sustainable Food Future". *Creating a Sustainable Food Future*. Documento de trabajo núm. 11. Washington D. C.: World Resources Institute, 2016. Disponible en: www.wri.org/sites/default/files/Shifting_Diets_for_a_Sustainable_Food_Future_0.pdf; Whitmee S., Haines A., Beyere C. et al. 2015. "Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health". *The Lancet*, 386(10007), 1973-2028; Tilman D. y Clark M. "Global diets link environmental sustainability and human health". *Nature*, 2014. 515(7528), 518-522.
12. Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer. *Colorectal cancer*. Disponible en: <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports/colorectal-bowel-cancer> (consultado el 13 de septiembre de 2017).
13. Challinor A. J., Watson J., Lobell D. B. et al. 2014. "A meta-analysis of crop yield under climate change and adaptation". *Nature Climate Change*, 4(4), 287.
14. Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al. "Increasing CO₂ threatens human nutrition". *Nature*, 2014. 510(7503): 139-142; Dietterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al. "Impacts of elevated atmospheric CO₂ on nutrient content of important food crops". *Scientific Data*, 2, sdata.2015.36.
15. Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2014. "Increasing CO₂ threatens human nutrition". *Nature*, 510(7503), 139-142; Myers S. S., Smith M. R., Guth S. et al. 2017. "Climate Change and Global Food Systems: Potential Impacts on Food Security and Undernutrition". *Annual Review of Public Health*, 38, 259-277; Dietterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2015. "Impacts of elevated atmospheric CO₂ on nutrient content of important food crops". *Scientific Data*, 2, sdata.2015.36; Smith M. R., Golden C. D. y Myers S. S. "Anthropogenic carbon dioxide emissions may increase the risk of global iron deficiency". *Nature*, 2017(7503), 139-142. Myers S. S., Wessells K. R., Kloog I. et al. "Rising atmospheric CO₂ increases global threat of zinc deficiency". *The Lancet Global Health*, 2015. 3(10): e639.
16. Cheung W. W. L., Lam V. W. Y., Sarmiento J. L. et al. "Large-scale redistribution of maximum fisheries catch potential in the global ocean under climate change". *Global Change Biology*, 2010. 16(1): 24-35.
17. Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. *Sustainable fisheries and aquaculture for food security and nutrition*. Roma: Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 2014.
18. Swanson D., Block R. y Mousa S. A. "Omega-3 Fatty Acids EPA and DHA: Health Benefits Throughout Life". *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 2012. 3(1), 1-7; Imhoff-Kunsch B., Briggs V., Goldenberg T. y Ramakrishnan U. "Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid intake during pregnancy on maternal, infant, and child health outcomes: a systematic review". *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012. 26 Supl. 1, 91-107; Virtanen J. K., Mozaffarian D., Chiuve S. E. y Rimm E. B. "Fish consumption and risk of major chronic disease in men". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2008. 88(6), 1618-1625.
19. Committee on a Framework for Assessing the Health, Environmental, and Social Effects of the Food System. *A Framework for Assessing Effects of the Food System*. "Annex 1. Dietary Recommendations for Fish Consumption", 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305180/> (consultado el 7 de septiembre de 2017).
20. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. "Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis". *The Lancet Planetary Health*, 2017. 1(1): e33-e42.
21. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. "Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis". *The Lancet Planetary Health*, 2017. 1(1): e33-e42.
22. Jones A. D. "On-Farm Crop Species Richness is Associated with Household Diet Diversity and Quality in Subsistence- and Market-Oriented Farming Households in Malawi". *The Journal of Nutrition*, 2017. 147(1): 86-96.
23. Remans R., DeClerck F. A. J., Kennedy G. y Fanzo J. "Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2015. 112(45): E6082.
24. Hawkes C., Friel S., Lobstein T. y Lang T. "Linking agricultural policies with obesity and noncommunicable diseases: A new perspective for a globalising world". *Food Policy*, 2012. 37(3): 343-353.
25. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. "Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis". *The Lancet Planetary Health*, 2017. 1(1): e33-e42.
26. Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. y Walters D. *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting*. Washington D. C.: Banco Mundial, 2016; Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Reino Unido: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición.
27. IFPRI. *Informe de la Nutrición Mundial 2014*. "Fortalecer la acción y la responsabilidad para acelerar los progresos en nutrición en el mundo". Washington D. C.: IFPRI, 2014, 8-9.
28. India, Ministerio de Finanzas: Estudio económico, 2015-2016, citado en IFPRI. *Informe de la nutrición mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, página 3.
29. World Economics. *Global Growth Tracker*, 2016. Disponible en: http://www.worldeconomics.com/papers/Global Growth Monitor_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper (consultado en marzo de 2016); Horton S., Steckel R. H., "Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900-2000 and projections to 2050". En: B. Lomborg, ed. *How Much have Global Problems Cost the Earth? A Scorecard from 1900 to 2050*. Nueva York: Cambridge University Press, 2013.
30. Sonntag D., Ali S., De Bock F. "Lifetime indirect cost of childhood overweight and obesity: A decision analytic model". *Obesity*, 2016. 24(1): 200-206.
31. Su W., Huang J., Chen F. et al. "Modeling the clinical and economic implications of obesity using microsimulation". *Journal of Medical Economics*, 2015. 18(11), 886-897.
32. Liu X., Zhu C. "Will Knowing Diabetes Affect Labor Income? Evidence from a Natural Experiment". *Economics Letters*, 2014. 124(1): 74-78.
33. Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Reino Unido: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016.
34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Inocuidad de los alimentos. Nota descriptiva núm. 399. Versión de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/es/> (consultado el 30 de mayo de 2017).
35. Caulfield L. E., De Onis M., Blössner M. y Black R. E. "Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2004. 80(1), 193-198.
36. Unnevehr L. J. y Grace D., eds. 2013. *Aflatoxins: Finding solutions for improved food safety*. 2020 Vision Focus 20. Washington D. C.: IFPRI.

