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

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

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

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

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

Los autores de los paneles de este informe son los siguientes: **Alem Abay**, Global Alliance for Improved Nutrition, Ginebra, Suiza; **Harold Alderman**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Richmond Areetey**, University of Ghana, Accra, Ghana; **Fred Arnold**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Daniel Balaban**, UN/WFP Centre of Excellence Against Hunger, Brasilia, Brasil; **Bernard Barrère**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Hannah Blencowe**, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido; **Elaine Borghi**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Howarth Bouis**, International Food Policy Research Institute, Washington, DC, USA; **Kurt Burja**, World Food Programme, Kathmandu, Nepal; **Kent Buse**, UNAIDS, Geneva, Switzerland; **Suman Chakrabarti**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Nueva Delhi, India; **Esi Colecraft**, University of Ghana, Accra, Ghana; **Patricia Constante Jaime**, Universidade de São Paulo, Brasil; **Camila Corvalan**, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Jo Creed**, Jamie Oliver Foundation, Reino Unido; **Anne Cross**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Alexis D'Agostino**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, EE. UU.; **Mary D'Alimonte**, Results for Development, Washington, DC, EE. UU:; **Subrat Das**, Centre for Budget and Governance Accountability, Nueva Delhi, India; **Mercedes de Onis**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Claire Devlin**, Department for International Development, Londres, Reino Unido; **Kaia Engesveen**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Marina Ferreira Rea**, Brazilian Center for Analysis and Planning (CEBRAP), São Paulo, Brasil; **Joy Fishel**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Patrizia Fracassi**, secretaría del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Greg S. Garett**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, Ginebra, Suiza; **Valerie Gatchel**l, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza; **Sara Glass**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU.; **Jonathan Glennie**, Save the Children, Londres, Reino UNido; **Germán González**, Secretaría técnica para la seguridad alimentaria y la nutrición (SESAN), Ciudad de Guatemala, Guatemala; **Lawrence Haddad**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Stephen Haslett**, The Australian National University, Canberra, Australia y Massey University, Palmerston North, Nueva Zelandia; **Sir Trevor Hassell**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Corinna Hawkes**, City University London, Reino Unido; **Siemon Hollema**, Programa Mundial de Alimentos, Bangkok, Tailandia; **Yves Horent**, Department for International Development, Londres, Reino Unido; **Maisha Hutton**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Josephine Ippe**, UNICEF, Nueva York, EE. UU.; **Lindsay Jaacks**, Emory University, Atlanta, GA, EE. UU.; **Geoff Jones**, Massey University, Palmerston North, Nueva Zelandia; **Kayenat Kabir**, Programa Mundial de Alimentos, Dhaka, Bangladesh; **Justine Kavle**, PATH, Washington, DC, EE. UU.; **William Knechtel**, secretaría del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Monica Kothari**, PATH, Washington, DC, EE. UU.; **Sascha Lamstein**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, EE. UU.; **Anna Lartey**, FAO, Roma, Italia; **Joy Lawn**, Amanda Lenhardt, Save the Children, Londres, Reino Unido;

, Pre-nt, Atlali, 3(. UU.;)]TJ EMC /Span &Lang (es-ES)/MCID 396 41BDC /T11 1 Tf [Y)55Pu(e-nt)niundienj EEMC /Span &Lang (es-ES)/MCID 396 41BDC /T12 1 Tf [, Depaitute, Aoer)-17.9(t)nacl DevedvestHortigac

PANELES CONTINUACIÓN

Panel 5.5 Apoyo de las organizaciones no gubernamentales a los programas de micronutrientes en Burkina Faso.....57
VICTORIA QUINN

Panel 6.1 Acciones que parecen haber mejorado el estado nutricional en Ghana69.....B1.S183.1B1.Span.<Ac.....63.....
RICHMOND AREETEY, ESI COLECRAFT Y ANNA LARTEY

Panel 6.2 Reorientar la contratación pública de alimentos hacia la nutrición: el caso de Brasil.....68
DANIEL BALABAN Y MARIANA ROCHA

Panel 6.3 Biofortificación: ¿Cómo superar el ritmo actual?.....69

HOWARTH 221.8 es-ESC

Panel 6.4

FIGURAS CONTINUACIÓN

Figura 7.1 Niveles y fuentes de financiación destinadas a cumplir las metas sobre el retraso en el crecimiento, la malnutrición aguda severa, la anemia y la lactancia materna exclusiva, en todos los países con ingresos bajos y medianos, hasta 2025 78

Figura 7.2 Inversiones adicionales requeridas para concretizar el escenario "Solidaridad internacional" para todos los países con ingresos bajos y medianos, 2016–2025 79

Figura 7.3 Asignaciones presupuestaria para las intervenciones específicas de nutrición y enfocadas a la nutrición, 24 países 80

Figura 7.4 Asignaciones presupuestarias específicas y enfocadas a la nutrición, 24 países 80

Figura 7.5 Asignaciones presupuestarias estimadas para las intervenciones enfocadas a la nutrición, 24 países 81

Figura 7.6 Asignaciones presupuestarias a los sectores enfocados a la nutrición, 16 países 81

Figura 7.7 Contribución de cada sector en las asignaciones enfocadas a la nutrición, 24 países 82

Figura 7.8 Relación entre las asignaciones ponderadas por niño menor de cinco años enfocadas a la nutrición y gastos de las administraciones públicas per cápita 82

Figura 7.9 Gastos específicos de nutrición por donante, 2014 86

Figura 7.10 Gastos de la APD de los donantes a las intervenciones específicas a la nutrición, 2005–2014 87

Figura 7.11 Evolución de los gastos específicos de la nutrición de los donantes nacionales y multilaterales, 2013–2014 88

Figura 7.12 Fuentes de los gastos para las enfermedades cardiovasculares, promedio de ocho países con ingresos bajos 91

Figura 7.13 Ayuda de los donantes para todos los desafíos sanitarios y las ENT, 2000–2014 92

Figura 7.14 Gastos de APD en las ENT orientadas a la nutrición, por sector, 2014 93

Figura 8.1 Número de indicadores de los ODS de gran pertinencia para la nutrición, por objetivo 96

Figura 8.2 Indicadores de los ODS pertinentes para la nutrición 97

Figura 8.3 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, según el quintil de riqueza 101

Figura 8.4 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en medio rural o urbano, por orden de diferencia 102

Figura 8.5 Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función de la edad de la madre al dar a luz, por orden de diferencia 102

Figura 8.6 Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del nivel escolar de la madre, por orden de prevalencia en los niños cuya madre no ha recibido ninguna educación 103

Figura 8.7 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia 103

Figura 8.8 Sobrepeso en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas 104

Figura 8.9 Lactancia materna exclusiva, según el sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas 104

Figura 8.10 Prevalencia del retraso en el crecimiento en función de las regiones subnacionales con la tasa más baja y la más alta, por orden de diferencia 106

Figura 8.11 Tasa de retraso en el crecimiento y de emaciación en los Estados frágiles y los no frágiles 108

Figura 8.12 Número de personas desplazadas por las guerras 109

CUADROS

Cuadro 1.1 Forjar un compromiso mundial en materia de nutrición 4

Cuadro 1.2 Principales estrategias y políticas públicas sobre seguridad alimentaria y nutricional en Brasil 10

Cuadro 2.1 Estado mundial de la nutrición 16

Cuadro 2.2 Progresos mundiales con respecto a las metas globales de nutrición 16

Cuadro 3.1 Número de países con objetivos sobre obesidad en adultos, diabetes en adultos y reducción del consumo de sal, por región de la OMS 27

Cuadro 4.1 Compromisos financieros de los donantes en la cumbre N4G e informes presentados sobre dichos compromisos 37

Cuadro 4.2 Cuatro ejemplos de compromisos SMART de doble función para la lucha contra la desnutrición y la obesidad/las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición 41

Cuadro 5.1 Cobertura de las intervenciones y prácticas para combatir la malnutrición materna e infantil 54

Cuadro 6.1 Umbrales para los determinantes subyacentes correspondientes a una tasa estimada de retraso en el crecimiento inferior al 15 % 65

Cuadro 6.2 Número de países por número de vulnerabilidades 66

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

MATERIAL SUPLEMENTARIO EN INTERNET

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

PERFILES NUTRICIONALES

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

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

ABREVIATURAS

[illegible]	ayuda alimentaria humanitaria
[illegible]	Asamblea Mundial de la Salud
[illegible]	atención prenatal
[illegible]	Ayuda oficial para el Desarrollo (Banco Mundial)
[illegible]	atención posnatal
[illegible]	Afar Salt Producers Mutual Support Association
[illegible]	Access to Nutrition Foundation
[illegible]	Índice de Acceso a la Nutrición
[illegible]	Banco Mundial
[illegible]	Bill & Melinda Gates Foundation
[illegible]	Bajo peso al nacer
[illegible]	Centro de Gobernanza Presupuestaria y Rendición de Cuentas
[illegible]	Coalición Caribe Saludable
[illegible]	Children's Investment Fund Foundation
[illegible]	Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (FAO)
[illegible]	Sistema de notificación de los países acreedores
[illegible]	asistencia de los donantes para la salud
[illegible]	Día de la Salud Infantil
[illegible]	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
[illegible]	Encuesta de Demografía y Salud
[illegible]	Programa para los niños más vulnerables en América Central
[illegible]	ensayo aleatorio controlado
[illegible]	Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales
[illegible]	enfermedad no transmisible
[illegible]	Redes para políticas fundamentadas en evidencia
[illegible]	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
[illegible]	Marco de Acción
[illegible]	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
[illegible]	Fondo Mundial para la Investigación sobre Cáncer
[illegible]	Base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales
[illegible]	Informe de la Nutrición Mundial
[illegible]	puntuaciones Z para el indicador peso/edad de los niños
[illegible]	programas de alimentación escolar con productos locales
[illegible]	Helen Keller International
[illegible]	Red Internacional de Grupos de pro Alimentación Infantil
[illegible]	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
[illegible]	Instituto de Evaluación y Métricas de Salud
[illegible]	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
[illegible]MC	Índice de Masa Corporal

[illegible]	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
[illegible]	Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil
[illegible]	Herramienta de vidas salvadas
[illegible]	Malnutrición Aguda Moderada
[illegible]	Malnutrición Aguda Severa
[illegible]	Encuesta a base de indicadores múltiples
[illegible]	Marco Integrado Mejorado
[illegible]	Manejo integrado de enfermedades infantiles

RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad, pocos son los obstáculos a los que se enfrenta la comunidad mundial que puedan compararse en magnitud con el de la malnutrición, una condición que afecta directamente a una de cada tres personas. La malnutrición se manifiesta de distintas formas: retraso en el crecimiento y el desarrollo de los niños; personas esqueléticas o propensas a las infecciones; personas con exceso de peso o con riesgo de enfermedades crónicas debido al consumo excesivo de azúcar, sal o grasa; e incluso personas con carencias de vitaminas o minerales de importancia. La malnutrición y la alimentación constituyen claramente los mayores factores de riesgo para la carga mundial de morbilidad (CMM): cada país se enfrenta a un serio problema de salud pública debido a la malnutrición. Cada año, las consecuencias económicas implican pérdidas

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

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

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

El informe respalda el llamado a una revolución de datos en el ámbito de la nutrición. La escasez de datos nos impide identificar y obtener beneficios de los progresos reales tanto a nivel nacional como mundial. Además, esconde desigualdades dentro de los países, lo que hace aún más difícil que los gobiernos conozcan su situación y que se les considere totalmente responsables. El informe recomienda desglosar los datos para saber dónde existe exactamente la malnutrición: en un análisis de más de 50 países, la tasa de retraso en el crecimiento en la región subnacional con el índice más alto es tres veces mayor que la de la región subnacional con el índice más bajo. En 13 países, las tasas de retraso en el crecimiento en el quintil más rico de la sociedad superaron el 20 %, contradiciendo la noción de que el ingreso más alto equivale necesariamente a una buena nutrición. Nos enfrentamos a una ausencia significativa de datos relacionados con el gasto en acciones enfocadas a la nutrición y en acciones para luchar contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; la cobertura y el impacto de los programas que combaten todas las formas de malnutrición; el estado nutricional de 60 millones de personas desplazadas por los conflictos bélicos; y la prevalencia de la malnutrición y las tendencias en los estados frágiles. Por último, nuestros conocimientos no bastan para tratar de entender los episodios de éxito y de estancamiento y los determinantes subyacentes de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles.

LLAMADO A LA ACCIÓN

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

Estamos en “la mala vía” para alcanzar las metas en nutrición. Por ejemplo, la anemia está disminuyendo tan lentamente que, al ritmo actual, estaremos más cerca de alcanzar la meta mundial en 2130 que en 2030. Lejos de disminuir, la obesidad y el sobrepeso

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

2 Invertir más y asignar mejor los fondos.

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

3 R

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

Imaginemos que surge una nueva enfermedad que amenaza el potencial de una de cada tres personas y afecta a todos los grupos de edad y a todos los países del mundo. Imaginemos que el presidente del Banco Mundial equipara esta enfermedad a un azote que "memoriza para siempre la desigualdad en el cerebro de los niños". Ahora imaginemos que, a pesar de que disponemos de abundantes

objetivos. Si la comunidad de la nutrición es capaz de ayudar a los socios del desarrollo en éstos y otros ámbitos a agilizar la evolución

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

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

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

En la Figura 1.2 se muestra la evolución del perfil nutricional de la población brasileña donde puede apreciarse que el compromiso ha dado sus frutos: la lactancia materna exclusiva (< 6 meses) registró una mejora notable al aumentar del 2 % en 1986 al 39 % en 2006; las tasas de retraso en el crecimiento descendieron del 19 % en 1989 al 7 % en 2007; las tasas de emaciación se sitúan en un nivel muy reducido, en el 2 %. En 2014, el país alcanzó las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 relativas a la pobreza y al hambre. No obstante, también se han producido algunos cambios negativos: el sobrepeso y la obesidad en adultos son elevados (actualmente del 54 % y el 20 %, respectivamente) y siguen aumentando. La anemia se mantiene en un 20 %, mientras que el riesgo de la inseguridad alimentaria y nutricional sigue siendo un problema en determinadas comunidades.

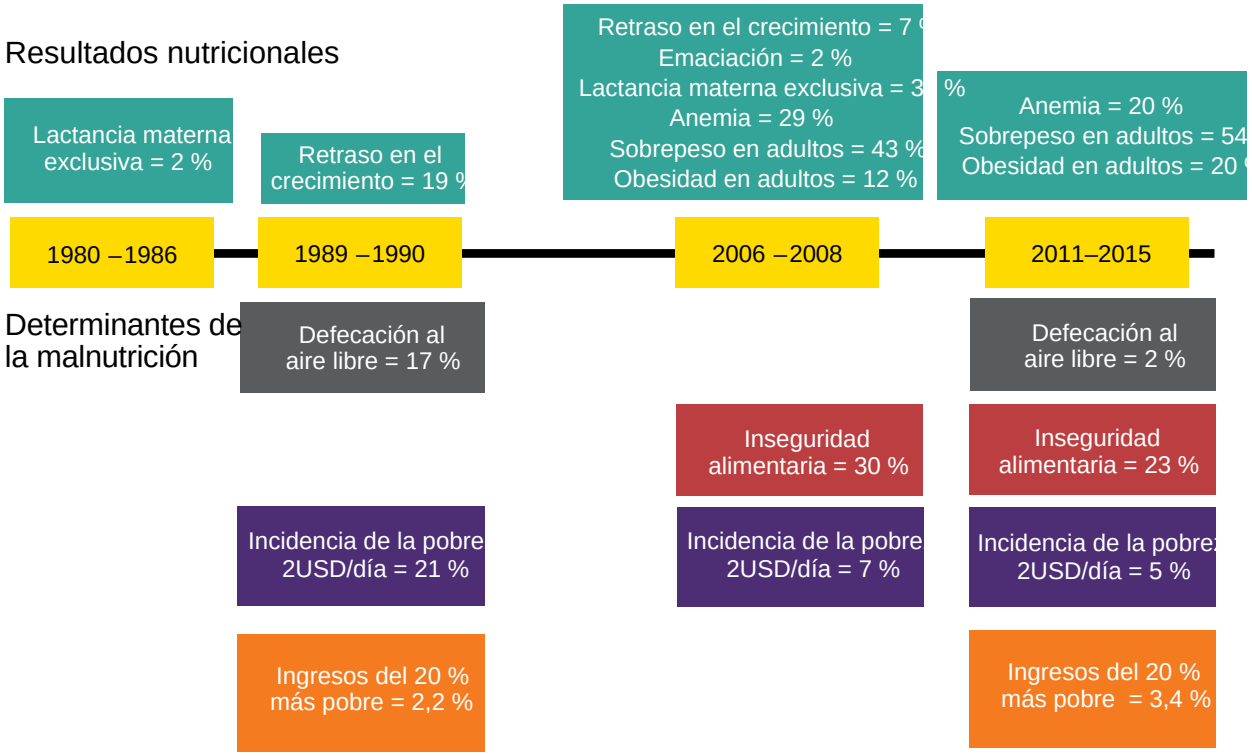
La transformación del perfil nutricional de la población brasileña puede explicarse por una serie de factores subyacentes, tanto positivos como negativos. Entre ellos se encuentran la reducción de la pobreza (Figura 1.2), la globalización y las políticas públicas. Desde la década de 1980, Brasil ha adoptado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

PANEL 1.4

Cuadro 1.2 se proporcionan algunos ejemplos de políticas relativas a la seguridad alimentaria y nutricional. Varias de las políticas públicas aplicadas para alcanzar estas metas se han centrado en fortalecer la contratación pública, tal como se describen en el Panel 6.2 del Capítulo 6. Entre los enfoques generales adoptados, se destacan la estrategia "Hambre cero" emprendida en 2003 y la promulgación en 2010 de una ley por la que se consagra el derecho a la alimentación en la Constitución de Brasil (Brasil es uno de los tres únicos países del mundo en promulgar una ley de estas características). La ley del derecho a la alimentación confiere al pueblo el derecho a no padecer hambre ni malnutrición y a tener acceso a una alimentación saludable y adecuada.

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

FIGURA 1.2 Evolución del estado nutricional y de los determinantes de nutrición en Brasil, 19



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

CUADRO 1.2

PANEL 1.5 CÓMO SE FORJÓ EL COMPROMISO POLÍTICO DE BRASIL CONTRA LA MALNUTRICIÓN

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME Y MARINA FERREIRA REA

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

Seguridad alimentaria y nutricional

Gran parte de la dinámica que explica este respaldo político surgió desde la base, de las organizaciones no gubernamentales y de los movimientos sociales. Estos grupos de la sociedad civil realizaban campañas activas en favor de la seguridad alimentaria desde la década de 1950. La labor derivada de su movilización desembocó en la primera Conferencia Nacional sobre Alimentación y Nutrición en 1986, en cuya ocasión se modi có o cialmente la meta de la seguridad alimentaria, que pasó a denominarse "seguridad alimentaria y nutricional", colocando a la nutrición en un lugar mucho más destacado de la agenda política. En 1996, la delegación o cial de Brasil en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, celebrada en Roma, incluía a miembros tanto del gobierno como de la socie dad civil (CONSEA 2009). Uno de los-resulta dos de esta conferencia fue el establecimiento en 1998 del Foro Brasileño sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional (FBSAN), una asociación nacional que reunía a organizaciones sociales, investigadores, funcionarios públicos y otros profesionales. Este foro desempeñó un papel fundamental en la apertura de un espacio para el diálogo político, la movilización y la innova ción entre organizaciones de la sociedad civil. El común denominador de estas entidades era su creencia en la importancia de las políticas y la institucionalización de los programas para garan tizar el derecho a la alimentación de manera sostenible.

Este compromiso político aumentó con la llegada al poder de un gobierno que hizo de la seguridad alimentaria y nutricional una prioridad. En 2002, el Presidente Lula da Silva accedió al poder con la promesa de acabar con el hambre. Creó un ministerio –el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre– para cumplir su promesa, e invitó a varios miembros destacados de organizaciones de la sociedad civil a ocupar cargos públicos relacionados con el tema. El programa Hambre cero se creó no sólo como un programa social, sino como un modelo de desarrollo económico. La idea era aumentar la demanda de alimentos para luchar contra la inseguridad alimentaria de los hogares, por ejemplo incrementando el poder adquisitivo a través del programa de transferencias monetarias *Bolsa Família* ampliando el programa de comedores escolares, al tiempo que se trataba la pobreza de las familias campesinas, que pobreza de amings (FAmiemO el P)dea .1era icas y la de esta

¿Qué factores hicieron posible la materialización de este compromiso político con la elaboración y aplicación de políticas públicas? Varios elementos parecen haber desempeñado un papel clave: la implicación de la sociedad civil (que en Brasil recibe el nombre de "participación social"); la creación de estructuras de gobernanza intersectoriales dentro del gobierno y en interacción con la sociedad civil; y la existencia de datos empíricos epidemiológicos en relación con el problema. Estos mismos elementos explican el compromiso político con diferentes aspectos de la malnutrición: la seguridad alimentaria y nutricional, la obesidad y la lactancia materna. En el Panel 1.5, se proporciona información más detallada sobre los factores subyacentes a este compromiso.

fomentar el establecimiento de compromisos que marquen la diferencia.

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES 2C

PANORAMA DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL: EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS

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

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

TAL COMO SE HA INDICADO EN EL CAPÍTULO 1, LA DEFINICIÓN DE METAS CONSTITUYE UNA MANIFESTACIÓN DEL COMPROMISO POLÍTICO. LOS PAÍSES YA HAN SUSCRITO UNA SERIE DE compromisos a n de lograr las metas globales de nutrición para 2025 (Panel 2.1).

