



Organización de las Naciones
Unidas para la Alimentación
y la Agricultura



WFP
Programa
Mundial de
Alimentos

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
SECTOR REGIONAL PARA LAS
Américas

unicef 

2019

PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

**HACIA ENTORNOS ALIMENTARIOS
MÁS SALUDABLES QUE HAGAN FRENTE
A TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN**

CITA REQUERIDA:

FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2019*. Santiago. 136. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Las denominaciones empleadas en este producto informativo y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Programa Mundial de Alimentos (WFP) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) juicio alguno sobre la condición jurídica o nivel de desarrollo de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. La mención de empresas o productos de fabricantes en particular, estén o no patentados, no implica que la FAO, OPS, WFP o UNICEF los aprueben o recomienden de preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan.

Las opiniones expresadas en este producto informativo son las de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente los puntos de vista o políticas de la FAO, la OPS, WFP, o UNICEF.

ISBN 978-92-5-131958-1 (FAO)

© FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2019

Algunos derechos reservados. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es_ES).

De acuerdo con las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la FAO, OPS, WFP y UNICEF refrendan una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar los logotipos de la FAO, OPS, WFP y UNICEF. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons, e incluya el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita requerida: "Esta obra es una adaptación de una obra original de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (WFP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Las opiniones expresadas en esta adaptación son las de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente los puntos de vista o políticas de la FAO, la OPS, el WFP o el UNICEF. Si la obra se traduce, debe añadirse el siguiente descargo de responsabilidad junto a la referencia requerida: "La presente traducción no es obra de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (WFP) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La FAO, OPS, WFP y UNICEF no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en español será el texto autorizado".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI) en vigor.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo, cuadros, gráficos o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. El riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros recaerá exclusivamente sobre el usuario.

Derechos y licencias. Los productos de información de la FAO están disponibles en la página web de la Organización (<http://www.fao.org/publications/es>) y pueden adquirirse dirigiéndose a publications-sales@fao.org. Los productos de información de la OPS están disponibles en su sitio web www.paho.org y pueden adquirirse desde: <http://publications.paho.org>. Los productos de información del WFP están disponibles en el sitio web del WFP <http://es.wfp.org/publicaciones/list> y pueden adquirirse mediante solicitud por correo electrónico dirigido a pma.latinoamerica@wfp.org. Los productos de información de UNICEF están disponibles en su sitio web <https://www.unicef.org/es>. Las solicitudes de uso comercial deben enviarse a través de la siguiente página web: www.fao.org/contact-us/licence-request. Las consultas sobre derechos y licencias deben remitirse a: copyright@fao.org.

Fotografía de Portada: ©istockphoto

2019

PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

**HACIA ENTORNOS ALIMENTARIOS MÁS SALUDABLES
QUE HAGAN FRENTE A TODAS LAS FORMAS DE
MALNUTRICIÓN**

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Programa Mundial de Alimentos (WFP)
El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Santiago, 2019

ÍNDICE

CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS	vii
PRÓLOGO	x
AGRADECIMIENTOS	xii
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	xiii
SUBREGIONES GEOGRÁFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y CODIGOS DE PAÍSES	xiv
PRESENTACIÓN	xv
CAPÍTULO 1 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN	1
ODS 2: PONER FIN AL HAMBRE, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y MEJORAR LA NUTRICIÓN, Y PROMOVER LA AGRICULTURA SOSTENIBLE	4
Meta 2.1: Poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente	4
Meta 2.2: Poner fin a todas las formas de malnutrición	23
ODS 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES	29
Meta 3.1: Reducir la mortalidad materna	29
Meta 3.2: Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años	29
Meta 3.4: Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	32
OTROS INDICADORES	37
CAPÍTULO 2 POLÍTICAS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA EN LOS ENTORNOS ALIMENTARIOS	41
2.1 DISPONIBILIDAD Y ACCESO FÍSICO A LOS ALIMENTOS	44
Evolución de los sistemas alimentarios y aumento de la disponibilidad de ultraprocesados	47
Cambios en los canales de distribución de los alimentos y en el consumo de productos ultraprocesados	50
Desiertos y pantanos alimentarios.	52
Casos de estudio en la Región y en el mundo	
POLÍTICAS PARA FAVORECER LA DISPONIBILIDAD Y EL ACCESO FÍSICO A LOS ALIMENTOS	53
Sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos	53
Programas de alimentación escolar	55
2.2 ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS	62
Deterioro de la capacidad de acceso económico a los alimentos en la Región	62
Diferencias en el acceso económico a los alimentos según nivel de ingreso de los hogares	65
Evolución de los patrones alimentarios y nivel de ingresos de los países de la Región	66
POLÍTICAS PARA FAVORECER EL ACCESO ECONÓMICO A DIETAS SALUDABLES	68
Política fiscal para promover una alimentación adecuada	68
Sistemas de protección social	72

2.3 PROMOCIÓN, PUBLICIDAD E INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS 76

Efecto de la publicidad y la promoción en los niños y los adolescentes 76

Composición de los productos ultraprocesados e información disponible 79

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN, PUBLICIDAD E INFORMACIÓN PARA DIETAS MÁS SALUDABLES 79

Regulación de la publicidad y de la comercialización de alimentos y bebidas 79

Etiquetado nutricional y etiquetado frontal de advertencia nutricional de alimentos 82

2.4 CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS 84

Riesgos para la salud del consumo de alimentos contaminados 86

Rol de la inocuidad y de la calidad en el comercio de alimentos 87

POLÍTICAS DE INOCUIDAD Y CALIDAD PARA DIETAS MÁS SALUDABLES 89

ANEXOS 92

REFERENCIAS 104

CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS

Figura 1. Tendencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe por subregiones, en millones de personas, 2000-2018

Figura 2. Evolución de la prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe en porcentaje, 2000-2018

Figura 3. Prevalencia de la subalimentación en distintos países de América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, 2013-2015 y 2016-2018

Cuadro 1. Subalimentación en países de América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje y millones de personas, varios trienios del 2000-2002 a 2016-2018*

Figura 4. Niveles de gravedad de la inseguridad alimentaria cuantificados por la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria

Cuadro 2. Inseguridad alimentaria grave y moderada o grave en países de América Latina y el Caribe con información disponible de la FIES, prevalencia en porcentaje y millones de personas, 2014-2016 y 2016-2018*

Cuadro 3. Inseguridad alimentaria grave y moderada o grave en adultos (18 años y mayores) en varios países de América Latina según sexo, prevalencia en porcentaje y millones de personas, 2016-2018*

Recuadro 1. "No dejar a nadie atrás". Levantamiento de datos estadísticos interculturales para y con los pueblos indígenas de El Salvador y Panamá

Recuadro 2. Políticas para hacer frente al hambre y a la inseguridad alimentaria ante la desaceleración de la economía

Recuadro 3. Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases

Figura 5. Evolución del retraso en crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, 1990-2018

Figura 6. Retraso en el crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en varios países de América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentajes, datos más recientes de las décadas de 2000 y 2010

Figura 7. Emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, 2018

Figura 8. Emaciación en niños y niñas menores de 5 años en varios países de América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, datos más recientes de las décadas 2000 y 2010

Recuadro 4. Protección social reactiva frente a emergencias: políticas, estrategias y programas

Figura 9. Evolución del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, 1990-2018

Figura 10. Sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en diversos países de América Latina y el Caribe, prevalencia en porcentaje, datos más recientes de las décadas 2000 y 2010

Figura 11. Tendencia del sobrepeso en adultos (18 años y mayores) en América Latina y el Caribe y el mundo, prevalencia en porcentaje, 1975-2016

Figura 12. Evolución de la obesidad en adultos (18 años y mayores) en América Latina y el Caribe y el mundo, prevalencia en porcentaje, 1975-2016

Figura 13. Cambios en la obesidad en adultos (18 años y mayores) en América Latina y el Caribe y el mundo, prevalencias en porcentaje, 1980-1999 y 2000-2016

Figura 14. Sobrepeso y obesidad en adultos (18 años y mayores) en América Latina y el Caribe y el resto del mundo por sexos, prevalencia en porcentaje, 2016

Cuadro 4. Prevalencia de la malnutrición en el mundo y en América Latina y el Caribe en porcentaje, por grupos seleccionados de población, distintos años

Recuadro 5. La carga múltiple de la malnutrición

Figura 15. Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos), en América Latina y el Caribe y el mundo, 2015

Figura 16. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1 000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe, 2015 y 2017

Figura 17. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos, 2015 y 2017

Figura 18. Grandes causas de mortalidad en América Latina y el Caribe, 2016

Figura 19. Probabilidad de muerte por enfermedades no transmisibles en personas de 30 a 70 años en América Latina y el Caribe y en el mundo, en porcentaje, 2018

Cuadro 5. Evidencia que apoya la causalidad entre los factores de riesgo alimentarios y sus resultados en enfermedades no transmisibles

Figura 20. Muertes atribuibles a dietas poco saludables en adultos, según total y principal enfermedad no transmisible, en porcentajes, 2017

Figura 21. Mortalidad atribuible a dietas poco saludables en adultos, según total y principal enfermedad no transmisible, en muertes por 100 000 habitantes, 2017

Figura 22. Distribución de la disponibilidad calórica al día por persona y tipos de alimentos en América Latina y el Caribe, 2013

Figura 23. Evolución de la disponibilidad calórica por tipo de alimento y subregiones de América Latina y el Caribe, 1980-2013

Figura 24. Población urbana y venta de alimentos ultraprocesados en países seleccionados de América Latina y el Caribe

Recuadro 7. Grado de procesamiento de los alimentos según la clasificación de alimentos NOVA

Recuadro 8. Marcos jurídicos para la prevención y reducción de las pérdidas y desperdicios de alimentos

Recuadro 10. Cerrando la brecha de nutrientes en el Ecuador: el rol del acceso físico y económico a una alimentación nutritiva asociado a la situación nutricional del país

Figura 26. Relación entre la subalimentación y la tasa internacional de pobreza extrema, medida con 1,90 USD al día por persona, tasas promedio (%), 2010-2018

Figura 27. Disponibilidad de alimentos (kg/persona/año) promedio según el nivel de ingresos, países de América Latina y el Caribe, 2013

Figura 28. Evolución de los patrones alimentarios según nivel de ingresos de los países en América Latina y el Caribe, porcentaje de total de calorías, 1965-2013

Figura 29. Relación entre los ingresos por persona y la malnutrición en América Latina y el Caribe y el mundo, tasas promedio (%), 2010-2017

Recuadro 11. Enfoque de protección social sensible a la nutrición

Figura 30. Evolución del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas (5-9 años) en América Latina y el Caribe, 1975-2016

Figura 31. Evolución del sobrepeso y de la obesidad en adolescentes (10-19 años) en América Latina y el Caribe, 1975-2016

Cuadro 6. Agentes biológicos y químicos involucrados en brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, selección de ejemplos

Recuadro 12. Inocuidad de los alimentos: un asunto de todos

Recuadro 14. Preferencias gustativas por lo dulce y lo salado

Anexo 1. Objetivos 2 y 3 de los ODS: Metas e indicadores

Anexo 2. Marco conceptual de sistemas alimentarios para dietas y nutrición

Anexo 3. Iniciativas legislativas del Frente Parlamentario contra el Hambre para promover sistemas alimentarios y entornos alimentarios saludables

Anexo 4. Glosario



PRÓLOGO

Entornos alimentarios saludables para enfrentar la malnutrición en todas sus formas

Alcanzar los objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible implica lograr un mundo sin hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición en cualquiera de sus formas. En las últimas décadas, la región de América Latina y el Caribe ha avanzado de forma significativa en aras del ejercicio efectivo del derecho a una alimentación adecuada y de la protección de la salud de todos sus habitantes. Sin embargo, el actual periodo de bajo crecimiento económico, los fenómenos climáticos graves, modos no sostenibles de producción y consumo de alimentos, así como la transición demográfica, epidemiológica y nutricional, ponen en riesgo los resultados que hemos conseguido hasta la fecha.

Los últimos datos disponibles sobre subalimentación en América Latina y el Caribe muestran un alza en los últimos cuatro años: 42,5 millones de personas padecían hambre en 2018, lo que representa un aumento de 4,5 millones de personas en comparación con los 38 millones de personas reportados en 2014.

La inseguridad alimentaria —entendida como la interrupción parcial o total en el acceso a los alimentos— afecta a 187 millones de personas en nuestra región y se manifiesta de forma desigual en la edad adulta: casi 55 millones de hombres sufren de inseguridad alimentaria, frente a 69 millones de mujeres.

Paralelamente, por cada persona que sufre hambre en América Latina y el Caribe, más de seis sufren sobrepeso u obesidad. La prevalencia del sobrepeso está aumentando en todos los grupos etarios, especialmente en adultos y en niños en edad escolar. En la actualidad, casi un cuarto de la población adulta en la región sufre de obesidad, con prevalencias más altas entre mujeres (28%) que en hombres (20%). En tanto, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años ya alcanza 7,5%, por encima de 5,9% mundial.

Un gran reto de la región es afrontar el problema de la malnutrición desde un enfoque de políticas públicas multisectoriales. Esto requiere coordinación y compromiso colaborativo que va desde el sistema político hasta el individuo.

Por segundo año consecutivo, cuatro organismos del sistema de las Naciones Unidas —la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (WFP)— nos hemos unido para publicar este informe.

Esta edición del *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019*, presenta un análisis basado en los entornos alimentarios, entendidos como los espacios de interacción entre las personas y las condiciones físicas, económicas, políticas y socioculturales que influyen en la manera que adquieren, preparan y consumen alimentos. Las características de los entornos alimentarios son fundamentales para explicar todas las formas de malnutrición que afectan a América Latina y el Caribe. Por ejemplo, la alta desigualdad social y económica en nuestra región, se refleja en las dificultades que sufren los grupos de población en situación de vulnerabilidad, entre otros, los niños y las niñas, las mujeres y los grupos étnicos, para acceder física y económicamente a una dieta saludable.

Los entornos alimentarios han cambiado a un ritmo acelerado. En la actualidad, América Latina y el Caribe es una región eminentemente urbana, en la que las mujeres gozan de una participación cada vez mayor en el mercado de trabajo. Sin embargo, existe en muchos casos falta de corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el trabajo doméstico y no remunerado, influyendo en los entornos alimentarios. Asimismo, las grandes industrias procesadoras de alimentos y los supermercados han adquirido un papel preponderante en la forma en que se producen, venden, publicitan y etiquetan los

productos alimentarios. Estos factores, combinados con el aumento del consumo de productos fuera del hogar y en puestos callejeros informales –los cuales suelen presentar falencias en la calidad e inocuidad de los alimentos– muestran la importancia de entender y mejorar los entornos alimentarios con el objetivo que estos provean dietas saludables, con alimentos producidos de manera sostenible y para todos.

Recientemente, algunos países de América Latina y el Caribe han innovado en materia normativa y de políticas públicas. Hoy es reconocida como una de las regiones más avanzadas por sus iniciativas en favor de la creación de entornos alimentarios en los que todas las personas –especialmente los niños, las niñas y los jóvenes– disfruten de un mejor acceso e información para adquirir alimentos nutritivos, inocuos y de calidad. Programas de protección social, como los de alimentación escolar y las transferencias monetarias a las familias, han sido fundamentales para ello.

El *Panorama 2019* presenta una amplia descripción de las distintas políticas, reglamentos

y leyes que los países están elaborando con el fin de acercar la producción de alimentos de alto valor nutricional al consumidor, promover un correcto etiquetado de los alimentos, facilitar una mejor regulación de la publicidad de alimentos, crear espacios escolares más saludables, y adoptar medidas fiscales y de carácter social que favorezcan una dieta sana y diversificada.

Deseamos que esta edición contribuya a recuperar el impulso necesario para hacer realidad la generación del hambre cero, y el fin de la de malnutrición en todas sus formas, y para cumplir los objetivos y metas de la Agenda 2030. Para ello, se requieren iniciativas urgentes y armonizadas de todos los gobiernos, así como de los distintos sectores y actores del sistema alimentario, que se lleven a cabo con el apoyo de las Naciones Unidas y de la comunidad internacional. Sólo así podremos construir sistemas y entornos alimentarios que aseguren una alimentación saludable en el presente y en el futuro, y que garanticen además una vida sana para todas las personas.

Julio A. Berdegú
**Representante Regional para América Latina y el Caribe
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y
la Agricultura (FAO)**

Carissa F. Etienne
**Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
Directora Regional, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud para las Américas**

Miguel Barreto
**Director Regional del Programa Mundial de Alimentos
(WFP) de las Naciones Unidas para América Latina y el
Caribe**

Bernt Aasen
**Director del Fondo de las Naciones Unidas para la
infancia (UNICEF) en América Latina y el Caribe**

AGRADECIMIENTOS

El *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe* es una publicación preparada conjuntamente por la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa Mundial de Alimentos (WFP) y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La presente edición fue elaborada bajo la coordinación de Ricardo Rapallo, Oficial Principal de Políticas de Seguridad Alimentaria de la FAO, Rubén Grajeda, Asesor Principal en Nutrición y Determinantes Sociales de la OPS/OMS, Alessandro Dinucci, Oficial Regional de Política de WFP, e Yvette Fautsch Especialista en Nutrición de UNICEF.

La redacción del texto estuvo a cargo de los consultores de la FAO Sandra Caprile, Rodrigo Rivera y Giovanna Zamorano. En tanto, la edición del texto estuvo a cargo de la consultora externa Begoña Merino.

Se agradecen los comentarios de los funcionarios de la FAO María Acosta, Catherine Bessy, Verónica Boero, Claudia Brito, Marisa Caipo, Ana Paula de la O Campos, Giovanni Carrasco, Ruth Charrondiere, Juan Feng, Jean Fransen, Juan Carlos García y Cebolla, Sara Granados, Alejandro Grinspun, Cindy Holleman, Joao Intini, Ana Islas, Catalina Ivanovic, Israel Klug, Mauricio Mireles, Ana Ricoy, Israel Ríos, María Rodríguez, Marco Sánchez, Andrea Sánchez Enciso, Jung Eun Sohn, Leopoldo Tornarolli, David Torres y Trudy Wijnhoven; de los funcionarios de la OPS/OMS, Elisa Acevedo Hernández, Adriana Blanco, Cristian Moyano-Fernández y Fabio da Silva Gomes; de los funcionarios de WFP Rossella Bottone, Elena Ganan, Marianela Gonzalez, Alessio Orgera, Diana Murillo, Ana Solórzano y Jennie Vanharen; y del funcionario de UNICEF Maaïke Arts.

Se agradece el apoyo en la edición y difusión del documento a los funcionarios de la FAO Benjamín Labatut, Mariela Ramírez, Cecilia Valdés, Maximiliano Valencia y, el apoyo en diseño y diagramación a Magdalena Domínguez y Mariana Young.

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
AMEXID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo	OIT	Organización Internacional del Trabajo
BM	Banco Mundial	OMC	Organización Mundial del Comercio
CEPAL	Comisión Económica para América Latina	OMS	Organización Mundial de la Salud
CIF	Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases	ONU	Organización de las Naciones Unidas
CONANDA	Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente	OPA	Observatorio de Publicidad de Alimentos
DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales	OPS	Organización Panamericana de la Salud
ENT	Enfermedades no transmisibles	OTC	Obstáculos técnicos al comercio
ETA	Enfermedades transmitidas por los alimentos	PAE	Programas de alimentación escolar
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	PDA	Pérdidas y desperdicios de alimentos
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola	PARLACEN	Parlamento Centroamericano
FIES	Escala de experiencia de inseguridad alimentaria	PARLANDINO	Parlamento Andino
GBD	Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo	PARLATINO	Parlamento Latinoamericano y Caribeño
HLPE	Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición	PARLASUR	Parlamento del Mercosur
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor	PIB	Producto interno bruto
IFBA	Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas	PMA	Programa Mundial de Alimentos
INFOSAN	Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IMC	Índice de masa corporal	PPA	Paridad del poder adquisitivo
MSF	Medidas sanitarias y fitosanitarias	RILAA	Red Inter-Americana de Laboratorios de Análisis de Alimentos
		SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
		UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
		USD	Dólar estadounidense
		WFP	Programa Mundial de Alimentos

SUBREGIONES GEOGRÁFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y CODIGOS DE PAÍSES

AMÉRICA LATINA

Mesoamérica

BLZ	Belice
CRI	Costa Rica
SLV	El Salvador
GTM	Guatemala
HND	Honduras
MEX	México
NIC	Nicaragua
PAN	Panamá

Sudamérica

ARG	Argentina
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de)
BRA	Brasil
CHL	Chile
COL	Colombia
ECU	Ecuador
GUY	Guyana
PRY	Paraguay
PER	Perú
SUR	Suriname
URY	Uruguay
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)

EL CARIBE

ATG	Antigua y Barbuda
BHS	Bahamas
BRB	Barbados
CUB	Cuba
DMA	Dominica
DOM	República Dominicana
GRD	Granada
HTI	Haití
JAM	Jamaica
KNA	Saint Kitts y Nevis
LCA	Santa Lucía
VCT	San Vicente y las Granadinas
TTO	Trinidad y Tabago

PRESENTACIÓN

Algunas de las causas de la malnutrición tienen su origen en el funcionamiento del sistema alimentario. Comprender cómo la malnutrición se vincula con los procesos de producción, distribución y el consumo de los alimentos permite identificar posibles áreas de intervención. De ese modo podrán promoverse formas de producción y hábitos alimentarios que favorezcan dietas saludables y sostenibles desde un punto de vista económico, social y ambiental.

El entorno alimentario es un espacio propicio para el diseño de esas políticas ya que representa el contexto físico, económico, político y sociocultural en el que ocurre la interacción de los individuos con el sistema alimentario. Dicho entorno determina las posibilidades y las decisiones de las personas sobre cómo adquieren, preparan y consumen los alimentos.

En esa línea, los países de América Latina y el Caribe han impulsado en los últimos años distintas políticas, marcos legales y programas para favorecer la creación de entornos alimentarios más saludables. Por ese motivo, el *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019* centra su atención en el entorno alimentario. Y se propone describir los desafíos y discutir las opciones de políticas que pueden contribuir a eliminar las múltiples formas de malnutrición de la Región.



CAPÍTULO 1
LOS OBJETIVOS DE
DESARROLLO
SOSTENIBLES
RELACIONADOS
CON LA
ALIMENTACIÓN



LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

MENSAJES PRIORITARIOS

→ En 2018, el 6,5% de la población regional vive con hambre, lo que equivale a 42,5 millones de personas. Desde una perspectiva de más largo plazo, la Región logró reducir en 20 millones el número de subalimentados con respecto al año 2000. Sin embargo, el 2018 marca el cuarto año consecutivo en el que el hambre muestra alzas continuas.

→ La inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina se incrementó de forma considerable. La inseguridad alimentaria, medida a partir de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria, pasó de 26,2% a 31,1% entre los trienios 2014-2016 y 2016-2018. Este aumento produjo que más de 32 millones de personas se sumaran a los casi 155 millones que vivían en inseguridad alimentaria en la Región en 2014-2016.

→ La Región ha mostrado progresos significativos en la reducción de la desnutrición infantil. El retraso en crecimiento en niñas y niños menores de 5 años se redujo de 16,7% a 9% entre 2000 y 2018 y la emaciación infantil se ubica en 1,3%. En ambos casos, la Región se encuentra sensiblemente por debajo de las prevalencias mundiales de desnutrición de niñas y niños.

→ La malnutrición por peso excesivo en la Región es de las más altas en el mundo y sigue incrementándose. La prevalencia de sobrepeso en personas menores a 5 años pasó de 6,6% a 7,5%

entre 1990 y 2018, lo que significa que 4 millones de niñas y niños en la Región viven con esa condición. En adultos, la prevalencia de sobrepeso y obesidad pasó de 49,6% a 59,5% entre 1990 y 2016, lo que se traduce en que 262 millones de personas en la Región.

→ La obesidad afecta de forma desigual a hombres y mujeres adultos. La obesidad en mujeres de 18 años y más en la Región alcanzó el 27,9%, mientras que para hombres de la misma edad se ubicó en 20,2%. Como consecuencia, se estima que, de los 105 millones de los adultos con obesidad en 2016, el 59% o 62 millones son mujeres.

→ La alimentación poco saludable, es uno de los cuatro factores de riesgo principales para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, junto con la actividad física insuficiente, el tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Se estima que 11 millones de adultos murieron en el mundo por causas asociadas a una alimentación inadecuada en 2017. De esos, alrededor de 600 000 vivían en la Región. Entre los factores de riesgo alimenticios que ayudan a explicar este resultado son los bajos consumos de cereales integrales, frutos secos, semillas y verduras, junto con un consumo de sodio elevado.

Durante las últimas dos décadas la Región de América Latina y el Caribe (ALC) ha realizado importantes progresos en la eliminación del hambre, el logro de la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición. Por tanto, es evidente que la Región cuenta con capacidad para cumplir el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (ODS 2) de la Agenda de Desarrollo Sostenible, el denominado *Hambre cero*. Sin embargo, la alimentación aún presenta distintos desafíos, y a la vez aparecen otros nuevos, como es el caso del sobrepeso y la obesidad, que agravan los problemas de malnutrición y ponen en riesgo el alcance de otros ODS.

En primer lugar, es fundamental mantener y acelerar la reducción de la subalimentación¹ y de otros retos asociados a la falta de acceso a alimentos suficientes y adecuados para cubrir los requerimientos mínimos de energía y nutrientes de las personas. En segundo lugar, es esencial que la Región frene y revierta el aumento del sobrepeso y la obesidad que se aprecia en todos los grupos de la población en los últimos años.

1 La **subalimentación** se define como la condición de un individuo cuyo consumo habitual de alimentos es insuficiente para proporcionarle la cantidad de energía alimentaria necesaria para llevar una vida normal, activa y sana. En cambio, la **desnutrición** es el resultado de una ingesta nutricional deficiente en cantidad o calidad, o de la absorción o uso biológico deficientes de los nutrientes consumidos como resultado de casos repetidos de enfermedades. La desnutrición incluye la insuficiencia ponderal en relación con la edad, la estatura demasiado baja para la edad (**retraso del crecimiento**), la delgadez peligrosa en relación con la estatura (**emaciación**) y el déficit de vitaminas y minerales (**malnutrición por carencia de micronutrientes**) (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019). En esta publicación se utilizan los conceptos de hambre y subalimentación de forma indistinta.

En particular, es importante prevenir el exceso de peso en edades tempranas para proteger la salud de los niños y evitar que siga aumentando la población adulta con esos padecimientos, así como para reducir los riesgos metabólicos que conducen al desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT) y a una mayor probabilidad de muerte prematura.

En este capítulo se presenta un análisis de la evolución de la subalimentación y la malnutrición con un énfasis especial en los indicadores asociados a los ODS. En la primera sección se muestra la situación y la tendencia de los indicadores de subalimentación, inseguridad alimentaria, desnutrición y sobrepeso, todos ellos relacionados con el objetivo del *Hambre cero*. Asimismo, se aportan una serie de reflexiones sobre la obesidad en los adultos que, aunque no es un indicador del ODS 2, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, ambas problemáticas crecientes en la Región².

En la segunda sección se presenta un análisis de algunos de los indicadores establecidos para dar seguimiento al objetivo de *Salud y Bienestar* (ODS 3). En concreto, se analizan los indicadores asociados a los estados de salud que son, en gran medida, consecuencia de una alimentación inadecuada³. ■

2 La Asamblea de Salud Mundial adoptó en 2013 un *Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* que incluye al sobrepeso y obesidad en adultos dentro del grupo de indicadores clave para dar seguimiento mundial de los avances en la prevención y el control de las principales enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo.

3 Para más detalles sobre las metas e indicadores asociados a los ODS 2 y 3, véase el Anexo 1.

1.1 ODS 2: PONER FIN AL HAMBRE, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y MEJORAR LA NUTRICIÓN, Y PROMOVER LA AGRICULTURA SOSTENIBLE

La malnutrición abarca los problemas asociados a una alimentación deficiente o excesiva y de calidad nutricional inadecuada. Esta sección se dedica a analizar los problemas del hambre, la inseguridad alimentaria, la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad que corresponden a las metas 1 y 2 del ODS 2. El déficit de micronutrientes se abordará en la Sección 1.3.

Meta 2.1. Poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente

Prevalencia de la subalimentación

La población subalimentada en la Región se redujo de 62,6 millones a 42,5 millones entre los años 2000 y 2018 (Figura 1). Esto significa una disminución de 32% en el número de personas con hambre. En cambio, a nivel global el hambre se redujo menos durante el mismo periodo, al pasar de 909 millones de personas a casi 822 millones, lo que corresponde a una reducción de 10%.