37. Neff R. A., Kanter R. and Vandevijvere S. 2020 "Reducing food loss and waste while improving the public's health". *Health Affairs*, 2015. 34(11), 1821-1829.
38. Gustavsson J., Cederberg C., Sonesson U. et al. *Pérdidas y desperdicio de alimentos en el mundo*. Roma: FAO, 2011.
39. Parfitt J., Barthel M. y Macnaughton S. "Food waste within food supply chains: quantification and potential for change to 2050". *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Biological Sciences*, 2010. 365(1554), 3065-3081.
40. Gustavsson J., Cederberg C., Sonesson U. et al. *Pérdidas y desperdicio de alimentos en el mundo*. Roma: FAO, 2011.
41. Kader A. "Increasing food availability by reducing post-harvest losses of fresh produce". *Acta Horticulturae*, 2005. 682, 2169-2175.
42. FAO. "Energy-Smart" Food for People and Climate. *Issue Paper*. Roma: FAO, 2011.
43. OMS. *The double burden of malnutrition: policy brief*. Ginebra: OMS, 2017.
44. Jeuland M. A., Pattanayak S. K. "Benefits and Costs of Improved Cookstoves: Assessing the Implications of Variability in Health, Forest and Climate Impacts". *PLoS One*, 2012. 7(2): e30338.
45. Bentley A., Das S., Alcock G. et al. "Malnutrition and infant and young child feeding in informal settlements in Mumbai, India: findings from a census". *Food Science & Nutrition*, 2015. 3(3), 257-271; Singh A., Gupta V., Ghosh S. et al. "Quantitative estimates of dietary intake with special emphasis on snacking pattern and nutritional status of free living adults in urban slums of Delhi: impact of nutrition transition". *BMC nutrition*, 2015. 1(1), 22; Demilew Y. M., Tafere T. E. y Abitew D. B. "Infant and young child feeding practice among mothers with 0-24 months old children in Slum areas of Bahir Dar City, Ethiopia". *International Breastfeeding Journal*, 2017. 12(1), 26.
46. Hunter-Adams J., Yongsu B. N., Dzasi K. et al. "How to address non-communicable diseases in urban Africa". *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2017; Khusun H. y Fahmida U. "Dietary patterns of obese and normal-weight women of reproductive age in urban slum areas in Central Jakarta". *British Journal of Nutrition*, 2016. 116(supl. 1), S49-56; Gupta V., Downs S. M., Ghosh-Jerath S. et al. "Unhealthy Fat in Street and Snack Foods in Low-Socioeconomic Settings in India: A case Study of the Food Environments of Rural Villages and an Urban Slum". *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2016. 48(4), 269-279.
47. Ruel M., Garrett J., Yosef S. "Food Security and Nutrition: Growing Cities, New Challenges". *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2017*. Washington D. C.: IFPRI, 2017; Hawkes C., Harris J. y Gillespie S. "Changing diets: urbanization and the nutrition transition". *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2017*. Washington D. C.: IFPRI, 2017.
48. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de Población). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Highlights (ST/ESA/SER.A/352)*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2014.
49. IPES-Food. *What makes urban food policy happen? Insights from five case studies*, 2017. Panel Internacional de Expertos sobre Sistemas Alimentarios Sostenibles. Disponible en: http://www.ipes-food.org/images/Reports/Cities_full.pdf (consultado el 13 de septiembre de 2017).
50. OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Progresos en materia de saneamiento y agua potable: informe de actualización 2015 y evaluación del ODM*. Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento, 2015. Ginebra: OMS y Nueva York: UNICEF.
51. Prüss-Ustün A., Bos R., Gore F. y Bartram J. *Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*. Ginebra: OMS, 2008.
52. REACH. *Country Diagnostic Report, Bangladesh*. Documento de trabajo de REACH núm. 1. Oxford, Reino Unido: Universidad de Oxford, 2015.
53. Consejo de Desarrollo Agrícola y Rural del Reino de Camboya. *Estrategia Nacional para la Seguridad Alimentaria y la Nutrición (2014-2018)*, 2014. Disponible en: http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/_20160707_093107_.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2017).
54. WaterAid Camboya. *Study on WASH-Nutrition barriers and potential solutions*, 2016. Disponible en: <http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA-Cambodia-study-on-WaSH-nutrition-barriers-solutions.pdf> (consultado el 7 de septiembre de 2017).
55. Banco Mundial. *Precarious Progress: A Diagnostic on Water, Sanitation, Hygiene, and Poverty in Bangladesh*, 2017. WASH Poverty Diagnostic. Washington D. C.: Banco Mundial.
56. Grantham-McGregor S., Cheung Y. B., Cueto S. et al. "Development potential in the first 5 years of children in developing countries". *The Lancet*, 2007. 369(9555), 60-70.
57. UNICEF. *Mejorar la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*, 2013.
58. OMS. "Childhood Stunting: A Global Perspective". *Maternal and Child Nutrition*, 2016. 12, 12-26.
59. Instituto Nacional de Estadística, Dirección General de Salud e ICF International. *Encuesta Demográfica y de Salud de Camboya 2014, 2015*. Phnom Penh, Camboya y Rockville, Maryland (Estados Unidos).
60. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Socioeconómica de Camboya 2014, 2015*. Phnom Penh, Camboya y Rockville, Maryland (Estados Unidos).
61. El 65% en 2014.
62. Prak S., Dahl M. I., Oeurn S. et al. "Breastfeeding trends in Cambodia, and the increased use of breastmilk substitute – why is it a danger?" *Nutrients*, 2014. 6(7), 2920-2930.
63. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Socioeconómica de Camboya 2014, 2015*. Phnom Penh, Camboya y Rockville, Maryland (Estados Unidos).
64. Consejo de Desarrollo Agrícola y Rural del Reino de Camboya. *Estrategia Nacional para la Seguridad Alimentaria y la Nutrición (2014-2018)*, 2014. Disponible en: http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/_20160707_093107_.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2017).
65. WaterAid Camboya. *Study on WASH-Nutrition barriers and potential solutions*, 2016. Disponible en: <http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA-Cambodia-study-on-WaSH-nutrition-barriers-solutions.pdf> (consultado el 7 de septiembre de 2017).
66. Consejo Internacional para la Ciencia. *A guide to SDG interactions: from science to implementation*, ed. M. Nilsson et al., 2017, París: Consejo Internacional para la Ciencia.
67. Black R. E., Allen L. H., Bhutta Z. A. et al. y Maternal and Child Undernutrition Study Group. "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences". *The Lancet*, 2008. 371(9608), 243-260.
68. UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2013*. "Niñas y niños con discapacidad". Nueva York: UNICEF, 2013.
69. Black R. E., Levin C., Walker N. et al. "Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition". *The Lancet*, 2016. 388(10061): 2811-2824.
70. Kothari M. Conjunto de datos complementario del *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Datos de las Encuestas Demográficas y de Salud sobre cobertura de las intervenciones: porcentaje de niños y mujeres embarazadas que recibieron intervenciones esenciales de nutrición; encuestas llevadas a cabo entre 2000 y 2015. Washington D. C., 2016; bases de datos mundiales de UNICEF, 2016, basadas