CUADRO 2.1 Estado mundial de la malnutrición

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

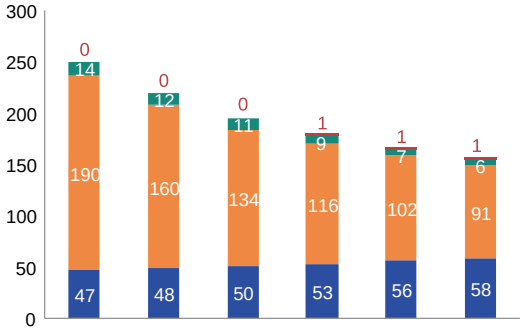
Fuente: Las cifras de retraso en el crecimiento, sobrepeso, emaciación y emaciación severa proceden de las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil de 20 con datos estimados de 2014 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015); las cifras de anemia provienen de Stevens et al. (2013), con datos estimados de 2011; los dato lactancia materna exclusiva provienen de UNICEF (2016b); los datos sobre bajo peso al nacer provienen de la última nota de orientación de la Organización Mundial Salud (OMS) sobre la materia (OMS 2014a); los datos de sobrepeso, obesidad y diabetes en adultos provienen de la OMS (2014b).

Nota: ND = no disponible; no hay cifras mundiales sobre el número de personas que sufren diabetes y el número de lactantes que reciben lactancia materna exclusiv en correlación con los porcentajes. No hay datos comparables de 1990 para la emaciación en menores de cinco años, la emaciación severa en menores de cinco añ la anemia en mujeres en edad reproductiva. Según las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil para 2015 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015), había 66 millones de niños menores de 5 años en el mundo.

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

Meta e indicador	Año de referencia	Estado de referencia	Meta para 2025	¿En buena o mala vía?	Base de evaluación
Retraso en el crecimiento Reducir un 40 % el número de menores de 5 años con retraso en el crecimiento	2012	162 millones	~100 millones (actualmente 159 millones)	En mala vía	Tasa de reducción actual insu ciente para alcanzar los 100 millones en 2025
Emaciación Reducir y mantener la emaciación infantil por debajo del 5 %	2012	8 %	< 5 % (actualmente 7,5 %)	En mala vía	Tasa de reducción actual insu ciente para alcanzar una reducción del 5 % en 2025
Sobrepeso en menores de 5 años Detener el aumento del sobrepeso infantil	2012	7 %	Sin aumento (actualmente 6,1 %)	En mala vía	Proporción de referencia para 2012 revisada del 7 % al 5,9 % en las estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil (ECMI) para 2015; tasa actual ligeramente superior a este umbral y, como tal, en mala vía
Anemia					

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



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

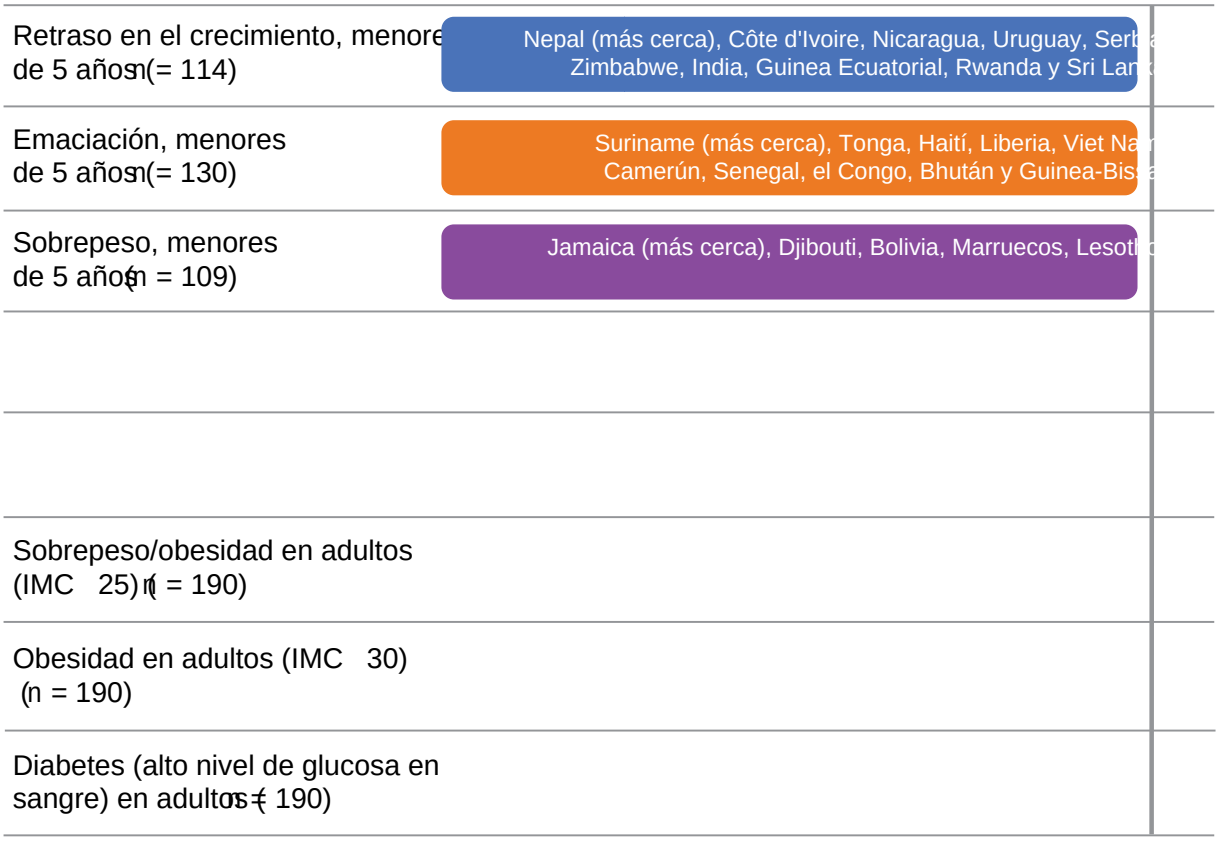
De hecho, de los 24 países que presentan nuevos datos (en las ECMI) desde el Informe de la Nutrición Mundial 2015, sólo uno ha experimentado un cambio de evaluación (de "en buena vía" a "en mala vía, algunos progresos"). Por el contrario, Camerún, Congo, El Salvador, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste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

La Figura 2.3 resume los últimos avances realizados por todos los países en función de las metas globales conforme a las reglas del Informe de la Nutrición Mundial 2015 (ver Anexo 2). En primer lugar, se observa que numerosos países están en buena vía y otros muchos realizan notables progresos en la meta global de la AMS sobre retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, y lactancia materna exclusiva en lactantes menores de seis meses. En segundo lugar, en lo concerniente a los cuatro indicadores restantes (anemia en mujeres de 15–49 años y sobrepeso, obesidad y alto nivel de glucosa en sangre en adultos), casi todos los países se encuentran en mala vía. En tercer lugar, la

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

En la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la revolución de datos debe incluir la nutrición. Los miembros de la comunidad de la nutrición deben buscar todas las oportunidades de implicarse en los procesos de inversión de datos, empezando por el

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



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

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

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

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

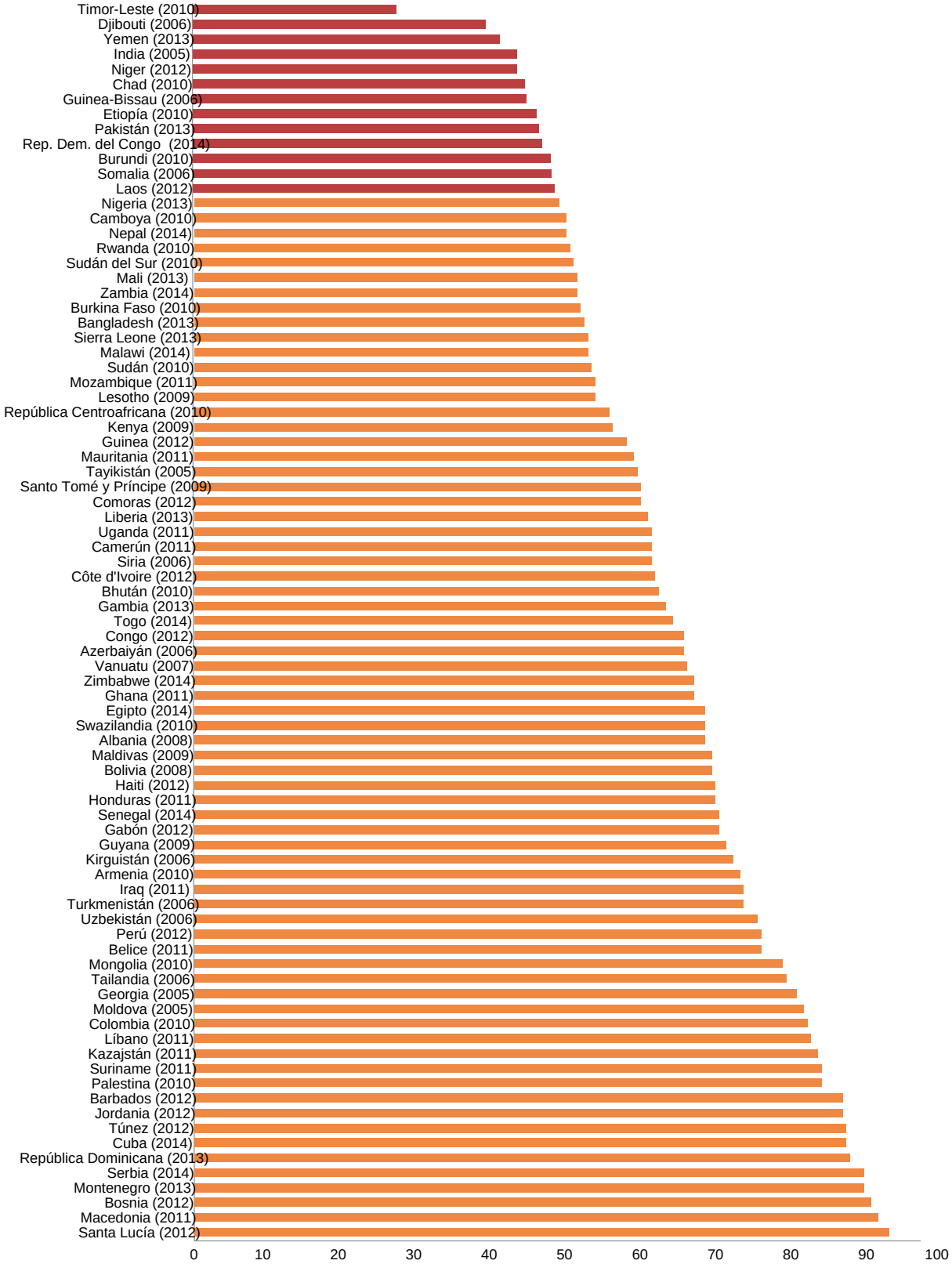
LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Destacar más casos de progreso en materia de nutrición. Cada uno de los países constituye un ejemplo de éxito, fracaso o estancamiento en materia de nutrición que es necesario difundir. Los países bien encaminados para cumplir las metas globales pueden ser una fuente de orientación e inspiración acerca de cómo reducir la malnutrición, mientras que aquellos que no lo están requieren más comprensión y análisis. Los donantes deben instar a los investigadores a llevar a cabo las evaluaciones; las publicaciones deben presentar los informes; y los grandes medios de comunicación deben divulgar las conclusiones. La necesidad de apoyarse en historias creíbles se hace sentir especialmente cuando los indicadores revelan un estancamiento o empeoramiento de la situación. Habida cuenta de esta necesidad urgente de casos exitosos, para el año 2018 debe financiarse un gran programa de investigación multianual y multipaís centrado en conocer las causas del cambio o de su ausencia.
2. Invertir en más y mejores datos para evaluar los progresos. La disponibilidad de datos comparables a escala internacional sobre los resultados nutricionales sigue siendo deficiente, ya sea porque los datos de alta calidad no son recolectados a escala nacional, ya sea porque no se notifican a las Naciones Unidas; sin embargo, estos datos resultan esenciales para garantizar la responsabilidad.
   - Deben realizarse encuestas referidas a las tasas de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, y lactancia materna exclusiva, al menos cada tres a cinco años. Se precisan más encuestas para evaluar la anemia. Los organismos de financiación de las encuestas demográficas y sanitarias, encuestas a base de indicadores múltiples y otras encuestas similares deben prepararse para mejorar su coordinación y responder a la demanda gubernamental de encuestas cada tres años. Los países aquejados por altas cargas de malnutrición y con datos de más de cinco años de antigüedad deben ser una prioridad en la recopilación de información.
   - En 2020, los datos de todos los países de ingresos altos deberán ser compatibles con las bases de datos de las Naciones Unidas.
   - En los próximos 12 meses, los campeones de la nutrición dentro de las Naciones Unidas y los organismos multilaterales deben reforzar la presencia de la nutrición en el debate existente sobre la “revolución de datos” para evitar que esta materia quede rezagada. Este esfuerzo podría empezar por el Foro Mundial de Datos de Desarrollo Sostenible, que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2016.

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

3. Iniciar una evaluación anual del progreso nacional en materia de nutrición. Los países deberán plantearse la preparación de informes nacionales anuales sobre nutrición y emplear esos datos para evaluar los progresos y constatar las prácticas de éxito, ajustar las tácticas y los presupuestos, modificar los planes nacionales de nutrición y rendir cuentas de los progresos.

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



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

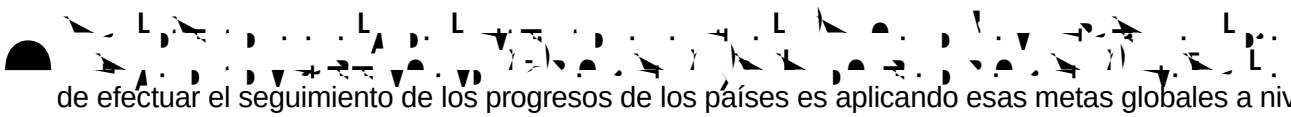
Nota: Las barras rojas indican los años/países donde el porcentaje de niños entre seis y 59 meses de edad que escapan al retraso e

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

CONCLUSIONES CLAVE

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

•



de efectuar el seguimiento de los progresos de los países es aplicando esas metas globales a nivel nacional. Sin embargo, los objetivos de nidos por los propios países probablemente sean herramientas más e caces para promover la responsabilidad. Por de nición, los objetivos autogenerados obtienen un mayor grado de adhesión y apropiación por parte de los gobiernos nacionales que los de nidos externamente. Estos objetivos son más útiles para la responsabilidad nacional cuando son SMART (es decir, especí cos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo).

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

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

Desde la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) monitorea la elaboración y la implementación de los planes nacionales de acción en materia de nutrición[1]. La OMS ha analizado los planes de nutrición para evaluar cuántos países tienen objetivos para las seis metas globales sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, bajo peso al nacer, anemia en mujeres en edad reproductiva y lactancia materna exclusiva. También ha evaluado si estos objetivos son SMART (es decir, si son especí cos, lo que en esta fase signi ca que están alineados con los objetivos globales previstos en los marcos mundiales de vigilancia de la OMS; medibles, con la incorporación de una base de referencia[2] y un valor nal; y limitados en el tiempo, con la especi cación de un marco temporal determinado[3]).

El equipo de la OMS ha identi cado 122 planes nacionales de (cesotadoO8

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

OBJETIVOS NACIONALES SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN

Los objetivos globales sobre enfermedades no transmisibles se establecieron dentro del marco mundial de vigilancia de enfermedades no transmisibles basándose en los resultados históricos de los países del percentil 10 mejor clasi cados para ayudar a de nir el nivel de éxito que puede lograrse para 2025

PANEL 3.2 PLANIFICACIÓN NACIONAL PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD EN KENYA

LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU Y ABIGAIL PERRY

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

El gobierno empieza a tomar medidas, las cuales siguen siendo una excepción en la región. En 2015, el ministerio de salud publicó la Estrategia Nacional de Kenya para la Prevención y el Control de las ENT 2015-2020, con el objetivo establecido de detener el aumento de la obesidad y la diabetes en adultos. Este objetivo es parecido al de la obesidad definido en el marco mundial de vigilancia de enfermedades no transmisibles. El Plan de Acción Nacional de Nutrición (2012–2017) (Kenya, Ministerio de Salud Pública y Saneamiento 2012) enumera una serie de actividades específicas para abordar el aumento del sobrepeso y la obesidad en Kenya, a saber: revisar, desarrollar y divulgar una estrategia global y directrices de prevención, gestión y control de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; formar a los prestadores de servicios y sensibilizar a la población sobre la importancia de prevenir, gestionar y controlar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; potenciar el diagnóstico del índice de masa corporal (IMC) y de la circunferencia de la cintura en las comunidades; y mejorar la nutrición en las escuelas (es decir, revisar, desarrollar y divulgar las directrices de nutrición en las escuelas, movilizar los recursos para sostener los programas de alimentación óptimos e integrar la educación nutricional en los planes de estudios).

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

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

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

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

OBJETIVOS SUBNACIONALES

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

Las Misiones de Nutrición de los Estados indios son ejemplos

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

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

NEHA RAYKAR Y PURNIMA MENON

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

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

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

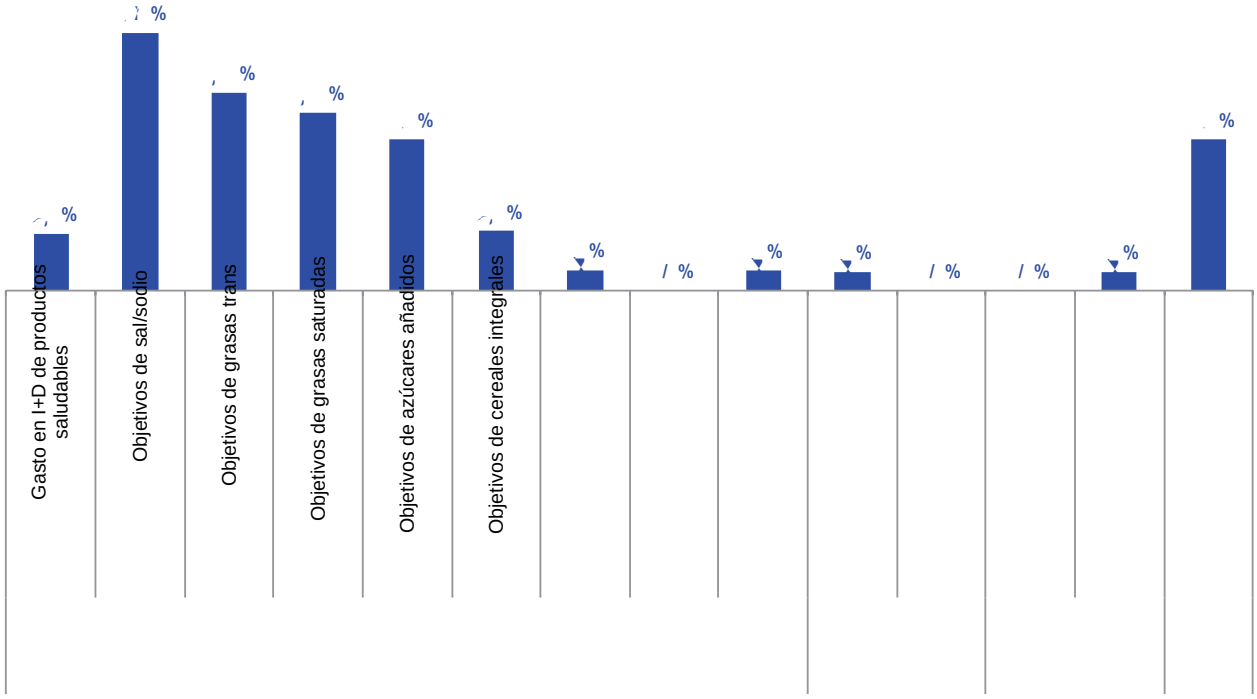
El índice ATNI mundial de 2016 puntúa a 22 empresas en función de objetivos de nidos en 14 ámbitos con vistas a la consecución de metas más cuantitativas. La Figura 3.3 muestra que, por lo general, las empresas carecen de objetivos claros y medibles establecidos o publicados.

En cuanto a la composición nutricional de los productos, el 62 % de las empresas (13 de las 21 para las cuales es relevante) tiene objetivos de nidos para la reducción del nivel de sal (o sodio) en sus productos. Diez de las 21 empresas, cerca del 50 % de las empresas más importantes, tienen de nido un objetivo sobre grasas trans. Por último, mientras algunas han de nido objetivos para reducir las grasas saturadas o el azúcar, casi ninguna lo ha hecho a n de aumentar los niveles de los ingredientes más saludables (como cereales integrales, bra, frutas y verduras).

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

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

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



LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. **Definir más objetivos SMART.** Todos los gobiernos nacionales deben establecer objetivos nacionales SMART sobre retraso en el crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, anemia, sobrepeso infantil, obesidad en adultos, diabetes y reducción del consumo de sal antes del nal de 2017. Además de ser ambiciosos, estos objetivos deben ser alcanzables y estar alineados.
2. **Establecer más objetivos subnacionales.** Los planes nacionales de nutrición deben desarrollar e incorporar los objetivos de aportes y resultados de nutrición correspondientes a las grandes regiones administrativas.
3. **Las empresas fabricantes de alimentos y bebidas deben definir y comunicar un mayor número de objetivos SMART para mejorar la nutrición.** Los aspectos clave son el cumplimiento del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, disminuciones signi cativas de la publicidad y la comercialización destinadas a los niños, y la reducción de los niveles de azúcar, sal y grasas en todas las líneas de productos. Asimismo, las empresas deben publicar de forma clara estos objetivos y su grado de cumplimiento. La próxima evaluación del Índice de Acceso a la Nutrición deberá revelar progresos sustanciales en estos ámbitos de las 22 principales empresas mundiales fabricantes de alimentos y bebidas evaluadas.

4

Londres la cumbre "Nutrición para el Crecimiento: Combatir el hambre por medio de las empresas y la ciencia" (conocida como N4G). El objetivo de esta cumbre fue establecer una "declaración fundadora por parte de los dirigentes, con la intención de ampliar el compromiso político, aumentar los recursos e iniciar urgentemente acciones en materia de nutrición" (Reino Unido 2013a, 1).