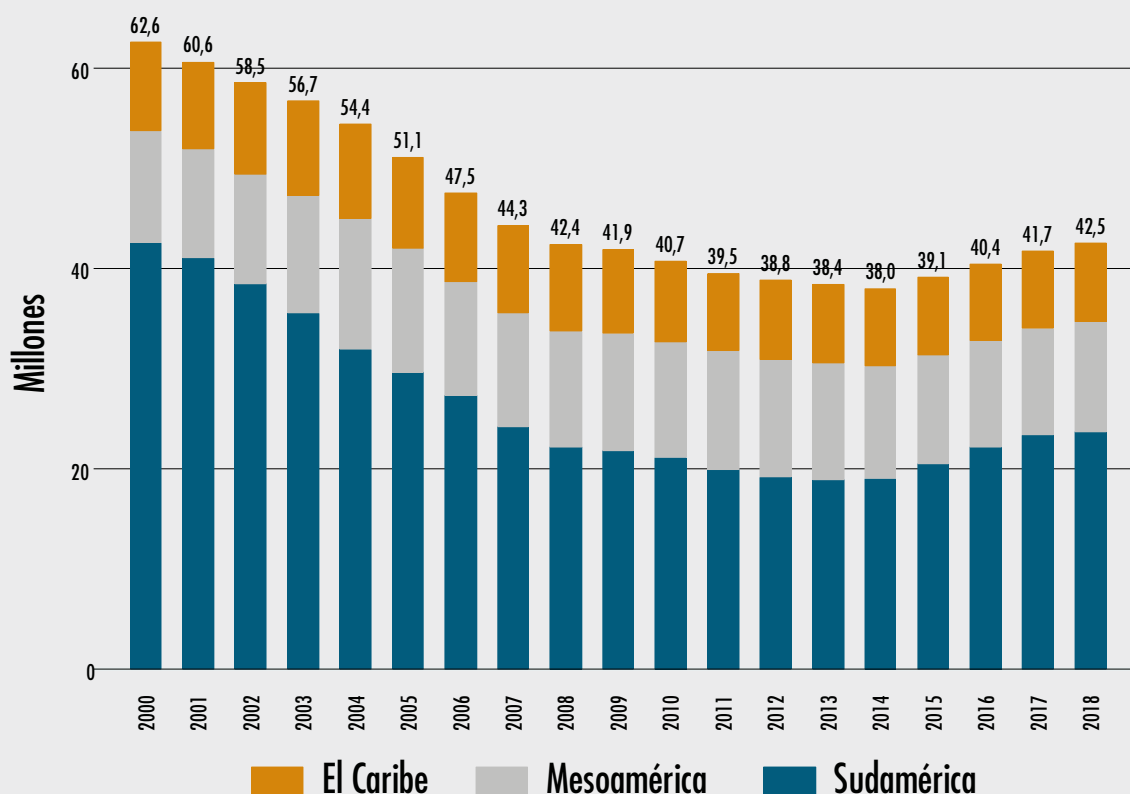
La reducción del número de personas subalimentadas es atribuible sobre todo a los progresos alcanzados en Sudamérica. Esta subregión redujo en casi 19 millones de personas su población subalimentada. Es decir, pasó de 42,6 millones de personas en 2000 a 23,7 millones de personas en 2018. En contraste, las otras dos subregiones reportan cambios moderados en dichas cifras. En el Caribe el hambre pasó de afectar a 8,9 millones de personas a 7,8 millones respectivamente, y en Mesoamérica, la población subalimentada se redujo en alrededor de 200 000 personas, pero se mantuvo en 11 millones durante casi todo el periodo.

De todos modos, la tendencia de la subalimentación en ALC durante las últimas dos décadas no siempre ha sido a la baja. Entre el año 2000 y el 2014 descendió de forma continua hasta alcanzar su mínimo en el 2014. A partir de entonces, el hambre ha revertido su tendencia al descenso y ha comenzado a incrementarse.

Los 42,5 millones de personas que padecieron hambre en la Región en 2018 representan un aumento de 4,5 millones respecto al mínimo de 38 millones reportado en 2014. Este incremento es atribuible casi en su totalidad a Sudamérica, donde el número de subalimentados creció en 4,7 millones entre 2014 y 2018.

El análisis por país indica una gran heterogeneidad de los resultados en la lucha contra la subalimentación. Por un lado, algunos países redujeron el número de población subalimentada. Entre ellos destaca Colombia, que pasó de 3,6 millones a 2,4 millones de personas en situación de subalimentación entre los trienios 2013-2015 y 2016-2018. México y República Dominicana destacan también por reducciones del hambre en magnitudes de 300 000 personas.

FIGURA 1
TENDENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SUBREGIONES, EN MILLONES DE PERSONAS, 2000-2018



FUENTE: FAO, 2019.

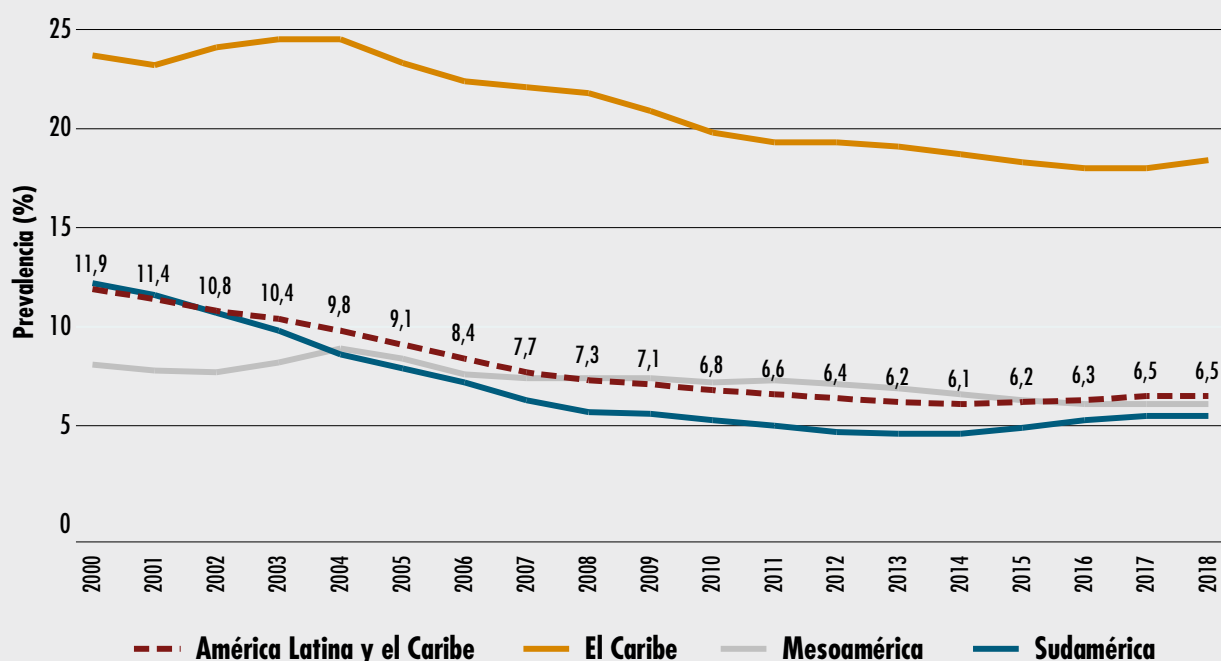
Otros países registraron incrementos en la subalimentación en el mismo periodo. Entre ellos destaca en especial la República Bolivariana de Venezuela, donde el número de personas con hambre se multiplicó por más de dos, de 2,9 millones de personas en 2013-2015 a 6,8 millones en 2016-2018.

La prevalencia de la subalimentación en ALC descendió de 11,9% de la población total a 6,5% entre los años 2000 y 2018 (Figura 2). Las mayores disminuciones corresponden a las subregiones

de Sudamérica y el Caribe, donde las tasas disminuyeron al menos 5 puntos porcentuales en ese periodo.

Igual que ocurrió con el número de población en subalimentación, la menor prevalencia de subalimentación en las últimas dos décadas se registró en 2014. A partir de ese año, la Región reporta aumentos continuos en dicho porcentaje, con una prevalencia que creció de 6,1% a 6,5% entre 2014 y 2018.

FIGURA 2
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN PORCENTAJE, 2000-2018

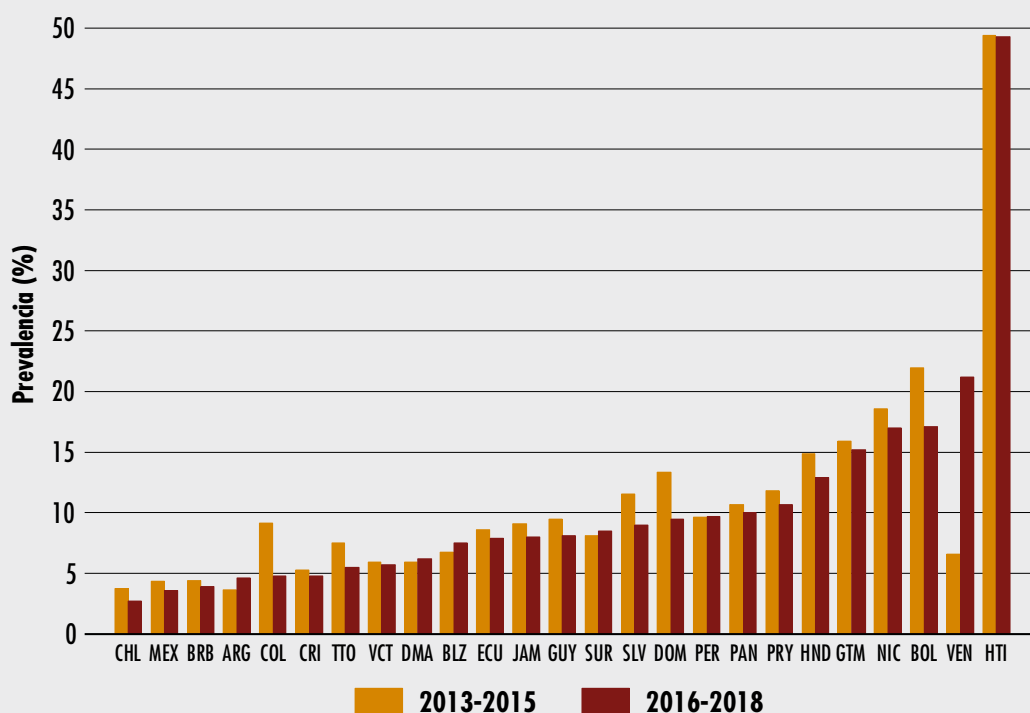


FUENTE: FAO, 2019.

La mayoría de los países de la Región muestran descensos en la prevalencia de subalimentación entre los trienios 2013-2015 y 2016-2018. Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Dominicana redujeron en al menos 2 puntos porcentuales dicha cifra durante ese periodo (Figura 3). En cambio, en esa misma etapa el incremento más pronunciado se reportó en la República Bolivariana de Venezuela, donde la prevalencia creció de 9,5% en el trienio 2013-2015 a 21,2% en el de 2016-2018.

Cabe destacar que Haití se mantiene como el país con la más alta prevalencia de subalimentación de la Región. Prácticamente la mitad de su población padece hambre, una situación que se ha mantenido prácticamente sin cambios en por lo menos las últimas dos décadas. El cuadro presenta las cifras de prevalencia y población que padece hambre en los países de toda la Región para distintos periodos a partir del año 2000.

FIGURA 3
PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN EN DISTINTOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 2013-2015 Y 2016-2018



NOTA: No se incluye a los países cuyas prevalencias de subalimentación están por debajo de 2,5% (Brasil, Cuba y Uruguay).
 FUENTE: Elaboración propia a partir de FAO, 2019.

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave

La meta del ODS 2 relacionada con el fin del hambre y el acceso a una alimentación saludable, nutritiva, diversificada y suficiente incluye también el indicador de la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave según la *Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria* (FIES, por sus siglas en inglés). Esta medición permite comprender mejor la complejidad del fenómeno del hambre, valorando la experiencia de los hogares para acceder a suficientes alimentos de calidad. Es un indicador especialmente relevante para ALC dado que

presenta mayor capacidad para identificar los cambios en la seguridad alimentaria de países de renta media y media-alta porque los problemas de inseguridad alimentaria en estos países están más frecuentemente asociados con fenómenos estacionales que permanentes. A su vez, permite desagregar la información por individuos, lo que facilita la caracterización de la inseguridad alimentaria, por ejemplo, según sexo o grupo étnico.

Se dice que las personas se encuentran en situación de inseguridad alimentaria grave cuando el miembro o miembros del hogar

CUADRO 1
SUBALIMENTACIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE Y MILLONES
DE PERSONAS, VARIOS TRIENIOS DEL 2000-2002 A 2016-2018*

	Prevalencia (%)					Millones de personas				
	2000-2002	2010-2012	2013-2015	2016-2018	Cambio 2013-2015 y 2016-2018	2000-2002	2010-2012	2013-2015	2016-2018	Cambio 2013-2015 y 2016-2018
Argentina	4,1	3,9	3,4	4,6	▲	1,5	1,6	1,5	2,1	▲
Barbados	5,8	4,9	3,9	3,9	=	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Belice	5,0	5,8	7,7	7,5	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Bolivia (Estado Plurinacional de)	31,6	24,5	19,4	17,1	▼	2,7	2,5	2,0	1,9	▼
Brasil	10,6	<2,5	<2,5	<2,5	=	18,8	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Chile	4,4	4,0	3,5	2,7	▼	0,7	0,7	0,6	0,5	▼
Colombia	9,4	10,8	7,5	4,8	▼	3,9	5,0	3,6	2,4	▼
Costa Rica	5,3	5,2	5,4	4,8	▼	0,2	0,2	0,3	0,2	▼
Cuba	2,8	<2,5	<2,5	<2,5	=	0,3	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Dominica	4,4	5,6	6,3	6,2	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Ecuador	18,8	9,1	8,1	7,9	▼	2,4	1,4	1,3	1,3	=
El Salvador	9,3	12,5	10,6	9,0	▼	0,6	0,8	0,7	0,6	▼
Guatemala	18,1	15,8	16	15,2	▼	2,2	2,4	2,5	2,6	▲
Guyana	7,9	10,5	8,4	8,1	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Haití	56	49,5	49,3	49,3	=	4,9	5,0	5,2	5,4	▲
Honduras	18,5	15,2	14,5	12,9	▼	1,2	1,3	1,3	1,2	▼
Jamaica	6,8	9,0	9,2	8,0	▼	0,2	0,3	0,3	0,2	▼
México	4,4	4,6	4,1	3,6	▼	4,5	5,5	5,0	4,7	▼
Nicaragua	29,3	20,0	17,2	17,0	▼	1,5	1,2	1,0	1,1	▲
Panamá	26,2	11,8	9,6	10,0	▲	0,8	0,4	0,4	0,4	=
Paraguay	12,2	11,9	11,7	10,7	▼	0,7	0,7	0,8	0,7	▼
Perú	21,7	10,1	9,2	9,7	▲	5,7	3,0	2,8	3,1	▲
República Dominicana	27,1	14,6	12,1	9,5	▼	2,4	1,5	1,3	1,0	▼
San Vicente y las Granadinas	14,8	6,4	5,5	5,7	▲	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Suriname	12,9	8,1	8,1	8,5	▲	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Trinidad y Tabago	11,2	8,6	6,4	5,5	▼	0,1	0,1	<0,1	<0,1	=
Uruguay	4,1	<2,5	<2,5	<2,5	=	0,1	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	16,3	3,7	9,5	21,2	▲	4,1	1,1	2,9	6,8	▲
MUNDO	14,9	11,6	10,8	10,7	▼	929,8	814,3	791,4	809,9	▲
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	11,4	6,6	6,2	6,5	▲	60,6	39,6	38,5	41,5	▲
EL CARIBE	23,7	19,5	18,7	18,1	▼	8,9	7,9	7,8	7,7	▼
MESOAMÉRICA	7,9	7,2	6,6	6,1	▼	11,0	11,7	11,2	10,8	▼
SUDAMÉRICA	11,5	5,0	4,7	5,4	▲	40,7	20,0	19,5	23,1	▲

*Las cifras se reportan en promedios trienales para reducir el margen de error.

▲ aumento. ▼ disminución. = sin cambios.

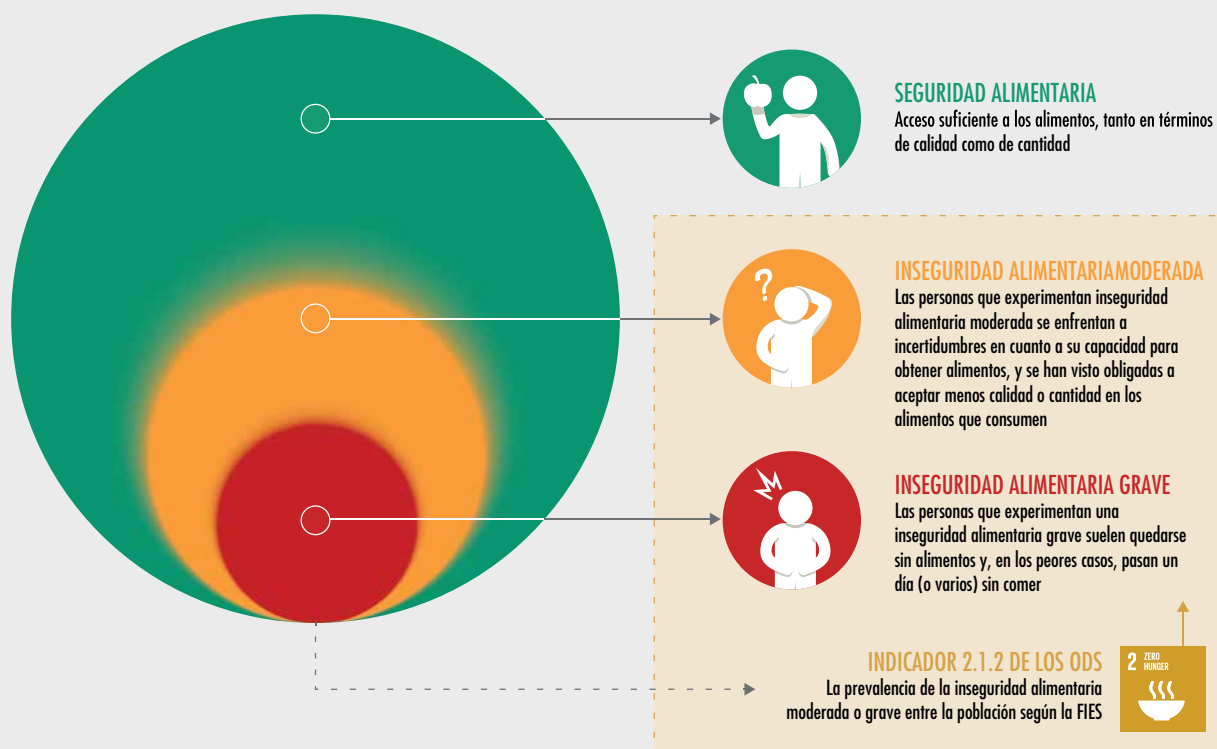
n.p. datos no públicos.

<2,5 se refiere a una tasa menor de 2,5%.

<0,1 se refiere a una población menor de 100 000 personas.

FUENTE: Elaboración propia a partir de FAO, 2019.

FIGURA 4
NIVELES DE GRAVEDAD DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA CUANTIFICADOS POR LA ESCALA DE EXPERIENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA Y UNICEF, 2019.

se hayan quedado sin alimentos, hayan experimentado hambre y, en las situaciones más extremas, hayan pasado varios días sin comer (veáse la **Figura 4**). En cambio, se habla de inseguridad alimentaria moderada cuando los miembros de una familia se ven obligados a modificar la cantidad o calidad de los alimentos como consecuencia de las incertidumbres asociadas a su capacidad de acceder a alimentos.

La FAO estima que más de 1 900 millones de personas en el mundo sufrieron inseguridad alimentaria moderada o grave en el trienio 2016-2018, es decir, una de cada cuatro personas. De ellas, más de 650 millones experimentaron inseguridad alimentaria grave (**Cuadro 2**).

Los datos para América Latina⁴ indican que 187 millones de personas sufren inseguridad alimentaria moderada o grave. De ellos, 53,7 millones estuvieron en situación de inseguridad alimentaria grave durante el mismo trienio. Aproximadamente dos tercios de esa población se concentraba en Sudamérica, y el resto, en Mesoamérica.

La prevalencia de inseguridad alimentaria en América Latina aumentó entre los trienios

⁴ Actualmente, no es posible estimar el total de población que sufre inseguridad alimentaria en el Caribe porque no se dispone de información suficiente sobre los países.

CUADRO 2
INSEGURIDAD ALIMENTARIA GRAVE Y MODERADA O GRAVE EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
CON INFORMACIÓN DISPONIBLE DE LA FIES, PREVALENCIA EN PORCENTAJE Y MILLONES DE PERSONAS,
2014-2016 Y 2016-2018*

	Inseguridad alimentaria grave				Inseguridad alimentaria moderada o grave			
	Prevalencia (%)		Millones de personas		Prevalencia (%)		Millones de personas	
	2014-2016	2016-2018	2014-2016	2016-2018	2014-2016	2016-2018	2014-2016	2016-2018
Argentina	5,8	11,3	2,5	5,0	19,1	32,1	8,3	14,2
Chile ^a	n.d.	3,4	n.d.	0,6	n.d.	13,6	n.d.	2,5
Costa Rica	4,8	5,2	0,2	0,3	21,4	23,2	1,0	1,1
Ecuador ^a	7,1	7,1	1,1	1,2	23,3	23,3	3,8	3,9
El Salvador	13,5	12,7	0,9	0,8	42,3	40,0	2,7	2,5
Guatemala	15,6	16,4	2,5	2,8	43,1	43,6	7,0	7,4
Honduras	18,5	17,7	1,7	1,6	52,4	49,3	4,7	4,6
México	9,0	8,9	11,3	11,5	28,5	28,0	35,9	36,2
Santa Lucía ^a	4,5	4,5	<0,1	<0,1	22,2	22,2	<0,1	<0,1
Uruguay	6,6	7,6	0,2	0,3	20,6	25,3	0,7	0,9
MUNDO	7,9	8,7	584,6	654,1	23,5	25,4	1736,8	1915,1
AMÉRICA LATINA	7,3	8,9	43,2	53,7	26,2	31,1	154,6	187,0
MESOAMÉRICA	10,5	10,6	18,2	18,8	32,2	31,7	55,5	56,2
SUDAMÉRICA	6,0	8,2	25,0	34,9	23,8	30,8	99,1	130,8
EL CARIBE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

*Las cifras se reportan en promedios trienales para reducir el margen de error.

^a A partir de datos nacionales oficiales.

n.d. dato no disponible.

<0,1 se refiere a una población menor a 100 000.

FUENTE: FAO, 2019.

2014-2016 y 2016-2018. Específicamente, la inseguridad alimentaria moderada o grave pasó de 26,2% a 31,1%, mientras que la grave creció de 7,3% a 8,9%. Estas cifras muestran que aumentó más el número de personas con inseguridad alimentaria moderada. Ello puede tener una relación lógica con los procesos de desaceleración económica y de recesión que han vivido varios países de la Región, que han puesto en riesgo el acceso a los alimentos de una importante parte de la población.

Es evidente que existen diferencias sustanciales entre las variaciones porcentuales

en la inseguridad alimentaria grave y la subalimentación. Ello puede atribuirse al hecho de que, mientras que las estimaciones de la prevalencia de la subalimentación reflejan factores estructurales que influyen en la disponibilidad de alimentos y en la desigualdad a su acceso, las estimaciones de la inseguridad alimentaria grave son más sensibles a los factores a corto plazo que afectan a las experiencias directas de las personas en su acceso a los alimentos, como se indica en las encuestas. Este hecho puede ser especialmente importante en la Región, que sigue mostrando niveles altos de desigualdad. Además, en

CUADRO 3
INSEGURIDAD ALIMENTARIA GRAVE Y MODERADA O GRAVE EN ADULTOS (18 AÑOS Y MAYORES) EN VARIOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA SEGÚN SEXO, PREVALENCIA EN PORCENTAJE Y MILLONES DE PERSONAS, 2016-2018*

	Inseguridad alimentaria grave				Inseguridad alimentaria grave o moderada			
	Prevalencia (%)		Millones de personas		Prevalencia (%)		Millones de personas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	8,3	11,5	1,3	2,0	24,9	32,9	4,0	5,7
Chile ^a	4,0	4,6	0,3	0,3	15,5	18,8	1,1	1,4
Costa Rica	4,1	5,4	0,1	0,1	18,7	24,1	0,4	0,5
Ecuador ^a	16,8	18,1	1,0	1,1	41,3	46,8	2,4	2,8
El Salvador	10,7	13,4	0,2	0,3	33,9	42,4	0,7	1,1
Guatemala	14,9	16,0	0,8	0,9	38,5	44,5	2,0	2,5
Honduras	16,1	18,1	0,5	0,6	45,4	50,2	1,4	1,6
México	7,5	9,9	3,5	4,7	24,9	29,1	11,6	14,0
Uruguay	6,4	7,2	0,1	0,1	20,9	25,1	0,3	0,4
MUNDO	8,6	9,1	240,0	254,8	24,0	25,4	670,3	709,1
AMÉRICA LATINA	8,3	10,0	18,3	23,0	24,8	29,9	54,9	69,1
MESOAMÉRICA	9,0	11,2	5,6	7,3	27,9	32,5	17,5	21,2
SUDAMÉRICA	8,0	9,5	12,6	15,7	23,6	28,9	37,2	47,7
EL CARIBE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Las cifras se reportan en promedios trienales para reducir el margen de error.

^a Sobre la base de datos nacionales oficiales.

n.d. dato no disponible.

FUENTE: Elaboración propia a partir de información de FAO, 2019.

ALC se han vivido recientemente importantes fenómenos climáticos, políticos y económicos adversos que han afectado a la seguridad alimentaria de su población.

Como ya se ha señalado, un aspecto importante de la FIES es que permite medir el grado de seguridad alimentaria para distintos grupos de población y, por tanto, conocer las diferencias entre ellos. Por ejemplo, puede verse que la inseguridad alimentaria es más frecuente en mujeres que en hombres. Las cifras mundiales indican que la prevalencia de inseguridad alimentaria grave en mujeres adultas fue de

9,1% en el trienio 2016-2018, mientras que en los hombres adultos el porcentaje fue de 8,6% en el mismo periodo (Cuadro 3). Esta diferencia significa que la población de mujeres que padece inseguridad alimentaria grave supera en casi 15 millones la de hombres adultos en la misma situación.

La brecha de género en la inseguridad alimentaria también se hace evidente entre la población latinoamericana, y es incluso más pronunciada que la brecha global. En el trienio 2016-2018, la prevalencia de inseguridad alimentaria grave fue de 10% entre las mujeres

RECUADRO 1 "NO DEJAR A NADIE ATRÁS". LEVANTAMIENTO DE DATOS ESTADÍSTICOS INTERCULTURALES PARA Y CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE EL SALVADOR Y PANAMÁ

Una de las principales dificultades para promover el etnodesarrollo y la seguridad alimentaria y nutricional de los pueblos indígenas en ALC tiene que ver con la ausencia de robustez de datos estadísticos que sirvan para orientar la aplicación de políticas y programas públicos a partir de un enfoque intercultural.

Por ese motivo, la FAO ha iniciado un proceso innovador para mejorar las mediciones estadísticas para y con los pueblos indígenas. Por medio de la adaptación cultural de diversas metodologías estadísticas, la FAO trabaja junto con la Dirección General de Estadística y Censo de El Salvador (DIGESTyC) y el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de Panamá, y en estrecha colaboración con las autoridades de los pueblos indígenas *lenca*, *kakawira*, *emberá*, *guna yala* y *ngäbe buglé* para lograr ese objetivo.

Los equipos interinstitucionales han conversado y discutido la viabilidad técnica y presupuestaria, la definición de comunidades con las que se debe trabajar, la verificación de la cartografía de comunidades disponible, la revisión de cuestionarios y la identificación de elementos que pueden necesitar ajustarse, la reproducción de cuestionarios y la elaboración detallada del cronograma de trabajo para la ejecución de los pilotos 2018.

La propuesta de trabajo para las autoridades indígenas y sus comunidades se hizo a través del consentimiento libre, previo e informado (CLPI). Esta herramienta es un derecho específico que pertenece a los pueblos indígenas y que se reconoce en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNU DPI). Las autoridades indígenas de El Salvador y Panamá dieron su consentimiento para la ejecución del piloto bajo la opción del "consentimiento tras negociación de las condiciones en las que realizaría la propuesta", lo que significó:

- ▶ Contratación de personal indígena (encuestadores y cartógrafos).
- ▶ Integración de las autoridades indígenas en el equipo de planificación y seguimiento del proyecto.
- ▶ Diseminación de los resultados a autoridades indígenas locales una vez concluido el piloto.

Un elemento intercultural de suma importancia para el éxito de estas experiencias piloto fue la capacitación y la incorporación de encuestadores indígenas. Ello permitió administrar los cuestionarios en los idiomas indígenas. Dicha estrategia favoreció el aumento de la confianza de la población encuestada y redujo las tasas de no respuesta. También facilitó la interpretación de algunos conceptos, por ejemplo, la *Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria*. Asimismo, los encuestadores aportaron apoyo logístico al levantamiento de campo, ya que conocían en detalle las dinámicas socioculturales de los territorios indígenas. Eso facilitó enormemente los procesos de levantamiento de datos y de actualización cartográfica.

Dicho ejercicio permitirá replantearse los instrumentos de recolección de datos (cuestionarios o boletas) para reflejar con más acierto las concepciones culturales, las normas tradicionales y las particularidades de las formas de organización social y productiva. De este modo se proveerán mejores insumos para el desarrollo de políticas, planes y proyectos sociales que contribuyan al buen vivir de los pueblos indígenas.

Como resultado de estas pruebas se introdujo el módulo de seguridad alimentaria FIES en la encuesta nacional de hogares de Panamá. En El Salvador se verificó la potencialidad de esta medición en territorios rurales e indígenas.

FUENTE: FAO, 2018.

adultas de América Latina, mientras que entre los hombres fue de 8,3%. La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en las mujeres fue de 29,9% y en los hombres, de 24,8%. En términos absolutos, esto muestra que 69,1 millones de mujeres adultas sufren inseguridad alimentaria moderada o grave, en comparación con 54,9 millones de hombres.

Análisis recientes realizados por la FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2019) y por Broussard (2019) ayudan a explicar la diferencia de la inseguridad alimentaria por género a nivel global. Dicha brecha parece ser mayor en estratos de población más pobres y con menor nivel de educación, así como en los asentamientos urbanos, o sea, grandes ciudades y suburbios. Esto es importante en el caso de América Latina, donde las brechas de género en términos de participación laboral, educación y pobreza son elevadas (CEPAL, 2016; CEPAL, 2019c). Igualmente, los mismos análisis destacan la importancia de considerar otras formas de discriminación hacia las mujeres, como el acceso a los sistemas de salud y de protección social, que podrían explicar en gran medida esta diferencia.

Las mujeres y las niñas de la Región padecen con mayor intensidad las desventajas asociadas a la división sexual del trabajo, entendidas como la naturalización de la asignación de las tareas de

cuidado y del trabajo doméstico no remunerado. Como consecuencia, ellas afrontan jornadas de trabajo extendidas, condiciones laborales deficientes, un alto efecto de la informalidad laboral, ingresos más bajos y una escasa autonomía económica (Brito e Ivanovic, 2019).

