

Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe

Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños y niñas.



Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños y niñas. Pero, más allá de eso, la malnutrición en todas sus formas afecta al desarrollo humano, teniendo entre sus efectos un

impacto en el progreso social y económico de los países, así como en el ejercicio de los derechos humanos en sus múltiples dimensiones. La carga sostenida de malnutrición en las mujeres y los niños de la región afecta la capacidad de los países para lograr por lo menos ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)^[1].

La malnutrición, que incluye la desnutrición aguda, global y crónica ^[2] y el sobrepeso y la obesidad, tiene diversas causas y consecuencias. Para entender la malnutrición y sus causas debieran considerarse, al menos, tres dimensiones de análisis. **Primero, la seguridad alimentaria**, que alude al hecho que toda la población tenga acceso físico, económico y social a alimentos seguros y nutritivos y la vulnerabilidad, que se refiere a la probabilidad de una disminución del consumo o acceso a los alimentos y que depende también del riesgo existente según las condiciones de la población y su capacidad de respuesta. **En segundo lugar, la transición demográfica, epidemiológica y nutricional que ha modificado la incidencia de los problemas nutricionales**; hoy en día, los cambios en la composición etaria, las decisiones de consumo, los estilos de vida y actividad y la relación entre estos han modificado las necesidades nutricionales de las personas. **Por último, el ciclo de vida es clave**, ya que los problemas nutricionales y sus efectos se presentan a lo largo de toda la vida de las personas, desde el momento de nacer (Martínez y Fernández, 2006).

En términos generales, aun cuando en la región los niveles de desnutrición se han reducido a más de la mitad desde 1990, en muchos países persisten altos niveles de desnutrición y anemia y los promedios nacionales suelen esconder grandes diferencias geográficas o entre grupos poblacionales según el nivel educacional, los ingresos o la pertenencia étnica. Además, la región se ve afectada por un creciente nivel de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes.

1.SITUACIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN LA REGIÓN

La malnutrición es un problema que genera muertes y en el largo plazo afecta también a quienes sobreviven. Hace más de dos décadas la región enfrentaba el problema de la desnutrición con niños y niñas que sufrían de bajo peso y/o baja talla en sus primeros años de vida. Esta situación se ha complejizado dada la irrupción del sobrepeso y la obesidad en todas las edades, así como la evidencia de déficit de micronutrientes. La globalización y los mayores niveles de ingreso alcanzados han producido cambios en los hábitos de la población, que incluyen mayor consumo de alimentos procesados y sedentarismo, entre otros factores, lo que ha generado nuevos desafíos para las políticas de salud.

Desnutrición

El proceso de nutrición se inicia en la gestación y el peso al nacer es un indicador del estado nutricional y de salud del recién nacido y de la madre. Aun cuando se ha avanzado en la reducción del bajo peso al nacer (desnutrición), todavía hay países donde esto se observa en más del 10% de los niños y niñas y 5% de estos nacen con retardo de crecimiento intrauterino [3]. Según datos de la OMS, los niños y niñas que pesan menos de 5.5 libras (2,500 gramos) al nacer tienen mayor riesgo de muerte.

Con relación a la malnutrición por deficiencia, los tres indicadores antropométricos más utilizados son **el bajo peso para la edad o desnutrición global; la baja talla para la edad o la desnutrición crónica**, y el **bajo peso para la talla o desnutrición aguda**. En la región existe una gran disparidad en la prevalencia de desnutrición. Por ejemplo, como se observa en el gráfico 2, la Argentina, el Brasil, Chile y Jamaica presentan prevalencia de desnutrición global bajo 2,5%, mientras que, en el otro extremo, más del 10% de los niños y niñas en Guatemala, Guyana y Haití presentan esta condición. La desnutrición crónica es un problema en la mayoría de los países (67%) y un 10% de su población la sufre. Así, en la región habría más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica.

Tal y como existen diferencias entre países, la desigualdad también se observa al interior de ellos. Por ejemplo, en el Perú hay una marcada brecha territorial en la prevalencia de desnutrición crónica, la que en Huancavelica alcanzaba el 54,6%, mientras que en Tacna llegaba a 3% (Martínez y Palma, 2014). Esas diferencias se mantienen al analizar los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2016, que indicaba que en Tacna la prevalencia estaba en 2,3%, mientras que Huancavelica registraba una prevalencia de 33,4% (INEI, 2016). En el Ecuador también se observa una gran diferencia para el mismo año y en la provincia de Chimborazo se encontró la más alta prevalencia de baja talla para la edad (52,6%), en tanto la prevalencia más baja se presentaba en la provincia de El Oro con 15,2% (Martínez y Palma, 2014).