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

El Informe de la Nutrición Mundial se instauró en el marco de esta cumbre, en parte con el cometido de monitorear la evolución de dichos compromisos, y los Informes de la Nutrición Mundial de 2014 y 2015 brindaron una evaluación de los progresos logrados en su implementación. En este informe, evaluamos los avances en la implementación de los compromisos asumidos entre 2015 y 2016, y comparamos los progresos logrados a lo largo de los tres años de notificaciones, a partir de los informes presentados por las partes interesadas (ver detalles sobre la metodología en el Anexo 7 [en línea]). Además, a la luz de las futuras cumbres N4G y de las recientes evoluciones de la SegD 48EMC /MCIDfe864 BDC /Span8tr

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

CONCLUSIONES CLAVE

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

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

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

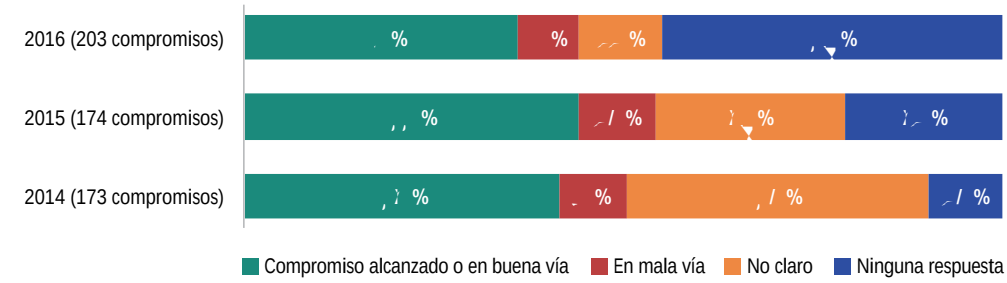
  - 9 de cada 12 donantes están en buena vía,
  - 6 de cada 7 agencias de las Naciones Unidas están en buena vía,
  - 9 de cada 21 gobiernos nacionales están en buena vía,
  - 7 de cada 11 organizaciones de la sociedad civil están en buena vía, y
  - 7 de cada 29 empresas están en buena vía de cumplir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

  Con respecto a los compromisos financieros de los donantes:

  - 10 donantes cumplieron alrededor del 61% de sus compromisos N4G por un total aproximado de 20.000 millones de dólares estadounidenses;
  - si se excluye a los Estados Unidos de América y al Banco Mundial de esta evaluación (compromisos establecidos para el período 2013 - 2015), los ocho donantes restantes han cumplido cerca de una tercera parte de sus compromisos N4G y
  - este resultado es alentador, pero el Banco Mundial y los Estados Unidos de América deberán asumir nuevos compromisos SMART, más ambiciosos, a partir de 2016.
- Este año, las partes interesadas fueron menos numerosas al comunicar sus progresos con respecto a los compromisos N4G (solo el 65 %) con una particular disminución de las respuestas provenientes de las empresas. Este fenómeno puede explicarse por un "cansancio frente a las reiteradas solicitudes de informes" o los ciclos irregulares de presentación de los informes N4G.
- En su mayoría, los compromisos N4G no son SMART y, por lo tanto, son difíciles de monitorear. De hecho, solo el 29% de los compromisos N4G de 2013 son SMART.
- En su mayoría, los compromisos N4G no especifican los tipos de malnutrición que tratan de combatir. Cuando lo llegan a especificar, los compromisos se centran en el retraso en el crecimiento, la emaciación y la lactancia materna exclusiva. Los compromisos N4G no luchan contra la malnutrición en todas sus formas: la obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles brillan por su ausencia.
- Por ende, se impone la necesidad de una evolución de los compromisos N4G de 2013 existentes hacia un nuevo grupo de compromisos unificados para combatir la malnutrición en todas sus formas. El Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento en Brasil y el establecimiento de las metas de los ODS a escala nacional representan excelentes oportunidades para garantizar que los futuros compromisos sean SMART y que traten la malnutrición en todas sus formas.

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

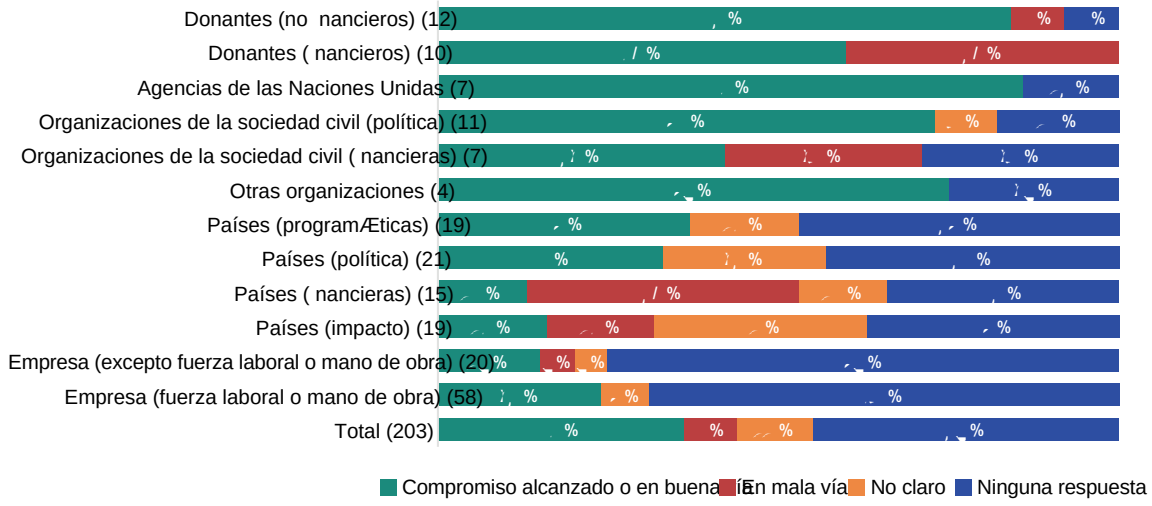
FIGURA 4.1 Progresos globales con respecto a los compromisos N4G en 2014, 2015 y 2016



Fuente: Los autores.

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

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



Fuente: Los autores.

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

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

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

PROGRESOS MUNDIALES

En la evaluación de 2016, un número inferior de partes interesadas (36 %) notificó estar en "buena vía" o haber cumplido con sus compromisos en 2014 y 2015, en parte debido a un índice de respuesta más bajo (Figura 4.1[1]). Además, un 19 % de los compromisos estaban en "mala vía" o se habían considerado poco claros debido a la falta de pruebas brindadas para realizar la evaluación.

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

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

PANEL 4.2 E

Este año, donantes, organizaciones de la sociedad civil, agencias de las Naciones Unidas y "otras" organizaciones han registrado progresos en la realización de sus compromisos políticos y programáticos. Entre un 57 y un 86 % de ellos indicaron estar en buena vía o haber cumplido con sus compromisos (Figura 4.2). A diferencia de 2015, una proporción más importante de organizaciones de la sociedad civil se consideró en buena vía de cumplir con sus compromisos políticos (73 %) en comparación con sus compromisos financieros (42 %). Al igual que en 2015, un mayor número de gobiernos fueron evaluados en una mejor vía con respecto a sus compromisos programáticos y de políticas, en comparación con los compromisos de impacto y los financieros.

Los signatarios que habían contraído compromisos financieross 5368 ƀDC -0.0.susb y un 8N4G,MC bto a sus to(omier)ganizacionier(42 %).

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

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

CARACTERÍSTICAS SMART DE LOS COMPROMISOS N4G PARA LA ACCIÓN

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

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

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

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

Lamentablemente, como indicado en el

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

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

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

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

CONCORDANCIA DE LOS COMPROMISOS N4G CON LAS RECOMENDACIONES DE LA CIN2

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

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

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

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

Los otros compromisos N4G estaban dispersos en las 14 categorías de acciones restantes, aunque ninguno se relacionaba con la anemia, el sobrepeso infantil, las iniciativas WASH o el comercio y las inversiones internacionalesTj EMC /Span <</Lang (es-ES)/MCID 597/<</Lang (es-ES)/MCID 5967 BDC 0 Tc (-)Tj EMR9d0cuando estas

CONCLUSIONES CLAVE

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

La gobernanza intersectorial también se recomienda para

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

PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

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

En el Informe de la Nutrición Mundial 2014, examinamos la implementación en los 193 países de la Convención 183 de la Organización Mundial del Trabajo, que ja normas en materia de licencias de maternidad (IFPRI 2014). Pudimos observar que la con vención, que obliga a los países a garantizar 14 semanas de licencia de maternidad remuneradas a un monto equivalente al 66 % de los ingresos anteriores de la mujer y nanciadas por la seguridad social o por ingresos generales, había sido rati cada por 86 países (el 51 % de los 169 países con datos). La rati cación es solo el primer paso, puesto que cada país rati cante debe aplicar las disposiciones mediante sus leyes o regulaciones nacionales. En este informe, nos basamos en el análisis del Informe de la Nutrición Mundial 2014 para examinar los datos sobre dos indicadores adicionales para medir políticas laborales que fomentan la lactancia materna tras el retorno de la mujer al trabajo después de dar a luz: derecho a pausas de lactancia remuneradas y a estructuras adaptadas para el cuidado de los hijos proporcionadas por el empleador. Se ha observado que la garantía de contar con pausas de lactancia remu neradas está relacionada ado ara. (eSRe(t4 27.569 plicar las d 5a-0.2.569/LanS)/ hab

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

De los 193 países cubiertos por la encuesta de capacidad con respecto a las ENT, el 24 % declara haber implementado las recomendaciones de la OMS de 2010, destinadas a orientar los esfuerzos nacionales para restringir la publicidad de alimentos dirigida a los niños (OMS 2010b). No obstante, los criterios para determinar

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

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

En materia de políticas, un ámbito que ha experimentado un desarrollo signi cativo en los últimos años es/Sp7los úc9(e la r)18(educción del consumo)18(o ex2arme D 6814 >>BDC 0 -1.507 etas sobr)ase,beb[(medaz med(y Desd4. Td unoale zaos ueve pa , Mde Axi5 ex8(evamen)-5( )]TJ EMC /Span <</Lang (es-ES)/MC4D 6831 >>BDC dalimes sobrciulars uubúntsativD

PANEL 5.3

Número de países con datos

CUADRO [illegible] Cobertura de las intervenciones y políticas para combatir la malnutrición materna e infantil Indicador de cobertura

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

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

PANEL 5.4

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

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

Sin embargo, hacia nes de 2014, más del 95 % de los hogares tenía acceso a la sal yodada (conteniendo una mínima cantidad de yodo) y el 42,7 % de los hogares tenía acceso a una sal adecuadamente yodada. A pesar de que no ha existido una evaluación independiente, este incremento parece obedecer a una mejora en las cadenas de suministro, a una mayor implicación del sector privado, a un compromiso público para restablecer y reforzar la legislación sobre la yodación de la sal, a la participación activa de agencias internacionales como el UNICEF y la mejora en [(Lang (es-ESLang (es-ESMCID 7340 >>BDC ( )Tj EM5 /Span <</Lang (es-ESLanr >>BD7326 >sigo incremCID 73cia eveleES)/MCID * [(4.2(aluación indep

básicos de salud. Muchos sistemas de salud ya se encuentran trabajando activamente en la implementación de intervenciones directas orientadas a la nutrición –por ejemplo, la suplementación con hierro y ácido fólico, con micronutrientes múltiples o con calcio, así como la asesoría en nutrición y en lactancia materna temprana y especialmente la atención prenatal. Este tipo de experiencias también se ha observado en otros servicios (consejos en nutrición infantil, exámenes, referencias y tratamiento de la malnutrición), por lo que resulta oportuno examinar este tema en detalle. Asimismo, existe una muy buena coordinación entre las acciones de los sistemas de salud para reducir la mortalidad infantil, que en el 45 % de los casos obedece a la desnutrición infantil.

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

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

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

A medida que los discursos mundiales y nacionales abordan temas relacionados con el Objetivo 3 de la Agenda de Desarrollo Sostenible ("Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades") y especialmente con la atención sanitaria universal, será importante re exionar sobre lo que esto signi ca también para la implementación de las intervenciones enfocadas a la nutrición. Los sistemas de salud necesitarán estar bien equipados para integrar mejor las intervenciones enfocadas a la nutrición con altas tasas de cobertura en un contexto de mejora de los servicios básicos de salud y de los servicios de salud reproductivos y materno-infantiles. La nutrición y la salud están estrechamente relacionadas y tienen objetivos comunes. Por ello, fortalecer estos vínculos en los sistemas nutricional y sanitario puede resultar bene cioso para las comunidades encargadas de las políticas, los programas y la investigación que están comprometidas con el fortalecimiento de los sistemas de salud o con la intensi cación de la nutrición, o con ambos objetivos.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Fortalecer los grupos especiales ministeriales dedicados al combate contra la malnutrición en todas sus formas. Para nes de 2018, todos los gobiernos nacionales deberán formar grupos especiales interministeriales para implementar políticas nutricionales, así como consejos o comisiones consultivas

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

4.

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

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

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

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

CONCLUSIONES CLAVE

mujeres en relación con la de los hombres y el acceso a mejores

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

RICHMOND ARYEETEY, ESI COLECRAFT Y ANNA LARTEY

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

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

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

- Desde 2008, el gobierno ha aumentado la cobertura de las intervenciones, como la distribución gratuita de mosquiteros para camas tratados con insecticida para mujeres emba-

u3((esdyuda</LCu13LCu1ir as comoespe908 >>BDC dp1as)Tj EMC /Span <</Lang (es-ES)/MCID 754jTm [(Dec pe90baj<</)]TJ EMC -ES)/MCI(e

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

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

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

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

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

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

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

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

El Cuadro 6.3 muestra que adoptar acciones en todos los aspectos de los sistemas alimentarios –y no solo en la agricultura– puede fomentar el consumo de dietas más nutritivas y saludables. Incluye solo algunos cambios potenciales susceptibles de aplicarse. El hecho de centrarse en un pequeño número de cambios dietéticos recomendados y en únicamente cuatro elementos distintos de un sistema alimentario, demuestra la importancia de alinear las acciones para conseguir un mayor impacto en los sistemas alimentarios. Las políticas que aspiran a cambiar la demanda de alimentos de los consumidores también in uyen en los sistemas alimentarios. Algunas de estas políticas se incluyen en el Capítulo 5 y aparecen en el Informe de la Nutrición Mundial de 2015.

Una acción que puede tomarse en el sector de la distribución para ganar in uencia en el sistema alimentario es la implementación de un mecanismo de contratación pública de alimentos. El Panel 6.2, relativo a la contratación pública de alimentos orientada a dietéticaaDa

PANEL 6.2 R

PANEL 6.3 BIOFORTIFICACIÓN: ¿CÓMO SUPERAR EL RITMO ACTUAL?

HOWARTH BOUIS

La bioforti cación consiste en usar técnicas de cultivo convencionales para enriquecer los cultivos de alimentos básicos con mayores niveles de vitamina A, zinc y hierro. Las varieda- des bioforti cadas tienen un alto rendimiento, son rentables para los agricultores y ya están disponibles en numerosos países. Los estudios ofrecen varios ejemplos de e cacia nutricional (van Jaarsveld et al. 2005; Hotz et al. 2012; Beer et al. 2014; De Moura et al. 2014) y un número creciente de instituciones nacionales e interna cionales están integrando la bioforti cación en sus programas y políticas. Los gobiernos africa- nos y asiáticos, el Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos y World Vision están cada vez más convencidos del importante papel que desempeñan los cultivos bioforti cados

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

MDUDUZI MBUYA

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

1. Focalizarse en los resultados de la nutrición: Los programas WASH abordan de forma inherente determinantes subyacentes cruciales en materia de desarrollo y nutrición fetal e infantil y, por lo tanto, están básicamente enfocados a la nutrición. Sin embargo, pueden aprovecharse aún más para acciones de nutrición si se implementan de tal manera que protejan el tiempo de las mujeres: reducir la duración del trayecto para ir a buscar agua de las mujeres puede significar más tiempo para cuidar a sus hijos y realizar otras actividades asociadas con un mejor consumo (Pickering y Davis 2012; OMS, UNICEF y USAID 2015).
2. Centrarse en los primeros 1000 días: Los primeros 1000 días posteriores a la concepción se consideran el punto crítico en el desarrollo de un niño debido al rápido proceso del crecimiento lineal, que refleja el desarrollo cerebral. Los programas WASH dirigidos a este grupo de edad son, por lo tanto, más proclives a alcanzar resultados de la nutrición y prevenir los déficits de desarrollo asociados a retrasos tempranos en el crecimiento.
3. Prestar atención a las relaciones causales entre los componentes WASH y los resultados de la nutrición: Las malas condiciones WASH pueden afectar al estado nutricional debido a diarreas e infecciones parasitarias. Recientemente, se ha determinado que un trastorno intestinal subclínico conocido como enteropatía ambiental es uno de los principales mediadores de la asociación entre los componentes WASH y el retraso en el crecimiento y la anemia (Humphrey 2009). Por lo tanto, centrarse únicamente en los resultados de enfermedades clínicas puede llevar a subestimar el impacto de las intervenciones WASH. De esta manera, los programas WASH deberán implementarse con marcos temporales que permitan evaluar los resultados de la nutrición para introducir cambios o relacionarlos con la incidencia o prevalencia de la diarrea.
4. Alinear las intervenciones WASH con estas relaciones causales: Evitar la ingesta de microbios fecales en los primeros 1000 días de un niño debería ser un objetivo expreso de los programas WASH enfocados a la nutrición. Estudios en zonas rurales de Zimbabwe (Ngure et al. 2013; Mbuya et al. 2015) y en otros lugares sugieren que las

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

Ayuda alimentaria humanitaria

No se ha observado ninguna disminución en el número de personas afectadas por desastres como inundaciones o sequías en la primera década del siglo XXI (Guha-Sapir et al. 2016). Además, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático estima que el cambio climático aumentará la frecuencia y gravedad de dichos acontecimientos (IPCC 2007).

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

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

YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN Y ABIGAIL PERRY

El impacto de El Niño en la malnutrición a lo largo del año 2015 y en lo que llevamos de 2016 ha sido profundo y ha acarreado un impresionante número de casos de malnutrición aguda severa (UNICEF 2016a) TD 0ang 3i(32g (es-ES)/aRrTJ 0.9MC /Span <</Lang (es-ES)/MCID 9095 >>BDC6 T* [(aguda sutr)553.1(Tf3n)a,)37(con)]a

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

Educación

El sector de la educación ofrece oportunidades de mejora de la nutrición a través de las tres opciones identi cadas en la introducción del capítulo: el nivel de los determinantes subyacentes, el enfoque en la nutrición de los determinantes y el uso de las intervenciones en determinantes subyacentes como plataformas para intervenciones directas en nutrición. Es una buena manera de empoderar a las mujeres y de cambiar las normas en materia de nutrición. El Panel 6.6 hace hincapié en las diferentes opciones en este ámbito y en lo que revelan los datos

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

3. Aumentar el conocimiento sobre los determinantes comunes de una mala nutrición. Los investigadores deben crear un marco conceptual uni cado para entender los determinantes subyacentes del sobrepeso/obesidad, la de ciencia de micronutrientes, el retraso en el crecimiento y la emaciación, así como para identi car los determinantes comunes de todas las formas de malnutrición. Ello ayudará a orientar los compromisos especí cos de los gobiernos, los

7 SATISFACER LAS NECESIDADES: FINANCIAR PARA ALCANZAR LAS METAS

UN COMPROMISO SIN FINANCIACIÓN ES SINÓNIMO DE BUENAS INTENCIONES QUE NUNCA TERMINARÁN EN ACTOS. LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN DEBEN implementarse y

CONCLUSIONES CLAVE

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

- Las inversiones enfocadas a la nutrición todavía constituyen una propuesta de alto impacto y gran rentabilidad, con un ratio costo-bene cio de 16:1 y una tasa de rendimiento compuesto de más del 10 % (IFPRI 2014, 2015a).
- El costo que representa descuidar la nutrición es alto y causa pérdidas económicas del 10 % del producto interno bruto. En China, a causa de la obesidad, es probable que las pérdidas del PIB se dupliquen del 4 % en 2000 al 9 %

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

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

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

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

DW1lAn20R3 4Lang (eGLOBALES)04J E43 7TD <<517 0 0, eme les
DW1lAn20R3 4Lang (eGLOBALES)04J E43 7TD <<517 0 0, eme les

adicional de 2.600 millones de dólares por año en los próximos 10 años. Estas medidas podrían aumentar la nanciación pública actual en un factor de 2,3 en un periodo de 10 años y la nanciación de los donantes en un factor de 3,6. La barra central de la Figura 7.1 presenta las estimaciones para ampliar un subconjunto de intervenciones[4] (ver Shekar et al. 2016). Estos múltiplos, asociados a un aumento integral, corresponden a las estimaciones anteriores de los equipos del Banco Mundial y del

FIGURA 7.5 Asignaciones presupuestarias estimadas para las intervenciones enfocadas a

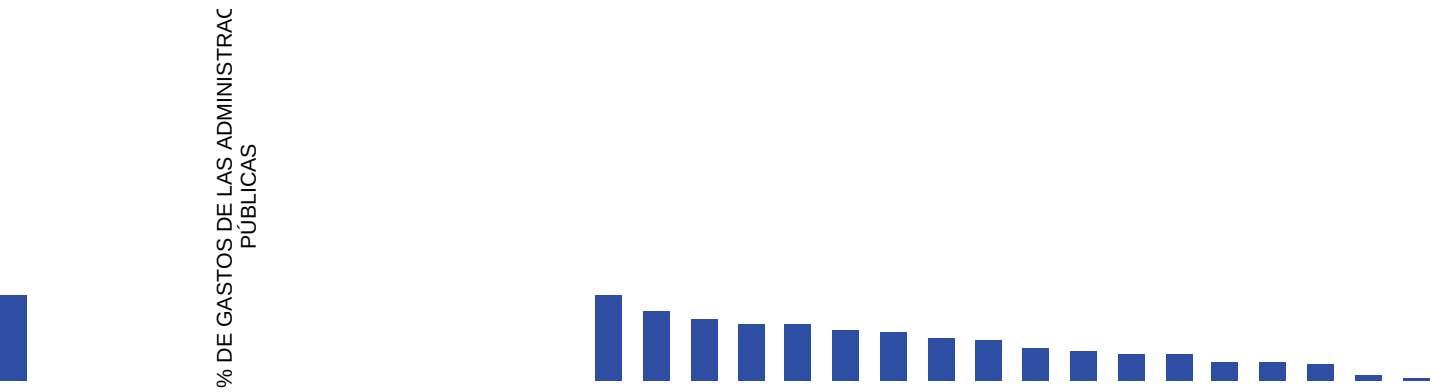


FIGURA 7.8 Relación entre las asignaciones ponderadas por niño menor de cinco años enfoca
gastos de las administraciones públicas per cápita

PANEL 7.1 GUATEMALA Y PERÚ: EL ACCESO A LOS DATOS FINANCIEROS HACE LA DIFERENCIA EN LOS GASTOS REALES E IMPULSA LA RESPONSABILIDAD EN TODOS LOS NIVELES

PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL,

PANEL 7.2 PRESUPUESTAR LA NUTRICIÓN EN LA INDIA

SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON Y SUBRAT DAS

Varios elementos son dignos de mención en el presupuesto indio de 2015–2016 publicado en febrero de 2016.