- en Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales representativas. Disponible en: <http://data.unicef.org> (consultado el 1 de julio de 2017).
71. OMS. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Disponible en: <http://www.who.int/elena/es/>
 72. Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet*, 2013. 382(9890), 452-477.
 73. Watkins D., Nugent R. "Setting priorities to address cardiovascular diseases through universal health coverage in low- and middle-income countries". *Heart Asia*, 2017.
 74. **Prabhakar et al.** (en preparación), *Disease Control Priorities*, tercera edición, volumen 5, *The Lancet*, 2018; Serie de estudios del **Banco Mundial** sobre cobertura universal de salud (UNICO), 2016. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> (consultado el 1 de julio de 2017).
 75. OMS. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*. Ginebra: OMS, 2015.
 76. Banco Mundial. Serie de estudios UNICO, 2016. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> (consultado el 1 de julio de 2017).
 77. Gaziano T. A., Abrahams-Gessel S., Denman C. A. et al. "An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: an observational study". *The Lancet Global Health*, 2015. 3:e556-563.
 78. Chan H. S., Knight C., Nicholson M. "Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review". *Health Education Research*, 2017. 32(1), 48-57.
 79. **Jukes M. et al.** "Nutrition and Education". Síntesis núm. 2 de *Nutrition: A Foundation for Development*. Ginebra, Suiza: Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas; **Maluccio J. et al.** 2009. "The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults", *Economic Journal*, 119 (537), 734-763; y **OMS 2013**. "¿Es cierto que la carencia de yodo provoca lesiones cerebrales?". OMS, Preguntas y respuestas en línea sobre temas de salud, actualizado en mayo de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/17/es/>.
 80. **Chan H. S., Knight C., Nicholson M.** "Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review". *Health Education Research*, 2017. 32(1), 48-57; **Henriksson P., Cuenca-García M., Labayen I. et al.** "Diet quality and attention capacity in European adolescents: the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) study". *The British Journal of Nutrition*, 2017. 117(11), 1587-1595.
 81. Alderman H., Hoddinott J. y Kinsey B. "Long term consequences of early childhood malnutrition". *Oxford Economic Papers*, 2006. 58(3), 450-474.
 82. **Gates M. F.** "Putting women and girls at the center of development". *Science*. 2014. 345(6202), 1273-1275; **Taukobong H. F., Kincaid M. M., Levy J. K. et al.** "Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes?" *Health Policy and Planning*, 2016. 31(10), 1492-1514; **Patton G. C., Sawyer S. M., Santelli J. S. et al.** "Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing". *The Lancet*. 2016. 387(10036), 2423-2478.
 83. Alderman H., Headey D. D. "How Important is Parental Education for Child Nutrition?" *World Development*, 2017. 30(94): 448-464.
 84. UNICEF. *Primary Education Current Status and Progress: Gender Equality*. Septiembre de 2016. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/education/primary-education/> (consultado el 30 de mayo de 2017).
 85. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio sobre la protección de la maternidad (Núm. 183). Ginebra: OIT, 2000.
 86. OIT. *La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo*. Ginebra: OIT, 2014.
 87. OMS. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: OMS, 2003.
 88. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. D. et al. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect". *The Lancet*, 2016. 387(10017), 475-490.
 89. Véase, por ejemplo, **Sraboni E., Malapit H. J., Quisumbing A. R. y Ahmed A. U.** "Women's Empowerment in Agriculture: What Role for Food Security in Bangladesh?" *World Development*, 2014. 61: 11-52.
 90. Healthy Eating Advisory Service. Disponible en: <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/guidelines> (consultado el 7 de septiembre de 2017).
 91. Healthy Eating Advisory Service. Disponible en: <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/case-studies/alfred-health>.
 92. Healthy Eating Advisory Service. Disponible en: <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/case-studies/alfred-health-sugary-drink-trials>.
 93. Huse O., Blake M. R., Brooks R. et al. "The effect on drink sales of removal of unhealthy drinks from display in a self-service café". *Public Health Nutrition*, 2016. 19(17), 3142-3145.
 94. Development Initiatives. *P20 Initiative: Baseline report*. Bristol, Reino Unido: Development Initiatives, 2017. Disponible en: <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/#> (consultado el 2 de septiembre de 2017).
 95. Richter L. M., Daelmans B., Lombardi J. et al. "Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development". *The Lancet*. 2017. 389(10064), 103-118.
 96. **Grantham-McGregor S., Cheung Y. B., Cueto S. et al.** "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". *The Lancet*, 2007. 369(9555): 60-70.
 97. **Horton S., Steckel R. H.** "Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900-2000 and projections to 2050". En: **B. Lomborg, ed.** *How Much have Global Problems Cost the World? A Scorecard from 1900 to 2050*. Nueva York: Cambridge University Press, 2013.
 98. **Hoddinott J., Maluccio J. A., Behrman J. R. et al.** "Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults". *The Lancet*, 2008. 371(9610): 411-416.
 99. **Webb P., Block S.** "Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition". Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2012. 109(31): 12310.
 100. **Devaux M., Sassi F., Church J. et al.** "Exploring the Relationship Between Education and Obesity". *OECD Journal: Economic Studies*, 2011. 1. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-2011-5kg5825v1k23 (consultado el 7 de septiembre de 2017); **Instituto Australiano de Salud y Bienestar.** "Impact of overweight and obesity as a risk factor for chronic conditions: Australian Burden of Disease Study". *Australian Burden of Disease Study series no.11*. Cat. no. BOD 12. Canberra: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2017; **Oficina Regional para Europa de la OMS.** *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2017.