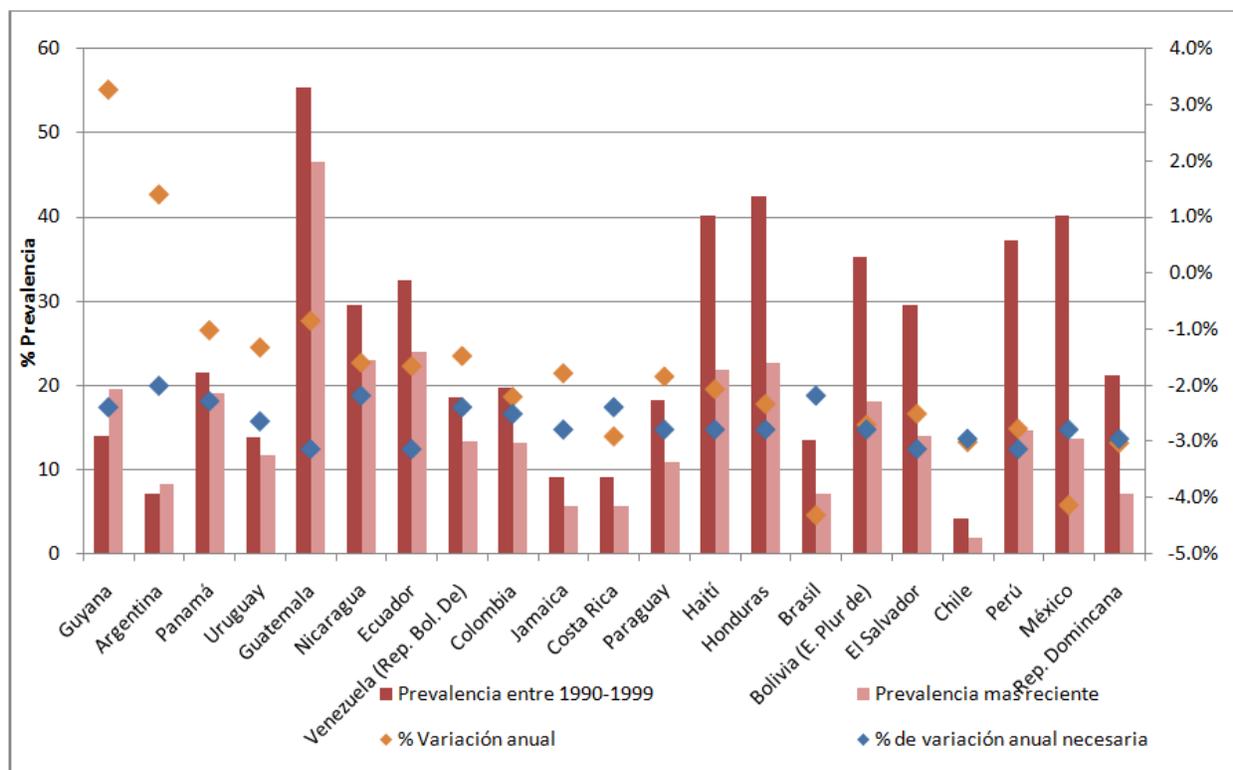
Otro eje clave alude a las **condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población indígena**. Como se informa en el Panorama Social 2016 (CEPAL, 2017), los niños y niñas indígenas son quienes más sufren esta desigualdad. En torno a 2010, los datos para 7 países

de la región indican que “la desnutrición crónica de los niños y niñas indígenas menores de 5 años es algo más del doble que la de la población infantil no indígena, **con un rango que iba del 22,3% en Colombia al 58% en Guatemala**. Las brechas étnicas se incrementan en el caso de la desnutrición crónica severa y respecto de los niveles de desnutrición” (CEPAL, 2017, pág. 162).

No obstante a lo anterior, los avances en este punto son innegables (véase el gráfico 1). Desde 1990 a la fecha los países de la región han disminuido la prevalencia de desnutrición crónica en 40% promedio. Al respecto, se destacan México, el Perú y la República Dominicana que han reducido sus prevalencias en más de 60% con tasas que partieron en 40,1%, 37,3% y 21,2%, respectivamente. **El país que actualmente presenta una mayor prevalencia de desnutrición crónica es Guatemala, con más de 46,5% de sus niños con este problema**; es decir, cerca de **900.000 niños y niñas**. Pese a estos progresos aún se requieren esfuerzos para avanzar hacia la erradicación del hambre y acabar con todas las formas de malnutrición para el año 2030, tal y como está establecido en los ODS. En este contexto, la Argentina y Guyana tienen un desafío mayor pues, según las estadísticas disponibles, la prevalencia de desnutrición habría aumentado entre ambos períodos.

Gráfico 1

América Latina (21 países): prevalencia y variación de la desnutrición crónica desde 1990 a la medición más reciente



Según Galasso y Wagstaff (2017), las tasas anuales de reducción de la desnutrición crónica en los países del mundo no permitirían alcanzar las metas establecidas en los ODS, lo que señala un punto a discutir respecto de las políticas y programas requeridos para acelerar el ritmo de reducción. En el gráfico 1 se presenta un ejercicio en torno a la reducción anual promedio necesaria para llevar la prevalencia de desnutrición crónica a la mitad en 2030. Los países de la región que estarían mejor encaminados en esa dirección son el Brasil, Costa Rica, México y la República Dominicana; los demás deben profundizar sus esfuerzos para aumentar la velocidad en la reducción de la desnutrición crónica y así alcanzar la meta.