En 2016, en primer lugar, el gobierno indio, a escala central, asignó aproximativamente 5.300 millones de dólares a programas específicos de la nutrición como el Programa de servicios integrados de desarrollo del niño y la Misión nacional para la salud (NHM). Asignó 31.600 millones de dólares a varios programas enfocados a mejorar los determinantes subyacentes de la nutrición, sobre todo el Sistema de distribución pública (SDP), centrado en la seguridad alimentaria, la ley Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA), centrada en la seguridad de los modos de subsistencia en medio rural y la Misión Swachh Bharat, dedicada al saneamiento.

En segundo lugar, a pesar de que una importante cantidad de dinero se haya invertido en beneficio de las intervenciones específicas de nutrición, faltarían 700 millones de dólares para llegar a los 6 mil millones de dólares por año que Menon, McDonald y Chakrabarti (2015) estiman necesarios. El gobierno indio podría alcanzar esta meta evaluada de forma independiente aumentando su presupuesto en un 13 %.

En tercer lugar, los programas como el SDP (suministro alimentario) y el MGNREGA (seguridad del empleo) que se interesan en los determinantes subyacentes que representan alrededor del 70 % de los gastos de India sobre la nutrición. Sus asignaciones, además de aquellas disponibles por parte del gobierno central para la misión de saneamiento, pueden ayudar a crear entornos más propicios para la mejora de la nutrición, cuando se implementan en forma eficaz. Para todos estos programas, la responsabilidad de reforzar los programas gubernamentales centralizados reduciendo las ineficacias, mejorando la determinación de las metas y garantizando una mayor convergencia de dichos programas incumbe a los gobiernos estatales.

Por último, habida cuenta de los cambios en la arquitectura fiscal del país, los Estados tienen desde ahora la posibilidad de aumentar su compromiso en materia de nutrición y asignar más recursos del Estado. Sin embargo, existe el riesgo que los Estados no otorguen la prioridad a la nutrición. Las directivas [illegible]

PANEL 7.3 LOS SOCIOS INTERNACIONALES ARMONIZAN SU ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENS, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASHA LAMSTEIN, HILARY ROGERS Y SHAN SOE-LIN

El *Informe de la Nutrición Mundial 2014* insistía sobre la necesidad de contar con recursos nancieros su cientes para la nutrición y señalaba las necesidades por país para que puedan monitorear sus gastos en materia de nutrición. Un año más tarde, el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, 30 países eran capaces de declarar las estimaciones preliminares de sus asignaciones presupuestarias nacionales dedicadas a la nutrición.

De estos 30 países, 16 efectuaron ellos mismos la recolecta de datos, 10 recurrieron a la asistencia de la secretaría del *Informe de la Nutrición Mundial*, dos solicitaron la asistencia del Instituto de Resultados para el Desarrollo (R4D) y otros dos a la ayuda del proyecto SPRING nanciado por USAID. Estos trabajos terminaron en abril de 2015 coronados con cuatro talleres regionales de análisis presupuestario patrocinados UNICEF, en nombre del Movimiento SUN.

Durante los talleres, los países solicitaron la aceleración de la asistencia técnica en un cierto número de ámbitos:

1. asesoramiento para normalizar la categorización de las intervenciones "especí cas" de nutrición y "enfocadas";
2. recomendaciones en cuanto a los medios de identi car las asignaciones para el personal y tratar las nanzas públicas a escala internacional;
3. opciones de armonización de la «ponderación» de las intervenciones, en particular las que se enfocan a la nutrición;
4. recomendaciones con respecto a las próximas etapas, en particular:
   a. cómo utilizar los resultados del ejercicio de análisis presupuestario para la promoción y la comunicación;
   b. cómo monitorear los gastos reales;
   c. cómo rastrear los gastos no incluidos en el presupuesto inicial;
   d. cómo asociar el seguimiento nanciero con la plani cación y la movilización de los recursos.

Un grupo de expertos técnicos internacionales reunidos por la secretaría del Movimiento SUN y que reúnen los representantes de la red SPRING y del R4D trabaja en la formulación de consejos adicionales para los investigadores, donantes y agencias gubernamentales responsables del análisis de la nanciación de la nutrición (asignaciones y/o gastos). Este esfuerzo conjunto deberá permitir un avance de la cuestión de la nanciación de la nutrición respondiendo a las cuestiones clave identi cadas por medio de ejercicios de estimación y de seguimiento de los presupuestos y gastos en materia de nutrición.

EL PROCESO DE COLECTA DE DATOS SOBRE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA PARA LA NUTRICIÓN AYUDA A LOS CAMPEONES NACIONALES A IMPULSAR EL CAMBIO

En general, como lo declararon los puntos focales gubernamentales del Movimiento SUN, el proceso de seguimiento de los presupuestos aumenta el diálogo entre ministros, departamentos y agencias en los gobiernos sobre la necesidad de invertir en la nutrición (Movimiento SUN 2015). Perú y Guatemala son dos de los ejemplos más conocidos de países con procesos de plani cación presupuestaria. El Panel 7.1 explica cómo dichos países utilizan los presupuestos de nutrición para garantizar una implementación e caz.

Existen otras experiencias menos conocidas como las de Asia del Sur, que brindan ejemplos de Pakistán y Bangladesh, además de un ejemplo muy reciente de la India.

El análisis de la información presupuestaria del gobierno de Pakistán aporta dos hallazgos fundamentales. En primer lugar, el programa Benazi de respaldo a los ingresos (Benazir Income Support Program) representa casi el 50 % del presupuesto analizado (con 985 millones de dólares asignados por año). Se trata de una transferencia de liquidez sin condiciones para los hogares más pobres. El gobierno de Pakistán exhorta a otros socios a mejorar el diseño de sus programas para que pueda responder a las necesidades nutricionales de mujeres y niños. En segundo lugar, el análisis reveló una variación signi cativa entre las provincias en el ratio entre las asignaciones especí cas y las orientadas a la nutrición, así como los aportes correspondientes efectuados por cada sector. Este ejercicio demuestra que, incluso dentro de un mismo país, regiones distintas pueden tomar decisiones diferentes para mejorar sus resultados en nutrición y que existe un potencial real para el aprendizaje de los pares entre los distintos gobiernos subnacionales.

El gobierno de Bangladesh utiliza una base de datos nancieros basados en su Plan Nacional de Inversión de 2012. Un análisis de los gastos reales y los plani cados en 2014 reveló que, en promedio, el 81 % de las acciones orientadas a intervenciones especí cas de la nutrición se gastaban realmente en comparación con el 48 % de las asignaciones orientadas hacia las intervenciones enfocadas a la nutrición. El sector agrícola recibe el porcentaje más alto de nanciación nacional. El gobierno está actualizando el plan nacional de acción, que debería in uenciar las asignaciones presupuestarias sectoriales en materia de nutrición y, especialmente, los gastos reales en los próximos años.

El gobierno indio publicó su presupuesto 2015-2016 en febrero de 2016. A pesar de la ausencia de compromisos explícitos en materia de nutrición en el discurso de presentación del presupuesto del ministro de nanzas, un análisis del mismo (Panel 7.2) realizado por el Centre for Budget and Governance Accountability desde el punto de vista de la nutrición destaca varias perspectivas sobre la manera en que el gobierno indio invierte en los ámbitos susceptibles de respaldar el sector de la nutrición. Este Panel muestra que las asignaciones presupuestarias en materia de nutrición no registran ningún aumento, no satisfacen las necesidades y están dominadas por las intervenciones a nivel subyacente (sobre todo el sistema de distribución pública) diseñadas con la intención de mejorar la nutrición si se revelan concluyentes.

Una conclusión general importante a partir de la observación del proceso que consiste en estimar el presupuesto de los países en materia de nutrición y que este proceso inicie el debate sobre la mejora de los programas con vistas a producir un mayor impacto en los resultados nutricionales. Una vez nalizada la implementación y anualizado el proceso, podría inspirar otros países, incluyendo aquellos con ingresos altos, muchos de los cuales no pueden transmitir la información sobre los presupuestos en materia de nutrición.

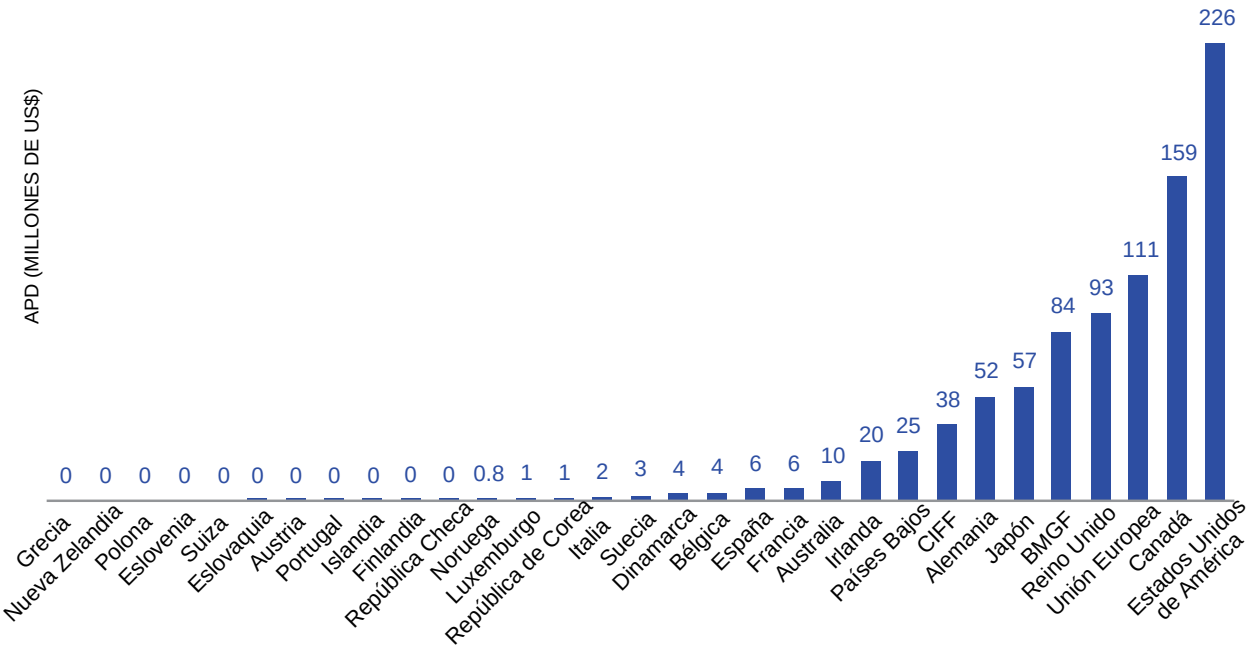
Por último, es conveniente indicar que el proceso que consiste en estimar un dé cit de nanciación, sobre todo en el anterior debate, exige sólidas estimaciones de los gastos públicos generales. El análisis de los presupuestos nacionales ha registrado importantes progresos desde 2014, pero todavía queda mucho por hacer si se desea armonizar los métodos. El Panel 7.3 describe el proceso de armonización en curso.

A medida que los datos sobre gastos en nutrición están disponibles, sería conveniente efectuar estudios orientados a analizar los impactos de los presupuestos/ nanciación en los niveles/cambios desde el punto de vista de la cobertura de los programas y el estado nutricional. A pesar del total de datos sobre los costos e impactos sobre los resultados nutricionales que se puede asignar al aumento de la tasa de cobertura de las acciones especí cas de nutrición (por ejemplo, Bhutta et al. 2013; IFPRI 2014), no conocemos ningún estudio que asocie los gastos reales en materia de nutrición con los correspondientes progresos.

GASTOS DE LOS DONANTES

Esta sección analiza los gastos o ciales de los donantes correspondientes a las acciones orientadas a reducir la desnutrición (acciones especí cas y acciones orientadas) y a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición[1].

FIGURA 7.9 Gastos especí cos de nutrición por donante, 2014



Fuente: Los autores; datos suministrados por el código 12440 del Sistema de noti cación CRS.

Nota: Los importes en dólares se expresan en precios constantes y redondeados al entero más cercano. ADP = Ayuda Pública al Desarrollo; CIFF = Children's Investment Fund Foundation; BMGF = Bill & Melinda Gates Foundation.

ACCIONES DE LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN

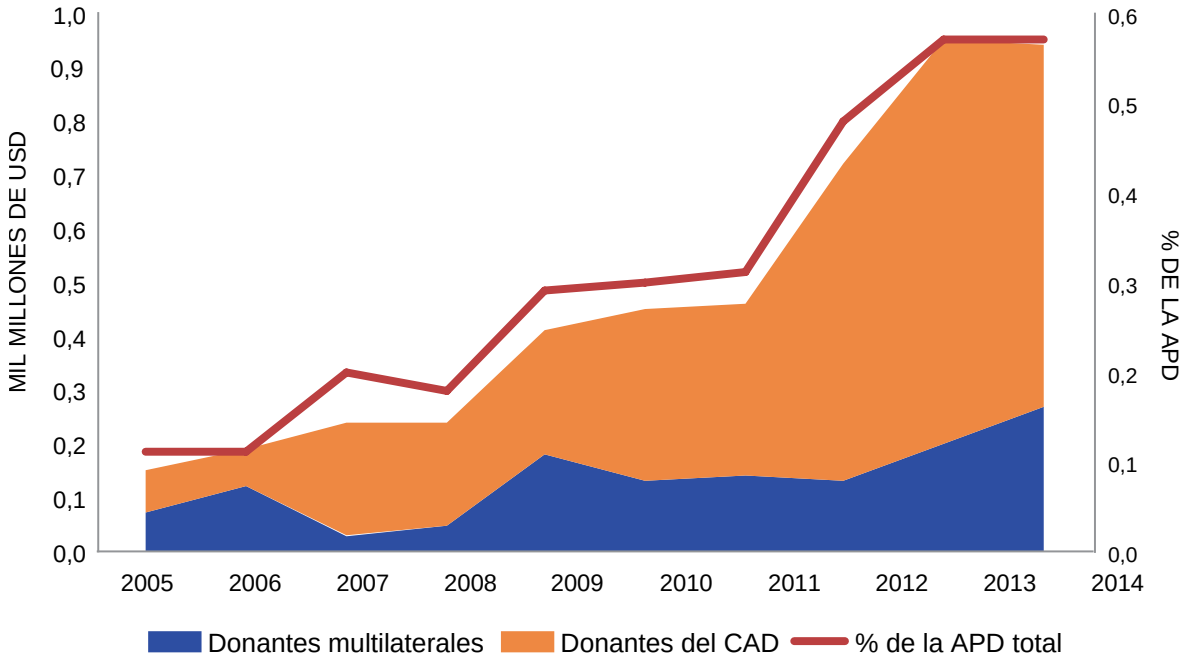
Gastos especí cos de la nutrición

A partir de los datos más recientes de los donantes obtenidos a partir del Sistema de noti cación de los países acreedores (CRS por sus siglas en inglés[13]), la Figura 7.9 presenta los niveles de gastos de la ayuda pública al desarrollo (APD) en 2014, correspondiente a las 28 agencias bilaterales de la OCDE, la Unión Europea y dos fundaciones —Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF) y la Children's Investment Fund Foundation. Los 31 donantes desembolsaron un total de 900 millones de dólares en intervenciones especí cas de la nutrición (por ejemplo, promoción de la lactancia materna, alimentación del lactante y del niño pequeño y suplementación con vitamina A). Los cinco principales donantes (EE. UU., Canadá, Unión Europea, Reino Unido y BMGF) contribuyeron con gran parte de los fondos (el 75 % del total). Solo 11 donantes de 31 asignaron más de 10 millones de dólares. Como en 2013, 13 donantes gastaron menos de un millón de dólares en intervenciones especí cas de la nutrición. Un importe suplementario de 10 millones de dólares por parte de cada uno de los 20 donantes que participan actualmente con menos de 10 millones de dólares para intervenciones especí cas mejoraría en un total de 200 millones de dólares por año los desembolsos especí cos de la nutrición, es decir, un aumento del 22 % del total.

Las tendencias revelan que se han estancado los desembolsos de la APD para intervenciones especí cas de nutrición. Entre 2013 y 2014, los gastos totales de la APD (menos BMGF y CIFF) de las intervenciones especí cas de nutrición disminuyeron un 1 %: con respecto a 12 millones de dólares — de 949 millones de dólares en 2013 a 937 millones de dólares en 2014. Esta disminución estrepitosa de los gastos pone n al aumento anual iniciado en 2011 (Figura 7.10). A pesar de esta ligera disminución, los gastos globales de la APD en intervenciones especí cas de nutrición, en proporción a los gastos totales de la APD, se mantienen estables en un 0,57 % — lo que constituye un récord sin precedentes.

Diez de los 28 países donantes de la OCDE declararon una disminución de sus gastos en 2014 (77 millones de dólares en total). Esto incluye cuatro de los cinco grandes donantes[18] de la OCDE: EE. UU., Canadá, Reino Unido y Japón (Figura 7.11). Sin embargo, los gastos acumulados de los donantes multilaterales aumentaron claramente en 63 millones de dólares. Mientras que seis donantes multilaterales disminuyeron sus gastos, otros grandes donantes los aumentaron en forma considerable. Este aumento global es el resultado de gastos mayores por parte de la Unión Europea (69 millones de dólares) y del Banco Mundial (Asociación Internacional de Desarrollo, 29 millones de dólares). Por primera vez desde 2009, ciertos donantes que no son miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) declararon

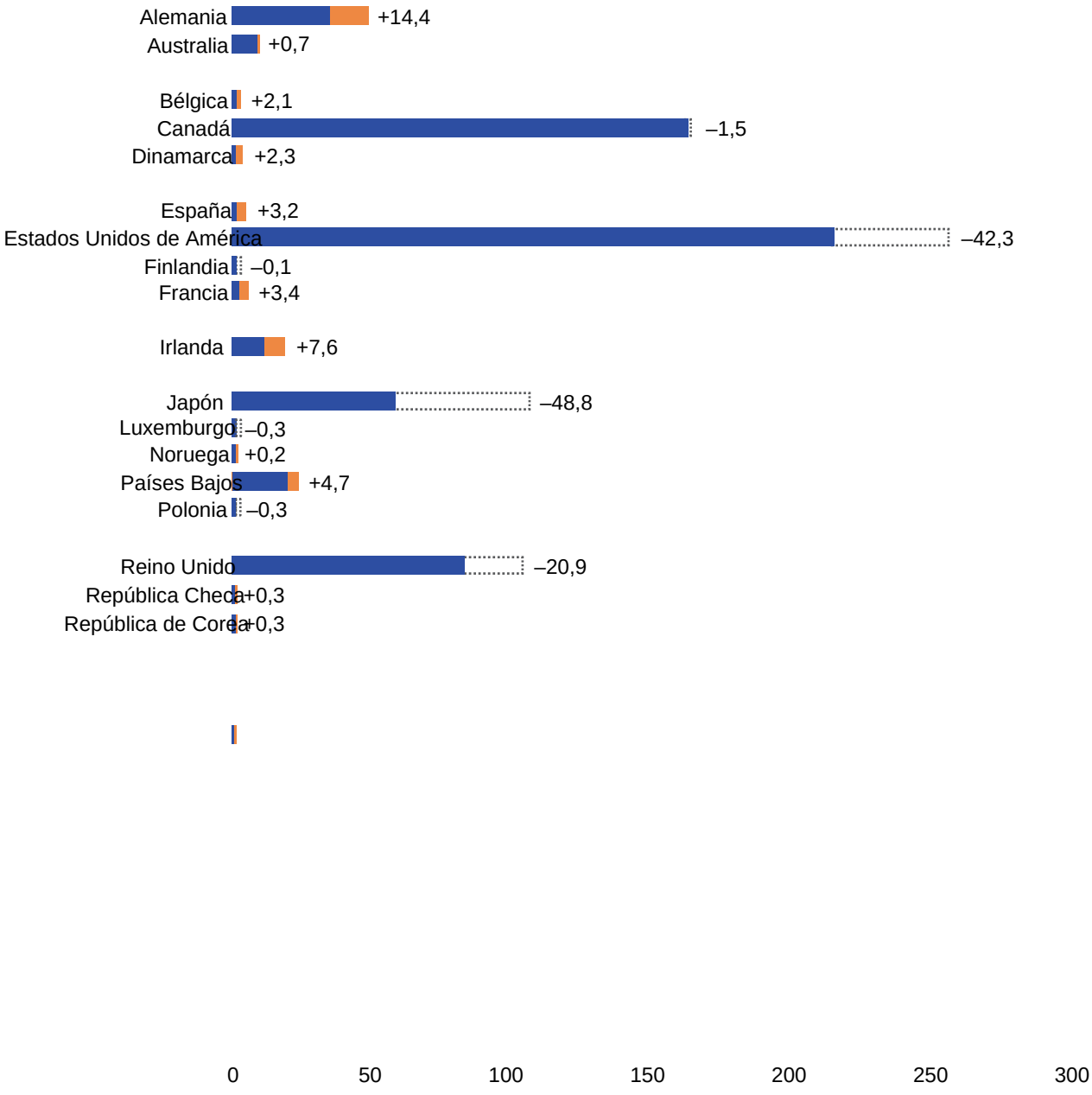
FIGURA 7.10 Gastos de la APD de los donantes a las intervenciones especí cas a la nutric



Fuente: Development Initiatives, según la OECD (2016a).