En la actualidad, la FIES desagregada se ha aplicado de forma más amplia para conocer las diferencias en la experiencia de la seguridad alimentaria entre hombres y mujeres. Asimismo, la FAO también trabaja para saber más sobre la inseguridad alimentaria de los grupos indígenas (véase el **Recuadro 1**).

Los indicadores de subalimentación y FIES son herramientas que permiten evaluar la situación de hambre y seguridad alimentaria a nivel país, además que facilitan la comparabilidad entre los países a nivel global. Sin embargo, el nivel de agregación y periodicidad con la que se reportan dificulta la identificación oportuna de situaciones de emergencias en momentos y territorios específicos. Por ese motivo, distintos actores a nivel internacional han colaborado por más de una década en el desarrollo de indicadores que permiten la identificación y la acción oportuna en países o territorios que experimentan situaciones agudas de inseguridad alimentaria (véase el **Recuadro 3**).

RECUADRO 2 POLÍTICAS PARA HACER FRENTE AL HAMBRE Y A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA ANTE LA DESACELERACIÓN DE LA ECONOMÍA

Los periodos de mayor crecimiento económico en ALC durante las últimas décadas coinciden con los periodos más importantes de reducción del hambre. De igual forma, cuando los niveles de crecimiento han retrocedido, el descenso en las cifras de inseguridad alimentaria se ralentizó o, al contrario, mostraron un aumento. Entre los años 2000 y 2014 (este último, el año de menor prevalencia de subalimentación en la Región desde que se dispone de registros), el promedio de crecimiento económico fue de 3,2% anual, y el número de personas con hambre se redujo en casi 25 millones. Sin embargo, desde el 2014 el promedio de crecimiento económico ha sido prácticamente nulo y la cantidad de personas con hambre aumentó en 4,5 millones.

Por tanto, la desaceleración económica de los países de la Región es uno de los factores que más afecta a la seguridad alimentaria y la nutrición de las personas y hogares, con una repercusión diferente en los diversos grupos de población. Esto es especialmente significativo para una Región con altos niveles de desigualdad. Por ello es importante contar con políticas a corto y a largo plazo que tengan objetivos claros para mejorar la nutrición y permitan aumentar la resiliencia de los hogares y reducir los impactos de las perturbaciones económicas sobre la población, con especial énfasis en los grupos en una situación de mayor vulnerabilidad.

En primer lugar, son esenciales los programas de protección social y las políticas que buscan proteger el poder adquisitivo y el acceso a los servicios sociales de los hogares y grupos poblacionales con mayores necesidades para que se puedan recuperar tras episodios económicos adversos. Dichas acciones deben complementarse con medidas que contribuyan

a la consolidación de sistemas de protección social que logren atender las especificidades de los distintos grupos de población según ingresos, ubicación geográfica, edad y género. En este sentido, ALC cuenta con una larga tradición de este tipo de políticas u otro tipo de instrumentos¹.

Seguidamente, otro conjunto de medidas igualmente importantes para enfrentar la desaceleración de la economía son las políticas contracíclicas. Algunos ejemplos de este tipo de políticas en el sector agroalimentario son las destinadas a impulsar la producción interna de alimentos a través de facilidades financieras para la compra de insumos y mejoras de equipos, fortalecimiento de los servicios de apoyo y extensión rural e incentivos para la innovación tecnológica y la comercialización. Dichas medidas deben ir acompañadas de políticas de carácter estructural que ayuden a diversificar las opciones económicas en el ámbito rural, la inclusión de los jóvenes y las mujeres, las inversiones en infraestructuras, la investigación y la capacitación.

Por tanto, es necesario destacar la importancia de implementar políticas de doble vía, logrando un equilibrio entre un conjunto de políticas de corto y largo plazo que permitan reducir las vulnerabilidades económicas y generar capacidad de respuesta para recuperarse rápidamente cuando se presentan perturbaciones económicas. Además, es esencial integrar las medidas que tratan de mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición y la reducción de la pobreza, con el fin de reducir las desigualdades de género y la exclusión social de distintos grupos poblacionales.

1/ Un ejemplo reciente al respecto es Argentina, que oficializó la extensión de la emergencia alimentaria nacional hasta el 31 de diciembre de 2022 a consecuencia de la contracción de la actividad económica. A partir de la promulgación de un Decreto se estableció el incremento de al menos 50% en el presupuesto destinado a las políticas públicas de alimentación y nutrición.

RECUADRO 3 CLASIFICACIÓN INTEGRADA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN FASES

La *Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases* (CIF o IPC, por sus siglas en inglés) es un conjunto de herramientas que permiten analizar y clasificar la gravedad de la inseguridad alimentaria y la malnutrición a nivel nacional, regional o global. El objetivo de la *Clasificación* es dotar a los tomadores de decisiones de análisis rigurosos sobre la situación de la seguridad alimentaria en contextos de emergencia e informar el diseño de políticas o programas a medio y largo plazo. La CIF permite clasificar el carácter y la gravedad de

la inseguridad alimentaria según estándares científicos internacionales. En concreto, la *Clasificación* evalúa la severidad de la inseguridad alimentaria, las áreas donde se localiza, la cantidad de población afectada y sus causas. La CIF consta de tres distintas escalas: 1) inseguridad alimentaria aguda, 2) inseguridad alimentaria crónica y 3) malnutrición aguda. Cada una de ellas permite definir intervenciones específicas para cada contexto. El siguiente cuadro presenta cada una de las escalas que la CIF aborda, su definición y las distintas fases en que se divide.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS TRES ESCALAS DE LA CLASIFICACIÓN INTEGRADA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN FASES

Escala	Definición	Fases
<i>Inseguridad alimentaria aguda</i>	Inseguridad alimentaria en un momento determinado y de una gravedad que amenaza la vida o los modos de vida de las personas, o ambos, independientemente de las causas, el contexto o la duración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna/mínima 2. Acentuada 3. Crisis 4. Emergencia 5. Catástrofe humanitaria/hambruna
<i>Inseguridad alimentaria crónica</i>	Inseguridad alimentaria persistente en el tiempo, principalmente debido a causas estructurales, incluidos eventos de inseguridad alimentaria estacionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja 2. Moderada 3. Alta 4. Muy alta
<i>Malnutrición aguda</i>	Expresada como delgadez o presencia de edema en niñas y niños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptable 2. Alerta 3. Seria 4. Crítica 5. Muy crítica

Los métodos de la CIF permiten la comparabilidad en el tiempo y entre áreas geográficas. Esto ayuda a los actores involucrados a destinar recursos a la población que más lo necesita. A diferencia de los indicadores de subalimentación y de la escala FIES, que monitorean y comparan los avances internacionales en el logro del ODS 2, la información proporcionada por la CIF facilita a los tomadores de decisiones la definición de intervenciones en momentos y áreas específicas según el tipo de problemas y la fase de inseguridad alimentaria o malnutrición. Esto convierte a la CIF en un instrumento clave en situaciones de emergencia alimentaria.

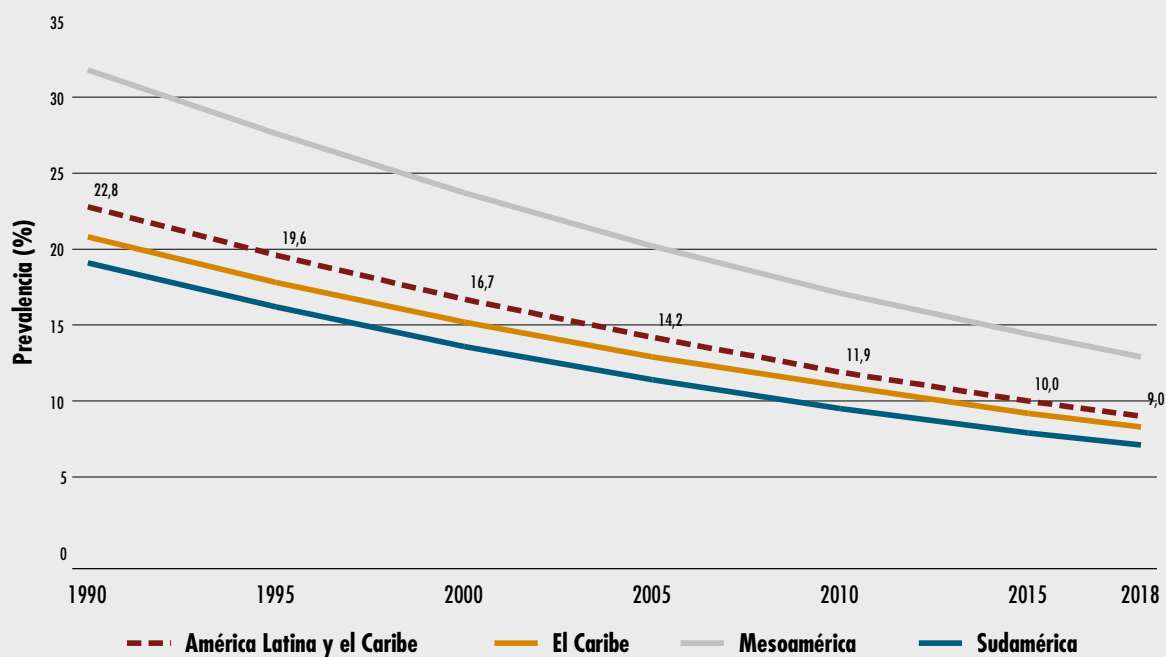
Los protocolos de la CIF se desarrollaron y se aplicaron por primera vez en Somalia en 2004. En el momento de prepararse esta publicación, la CIF se ha utilizado en más de 30 países de África, ALC y Asia. Distintas organizaciones internacionales e intergubernamentales, entre ellas Acción Contra el Hambre, CARE International, FAO, FEWS NET, Joint Research Centre of the European Commission, OXFAM, Save the Children, Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), UNICEF y WFP son responsables de desarrollar e implementar la CIF a nivel global, regional y nacional.

Según datos de la Red de Información en Seguridad Alimentaria (FSIN, 2019), en 2018 más de 113 millones de personas en 53 países estaban en una situación de

hambre aguda que demandaba acciones urgentes (fase 3, crisis). Asimismo, se estima que ese mismo año 143 millones de personas en 42 países estaban en inseguridad alimentaria aguda acentuada (fase 2). Ello colocaba a esta población en riesgo de crisis ante contingencias climáticas, económicas o sociales.

En 2018, las condiciones de inseguridad alimentaria aguda en situación de crisis (CIF Fase 3) en ALC se relacionaron con fenómenos climáticos y condiciones económicas adversas. Por un lado, en Centroamérica y el Caribe, cinco países concentraban alrededor de 3,8 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria aguda debido a factores climáticos (aproximadamente 1,6 millones en los países que comprenden el Corredor Seco, es decir, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y 2,3 millones en Haití). Por otro lado, la crisis económica en la República Bolivariana de Venezuela provocó un importante flujo de migrantes hacia los países vecinos. Debido a que parte de esa población migra en condiciones económicas precarias, en ocasiones con recursos insuficientes para comprar alimentos, se estima que 400 000 migrantes en tránsito hacia Colombia, Ecuador y Perú experimentaron inseguridad alimentaria aguda. En conjunto, se cree que en 2018 4,2 millones de personas en la Región estuvieron en situación de inseguridad alimentaria aguda que requería acción urgente.

FIGURA 5
EVOLUCIÓN DEL RETRASO EN CRECIMIENTO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 1990-2018



FUENTE: Elaboración propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

Meta 2.2. Poner fin a todas las formas de malnutrición

Malnutrición en niñas y niños menores de 5 años

La erradicación de la malnutrición infantil forma parte de los compromisos internacionales de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. La meta comprende tres indicadores que monitorean las distintas formas de malnutrición de niñas y niños menores de 5 años: 1) el retraso en el crecimiento (desnutrición crónica o baja estatura para la edad), 2) la emaciación (desnutrición aguda o bajo peso para la estatura) y 3) el sobrepeso (exceso de peso para la estatura).

Retraso en el crecimiento ⁵

Durante los últimos 30 años, ALC ha reducido de forma continua la prevalencia del retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años. La tendencia a la baja ha permitido que dicha prevalencia se redujera a menos de la mitad entre 1990 y 2018, lo que significó pasar de 22,8% a 9% (Figura 5). En términos de población, esto representa que la Región redujo el número de niñas y niños con retraso en el crecimiento de 12,9 millones a 4,8.

⁵ El retraso en el crecimiento se define como una altura o longitud (en cm) para la edad (meses) inferior en dos desviaciones estándar de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006. Un peso bajo para la estatura es un indicador que refleja los efectos acumulativos de la desnutrición y las infecciones desde el nacimiento e incluso antes. El retraso del crecimiento puede ser el resultado de una privación nutricional prolongada, de infecciones recurrentes y de la falta de infraestructuras de agua y saneamiento (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

La reducción del retraso de crecimiento infantil refleja lo que ha sucedido en cada una de las subregiones. En todos los casos, las prevalencias disminuyeron a menos de la mitad respecto a las cifras reportadas en 1990. El Caribe y Sudamérica redujeron la prevalencia del retraso en el crecimiento infantil de 20% en 1990 a menos de 9% en 2018. Destaca la disminución en Mesoamérica, de 31,8% a 12,9% en el mismo periodo.

En las últimas dos décadas el retraso del crecimiento infantil menguó en la mayoría de los países de los que existe información (Figura 6). No obstante, algunos de ellos, sobre todo de las subregiones de Mesoamérica y el Caribe, muestran prevalencias mayores al 10% en la actual década. El caso más extremo es el de Guatemala, donde casi la mitad de las niñas y los niños menores de 5 años padecen retraso en el crecimiento.

Emaciación⁶

La emaciación o el bajo peso para la estatura es un padecimiento poco frecuente entre las niñas y los niños menores de 5 años de la Región.

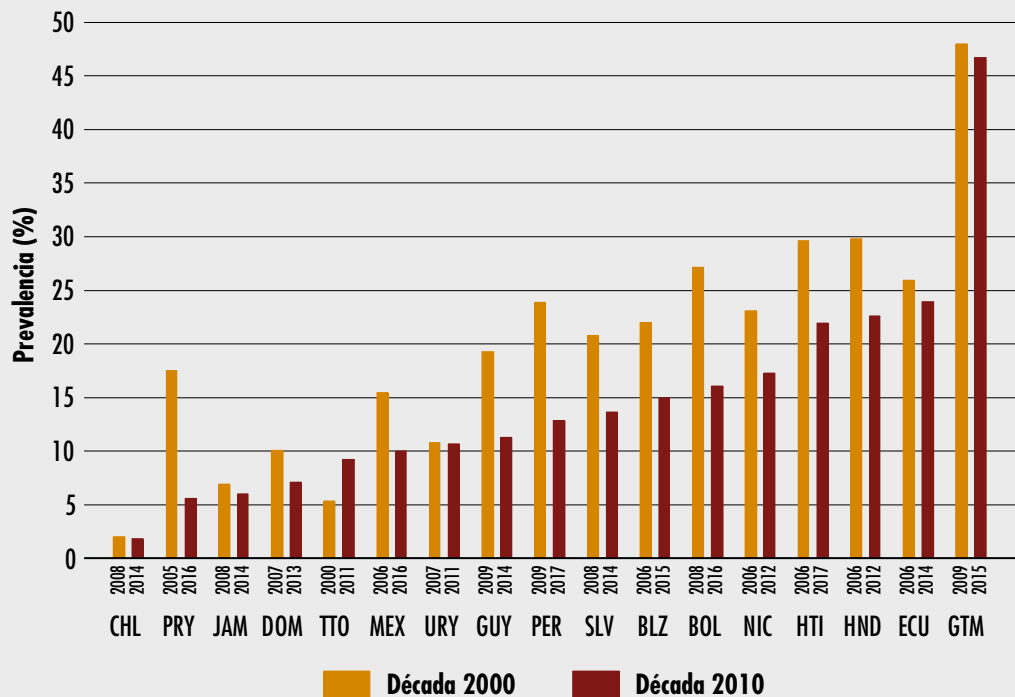
⁶ La emaciación se define como un peso (kg) para la estatura o longitud (cm) inferior en dos desviaciones estándar a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006. Un peso bajo para la estatura es un indicador de pérdida grave de peso o incapacidad para aumentar de peso. Puede ser consecuencia de una ingesta alimentaria insuficiente o de la incidencia de enfermedades infecciosas, en especial de la diarrea (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

Su prevalencia se sitúa muy por debajo de la mundial (7,3% en el año 2018). Se estima que 1,3% de la población infantil de la Región padecía emaciación en 2018, con un rango que oscila entre 0,9% en Mesoamérica a 3% en el Caribe (Figura 7). Es decir, unos 700 000 niños y niñas de ALC padecían emaciación ese año.

En general, la emaciación es más frecuente en los países que, por su ubicación geográfica, están sujetos a impactos climáticos, conflictos o contingencias económicas abruptas que suelen afectar de forma transitoria, pero recurrente y periódica, al acceso a los alimentos y, con ello, el estado nutricional de las niñas y niños temporalmente. Es el caso de países como Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago, cuyas prevalencias superan el promedio subregional (Figura 8). Esta realidad también es recurrente en ciertos territorios de la Región expuestos a fenómenos climáticos extremos, por ejemplo, en el denominado Corredor Seco centroamericano⁷ o en algunas zonas de Colombia o el área andina.

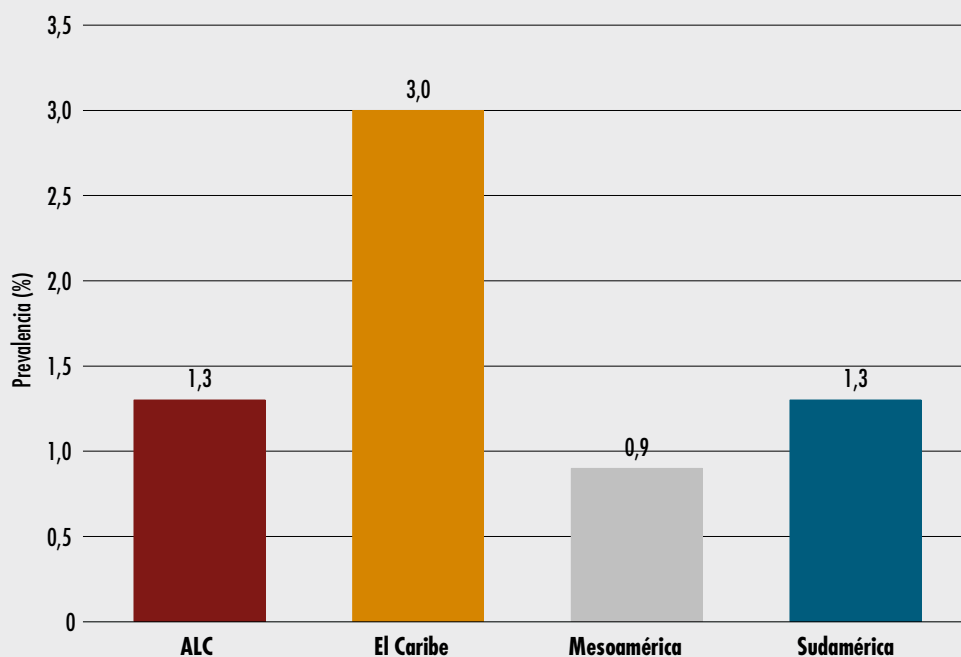
⁷ El Corredor Seco se caracteriza por una temporada marcada y prolongada sin precipitaciones y un riesgo latente de sequías recurrentes. Se extiende por 52% del área total de El Salvador, Guatemala y Honduras. De la superficie total del Corredor Seco en estos tres países, 6,4% se considera zona de efectos de sequía severa; 54,2% se clasifica en zona de sequía de efectos elevados y 39,4% de la superficie está ubicada en zonas donde la sequía tiene efectos bajos. En total, 768 municipios de los tres países resultan afectados por sequías recurrentes en mayor o menor medida.

FIGURA 6
RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN VARIOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJES, DATOS MÁS RECIENTES DE LAS DÉCADAS DE 2000 Y 2010



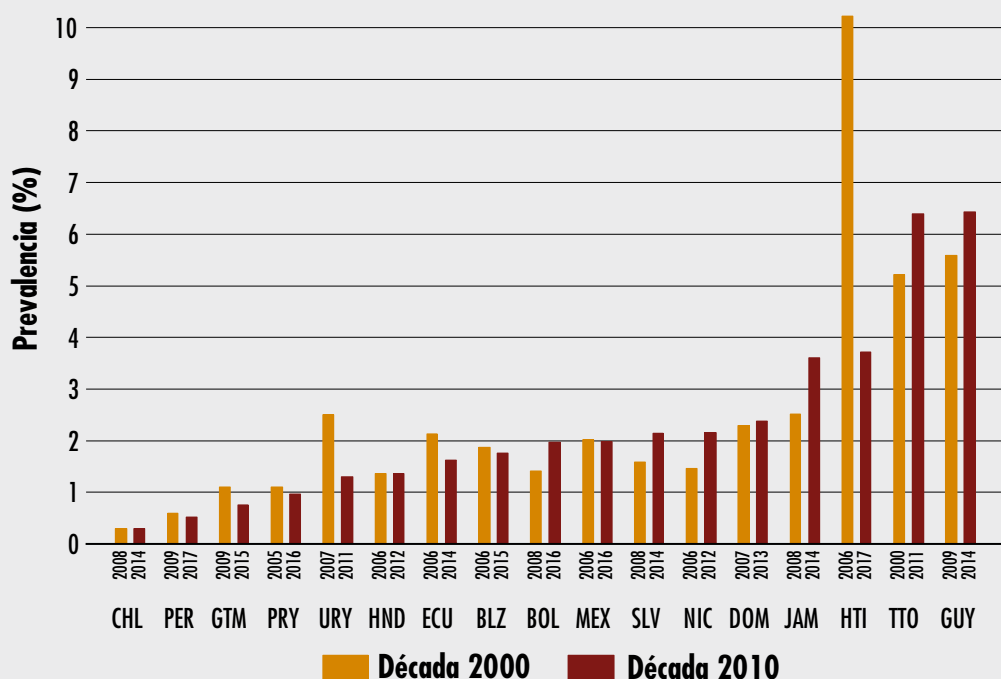
FUENTE: Elaboración propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

FIGURA 7
EMACIACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 2018



FUENTE: Elaboración propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

FIGURA 8
EMACIACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN VARIOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, DATOS MÁS RECIENTES DE LAS DÉCADAS 2000 Y 2010



FUENTE: Elaboración propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

RECUADRO 4 PROTECCIÓN SOCIAL REACTIVA FRENTE A EMERGENCIAS: POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS

En América Latina y el Caribe la frecuencia de los desastres naturales ha aumentado 3,6 veces en medio siglo (Cecchini, Filgueira, Martínez, y Rossel, 2015). Los desastres ocasionados por fenómenos naturales son el origen de importantes pérdidas económicas que afectan sobre todo al sector agrícola, que tuvo unas pérdidas de unos 22 000 millones de USD entre 2005 y 2015 (FAO, 2018b).

Los hogares en situación de pobreza están más expuestos a las consecuencias derivadas de los desastres y de las perturbaciones asociadas a fenómenos climáticos, naturales (terremotos) y sociales (crisis económicas y conflictos). Están más expuestos a amenazas y su capacidad de gestión de riesgo es limitada. Por lo tanto, las crisis y los desastres pueden tener impactos devastadores en los ingresos y en los medios de subsistencia. Y empujan a las personas a

adoptar estrategias de afrontamiento nocivas para ellas, como la venta de activos productivos, la reducción de la ingesta de alimentos de los niños, niñas y adolescentes, y su desescolarización, así como la sobreexplotación de los recursos naturales.

Los sistemas de protección social pueden ayudar a reducir la vulnerabilidad ante distintas amenazas y mejorar las capacidades de gestión de riesgos, además de contribuir a reconstruir los medios de vida agrícolas. Durante las emergencias que afectan al sector agrícola, la protección social contribuye a planificar una respuesta sectorial rápida, así como a preservar la seguridad alimentaria de las poblaciones afectadas. La protección social permite mantener niveles pares de consumo (incluso en situaciones de conmoción y estrés), minimizando las estrategias de afrontamiento negativas.

RECUADRO 4 (CONTINUACIÓN)

Cuando los responsables de las políticas consideran el uso de un sistema de protección social para ocuparse de las necesidades durante una emergencia, pueden

utilizar distintas estrategias para aumentar el nivel general de la ayuda que el sistema proporciona a las personas en situación de vulnerabilidad:



Expansión vertical

1. Expansión vertical: aumentar el valor o la duración de los beneficios de un programa o sistema existente.



Expansión horizontal

2. Expansión horizontal: agregar nuevas personas a un programa o sistema existente.



Respaldo

3. Respaldo: respuesta en la que los actores involucrados en la respuesta humanitaria o los gobiernos utilizan parte de la capacidad administrativa del sistema nacional de protección social para canalizar su asistencia.



Alineamiento paralelo

4. Alineamiento paralelo: desarrollar un sistema humanitario paralelo que se adapte de la mejor manera posible a un sistema de protección social vigente o a un posible futuro programa de protección social.

El número de países de la Región que ya utilizan los sistemas de protección social para responder a las emergencias ha aumentado considerablemente en los últimos años, en lo que parece ser una nueva tendencia. Brasil, Chile, Colombia, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y República Dominicana han empleado la capacidad de los programas de protección social para responder a emergencias.

En general, los sistemas de protección social de la Región son sistemas consolidados caracterizados por 1) un fuerte liderazgo gubernamental (por ejemplo, incorporados en la legislación), 2) un sistema integral de programas apoyado por sistemas administrativos bien establecidos, 3) altos niveles de capacidad institucional, 4) sistemas robustos para una toma de decisiones informada y una mejor rendición de cuentas (por ejemplo, a través de sistemas de información a medida), y 5) así como un financiamiento sostenible.

Asimismo, la amplia cobertura de los sistemas de protección social en numerosos países de la Región permite llegar a grandes segmentos de la población,

en especial a los que se encuentran en una situación de mayor pobreza y vulnerabilidad. Esto proporciona una base sólida para apoyar la respuesta a las emergencias con más rapidez, predictibilidad, sostenibilidad, eficiencia y, por tanto, mayor eficacia y menores costos, –aunque esto depende de distintos factores– (Beazley, Solórzano, y Barca, 2019).

Los programas de protección social también pueden ser importantes puntos de entrada para recuperar los medios de vida agropecuarios, mediante la promoción de prácticas sostenibles, incluida la gestión de las cuencas hidrográficas, la reforestación y la construcción de terrazas. Además, en tiempos de estabilidad, la protección social mediante transferencias monetarias y apoyo a la productividad (programas de generación de activos y de capital humano y financiero) puede promover la capacidad económica de las personas pobres, permitiéndoles gestionar riesgos y, en un círculo virtuoso, acumular activos, fomentando así la resiliencia de los medios de vida frente al riesgo de desastres y al cambio climático.

FUENTE: Cecchini, Filgueira, Martínez, y Rossel, 2015; FAO, 2018b; Beazley, Solórzano, y Barca, 2019.

Sobrepeso infantil⁸

El tercer indicador de malnutrición en niñas y niños menores de 5 años es el sobrepeso, que está en el otro extremo de la distribución del peso para la estatura (exceso). Se estima que 4 millones de niñas y niños menores de 5 años presentan sobrepeso en ALC, lo que equivale a 7,5% de la población infantil de la Región.

A diferencia de lo que ha sucedido con la emaciación y el retraso de crecimiento, el sobrepeso ha mostrado una tendencia a crecer en las tres últimas décadas. La tasa infantil de sobrepeso en ALC pasó de 6,2% en 1990 a 7,5% en 2018 (Figura 9), es decir, por encima de la prevalencia mundial de 5,9%.

Este problema ha aumentado de forma continuada en todas las subregiones. El cambio más llamativo lo reportó el Caribe, al pasar de 4,2% en 1990 a 7% en 2018. Sin embargo, es importante mencionar que en términos absolutos el número de niñas y niños con sobrepeso en

8 El sobrepeso infantil se define como un peso (kg) para la estatura o longitud (cm) superior en dos desviaciones estándar a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006. Este indicador refleja el aumento de peso excesivo para la estatura, por lo general como consecuencia de un consumo de energía que supera las necesidades energéticas de los niños (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019). Además de la alimentación, otros factores que ayudan a explicar el sobrepeso infantil son la actividad física, los hábitos sedentarios y la calidad de sueño (OMS, 2019).

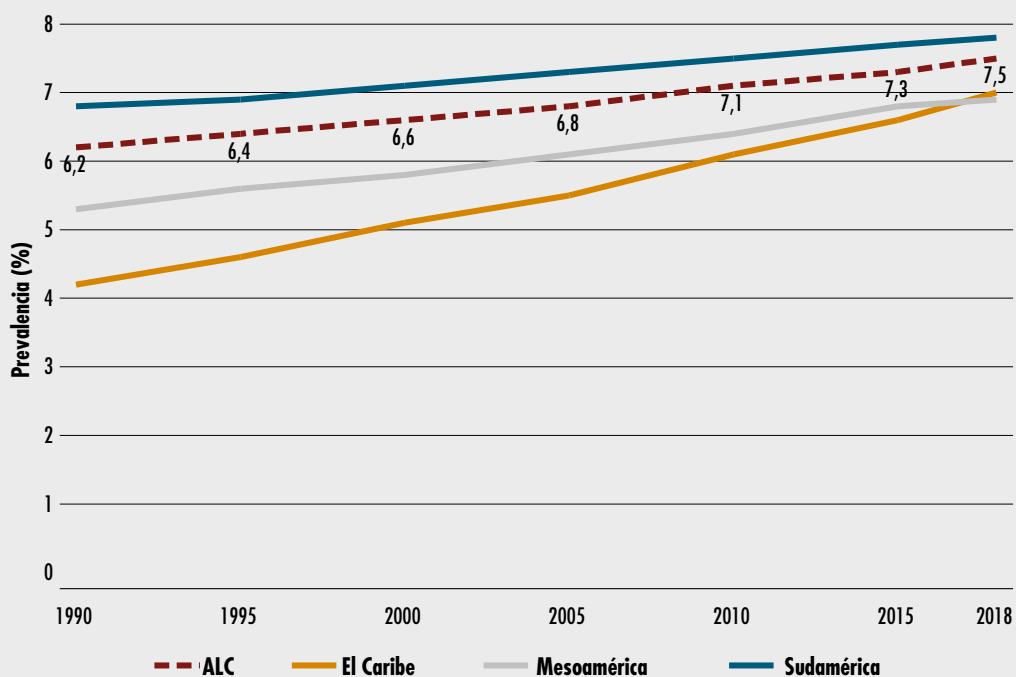
el Caribe se mantuvo en alrededor de 200 000 durante ese periodo. Por tanto, el aumento de la prevalencia es resultado sobre todo de la reducción de la población infantil de menos de 5 años.