Sobrepeso y obesidad

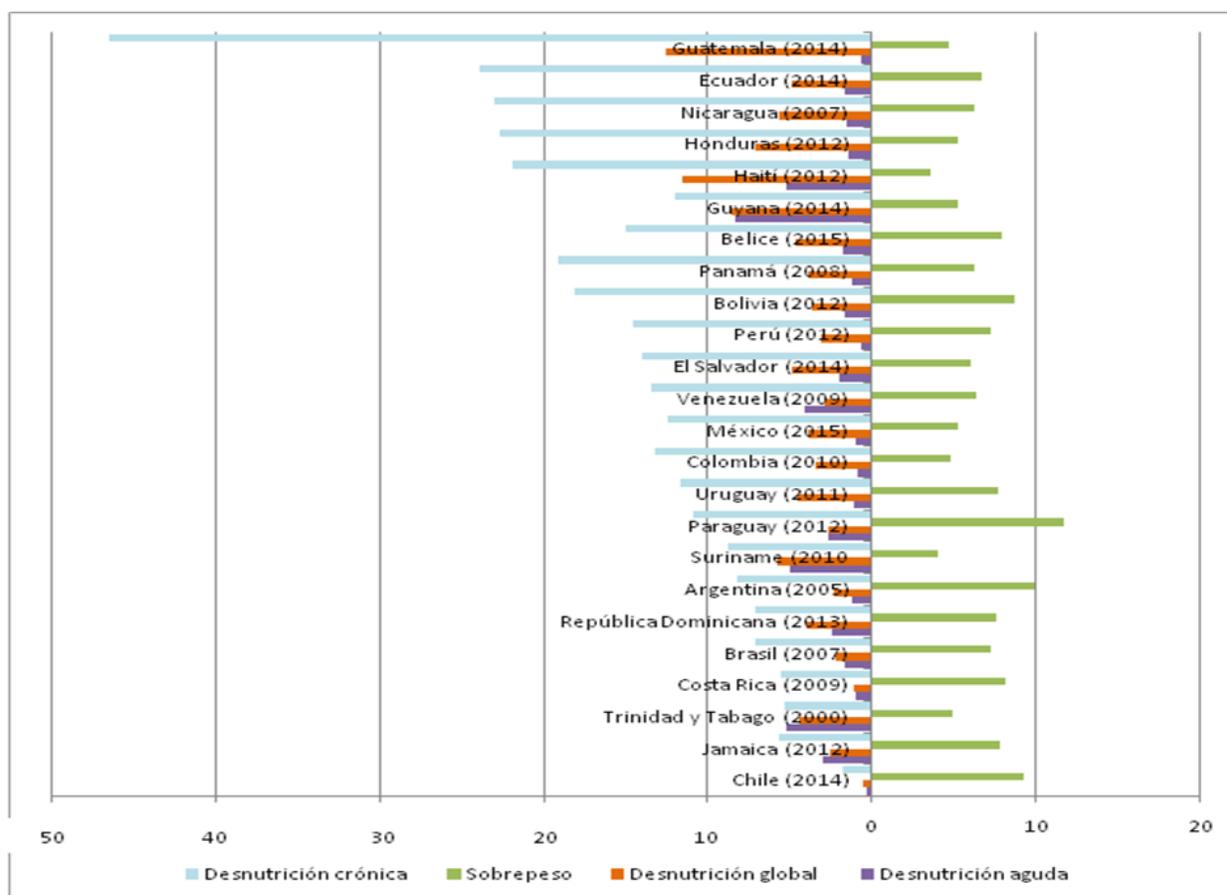
En el otro extremo, el avance de la obesidad y sobrepeso en niños y niñas es un tema alarmante, pues las consecuencias y efectos de este problema se expresan durante su crecimiento, pero también en la adultez. En la región se observa un aumento de la prevalencia de sobrepeso en el tramo de 0 a 4 años de edad y el gráfico 2 muestra que, a excepción de Haití, la prevalencia de sobrepeso en este tramo de edad es de 7%; es decir, cerca de 4 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren de sobrepeso u obesidad.

La población escolar presenta mayores tasas en relación con los menores de 5 años y, acorde con OPS (2014), en los países para los que se dispone de información las tasas para escolares de 6 a 11 años varían desde 15% en el Perú hasta 34,4% en México y en la población adolescente de 12 a 19 años de edad las cifras oscilan entre 17% en Colombia y 35% en México. Aun cuando existe información para algunos países no hay datos suficientes en relación con el estado nutricional a nivel regional de los escolares y población adolescente, lo que es un desafío pendiente.

Gráfico

2

América Latina (24 países): prevalencia de desnutrición crónica, desnutrición global, desnutrición aguda y sobrepeso en menores de 5 años por país



Fuente: base de datos Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe [en línea] [://dds.cepal.org/san/estadísticas](http://dds.cepal.org/san/estadísticas) sobre la base de información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e informes oficiales de países.

La coexistencia de problemas nutricionales a causa de exceso de peso y déficit, conocido como la doble carga de la malnutrición, es un fenómeno reciente en la región que requiere mayor atención, pues refleja desigualdades al interior de las familias, hogares y países. Ya en el año 2000, Doak y otros (2000, 2005) encontraron que un 11% de los hogares brasileños presentaba ambos problemas. En Colombia, el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN, 2014) describe la doble carga como la existencia en un mismo hogar de un adulto con sobrepeso u obesidad y un niño o niña con desnutrición. A nivel nacional esta doble carga afectaba a un 8,2% de los hogares, llegando en algunos departamentos a más del 15% de los hogares (Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés). Por su parte, Barrios de León y otros (2013) realizaron un análisis en el Municipio de Huitán en Quetzaltenango, Guatemala, donde cerca de 65,4% de los niños y niñas sufrían desnutrición crónica, encontrando que 12,7% de los hogares presentaba doble carga.