101. Di Cesare M., Khang Y. H., Asaria P. et al. "Inequalities in non-communicable diseases and effective responses". *The Lancet*. 2013. 381(9866), 585-597; **Monteiro C. A., Conde W. L., Lu B. y Popkin B. M.** "Obesity and inequities in health in the developing world". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004. 28(9), 1181-1186; **McLaren L.** "Socioeconomic Status and Obesity". *Epidemiologic reviews*. 2007; 29, 29-48.
102. **Jones-Smith J. C., Gordon-Larsen P., Siddiqi A. y Popkin B. M.** "Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008)". *International Journal of Obesity*, 2012, 36: 1114-1120; **Jones-Smith J. C., Gordon-Larsen P., Siddiqi A. y Popkin B. M.** "Cross-national comparisons of time trends in overweight inequality by socioeconomic status among women using repeated cross-sectional surveys from 37 developing countries, 1989-2007". *American Journal of Epidemiology*, 2011; 173: 667-675.
103. Allen L., Williams J., Townsend N. et al. "Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review". *The Lancet Global Health*, 2017. 5(3), e277-e289.
104. Webb P., Block S. "Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2012. 109(31): 12309-12314.
105. FAO. Voices of the Hungry. Véase: <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/es/#.WeOZTGg0a00>.
106. **Ghattas H.** *Food security and nutrition in the context of the nutrition transition*. Documento técnico. FAO, Roma, 2014; **Food Research and Action Center.** *Understanding the Connections: Food Insecurity and Obesity*, 2015. Disponible en: http://frac.org/wp-content/uploads/frac_brief_understanding_the_connections.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2017).
107. FAO. Voices of the Hungry. Véase: <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/es/#.WeOZTGg0a00>.
108. Messer E., Cohen M. J., Marchione T. "Conflict: A Cause and Effect of Hunger". *Environmental Change and Security Project Report*, núm. 7. Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2001.
109. Messer E., Cohen M. J., Marchione T. "Conflict: A Cause and Effect of Hunger". *Environmental Change and Security Project Report*, núm. 7. Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2001.
110. **Messer E.** "Rising food prices, social mobilizations, and violence: Conceptual issues in understanding and responding to the connections linking hunger and conflict". *Annals of Anthropological Practice*, 2009. 32(1): 12-22; **Lagi M., Bertrand K. Z., Yaneer B. M.** *The Food Crises and Political Instability in North Africa and the Middle East*. Cambridge, Massachusetts: New England Complex Systems Institute, 2011.
111. Assessment Capacities Project (ACAPS). *Famine Northeast Nigeria, Somalia, South Sudan, and Yemen: Final Report*. Ginebra: ACAPS, 2017.
112. **De Waal A.** *Armed Conflict and the Challenge of Hunger: Is an End in Sight?* Global Hunger Index 2015. Washington D. C.: IFPRI, 2015; **OCDE.** *Principles for good international engagement in fragile states and situations*. París: OCDE, 2007; **FAO, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).** *La inseguridad alimentaria en las crisis prolongadas: Panorama general*. Informe de un foro de expertos de alto nivel sobre la inseguridad alimentaria en las crisis prolongadas. Roma: FAO y FIDA, 2012; **Brinkman H. y Hendrix C.** *Food insecurity and violent conflict: Causes, consequences, and addressing the challenges*. Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2011.
113. FAO. *Paz y seguridad alimentaria: Invertir en resiliencia para sostener los medios de vida rurales en situaciones de conflicto*. FAO: Roma, 2016.
114. Quinn J., Zeleny T., Bencko V. "Food Is Security: The Nexus of Health Security in Fragile and Failed States". *Food and Nutrition Sciences*, 2014. 5(19): 1828.
115. Pinstrup-Andersen P., Shimokawa S. "Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset?" *Food Policy*, 2008. 33(6): 513-520.
116. IFPRI. *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2014-2015*. Washington D. C.: IFPRI, 2015.
117. Grijalva-Eternod C. S., Wells J. C., Cortina-Borja M. et al. "The double burden of obesity and malnutrition in a protracted emergency setting: a cross-sectional study of Western Sahara refugees". *PLoS Medicine*, 2012 9(10), e1001320.
118. **Brinkman H. y Hendrix C.** *Food insecurity and violent conflict: Causes, consequences, and addressing the challenges*. PMA, 2011; **Quinn J., Zeleny T. y Bencko V.** "Food is security: the nexus of health security in fragile and failed states". *Food and Nutrition Sciences*, 2014, 5: 1828-1842; **y Hendrix C. S.** *When Hunger Strikes: How Food Security Abroad Matters for National Security at Home*. The Chicago Council on Global Affairs: Chicago, Illinois, 2016.
119. Breisinger C., Ecker O. y Trinh Tan J. F., "How Do We Break the Links?" En: *Informe de Políticas Alimentarias Mundiales 2014-2015*, Washington D. C.: IFPRI. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295759>.
120. IFPRI. *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016, página 5.
121. Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible. 2017 *HLPF Thematic review of SDG2: End hunger, achieve food security and improved nutrition, and promote sustainable agriculture*, 2017. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14371SDG2_format.revised_FINAL_28_04.pdf (consultado el 28 de mayo de 2017).