El otro aumento importante del exceso de peso entre niñas y niños se observó entre los países de Mesoamérica. La prevalencia de sobrepeso infantil en esta subregión pasó de 5,3% en 1990, a prácticamente 7% en 2018. Esto significó que se sumaran 200 000 niñas y niños a la población infantil con sobrepeso en la subregión en los últimos treinta años.

La prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años aumentó más lentamente en Sudamérica de 1990 a 2018, pero la subregión sigue concentrando la mayor parte de población infantil afectada. La estimación más reciente apunta a que dos de cada tres niñas o niños con sobrepeso de la Región habitan en algún país sudamericano. Es decir, el sobrepeso infantil afecta a 2,6 millones de niñas y niños menores de 5 años.

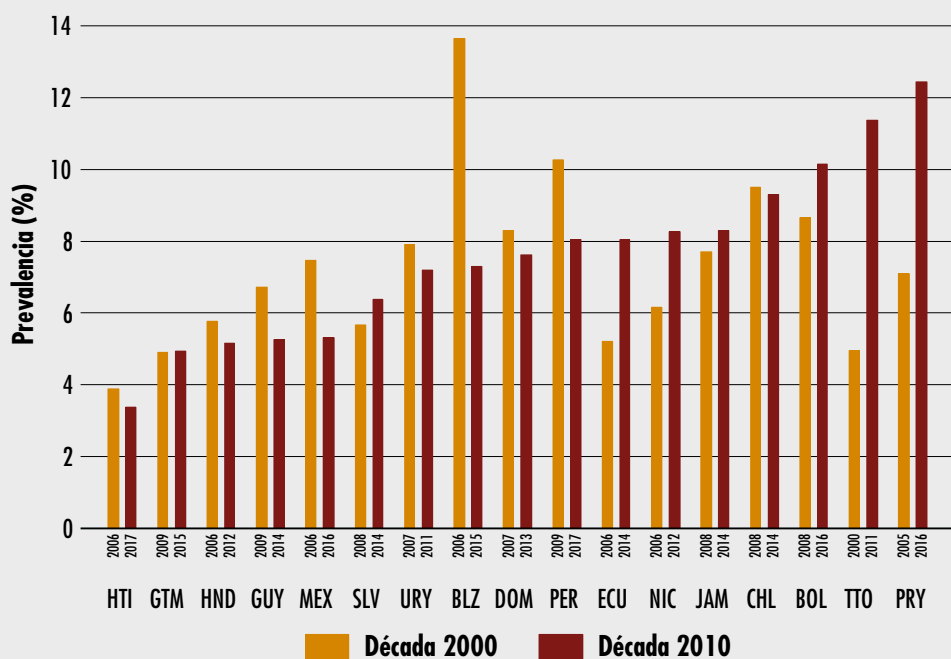
La tendencia del sobrepeso infantil por países muestra comportamientos mixtos en las últimas dos décadas. Por un lado, se observan cambios sustanciales al alza en las prevalencias de sobrepeso infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Trinidad y Tabago, y a la baja en Belice, Guyana y México (Figura 10). Por otro lado, en el resto de los países se registran cambios relativamente modestos en las tasas de sobrepeso en comparación con los datos de los últimos 20 años.

FIGURA 9
EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 1990-2018



FUENTE: Elaboración Propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

FIGURA 10
SOBREPESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN DIVERSOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, DATOS MÁS RECIENTES DE LAS DÉCADAS 2000 Y 2010



FUENTE: Elaboración Propia a partir de UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019.

Indicadores relacionados con la malnutrición que no pertenecen a ODS: sobrepeso y obesidad a lo largo del ciclo de vida⁹

El sobrepeso y la obesidad plantean problemas de salud a lo largo de todo el ciclo de vida. Los niños afectados sufren complicaciones gastrointestinales, osteomusculares y ortopédicas, además de trastornos del sueño. También padecen un mayor riesgo de manifestación temprana de asma y otros problemas respiratorios, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades hepáticas (Lobstein y Jackson-Leach, 2006; Knight, 2011; OMS, 2016a). Asimismo, pueden sufrir las consecuencias psicológicas de la baja autoestima, la depresión, la estigmatización y el aislamiento social, y ver limitado su potencial educativo (Miller y Downey, 1999; Latzer y Stein, 2013; Miller, Lee, y Lumeng, 2015; OMS, 2016). El sobrepeso y la obesidad infantil suelen persistir hasta la edad adulta y dejan una huella permanente en la salud que es fuente de alteraciones durante toda la vida (OMS, 2016a). De hecho, los adultos con obesidad tienen tasas de mortalidad más elevadas por un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.

De forma similar a la tendencia mundial, la prevalencia de sobrepeso está aumentando en todos los grupos de edad en ALC. Este crecimiento es especialmente acusado entre los adultos y los niños y niñas en edad escolar (de 5 a 19 años), que registran aumentos de 10 y 9 puntos porcentuales en sus respectivas prevalencias de sobrepeso desde el año 2000.

También es importante recordar la relación existente entre la desnutrición posiblemente debida a la inseguridad alimentaria, y la mayor probabilidad de sufrir obesidad y ENT en

edades adultas. Desde el desarrollo del feto y los primeros años de vida, la desnutrición provoca cambios en la fisiología y el metabolismo que además de impedir el crecimiento físico y repercutir negativamente en el capital humano, aumentan el riesgo de desarrollar obesidad y de padecer ENT en el futuro.

Por tanto, para abordar con eficacia los problemas crecientes del sobrepeso y la obesidad, y para evitar que se perpetúen de una generación a otra, está claro que se necesita un enfoque basado en el ciclo de vida que promueva el acceso a alimentos nutritivos, una alimentación y una nutrición óptimas de los lactantes y un crecimiento saludable durante toda la vida, desde el desarrollo del feto hasta la edad adulta (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

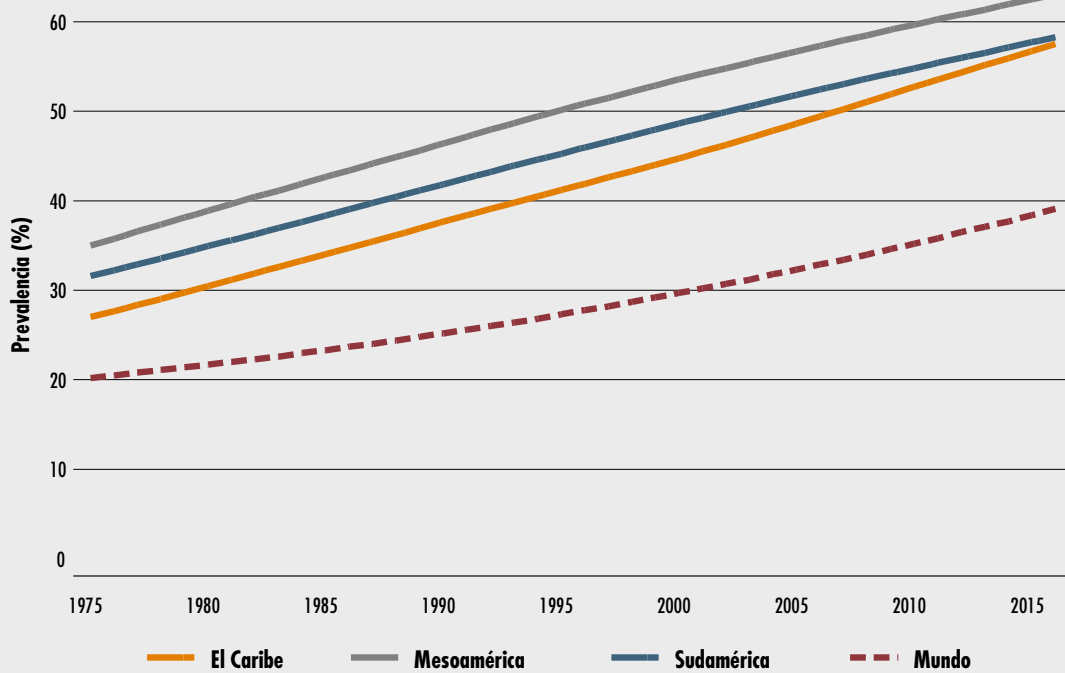
Respecto a la población adulta de ALC, el sobrepeso en adultos muestra una tendencia al alza desde mediados de la década de 1970. En concreto, la prevalencia del sobrepeso en la Región mantuvo cifras mayores que la mundial, pues pasó de 30% a 60% entre 1975 y 2016 (Figura 11). Es decir, cerca de 262 millones de adultos tienen exceso de peso en ALC.

El aumento de la prevalencia del sobrepeso en niños y adultos es alarmante, pero suscita aún mayor preocupación la elevada prevalencia de la obesidad, ya que las personas obesas sufren consecuencias mucho más graves para la salud y su riesgo de mortalidad en comparación con la población no obesa es mayor. La obesidad en el mundo y en la Región creció aún más aceleradamente que el sobrepeso. Mientras que las tasas de sobrepeso en el mundo y en la Región casi se duplicaron entre 1975 y 2016, la obesidad prácticamente se triplicó, con un crecimiento de 5% a 13% en los adultos en el mundo, y de 7% a 24% en la Región (Figura 12).

El aumento más considerable se registró en el Caribe, donde la prevalencia en adultos se cuadruplicó, de 6% a 25%, y un crecimiento particularmente acelerado en los últimos 15 años. Este fenómeno resulta aún más llamativo al observarlo en términos absolutos: los adultos con obesidad en el Caribe pasaron de 760 000 a 6,6 millones entre 1975 y 2016.

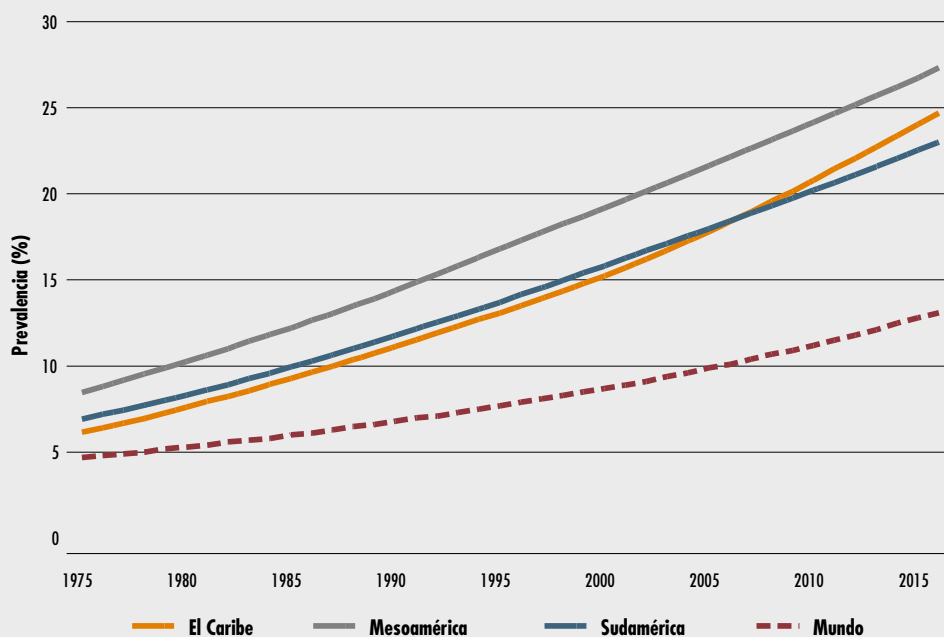
⁹ Este apartado se centra en el análisis del sobrepeso en adolescentes y adultos, indicadores que no pertenecen a los indicadores ODS 2, para reportar avances en el combate de la malnutrición. Sin embargo, sus actuales niveles y reciente tendencia lo convierten en un indicador complementario para entender y monitorear mejor la malnutrición en el mundo.

FIGURA 11
TENDENCIA DEL SOBREPESO EN ADULTOS (18 AÑOS Y MAYORES) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL MUNDO, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 1975-2016



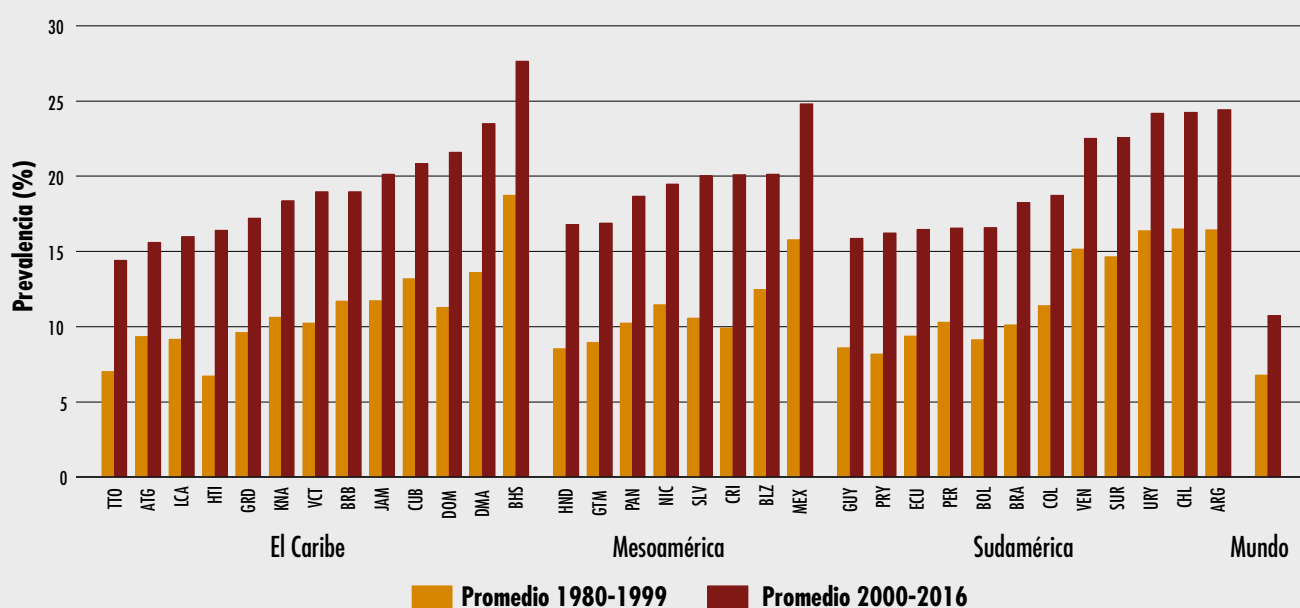
FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

FIGURA 12
EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS (18 AÑOS Y MAYORES) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL MUNDO, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 1975-2016



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

FIGURA 13
CAMBIOS EN LA OBESIDAD EN ADULTOS (18 AÑOS Y MAYORES) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Y EL MUNDO, PREVALENCIAS EN PORCENTAJE, 1980-1999 Y 2000-2016



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

El análisis detallado de la evolución de la obesidad por país muestra que antes del inicio de este siglo, las prevalencias entre los países de ALC eran mucho menores a las actuales. La **Figura 13** evidencia la extraordinaria rapidez, en términos relativos, con que se ha manifestado esta característica de la malnutrición en la Región.

A lo anterior hay que sumar el hecho de que el sobrepeso y la obesidad están creciendo en las zonas rurales de la Región. Un estudio publicado por el grupo de colaboración sobre *Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles* (NCD-RisC, 2019) reportó las tendencias nacionales, regionales y globales en la media del índice de masa corporal por lugar de residencia (área rural o urbana) desde

1985 a 2017. El índice de masa corporal (IMC) está aumentando al mismo ritmo o más rápido en las zonas rurales que en las ciudades de regiones de ingresos bajos y medios.

Esta tendencia es especialmente acusada en los países de ingresos medios y bajos, entre los que se encuentran algunos de ALC. Por tanto, la malnutrición por deficiencia en las zonas rurales está pasando de estar acompañado y dominado por el sobrepeso y la obesidad, lo cual constituye la doble carga de la malnutrición. En consecuencia, es importante considerar un enfoque integrado de la nutrición en los contextos rurales para mejorar el acceso físico y económico a alimentos contribuyen a una alimentación saludable.

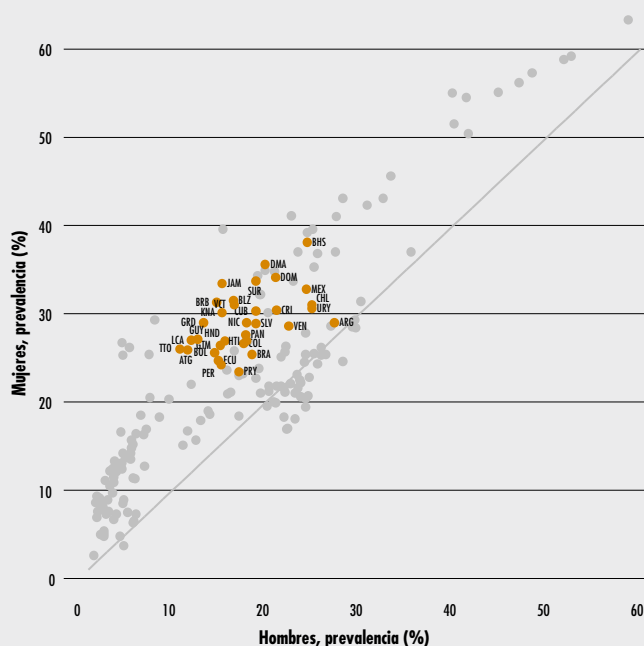
FIGURA 14
SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS (18 AÑOS Y MAYORES) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO POR SEXOS, PREVALENCIA EN PORCENTAJE, 2016

A) ADULTOS CON SOBREPESO Y SIN OBESIDAD



(A) Se refiere al porcentaje de adultos de 18 años y más cuyo índice de masa corporal es mayor o igual a 25 y menor a 30.

B) ADULTOS CON OBESIDAD



(B) Se refiere al porcentaje de adultos de 18 años y más cuyo índice de masa corporal tiene un valor mayor o igual a 30

Nota: La diagonal en ambos gráficos traza una línea de 45 grados que representa la igualdad entre las prevalencias de los hombres y las mujeres.

FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

Asimismo, según datos de la OMS (2019), el sobrepeso y la obesidad afectan de forma desigual a hombres y mujeres adultos, una situación especialmente evidente en los países de ALC. En la Región, las mujeres representan el 52% y 59% de la población adulta con sobrepeso y obesidad, respectivamente. Esto significa que de los 105 millones de los adultos con obesidad en América Latina y el Caribe en 2016, 62 millones eran mujeres y 43 millones hombres.

La **Figura 13** presenta las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos para 198 países, resaltando la situación de los países de la Región. La **Figura 14** muestra una condición muy particular de ALC: en la mayoría de los países de la Región el sobrepeso (sin considerar a la población con obesidad) es mayor en los hombres que en las mujeres (Panel A). En cambio, la obesidad afecta más a las mujeres en todos los países (Panel B). Esto último es una tendencia que se reproduce en gran parte de los países del mundo.

CUADRO 4
PREVALENCIA DE LA MALNUTRICIÓN EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN PORCENTAJE, POR GRUPOS SELECCIONADOS DE POBLACIÓN, DISTINTOS AÑOS

Indicador	Año	Mundo (%)	América Latina y el Caribe (%)
Subalimentación, inseguridad alimentaria y desnutrición			
Subalimentación	2018	10,8	6,5
Inseguridad alimentaria grave	2018	9,3	9,0 ^a
Inseguridad alimentaria moderada y grave	2018	26,4	30,9 ^a
Retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años (desnutrición crónica)	2018	21,9	9,0
Emaciación en niñas y niños menores de 5 años (desnutrición aguda)	2018	7,3	1,3
Sobrepeso y obesidad			
Sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años ^b	2018	5,9	7,5
Sobrepeso en adultos mayores de 18 años ^b	2016	39,1	59,5
Mujeres	2016	39,7	59,9
Hombres	2016	38,5	58,9
Obesidad en adultos mayores de 18 años	2016	13,2	24,1
Mujeres	2016	15,1	27,9
Hombres	2016	11,1	20,2

^a El dato para América Latina y el Caribe excluye a el Caribe.

^b Incluye a individuos con obesidad.

FUENTE: Elaboración propia a partir de FAO, 2019; UNICEF, OMS y banco Mundial, 2019; DAES, 2019.

Por tanto, en distintos países de la Región las mujeres sufren una doble carga nutricional que se caracteriza por la coexistencia de desnutrición con sobrepeso, obesidad o ENT asociadas a la dieta (OMS, 2019). Ello permite reafirmar la idea de algunos autores de que el género modela la salud de hombres y mujeres mediante la definición de roles, las responsabilidades, la capacidad de decisión, el acceso a los recursos (como la educación o la información), las oportunidades y las vulnerabilidades. Y revela la importancia de que se

identifique el género como un determinante social de la salud (Brito e Ivanovic, 2019).

A modo de resumen, el Cuadro 4 presenta un comparativo de las prevalencias de los distintos tipos de malnutrición en el mundo y en ALC.

RECUADRO 5 LA CARGA MÚLTIPLE DE LA MALNUTRICIÓN

La coexistencia de prevalencias relativamente elevadas de desnutrición con sobrepeso y obesidad se conoce como la “doble carga” de la malnutrición. Si además la desnutrición se manifiesta en sus dos grandes vertientes, es decir, por peso o estatura y por déficit de micronutrientes, suele enfatizarse la existencia de una “triple carga”. Estas cargas pueden presentarse a nivel de país, de región, de los hogares o individual.

La manifestación simultánea de problemas nutricionales de distinta naturaleza está asociada a la transición nutricional (véase el cuadro siguiente), que se caracteriza por dietas con un mayor consumo de azúcares, grasas y/o sal/sodio, ingredientes que por lo general son más abundantes en los alimentos denominados como ultraprocesados¹⁰ e hipercalóricos.

ETAPAS DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL

Característica	Etapas		
	Anterior a la transición	Transición	Posterior a la transición
Dieta (prevalente)	Cereales, tubérculos, hortalizas, frutas. Se cocina principalmente en el hogar y se utilizan esencialmente ingredientes crudos.	Mayor consumo de azúcar, grasas y mentos procesados. Se cocina con menos frecuencia en el hogar y se emplean más a menudo ingredientes procesados.	Alimentos procesados con un alto contenido de grasas y azúcares y bajo contenido en fibra. Se come con frecuencia fuera del hogar y se consumen alimentos preparados.
Problemas nutricionales	Predominan la desnutrición y las carencias nutricionales entre las poblaciones en situación de pobreza.	Coexisten la desnutrición, las carencias nutricionales y la obesidad.	Predominan el sobrepeso, la obesidad, las carencias nutricionales y las enfermedades no transmisibles.

FUENTE: Adaptado de FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS, 2018.

En realidad, las tasas de subalimentación, de inseguridad alimentaria y de desnutrición en adultos y niños y niñas en la Región son inferiores al promedio mundial. En cambio, la población de ALC presenta sobrepeso y obesidad con mayor frecuencia que a nivel global. Incluso la prevalencia de obesidad en adultos es prácticamente el doble de lo que se observa en todo el mundo. ■

10 El término “ultraprocesado” está ampliamente utilizado en la región de América Latina y el Caribe, y se incluye incluso en distintos instrumentos de política pública como es el caso de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Brasil, Ecuador o Uruguay. En el Recuadro 7 del presente documento existe mayor información sobre el concepto y el uso que se hace del mismo en este documento.

1.2 ODS 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES

El ODS 3 tiene como objetivo a *Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*. Entre sus metas se establecen propósitos muy relacionados con una alimentación suficiente y de calidad, como reducir la mortalidad materna e infantil y la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Meta 3.1. Reducir la mortalidad materna

El estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo es un factor con un impacto importante en el buen progreso del embarazo y el correcto desarrollo de los niños y las niñas en el futuro. Igualmente, la carencia de micronutrientes como el hierro y la vitamina A aumenta la probabilidad de muerte materna. Además, es importante mantener los niveles adecuados de calcio, vitamina D y ácido fólico durante el embarazo para evitar diversas complicaciones importantes. Adicionalmente, el ambiente nutricional intrauterino puede ser determinante en el desarrollo de la obesidad y de ENT en la vida adulta (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

La meta 3.1 da prioridad a reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Se estima que entre 1990 y 2015 dicha tasa disminuyó en el mundo cerca de 44%, al pasar de 385 muertes por 100 000 nacidos vivos a 216. Es decir, el número anual de muertes maternas se redujo 43%, de unas 532 000 en 1990 a una cifra estimada de 303 000 en 2015 (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, DAES, 2015).

Durante el mismo periodo, en ALC se logró reducir la mortalidad materna todavía más, a la mitad, al pasar de 135 muertes por 100 000 nacidos vivos a 67. Así, el número anual de muertes maternas pasó de 16 000 a 7 300.

A pesar de los progresos evidenciados en la Región, se estima que distintos países están muy alejados de cumplir la meta 3.1 de los ODS. Como se recogió en el *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*, 13 de los 30 países de los que existe información disponible presentan tasas de mortalidad mayores a la meta de 70 por 100 000 nacidos vivos. Y las tasas del Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname duplican o más las establecidas en la meta (Figura 15).

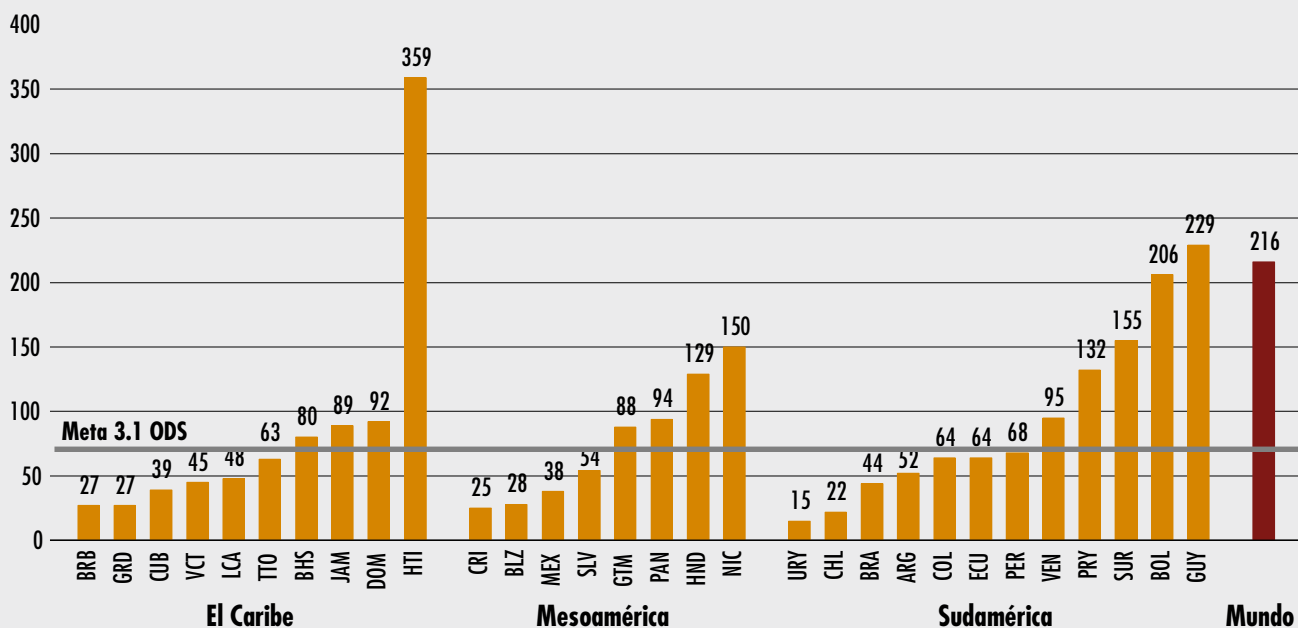
Meta 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años

La Meta 3.2 tiene como propósito erradicar las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. En el primer caso, se busca reducir la mortalidad neonatal a por lo menos 12 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y, en el segundo caso, reducir la mortalidad en los menores de 5 años a al menos 25 por cada 1 000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal

En la mayoría de los países de la Región se ha registrado una reducción de la mortalidad neonatal en los últimos años. Una de las excepciones es la República Bolivariana de Venezuela, que entre el 2015 y 2017 pasó de 14,5 a 19,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (Figura 16). Dominica también mostró un incremento, ya que pasó de 25,1 a 27,3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en el mismo periodo.