De lo anterior se deriva que en la región es necesario resolver no sólo la problemática presentada por la desnutrición, sino que la obesidad en la población infantil y adolescente requiere de pronta atención para generar programas y políticas que fomenten una vida saludable y, de ese modo,

se garanticen los derechos de los niños y niñas. La doble carga genera un nuevo desafío para la política nutricional de los países y se requieren esfuerzos que puedan prevenir todas las formas de malnutrición, sin dejar a nadie atrás.

El hambre oculta en la región: un desafío pendiente

La deficiencia de micronutrientes es la causa del “hambre oculta”, lo que representa un problema en el estado nutricional de la población y tiene una prevalencia preocupante en la región. A diferencia de la falta de alimentos, la deficiencia de micronutrientes no genera ningún efecto físico visible pero puede tener un impacto negativo en la población puesto que los micronutrientes son responsables de muchas funciones del organismo. Entre los micronutrientes considerados, que cumplen funciones clave en el desarrollo a lo largo del crecimiento de niños y en adultos, se encuentran el hierro, las vitaminas A, B y D, el calcio y el zinc, entre otros. Si bien no se cuenta con datos de calidad para evaluar la situación del déficit de micronutrientes en niños y niñas, los últimos estudios de OMS indican que la anemia por deficiencia de hierro afecta a más del 35% de los niños y niñas entre 6 y 59 meses de edad en la región. En Haití y el Estado Plurinacional de Bolivia se observan las mayores prevalencias con más de 60% de los niños y niñas con anemia.

En relación con la deficiencia de zinc, Cediell y otros (2015a) revisaron la información disponible en la región y hallaron una alta prevalencia de déficit de este micronutriente en algunos países; por ejemplo, en México había una prevalencia de 25,3% en niños entre 6 meses y 11 años y en Colombia, esta alcanzaba al 26,9% en niños menores de 6 años. Estos autores concluyen que existen diferencias entre las poblaciones no indígenas y las indígenas, siendo estas últimas las más afectadas por este problema en Colombia y Guatemala. Al mismo tiempo estimaron el riesgo de sufrir déficit de zinc y encontraron que era un problema de salud pública frente al cual debieran tomarse medidas.

La deficiencia de vitamina A también es un problema de salud pública y tiene mayor prevalencia en Colombia, Haití y México donde se observan prevalencias mayores al 24%. Respecto a esta deficiencia se repite que los grupos indígenas y afrodescendientes son los que tienen mayores tasas (Cediell y otros, 2015b).

Fuentes: G. Cediell y otros (2015a), “Zinc Deficiency in Latin America and the Caribbean”, Food and Nutrition Bulletin, Vol. 36, Suplemento 2. ____ (2015b), “Interpretation of Serum Retinol Data from Latin America and the Caribbean”, Food and Nutrition Bulletin, Vol. 36, Suplemento 2.

2. CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN

Existe amplia evidencia acerca de las consecuencias de la desnutrición en niños y niñas en relación con sus habilidades, el desarrollo cognitivo, la mortalidad y la prevalencia de morbilidades a lo largo del ciclo de vida. Desde hace unos años el análisis se ha centrado en profundizar las consecuencias de la malnutrición, tanto por déficit como por exceso.

El bajo peso al nacer, que también es un indicador de desnutrición durante el embarazo, aumenta el riesgo de muerte en los primeros meses y años de vida

(Black y otros, 2008, 2013). Asimismo, afecta las funciones de inmunidad durante la infancia, aumentando el riesgo de enfermedad y, por lo tanto, las posibilidades de morir a causa de diversas infecciones. La desnutrición global, aguda y crónica estarían asociadas con un aumento del riesgo de muerte por diarrea, neumonía y sarampión (Black y otros, 2013). El bajo peso al nacer y la desnutrición durante la niñez son, además, factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Victoria y otros (2008) plantean que la desnutrición crónica es un factor de riesgo para el desarrollo integral de los niños y, habiendo revisado una serie de estudios, encuentran que el bajo crecimiento estaría relacionado con baja estatura en la adultez, menos años de escolaridad y menor funcionamiento intelectual. Recientes estudios destacan en particular lo que ocurre con el cerebro de los niños y niñas que sufren desnutrición crónica y el riesgo de desarrollo desigual debido a esto. Muchos han concluido que se trata de un problema con consecuencias para toda la vida, en tanto el cerebro requiere de nutrientes para su desarrollo. En este sentido, los daños generados por la desnutrición (bajo peso o bajo crecimiento) en esta etapa del ciclo vital tendrán consecuencias futuras en la estructura cerebral y su capacidad funcional (McCoy y otros 2016). Por ejemplo, en un estudio para 79 países, Grantham-Mc Gregor y otros (2007) encontraron que por cada 10% de aumento en la desnutrición crónica, la proporción de niños que alcanzaba el grado final de primaria bajaba en 7,9%. Otros estudios en el Brasil y Jamaica entregan datos que indican que existe una relación entre la desnutrición crónica y los logros educativos, donde los niños que han sufrido de desnutrición en la infancia alcanzan peores resultados o menor nivel de educación para su edad (Hutchinson y otros 1997; Brito y de Onis, 2004). Esta reducción en la capacidad cognitiva y en los años de educación afectará inevitablemente el nivel de ingreso de quienes sufrieron desnutrición en su infancia y, por consiguiente, el desarrollo de las sociedades en que viven