Capítulo 4

1. Buse K., Hawkes S. "Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?" *Globalization and Health*, 2015. 11(1): 13.
2. Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. "De la promesa al impacto: Terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington D. C.: IFPRI, 2016.
3. Esta sección sobre inversiones fue redactada por la Secretaría del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), dirigida por Patrizia Fracassi y William Knechtel. Los datos se basan en el análisis de los presupuestos nacionales efectuado por los equipos en los países. El ejercicio analítico es voluntario y su dirección es nacional. La metodología se fundamenta en la labor realizada por Clara Picanyol, Robert Greener, Amanda Pomeroy, Mary D'Alimonte, Richard Watts, Aurora Gary y Komal Bhatia.
4. Banco Mundial (Shekar M., Kakietek J., Dayton Eberwein J. y Walters D.). *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial, 2017.
5. En este análisis se excluyen Côte d'Ivoire, el estado de Maharashtra (India), Liberia y el Níger, por motivos relacionados con el gasto público general.
6. El marco de inversión en la nutrición proporciona los costos unitarios para que las intervenciones cumplan las metas y presupuestos del gasto público en programas de nutrición de varias fuentes (Shekar et al., 2017). Pero lo más importante es que el marco identifica claramente qué intervenciones se incluyen en los presupuestos. Fuente completa: Grupo Banco Mundial (Shekar M., Kakietek J., Dayton Eberwein J.,

- Walters D. et al). *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial, 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7. Resumen disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/211010ovSP.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consultado el 17 de agosto de 2017).
7. El análisis se basa en Grupo Banco Mundial (Shekar M., Kakiyeteck J., Dayton Eberwein J., Walters D. et al). *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial, 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7. Resumen disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/211010ovSP.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consultado el 17 de agosto de 2017).
 8. El 17% que se asigna a la nutrición en el sector de la agricultura corresponde a otros sectores y no al presupuesto para la agricultura. Se consideraron los siguientes tipos de programas: seguridad alimentaria, servicios agrícolas, inocuidad alimentaria, desarrollo rural, ganadería, pesca y producción de alimentos no básicos (incluidas frutas y verduras). Esta clasificación está en consonancia con la codificación del Sistema de Notificación de los Países Acreedores y con la empleada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para establecer su metodología.
 9. Esta sección fue redactada por Jordan Beecher, de Development Initiatives.
 10. Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Códigos de propósito: clasificación por sectores. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/stats/purposecodessectorclassification.htm> (consultado el 11 de septiembre de 2017).
 11. D'Alimonte M., Heung S. y Hwang C. *Tracking Funding for Nutrition: Improving how aid for nutrition is reported and monitored*. Results for Development, 2016. Disponible en: http://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D_TrackingAid4Nutrition-final.pdf (consultado el 15 de agosto de 2017).
 12. **OCDE**. *First-Ever Comprehensive Data on Aid for Climate Change Adaptation*. 2011. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/stats/49187939.pdf> (consultado el 15 de agosto de 2017); **OCDE**. *Statistics on resource flows to developing countries*. 2015. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/stats/statisticsonresourceflowstodevelopingcountries.htm> (consultado el 15 de agosto de 2017).
 13. Grupo de Trabajo del CAD (OCDE) sobre Estadísticas de Financiación para el Desarrollo. *Adjusting purpose codes and policy markers in light of the SDGs: Proposal on noncommunicable diseases*, 2017, página 5. Disponible en: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT\(2017\)17&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT(2017)17&docLanguage=En) (consultado el 30 de agosto de 2017).
 14. Grupo Banco Mundial (Shekar M., Kakiyeteck J., Dayton Eberwein J., Walters D. et al). *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial, 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7. Resumen disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/211010ovSP.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consultado el 17 de agosto de 2017).
 15. Los países miembros del CAD pueden consultarse en: <http://www.oecd.org/dac/dacmembers.htm>.
 16. Se ha aplicado la tasa de cambio del Servicio de Impuestos Internos estadounidense: <https://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates>.
 17. Naciones Unidas. Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, 2015. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/CONF.227/6> (consultado el 30 de agosto de 2017).
 18. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Taxes on sugary drinks: Why do it?* 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250303/1/WHO-NMH-PND-16.5-eng.pdf> (consultado el 30 de agosto de 2017).
 19. "Asistencia para el desarrollo" se refiere aquí a los recursos transferidos por los organismos para el desarrollo (incluidas las organizaciones filantrópicas privadas) a los países de ingresos bajos y medianos y, por tanto, es más amplia que la "asistencia oficial para el desarrollo (AOD)", que solo se refiere a la asistencia proporcionada por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE.
 20. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage*. Seattle, Washington: IHME, 2017.
 21. Bloomberg Philanthropies. *Obesity prevention: Supporting strong policies to halt rising rates of obesity*, 2017. Disponible en: <https://www.bloomberg.org/program/public-health/obesity-prevention/> (consultado el 15 de agosto de 2017).
 22. Grupo Banco Mundial (Shekar M., Kakiyeteck J., Dayton Eberwein J., Walters D. et al). *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial, 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7. Resumen disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/211010ovSP.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consultado el 17 de agosto de 2017).
 23. **Cochero M. A., Popkin B. M., Rivera J. A., Ng S. W.** "Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study". *The BMJ*, 2016. 352: h6704; **Cochero M. A., Rivera-Dommarco J., Popkin B. M., Ng S. W.** "In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax". *Health Affairs*, 2017. 10-377.
 24. OMS. *WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 2016. Disponible en: http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/final_5_1with_annexes6may16.pdf?ua=1 (consultado el 30 de agosto de 2017).
 25. OCDE. *Informe de la Cooperación para el Desarrollo - 2014: Movilizar recursos para un desarrollo sustentable*. OECD Publishing. Resumen disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/development/development-co-operation-report-2014/summary/spanish_cfa60e30-es (consultado el 30 de agosto de 2017).