Nota: Los importes son los desembolsos brutos expresados en precios constantes de 2013. CAD = Comité de Asistencia al Desarrollo; APD = Asistencia Púb Desarrollo.

FIGURA 7.11 Evolución de los gastos específicos de la nutrición de los donantes nacionales y 2013–2014



CUADRO 7.1 Desembolsos declarados por los donantes en materia de nutrición en los In
Mundial 2014–2016, 13 donantes (miles de dólares)

PANEL 7.4 MÉTODOS UTILIZADOS POR LOS DONANTES PARA ESTIMAR

alentador. Asimismo, como lo sugiere el Capítulo 6, el margen de aumento de esta fuente de nanciación en materia de nutrición sigue siendo signi cativa.

Además de las declaraciones contratadas de ciertos donantes, es importante para todos resolver el problema metodológico asociado a la estimación de gastos dedicados a las acciones orientadas a la nutrición. (Panel 7.4).

ACCIONES DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN

El Capítulo 2 nos recordaba que las tasas estimadas de sobrepeso, obesidad alto nivel del azúcar en sangre aumentan en casi todos los países. Los costos económicos asociados a las ENT relacionadas con la nutrición son altos: el tratamiento de la obesidad consume del 2 % al 20 % de los gastos de salud (IFPRI 2015a). A pesar del impacto económico particularmente perverso de estas patologías, poca es la información publicada sobre la nanciación dedicada a la prevención y el control de las ENT relacionadas con la nutrición. Aquí nos basamos en las nuevas informaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Evaluación y Métricas de Salud (IHME) y la base de datos de la CAD y la OCDE para presentar los mejores datos disponibles en la actualidad. En primer lugar, comunicamos la información sobre las fuentes de nanciación para todas las ENT referenciadas en los países de bajos ingresos seleccionados, además de las informaciones más recientes sobre la nanciación de los donantes de la lucha contra las ENT. Después proponemos un nuevo análisis de la nanciación vinculada con la nutrición en esta categoría.

Fuentes de nanciación de los países para la lucha contra las ENT

Los servicios sanitarios se basan en tres actores principales: los gastos personales de los hogares (directamente a través de un seguro privado), los gastos directos del gobierno (recetas scales generales a través de los impuestos a los productos considerados peligrosos para la salud), o a través de estructuras públicas, privadas o de donantes. Esta gran diversidad de fuentes de nanciación varía ampliamente en función de la enfermedad o del desafío sanitario, al igual que en función del nivel de ingresos del país.

Debido a la nanciación pública limitada, y al contrario de muchos otros ámbitos de la salud, los hogares asumen gran parte de la carga que representan las enfermedades no transmisibles. Un reciente análisis sistemática del impacto mundial de las ENT sobre los ingresos de los hogares (Jaspers et al. 2015) revela, por ejemplo, que los pacientes que sufren enfermedades cardiovasculares en la India gastan el 30 % de sus ingresos familiares anuales en la correspondiente atención sanitaria, sabiendo que el porcentaje medio de los gastos personales para una hospitalización aumentó de 364 $ en 1995 a 575 $ en 2004. Asimismo, los autores observaron que, en la India, el riesgo de empobrecimiento imputable a las enfermedades cardiovasculares era superior en un 37 % al de las enfermedades transmisibles. El mismo análisis establece que «el 14,3 % de las familias con altos ingresos en China habían sufrido cierta pérdida en sus ingresos debido a las hospitalizaciones por casos de enfermedades cardiovasculares (MCV), una tasa que alcanza el 26,3 % en la India, el 63,5 % en

De las 441 entradas inicialmente registradas al cabo de la búsqueda por palabra clave, 153 se consideraron pertinentes al cabo del análisis de las informaciones declaradas. Estas 153 actividades están asociadas a los gastos totales de 49,1 millones de dólares (desembolsos de la APD) y a compromisos equivalentes a 44,7 millones de dólares. Estas cifras representan una fracción ín ma del total de los desembolsos de la APD de 135.200 millones de dólares en 2014 (OCDE 2015) y el 5 % de los gastos del CAD de la OCDE para intervenciones especí cas de nutrición (Figura 7.9).

Los principales donantes de dichos fondos eran los Estados Unidos de América y Australia, que desembolsaron respectivamente 14,3 y 13,5 millones de dólares. Estos fondos se desembolsaron a bene cio de al menos 55 países distintos. Los principales bene ciarios eran Kenya y Fiji con 14,8 y 7,9 millones de dólares respectivamente. La mayoría de las entradas (el 86 % de los desembolsos) se declaraban en el sector de la salud, con 2,1 millones de dólares desembolsados a bene cio de los proyectos registrados con el código «Nutrición de base», es decir, la variable cercana para los gastos especí cos de nutrición. Se registraron otros gastos asociados a las ENT en los proyectos orientados a la agricultura y la seguridad alimentaria, además de la educación (Figura 7.14).

Conocemos bien la divergencia entre la ayuda de los donantes orientada hacia la salud y la carga de la enfermedad (Dieleman et al. 2014). A partir de esta comparación, la nanciación de los donantes de fondos dirigidos a las ENT no está muy representada, incluso para los países con ingresos bajos. A corto plazo, sería interesante que los campeones de la nutrición encontraran la manera de integrar los programas centrados en las ENT relacionadas con la nutrición en los ámbitos que constituyen actualmente prioridades para los donantes. Un ejemplo se re ere al interés creciente por la integración de las ENT en la atención sanitaria primaria (Pettigrew et al. 2015).

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Aumentar las asignaciones presupuestarias para los programas especí cos de la nutrición. De acuerdo con los análisis evocados en el Capítulo 7, los gobiernos y los donantes deben triplicar sus asignaciones destinadas a las intervenciones de alto impacto en materia de retraso en el crecimiento, emaciación, anemia y lactancia materna exclusiva en el período 2016-2025, con el n de cumplir con las metas mundiales.
2. Aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas a la obesidad y a las enfermedades no transmisibles. La nanciación de las políticas e intervenciones en materia de obesidad y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición representa una fracción ín ma del gasto público y de la ayuda internacional. Los gobiernos deberán estimar su costo en los planes nacionales de control de las enfermedades no transmisibles a medida que las elaboran, mientras que los donantes deberán respaldar dichos planes.
3. Ampliar la parte de los presupuestos sectoriales destinados a la mejora del estado nutricional. Los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las agencias de no tr(pr c)]TJ EMCr p0DC

realizadas en los hogares. Como lo muestra la figura 8.2, menos de la quinta parte de los indicadores pertinentes relativos a la nutrición están abarcados por una encuesta EDS típica. Una proporción similar sucede en las MICS. Resulta claro que para la recolección de datos sobre nutrición para los ODS se tendrá que recurrir a una amplia diversidad de fuentes. De hecho, uno de los indicadores propuestos para medir los ODS es precisamente la proporción del total de los indicadores para los ODS que se producen a nivel nacional. Por ello, un buen indicador de responsabilidad que podría seguir la comunidad de la nutrición es la proporción de los indicadores sobre nutrición para los ODS que se producen a nivel nacional.

Dado que muchos de estos indicadores para los ODS todavía no existen, sólo contamos unos 15 de los 56 indicadores para los ODS relativos a la nutrición en los perfiles nutricionales nacionales del Informe de la Nutrición Mundial[2] y, en consecuencia, para el Informe de la Nutrición Mundial 2017, reevaluaremos los perfiles nutricionales nacionales a la luz del conjunto de indicadores para los ODS, procurando que ambos estén mejor alineados.

Si el proceso de presentación de informes de los ODS es conforme al de los ODM, existirá un informe anual sobre los indicadores para los ODS. La recolección anual de datos —especialmente los datos basados en encuestas de hogares— es una actividad que absorbe mucho tiempo. Perú ofrece un valioso ejemplo de

propósito. Los autores del panel sostienen que la responsabilidad con los grupos marginados bajo los ODS debe de ser mucho más integral de lo que ha sido bajo los ODM. Los gobiernos tienen la responsabilidad humana de asegurarse que recolectan información su cientemente desglosada y transparente para saber qué grupos podrían estar excluidos y de qué manera, con el n de diseñar soluciones políticas y a través de programas que incluyan a todos los grupos sociales y económicos y logren poner n a dicha marginalización en cualquier contexto.

FIGURA 8.3 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, seg

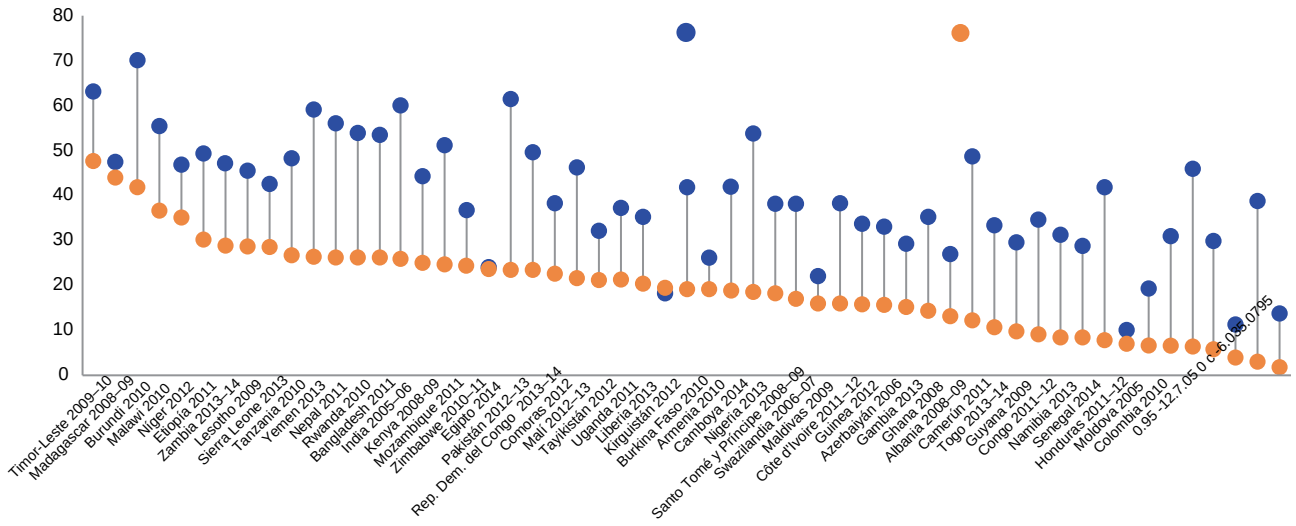


FIGURA 8.6 Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en fu
de la madre, por orden de prevalencia en los niños cuya madre no ha recibido ninguna

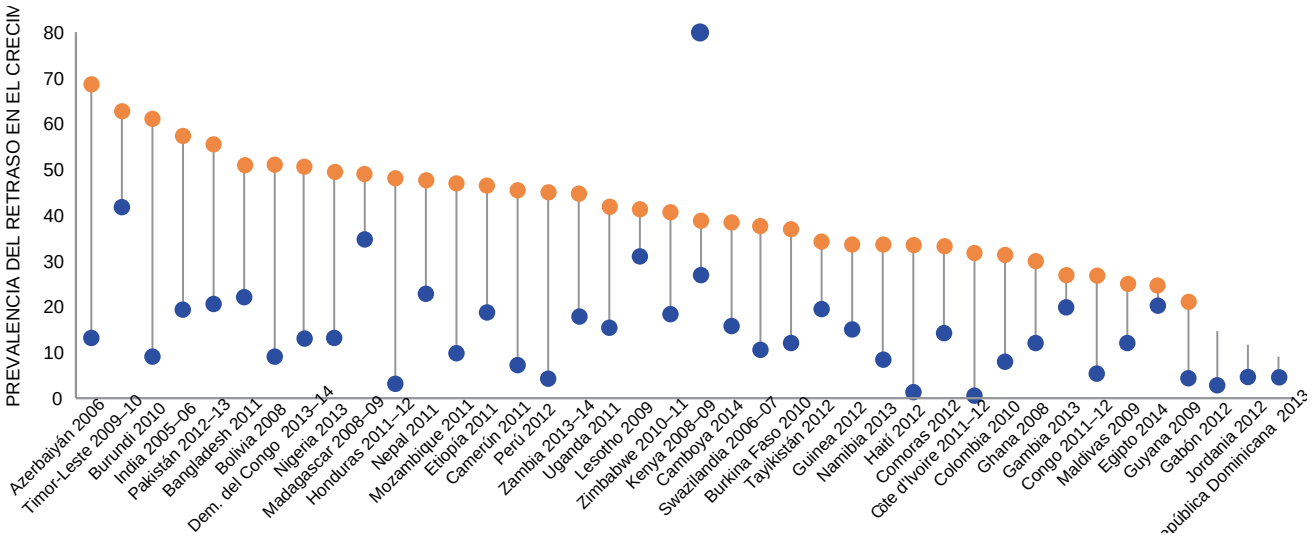
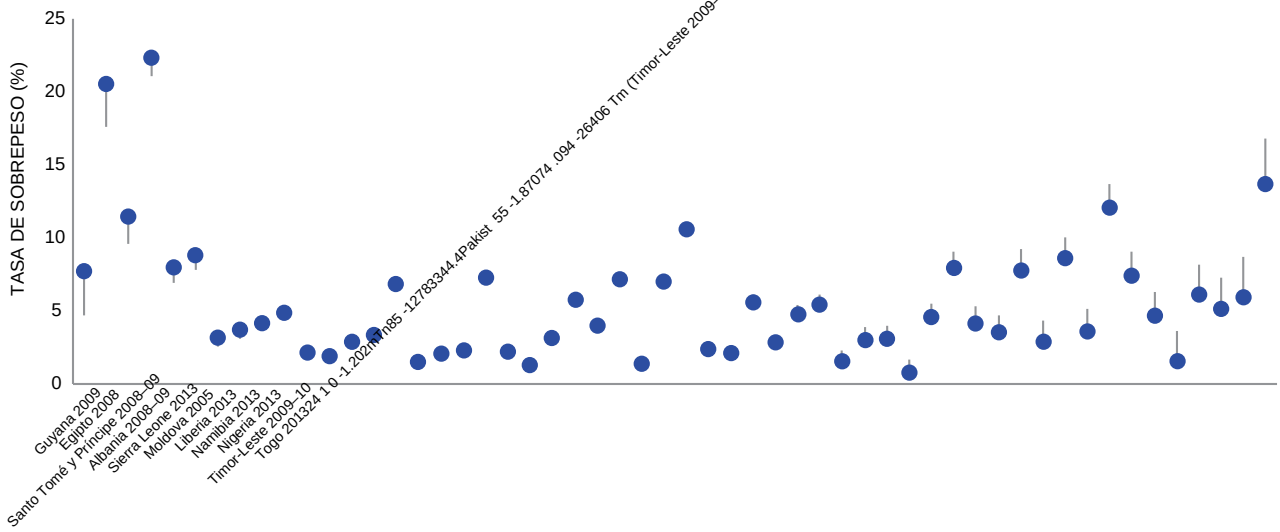


FIGURA 8.8 Sobrepeso en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de d niños y niñas



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográ cas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que guran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de n > 50.

PANEL 8.3 FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DESGLOSADOS GEOGRÁFICAMENTE

MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISH RAR E NAGA KCIS

PANEL 8.4 ¿POR QUÉ LOS MAPAS ALTAMENTE DESGLOSADOS SOBRE DESNUTRICIÓN SON VITALES EN LA ERA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE?

KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR Y CHRISTA RADER

Mientras que los mapas de estimación de la pobreza a pequeña escala son cada vez más comunes, son pocas las versiones más detalladas para la desnutrición. Sin embargo, necesitamos ese tipo de mapas para estimar la desnutrición. Por ejemplo, es posible que los mapas a pequeña escala de retraso en el crecimiento, insu cien cia ponderal y emaciación en niños menores de 5 años no correspondan exactamente a los de la pobreza porque existen diversos factores que in uyen en los resultados nutricionales.

Las estimaciones a pequeña escala de la desnutrición requieren la combinación de varias encuestas sobre nutrición como las EDS y las MICS con un censo contemporáneo (que no regis tra los resultados en materia de nutrición). Las variables comunes como los recursos familiares, los materiales de construcción y el suministro de agua y saneamiento, así como las características personales como son la educación de la madre y la edad de los hijos, que están disponibles en ambas encuestas y censos, se utilizan para desa rrollar una relación estadística con los resultados en materia de nutrición, disponibles únicamente en las EDS/MICS. Esta relación se utiliza entonces para estimar la nutrición para grupos de 20.000 a

provincia) y datos de censos desglosados por edad-sexo-educación-vida urbana-vida rural en áreas más pequeñas. El método atribuye básicamente el indicador de la provincia a cada uno de los distritos dentro de la provincia proporcionalmente a la edad-sexo-educación de los distritos. Basándose en la experiencia del Programa Mundial de Alimentos, el Panel 8.4 brinda una evaluación positiva del potencial de esos esquemas para destacar las variaciones subnacionales en el estado nutricional.

PROMOVER LA RESPONSABILIDAD EN CONTEXTOS DIFÍCILES DEL ESPACIO HUMANITARIO

Tal como lo indicaba el Informe de la Nutrición Mundial 2015, se prevé que la pobreza extrema va a concentrarse cada vez más en los Estados frágiles. Si bien la pobreza a nivel mundial ha disminuido drásticamente, ésta sigue presente en los 50 países que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha designado como frágiles (Burt et al. 2014).[14]

No contamos con su cientes datos de tendencia como para poder reproducir este análisis para el caso del retraso en el crecimiento o la emaciación. No obstante, la Figura 8.11 muestra que para las encuestas más recientes realizadas desde 2008, la prevalencia de retraso en el crecimiento y la emaciación es más alta en los Estados que la OCDE designa como frágiles.

Es más probable que las emergencias y la actividad humanitaria ocurran en estos contextos frágiles. Tal como lo subrayaba el Informe de la Nutrición Mundial 2015 (Panel 9.8) en sus recomendaciones sobre responsabilidad presentadas en el marco de la Cumbre Humanitaria Mundial 2016, existen muchas brechas en materia de rendición de cuentas en el sistema humanitario.

Como parte de su proceso de reforma humanitaria, las Naciones Unidas pusieron en marcha el enfoque de gestión por grupos en 2005 para mejorar la e cacia de la respuesta humanitaria a través de una mayor previsibilidad, rendición de cuentas, responsabilidad y colaboración.[8] En 2011, el Comité Permanente entre Organismos estableció un marco para ayudar a las agencias de la ONU a monitorear la rendición de cuentas hacia las poblaciones afectadas por una crisis. Asimismo, en diciembre de 2014 fue creada la Norma Humanitaria Esencial, que establece Nueve Compromisos que las organizaciones y personas implicadas en la respuesta humanitaria pueden utilizar con el n de mejorar la calidad y la e cacia de la asistencia que proporcionan.

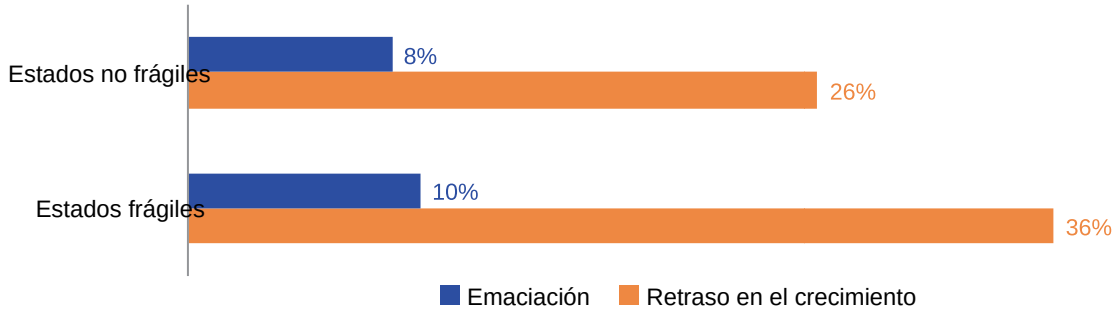
A pesar de que cada vez son más las agencias humanitarias que participan en iniciativas en favor de la responsabilidad, aún persiste una brecha a nivel de todo el sistema al aplicar y monitorear dichos mecanismos en contextos de emergencia, inclusive para el caso de la nutrición. En el Panel 8.5, el equipo del grupo Nutrición en el mundo (Global Nutrition Cluster) destaca algunos problemas y propone algunas soluciones.[10]

LA NUTRICIÓN EN LAS POBLACIONES DESPLAZ

El número de personas desplazadas por con ictos se ha incremen-tado signi cativamente en los últimos dos a tres años y, según las últimas estimaciones, ha alcanzado los 59,5 millones (Figura 8.12). La población refugiada también ha alcanzado la cifra sin precedentes de 19,6 millones, de los cuales la mitad son niños (Langlois et al. 2016).

Las poblaciones desplazadas tienen más probabilidades de encontrarse en situación de vulnerabilidad y marginalización durante su travesía y dentro de los campos de refugiados, además de haber vivido el estrés y el trauma del desplazamiento. Asimismo, presentan una alta carga de infecciones y enfermedades no transmisibles (Gornall 2015; Norredam et al. 2006). El Panel 8.6 pone de relieve las di cultades que implica proteger el estado nutricional de los desplazados y hace algunas recomendaciones para reforzar la rendición de cuentas con respecto a estas poblaciones, incluyendo la necesidad de perfeccionar algunos

FIGURA 8.11 Tasa de retraso en el crecimiento y de emaciación en los Estados frágiles y los



Fuente: Los autores.

Nota: Retraso en el crecimiento, n = 104 de 133 países con ingresos bajos y medianos (41/48 frágiles, 63/85 no frágiles). Emaciación, n = 103 de 133 países con ingresos bajos y medianos (40/48 frágiles, 63/85 no frágiles). Los datos provienen de la última encuesta de 2008, y encuestas entre 2008 a 2015. El año prome dio de las encuestas para los Estados frágiles y los Estados no frágiles es prácticamente idéntica (2012).