Estos efectos en la salud y desarrollo cognitivo de los niños y niñas se traducirán en costos económicos para el conjunto de la sociedad. Además de los costos en salud por la atención requerida a causa de enfermedades asociadas o el propio tratamiento de la desnutrición, se generan costos en educación por los años extra de los niños repitentes en el sistema, producto de la menor capacidad de atención y aprendizaje. Del mismo modo, los efectos en salud y educación generan pérdidas en productividad; por un lado, hay pérdida de productividad equivalente a la pérdida de capital humano dado el menor nivel educativo que alcanzan las personas que tienen desnutrición y, por otro lado, se genera una pérdida de capacidad productiva resultante del número de muertes asociadas a la desnutrición (Martínez y Fernández, 2006).

En el caso de la malnutrición por exceso, el sobrepeso y la obesidad en niños y niñas tienen efectos a corto y largo plazo. Entre los riesgos de salud a corto plazo están los cambios metabólicos que incluyen alza de colesterol, triglicéridos y glucosa y desarrollo de diabetes tipo 2 y alta presión arterial. Algunos estudios han revelado que, efectivamente, la obesidad en adolescentes aumenta el riesgo de padecer diabetes, asma y problemas respiratorios en comparación con adolescentes con peso normal (Cook y Jeng, 2009; Pulgarón, 2013). En el largo plazo, la obesidad en la infancia puede ser un factor de riesgo de obesidad en adultos con las consecuencias conocidas (Black y otros 2013). Entre un tercio y la mitad de los niños obesos se convierten en adultos obesos (Rivera y otros 2014).

Sumado a los efectos directos en la salud física de niños, niñas y adolescentes, la obesidad y sobrepeso también tienen efectos en su salud mental. Los niños con obesidad o sobrepeso tienen mayores probabilidades de sufrir problemas psicosociales que sus pares de peso normal, pues suelen ser estigmatizados y ser objeto de burlas e intimidación (Cook y Jeng, 2009; Rankin y otros 2016).

Costo de la malnutrición

El costo económico de la malnutrición está asociado con sus consecuencias directas e indirectas. Un primer efecto se observa en la salud, donde las personas deben invertir en tratamientos para la propia malnutrición o enfermedades asociadas. A su vez, como se discutió en el segundo apartado, las consecuencias también se observan en el ámbito productivo, puesto que afectan la capacidad cognitiva y el futuro desarrollo en el mercado laboral. De allí la relevancia de contar con una estimación económica de dichos costos para la sociedad en términos de los ingresos perdidos producto de la malnutrición. En el año 2004, la CEPAL, en conjunto con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), inició un trabajo relativo al costo del hambre y desarrolló una metodología para estimar los costos asociados a la desnutrición en salud, educación y productividad en dos dimensiones: retrospectiva y prospectiva. Los costos en salud corresponden a aquellos que se generan producto de las atenciones necesarias por la desnutrición per se y las comorbilidades asociadas, como diarrea e infecciones respiratorias. En el caso de educación, se estiman los casos de repitencia asociadas a la desnutrición por el efecto de esta en el desarrollo cognitivo de niños y niñas. Finalmente, con relación a la productividad se estiman las pérdidas en ingresos del país a causa de la población que no llegó a la edad productiva por muerte asociada a desnutrición en la infancia y, entre quienes sobrevivieron, se calculan las pérdidas por la menor cantidad de años de educación.

El primer estudio de países se realizó en 2004 para República Dominicana y Centroamérica (Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y

Panamá) y se encontró que el costo de la desnutrición superaba los 6.000 millones de dólares, correspondientes a un 6,4% del PIB. Luego se repitió en los países andinos y el Paraguay, concluyendo que en el año 2005 se perdían 10.000 millones de dólares en estos países, o un 2,6% del PIB. Para ambos estudios, las mayores pérdidas se generaron en productividad; es decir, los niños que no alcanzan a formar parte de la fuerza laboral debido a que su muerte estuvo asociada a la desnutrición en su infancia, y por los menores años de escolaridad de quienes sobrevivieron.