Capítulo 5

1. Gobierno del Reino Unido. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. 2013. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf (consultado el 28 de mayo de 2017).
2. Si desea obtener más información sobre los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, consulte los *Informes de la Nutrición Mundial 2014, 2015 y 2016*. En el panel 4.1 (página 34) del informe de 2016 se detallan los tipos de compromiso adoptados por cada parte interesada.
3. Puesto que no se presentan informes sobre una gran parte de los compromisos, es posible que se pasen por alto los progresos logrados en situaciones calificadas como mal encaminadas o poco claras.
4. Sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*, 2017. Disponible en: <http://www.globalnutritionreport.org/>.
5. Estas cifras han sido proporcionadas por los donantes. En este capítulo, las cifras sobre los donantes provienen de la base de datos del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD)

- de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Por tanto, podrían existir discrepancias entre las cifras proporcionadas por los donantes y las del CAD.
6. En el capítulo 4 se incluye un análisis más exhaustivo de las inversiones de los donantes específicas y enfocadas a la nutrición.
 7. Gobierno del Reino Unido. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. 2013. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf (consultado el 28 de mayo de 2017).
 8. Véase: www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates (consultado el 17 de agosto de 2017).
 9. Comisión Europea (ICF International). *Monitoring the activities of the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health: Annual Report 2016*. Versión de mayo de 2016. 2016. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf (consultado el 28 de mayo de 2017).
 10. Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). *Informe de la Nutrición Mundial*. "How to Make SMART Commitments to Nutrition Action". Versión de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.globalnutritionreport.org/files/2016/03/SMART-guideline-GNR-2016.pdf> (consultado el 28 de mayo de 2017).
 11. IFPRI. *Informe de la Nutrición Mundial*. "How to Make SMART Commitments to Nutrition Action". Versión de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.globalnutritionreport.org/files/2016/03/SMART-guideline-GNR-2016.pdf> (consultado el 28 de mayo de 2017).
 12. Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer y Alianza de ENT. "Ambiciosos compromisos SMART para abordar las ENT, el sobrepeso y la obesidad". Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer y Alianza de ENT, 2016.
 13. ICF Consulting Services. *Monitoring the Activities of the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health*. Informe anual 2016 y anexos 1 a 3. ICF, 2016. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf y https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_annex1_en.pdf.
 14. Lofthouse J. *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. En preparación, 2017.
 15. Lofthouse J. *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. En preparación, 2017.
 16. Lofthouse J. *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. En preparación, 2017; Baker. En preparación. Cita pendiente, 2017; Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. "Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative". *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31; te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D. "Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries". *World Development*, 2015. 76: 280-292; Hoey L., Pelletier D. L. "Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities". *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(supl. 2): s70-s81.
 17. Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. "Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative". *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31; te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D. "Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries". *World Development*, 2015. 76: 280-292; Hoey L., Pelletier D. L. "Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities". *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(supl. 2): s70-s81; Gillespie S., Haddad L., Mannar V. et al. "The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress". *The Lancet*, 2013. 382(9891): 552-569; Fox A. M., Balarajan Y., Cheng C., Reich M. R. "Measuring political commitment and opportunities to advance food and nutrition security: Piloting a rapid assessment tool". *Health Policy and Planning*, 2015. 30(5): 566-578; Banco Mundial (Heaver R.). *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions in Development. Washington D. C.: Banco Mundial.
 19. Hoey L., Pelletier D. L. "Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities". *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(supl. 2): s70-s81; Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A. *Abordar la desnutrición a nivel multisectorial: ¿Qué hemos aprendido de la experiencia reciente internacional?* Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo para el Logro de los ODM, 2013; Shiffman J., Smith S. "Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality". *The Lancet*, 2007. 370(9595): 1370-1379; Hawkes C., Ahern A. L., Jebb S. A. "A stakeholder analysis of the perceived outcomes of developing and implementing England's obesity strategy 2008-2011". *BMC Public Health*, 2014. 14(1): 1.
 20. Hoey L., Pelletier D. L. "Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities". *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(supl. 2): s70-s81; Mejía Acosta A., Fanzo J. *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton (Reino Unido): Institute of Development Studies, 2012; Mejía Acosta A., Haddad L. "The politics of success in the fight against malnutrition in Peru". *Food Policy*, 2014. 44: 26-35.
 21. Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A. *Abordar la desnutrición a nivel multisectorial: ¿Qué hemos aprendido de la experiencia reciente internacional?* Nueva York: UNICEF y Fondo para el Logro de los ODM, 2013; Mejía Acosta A., Fanzo J. *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton (Reino Unido): Institute of Development Studies, 2012.
 22. Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. "Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative". *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31; Banco Mundial (Heaver R.). *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions in Development. 2005, Washington D. C.: Banco Mundial.
 23. Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. "Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative". *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31; te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D. "Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries". *World Development*, 2015. 76: 280-292; Banco Mundial (Heaver R.). *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions in Development. 2005, Washington D. C.: Banco Mundial.
 24. Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A. *Abordar la desnutrición a nivel multisectorial: ¿Qué hemos aprendido de la experiencia reciente internacional?* Nueva York: UNICEF y Fondo para el Logro de los ODM, 2013.
 25. Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A. *Abordar la desnutrición a nivel multisectorial: ¿Qué hemos aprendido de la experiencia reciente internacional?* Nueva York: UNICEF y Fondo para el Logro de los ODM, 2013; Mejía Acosta A., Fanzo J. *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton (Reino Unido): Institute of Development Studies, 2012; Pelletier D. L., Menon P., Ngo T. "The nutrition policy process: The role of strategic capacity in advancing national nutrition agendas". *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32 (supl. 2): s59-s69.

Capítulo 6

1. Tran, M. "Millennium development goals summit: live updates". En el blog de *The Guardian* sobre la pobreza, 2010. Disponible en: <https://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2010/sep/20/un-mdg-summit-2010-millennium-development-goals> (consultado el 7 de septiembre 2017).