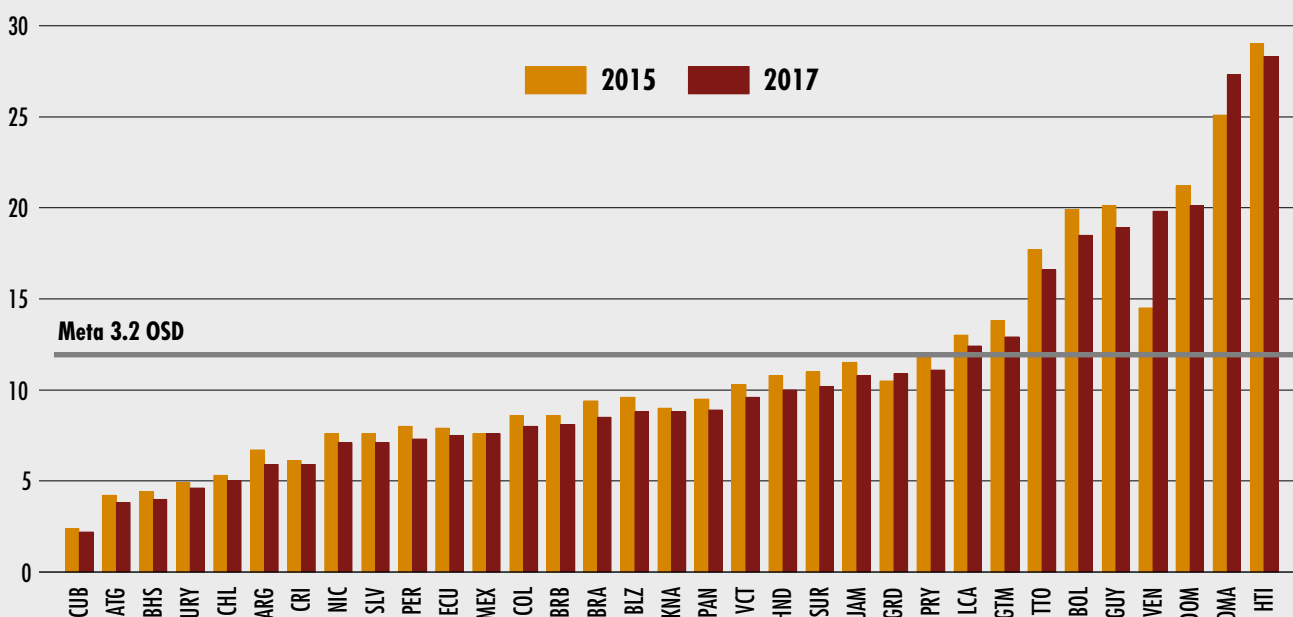
FIGURA 15
TASA DE MORTALIDAD MATERNA (MUERTES MATERNAS POR CADA 100 000 NACIDOS VIVOS),
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL MUNDO, 2015



NOTA: La mortalidad materna se refiere a la muerte que sucede durante el embarazo o en los 42 días siguientes a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar de este, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su tratamiento.

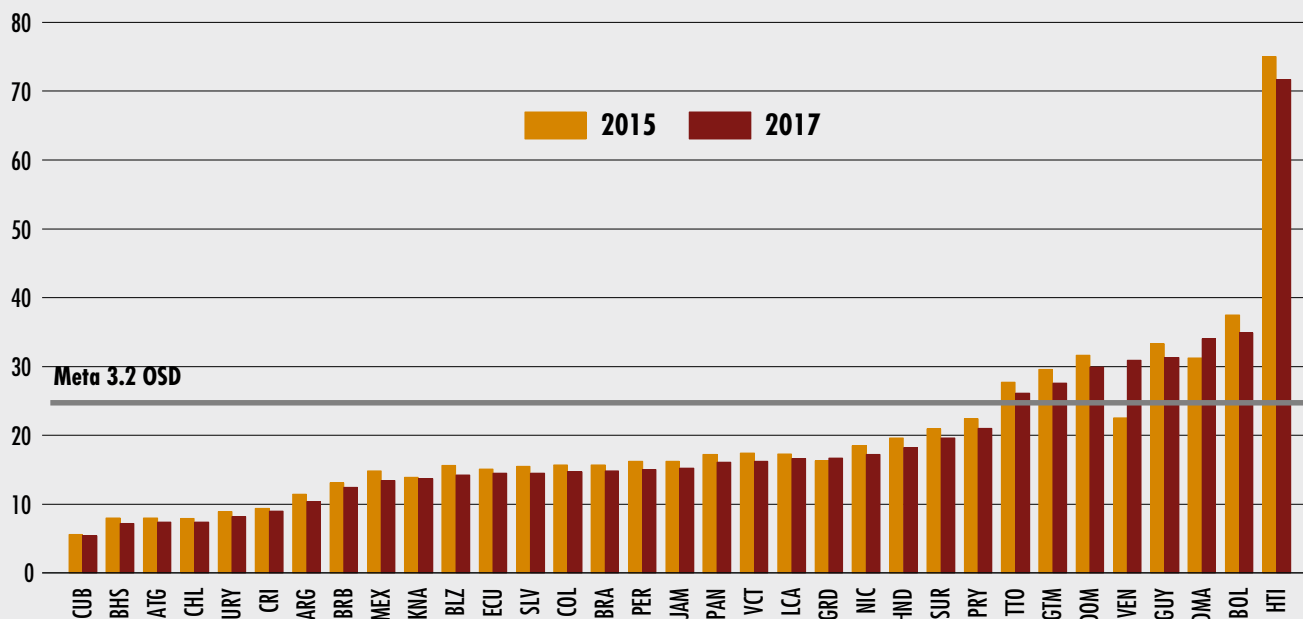
FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2018.

FIGURA 16
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR CADA 1 000 NACIDOS VIVOS, AMÉRICA LATINA Y EL
CARIBE, 2015 Y 2017



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

FIGURA 17
TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR CADA 1 000 NACIDOS VIVOS, 2015 Y 2017



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019.

Respecto a la meta de no superar las 12 muertes de recién nacidos por cada 1 000 nacidos vivos, son 9 los países que aún se encuentran por sobre esta meta: Santa Lucía, Guatemala, Trinidad y Tabago, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Dominica y Haití.

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Como ya se ha destacado en ediciones anteriores del *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*, el desarrollo de enfermedades está estrechamente asociado a la carencia de nutrientes. Por ello, el cumplimiento de esta meta está muy relacionado con la alimentación. En el mundo, 45% de las muertes infantiles tienen como causa subyacente la malnutrición. Los niños y niñas con emaciación grave son más propensos a sufrir afecciones comunes como la diarrea y enfermedades respiratorias, cuyas consecuencias aumentan la probabilidad de morir (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

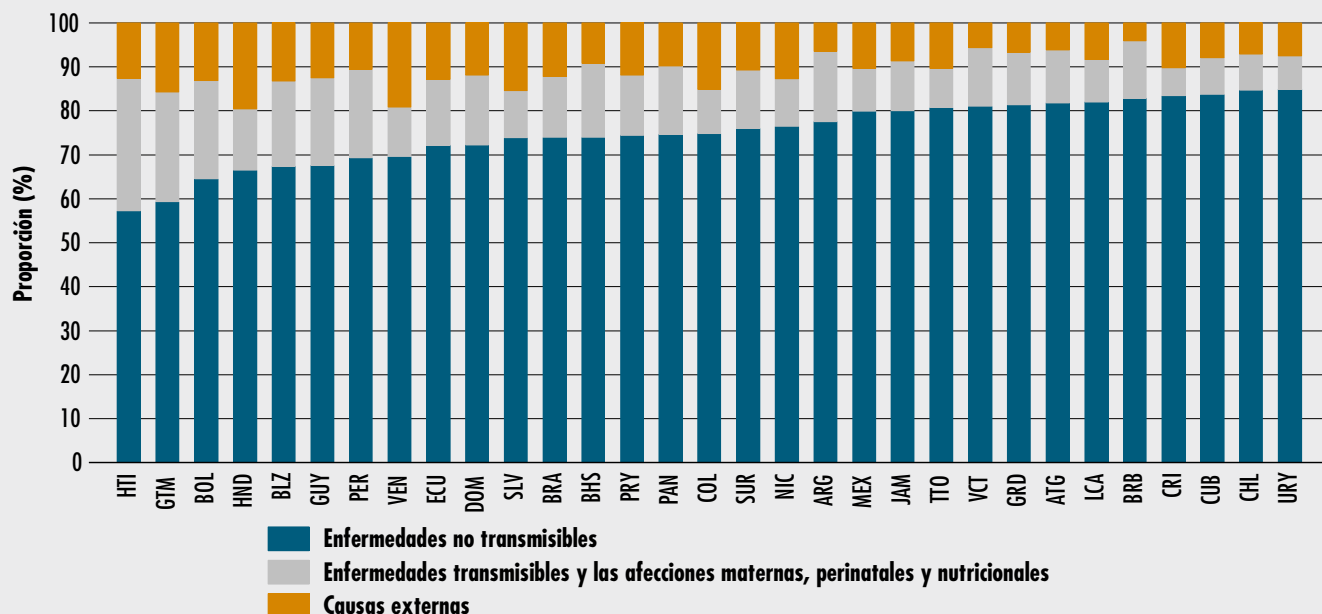
Ya se mencionó que la nutrición de la madre es fundamental para el recién nacido porque determina su peso al nacer, su salud y su estado

nutricional, y por lo tanto su pronóstico de vida. La consecuencia más frecuente del retraso del crecimiento intrauterino es el bajo peso al nacer y la mortalidad de estos niños es superior a la de los que nacen con un peso adecuado (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

Ocho países de la Región no cumplen esta meta en la actualidad. Son el Estado Plurinacional de Bolivia, Dominica, Guatemala, Guyana, Haití, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Trinidad y Tabago (Figura 17). En Haití, las muertes superan las 70 de cada 1 000.

En la mayoría de los países la situación ha mejorado desde 2015, que fue cuando se asumió el compromiso de la agenda 2030. Pero en Dominica y en la República Bolivariana de Venezuela se constatan aumentos significativos, en especial en la República Bolivariana de Venezuela, cuya tasa de mortalidad en el 2015 se encontraba 22,5 puntos por debajo de la meta establecida. Según los datos disponibles más recientes, en la actualidad supera las 30 muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

FIGURA 18
GRANDES CAUSAS DE MORTALIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2016



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2019a.

Meta 3.4. Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles

Otra de las metas asociadas al ODS 3 es la de “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” entre 2015 y 2030 (Meta 3.4).

De acuerdo con la OMS, las principales causas de muerte en el mundo en 2016 fueron las ENT, que incluyen esencialmente las enfermedades isquémicas del corazón, el infarto, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. De hecho, se estima que las ENT provocaron la muerte de más de 41 millones de personas en el mundo en 2016, lo que equivale a 71% del total mundial. De las muertes restantes, 29% fueron consecuencia de enfermedades transmisibles y de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (20%) y causas externas¹¹ (9%).

Más de 80% de las muertes por ENT fueron causadas

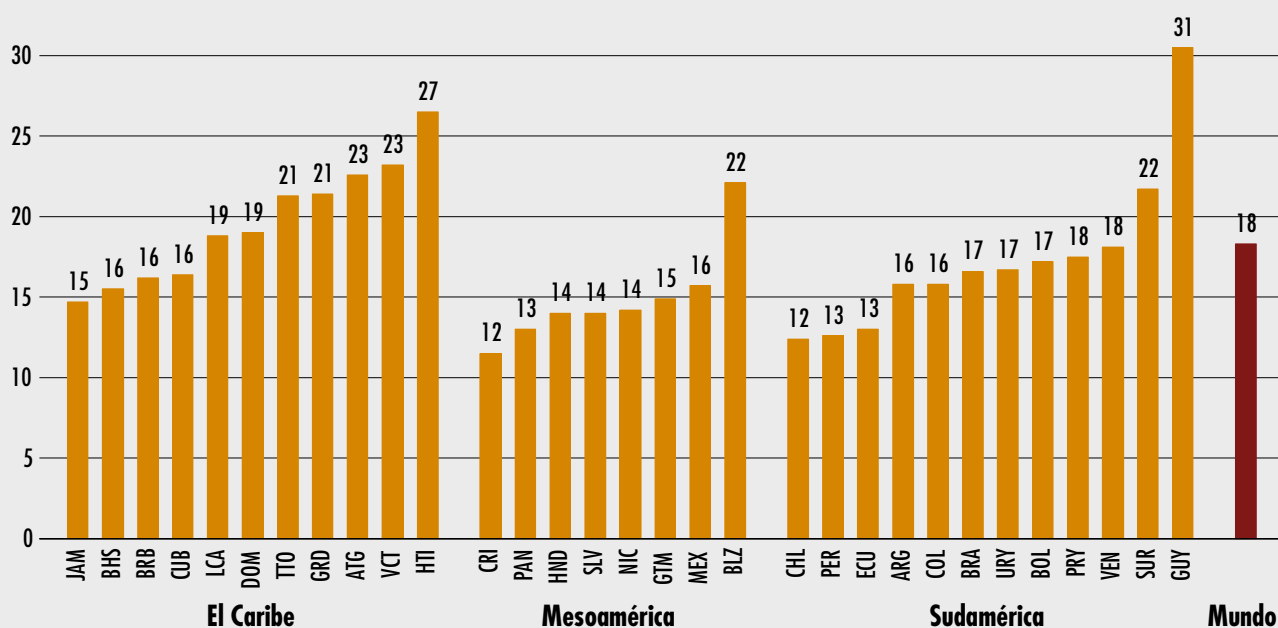
¹¹ Las causas externas incluyen factores como los accidentes, los homicidios y los suicidios, entre otras.

por cinco dolencias. Por orden de importancia, las enfermedades cardiovasculares (44%) fueron la principal causa de muerte, seguidas de varios tipos de cáncer (23%), las enfermedades respiratorias (9%), las digestivas (6%) y la diabetes (4%).

Las ENT también son la principal causa de mortalidad en ALC. Este conjunto de enfermedades provocó 3 de cada 4 muertes del total de 3,8 millones en la Región en 2016. En su conjunto, las enfermedades no transmisibles fueron responsables de más de 50% de las muertes en todos los países de la Región de los que se tiene información, y en el Caribe, México, Chile y Uruguay, estas enfermedades causaron al menos 80% de las muertes (Figura 18).

Un indicador clave para monitorear los avances en la mortalidad prematura por ENT es la tasa de mortalidad atribuida a ENT. Se estima que globalmente la probabilidad de una persona de 30 a 70 años de morir como consecuencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas es de 18%. En la mayoría de los países de la Región las probabilidades de muerte prematura están por debajo de ese umbral (Figura 19).

FIGURA 19
PROBABILIDAD DE MUERTE POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS DE 30 A 70 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN EL MUNDO, EN PORCENTAJE, 2018



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, 2018.

Enfermedades no transmisibles, mortalidad y calidad de los patrones alimentarios

Existe consenso internacional sobre que las ENT son prevenibles si se abordan los factores de riesgo que las provocan. Ello se basa en el estudio de la asociación entre los determinantes socioambientales, los modos y las condiciones de vida, y la morbilidad y la mortalidad por esas enfermedades. En particular, los cuatro factores de riesgo principales de las ENT son la alimentación poco saludable, la actividad física insuficiente, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol (OPS, 2017).

Un estudio realizado por GBD 2017 *Diet Collaborators*¹² (2019) evaluó el papel de la

alimentación como causa de las enfermedades no transmisibles y de la mortalidad. En términos generales, el estudio reveló que una alimentación con bajo contenido de frutas frescas y secas, hortalizas, cereales integrales y semillas, y/o elevado consumo de sodio, bebidas azucaradas y ácidos grasos trans se asocia con muertes por enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, más que con cualquier otro factor de riesgo, incluido el consumo de tabaco.

En el **cuadro 5** puede verse una síntesis de la relación causal entre la calidad de la alimentación y las enfermedades no transmisibles según el estudio de carga global de enfermedades realizado por GBD 2017 *Diet Collaborators* (2019). El estudio estableció un vínculo entre las enfermedades cardiovasculares y bajos consumos de frutas, verduras, cereales integrales, leguminosas, frutos secos y semillas, así como con altos consumos de sodio, bebidas azucaradas y ácidos grasos trans. Por su parte, los cánceres asociados con la alimentación son provocados por bajos consumos de frutas, leche y fibra, y consumos elevados de carnes procesadas y no

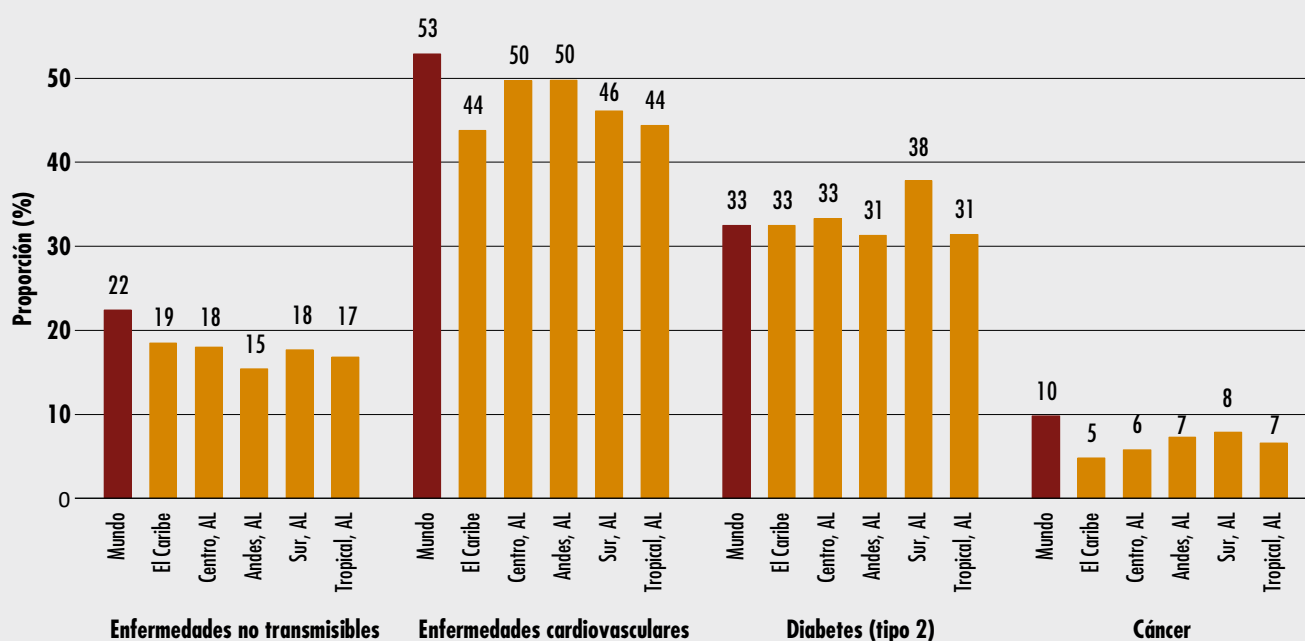
12 El *Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo* (GBD, por sus siglas en inglés) es un esfuerzo de más 3 600 investigadores de más de 145 países cuyo objetivo es cuantificar los niveles y las tendencias en salud. El trabajo del GBD permite comparar la magnitud de las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo en grupos de edad, sexos, países, regiones y tiempo.

CUADRO 5
EVIDENCIA QUE APOYA LA CAUSALIDAD ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ALIMENTARIOS
Y SUS RESULTADOS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Riesgo	Resultado
Dieta baja en frutas	Cáncer de labio y de cavidad bucal
	Cáncer de nasofaringe
	Otros tumores malignos de la faringe
	Cáncer de laringe
	Cáncer de tráquea, de bronquios y de pulmón
	Enfermedades isquémicas del corazón
	Accidente cerebrovascular isquémico
	Hemorragia intraencefálica
	Hemorragia subaracnoidea
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta baja en verduras	Enfermedades isquémicas del corazón
	Accidente cerebrovascular isquémico
	Hemorragia intraencefálica
Dieta baja en leguminosas	Hemorragia subaracnoidea
	Enfermedades isquémicas del corazón
Dieta baja en cereales integrales	Enfermedades isquémicas del corazón
	Accidente cerebrovascular isquémico
	Hemorragia intraencefálica
	Hemorragia subaracnoidea
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta baja en frutos secos y semillas	Enfermedades isquémicas del corazón
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta baja en leche	Cáncer de colon y recto
Dieta alta en carne roja	Cáncer de colon y recto
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta alta en carne procesada	Cáncer de colon y recto
	Enfermedades isquémicas del corazón
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta alta en bebidas azucaradas	Enfermedades isquémicas del corazón
	Diabetes mellitus (tipo 2)
Dieta baja en fibra	Cáncer de colon y recto
	Enfermedades isquémicas del corazón
Dieta baja en calcio	Cáncer de colon y recto
Dieta baja en pescado y ácidos grasos omega 3	Enfermedades isquémicas del corazón
Dieta baja en ácidos grasos poliinsaturados	Enfermedades isquémicas del corazón
Dieta alta en ácidos grasos trans (<i>grasas trans</i>)	Enfermedades isquémicas del corazón
Dieta alta en sodio	Hipertensión esencial (primaria)
	Cáncer de estómago

FUENTE: Adaptado de GBD 2017 *Diet Collaborators*, 2019.

FIGURA 20
MUERTES ATRIBUIBLES A DIETAS POCO SALUDABLES EN ADULTOS, SEGÚN TOTAL Y PRINCIPAL ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE, EN PORCENTAJES, 2017



NOTA: Los cálculos son el resultado de las tasas de mortalidad ajustadas por edad.

Las subregiones de América Latina y el Caribe (ALC) corresponden a las definiciones establecidas por *Global Burden of Disease*. Centro: Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, y Venezuela (República Bolivariana de); Andes: Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú; Sur: Argentina, Chile y Uruguay; Tropical: Brasil y Paraguay.

FUENTE: Elaboración propia a partir de GBD 2017 *Diet Collaborators* 2019.

procesadas y sodio. Por último, los factores de riesgo alimentarios de la diabetes están estrechamente asociados a dietas bajas en frutas, cereales integrales, frutos secos y semillas, y altas en carnes y alimentos y bebidas azucaradas.

Al aislar el efecto indirecto de la alimentación en la mortalidad, los autores estimaron que un total de 11 millones de adultos mayores de 24 años murieron en el mundo por causas asociadas a una alimentación inadecuada. De este total, la principal causa directa de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares (88%), en tanto que el resto se debieron a distintos tipos de cáncer (9%) y diabetes (3%). Asimismo, más de la mitad de esas muertes se relacionaron con tres factores de riesgo alimentario: alto consumo de sodio y bajos consumos de granos integrales y de frutas.

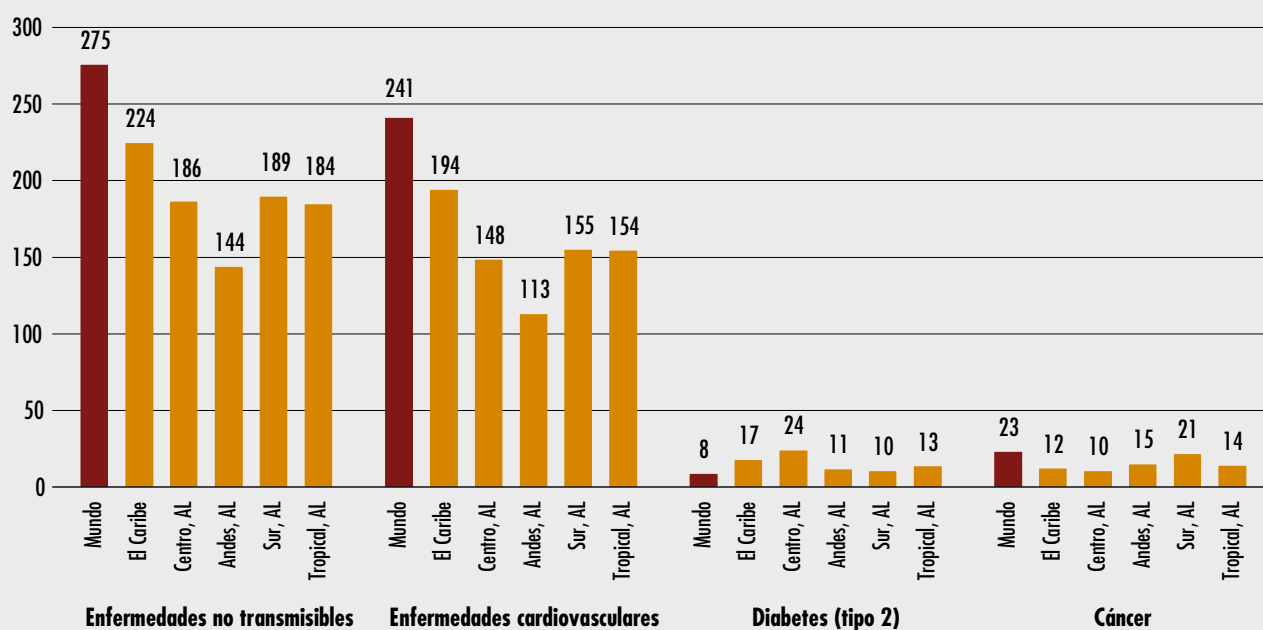
Las muertes de adultos en América Latina y el Caribe por causas asociadas a una alimentación inadecuada se estiman en casi 600 000 anualmente. Los factores de riesgo alimenticios

más frecuentes fueron los bajos consumos de cereales integrales, frutos secos, semillas y verduras, junto con un consumo de sodio elevado.

El total de muertes relacionadas con una alimentación inadecuada representaron 22% de las muertes totales de adultos a nivel global en 2017. El análisis para cada una de las tres principales enfermedades no transmisibles indicó que una alimentación inadecuada explicaría 53% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 33% de las muertes por diabetes y 10% de las muertes por diversos tipos de cáncer (Figura 20).

En el caso de las tasas de mortalidad de adultos atribuibles a los hábitos alimentarios se observa un comportamiento similar. En términos generales, las tasas mundiales son mayores a las de las distintas subregiones de ALC, con la única excepción de las muertes por diabetes (Figura 21), que son mayores en la Región, lo que resulta llamativo, aunque su número sea notoriamente menor al de las muertes por enfermedades cardiovasculares o por cáncer.

FIGURA 21
MORTALIDAD ATRIBUIBLE A DIETAS POCO SALUDABLES EN ADULTOS, SEGÚN TOTAL Y PRINCIPAL ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE, EN MUERTES POR 100 000 HABITANTES, 2017



NOTA: Los cálculos provienen de tasas de mortalidad ajustadas por edad.

Las subregiones de América Latina y el Caribe (ALC) corresponden a las definiciones establecidas por *Global Burden of Disease*. Centro: Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, y Venezuela (República Bolivariana de); Andes: Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú; Sur: Argentina, Chile y Uruguay; Tropical: Brasil y Paraguay.

FUENTE: Elaboración propia a partir de GBD 2017 *Diet Collaborators* 2019.

Es importante destacar que la calidad de los patrones alimentarios actuales está determinada por un universo de productos e ingredientes más amplio que el que analizó el GBD 2017 *Diet Collaborators*, pero que también están asociados con el riesgo de ENT. Entre estos elementos se encuentran las dietas con alto contenido en azúcar, grasas saturadas y un alto número de productos ultraprocesados y otros productos con altas concentraciones de azúcar, grasas, grasas saturadas o alta densidad energética que favorecen el aumento de peso, el desarrollo de obesidad y de ENT e incrementan el riesgo de muerte (FAO, 2010; OMS, 2015; OPS, 2015; Poti, Braga, y Qin, 2017; Costa, Del-Ponte, Assunção, y Santos, 2018; Fiolet *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2019; Rico-Campà *et al.*, 2019; Schnabel *et al.*, 2019). En cualquier caso, se reconoce que, si bien las implicaciones de una inadecuada alimentación no necesariamente provocan la muerte, es igualmente necesario considerar otros impactos sociales, económicos y ambientales.

Por ejemplo, el tratamiento a un paciente con obesidad representa unos costes médicos entre 25% y 52% a los de las personas con un peso normal (Kang, Jeong, Cho, Song, y Kim, 2011). En cuanto al gasto total nacional en salud, los costes médicos atribuidos a obesidad representan entre 2% y 7% del gasto en los países desarrollados (Kang, Jeong, Cho, Song, y Kim, 2011). Además de las consecuencias de la malnutrición sobre la salud, deben contemplarse los impactos económicos (laborales y productividad), sobre la educación (déficit en la capacidad de aprendizaje) y ambientales (energía y hábitos de consumo inadecuados basados en productos que tienen una alta huella ecológica). Un estudio de CEPAL y WFP realizado en el 2017 estima que el impacto económico de la doble carga de la malnutrición en tres países de la Región (Chile, Ecuador y México) para el año 2014 oscilaron entre 0,2% hasta 4,3% del producto interno bruto, lo que representa un promedio de entre 493 a 28 830 millones de dólares, respectivamente. ■

1.3 OTROS INDICADORES

En 2012, la Resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2012) sobre el *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* adoptó seis metas mundiales de nutrición que deben cumplirse en 2025. Posteriormente, en 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecieron una agenda mundial para lograr una mejora sustancial en la nutrición de aquí al año 2030, estableciendo un objetivo específico de poner fin a todas las formas de malnutrición para 2030, lo que incluye cumplir las metas para 2025 y hacer frente a las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas mayores (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018)

Cuatro de las metas se relacionan con la desnutrición y el sobrepeso infantil, y las dos restantes, con las causas de la malnutrición infantil desde las primeras etapas del desarrollo. En concreto, se establecen metas sobre la alimentación materna de las niñas y los niños, y sobre el estado nutricional de la madre.

Por la relación de estas dos últimas metas con las de los ODS sobre malnutrición infantil, esta sección analiza algunos de los indicadores asociados a las metas de lactancia materna y anemia en mujeres en edad reproductiva.

Lactancia materna y alimentación complementaria

La lactancia materna es una fuente de nutrición vital para las niñas y los niños, que contribuye a mejorar los resultados de salud para las madres y sus hijos. Las recomendaciones de la OMS y de UNICEF sobre la lactancia materna apuntan a tres prácticas óptimas: 1) inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; 2) lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, y 3) lactancia materna hasta los 2 años o más, junto con una alimentación complementaria segura, nutricionalmente adecuada y apropiada para la edad a partir del sexto mes.

El *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* establece como una de sus metas aumentar la prevalencia

de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida hasta 50% como mínimo. En una revisión reciente de esta meta se estableció alcanzar una prevalencia de 70% para el 2030 (OMS y UNICEF, 2018). La lactancia materna exclusiva consiste en que un lactante recibe solo leche materna, y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de sales de rehidratación oral o de gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Existe una amplia evidencia de los múltiples beneficios de la lactancia materna, tanto para la niña o el niño como para la madre y la sociedad en su conjunto. La leche materna está diseñada para cubrir todas las necesidades nutricionales e inmunológicas de las niñas y niños menores de 6 meses amamantados, por lo que resulta ser el mejor alimento y la opción más segura para garantizar la buena salud y el crecimiento de los niños pequeños.