PANEL 8.5 MEJORAR LA RESPONSABILIDAD DE LAS ACCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN EN CONS37.8XO A.8(E)ARIG7.84(N)-5( )]TJ18.3MCE A 437yuda aromundo,1n eaquecl p r

mecanismos ya existentes, y encontrar nuevos, para orientar la ayuda alimentaria hacia los refugiados más vulnerables tanto nutricional como económicamente.

CONCLUSIONES

Los gobiernos, la sociedad civil, los donantes y los campeones en nutrición de todos horizontes miden el progreso, guían sus acciones, y refuerzan la responsabilidad mediante los compromisos SMART, respaldados por sistemas de datos que proporcionan información con able, útil y oportuna. Los sistemas de datos necesitan enfocarse en los resultados en nutrición, pero se basan en información que proviene de una gran variedad de sectores y de mecanismos de colecta de datos. Necesitan concentrar su acción en los más vulnerables: aquellos que se encuentran en verdadero peligro de ser dejados atrás porque están excluidos del poder o no gozan de los derechos básicos. Esto requiere información

Continuación

PANEL 8.6 PROTEGER EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS REFUGIADOS EN LA ERA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL Y PAUL SPIEGEL

Recomendaciones

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se compromete a “no dejar a nadie atrás”, en su afán por acabar con la pobreza y promover sociedades pací cas e inclusivas. La Agenda reconoce que los refugiados, las personas desplazadas internamente y las comunidades de acogida se encuentran entre los más vulnerables (UNOCHA et al. 2015). Para lograr avances en la Agenda 2030 con respecto a estas poblaciones, la comunidad internacional necesita trabajar en colaboración con los gobiernos con el n de:

- continuar monitoreando regularmente la situación nutricional (malnutrición aguda global, retraso en el crecimiento y anemia) y la seguridad alimentaria de los refugiados, a n de fomentar la responsabilidad;
- fortalecer los vínculos entre los gobier nos, otras agencias de las Naciones Unidas y socios del desarrollo para combatir efectivamente el retraso en el crecimiento y la anemia en las poblaciones de refugiados cuya situación se ha prolongado;
- fortalecer la coordinación entre los gobier nos de acogida, el UNICEF y el ACNUR para garantizar la disponibilidad de servicios básicos de salud y nutrición, así como de agua, saneamiento e higiene (WASH) para los refugiados, desplazados internos y las comunidades de asilo, integrándolos a los sistemas nacionales y respaldando dichos sistemas siempre que sea posible;
- comprender mejor las razones por las cuales hay dé cits en la nanciación en favor de la ayuda alimentaria mundial e identi car la nanciación previsible para garantizar raciones (en calidad y cantidad) o transferencias monetarias adecuadas, al tiempo de continuar monitoreando el impacto de los recortes y a nando los mecanismos para que la ayuda se canalice a los refugiados más vulnerables nutricional y económicamente;
- apoyar y abogar por la de nición de marcos jurídicos que concedan a los refugiados el derecho a trabajar, al acceso a la tierra y a la libertad de movimiento para mejorar su seguridad alimentaria y sus medios de subsistencia.

El año de 2016 presenta oportunidades únicas para crear conciencia sobre la nutrición y la inseguridad alimentaria de los refugiados y de otras poblaciones desplazadas, gracias a la Cumbre Mundial Humanitaria y a la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el abordaje de grandes movimientos de refugiados y migrantes. Ahora es cuando tenemos que defender y exigir colectivamente una acción coordinada en favor de una mejor nutrición y seguridad alimentaria de estas poblaciones.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Ir más allá del ODS 2 en el seguimiento de los progresos en nutrición: el ODS 2 es solo el principio de la respon - sabilidad en materia de nutrición, no el n. Los gobiernos nacionales deberán desarrollar mecanismos de presentación de informes anuales inclusivos tanto a nivel nacional como subnacional. Lo anterior, a n de evaluar los progresos en los resultados y las acciones en materia de nutrición.
2. Alinear las encuestas demográ cas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples (Ec -24Span <</Lang (es-ES)/MCID 12vimns

9 LLAMADOS A LA ACCIÓN

EVALUAR LOS PROGRESOS FRENTE A LAS METAS GLOBALES

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

2. Invertir en mayores y mejores datos para evaluar los progresos. La disponibilidad de datos comparables a escala internacio nal sobre los resultados nutricionales sigue siendo de ciente, ya sea porque los datos de alta calidad no son recolectados a escala nacional, ya sea porque no se noti can a las Naciones Unidas; sin embargo, estos datos resultan esenciales para garantizar la responsabilidad.

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

Países Organizaciones de la sociedad civil Organizaciones de las Naciones Unidas Donantes Empresas Otras organizaciones

3. Iniciar una evaluación anual del progreso nacional en materia de nutrición. Los países deberán plantearse la preparación de informes nacionales anuales sobre nutrición y emplear esos datos para evaluar los progresos y constatar las prácticas de éxito, ajustar las tácticas y los presupuestos, modi car los planes nacionales de nutrición y rendir cuentas de los progresos.

ASUMIR COMPROMISOS SMART

1. De nir más objetivos SMART. Todos los gobiernos nacionales deben establecer objetivos nacionales SMART sobre retraso en el crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, anemia, sobrepeso infantil, obesidad en adultos, diabetes y reducción del consumo de sal antes del nal de 2017. Además de ser ambiciosos, estos objetivos deben ser alcanzables y estar alineados.
2. Establecer más objetivos subnacionales. Los planes nacionales de nutrición deben desarrollar e incorporar los objetivos de aportes y resultados de nutrición correspondientes a las grandes regiones administrativas.
3. Las empresas fabricantes de alimentos y bebidas deben de nir y comunicar un mayor número de objetivos SMART para mejorar la nutrición. Los aspectos clave son el cumplimiento del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, disminuciones signi cativas de la publicidad y la comercialización destinadas a los niños, y la reducción de los niveles de azúcar, sal y grasas en todas las líneas de productos. Asimismo, las empresas deben publicar de forma clara estos objetivos y su grado de cumplimiento. La próxima evaluación del Índice de Acceso a la Nutrición deberá revelar progresos sustanciales en estos ámbitos de las 22 principales empresas mundiales fabricantes de alimentos y bebidas evaluadas.
4. Lograr que todos los compromisos sean SMART. Lograr que gobiernos, agencias, parlamentarios, organizaciones de la sociedad civil, donantes y empresas asuman compromisos en nutrición que sean especí cos, medibles, alcanzables y limitados en el tiempo. Nuestra guía SMART les puede ser de gran ayuda.
5. Asumir compromisos que traten todas las formas de malnutrición. Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas garanticen que los futuros compromisos en nutrición luchen contra todas las formas (y combinaciones) de malnutrición de acuerdo con sus contextos nutricionales: retraso en el crecimiento, emaciación, de ciencias de micronutrientes, obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.
6. Aprovechar todas las nuevas oportunidades que se presenten para asumir compromisos SMART. Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes utilicen los procesos del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y los procesos de la Nutrición para el Crecimiento (N4G) como una oportunidad para aumentar sus niveles de ambición en materia de compromisos SMART sobre nutrición.
7. Acordar un mecanismo único de declaración mundial, sólido e independiente, para luchar contra la malnutrición en todas sus formas. A nales de 2017, todas las partes interesadas en la nutrición deberán implicarse en un proceso, en el marco del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, con el n de acordar por consenso un mecanismo independiente e inclusivo destinado a monitorear los progresos sobre los resultados, las acciones y los aportes relacionados con todas las formas de nutrición relativas a los ODS.
1. Informar sobre la evolución de los compromisos. Los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas deberán asumir su responsabilidad a a hora de establecer informes anuales de sus progresos en materia de nutrición. El Informe de la Nutrición Mundial 2017 deberá obtener un índice de respuesta superior al 90 %.

ACELERAR LA IMPLEMENTACIÓ

1. Fortalecer los grupos de trabajo interministeriales dedicados al combate contra la malnutrición en todas sus formas. Para nes de 2018, todos los gobiernos nacionales deberán formar grupos especiales interministeriales para implementar políticas nutricionales, así como consejos o comisiones consultivas nacionales. Dichos mecanismos se encargarán de:
   - establecer una línea de comunicación directa con el gabinete del Jefe de Estado;
   - incluir una participación social y comunitaria (por ejemplo, a través de las OSC, los movimientos sociales y la comunidad académica);
   - supervisar el desarrollo y/o la implementación de políticas y programas para combatir la malnutrición en todas sus formas.

Asimismo, para 2018 la comunidad de donadores aportará nanciación a por lo menos 25 de esos mecanismos, con el n de facilitar el desarrollo de capacidades y la garantía de un funcionamiento e caz.

2. Incorporar las recomendaciones en la legislación. Los gobiernos deberán implementar y monitorear las políticas y programas ampliamente recomendados que apoyen la lactancia materna. Especí camente, los gobiernos deberán asumir compromisos SMART para:
   - cumplir con todas las disposiciones previstas en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna antes de la celebración de la N4G, en 2020;
   - rati car para 2020 el convenio de la Organización Internacional del trabajo a n de brindar protección en materia de licencia de maternidad y otros apoyos en el lugar de trabajo, y monitorear e informar acerca de políticas en el lugar de trabajo que fomenten la lactancia continua y la atención infantil.

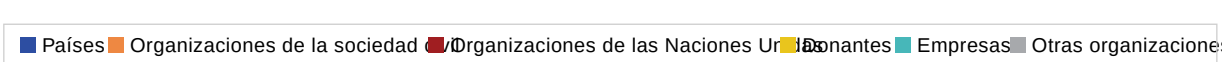
Países Organizaciones de la sociedad civil Organizaciones de las Naciones Unidas Donantes Empresas Otras organizaciones

3. Implementar políticas en apoyo de las recomendaciones. Los gobiernos deberán implementar y monitorear políticas y programas ampliamente recomendados que promuevan dietas sanas, como las políticas de reducción del consumo de sal (incluyendo metas legisladas), las políticas que sustituyan las grasas saturadas y trans por grasas no saturadas; las restricciones en la publicidad dirigida a los niños de alimentos con alto contenido en grasas, azúcares y sal y los impuestos a las bebidas azucaradas. Hasta la fecha, solo el 10 % de los países ha registrado progresos en las tres principales políticas (implementación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre publicidad para los niños; reducción del consumo de sal y reducción del consumo de grasas trans y saturadas). Para 2030 todos los países deberán estar en posibilidades de reportar progresos signi cativos en estas tres políticas.
4. Intensi car las 13 intervenciones especí cas en nutrición que han demostrado su e cacia. Los gobiernos y los actores internacionales deberán trabajar para intensi car la cobertura de las intervenciones especí cas en nutrición que hayan demostrado su e cacia –tanto a nivel mundial como nacional–, enfocándose en la incorporación de acciones orientadas a la nutrición dentro de las plataformas de los sistemas de salud. La tasa promedio de cobertura de las 13 intervenciones que hemos estudiado varía del 1 al 79 %. Para 2030, la tasa promedio de cobertura para las 13 intervenciones deberá de ser del 90 %.
5. Comprender mejor el alcance y la calidad de la implementación de todas las intervenciones en nutrición que hayan demostrado su e cacia. Los investigadores deberán explorar, por un lado, cuáles son los facilitadores técnicos, políticos y económicos y, por otro, las barreras para la aceptación, la implementación y el fortalecimiento de las intervenciones en nutrición. Las siguientes áreas requieren mayor investigación:
    - las lecciones aprendidas de los casos de éxito de grupos especiales y consejos consultivos;
    - las razones por las cuales algunos países alcanzan una mejor cobertura que otros en una determinada intervención especí ca en nutrición, y por qué algunas intervenciones especí cas en nutrición resultan más fáciles de ampliar que otras, incluso dentro del mismo país;
    - de qué manera, al incorporar en los sistemas de salud las intervenciones especí cas en nutrición que hayan demostrado

Países Organizaciones de la sociedad civil Organizaciones de las Naciones Unidas Donantes Empresas Otras organizaciones

FINANCIAR LAS METAS GLOBALES

1. Aumentar las asignaciones presupuestarias para los programas especí cos de la nutrición. De acuerdo con los análisis evocados en el Capítulo 7, los gobiernos y los donantes deben triplicar sus asignaciones destinadas a las intervenciones de alto impacto en materia de re<</L9UTRICliaLang (es8.87am (eR8742d9e rct <</MCID 12993 >>BDpm* [a espec, anemT* 55t130aonea>BDC



ANEXO 1 PAÍSES CON VARIAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN SUPERPUESTAS

CUADRO A1.1 Países donde se superponen el retraso en el crecimiento en los niños menores
anemia en las mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso y la obesidad en los adultos

ANEXO 2 REGLAS PARA DETERMINAR SI LOS PAÍSES ESTÁN EN BUENA O MALA VÍA DE CUMPLIR LAS METAS MUNDIALES (EN EL INFORME MUNDIAL DE LA NUTRICIÓN 2015)

CUADRO A2.1 Reglas para determinar los progresos de los países con respecto a los ind nutrición materno-infantil de la Asamblea Mundial de la Salud

Indicador	En buena vía		En mala vía	
Emaciación (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual < 5%		Tasa actual 5%	
Anemia (en mujeres en edad reproductiva)	TMAR actual 5,2%		TMAR actual < 5,2%	
	Buen progreso	En riesgo	Algún progreso	Ningún progreso
Retraso en el crecimiento (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual 5% y TMAR actual 0 (tasa inferior o igual al 5% y sigue disminuyendo) O TMAR actual TMAR especí co del país, independientemente de la prevalencia (tasa de disminución superior al rate necesario para alcanzar la meta mundial)	Tasa actual 5% y TMAR actual < 0 (tasa inferior o igual al 5%, pero en aumento)	Tasa actual > 5% y TMAR actual > 0, pero < TMAR especí co del país para cumplir la meta global (tasa superior al 5% y disminuyendo, pero no lo su cientemente rápido para alcanzar la meta mundial)	Tasa actual > 5% y TMAR actual 0 (tasa superior al 5% y estacionaria y empeorando)
Sobrepeso (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual < 7% Y TMAR actual 0 (tasa inferior al umbral del 7% y decreciendo)	Tasa actual < 7% y TMAR actual < 0 (tasa inferior al 7%, pero en alza)	Tasa actual 7% y TMAR actual es > 0 (tasa igual o superior al umbral del 7% y decreciendo)	Tasa actual 7% y TMAR actual 0 (tasa igual o superior al umbral del 7% y en aumento)
	En buena vía	Algún progreso	Ningún progreso	Retroceso
Lactancia materna exclusiva (de niños menores de 6 meses)	AMAP meta AAPPI	AMAP 25% y < 100% de la meta AMAP	AMAP (positivo o negativo) < 25% de la AMAP objetivo, y ninguna disminución superior o igual al 10% del tipo de LME	Se ha observado una disminución superior al 10% de los tipos de LME en un periodo reciente indeterminado, para cualquier tipo inicial de LME

Fuente: Los autores.

Nota:

CUADRO A2.2 Reglas para determinar los progresos de los países con respecto a los indicad enfermedades no transmisibles

Obesidad y sobrepeso en adultos (IMC 25)	Categoría de progreso		
	Variación de las tasas de prevalencia entre 2010 y 2014	Prevalencia de referencia del sobrepeso y la obesidad en el adulto < 35% (inferior al promedio)	Prevalencia de la referencia del sobrepeso y la obesidad en el adulto 35% (superior al promedio)
En buena vía	Ni aumento ni tendencia decreciente	Bajo y estable / decreciente	Alto pero estable /decreciente
En mala vía	En aumento	Bajo, pero en aumento	Alto y en aumento

Obesidad y diabetes en adultos	En buena vía	En mala vía
Obesidad en los adultos (IMC 30)	Ningún aumento ni disminución del tipo de prevalencia entre 2010 y 2014	Aumento de los tipos de prevalencia entre 2010 y 2014
Diabetes en los adultos	Ningún aumento ni disminución del tipo de prevalencia entre 2010 y 2014	Aumento de los tipos de prevalencia entre 2010 y 2014

Fuente: Los autores.

Nota: Los adultos tienen 18 años de edad o más. El indicador de diabetes se mide de la siguiente manera: índice elevado de glicemia (nivel de glucosa en sangre en ayunas 7,0 mmol/l [126 mg/dl], tratamiento para un nivel elevado de glicemia o antecedentes de casos de diagnóstico de diabetes). IMC = índice de masa corporal.

ANEXO 3 SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PAÍSES Y PROGRESOS REALIZADOS

CUADRO A3.1 Países con nuevos puntos de datos desde la publicación del Informe de la Nutrición Mundial 2015 y consiguientes cambios en la evaluación de sus progresos para alcanzar las m

Meta/país	Evaluación de 2015	Evaluación de 2016
Lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses		
Bhután	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Camerún	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
Chad	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	En mala vía, ningún progreso
Guatemala	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Macedonia, Ex República Yugoslava de	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Omán	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	Datos insu cientes para efectuar la evaluación
Panamá	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	Datos insu cientes para efectuar la evaluación
República Democrática del Congo	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
República Popular de Corea	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	Datos insu cientes para efectuar la evaluación
Santo Tomé y Príncipe	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
Suazilandia	En buena vía	En buena vía
Timor-Leste	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	En buena vía
Turkmenistán	Datos insu cientes para efectuar la evaluación	Datos insu cientes para efectuar la evaluación
Vanuatu	En buena vía	En buena vía
Retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años de edad		
El Salvador	En mala vía, algún progreso	En buena vía, buen progreso
India	En mala vía, algún progreso	En mala vía, algún progreso
Nepal	En buena vía, buen progreso	En mala vía, algún progreso
Yemen	En mala vía, algún progreso	En mala vía, algún progreso
Sobrepeso en los niños menores de 5 años		
El Salvador	En buena vía, buen progreso	En buena vía, en riesgo
Nepal	En buena vía, en riesgo	En buena vía, en riesgo
Yemen	En buena vía, buen progreso	En buena vía, en riesgo
Emaciación en los niños de menos de 5 años		
El Salvador	En buena vía	En buena vía
India	En mala vía	En mala vía
Nepal	En mala vía	En mala vía
Yemen	En mala vía	En mala vía

Fuente: Los autores. Los datos para la evaluación de 2016 se basan en la actualización de septiembre de 2015 de las estimaciones conjuntas sobre la maln

CUADRO A3.2 Clasi cación de los países por orden creciente de prevalencia del retraso del cr

Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)	Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)	Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)
1	Alemania	1,3	47					

CUADRO A3.4 Clasificación de los países por orden creciente de la prevalencia del sobrepeso en niños de cinco años

CUADRO A3.5 Clasi cación de los países por orden creciente de prevalencia de la anemia edad reproductiva