Apéndice 1

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Grupo Banco Mundial. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consultado el 15 de agosto de 2017).
2. Para obtener un análisis más exhaustivo de la metodología de monitoreo de los progresos en el cumplimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño para 2025, véase: OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.
3. OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.
4. OMS. WHO Global Targets 2025 Tracking Tool (versión 3, mayo de 2017): *Global Progress Report*, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consultado el 30 de junio de 2017).
5. OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.
6. OMS. Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT, 2017. Disponible en: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/ (consultado el 1 de julio de 2017).
7. OMS. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS, 2014.
8. OMS. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS, 2014; **Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles (NCD-RisC)**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017); **OMS**. Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud: hiperglucemia en ayunas (≥ 7 mmol/L o en tratamiento). Datos por país, 2017. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>; hipertensión arterial (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90), normalizada por edades (porcentaje). Estimaciones por país, 2017. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en>; Prevalencia de la obesidad en adultos (IMC ≥ 30), normalizada por edades. Estimaciones por país, 2017. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>; Prevalencia del sobrepeso en adultos (IMC ≥ 25), normalizada por edades. Estimaciones por país, 2017. Disponible en inglés en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (todos consultados el 1 de mayo de 2017).
9. **NCD-RisC**. "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530; **NCD-RisC**. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants". *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396.

10. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** "Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide". *BMJ Open*, 2013. 3(12).
11. **OMS**. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS, 2014; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** "Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide". *BMJ Open*, 2013. 3(12).
12. OMS. Directrices: Ingesta de sodio en adultos y niños. Ginebra: OMS, 2012.
13. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634.
14. OMS. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS, 2014.
15. **NCD-RisC**. Data downloads, 2017. Disponible en: <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultado el 1 de mayo de 2017).

Apéndice 2

1. **Kothari, M.** Conjunto de datos complementario del *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Datos de las Encuestas Demográficas y de Salud sobre cobertura de las intervenciones: porcentaje de niños y mujeres embarazadas que recibieron intervenciones esenciales de nutrición; encuestas llevadas a cabo entre 2000 y 2015. Washington D. C., 2016; **bases de datos mundiales de UNICEF**, 2016, basadas en Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales representativas. Disponible en: <http://data.unicef.org> (consultado el 1 de julio de 2017).
2. OMS. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA), Disponible en: <http://www.who.int/elena/es/>
3. **Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al.** "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477.
4. **Kothari, M.** 2016. Conjunto de datos complementario del *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Datos de las Encuestas Demográficas y de Salud sobre cobertura de las intervenciones: porcentaje de niños y mujeres embarazadas que recibieron intervenciones esenciales de nutrición; encuestas llevadas a cabo entre 2005 y 2015. Washington D. C., febrero de 4; bases de datos mundiales de UNICEF. www.data.unicef.org (consultado en abril de 2016).

Apéndice 3

1. **Greener R., Picanyol C., Mujica A. et al.** *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 countries*. Londres: Departamento de Desarrollo Internacional, 2016.
2. **Greener R., Picanyol C., Mujica A. et al.** *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 countries*. Londres: Departamento de Desarrollo Internacional, 2016.

Siglas

AIF	Asociación Internacional de Fomento	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
AOD	Asistencia oficial para el desarrollo	OMS	Organización Mundial de la Salud
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo	PIB	Producto interno bruto
CRS	Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CAD)	PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
EDS	Encuesta Demográfica y de Salud	RDC	República Democrática del Congo
ENT	Enfermedades no transmisibles	SMART	específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	SUN	Movimiento para el Fomento de la Nutrición
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola	TEAM	Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición
IDRC	Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional	TMAR	Tasa media anual de reducción
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias	UE	Unión Europea
IMC	Índice de masa corporal	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
N4G	Nutrición para el Crecimiento	WASH	Agua, saneamiento e higiene
NCD-RisC	Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles		
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos		

Materiales suplementarios en línea

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

www.globalnutritionreport.org

PERFILES NUTRICIONALES (DATOS DISPONIBLES SOBRE MÁS DE 90 INDICADORES)

- Perfil nutricional mundial
- Perfiles nutricionales regionales y subregionales (de 6 regiones y 22 subregiones de las Naciones Unidas)
- Perfiles nutricionales nacionales (de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas)

CUADROS DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO (AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ADOPTADOS)

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

APÉNDICE EN LÍNEA

Evaluación de los progresos en el cumplimiento de las metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Temas destacados

TEMA DESTACADO 1.1. ¿Qué es la “universalidad” en los ODS y qué implica para la nutrición?

Judith Randel

TEMA DESTACADO 1.2. ¿Qué es la “integración” en los ODS y qué implica para la nutrición?

Corinna Hawkes

TEMA DESTACADO 1.3. Causas comunes de distintas formas de malnutrición

Corinna Hawkes, Alessandro Demaio y Francesco Branca

TEMA DESTACADO 2.1. Perfiles nutricionales por países del *Informe de la Nutrición Mundial*

Komal Bhatia y Tara Shyam

TEMA DESTACADO 2.2. Métodos de seguimiento de los progresos mundiales y nacionales

Komal Bhatia

TEMA DESTACADO 2.3. La importancia fundamental de subsanar la carencia de datos para el seguimiento de la nutrición en los adolescentes

Komal Bhatia

TEMA DESTACADO 2.4. La falta de datos de calidad sobre la alimentación

Anna Herforth

TEMA DESTACADO 2.5. Empezar una revolución en los datos sobre nutrición: ¿a qué esperamos?

Ellen Piwoz, Rahul Rawat, Patrizia Fracassi y David Kim

TEMA DESTACADO 3.1. Políticas y medidas que integran la nutrición y el agua, el saneamiento y la higiene en Camboya

Dan Jones y Megan Wilson-Jones

TEMA DESTACADO 3.2. La integración del suministro de alimentos saludables y la viabilidad económica en un servicio de salud metropolitano de gran tamaño: Australia

Anna Peeters, Kirstan Corben y Tara Boelsen-Robinson

TEMA DESTACADO 4.1. La importancia de los análisis del presupuesto destinado a la nutrición

Alexis D’Agostino, Helen Connolly y Chad Chalker

TEMA DESTACADO 4.2. Mejorar el seguimiento de la ayuda de los donantes en favor de la nutrición

Mary D’Alimonte y Augustin Flory

TEMA DESTACADO 4.3. Invertir en la prevención de la obesidad y las enfermedades no transmisibles: Bloomberg Philanthropies y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional del Canadá