Se estima que con unas prácticas óptimas de lactancia materna en todo el mundo podrían prevenirse 823 000 muertes infantiles anuales de menores de 5 años y 20 000 muertes anuales de mujeres a causa del cáncer de mama (Victoria *et al.*, 2016). La lactancia materna tiene un efecto protector para los niños a corto y a largo plazo. A corto plazo, disminuye el riesgo de enfermedad y muerte por diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y el síndrome de muerte súbita del lactante. A largo plazo reduce el riesgo de maloclusión dental, sobrepeso y obesidad, y diabetes mellitus (Horta, Loret de Mola, y Victoria, 2015). En la madre decrece el riesgo de cáncer de mama invasivo y de ovario, y de diabetes mellitus. La lactancia materna exclusiva se asocia con periodos de amenorrea posparto más prolongados y por tanto contribuye al espaciamiento de los embarazos (Victoria *et al.*, 2016).

Está demostrado que la lactancia materna contribuye al desarrollo cognitivo. Las niñas y niños alimentados con leche materna tienen un coeficiente intelectual 2,6 puntos mayor que los que no fueron amamantados, con lo cual mejora el potencial educativo en niños, la formación del capital humano y muy probablemente los ingresos en la etapa adulta (Horta, Loret de Mola, y

Victoria, 2015). Se estima que el costo económico de la cognición baja es de 302 000 millones de USD, y que afecta en mayor medida a los países de altos ingresos (Rollins *et al.*, 2016).

Por tanto, proteger, promover y apoyar la lactancia materna es una forma importante de contribuir a que las niñas y niños tengan acceso en todo momento a una alimentación adecuada, así como la prevención la muerte y de numerosas enfermedades. La lactancia materna aún es más importante en situaciones de emergencia, porque protege de la desnutrición y de las infecciones en contextos de inseguridad alimentaria, aguas contaminadas, saneamientos deficientes y sistemas de salud sobrecargados. Las niñas y niños que no son amamantados son vulnerables a infecciones como la diarrea, pueden desnutrirse y deshidratarse rápidamente y por tanto encontrarse en riesgo de muerte. Por estas razones, la lactancia materna es crítica para la supervivencia de los lactantes y niños pequeños durante las emergencias humanitarias (OMS y UNICEF, 2018).

A pesar de los beneficios de la lactancia materna, queda mucho por hacer para lograr que las prácticas óptimas de lactancia materna sean la norma social. A nivel global, solo 44% de niños inician la lactancia materna en la primera hora tras su nacimiento, 41% de los menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva y 66% de los niños pequeños continúa la lactancia materna entre su primer y segundo año de vida (UNICEF, 2019).

La situación de la lactancia materna exclusiva en la Región no es muy diferente. Cuarenta y cuatro por ciento de las niñas y los niños en El Caribe y 52% en Mesoamérica inician la lactancia materna en de la primera hora de vida. Estimaciones de la OPS sugieren que 32,7% de las niñas y los niños de Mesoamérica y el Caribe son alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los seis meses de edad (26% de los niños caribeños y 34% de los niños mesoamericanos). En tanto, estimaciones de UNICEF indican que

36% de los niños caribeños y 43% de los niños centroamericanos continúa con lactancia materna por dos años.

Los resultados de las encuestas nacionales de la última década muestran que en la mayoría de los países de la Región de los que existe información disponible, alrededor de la mitad de los niños son amamantados en la primera hora de vida. No obstante, esta cifra es variable, con 38,1% en República Dominicana en 2014 a 76,5% en Uruguay en 2013. Por su parte, en la mayoría de los países la lactancia materna exclusiva durante 6 meses oscila entre 2,8% en Suriname en 2010 y 64,2% en Perú en 2017, con solo tres países (Bolivia [Estado Plurinacional de], Guatemala y Perú) con al menos 50% de niños de cero a 5 meses que reciben lactancia exclusiva. Tres de 23 países con datos informan de que las niñas y los niños reciben lactancia a los 2 años, con una duración de entre los 20 y 23 meses.

La situación de la lactancia materna tanto a nivel global como regional llama a fortalecer las medidas dirigidas a proteger, promover y apoyar el derecho a la lactancia materna. Entre ellas se encuentran 1) la adopción y el monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código) y las resoluciones posteriores pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, 2) la ratificación y la adopción de todas las medidas incluidas en el Convención y la Recomendación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de la maternidad, 3) la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN), 4) el asesoramiento y ayuda especializada para la alimentación del lactante y del niño pequeño, y 5) la inclusión del tema de lactancia materna en el currículo escolar.

Además de la lactancia materna, UNICEF (2019) recomienda que después de los 6 primeros meses de vida, las niñas y niños consuman alimentos complementarios de diferentes grupos alimentarios, ricos en nutrientes y preparados higiénicamente. Estos alimentos

deben proporcionar suficiente energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que satisfagan las crecientes necesidades infantiles y deben ser ofrecidos con una frecuencia y consistencia adaptadas a la edad de ellos.

Una alimentación complementaria inadecuada (p. ej., poco diversa o con alto contenido en azúcar y/o en sal/sodio) durante esta etapa predispone a las niñas y niños a preferir alimentos con alta densidad calórica en etapas posteriores de su vida y, por tanto, define patrones de alimentación poco adecuados para su salud.

Algunas cifras de UNICEF (2019) indican que, a nivel global, 29% de las niñas y los niños entre los 6 y los 23 meses de edad acceden a una diversidad alimentaria mínima aceptable, que consiste en consumir al menos 5 de 8 grupos de alimentos posibles¹³. La diversidad alimentaria en la Región es más elevada que la mundial. En el Caribe la tasa de diversidad alimentaria mínima aceptable alcanza el 41%, mientras que el Mesoamérica está en 60%. Por países, se observa que en 9 de los 11 países con información disponible en la última década reportan una tasa de diversidad alimentaria mínima aceptable superior a 50%. La tasa más baja se registró en Haití (19,2% en 2016) y la máxima, en Perú (72,9% en 2012).

Anemia

La anemia deteriora la salud y el bienestar de las mujeres y aumenta el riesgo de resultados neonatales y maternos adversos. En concreto, la anemia por deficiencia de hierro genera consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo infantil y es un factor de riesgo más

elevado para la mortalidad materna e infantil y para el bajo peso al nacer. También puede traer consecuencias en la capacidad laboral en la edad adulta, convirtiéndose en un gran problema público (FAO, 2013; FAO y OPS, 2017). Si bien las causas de la anemia son variables, se estima que la mitad de los casos son consecuencia de la deficiencia de hierro.

Las estimaciones más recientes de la OMS (2019) muestran que la anemia en mujeres en edad reproductiva (15-49 años) aumentó en 61 millones entre el 2012 y el 2016 en el mundo puesto que pasó de 552,2 millones a 613,2 en ese periodo. Esto significa que alrededor de un tercio de las mujeres en este grupo etario sufren anemia.

Las estimaciones para ALC indican que en este grupo de edad la prevalencia regional de anemia fue de 22% en 2016. Los datos muestran una mayor prevalencia entre las mujeres embarazadas (29,2%) que entre las no gestantes (21,7%). Si bien esta prevalencia es menor que en otras regiones del mundo, se observan grandes diferencias entre subregiones. En el Caribe, 31,3% de las mujeres sufren de este problema de salud, mientras que en Mesoamérica y Sudamérica son 15,5% y 23,9% las mujeres afectadas, respectivamente. Haití es el país de la Región que reporta la prevalencia más alta (46,2%), mientras que Chile reporta la más baja (15,0%).

Estos datos muestran que se requieren más acciones para alcanzar el objetivo de la Asamblea Mundial de la Salud de reducir en un 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva para 2030.

Entre los niños y niñas menores de 5 años se observa la misma tendencia. Después de una reducción sostenida de la prevalencia hasta el 2012, a partir de ese año empezaron a crecer las cifras de anemia en este grupo poblacional en ALC, que pasó de 27,7% a 28,4%. ■

13 Los ocho grupos de alimentos son: 1) leche materna; 2) cereales, raíces y tubérculos; 3) legumbres y nueces; 4) productos lácteos (fórmula infantil, leche, yogur, queso); 5) carnes (carne, pescado, pollo e hígado o vísceras); 6) huevos; 7) frutas y verduras ricas en vitamina A, y 8) otras frutas y verduras.



CAPÍTULO 2
POLÍTICAS PARA
PROMOVER UNA
ALIMENTACIÓN
ADECUADA EN LOS
ENTORNOS
ALIMENTARIOS



POLÍTICAS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA EN LOS ENTORNOS ALIMENTARIOS

INTRODUCCIÓN

El sistema alimentario está compuesto por los elementos, actividades, productos y resultados relacionados con la producción, la elaboración, la distribución, la preparación y el consumo de alimentos. Existen tres elementos que conforman el sistema alimentario que actúan como puntos de entrada y salida de la nutrición. Son 1) las cadenas de suministro de alimentos, 2) los entornos alimentarios y 3) el comportamiento de los consumidores (HLPE, 2017)¹⁴.

Dentro del sistema alimentario, “el entorno alimentario hace referencia al contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adopción de decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos” (HLPE, 2017, pág. 33).

Este elemento constitutivo del sistema alimentario es, por tanto, un espacio fundamental donde se determinan las opciones de las que dispone el consumidor para elegir un tipo de alimento u otro. Consecuentemente, son una oportunidad estratégica para que los Estados desarrollen políticas públicas que protejan y promuevan la alimentación adecuada ampliando el acceso físico y económico a que contribuyen a una alimentación saludable, mejorando el acceso y el uso de la información y desarrollando habilidades para que los ciudadanos ejerzan su derecho a la alimentación saludable. Es precisamente en los entornos alimentarios donde más han proliferado en los últimos años la discusión y la puesta en marcha de nuevas

políticas y marcos normativos para enfrentar la malnutrición (véase el **Recuadro 6**).

En el mismo marco conceptual, el entorno alimentario está compuesto por: 1) la disponibilidad y el acceso físico a los alimentos; 2) el acceso económico o asequibilidad a los alimentos; 3) la promoción, la publicidad y la información, y 4) la calidad y la inocuidad de los alimentos. Por lo tanto, los entornos alimentarios son un espacio relevante para fomentar una alimentación más saludable que facilite el consumo de alimentos nutritivos y la mejora de los patrones alimentarios de la población, disminuyendo la malnutrición en todas sus expresiones (desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (HLPE, 2017).

Este capítulo resume la situación de la Región para cada una de las cuatro áreas citadas que conforman los entornos alimentarios, y describe, a su vez, algunas de las principales políticas que los países de América Latina y el Caribe están desarrollando en éstos para enfrentar las distintas formas de malnutrición. Sin embargo, aunque no es el objetivo del presente documento, debe tenerse presente que para avanzar de forma efectiva en el (re)diseño de los entornos alimentarios, será necesario realizar también cambios estructurales coherentes en los otros dos elementos del sistema, es decir, en los nodos de producción, de procesamiento y de abastecimiento del sistema agroalimentario, y en los propios hábitos de consumo, en un marco de sostenibilidad y equidad social. ■

14 El marco conceptual propuesto por el HLPE se puede consultar en el Anexo 2.

RECUADRO 6 PARLAMENTOS HAMBRE CERO

Para transformar los actuales sistemas alimentarios en sistemas más justos, saludables y sostenibles son necesarias políticas de Estado y un fuerte compromiso de toda la sociedad.

Para tal fin, la resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 25 de septiembre del 2015, denominada *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* indica que los parlamentos pueden desempeñar una función clave al promulgar legislaciones, aprobar presupuestos y encabezar procesos de fiscalización y rendición de cuentas.

En la misma línea, la Unión Interparlamentaria (UIP) sostiene que los parlamentos son la voz del pueblo y que su trabajo consiste en velar por que las políticas que llevan a cabo beneficien a todo el mundo, en especial a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

En América Latina y el Caribe (ALC), los poderes legislativos se han unido y han formado el Frente Parlamentario contra el Hambre de América Latina y el Caribe. Se trata de una red regional que ha llevado a la práctica una nueva forma de diseñar políticas priorizando:

1. El establecimiento de consensos y el respeto a la pluralidad de visiones e intereses.
2. El asesoramiento técnico y científico permanente.

3. El trabajo colaborativo entre diversos actores, como los gobiernos, el sector privado, la academia y la sociedad civil, entre otros.
4. Una visión a medio y a largo plazo en el momento de crear nuevas políticas.
5. Un diálogo permanente con la ciudadanía.
6. La Agenda 2030 como ruta de acción.

El Frente está apoyado por la FAO, la Cooperación Española y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID).

En el 2019 el Frente tiene presencia en veintidós países (Argentina, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas y Uruguay) y en cuatro parlamentos regionales (Parlamento Latinoamericano y Caribeño [PARLATINO], Parlamento del Mercosur [PARLASUR], Parlamento Andino [PARLANDINO] y Parlamento Centroamericano [PARALCEN]).

Desde su formación en el 2009, esta plataforma ha impulsado más de veinte leyes sobre compras públicas a la agricultura familiar, etiquetado de alimentos, reducción de pérdidas y desperdicio de alimentos y alimentación escolar, entre otros temas (ver Anexo 3).

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos oficiales.

2.1 DISPONIBILIDAD Y ACCESO FÍSICO A LOS ALIMENTOS

MENSAJES PRINCIPALES

→ ALC dispone de alimentos suficientes para alimentar a toda su población. El promedio actual de calorías disponibles por persona al día se estima en 3 000 calorías.

→ Los cereales, el azúcar, y las grasas y los aceites son los tres grupos de alimentos más consumidos en la dieta regional. La proporción de energía proveniente del azúcar (14,2%) supera el límite de 10% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

→ La disponibilidad de alimentos procesados, y sobre todo los productos denominados ultraprocesados, ha crecido de forma acelerada en los países de la Región. Se estima que el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados se incrementó en más de 25% entre el 2000 y el 2013.

→ Los supermercados y las tiendas de conveniencia han crecido considerablemente en las últimas dos décadas en la Región y son el principal canal de venta de ultraprocesados. Esto es importante porque el aporte de macronutrientes de estos productos son principalmente el azúcar (43%), otros carbohidratos (25%), las grasas (27%) y, en menor medida, las proteínas (5%).

→ Entre los factores que limitan el acceso físico a una dieta saludable, en especial de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, están los llamados *desiertos y pantanos alimentarios*. El primer concepto se refiere a la ausencia o lejanía geográfica de los alimentos. El segundo indica una relativa abundancia de productos procesados y ultraprocesados no recomendados como parte de una alimentación saludable.

→ Tanto los sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos como los programas de alimentación escolar tienen el potencial de garantizar el acceso a los alimentos de la población en una situación de mayor vulnerabilidad, promoviendo la seguridad alimentaria y nutricionales adecuados.

Esta sección aborda los principales desafíos que presenta la Región para contar con un suministro adecuado de alimentos que contribuyan a una dieta saludable y con un entorno adecuado que facilite el acceso físico a ellos.

La capacidad productiva y los mecanismos de comercialización desarrollados en las últimas décadas podrían bastar para disponer de alimentos nutritivos para toda la población de la Región. Como se ha señalado en ediciones anteriores de esta publicación, la Región cuenta con la capacidad productiva suficiente para abastecerse. De hecho, se ha convertido en una región exportadora neta de productos agroalimentarios. Sin embargo, la realidad es distinta en cada país. Por ejemplo, en la mayoría de territorios de El Caribe la producción es insuficiente y las importaciones son fundamentales para aumentar la disponibilidad alimentaria. Por el contrario, en Sudamérica la producción supera a la disponibilidad doméstica para la mayoría de los productos. En cambio, en Mesoamérica la producción excede a los requerimientos mínimos de calorías solo en algunos grupos de alimentos, como las hortalizas, las frutas, el azúcar y el pescado (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

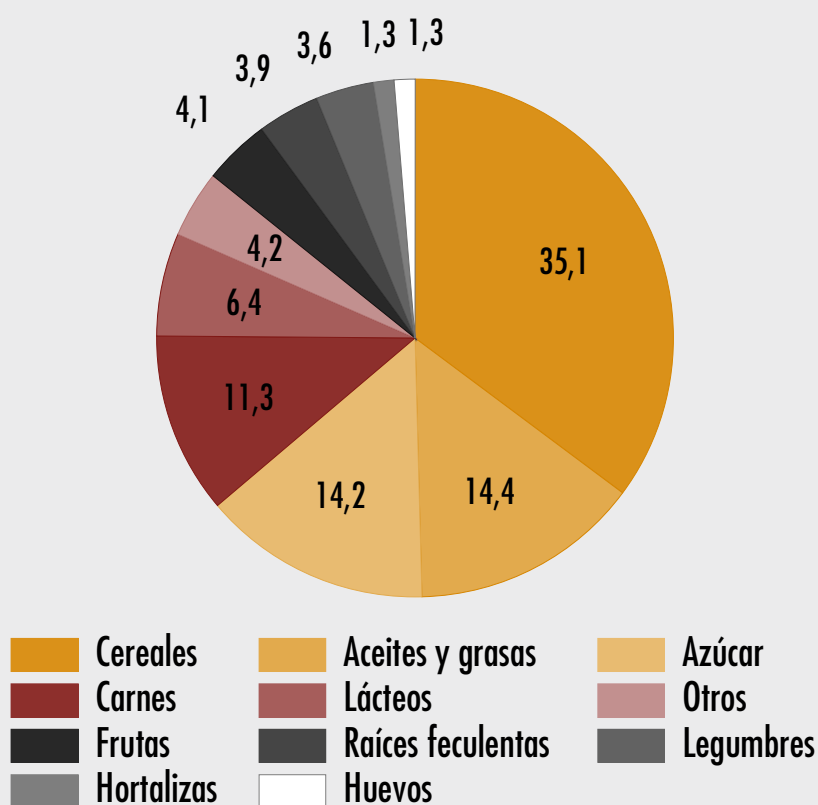
En la Región, en promedio la disponibilidad al día por persona es mayor de 3 000 calorías, más que suficiente para satisfacer las necesidades calóricas individuales. Por subregiones se observan diferencias importantes entre la disponibilidad calórica promedio. En Sudamérica es de 3 025 calorías; en Mesoamérica, de 3 011, y en el Caribe, de 2 781. Aunque los países presentan realidades heterogéneas, en todos ellos la disponibilidad supera el consumo promedio recomendado de aproximadamente 2 000 calorías al día por persona.

Al desagregar la disponibilidad calórica por tipos de alimentos se observan los grupos de alimentos

que más aportan a la dieta regional. Los cereales son la principal fuente de calorías en la Región, con 35,1% de las calorías por persona disponibles,

seguidos de las grasas y los aceites con 14,4%, y el azúcar con una contribución de 14,2% (Figura 22).

FIGURA 22
DISTRIBUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD CALÓRICA AL DÍA POR PERSONA SEGÚN GRUPOS DE ALIMENTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2013

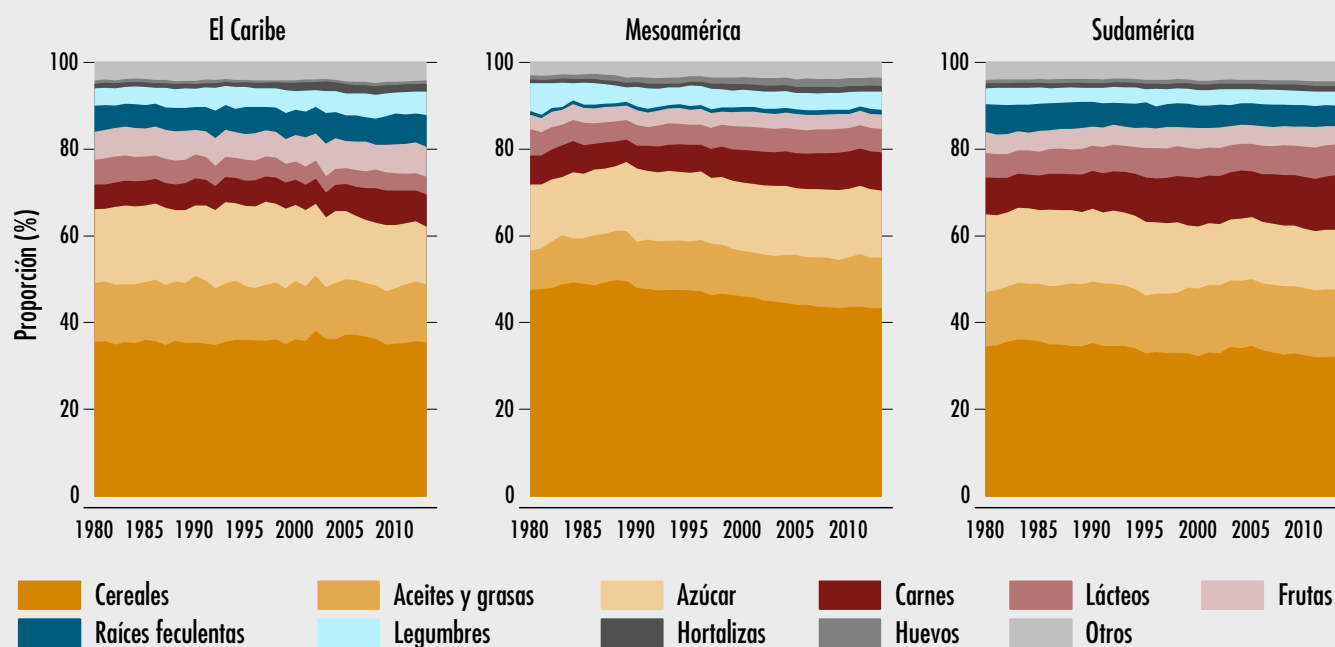


FUENTE: FAO, 2019.

Por subregiones se observan diferencias en la distribución de la disponibilidad calórica por tipo de alimento y en cómo ha ido evolucionando. En Mesoamérica, la disponibilidad de cereales ha disminuido en términos absolutos y relativos. Sin embargo, aún representan 40% del total de calorías disponibles, una cifra que supera la de las otras dos subregiones (Figura 23). La leche

y sus derivados muestran una reducción de la contribución al total de calorías en el Caribe, mientras que en Mesoamérica se ha mantenido estable y en Sudamérica ha aumentado. Las frutas y las verduras han ampliado su participación en la disponibilidad, sobre todo en el Caribe. Tanto el total de carnes como la proporción de calorías disponibles han aumentado en

FIGURA 23
EVOLUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD CALÓRICA POR TIPO DE ALIMENTO
Y SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1980-2013



FUENTE: FAO, 2019; DAES, 2019.

todas las subregiones. Esta supera 12% en Sudamérica y se acerca a 8% en las otras dos subregiones. Las grasas y los aceites superan 15% en Sudamérica y 12% en Mesoamérica, lo que representa un aumento en ambos casos, mientras que en el Caribe se ha mantenido cercano a 13%. Las legumbres muestran una disminución en Mesoamérica, mientras que en el Caribe ha aumentado su contribución a la dieta y en Sudamérica no ha variado de forma destacable.

Si bien la disponibilidad de alimentos supera los promedios necesarios para que una persona lleve una vida sana y activa, el indicador de disponibilidad de alimentos invisibiliza su fuente y su grado de procesamiento. Esto es de particular relevancia si tomamos en consideración que en las últimas décadas el consumo de alimentos procesados ha crecido en todo el mundo. Más aún, el crecimiento de las ventas de productos

ultraprocesados¹⁵ supone que el consumo de calorías provenientes de azúcares, aceites y grasas haya crecido en relevancia (OPS, 2015).

¹⁵ Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernas. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Se comercializan listos para consumirse o para calentarlos y, por tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria (OPS, 2015). Para el análisis de la disponibilidad y el acceso a ultraprocesados se utilizó la clasificación NOVA propuesta por un equipo de investigación de la Universidad de São Paulo y utilizada en las guías alimentarias de Brasil. El sistema NOVA clasifica los alimentos según la naturaleza, finalidad y grado de procesamiento industrial y es una de las distintas formas de clasificarlos (ver Recuadro 7).

Evolución de los sistemas alimentarios y aumento de la disponibilidad de ultraprocesados

La rápida transformación mundial de los sistemas alimentarios durante las últimas tres o cuatro décadas tiene distintas características. Una de ellas es la mayor presencia de los denominados productos ultraprocesados. A ello han contribuido la intensificación de la producción y el incremento de la productividad, los grandes avances en la innovación tecnológica en la industria que han favorecido el mayor grado de procesamiento de los alimentos, las mejoras en las infraestructuras y los canales de comercialización, y la expansión de las cadenas supermercados y de los comercios de comida rápida. Estos cambios han facilitado la oferta de productos alimentarios y bebidas (como productos procesados y ultraprocesados) a menores precios relativos (con un mayor tiempo de conservación). Pero también han influido la mayor disponibilidad de azúcares y otros carbohidratos refinados (de modo que ha disminuido el consumo de los granos integrales, las legumbres y los tubérculos) y de aceites vegetales procesados, el incremento de la producción de carne y de la disponibilidad de carne procesada, y de productos con cantidades altas de azúcar, grasas y/o sal/sodio añadidos (Popkin y Reardon, 2018; Anand *et al.*, 2015; OPS, 2015).

De acuerdo con Popkin y Reardon (2018), las zonas urbanas y algunas áreas rurales de la Región están viviendo una rápida transformación. El crecimiento de los ingresos, la mejora de las infraestructuras, la urbanización, la liberalización de las políticas de regulación de mercado y el aumento del empleo rural no agrícola son los principales impulsores de esta transformación del

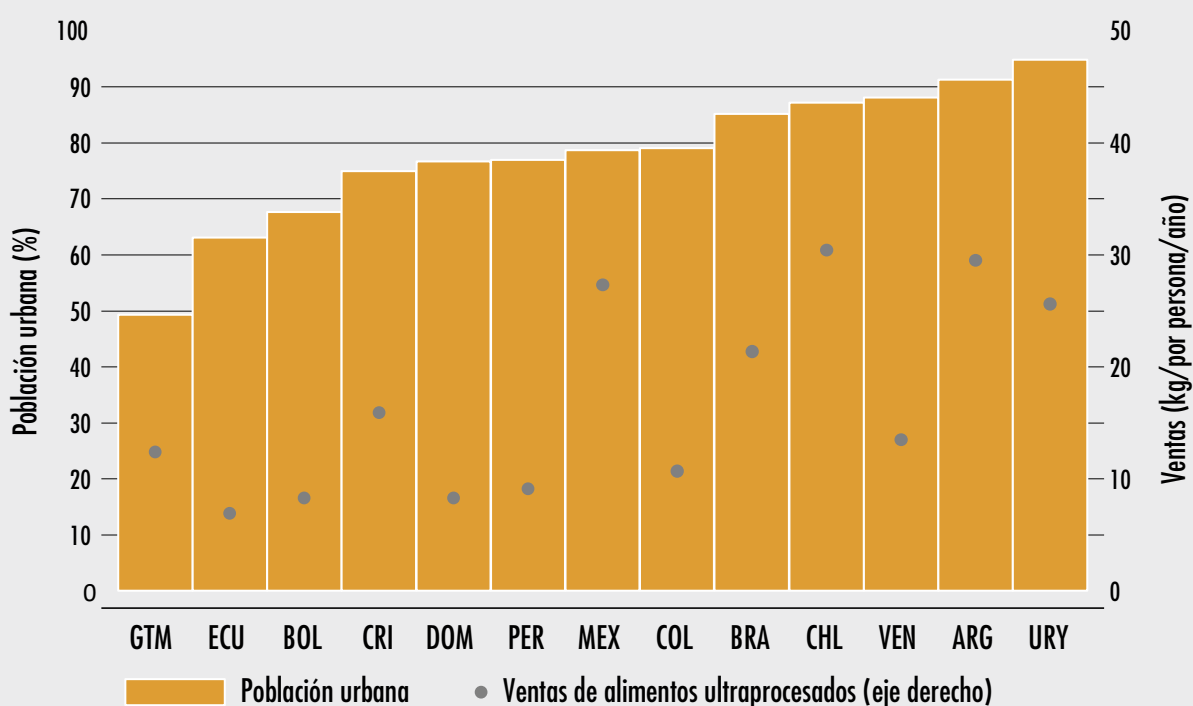
sistema alimentario y de los patrones alimentarios en ALC.

Además, en la medida en que las sociedades se vuelven más urbanizadas, aumentan los ingresos disponibles, los tiempos de desplazamiento y la proporción de mujeres empleadas, con lo que las comidas preparadas y fuera del hogar se convierten en alternativas atractivas (Gracia Arnaiz, 2012; Aguiere, 2016; Moyano-Fernández, 2018). Estos cambios han provocado un aumento más acelerado del consumo de alimentos ultraprocesados y de comida rápida y callejera en los países de la Región en relación con los países desarrollados (Monteiro, Moubarac, Cannon, Ng, y Popkin, 2013; Popkin y Reardon, 2018). La **Figura 24** muestra la relación directa entre el porcentaje de población urbana y la venta de productos ultraprocesados para algunos países de la Región.

A todo lo anterior se suman la inequidad en el acceso a la tierra, que intensifica la pobreza rural, así como la desproporcionada e inequitativa porción de áreas cultivadas destinadas a producción de insumos básicos para productos procesados y ultraprocesados (aceites, harinas, azúcar), en contraste con la reducción de las áreas dedicadas a producir frutas, hortalizas y legumbres (FAO y OPS, 2017).

Un estudio reciente (OPS, 2019c) que incluyó a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela (República Bolivariana de) reveló que la energía de los productos ultraprocesados proviene sobre todo de los carbohidratos y las grasas. En concreto, según este estudio las calorías de estos eran 43% de azúcar, 25% de otro tipo de carbohidratos, 16% de grasas, 11% de grasas saturadas y solo 5% de proteínas.

FIGURA 24
POBLACIÓN URBANA Y VENTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



NOTA: El coeficiente de correlación es de 63%.
FUENTE: OPS, 2015; DAES, 2019c.

Los cambios del sistema alimentario también han afectado a las zonas rurales. En general, en los países de ingresos medios la mecanización de la agricultura, la mejora en las infraestructuras viales, el mayor uso de vehículos motorizados, el aumento del empleo rural no agrícola y la reducción de algunas tareas domésticas que ya no son necesarias han llevado a una menor actividad física, disminuyendo el gasto energético. Por otro

lado, el aumento de los ingresos y la presencia de productos sometidos a un mayor grado de procesamiento ha llevado a un consumo de alimentos mayor. Esto ha aumentado el índice de masa corporal en las zonas rurales a un ritmo mayor que en las zonas urbanas, en especial en las mujeres (NCD-RisC, 2019).