Estos estudios han sido replicados en África, la Argentina, Filipinas y el Perú para estimar el costo de la desnutrición crónica y la anemia. El proyecto *Cost of Hunger in Africa* incluye a 12 países del continente que han realizado estimaciones y, con el objetivo de avanzar en las medidas necesarias para reducir la desnutrición crónica, ha sido promovido en altos niveles políticos. En esta misma línea de análisis, en el año 2017 la CEPAL y PMA lanzaron un nuevo estudio para abordar el costo de la doble carga. Este documento, único en la región, aborda el costo de la malnutrición en su totalidad, considerando para ello la metodología del costo de la desnutrición y una nueva metodología para estimar los costos del sobrepeso y obesidad. Este estudio concluye que la malnutrición impactó en 4,3% del PIB en el Ecuador, 2,3% en México y 0,2% en Chile. Los resultados revelan que, para el año de análisis, en Chile los costos en salud concentran la mayor proporción respecto del total, mientras que en el Ecuador y México esto se observa para pérdida de productividad debido al impacto de la desnutrición. En Chile, dado que el nivel de desnutrición crónica es menor al 2%, sólo se estimó el costo de la obesidad (Fernández y otros, 2017). Horton y otros (2010) han realizado estudios en los que encuentran que las personas pierden más del 10% de sus ingresos a lo largo de la vida producto de la desnutrición, lo que genera pérdidas entre 2% y 3% del PIB en muchos países. En el año 2017 el Banco Mundial realizó un análisis del costo de la desnutrición crónica para 140 países en 2014, encontrando que, en promedio, el ingreso per cápita cae 5% para América Latina y el Caribe en el año considerado.

Fuentes: Fernández y otros (2017), "Impacto social y económico de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, El Ecuador y México", documento de proyecto (LC/TS.2017/32), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).___ S. Horton y otros (2010) "Scaling up Nutrition. What will cost?" ___ Banco Mundial. R. Martínez y A. Fernández (2009), "El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay y el Perú", documento de proyecto (LC/W.260), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).__ (2007), "El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana", documento de proyecto (LC/W.144/ Rev.1), Comisión Económica para América Latina y el

Caribe (CEPAL).____(2006), Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina”, serie Manuales CEPAL N° 52 (LC/L.2650-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

3. PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN

Con el fin de avanzar hacia las metas de la Agenda 2030 y erradicar el hambre, así como reducir la malnutrición, es necesario avanzar en el diseño e implementación de políticas integrales y multisectoriales. Las experiencias más exitosas en el combate contra la malnutrición incluyen el desarrollo de trabajo conjunto entre distintos actores, no sólo desde la perspectiva de salud sino tomando en consideración todas las dimensiones del problema nutricional (Martínez y Palma, 2014).

En el ámbito de los programas existe amplia evidencia acerca del impacto positivo de distintas intervenciones en la reducción de la desnutrición. Destacan los estudios recopilados en la serie de The Lancet (2008 y 2013)[\[4\]](#) y los avances de las políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutricional aplicadas en la región. Dado que el problema nutricional es multicausal, incidir sobre las prevalencias actuales de malnutrición requiere de la articulación de acciones en distintos niveles que involucren diversos actores en los países. De la misma manera, los recursos deben destinarse en forma adecuada para disminuir la vulnerabilidad de aquellas poblaciones con mayor riesgo a lo largo del ciclo de vida. Para el caso de la desnutrición y sobrepeso hay consenso de que el foco es el niño o niña desde su concepción hasta los 24 meses de edad, etapa clave para su desarrollo óptimo y reconocida internacionalmente como “la ventana de los 1000 días”. Con relación al sobrepeso y obesidad, el periodo entre los 3 y 6 años es crucial para establecer hábitos saludables de alimentación y actividad física de modo de asegurar un crecimiento lineal. En los grupos mayores es más difícil cambiar hábitos, por lo que se requieren programas en la etapa escolar y adolescencia que aborden los factores de riesgo asociados a una vida poco saludable. Para lograrlo es crucial la coordinación intersectorial, ya que la prevención efectiva de la malnutrición involucra educación, salud, deporte, saneamiento y otros factores que agudizan la vulnerabilidad, como la pobreza.

Martínez y Palma (2015) destacan la evidencia existente en relación con la definición de dos tipos de intervenciones necesarias para reducir la malnutrición: intervenciones directas y sensibles. Las intervenciones directas son aquellas que ponen énfasis en el desarrollo fetal y los primeros años de vida del niño.

Las intervenciones sensibles abordan las causas subyacentes[\[5\]](#) que también determinan la existencia de desnutrición y que son necesarias y complementarias

a las medidas directas para alcanzar resultados efectivos en la erradicación del hambre. Estas medidas incluyen diversos sectores y buscan generar un efecto en otras dimensiones, como la producción de alimentos o la pobreza. Ruel, Alderman y The Maternal and Child Nutrition Study Group (2013) destacan las medidas sensibles en la última publicación de The Lancet donde señalan que estas pueden ayudar a ampliar el efecto de las intervenciones específicas creando un ambiente estimulante donde los niños pequeños puedan crecer y desarrollar su máximo potencial. Las áreas que consideran estas medidas son: producción y acceso a los alimentos, inocuidad y calidad de estos, infraestructura, asistencia alimentaria, información y conocimiento sobre nutrición y salud, y atención sanitaria (Martínez y Palma, 2015).