Neena Prasad y Greg Hallen

TEMA DESTACADO 5.1. El compromiso de Unilever con su fuerza de trabajo mundial

Angelika de Bree y Kerrita McClaughly

TEMA DESTACADO 5.2. Rendición de cuentas, empresa y nutrición

Jonathan Tench

TEMA DESTACADO 5.3. Cinco niveles de compromiso político

Phillip Baker

Recuadros

RECUADRO 3.1. Lo que la mejora de la nutrición puede lograr en otros sectores, y lo que usted puede hacer por la nutrición

RECUADRO 3.2. Siete maneras en que la comunidad de la nutrición puede contribuir al avance de los ODS

RECUADRO 3.3. Cinco ideas sobre medidas de doble función dirigidas a avanzar en la lucha contra las distintas formas de malnutrición

RECUADRO 3.4. Cinco ideas sobre medidas de triple función dirigidas a avanzar en la consecución de los ODS

Figuras

FIGURA 1.1. Número de países que hacen frente a cargas de malnutrición

FIGURA 1.2. Estadísticas mundiales sobre el estado nutricional y las medidas de comportamiento adoptadas como metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

FIGURA 1.3. Inseguridad alimentaria y malnutrición en las hambrunas y sequías; figura de julio de 2017

FIGURA 2.1. Metas e indicadores mundiales para mejorar el estado y el comportamiento nutricionales

FIGURA 2.2. Progresos globales en la consecución de las metas mundiales de nutrición

FIGURA 2.3. Progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición por número de países en cada categoría de la evaluación, 2017

FIGURA 2.4. Niños menores de 5 años que sufren a) retraso del crecimiento (1990-2016), b) sobrepeso (1990-2016) y c) emaciación (2016), por región

FIGURA 2.5. Prevalencia de la anemia entre las mujeres de 15 a 49 años por país, 2016

FIGURA 2.6. Prevalencia de la obesidad (IMC ≥ 30) en adultos de 18 años o más, por región, 2014

FIGURA 2.7. Prevalencia de la diabetes en hombres y mujeres de 18 años o más, por región, 2014

FIGURA 2.8. Prevalencia de la hipertensión en hombres y mujeres de 18 años o más, por región, 2015

FIGURA 2.9. Ingesta media de sodio, por región, 2010

FIGURA 2.10. Ingesta media de sodio en 193 países por franja de ingesta, 2010

FIGURA 2.11. Cadena de valor de los datos sobre nutrición: ideal, objetivo y limitaciones comunes

FIGURA 3.1. Los 17 ODS

FIGURA 3.2. Cómo se vincula la nutrición a los ODS

FIGURA 3.3. Nutrientes producidos en dos regiones, por categoría de diversidad

FIGURA 3.4. Marco conceptual de los vínculos entre la calidad de la alimentación y los sistemas alimentarios

FIGURA 3.5. Cobertura por distritos del suministro de agua gestionado de manera segura y el saneamiento mejorado al 60% superior y el 40% inferior de los hogares, Bangladesh, 2012

FIGURA 3.6. Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave, por región

FIGURA 3.7. Progresos en la reducción del retraso del crecimiento en situaciones de conflicto

FIGURA 4.1. Asignaciones presupuestarias a intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición, 37/41 países, 2017

FIGURA 4.2. Gasto total en asignaciones específicas y enfocadas a la nutrición, 41 países, 2017

FIGURA 4.3. Déficit estimado de financiación para intervenciones específicas de nutrición con miras a alcanzar las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, 22/41 países, 2017

FIGURA 4.4. Porcentaje de asignaciones enfocadas a la nutrición por sector, 37/41 países, 2017

FIGURA 4.5. Los 10 tipos de programas enfocados a la nutrición con mayor porcentaje de gasto, 37/41 países, 2017

FIGURA 4.6. Corrientes de recursos de la AOD en el sistema del CAD

FIGURA 4.7. Gasto de la AOD estatal y multilateral en intervenciones específicas de nutrición, 2006-2015

FIGURA 4.8. Gasto por donante en intervenciones específicas de nutrición, 2015

FIGURA 4.9. Variación entre 2014 y 2015 en el gasto específico en nutrición efectuado por los países donantes y las instituciones multilaterales

FIGURA 4.10. Gasto de los donantes que facilitan información en intervenciones enfocadas a la nutrición, 2012-2015

FIGURA 4.11. Variación en el gasto de los donantes en intervenciones enfocadas a la nutrición, 2014 y 2015

FIGURA 4.12. Gasto de la AOD en las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, por sector, 2015

FIGURA 5.1. Progresos generales en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2014-2017

FIGURA 5.2. Progresos de cada grupo signatario en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2017

FIGURA 5.3. Compromisos (en la mayoría de los casos del período 2013-2020) y desembolsos (en la mayoría de los casos del período 2013-2015) de los donantes en el proceso Nutrición para el Crecimiento

FIGURA 5.4. Índices de respuesta por grupo signatario, 2014-2017

FIGURA A2.1. Países con las tasas de cobertura más altas y más bajas de las 12 intervenciones y prácticas que hacen frente a la malnutrición materno-infantil, 2017 (basado en los datos del período 2005-2015)

Cuadros

CUADRO 3.1. Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición

CUADRO 4.1. Desembolsos en nutrición comunicados con motivo de los *Informes de la Nutrición Mundial 2014-2017*, en miles de dólares

CUADRO A1.1: Reglas de monitoreo propuestas y clasificación de los progresos conducentes al logro de las seis metas de nutrición

CUADRO A2.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición

CUADRO A3.1: Cobertura de las medidas esenciales para la nutrición



Etiopía



Guatemala



Indonesia



Malawi



Nigeria



Pakistán



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

Senegal (Cellule de Lutte contre la Malnutrition, CLM)



Food and Agriculture
Organization of the
United Nations



wfp.org



World Health
Organization



United Nations System Standing Committee on Nutrition



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada



Government of the Netherlands



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



THE AGA KHAN UNIVERSITY



Centre for
Food Policy
Educating, researching & influencing
for integrated and inclusive food policy

Countdown to 2030
Maternal, Newborn & Child Survival



UNIVERSITAS
INDONESIA



WORLD BANK GROUP