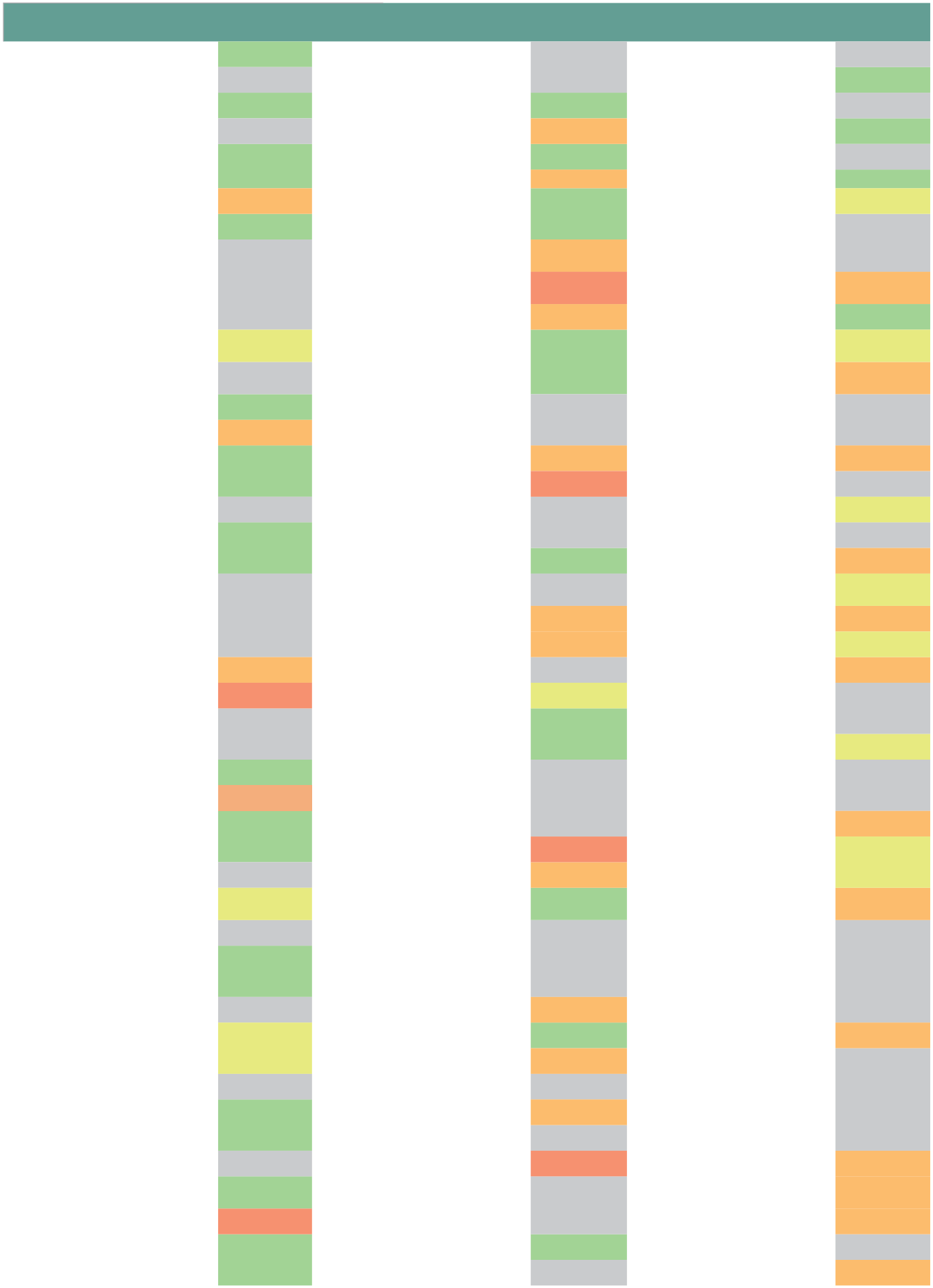
Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)
1	Estados Unidos de América	11,9	47	Brunei Darussalam	20,4	93	Trinidad y Tobago	25,3
2	Chile	12,1	47	Grecia	20,4	93	Islas Salomón	25,3
3	Nicaragua	12,9	49	Malasia	20,7	93	San Vicente y las Granadinas	25,3
4	Viet Nam	14,1	50	Burundi	20,9	96	Filipinas	25,4
5	México	14,4	50	Kiribati	20,9	97	Dominica	25,5
6	Reino Unido	14,7	52	Seychelles	21,2	98	Sri Lanka	25,7
7	Nueva Zelandia	14,8	53	Federación de Rusia	21,4	98	Guatemala	25,7
8	Argentina	15,6	54	Albania	21,5	100	Granada	25,8
9	Canadá	16,5	55	Vanuatu	21,7	101	Armenia	25,9
10	Andorra	17,0	55	Belice	21,7	102	República Dominicana	26,0
10	Islandia	17,0	57	Singapur	22,0	102	República de Moldova	26,0
12	Malta	17,1	58	Japón	22,1	104	Emiratos Árabes Unidos	26,2
12	Israel	17,1	59	Kuwait	22,4	105	Santa Lucía	26,4
14	Irlanda	17,2	59	Belarús	22,4	106	Uganda	26,7
15	Noruega	17,3	61	Timor-Leste	22,5	107	Lesotho	26,8
16	Uruguay	17,4	61	Indonesia	22,5	107	Fiji	26,8
16	Rwanda	17,4	61	República Checa	22,5	109	Djibouti	27,1
18	Australia	17,5	61	Venezuela	22,5	110	Líbano	27,5
19	Luxemburgo	17,6	65	Ucrania	22,8	110	Georgia	27,5
20	Finlandia	17,7	66	Lituania	23,0	112	Sudáfrica	27,6
20	Samoa	17,7	67	Bahamas	23,1	113	Chipre	27,7
22	Suecia	17,8	67	Barbados	23,1	114	Suazilandia	27,8
23	Alemania	17,9	69	Polonia	23,3	115	Qatar	27,9
24	Dinamarca	18,0	69	República Eslovaca	23,3	115	Libia	27,9
24	Bélgica	18,0	71	Mauricio	23,4	117	Túnez	28,0
24	Honduras	18,0	71	Cuba	23,4	118	Irán	28,1
27	Países Bajos	18,1	73	El Salvador	23,5	119	Jordania	28,4
27	España	18,1	73	Letonia	23,5	119	Zimbabwe	28,4
29	Micronesia	18,3	73	Hungría	23,5	121	Botswana	28,5
30	Austria	18,5	76	Eslovenia	23,6	122	Turquía	28,8
30	Perú	18,5	77	Tailandia	23,8	122	Malawi	28,8
32	Tonga	18,6	78	Bulgaria	23,9	124	Zambia	29,2
33	Francia	18,9	79	Estonia	24,0	125	Papua Nueva Guinea	29,8
33	Portugal	18,9	80	Montenegro	24,1	125	Kazajstán	29,8
35	Costa Rica	19,0	81	Bosnia y Herzegovina	24,3	127	Myanmar	30,3
36	Suiza	19,1	81	Ecuador	24,3	128	Comoras	30,8
37	Etiopía	19,2	81	Rumania	24,3	129	República Árabe Siria	30,9
38	Paraguay	19,3	84	Jamaica	24,4	130	Lao	31,0
38	Macedonia, Ex República Yugoslava de	19,3	85	Croacia	24,5	131	Iraq	31,3
40	Italia	19,4	86	Tayikistán	24,6	132	Sudán	31,5
40	República de Corea	19,4	87	Panamá	24,8	133	Madagascar	31,8
42	China	19,5	88	Suriname	24,9	134	Turkmenistán	32,1
42	Colombia	19,5	88	Serbia	24,9	135	Bolivia	32,4
44	Brasil	19,6	88	Antigua y Barbuda	24,9	136	Kirguistán	32,5
45	Islas Marshall	20,0	91	Kenya	25,0	137	Argelia	32,7
46	Mongolia	20,2	91	República Popular Democrática de Corea	25,0	137	Namibia	32,7

Fuente: Los autores, datos suministrados por Stevens et al. (2013).

Continúa

En buena vía En mala vía

CUADRO A3.6 Clasi cación de los países por orden decreciente de la tasa de lactancia mater



Cuadro A3.7 Continuación

CUADRO A3.8C

Continúa

Cuadro A3.8 Continuación

Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)
135	Polonia	25,2	155	Islas Salomón	27,7	173	Libia	33,1
137	Israel	25,3	156	Chile	27,8	174	Estados Unidos de América	33,7
138	Irlanda	25,6	157	Papua Nueva Guinea	27,9	175	Arabia Saudita	34,7
139	República Eslovaca	25,7	158	Canadá	28,0	176	Bahrain	35,1
140	Dominica	25,8	159	México	28,1	177	Vanuatu	35,4
141	Lituania	25,9	159	Reino Unido	28,1	178	Bahamas	36,2
142	Irán	26,1	161	Saint Kitts y Nevis	28,3	179	Fiji	36,4
142	Suriname	26,1	162	Australia	28,6	180	Emiratos Árabes Unidos	37,2
144	Granada	26,2	163	Egipto	28,9	180	Micronesia	37,2
145	Seychelles	26,3	164	Nueva Zelandia	29,2	182	Kuwait	39,7
145	Argentina	26,3	165	Andorra	29,5	183	Tuvalu	40,3
147	Malta	26,6	165	Turquía	29,5	184	Kiribati	40,6
148	Uruguay	26,7	167	Jordania	30,5	185	Qatar	42,3
149	Sudáfrica	26,8	168	Antigua y Barbuda	30,9	186	Islas Marshall	42,8
149	República Checa	26,8	168	Omán	30,9	187	Tonga	43,3
149	Panamá	26,8	170	Trinidad y Tobago	31,1	188	Samoa	43,4
152	Santa Lucía	26,9	171	Barbados	31,3	189	Nauru	45,6
153	Túnez	27,1	172	Líbano	31,9	190	Palau	47,6
154	Jamaica	27,2						

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).

En mala vía

CUADR O A

Continúa

Cuadro A3.9 Continuación

ANEXO 4 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS SMART

FUENTES DE LOS DATOS

Desde la Conferencia Internacional sobre la nutrición de 1992, la Organización Mundial de la Salud monitorea los progresos de los países en cuanto a la elaboración y la aplicación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales en materia de nutrición. Este monitoreo de la elaboración de políticas y de la implementación de acciones por parte de los países se inició a partir de Sistema Mundial de Información sobre la Implementación de Acciones en Nutrición (GINA, por sus siglas en inglés) de la OMS, además de análisis periódicos a escala mundial y regional, incluyendo los análisis mundiales de políticas en materia de nutrición[1]. El presente análisis se basa en un estudio de las políticas, estrategias y planes nacionales compilados por la OMS en el marco de estos procesos y publicados entre 2005 y 2015.

Los documentos consultados comprendían documentos exhaustivos sobre políticas de nutrición además de planes en el sector de la salud o de otros planes nacionales que incluyen objetivos en materia de nutrición. Además, otros documentos se obtuvieron de otras bases de datos de la OMS (por ejemplo, la Base de datos de ciclos de plani cación nacionales [OMS 2016a] y la base de datos MiNDbank [OMS 2016r]) o de bases de datos de socios como FAOLEX (FAO 2016b). Un análisis más detallado se realizará, en el marco de la segunda revisión mundial de las políticas en materia de nutrición en 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Hemos examinado las metas, los objetivos y las secciones de los

- Alcanzables: En este análisis no se utilizó la posibilidad de cumplimiento de las metas como criterio de inclusión. Es posible evaluar en parte esta característica comparando las metas de las políticas con la tasa media anual de reducción calculada por la herramienta de monitoreo de las metas mundiales de nutrición. Sin embargo, una verdadera evaluación de esta característica necesitaría tener en cuenta la disponibilidad de los recursos y las capacidades humanas y nancieras para la nutrición en cada país, lo que supera el alcance del presente análisis.
- Realistas: Los objetivos de las políticas relacionadas con las metas mundiales se consideran realistas y pertinentes puesto que han sido jadas por la Asamblea Mundial de la Salud y que, por lo tanto, todos los Estados miembros se han comprometido a cumplirlas.
- Limitados en el tiempo: El análisis ha evaluado si cada uno de los objetivos de las políticas incluidas indicaba claramente un calendario preciso.

ANEXO 5 CÓMO ADOPTAR COMPROMISOS SMART A FAVOR DE LA NUTRICIÓN: NOTA DE ORIENTACIÓN

CONTEXTO

Dada la creciente evidencia de que la malnutrición constituye un serio problema mundial con consecuencias devastadoras, los gobiernos, donantes y profesionales del desarrollo han incrementado la adopción de metas y objetivos destinados a mejorar el estado nutricional de la población.

- Gobiernos de todo el mundo han establecido metas nacionales de nutrición basadas en el plan de aplicación de las metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las seis metas mundiales para 2025 y las nueve metas mundiales sobre las enfermedades no transmisibles, ambas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2013.
- En noviembre de 2014, en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (ICN2), los gobiernos se comprometieron a acabar con el hambre y la malnutrición en todas sus formas.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015, incluyen un objetivo para eliminar todas las formas de malnutrición en 2030.
-

son más sencillos de vigilar y deberían proporcionar una base de referencia siempre que sea posible y pertinente.

Alcanzable: Como mínimo, los compromisos deben basarse en el nivel de progreso alcanzado en el pasado. Deben ser lo más ambiciosos posible, pero teniendo en cuenta los límites de lo realizable en un plazo realista por la personas que participan en las acciones para la nutrición en el país.

Realista: Los compromisos debe

¿CUÁL ES LA FORMA ADECUADA DE DEFINIR UN COMPROMISO

Ejemplos y explicación de compromisos SMART

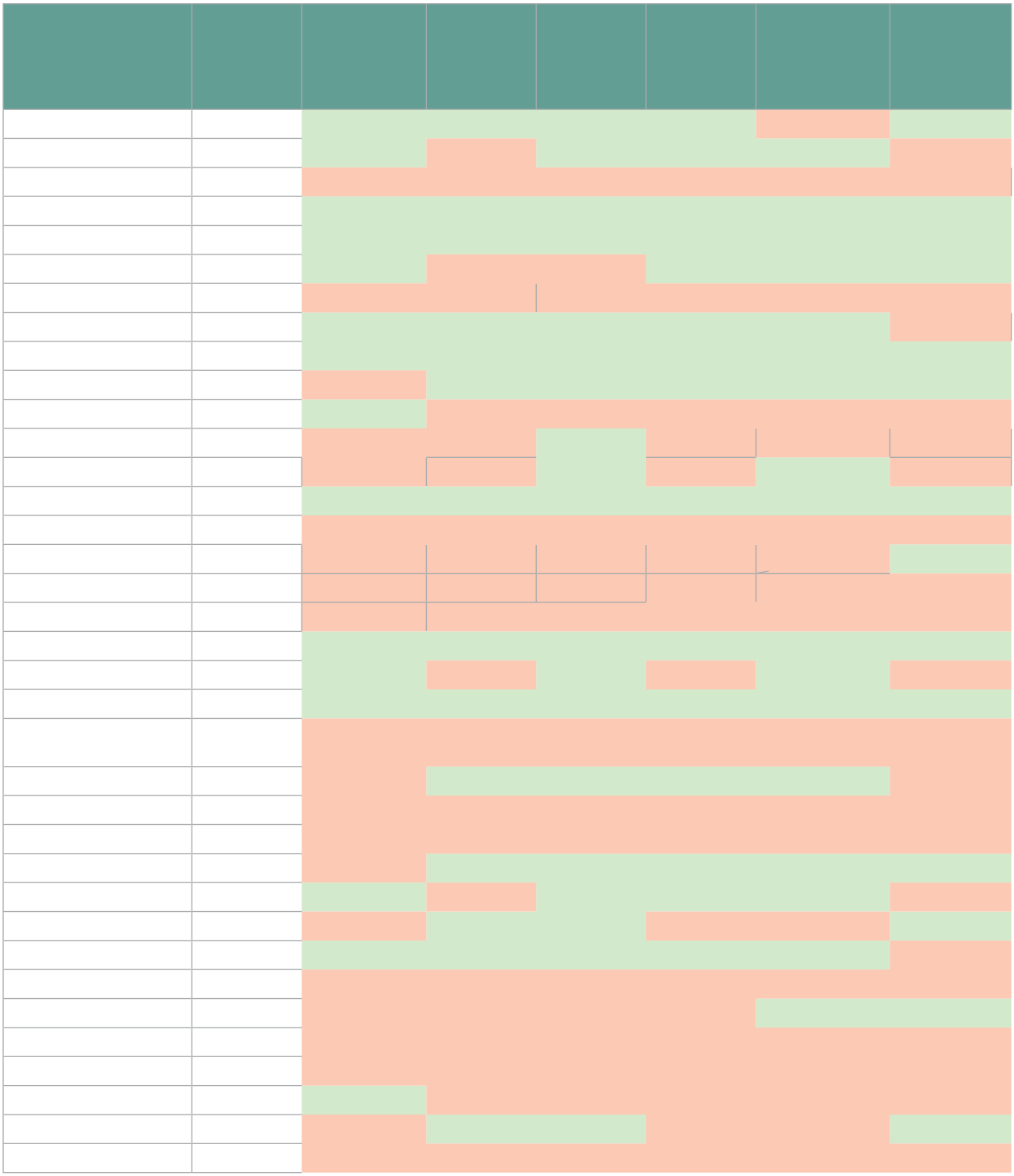
COMPROMISO #1: Reducir el retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años de un 35 % en 2015 a un 20 % 2030; iniciativa a cargo de los ministerios de salud y agricultura.

Especí co	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo

¿CUÁL ES LA FORMA INADECUADA DE DEFINIR UN COMPROM

COMPROMISO #1:

CUADRO A6.1 Umbrales de los determinantes subyacentes para alcanzar un índice de retraso crecimiento inferior al 15 %



Continúa

Cuadro A6.1 Continuación

NOTAS

RESUMEN EJECUTIVO

1 El término “metas de la nutrición” hace referencia a las metas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud para la nutrición materno-infantil y de los niños más pequeños y los objetivos relacionados con la nutrición en el Marco Mundial de Vigilancia y Seguimiento de las ENT.

CAPÍTULO 1

1 La tasa de anemia global se estimó en el 33 % en 1995 y en el 29 % en 2011 (Stevens et al. 2013). Los datos procedentes de las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil de 2015 sitúan las cifras de retraso en el crecimiento en 198 millones en 2000 y 159 millones en 2014 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015).

2 Para una perspectiva más amplia sobre qué es y a qué debería aspirar la gobernanza global de la nutrición, ver Haddad (2016).

PANEL 1.2

1 Análisis disponible previa solicitud. La regresión es la siguiente: existencia de objetivo en materia de desnutrición especí co (0,1) = 0,95 + 13,11 (crecimiento del PIB 2000–2010) - 1,47 (África) + 0,34 (TMAR del retraso en el crecimiento). Valor P en la TMAR del retraso en el crecimiento < 0,05. n = 41 observaciones (países). TMAR = tasa media anual de reducción.

PANEL 1.4

1 En el Presupuesto 2016 del Reino Unido se anunció la introducción de un “impuesto sectorial sobre las bebidas azucaradas” que entrará en vigor en septiembre de 2017 (Reino Unido 2016).

CAPÍTULO 2

1 Los datos relativos a la sexta meta, el bajo peso al nacer, están siendo remodelados para su publicación a principios de 2017 (véase el Panel 2.2).

2 Las brechas se miden como sigue: retraso en el crecimiento = tasa media anual de reducción (TMAR) efectiva – TMAR requerida; emaciación = distancia respecto del 5 % (lideran la clasi cación los países que estén más por debajo del 5 %); sobrepeso en menores de 5 años = TMAR efectiva – TMAR requerida; anemia = TMAR efectiva – TMAR requerida; lactancia materna exclusiva = aumento medio anual en puntos porcentuales (AMAP) efectivo – AMAP requerido; sobrepeso/obesidad en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero; obesidad en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero; diabetes en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero.

3 Utilizamos el conjunto de datos de la encuesta demográ ca y de salud (EDS) (EDS 2005–2015) y el conjunto de datos de la encuesta de indicadores múltiples (MICS) del UNICEF (UNICEF 2016c). En aquellos casos en que se disponía de datos adecuados tanto de MICS como de EDS, se seleccionó para el análisis el conjunto de datos más reciente.

CAPÍTULO 3

1 El texto de esta sección se basa en el texto y el análisis propor cionados por Chizuru Nishida y Kaia Engesveen.

2 No se aplica ningún punto de referencia a la meta de emaciación.

3 Todas las metas se consideraron pertinentes en la medida en que las metas globales fueron adoptadas por la AMS; por consiguiente todos los Estados miembros tienen el compromiso de alcanzarlas. El hecho de que sean alcanzables no se utilizó como criterio de inclusión, ya que, para realizar una auténtica evaluación de esta característica, sería necesario tener en cuenta la disponibilidad de capacidades y recursos nancieros y humanos para la nutrición en cada país, factores que escapan al alcance del análisis. En el Anexo 4 se incluye información detallada sobre la metodología utilizada.

4 Las herramientas están disponibles previa solicitud a la OMS (2016k).

5 Rachel Crossley, de la Access to Nutrition Foundation, ha contribuido a la redacción de gran parte del texto que compone esta sección.

CAPÍTULO 4

1 Estos resultados están desglosados por grupo de partes interesadas en las Figuras A7.5a y A7.5b del Anexo.

CAPÍTULO 5

1

los niños de 6 a 23 meses no amamantados, se de ne como aquella en que los niños recibieron por lo menos dos tomas de leche y tuvieron por lo menos la diversidad mínima de la dieta y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior. La diversidad mínima de la dieta para los niños de 6 a 23 meses de edad se de ne como aquella en que los niños reciben alimentos de cuatro o más grupos (OMS 2008).

7 La frecuencia mínima de comidas se de ne como la proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces al día o más. El mínimo se de ne como dos veces para niños amamantados de 6 a 8 meses, tres veces para niños amamantados de 9 a 23 meses, y cuatro veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses (OMS 2008).

8 Los datos pueden solicitarse al secretariado del Informe de la Nutrición Mundial.

9 Los 17 países son Afganistán (en 6 distritos), Burkina Faso (12), Chad (5), Côte d'Ivoire (2), Etiopía (3), India (1), Kenya (6), Malí (21), Níger (5), Nigeria (20), Pakistán (5), República Centroafricana (1), República Democrática del Congo (3), Senegal (1), Somalia (2), Sudán del Sur (6) y Uganda (3). Las estimaciones sobre las evaluaciones de cobertura se obtuvieron mediante la metodología de evaluación semicuantitativa de acceso y cobertura (SQUEAC) (referencia técnica en USAID 2012). Existen datos de cobertura SQUEAC para los siguientes 14 países: Afganistán (en 6 distritos), Burkina Faso (5), Chad (2), Etiopía (3), Kenya (4), Malí (8), Níger (2), Nigeria (14), Pakistán (3), República Centroafricana (1), República Democrática del Congo (3), Senegal (1), Somalia (2) y Sudán del Sur (4).

PANEL 5.1

1 Este panel está basado en la HCC (2014, 2015).

CAPÍTULO 6

1 Estos estudios tienen un alcance limitado porque nunca se dispone de un conjunto completo de determinantes subyacentes candidatos. Por ejemplo, el análisis de Smith y Haddad (2015) no incluye datos relativos al sistema de salud porque nadie los recopila de forma periódica, y los análisis de Headey y Hoddinott (2014) y Headey (próximamente) no incluyen datos relativos a la seguridad alimentaria porque las encuestas demográ cas y de salud no los recaban.

2 Headey señala que "la mayor parte de estos modelos son relativamente e caces para explicar la variación en el tiempo de la HAZ [puntuación Z de estatura para la edad]. La porción que representa la variación total estimada de la HAZ (a partir de todas las variables explicativas) sobre la variación efectiva de la HAZ oscila desde el 52 % en la India [hasta] el 65 % en Bangla desh y el 84 % en Nepal. En Pakistán, el modelo explica un 21 % más de variación de la HAZ de la que se observa efectiva mente en la práctica, muy probablemente debido a la excepcional magnitud del coe ciente" (Headey próximamente, 8).

3 Es importante señalar que, aunque los umbrales representan la línea de ajuste óptimo, algunos países tendrán niveles de retraso en el crecimiento muy por encima o muy por debajo del 15 % respecto de los umbrales determinantes subyacentes proporcionados.

4 Más concretamente, los autores consideran que menos del 25 % de los documentos cubren estos temas.

CAPÍTULO 7

1 A menos que se indique lo contrario, las referencias a los dólares en el texto indican que se trata de dólares estadounidenses.

2 El equipo del Banco Mundial /R4D intentaron realizar una estimación de los costos que representa alcanzar la meta global en materia de emaciación, centrada en su tratamiento y prevención, pero les resultó imposible. Para más información, ver Shekar et al. (2016).

3 De los dos indicadores de malnutrición de la AMS restantes, indicamos en el Capítulo 2 (Panel 2.2) que se habían mejorado los datos de los modelos para estimar el bajo peso al nacer, lo que incita a esperar nuevos datos antes de ampliar este análisis al bajo peso al nacer. Este ejercicio no se trató en el caso del sobrepeso de menores de cinco años, puesto que, hasta la fecha, los autores del estudio no consideran lo su cientemente sólida la base de pruebas de la intervención.