Cabe destacar que muchos casos exitosos en la región involucran un fuerte compromiso político. Por ejemplo, en el Perú se logró reducir la desnutrición crónica a la mitad entre los años 2007 y 2014. El gobierno estableció un compromiso de reducción asociado a metas, incluyendo la política de combate de la desnutrición en el Programa de Presupuestos por Resultados. Asimismo, se generó una instancia interministerial de coordinación que integró las iniciativas multisectoriales necesarias para avanzar en este objetivo (Galasso y Wagstaff, 2017; Marini y Rokx, 2017)

Las políticas de protección social y, en particular, los programas de transferencias monetarias (condicionadas o no) pueden contribuir a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional al interior de los hogares. Existe evidencia del positivo impacto de los programas PROGRESA en México[6], Familias en Acción de Colombia[7] y Bolsa Familia del Brasil[8] en los indicadores nutricionales que se vinculan al mejoramiento de los ingresos del hogar y a las condicionalidades relativas a salud (Martínez, 2015). En el caso del Perú, la nutrición fue incluida en JUNTOS, el programa de transferencias condicionadas de ese país, en el cual dos de sus responsabilidades se asocian a la salud de niños y niñas de 0 a 5 años y la participación en el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo (PACFO) para niños y niñas entre 6 meses y 2 años.

Al definir las medidas necesarias debe prestarse atención a las causas de la obesidad y la desnutrición, y aun cuando hay factores determinantes para cada aspecto de la malnutrición que son comunes, como el contexto económico, social y ambiental, existen causas más inmediatas[9] que influyen en el equilibrio de energía en el cuerpo y que, por tanto generan déficit o exceso, produciéndose sobrepeso o desnutrición. En el caso de la obesidad o sobrepeso, como mencionan Fernández y otros: “las causas de la malnutrición por exceso tienen una complejidad adicional, la cual aparece al incluir una perspectiva de ciclo de vida y que está dada por su vinculación con los efectos de la malnutrición por déficit durante los primeros años de vida” (Fernández y otros, 2017, pág. 26).

De ese modo, las medidas preventivas del sobrepeso y obesidad abordan un tipo específico de intervenciones que debiesen relacionarse con los factores que promueven el aumento de peso y la obesidad como el consumo elevado de productos con alto contenido de azúcar, sal y grasas; la ingesta de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente (OPS, 2015). Muchas de las medidas debiesen destinarse prioritariamente a la eliminación o reducción de hábitos poco saludables y a la facilitación de consumo y conductas saludables, considerando los factores asociados como el precio, la producción de bienes alimentarios y su mercadotecnia, la disponibilidad y asequibilidad a los diversos productos (OPS, 2015).

El Plan de Acción para reducir la obesidad en adolescentes de la OPS (OPS, 2015) define las siguientes líneas de acción estratégica:

- Atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.
- Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares.
- Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos.
- Otras medidas multisectoriales con participación del sector privado y no gubernamental (por ejemplo, la disposición de áreas urbanas para el ejercicio físico y el mejoramiento de la disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos).
- Vigilancia, investigación y evaluación.

Complementando lo anterior, UNICEF también tiene un plan de acción para reducir la obesidad y sobrepeso en la niñez que aborda tres estrategias:

- Fortalecer la evidencia a través del mejoramiento de datos para niños y escolares y documentación sobre políticas efectivas
- Fortalecer los marcos regulatorios en relación con medidas sobre etiquetado, suplementos de leche materna, impuesto a bebidas azucaradas y la promoción de alimentos.
- Mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación.

Algunos países de la región ya han tomado acciones para enfrentar el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes; ejemplos de ello existen en el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador y México, donde se observan las mayores tasas de la región. Entre las medidas implementadas, las regulaciones sobre la promoción y mercadeo de bebidas y

comida poco saludables dirigidas a niños y niñas han mostrado tener un fuerte impacto. UNICEF (2015) realizó un estudio exploratorio encontrando que 31% de los países de la región suman 22 medidas relativas a la promoción y mercadeo de alimentos, 15 de las cuales están destinadas a limitar la presencia de ciertos alimentos en las escuelas y sólo dos restringen el uso de personajes o regalos. En el mismo estudio se menciona que al interior de las escuelas los kioscos venden alimentos no saludables, y más de la mitad de estas han realizado alguna actividad al interior de sus instalaciones con empresas de alimentos que promocionan sus productos (como bebidas azucaradas o leches saborizadas).

La reglamentación sobre el etiquetado de alimentos también es una herramienta efectiva que podría ayudar a influir en las decisiones de compra de productos envasados por parte de adultos y niños. En la región, esta estrategia ha sido implementada en Chile, el Ecuador y México (UNICEF, 2016).

Los programas de alimentación escolar constituyen una estrategia que permite abordar los temas nutricionales desde la escuela. En el último tiempo, y reconocidos como parte de prestaciones de los sistemas de protección social, estos programas se han ido modificando acorde las necesidades de los escolares y los cambios en los indicadores nutricionales. De esta forma, aquellos que surgieron como una medida para suplir las necesidades alimenticias de los niños en hogares más pobres han cambiado en los países con mayor nivel de sobrepeso y obesidad con el fin de entregar una alimentación nutritiva y promover hábitos alimenticios saludables. Por ejemplo, en el Brasil se exige que al menos 70% de los alimentos que se entregan en los programas de alimentación escolar sean naturales o con un mínimo procesamiento (OPS, 2015). En el marco de la protección social los programas de alimentación escolar son clave, puesto que, al disminuir la vulnerabilidad, aseguran el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional y reducen los costos en alimentación del hogar, facilitando el acceso y la retención en la escuela. Además, la existencia de estos programas permite articular otros instrumentos de protección social, como becas educativas, acceso a servicios de salud, atención en emergencias por desastres y otros.