RECUADRO 7 GRADO DE PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ALIMENTOS NOVA

Para comprender la alimentación adecuada, es útil entender cuáles son los distintos niveles de procesamiento de los alimentos y qué implican. Aunque el procesamiento en sí no es un problema, pues gran parte de los alimentos se procesan en algún grado, es importante destacar que el consumo excesivo de alimentos procesados está desplazando las comidas caseras y alimentos frescos. Además algunos de esos productos contienen un exceso de calorías, azúcar, grasas y sal (FAO, 2015; Monteiro, Cannon, Lawrence, da Costa Louzada, y Pereira Machado, 2019).

Existen distintos tipos de clasificación de alimentos. Sin embargo, el más usado en ALC y la literatura científica es el sistema NOVA (Monteiro, Cannon, Lawrence, da Costa Louzada, & Pereira Machado, 2019). Este sistema agrupa los alimentos según su naturaleza, su finalidad y su grado de procesamiento y comprende cuatro grupos:

- 1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados:** son alimentos de origen vegetal (hojas, tallos, raíces, tubérculos, frutos, nueces, semillas) o animal (carne u otros tejidos y órganos, huevos, leche) distribuidos poco después de la cosecha, recolección, matanza o crianza. Los alimentos mínimamente procesados son alimentos sin procesar que se alteran de modo que no se les agrega o incorpora ninguna sustancia, pero que pueden implicar suprimir algunas partes del alimento.
- 2. Ingredientes culinarios procesados:** son sustancias extraídas y purificadas por la industria a partir de componentes alimentarios u obtenidas de la naturaleza. Pueden usarse conservantes, estabilizadores o "purificadores", además de otros aditivos.
- 3. Alimentos procesados:** se elaboran al agregar sal o azúcar (u otro ingrediente como aceite o vinagre) a los alimentos para hacerlos más duraderos o modificar su palatabilidad.

Derivan directamente de los alimentos y son reconocibles como versiones de los alimentos originales. En general se producen para consumirse como parte de comidas o platos. Los procesos incluyen el enlatado y el embotellado, la fermentación y otros métodos de conservación como el salado, la conserva en salmuera o escabeche y el curado.

- 4. Productos ultraprocesados:** están formulados en su mayor parte o totalmente a partir de sustancias derivadas de alimentos u otras fuentes orgánicas. Por lo común, contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Se presentan empaquetados o envasados y son duraderos, prácticos, de marca, accesibles, con un sabor agradable o extremadamente agradable, y a menudo causan hábito. En general no son reconocibles como versiones de alimentos, aunque pueden imitar su apariencia, su forma y sus cualidades sensoriales. Muchos de sus ingredientes no están disponibles en las tiendas al menudeo. Algunos de ellos se derivan directamente de alimentos (como aceites, grasas, almidones y azúcares) y otros se obtienen mediante el procesamiento ulterior de componentes alimentarios, o se sintetizan a partir de otras fuentes orgánicas. Numéricamente, la mayoría de los ingredientes son conservantes y otros aditivos como estabilizadores, emulsificantes, solventes, aglutinantes, cohesionantes, aumentadores de volumen, edulcorantes, resaltadores sensoriales, colorantes y saborizantes, y auxiliares para el procesamiento. Puede obtenerse volumen agregando aire o agua. Los productos pueden "fortificarse" con micronutrientes, como por ejemplo las papas fritas y otros aperitivos envasados, helados, chocolates, caramelos, galletas, mermeladas, margarinas, bebidas carbonatadas, bebidas energizantes, bebidas azucaradas a base de leche, etcétera.

NOTA: El sistema NOVA es una de las varias clasificaciones de alimentos que existen. Su uso en este análisis no constituye una validación por parte de la FAO.
FUENTES: Monteiro, Cannon, Lawrence, da Costa Louzada, y Pereira Machado, 2019; OPS, 2015; FAO, 2015.

Cambios en los canales de distribución de los alimentos y en el consumo de productos ultraprocesados

La producción de alimentos y los canales de distribución están cambiando. La agricultura y la producción de alimentos se orientan cada vez más al suministro de supermercados y de los hipermercados. Este proceso forma parte de una tendencia de cambios que se están presentando en los sistemas alimentarios (Intini, Jacq, y Torres, 2019).

En la mayoría de los países de ALC ha tenido lugar una concentración de los supermercados, sobre todo desde la década del 2000. Las cadenas internacionales han adquirido varias cadenas locales y actualmente ocupan una porción importante del mercado (Popkin y Reardon, 2018).

Aunque los supermercados pueden ofrecer alimentos diversos, también parece haber una relación directa entre la presencia de supermercados y el consumo de productos ultraprocesados. De hecho existe evidencia de que las compras en supermercados pueden aumentar la proporción de compras de ultraprocesados (Asfaw, 2008; Battersby y Crush, 2014; Demoscópica e ICEI, 2017; Popkin y Reardon, 2018). En Brasil, por ejemplo, los alimentos procesados y ultraprocesados representan 60% de la venta de los supermercados, mientras que la comida fresca distinta de las carnes representa solo 12% de la venta del supermercado (Fonseca, 2016) y la población compra 25% más ultraprocesados en los supermercados que en otras tiendas (Machado, Claro, Canella, Sarti, y Levy, 2017). En Guatemala, los productos ultraprocesados y procesados representan 40% de las calorías adquiridas en los supermercados (Asfaw, 2008).

Según un estudio realizado por la OPS (2015) en trece países de la Región el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados ha aumentado con rapidez. En promedio, el incremento en gramos entre el 2000 y el 2013 fue de 26,2%. Destacan los aumentos de Uruguay y Bolivia (Estado Plurinacional de), de 146,4% y 129,8%, respectivamente. En promedio, el

consumo diario de alimentos ultraprocesados supera los 50 gramos y el de bebidas azucaradas es de 300 ml, lo que suma más de 350 gramos de ultraprocesados al día por persona. Los países con mayor consumo por persona son México y Chile, con 581 y 550 gramos al día por persona, respectivamente.

Un nuevo estudio de la OPS (2019c) indica que las ventas de productos ultraprocesados son las que más crecen en América Latina. Esto incrementa la exposición de las poblaciones a cantidades excesivas de azúcar, sodio y grasas. También desplaza a los alimentos recomendados como parte de una alimentación saludable. Más aún, el estudio proyecta un aumento cercano a 8% en las calorías de ultraprocesados vendidas en siete países de la Región¹⁶ entre el 2015 y el 2019.

En Brasil el consumo de alimentos no procesados, mínimamente procesados y de ingredientes culinarios procesados¹⁷ en los hogares han sido reemplazados por el consumo de alimentos ultraprocesados. Estos últimos representan como promedio más de 25% de las calorías y en el caso de los hogares de mayores ingresos, más de 30% de las calorías (Monteiro, Levy, Claro, de Castro, y Cannon, 2010). En el mismo país, las calorías de ultraprocesados compradas aumentaron de 18,7% en 1987 a 26,1% en el 2003 (Monteiro, Moubarac, Cannon, Ng, y Popkin, 2013).

Asimismo, un estudio realizado en Chile (Cediel *et al.*, 2018) mostró que los productos ultraprocesados representan 28,6% de las calorías y más de la mitad del consumo de azúcar, lo que significa que un aumento de 5 puntos porcentuales en calorías de ultraprocesados implica un aumento de 1 punto porcentual en el contenido de azúcar en la dieta. Según el mismo estudio, en Chile el consumo de azúcar es 57% mayor a la cantidad máximo de 10% recomendada por la OMS y por FAO, mientras que en

16 Los países que incluye el estudio son Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela (República Bolivariana de), que en conjunto representan 80% de la población regional.

17 Ver Recuadro 7 para la descripción de los grados de procesamiento de los alimentos

México las calorías provenientes de productos ultraprocesados representaron 29,8% en el 2012.

Por otro lado, el consumo de comida rápida¹⁸ también ha mostrado un importante aumento en algunos países de la Región, con un incremento de 38,9% entre los años 2000 y 2013, con Brasil y Perú como mayores consumidores de comida rápida en esa fecha (OPS, 2015). Esto es importante ya que la proximidad a los restaurantes de comida rápida se relaciona directamente con el mayor consumo de este tipo de comida (Boone-Heinonen *et al.*, 2011; He *et al.*, 2012).

A nivel global, entre el 2001 y el 2014 la venta de productos procesados y ultraprocesados a través de supermercados y tiendas de conveniencia presentó un aumento importante sobre todo en los países de ingresos medios altos¹⁹, pues pasó de representar menos de 40% a 50% de la venta de procesados y ultraprocesados. En los países de ingresos altos, el aumento es menos acelerado, pero el porcentaje de la venta a través de supermercados y tiendas de conveniencia es mucho mayor, y alcanza 75%. En los países de ingresos medios bajos, la distribución de productos procesados y ultraprocesados a través de supermercados y tiendas de conveniencia se encuentra en niveles más bajos, pero también ha presentado un aumento y su venta a través de estos comercios representa 30% (Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016). Todo ello muestra la relevancia que están adquiriendo los supermercados y las tiendas de conveniencia en la venta de alimentos ultraprocesados, pues son un importante canal de acceso de la población a estos productos.

Los supermercados y las tiendas de conveniencia han ganado relevancia en detrimento de

18 La comida rápida se define como alimentos que pueden prepararse rápida y fácilmente y que se ofrecen en restaurantes y cafeterías como alimentos de consumo inmediato o para llevar (De Vogli, Kouvonen, y Gimeno, 2014).

19 La mayoría de los países de la Región se ubican en esta categoría.

los comercios tradicionales²⁰, los cuales han perdido peso. Aun así, siguen siendo una parte importante del mercado de alimentos en los países de la Región. Las pequeñas tiendas de barrio representan al menos 25% de la venta de alimentos en ALC. Las ferias libres y los mercados centrales en Brasil y Chile tienen una función relevante en la venta de frutas, verduras y otros productos frescos (Ayala Ramírez y Castillo Girón, 2014; Araujo, Alves de Lima, y Macambira, 2015; Intini, Jacq, y Torres, 2019). Según un análisis realizado en algunos países por el *Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition* (2016), el canal de distribución de venta de productos frescos ha presentado pocos cambios. Además, los comercios tradicionales a menudo son relevantes para las poblaciones de menores ingresos, no solo por los menores costos y, en muchos casos, los tamaños más convenientes, sino también porque representan una importante fuente de trabajo para estos sectores. Complementariamente, en la Región se han identificado 293 mercados mayoristas que son claves en la sostenibilidad de la cadena alimentaria, que ofrecen distintos productos frescos que en muchos casos son de producción de local, lo que da cabida a los productores rurales (Ayala Ramírez y Castillo Girón, 2014; Intini, Jacq, y Torres, 2019).

La expansión de los supermercados y de las tiendas de conveniencia ha tenido un impacto importante en el consumo de ultraprocesados. Pero algunos estudios han demostrado que esto podría cambiar si la disponibilidad de alimentos que contribuyen a una alimentación saludable aumentara en estos establecimientos. Asimismo, los mercados de productos frescos de fácil acceso pueden ayudar a aumentar el consumo de frutas y verduras. Por ello, mejorar el acceso físico a alimentos de calidad pasa por diseñar soluciones que involucren tanto a los supermercados y las tiendas de conveniencia como los comercios tradicionales (Odoms-Young, Singleton, Springfield, McNabb, y Thompson, 2016).

20 Mercados mayoristas, mercados públicos, tiendas pequeñas, tiendas especializadas, ferias libres y mercados itinerantes.

Desiertos y pantanos alimentarios. Casos de estudio en la Región y en el mundo

Una de las dificultades que tiene la población para acceder físicamente a alimentos frescos y nutritivos es la ausencia de establecimientos de venta de este tipo de alimentos o la distancia excesiva desde sus hogares. Esto afecta en especial a los grupos de bajos ingresos. Este fenómeno, para el que se ha ido consolidado la denominación de *desiertos alimentarios*, se presenta sobre todo en zonas con infraestructuras y accesos precarios, que es precisamente donde se concentra la población de menores ingresos.

Un estudio realizado en Brasil (Borges, Cabral-Miranda, y Jaime, 2018) muestra, por ejemplo, que los establecimientos que dan prioridad a los productos ultraprocesados están más presentes en territorios de medianos y bajos ingresos que los que venden alimentos frescos y saludables. Además, existe una baja densidad de establecimientos que ofrecen comidas saludables, sobre todo en los territorios de bajos ingresos. Otro estudio (Duran, de Almeida, Latorre, y Jaime, 2015) realizado en el mismo país demostró que los individuos de bajos ingresos que viven en zonas con poco acceso a supermercados y mercados de productos frescos tienen un consumo bajo habitual de frutas y verduras. Sin embargo, otro estudio (Castro Junior, 2018) realizado también en Brasil reveló que el índice de masa corporal es más bajo en las localidades donde el ambiente alimentario es mejor. El trabajo identificó que en Río de Janeiro, las localidades de bajos ingresos contaban con mayor proporción de puntos de venta que ofrecen predominantemente productos frescos o mínimamente procesados, como carnicerías, pescaderías, verdulerías y ferias. En cambio, los barrios de más altos ingresos contaban con más supermercados y tiendas de conveniencia donde se vendían predominantemente productos ultraprocesados.

En Ciudad de México, otra investigación (Bridle-Fitzpatrick, 2015) descubrió que los precios de los alimentos frescos son más altos en los territorios de bajos ingresos. Esto representa

una desventaja para las familias de bajos ingresos, pues les dificulta el acceso a alimentos que contribuyen a una alimentación saludable. Además, predominaban los establecimientos de alimentos poco saludables y de comida rápida, así como la exposición a refrigerios y bebidas azucaradas en lugares de bajos y medianos ingresos. En cambio, las familias con altos ingresos tenían un mayor acceso a alimentos adecuados y un acceso limitado a alimentos menos saludables.

El término *desierto alimentario* ha ido evolucionando y se ha ido ampliando a medida que se han realizado estudios en los países en desarrollo. Tal como se ha descrito en el apartado anterior, la cercanía a un supermercado puede aumentar el consumo de alimentos ultraprocesados. Pero varios estudios (Bridle-Fitzpatrick, 2015; Zhong *et al.*, 2018; Wagner *et al.*, 2019) han mostrado que es insuficiente tomar en cuenta solo la distancia hasta los establecimientos de comida como variable relevante para el acceso físico, la diversidad de la dieta y la seguridad alimentaria.

Para explicar la importancia del acceso físico a los alimentos que facilitan dietas saludables se han acuñado también los conceptos de *oasis alimentario*, que se asocia a la abundancia de alimentos adecuados, y el de *pantanos alimentarios*, referido a la abundancia de comida inadecuada para una alimentación saludable (Wagner *et al.*, 2019). Los pantanos alimentarios son entornos de elección que además estimulan fuertemente el consumo de productos ultraprocesados y donde se incentivan acciones para la gratificación inmediata que, muy probablemente, conllevan el desarrollo de obesidad (Yang *et al.*, 2012; Bridle-Fitzpatrick, 2015; Wagner *et al.*, 2019; Ghosh-Distidar *et al.*, 2014).

De lo anterior y de un conjunto de estudios analizados puede concluirse que para mejorar el acceso físico a alimentos que contribuyen a una alimentación saludable deben tomarse en consideración los canales de distribución, así como la composición y la distribución del surtido en los mismos locales, junto con los ingresos

(de las familias²¹ y de los sectores completos), las opciones de medios de transporte, el grado de urbanización o ruralidad, el tamaño de las ciudades²², la concentración del mercado de abastecimiento de alimentos, etcétera (Zhong *et al.*, 2018; Bridle-Fitzpatrick, 2015; Duran, de Almeida, Latorre, y Jaime, 2015; Gordon-Larsen, 2014; Michimi y Wimberly, 2010; Battersby y Crush, 2014; Caspi, Sorensen, Subramaniam, y Kawachi, 2012; Oxfam, 2018; Odoms-Young, Singleton, Springfield, McNabb, y Thompson, 2016).

Políticas para favorecer la disponibilidad y el acceso físico a los alimentos

Existen diversas opciones de políticas que pueden favorecer la disponibilidad de alimentos adecuados. Por ejemplo, pueden desarrollarse e implementarse políticas que fomenten el acceso a recursos y a insumos productivos, capital físico, investigación y tecnología, asistencia técnica y extensionismo rural, financiamiento y créditos, sanidad animal y vegetal, desarrollo de cadenas productivas y mecanismos de compras públicas. Además, las importaciones y el comercio tienen un papel fundamental en la disponibilidad de los productos alimentarios, pues afectan a la alimentación y la nutrición de la población. Si se facilita su comercio, los consumidores con menor poder adquisitivo pueden acceder a opciones básicas a precios reducidos.

Puesto que la edición 2019 del *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe* se centra en los entornos alimentarios, en este apartado se abordarán dos opciones de política que buscan promover la disponibilidad y el acceso físico a alimentos adecuados: 1) los sistemas públicos

21 En territorios urbanos de bajos ingresos no necesariamente aumenta la diversidad de la dieta, ya que se tiende a consumir dietas menos saludables y diversas (Battersby y Crush, 2014).

22 Aumentar la distancia a supermercados disminuye las probabilidades de incluir frutas y verduras en la dieta, en las zonas metropolitanas, pero no tiene efecto en las no metropolitanas (Michimi y Wimberly, 2010).

de abastecimiento y de comercialización de alimentos y 2) los programas de alimentación escolar.

Es importante destacar que, la disponibilidad de alimentos puede verse afectada por fallas de mercado. Se estima que cada año se pierden y se desperdician 221 millones de toneladas de alimentos desde la producción y la venta minorista. Esa cifra representa 11,6% de lo que se produce en la Región²³. Esto representa una pérdida económica de 20% del valor de la producción anual de la Región que asciende a 159 000 millones de USD anuales. Los grupos de alimentos con las pérdidas más significativas son las raíces y tubérculos (25%) y las frutas y hortalizas (21%) (FAO, 2019e; #SinDesperdicio, 2019). Los países de ALC, conscientes del desafío moral, ambiental y económico que esto significa, están impulsando diversas medidas para avanzar en soluciones de prevención y reducción (véase el **Recuadro 8**). Para incrementar la disponibilidad de alimentos que contribuyen a dietas saludables y disminuir, en parte los desiertos alimentarios, es necesario contar con sistemas alimentarios más eficientes, que incluyan dentro de sus ejes la prevención y reducción de las pérdidas y los desperdicios desde la producción hasta el consumo.

Sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos²⁴

En ALC existen diversas políticas y mecanismos públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos, con distintos grados de desarrollo, capacidad de acción, y prácticas. Por ejemplo, países como Antigua y Barbuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras,

23 Para el cálculo se usó la variable de "Producción total" por grupo de alimentos, tomando como año de referencia 2015 y coeficientes de pérdida global (FAO, 2019a).

24 Tal y como se señaló anteriormente, como este año el foco son los entornos alimentarios, este apartado se centrará en cómo estos sistemas pueden por medio de abastos públicos mejorar la disponibilidad y el acceso físico a alimentos adecuados y disminuir los desiertos alimentarios.

México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y Venezuela (República Bolivariana de) cuentan con este tipo de sistemas.

En general, en la Región los sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos tienen como objetivo la estabilización de los precios, el incentivo a la producción, la gestión de las existencias de alimentos, la comercialización de productos y la generación de información²⁵ (FAO, 2017b).

Los sistemas públicos de abastecimiento y de comercialización de alimentos tienen el potencial de garantizar el acceso constante a los alimentos de la población, promoviendo la seguridad alimentaria y el mantenimiento de patrones alimentarios. Estos sistemas son una estrategia para la atención a los grupos en una situación de mayor vulnerabilidad, así como para los afectados por perturbaciones económicas, sociales, naturales, etcétera. Es decir, sirven para atender a las personas o a los grupos que carecen de capacidades propias para garantizarse una alimentación básica.

Asimismo, pueden favorecerse modos de producción sostenibles y suministrar insumos a los diversos programas de protección social y alimentación escolar (FAO, 2017b). A continuación se mencionan algunos ejemplos.

- ▶ En Antigua y Barbuda se ofrecen productos cárnicos, frutas y verduras de cultivo local a precios asequibles en supermercados.
- ▶ Bolivia (Estado Plurinacional de) cuenta con una estrategia para el abastecimiento de artículos de primera necesidad también en supermercados y en una red de bodegas

25 Precios de los productos, análisis de tendencias de los costos de los productos, estadísticas de precios y de cosechas, estimaciones de la cosecha esperada (medida en hectáreas), costos de producción agrícola, estimación de la producción, estimaciones de siembra, número de explotaciones, superficie total sembrada (medida en hectáreas), rutas de flujo de la producción, número de productores, número de proveedores, comportamiento del mercado, productos almacenados y cantidad, entre otros (FAO, 2017b).

y tiendas de la Empresa de Apoyo a la Producción de Alimentos (EMAPA) en los diferentes departamentos del país y en donde la población tiene un acceso difícil a los mercados locales.

- ▶ Cuba cuenta con almacenes de comercio mayorista, tiendas de comercio minorista y unidades de gastronomía.
- ▶ Por medio de su red de tiendas BANASUPRO en todo el país, Honduras comercializa productos básicos a costos diferenciados para toda la población, con especial atención a las personas de menores ingresos.
- ▶ A través de Diconsa, México opera el Programa de Abasto Rural, que cuenta con más de 27 000 tiendas fijas y 300 móviles en todo el territorio nacional, 302 almacenes rurales y centrales, tres almacenes graneleros y unos 4 000 vehículos que recorren carreteras y caminos de todo el país y más de una decena de lanchas y semovientes, llegando a zonas alejadas y de difícil acceso (Gobierno de México, 2019).
- ▶ Nicaragua cuenta con puestos de distribución de alimentos de la Empresa Nicaragüense de Alimentos Básicos (ENABAS) para garantizar el acceso físico a los principales productos de la canasta básica a menor precio que en el mercado tradicional.
- ▶ República Dominicana, por medio del Instituto Nacional de Estabilización de Precios (INESPRE) y sus bodegas físicas, ofrece productos agropecuarios a precios asequibles. Y las bodegas móviles populares atienden a las familias en una situación de mayor vulnerabilidad en las zonas adonde no llegan los mercados de productores (FAO, 2017).

Storcksdieck, Caldeira, Gauci, Calleja, y Furtado (2017) señalan que la adquisición de alimentos y los servicios públicos alimentarios, como la alimentación escolar, son una opción de políticas que pueden incentivar la reformulación de alimentos y bebidas y fomentar opciones de alimentación más saludables. Asimismo, la implementación de un proceso de adquisición de alimentos sensible a la salud permite mejorar la calidad nutricional de los servicios alimentarios. Además se relaciona con una alimentación más saludable de los niños, las niñas y los adolescentes, y tiene un papel importante para

lograr un cambio de comportamiento en la alimentación (Caldeira *et al.*, 2017).

Los sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos también pueden fijar estándares de calidad a los alimentos mediante normas técnicas y procedimientos de elaboración y preparación, de modo que garanticen la calidad y la inocuidad de los alimentos (FAO, 2017).

En síntesis, los sistemas públicos de abastecimiento y comercialización de alimentos tienen el potencial de mejorar la disponibilidad y el acceso físico a alimentos adecuados y disminuir los desiertos alimentarios. Sin embargo, el desarrollo de sistemas alimentarios inclusivos y eficientes requiere de sistemas y mecanismos de abastecimiento que presten particular atención a los sectores que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad en el ámbito de la producción y del consumo, y que aseguren el suministro de alimentos bajo cualquier circunstancia. Para esto, se requieren políticas públicas, mecanismos y decisiones que promuevan el desarrollo de sistemas de abastecimiento y comercialización de alimentos más eficientes, que aseguren la disponibilidad y distribución de alimentos para toda la población y en todo momento.

Para asegurar que estos sistemas promuevan una alimentación adecuada, estos sistemas deben considerar los entornos alimentarios de las poblaciones a las que buscan servir, así como sus patrones alimentarios y procurar reducir los desequilibrios en disponibilidad y acceso con respecto a las recomendaciones alimentarias de la población. Los cambios en las reglas de oferta para facilitar el consumo son ampliamente utilizados en el ámbito escolar y en programas de protección social, pero todavía no son tan explorados en otros espacios²⁶.

26 Por ejemplo, Brasil a través de la Ordenanza N.º 1 274/2016 del Ministerio de Salud (Portaria N.º 1 274/2016 do Ministério da Saúde), dispone las directrices sobre una alimentación adecuada y saludable en el lugar de trabajo. Además, también cuenta con una guía para preparar comidas saludables en eventos (Guia para a elaboração de refeições saudáveis em eventos).

Además, es necesario buscar mecanismos que acorten la cadena de distribución puesto que se ha demostrado que los consumidores incrementan la variedad y cantidad de alimentos frescos, como frutas y hortalizas (Ostrom, 2007).

Programas de alimentación escolar

Los programas de alimentación escolar (PAE) son la red de protección social más frecuente en el mundo (Banco Mundial, 2015). En ALC, las políticas y los programas nacionales de alimentación escolar han mostrado ser muy efectivos para facilitar el acceso físico a alimentos. Además, tienen un rol fundamental en la lucha contra el hambre y la malnutrición en todas sus formas. Por ese motivo, no sorprende que el entorno escolar se ha convertido en un espacio conveniente para que los países de la Región implementen medidas para favorecer la alimentación saludable de las niñas, niños y adolescentes (véase el **Recuadro 9**).

En la actualidad estos programas proporcionan desayunos, almuerzos o meriendas a más de 85 millones de escolares en la Región, con una inversión anual de aproximadamente 4 300 millones de USD (WFP, 2017). Constituyen además una política que se enfoca en un grupo de población especialmente importante, puesto que de la mejor alimentación de niños, niñas y jóvenes dependerá su crecimiento cognitivo y su aprendizaje, y por ende sus opciones para contribuir al desarrollo de sus familias y sociedades. Tal y como se ha visto en las últimas décadas, estrategias y programas de alimentación escolar bien diseñados, ofrecen múltiples beneficios y un retorno a la inversión en capital humano a través de mejores resultados en salud y educación. Al mismo tiempo, cuando están vinculados a la adquisición de alimentos provenientes de la agricultura local y familiar, proporcionan a la vez una mayor diversidad de alimentos disponibles en la escuela, y oportunidades de crecimiento para los mercados y las economías locales.

Frente a los nuevos desafíos de la Región, los PAE han evolucionado y han ido pasando de un marco principalmente de asistencia alimentaria e incentivo a la matrícula escolar, a considerarse redes de protección social para garantizar

RECUADRO 8 MARCOS JURÍDICOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS PÉRDIDAS Y DESPERDICIOS DE ALIMENTOS

En los últimos años, en América Latina y el Caribe (ALC) uno de los espacios de trabajo más activos en la lucha contra las pérdidas y desperdicios de alimentos (PDA) ha sido la formulación de marcos jurídicos para prevenirlos y reducirlos. Las PDA impactan en la disponibilidad local de alimentos y representan una pérdida de recursos económicos para todos los actores del sistema alimentario. Además constituyen una de las fuentes de emisiones de gases de efecto invernadero más considerables a nivel global (IPCC, 2019).

Según un estudio preliminar inédito del Servicio de Derecho para el Desarrollo de la Oficina Jurídica y del Grupo Regional de la FAO, Pasando de pérdidas a soluciones, seis países cuentan con leyes específicas sobre PDA y existen unos 54 proyectos de ley en curso. Entre las leyes aprobadas en el 2019 destacan en Colombia la Ley 1.990 de Política contra la Pérdida y el Desperdicio de Alimentos y en Perú la Ley 30.988, que promueve la reducción y la prevención de pérdidas y desperdicios de alimentos en Perú. En general, estas leyes determinan qué ministerio o mesa interinstitucional es responsable de implementar acciones estratégicas para prevenir y reducir las PDA. Asimismo, estas leyes incorporan

sistemas de incentivos para las donaciones de alimentos en buen estado para el consumo humano como modo de contribuir a satisfacer las necesidades alimentarias de los grupos de población en una situación de mayor vulnerabilidad económica.

Los Frentes Parlamentarios contra el Hambre de América Latina y el Caribe trabajan para apoyar a los países en la adopción, la reglamentación y la implementación de estas leyes en coordinación con las instituciones nacionales mandatadas para dar soluciones a las PDA.

En el 2019, once países han formado grupos de trabajo intersectoriales que analizan las propuestas normativas y abordan otros temas, como la innovación y la tecnología, además del establecimiento de alianzas entre el sector público y el privado. Estas acciones deben hacer posible alcanzar la meta 12.3 de la Agenda 2030, es decir, reducir a la mitad el desperdicio de alimentos por persona mundial en la venta al por menor y a nivel de los consumidores y reducir las pérdidas de alimentos en las cadenas de producción y suministro, incluidas las pérdidas posteriores a la cosecha.

FUENTE: IPCC, 2019; FAO, inédito.

los derechos sobre alimentación y educación. Un estudio regional realizado en dieciséis países (WFP, 2017) mostró que, en catorce de ellos, la alimentación escolar tiene ya un sólido fundamento legal en leyes, decretos o en la Constitución, y que más de 90% de la inversión proviene de presupuestos nacionales, lo que demuestra estabilidad y apropiación. La mayoría de los países aplican un enfoque universal, y la seguridad alimentaria y la nutrición son cada día metas más importantes para programas que buscan proporcionar entre 20% y 30% del requerimiento nutricional recomendado.

Asimismo, los países analizados tratan de adquirir sus alimentos lo más localmente posible, y en trece de ellos ya se proporcionan frutas y vegetales frescos a diferentes escalas y, en once, alimentos y bebidas fortificadas de vario tipo.

Con motivo del incremento del sobrepeso y la obesidad en todos los países se han puesto en marcha medidas para restringir la oferta de productos procesados y ultraprocesados. A ello se suma la necesidad de incorporar de forma transversal en las escuelas el tema de la alimentación adecuada, contemplando

su multidimensionalidad y el desarrollo de habilidades de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del planeta en niños y niñas. La restricción de los productos procesados y ultraprocesados con cantidades excesivas de azúcar, grasas y sodio en las políticas de proveeduría de alimentos a las escuelas agregan un elemento fundamental para garantizar la coherencia entre un currículo que aborda la alimentación adecuada y lo que se encuentra en el entorno, una vez que los niños y niñas aprenden a todo momento, en las clases y fuera de ellas, y lo mucho se absorbe de lo que señala el entorno con lo que está disponible y lo que se promociona y estimula (veáse el **Recuadro 9**).