4 Con el propósito de esta estimación, el subconjunto de intervenciones incluido en el "paquete de prioridades" incluye el suplemento de vitamina A para los niños, la promoción de las buenas prácticas de higiene para los 95505.1378 645.8eel suplemento de vpfar

13 Los cinco principales donantes del DACT de la OCDE se de nen como aquellos que han gastado las mayores cantidades de dinero en el periodo 2010–2014.

14 Se re ere solo a los desembolsos imputables al país.

15 Como indicado anteriormente, la fuente estándar para los datos sobre la ayuda o cial al desarrollo de la OCDE es el sistema de noti cación de países a cargo del Comité de Ayuda al Desarrollo (DAC).

16 Primero, el título y la descripción de los campos de cada registro en la base de datos CRS se buscaron para una o más palabras clave: dieta, dietas, obesidad, ENT, enfermedades no transmisibles, enfermedades crónicas, diabetes. De los 225 registros,126 en el conjunto de datos CRS de 2014, 441 registros contenían una o más palabras clave. Segundo, estos datos se revisaron individualmente para descartar los proyectos irrelevantes. Los proyectos se consideraban irrelevantes cuando la información contenida en el título o las descripciones indicaban claramente que el proyecto no concernía las ENT. También hemos excluido los proyectos principalmente orientados a la agricultura o la desnutrición, así como también las intervenciones especí cas de lucha contra el trabajo y las intervenciones basadas en el deporte.

PANEL 7.1

1 El Plan del Pacto Hambre Cero es un plan multisectorial implementado a través de una serie de programas a cargo de instituciones nacionales y nanciado por el presupuesto nacional.

2

PANEL 8.4

1 Para mayores detalles, ver Elbers et al. (2003); Haslett et al. (2013, 2014a, 2014b); Pratesi (2016) y Rao y Molina (2015).

PANEL 8.6

1 Para el ACNUR, una situación de presencia prolongada de refugiados es aquella en que 25.000 o más refugiados de la misma nacionalidad han estado en exilio por cinco años o más en un determinado país de asilo.

2 Existen datos de población disponibles para el 96,8 % de los sitios. Fuente de datos: el ACNUR (2014a, b). La malnutrición aguda global (GAM por sus siglas en inglés) es el término empleado para incluir a todos los niños con emaciación moderada (peso para la edad con una puntuación Z menor o igual a -2 pero mayor o igual a -3), emaciación severa (peso para la edad con una puntuación Z menor o igual a -3), edema o cualquier combinación de estas condiciones (SMART 2006).

3 De los 93 sitios en donde se realizaron encuestas de nutrición en 2015, en 90 de ellos (el 96,8 %) había anemia en niños de 6 a 59 meses de edad.

ANEXO 4

1 La primera revisión de las políticas de nutrición mundial fue realizada durante el periodo 2009-2010, y la segunda se está implementando en 2016.

ANEXO 5

1 Estas recomendaciones fueron revisadas por un grupo de asesoría externo formado por expertos de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil, el Movimiento SUN y los donantes.

2 Esta de nición de los compromisos SMART se adaptó a partir de Saneamiento y Agua para Todos (2014).

3 Estas etapas se adaptaron de Saneamiento y Agua para Todos (2014).

REFERENCIAS

AbdAllah, A. M., S. S. A. El-Sherbeny y S. Khairy. 2007. "Nutritional Status of Mentally Disabled Children in Egipto." Egiptoian Journal of Hospital Medicine 29: 604–615.

Ahmed, A. U., J. F. Hoddinott, S. Roy, E. Sraboni, W. R. Quabili y A. Margolies. 2016. Which Kinds of Social Safety Net Transfers Work Best for the Ultra Poor in Bangladesh? Operation and Impacts of the Transfer Modality Research Initiative. Informe del Gobierno de Bangladesh para el Programa Mudial de Alimentos y el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Ahuja, A., S. Baird, J. H. Hicks, M. Kremer, E. Miguel y S. Powers. 2015. "When Should Governments Subsidize Health? The Case of Mass Deworming." World Bank Economic Review 29 (suppl. 1): S9–S24.

Anand, S. S., C. Hawkes, R. J. De Souza, A. Mente, M. Dehghan, R. Nugent, et al. 2015. "Food Consumption and Its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System: A Report from the Workshop Convened by the World Heart Federation." Journal of the American College of Cardiology 66 (14): 1590–1614.

Arifeen, S. E., D. E. Hoque, T. Akter, M. Rahman, M. E. Hoque, K. Begum, E. K. Chowdhury, R. Khan, L. S. Blum, S. Ahmed y M. A. Hossain. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." Lancet 374 (9687): 393–403.

Asamblea General de las Naciones Unidas. 2011. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Nueva York.

———. 2014. Outcome Document of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolución 68/300, 10 de julio de 2014. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf?ua=1.

Avula, R., S. S. Kim, S. Chakrabarti, P. Tyagi, N. Kohli y P. Menon. 2015. Delivering for Nutrition in Odisha: Insights from a Study on the State of Essential Nutrition Interventions. POSHAN Report 7. Nueva Delhi: Instituo Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/129277 (en inglés).

Bagriansky, J. 2014. Situation Analysis and Proposed Communication Plan to Support of Government of Etiopía in Development of a Central Iodization Facility in Afar. Informe de UNICEF.

Banco Mundial. 2014. Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Nígeria. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de debate. Washington, DC.

———. 2015a. Harmonized List of Fragile Situations FY14. Washington, DC. http://siteresources.worldbank.org/EXTLICUS/Resources/511777-1269623894864/HarmonizedlistoffragilestatesFY14.pdf (en Inglés).

———. 2015b. Open Data for Sustainable Development. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/8/9991614406169419 94/Open-Data-for-Sustainable-Development.pdf (en inglés).

———. 2016. World Development Indicators. Fecha de consulta: 1 de abril de 2016. http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators (en inglés).

Banco Mundial y OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling Up Investment Plan 2015–2024. Washington, DC: Banco Mundial.

Beer, H., S. Luna, L. Pompano, E. Przybyszewski, S. Udipi, P. Ghugre y B. Haas. 2014. "Consuming Iron-biofortified Pearl Millet Increased Hemoglobin Concentrations and Prevented a Decline in Energy Efficiency in Indian Girls." FASEB Journal 28 (1): Supplement 646.7. www.fasebj.org/content/28/1_Supplement/646.7 (en inglés).

Bereuter, D. y D. Glickman. 2015. Healthy Food for a Healthy World: Leveraging Agriculture and Food to Improve Global Nutrition. Chicago Council on Global Affairs. Fecha de consulta: 19 de abril de 2015. www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/GlobalAg-HealthyFood_FINAL.pdf (en inglés).

Bhutta, Z. A. y S. Zlotkin. 2014. Why Adolescent Health and Why Now? Toronto: SickKids Centre for Global Child Health.

Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey y R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" Lancet 382 (9890): 452–477.

Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P.

Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2015. Decreto no. 8552. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm (en portugués).

Bredenkamp, C., L. R. Buisman y E. Van De Poel. 2014. “Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today.” International Journal of Epidemiology 43 (4): 1328–1335. doi: 10.1093/ije/dyu075.

Breierova, L. y E. Duflo. 2004. The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers? NBER Working Paper 10513. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.

Brown, R., T. Khara y P. Brunet. 2015. Maximising the Nutritional Impact of Humanitarian Food Assistance. INSPIRE Consortium. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.cashlearning.org/downloads/hfanutrition-report-final-nov-2015.pdf (en inglés).

Burlandy, L., C. Rocha y R. Maluf. 2014. “Integrating Nutrition into Agricultural and Rural Development Policies: The Brasilian Experience of Building an Innovative Food and Nutrition Security Approach.” In Improving Diets and Raising Levels of Nutrition: Food-Based Approaches (Proceedings—International Symposium on Food and Nutrition Security: Food-Based Approaches for Improving Diets and Raising Levels of Nutrition), editado por B. Thompson y L. Amoroso. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Burt, A., B. Hughes y G. Milante. 2014. Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the “High-Hanging” Fruit by 2030. World Bank Policy Research Working Paper 7002. Washington, DC; Banco Mundial. http://ssrn.com/abstract=2479667 (en inglés).

CAISAN (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional). 2013. Balanço das Ações do plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLANSAN 2012–2015. Brasilia: MDS, Secretaria-Executiva da CAISAN. http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/balanco-plansan (en portugués).

Carlson, G. J., K. Kordas y L. E. Murray-Kolb. 2015. “Associations between Women’s Autonomy and Child Nutritional Status: A Review of the Literature.” Maternal and Child Nutrition 11 (4): 452–482.

CBGA (Centre for Budget and Governance Accountability). 2016a. Budget Track 11 (February). http://www.cbgaindia.org/newsite/wp-content/uploads/2016/03/Budget-Track-on-Nutrition-Compressed.pdf.

———. 2016b. Connecting the Dots: An Analysis of Union Budget 2016–17. New Delhi. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.cbgaindia.org/new_publications.php?action=details&id=85.

Maternal and of 8 2016–17
php?action=d10ails&id=85.

Delisle, H. F. 2008. “Poverty: The Double Burden of Malnutrition in Mothers and the Intergenerational Impact.” Annals of the New York Academy of Sciences 1136: 172–184. doi: 10.1196/annals.1425.026.

De Moura, F., A. Palmer, J. Finkelstein, J. Haas, L. Murray-Kolb, M. Wenger, E. Birol, E. Boy y J. P. Hae-Rosas. 2014. ”Are Biofortified Staple Food Crops Improving Vitamin A and Iron Status in Women and Children? New Evidence from Efficacy Trials.” Advances in Nutrition (5): 56–570. doi: 10.3945/an.114.006627Adv.

de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz y F. Branca. 2013. “The World Health Organization’s Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions.” Maternal and Child Nutrition 9 (2): 6–26.

De Schutter, O. 2014. Report of the Special Rapporteur on the Right to Food, Olivier De Schutter. Final Report: The Transformative Potential of the Right to Food. Presentado en el COnsejo de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, Nueva York.

Devereux, S. 2015. “Social Protection for Enhanced Food Security in Sub-Saharan Africa.” Food Policy, Abril.

DFID (Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido). 2015. “Preparing for El Niño.” News story, October 16. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.gov.uk/government/news/preparing-for-el-nino (en inglés).

DHS (Programa de Encuestas de Demografía y Salud). 2005–2015. El Programa DHS: datos. http://dhsprogram.com/data (sitio web disponible en español).

Dieleman, J. L., C. M. Graves, T. Templin, E. Johnson, R. Baral, K. Leach-Kemon, A. M. Haakenstad y C. J. L. Murray. 2014. “Global Health Development Assistance Remained Steady in 2013 but Did Not Align with Recipients’ Disease Burden.” Health Affairs 10: 1377.

Dolan, C., M. Mwangome y T. Khara. 2015. “Simultaneidad de la emaciación y el retraso en el crecimiento en los niños.” Panel 2.1 en el Informe de la Nutrición Mundial 2015: Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Duflo, E., M. Greenstone, R. Guiteras y T. Clasen. 2015. Toilets Can Work: Short and Medium Run Health Impacts of Addressing Complementarities and Externalities in Water and Sanitation. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.

Dutta, P., R. Murgai, M. Ravallion y D. P. Van de Walle. 2012. Does India’s Employment Guarantee Scheme Guarantee Employment? Policy Research Working Paper 6003. Washington, DC: Banco Mundial.

EHNRI (Instituto Etíope de Investigación sobre Salud y Nutrición), FMoH (Ministerio Federal de Salud) y UNICEF. 2005. Iodine Deficiency Disorders (IDD) National Survey in Etiopía. Addis Ababa.

Elbers, C., J. O. Lanjouw y P. Lanjouw. 2003. “Micro-level Estimation of Poverty and Inequality.” Econometrica 71 (1): 355–364.

Emergency Nutrition Network. 2011. Development of a Minimum Reporting Package for Emergency Supplementary Feeding

Do1m8f Tf (. Addis)Tj EMC /Sp20155SAddis

Fitzgibbon, C. 2016. “Shock-Responsive Social Protection in Practice: Kenya’s Experience in Scaling Up Cash Transfers.”

Haslett, S., G. Jones y A. Sefton. 2013. Small-Area Estimation of
Poverty and Malnutrition in Camboya. Instituto Nacional deTj EMC /Span <</Lang (en)/MCID 20374 0z0e_eft75 D (ll-adíTf casNacition in, Mini

IHME (Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud). 2015. “Financing Global Health.” Universidad de Washington. Fecha de consulta: febrero de 2016. http://vizhub.healthdata.org/fgh/

———. 2016. Global Health Data Exchange. Accessed April

Luthringer, C. L., L. A. Rowe, M. Vossenaar y G. S. Garrett. 2015. “Regulatory Monitoring of Fortified Foods: Identifying Barriers and Good Practices.” Global Health: Science and Practice 3 (3): 446–461.

Maharashtra, Misión de Nutrición y Salud. 2016. Fecha de consulta: 26 de abril. http://nutritionmissionmah.gov.in/Site/Home/Index.aspx.

Malta, D. C., S. C. Andrade, R. M. Claro, R. T. I. Bernal y C. A. Monteiro. 2014. “Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Adults in 26 Brasilian State Capitals and the Federal District from 2006 to 2012.” Revista Brasileira de Epidemiologia 17 (Suplemento 1): 267–276.

Mamun, A. y J. Finlay 2015. “Shifting of Undernutrition to Overnutrition and Its Determinants among Women of Reproductive Ages in the 36 Low to Medium Income Countries.” Obesity Research and Clinical Practice 9 (1): 75–86.

Mbuya, M. N. N., N. V. Tavengwa, R. J. Stoltzfus, V. Curtis, G. H. Pelto, R. Ntozini, R. A. Kambarami, D. Fundira, T. R. Malaba, D. Maunze, P. Morgan, G. Mangwadu y J. H. Humphrey. 2015. “Design of an Intervention to Minimize Ingestion of Fecal Microbes by Young Children in Rural Zimbabwe.” Clinical Infectious Diseases 61 (suppl 7): S703–S709. doi: 10.1093/cid/civ845.

Mejía Acosta, A. y L. Haddad. 2014. “The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Perú.” Food Policy 44 (2014): 26–35.

Menon, P., C. M. McDonald y S. Chakrabarti. 2015. Estimating the Cost of Delivering Direct Nutrition Interventions at Scale: National and Subnational-Level Insights from India. POSHAN Report 9. Nueva Delhi: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Miljkovic, D., S. Shaik, S. MIránda, N. Barabanov y A. Liogier. 2015. “Globalisation and Obesity.” World Economy 38 (8): 1278–1294.

Miller, G., R. Luo, L. Zhang, S. Sylvia, Y. Shi, P. Foo, Q. Zhao, R. Martorell, A. Medina y S. Rozelle. 2012. “Effectiveness of Provider Incentives for Anaemia Reduction in Rural China: A Cluster Randomised Trial.” BMJ 345: e4809. doi: 10.1136/bmj.e4809.

Movimiento de Fomento para la Nutrición (Movimiento SUN). 2015. Sun Movement Annual Progress Report. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://scalingupnutrition.org/es/news/lanzamiento-del-informe-de-progreso-anual-del-movimiento-sun-2015#.V3kcp7iLTIU (en español).

MQSUN (Maximizar la Calidad de los programas para el Fomento de la Nutrición). 2016. Addressing Overweight and Obesity in Low- and Middle-Income Countries 2016. Seattle, WA, US: PATH.

Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2014. “Goal 2. End Hunger, Achieve Food Security and Improved Nutrition, and Promote Sustainable Agriculture.” Sustainable Development Knowledge Platform. Fecha de consulta: febrero de 2016.. https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=164&type=230&menu=2059 (en inglés).

Naciones Unidas. 2013. World Population Prospects: The 2012 Revision. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos, División Población. Fecha de consulta: junio de 2015. http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm.

———. 2014a. “High-Level Meetings and the General Debate of the Sixty-eighth Session of the General Assembly.” Agenda Item 118, Follow-Up to the Outcome of the Millennium Summit. Fecha de consulta: marzo de 2016. https://papersmart.unmeetings.org/ga/68th-session/plenary-meetings/agenda/i/118/.

———. 2014b. A World That Counts. Nueva York. http://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf.

———. 2015. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

Ndiku, H., M. Ndiku, K. Jaceldo-Siegl, P. Singh y J. Sabaté. 2011. “Gender Inequality in Food Intake and Nutritional Status of 1): 26fos631rmingourworld., I. KawaEnd, S. Gortmy irEcon. V P.ubramani

———. 2014a. “Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief.” Ginebra. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/en/ (en inglés).

———. 2014b. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Fecha de consulta: Febrero de 2016. http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/.

———. 2014c. WHO Global Health Expenditure Atlas 2014. Fecha de consulta: febrero de 2016. http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf (en inglés).

———. 2014d. Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series. Fecha de consulta: 23 de marzo de 2016. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/ (en inglés).

———. 2015a. Global Health Observatory Data Repository. Fecha de consulta: junio de 2015. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en (en inglés).

———. 2015b. National Health Account Tracking, 2015. Fecha de consulta: abril de 2016. http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en (en inglés).

———. 2015c. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/ (en inglés).

———. 2016a. Country Planning Cycle Database. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://www.nationalplanningcycles.org/ (en inglés).

———. 2016b. Developing Country Scale-up Plans. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper3_developingcountryscaleupplans.pdf (en inglés).

———. 2016c. “Diabetes.” Fecha de consulta: febrero de 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/ (en español).

———. 2016d. eLENA (Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales). Fecha de consulta: febrero de 2016. http://www.who.int/elena/es/ (en español).

———. 2016e. Base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales (GINA). Fecha de acceso: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/gina/en/ (en inglés).

———. 2016f. Global Targets Tracking Tool. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/trackingtool/en/ (en inglés).

———. 2016g. The Healthy Growth Project. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/healthygrowthproj/en/index1.html (en inglés).

———. 2016h. Landscape Analysis Country Assessments. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/landscape_analysis/country_assessments/en/ (en inglés).

———. 2016i. Nutrition Landscape Information System (NLiS). Fecha de consulta: febrero de 2016. http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx (en inglés).

———. 2016j. “Obesidad y sobrepeso.” Fecha de consulta: febrero de 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/ (en español).

———. 2016k. Objective 6 of the Global NCD Action Plan. Fecha de consulta: 6 de abril de 2016. http://www.who.int/nmh/ncd-tools/objective6/en/ (en inglés).

———. 2016l. Planning and Costing Nutrition Actions: The OneHealth Tool. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/publications/onehealth_tool/en/ (en inglés).

———. 2016m. Prioritizing Areas for Action in the Field of Population-Based Prevention of Childhood Obesity. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/tools/en/ (en inglés).

———. 2016n. “Progress on Sanitation and Drinking-Water: Fast Facts.” Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp_fast_facts/en/ (en inglés).

———. 2016o. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf (en inglés).

———. 2016p. Set of 9 Voluntary NCD Targets for 2025. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/gmf1_large.jpg?ua=1 (en inglés).

———. 2016q. “UN, Kenyan Government Take Broad-Based Approach to Fighting NCDs.” Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nmh/events/2014/kenya-ncd-prevention/en/ (en inglés).

———. 2016r. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. https://www.mindbank.info/ (en inglés).

———. 2016s. “Noncommunicable Diseases and Mental Health.” Fecha de consulta: 1 de febrero de 2016. http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/ (en inglés).

———. 2016t. “Nutrición: Metas globales 2025: Póster.” Fecha de acceso: 1 de febrero de 2016. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es/ (en español).

———. 2016u. Cost Effectiveness and Strategic Planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool. Accessed April 25. http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/.

———. 2016v. Health Accounts Production Tool (HAPT). Fecha de consulta: 25 de abril. http://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/ (en inglés).

———. 2016w. Global Health Expenditure Database. Documentation Centre. http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en (en inglés).

OMS, UNICEF e IBFAN (International Baby Food Action Network). 2016. Comercialización de sucedáneos de la leche materna: Aplicación del Código Internacional. Informe de situación 2016. Ginebra: OMS.

OMS, UNICEF y USAID (Agencia de Estados Unidos de América para el desarrollo internacional). 2015. Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation, and Hygiene: Practical Solutions for Policies and Programmes. Ginebra: OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2015a. Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges, and Opportunities. Washington, DC.

———. 2015b. Ultra-processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity, Policy Implications. Washington, DC.

PAA Africa. 2016. “Purchase from Africans for Africa (Comprar a

Data-For-Development-An-Action-Plan-July-2015.pdf (en inglés).

Shaheen, F., J. Glennie, A. Lenhardt y J. M. Roche. 2016. Every Last Child. London: Save the Children.

Shekar, M., et al. 2015a. Scaling Up Nutrition in the DRC:

———. 2015. “Worldwide Displacement Hits All-Time High as War and Persecution Increase.” Fecha de consulta: febrero de 2016. http://www.unhcr.org/558193896.html (en inglés).

———. 2016a. Population Statistics. http://popstats.unhcr.org/en/overview.

———. 2016b. Standardised Expanded Nutrition Survey database. http://sens.unhcr.org/.

UNICEF. 2014. “Nutridash 2014.” Nueva York. Sin publicar.

———. 2015. State of the World’s Children 2015. Nueva York.

———. 2016a. “Malnutrition Mounts as El Niño Takes Hold.” Comunicado de prensa, 17 de febrero. http://www.unicef.org/media/media_90252.html.

———. 2016b. Base de datos mundial de UNICEF. “Nutrition: Infant and Young Child Feeding.” Accessed April 2016. www.data.unicef.org/nutrition/iycf.

———. 2016c. MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys). http://mics.unicef.org/surveys.

———. 2016d. Base de datos mundial de UNICEF. Fecha de consulta: abril de 2016. www.data.unicef.org.

UNICEF y OMS. 2015. Progress on Sanitation and Drinking Water: 2015 Update and MDG Assessment. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf.

UNICEF, OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial. 2015. 2014 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends (September 2015 update). Fecha de consulta: 17 de abril de 2016. http://data.worldbank.org/child-malnutrition.

UNSCN (Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas). 2014. The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.unscn.org/en/publications/country_case_studies/the_nutrition_sensitivity.php.

USAID (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical ation of Access and efe015ce: 9

Irish Aid
Government of the Netherlands