El derecho de los niños y niñas a una alimentación y vida saludables, consagrado en diversos instrumentos internacionales, plantea un gran desafío. Abordar los problemas de desnutrición y obesidad requiere de medidas urgentes de prevención con el objetivo de reducir los efectos que genera la malnutrición durante el ciclo de vida. Más allá del costo económico que genera, avanzar en las medidas necesarias para lograr este objetivo es un imperativo ético.

[\[1\] NUTRITION and the Post-2015 Sustainable Development Goals](#)

[\[2\]](#) *Desnutrición aguda: emaciación o deficiencia de peso para altura. Desnutrición global: insuficiencia ponderal o deficiencia de peso para la edad. Desnutrición Crónica: retraso en el crecimiento o retardo de altura para la edad.*

[\[3\] PLISA](#)

[\[4\]](#) En 2008 y 2013 la revista *The Lancet* tuvo dos series especiales enfocadas en nutrición materno-infantil.

[\[5\]](#) Las causas subyacentes corresponden a los factores socioeconómicos, medioambientales y político-institucionales que afectan en la base a las causas mediatas que son la absorción de los nutrientes y la cantidad y calidad de la ingesta alimentaria. Para mayor detalle, véase Martínez y Fernández, 2006.

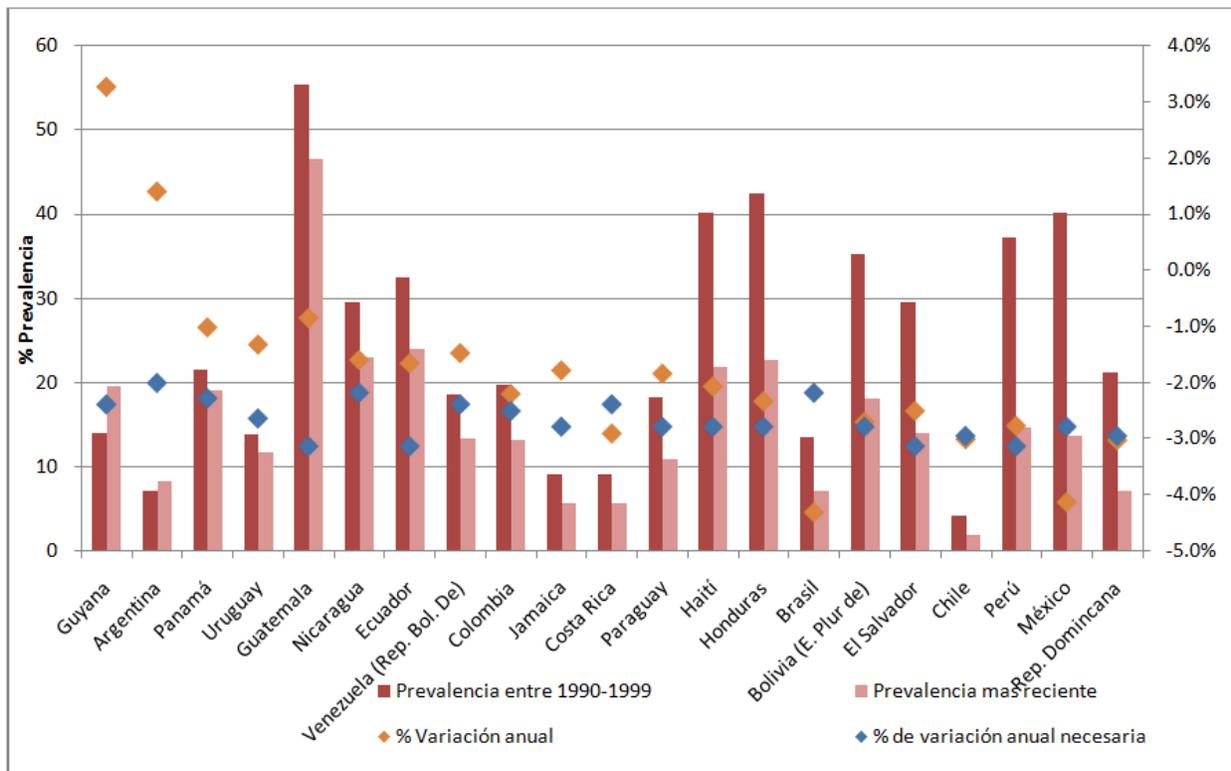
[\[6\]](#) Véase Gertler (2004).

[\[7\]](#) Para más detalles, véase Attanasio y otros (2005).

[\[8\]](#) Ver De Brauw y otros (2010).

[\[9\]](#) Para mayor detalle, ver Martínez y Fernández (2006).

PARTE 2: INICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO



En esta gráfica tenemos 4 puntos de análisis:

1. La Prevalencia entre 1990- 1999 (columna café oscuro)
2. El porcentaje de variación anual de esos años (rombo naranja)
3. La Prevalencia más reciente (columna clara)
4. El porcentaje de variación anual necesaria

Para lograr esta gráfica se necesitaron tener los cuatro datos. Para empezar a entender datos, iremos buscando en la web, específicamente en las páginas del Banco Mundial y la Naciones Unidas, datos para armar nuestro reporte de DESNUTRICIÓN INFANTIL en el país que hayas escogido.