Los esfuerzos de los países se dirigen cada vez más hacia una mejor calidad, efectividad y sostenibilidad de sus programas nacionales, y ofrecen comidas nutritivas que se adapten a las diversas culturas locales y que puedan vincularse con la agricultura y los mercados locales (WFP, 2017). Hoy en día, los PAE tienen el potencial de seguir maximizando su contribución a la salud y a la nutrición en la escuela, contribuyendo a prevenir y combatir la malnutrición en todas sus formas y promoviendo hábitos alimentarios sanos durante toda la vida.

Por lo tanto, en una Región en la cual hay una carga creciente de enfermedades no transmisibles (ENT) y los problemas de desnutrición y obesidad y sobrepeso se encuentran cada vez más presentes, los programas de alimentación escolar representan intervenciones claves para facilitar el acceso a una dieta saludable, reducir la desnutrición y promover opciones de alimentación adecuadas en niños, niñas y adolescentes. Asimismo, en las comunidades en situaciones de mayor vulnerabilidad, la alimentación escolar sensible a la nutrición puede ofrecer una fuente regular de nutrientes que son esenciales para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

Este tipo de programas también puede reducir la carga de gastos de los hogares, al ofrecer un servicio gratuito y universal de comida en la escuela. Los programas de alimentación escolar son parte de las redes de protección social y pueden ser utilizados como intervenciones para responder en momento de crisis (Beazley,

Solórzano, y Barca, 2019). Además, al vincularlos con compras de alimentos locales se beneficia directamente a la pequeña agricultura, generando mercados estables, se promueve la agricultura local, la transformación rural y se fortalecen los sistemas alimentarios locales (Bundy, de Silva, Horton, Jamison, y Patton, 2018).

Asimismo, la efectividad de estos programas aumenta cuando incluyen un componente de educación alimentaria y nutricional, es posible maximizar el alcance, la efectividad, la adopción, la implementación y el mantenimiento de las políticas e intervenciones alimentarias escolares al comprender y explotar las diversas alternativas y enfoques de las medidas. Es decir, es necesario que se consideren como políticas complementarias y sinérgicas, que actúan en múltiples niveles para mejorar la aceptabilidad, fidelidad, efectividad y sostenibilidad. ■

RECUADRO 9 ENTORNOS ESCOLARES PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA

Se entiende por entornos alimentarios escolares “todos los espacios, infraestructuras y circunstancias dentro de las instalaciones escolares y en sus alrededores en que se encuentran, obtienen, compran o consumen alimentos [...] y al contenido nutricional de esos alimentos. El ambiente también incluye toda la información disponible, la promoción (comercialización, publicidad, marcas, etiquetas de los alimentos, envases, promociones, etc.) y el precio de los alimentos y productos alimenticios” (FAO, 2019).

En la actualidad, es frecuente que los niños, las niñas y los adolescentes crezcan ya desde el hogar en entornos obesogénicos que fomentan el aumento de peso, el sobrepeso y la obesidad. Ello es fruto de diversos procesos resultado de cambios en los patrones alimentarios, en los tipos de alimentos consumidos y su disponibilidad, en los valores sociales y normas culturales, además de las actividades más sedentarias y de la menor actividad física, entre otros (OPS, 2014). Además, la disponibilidad de alimentos en el entorno, la publicidad y la educación ejercen presión sobre determinados patrones alimentarios, positivos o negativos.

Los niños y las niñas están expuestos a un gran volumen de publicidad de productos alimentarios que no promueven una alimentación adecuada, por medio de técnicas diseñadas para persuadirlos. Un estudio realizado en once países¹ reveló que en todos ellos, más de la mitad de la publicidad de alimentos correspondía a productos con altas concentraciones de calorías, azúcar, grasas o sodio. Además, la publicidad de este tipo de productos alimenticios aumentaba en la hora pico de visualización de los niños y las niñas (Kelly, y otros, 2010).

Dado que los niños, niñas y adolescentes pasan una parte importante de sus vidas en los recintos escolares y que las preferencias alimentarias se desarrollan a edades tempranas y suelen persistir a lo largo de la vida, es fundamental implementar

políticas que promuevan la incorporación de hábitos saludables en el entorno escolar (Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad Infantil en Niños, Niñas y Adolescentes, 2018; WFP, 2017).

Por ejemplo, un análisis enfocado en Guatemala (Pehlke, Letona, Hurley, & Gittelsohn, 2016) analizó el impacto potencial del entorno de la alimentación escolar en la desnutrición y el sobrepeso y la obesidad de los niños, las niñas y los adolescentes de entre 5 y 12 años de las escuelas primarias de bajos ingresos. Se exploraron las diversas fuentes alimentarias que comprende el entorno de la alimentación escolar, es decir, los quioscos o casetas del interior de las escuelas, la comida traída del hogar, la comprada en la calle y los alimentos proporcionados por la escuela por medio del programa de alimentación escolar (refacción). De acuerdo con el estudio, las diversas fuentes proporcionaron, por lo general, productos altos en calorías y azúcar, a pesar del aumento en las tasas de sobrepeso y obesidad. Por lo tanto, el entorno estaría propiciando la transición desde el extremo de la desnutrición al extremo del sobrepeso y obesidad.

Mancipe *et al.* (2015) realizaron una revisión de diferentes tipos de intervenciones en escuelas, como promover la disponibilidad de alimentos que facilitan dietas más saludables y estrategias para apoyar la elección de alimentos más adecuados, de la actividad física y cambios en el entorno, entre otras, realizadas en algunos países de América Latina para prevenir el sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años. La investigación arrojó que las intervenciones mixtas, que combinan medidas de educación nutricional, actividad física, cambios nutricionales o políticas institucionales son eficaces para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los escolares. Además, debería considerarse la incorporación de contenidos sobre alimentación saludable y la promoción de la salud desde la formación docente y en la malla curricular de los estudiantes.

RECUADRO 9 (CONTINUACIÓN)

En ALC se han implementado diversas medidas para mejorar los entornos de la alimentación escolar, a través de mecanismos obligatorios o voluntarios. Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, México, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay cuentan con normas obligatorias para los alimentos disponibles en las escuelas, incluidas las restricciones a los productos alimentarios que no promueven una alimentación adecuada. Además, Chile, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Trinidad y Tabago y Uruguay disponen de regulaciones obligatorias de la publicidad o comercialización de alimentos en los establecimientos escolares y Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Granada, México, Paraguay y Perú establecieron pautas o estándares de nutrición en la alimentación escolar.

Massri, Sutherland, Kallestal, y Peña (2019) evaluaron el impacto de la Ley 20.606/2012 sobre la composición de los alimentos y su publicidad, que prohíbe las ventas de alimentos y bebidas con alto contenido de calorías, azúcar y grasas saturadas en las escuelas, en la disponibilidad de alimentos y bebidas con alto contenido de nutrientes críticos que se venden en los quioscos de escuelas públicas de Santiago de Chile. El estudio descubrió que, con la puesta en marcha de la Ley, se redujo la disponibilidad de alimentos y bebidas con alto contenido de calorías, azúcar y grasas saturadas en los quioscos escolares. Los alimentos que excedían los límites establecidos disminuyeron de 90% en 2014 a 15% en 2016. Asimismo, se observó que los productos sólidos redujeron los contenidos de calorías, azúcar, grasas saturadas y

sodio. En cuanto a los productos líquidos, redujeron sus concentraciones de calorías, azúcar y grasas saturadas, mientras que el sodio aumentó. Ello se debe a cambios en la composición nutricional de los productos alimenticios altos en calorías, grasas saturadas, azúcar y sodio.

Sin embargo, un reporte realizado por UNICEF (2015) encontró que en escuelas de México, Costa Rica y Argentina se promocionan y publicitan alimentos y bebidas que no cumplen con los criterios nutricionales establecidos. En los países evaluados, la promoción y la publicidad se realizan por medio de afiches, máquinas expendedoras de alimentos o bebidas, productos y empaques en quioscos escolares, materiales o artículos entregados gratuitamente por las empresas y actividades escolares patrocinadas por empresas. Además, se observó que 58% de las escuelas tenía quioscos o vendedores ambulantes y 25% contaba con algún tipo de promoción y publicidad de alimentos o bebidas.

Existen distintas oportunidades para que los gobiernos locales, tanto municipales, estatales, como provinciales, también adopten legislación y acciones para proteger y promover el entorno alimentario escolar adecuado. Dependiendo de las normas legales nacionales, los estados y los municipios pueden restringir la comercialización y la publicidad de alimentos poco saludables no solo dentro de las escuelas, sino también en las zonas próximas. También pueden intensificar la inclusión de estos temas en el currículo escolar para promover la autonomía y el pensamiento crítico en los estudiantes (IDEC, 2018).

1 Alemania, Australia, Brasil, Canadá, China, España, Estados Unidos de América, Grecia, Italia, Suecia y Reino Unido.

FUENTE: FAO, 2019; OPS, 2014; Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad Infantil en Niños, Niñas y Adolescentes, 2018; WFP, 2017; Pehlke, Letona, Hurley, y Gittelsohn, 2016; Mancipe *et al.*, 2015; Massri, Sutherland, Kallestal, & Peña, 2019; UNICEF, 2015; IDEC, 2018.

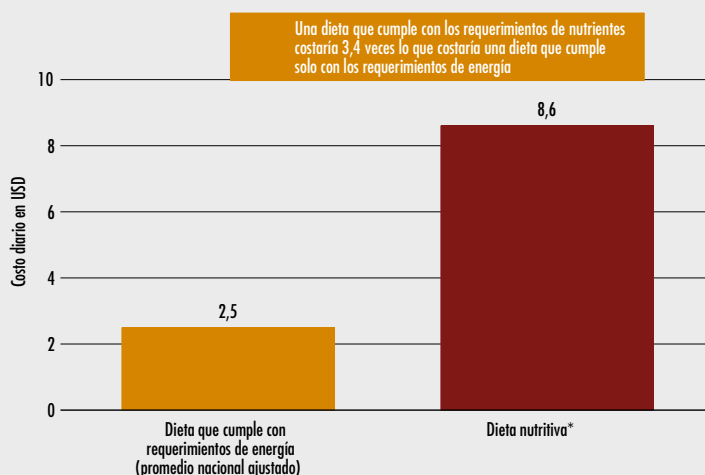
RECUADRO 10 CERRANDO LA BRECHA DE NUTRIENTES EN EL ECUADOR: EL ROL DEL ACCESO FÍSICO Y ECONÓMICO A UNA ALIMENTACIÓN NUTRITIVA ASOCIADO A LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DEL PAÍS

La malnutrición en todas sus formas (desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) representa uno de los retos más importantes en Ecuador. Las instituciones gubernamentales que conforman la estrategia intersectorial *Misión Ternura*, con el apoyo técnico del Programa Mundial de Alimentos (WFP) en el país, iniciaron entre abril y septiembre de 2018 el análisis *Cerrando la Brecha de Nutrientes* con el fin de estimar el costo de una dieta nutritiva y el papel del acceso físico y económico

asociado a la situación nutricional del país, la producción y el consumo de alimentos.

Los resultados confirmaron que, a pesar de que la producción de alimentos es suficiente en Ecuador, la alimentación es poco diversa y baja en calidad nutricional como consecuencia de un limitado acceso a una alimentación variada por parte de la población (gasto), y a la falta de conocimientos sobre hábitos de alimentación nutritiva y saludable que les permita cubrir sus requerimientos diarios.

Costo de una alimentación que cumple con los requerimientos de energía en comparación con una alimentación nutritiva en Ecuador, 2018

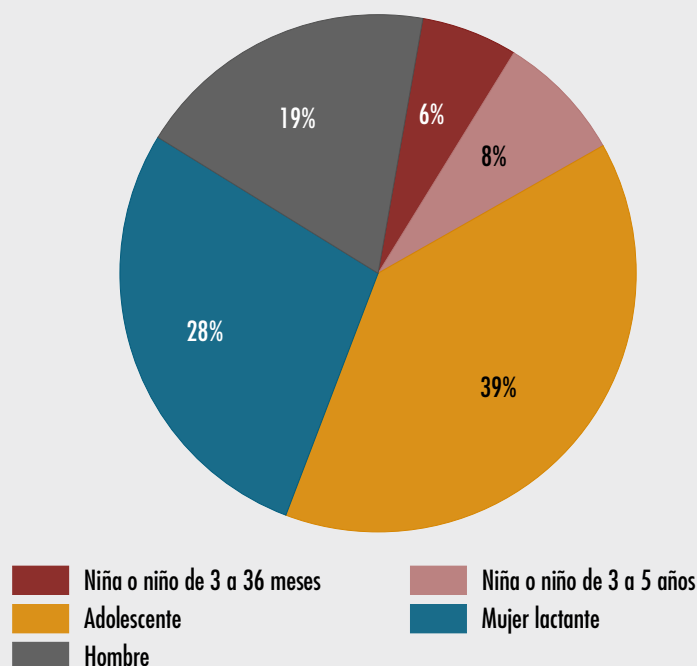


*/ Se refiere a una dieta que cubre requerimientos de energía, proteína, 9 vitaminas y 4 minerales

La estimación de una dieta nutritiva modelada para una familia compuesta de cinco miembros costaría en promedio 8,60 USD al día en comparación con los 2,50 USD de una dieta que cumple los requerimientos energéticos. Cada una de ellas representa 250 y 75 USD mensuales, respectivamente. Considérese que el salario básico unificado para 2019 equivale a 394

USD. El análisis también revela que el costo de una dieta adecuada para las adolescentes, las mujeres lactantes y las embarazadas es mayor en comparación con otros miembros de la familia, lo que evidencia la dificultad económica para cumplir con los requerimientos nutricionales en estos grupos en situación de vulnerabilidad.

Proporción del gasto del hogar en alimentación por tipo de integrante para un hogar de cinco personas en Ecuador, 2018



También se evaluó el impacto que las posibles interacciones de las intervenciones de *Misión Ternura* podrían tener en el costo y el acceso a una alimentación nutritiva para diferentes individuos, así como para el hogar. Se consideró que el estudio *Cerrando la Brecha de Nutrientes* tiene la potencialidad de facilitar una mayor comprensión de los diferentes contextos de desnutrición en el país, y de mostrar con evidencia cuáles son las intervenciones que podrían contribuir a mejorar el acceso a una alimentación nutritiva a nivel nacional y provincial en los diferentes sectores y grupos de interés.

El análisis y los resultados de este estudio han permitido hacer incidencia en la política pública en el marco de la estrategia gubernamental de *Misión Ternura*. Esta se orienta a fortalecer la inversión de las políticas públicas y su impacto en el acceso a una dieta nutritiva por parte de las familias y de sus miembros. Es importante destacar la intersectorialidad a través de las intervenciones

sociales, cuyos elementos clave son la promoción de hábitos de alimentación saludable, con enfoque de género, que respeten los patrones culturales que favorezcan el empoderamiento y consecuentemente, el cambio social y de comportamiento de la población, la priorización de los usuarios de los servicios que presta el Estado y en mejorar el acceso a dietas nutritivas que impactan en la adopción de las buenas prácticas alimentarias de toda la familia, en especial cuando se interviene durante los mil primeros días de vida de las niñas y niños (incluyendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y una alimentación complementaria adecuada y segura a partir del sexto mes, acompañada de la lactancia materna hasta los dos años de edad). Y continuando con una alimentación y nutrición, conforme a los requerimientos de cada edad, hasta los 5 años y a lo largo de toda la vida (Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, 2018).

2.2 ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS

MENSAJES PRINCIPALES

- El poder adquisitivo es un factor determinante en la elección de la cantidad, la calidad y la diversidad de alimentos que consume la población. Por tanto, los ingresos de los hogares y el precio de los alimentos influyen en el tipo de dieta que estos eligen.
- En ALC se observan signos de deterioro del poder adquisitivo en los últimos 5 años. Más preocupante es el aumento de la pobreza extrema desde 2014, que indica que la población afronta dificultades para acceder a una canasta alimentaria que cubra sus necesidades alimentarias básicas.
- Unos mayores ingresos se asocian a una mayor calidad y diversidad de las dietas, es decir, a un mayor consumo de frutas, verduras y pescado. Asimismo, en los países con ingresos altos se observa una menor contribución de los cereales como fuente de calorías, así como mayor contribución de carnes y lácteos.
- Las dietas densas en micronutrientes y saludables tienden a un costo por caloría mayor que las dietas con alimentos densamente calóricos, procesados y menos saludables. Además, ha tendido a aumentar la diferencia de precios entre los productos que contribuyen a dietas saludables y los que no. Esto significa que para los hogares es más fácil acceder a alimentos con aportes nutricionales relativamente menores y altos en calorías, no recomendados para una alimentación saludable.
- El desarrollo de las economías se asocia a un mayor consumo de alimentos, pero su efecto en el consumo de alimentos más nutritivos es heterogéneo. Como resultado, se aprecia que, a medida que aumentan los ingresos por persona, el problema de la subalimentación tiende a disminuir, mientras que los problemas de sobrepeso y obesidad tienden a aumentar.

- Los impuestos y los subsidios que promueven una alimentación adecuada pueden ser políticas claves para disminuir el consumo de alimentos con altos contenidos de nutrientes críticos y para hacer frente al sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT). Además, las políticas y los programas de protección social permiten mejorar el acceso de los grupos poblacionales en situaciones de mayor vulnerabilidad a alimentos y tienen el potencial para mejorar su nutrición.

Los ingresos de las familias y el costo de los alimentos determinan en buena medida la cantidad, la variedad y la calidad de los alimentos a los que acceden las personas. En otras palabras, el poder adquisitivo de los hogares influye en su capacidad para cubrir las necesidades calóricas y nutricionales para mantener una vida saludable y activa. Por lo tanto, aumentos en los ingresos de los hogares pueden mejorar el acceso a alimentos inocuos y nutritivos. Por el contrario, altos niveles o cambios abruptos de los precios de los alimentos pueden afectar a la cantidad y calidad de la dieta a la que accede un determinado hogar.

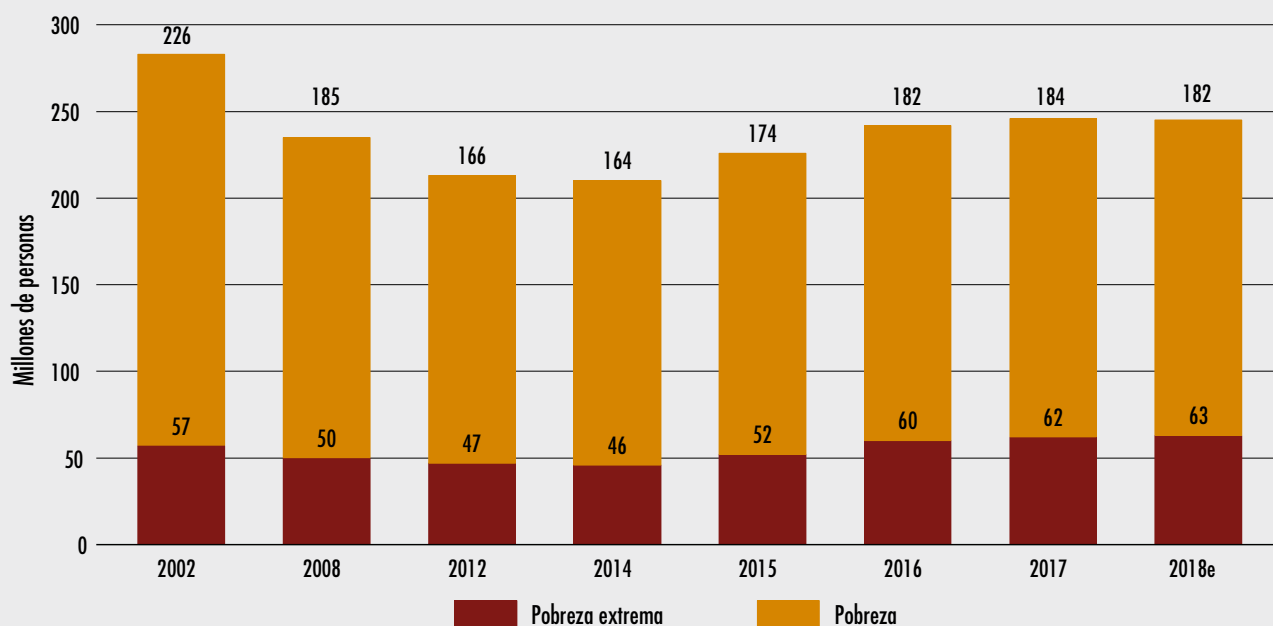
La presente sección centra el análisis en la evolución de los ingresos de los hogares y en los precios de los alimentos en los últimos años. Se inicia con un análisis de la población en extrema pobreza por ser la más sensible en sus posibilidades de acceder a alimentos por su bajo nivel de ingresos. Luego se hace una reflexión sobre la importancia de los ingresos para determinar el tipo de dietas de la población de la Región.

Deterioro de la capacidad de acceso económico a los alimentos en la Región

Según la definición de CEPAL, la pobreza extrema medida a través de ingresos monetarios se entiende como una condición en la que los ingresos de los hogares son insuficientes para adquirir una canasta básica alimentaria que permita cubrir las necesidades nutricionales, es decir, las calorías mínimas para llevar una vida sana y activa.

De acuerdo con la CEPAL (2019c), la pobreza extrema en la Región ha mostrado una tendencia al alza en los últimos cinco años (Figura 25).

FIGURA 25
POBREZA Y POBREZA EXTREMA EN AMÉRICA LATINA, EN MILLONES DE PERSONAS, 2002-2018



e: Cifra estimada.

FUENTE: CEPAL, 2019; CEPAL, 2019c

Según las últimas estimaciones, 10,2% de la población regional vive en pobreza extrema, esto es, 63 millones de personas. Este nivel muestra un deterioro de las condiciones de la población de la Región desde 2014, año en que la pobreza extrema alcanzó su mínimo en las últimas dos décadas con una tasa de 7,8%, equivalente a 46 millones de personas. Como resultado, el número de personas en pobreza extrema es mayor a su nivel de 2002.

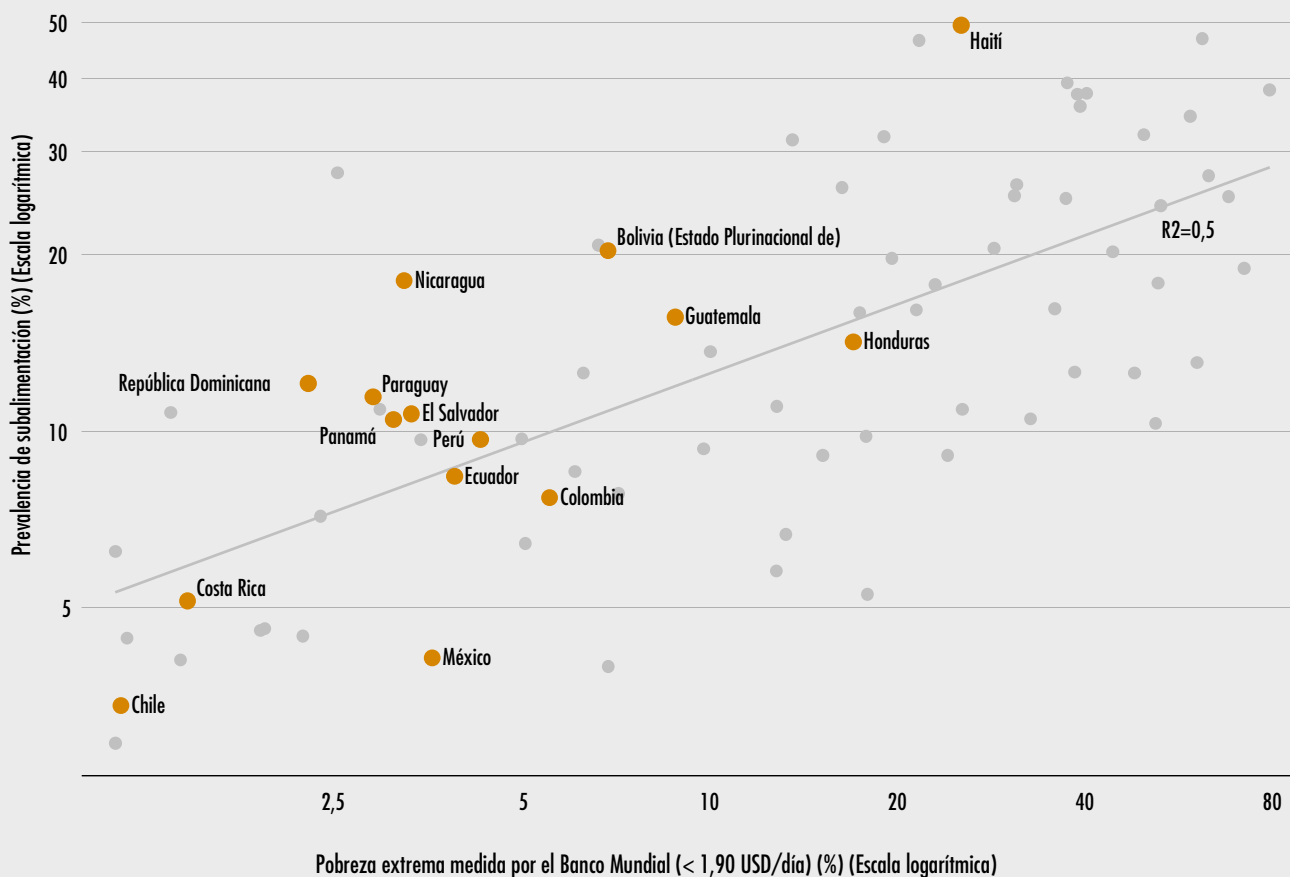
De forma similar, la pobreza general (que considera el acceso económico servicios y bienes básicos adicionales a los alimentos) también ha aumentado en los últimos años. Al igual que la pobreza extrema, la pobreza en la Región alcanzó su menor nivel en 2014, para luego revertir esa tendencia. Entre 2014 y 2018 la tasa de pobreza aumentó cerca de dos puntos porcentuales y alcanzó 29,6%, lo que significó que el número de pobres en la Región pasó de 164 millones a 182 millones.

Este deterioro se explica por el desempeño

económico de ALC. Desde 2014, la Región ha reportado una importante desaceleración del crecimiento económico, hasta contraerse durante los años 2015 y 2016, principalmente debido a la caída del precio de los productos básicos primarios que afectó en especial a Sudamérica²⁸. Desde entonces la recuperación ha sido lenta. Se estima que durante el 2018, el producto interno bruto (PIB) apenas creció 1,2% y en el 2019 se espera una tasa de crecimiento de 1,7%. Ello ha llevado al aumento del desempleo (que supera 9% en los últimos 2 años) y en la participación del empleo informal, que limita los ingresos de los hogares y los expone a condiciones más precarias (CEPAL, 2019a; CEPAL, 2019b; FAO, FIDA, OMS, UNICEF y WFP, 2019)

²⁸ Para más detalle sobre la dependencia de productos básicos, crecimiento económico, pobreza y seguridad alimentaria y nutricional, revisar el capítulo 2 de *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019* (FAO, FIDA, OMS, UNICEF y WFP, 2019).

FIGURA 26
RELACIÓN ENTRE LA SUBALIMENTACIÓN Y LA TASA INTERNACIONAL DE POBREZA EXTREMA, MEDIDA CON 1,90 USD AL DÍA POR PERSONA, TASAS PROMEDIO (%), 2010-2018



NOTA: El análisis incluye a 91 países y excluye a los que tienen una tasa de subalimentación menor a 2,5%. La tasa de pobreza internacional se refiere al promedio del período 2010-2017 y para la subalimentación, el período 2010-2018.
 FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de Banco Mundial, 2019; FAO, 2019a.

Es importante destacar que la pobreza y sus consecuencias no afectan a todos por igual, pues algunos grupos se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Según estimaciones de la CEPAL, la pobreza en las áreas rurales de la Región es de 46,4% (20 puntos porcentuales más que la pobreza urbana) y la pobreza extrema es de 20,8%, tres veces mayor que en las zonas urbanas. Asimismo, la pobreza afecta a 51% de los hogares indígenas de la Región, mientras que la pobreza extrema en los pueblos indígenas es de 19,1%, el doble que la pobreza y la pobreza extrema de los hogares no indígenas, respectivamente. Mientras, la pobreza también afecta en mayor medida a las mujeres, con un índice de feminidad de la pobreza de 1,13 y de feminidad de la pobreza extrema de 1,16 (CEPAL, 2019c). Esto implica que los problemas asociados a la pobreza, como la desnutrición y

el hambre, son mayores en estos grupos más vulnerables que los promedios nacionales y regionales²⁹ (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

En este escenario de deterioro del panorama económico y de aumento de la pobreza es esperable que la subalimentación también haya aumentado desde la mitad de la década (véase el capítulo 1). Esto se debe a la estrecha relación existente entre la pobreza extrema y el hambre. La **Figura 26** presenta esta relación medida a partir

29 Para un análisis extenso sobre las desigualdades social en los sistemas alimentarios de la Región, véase *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*.

de la línea de pobreza internacional³⁰. Como era de esperar, existe una correlación positiva entre ambas, tanto a nivel mundial como regional, ya que ambas buscan reflejar la capacidad de las personas para acceder a alimentos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias mínimas (FAO, FIDA, OMS, UNICEF y WFP, 2019)

Diferencias en el acceso económico a los alimentos según nivel de ingreso de los hogares

Además de los ingresos de las familias, los precios son un elemento clave que determina el tipo de dieta que eligen los hogares. Diversos estudios han mostrado que las dietas densas en nutrientes y saludables, y las frutas y las verduras tienden a ser más costosas que las dietas con alimentos densamente calóricos, procesados y menos saludables (Jones, Conklin, Suhrcke, y Monsivais, 2014; Wiggins y Keats, 2015; Drewnowski, 2010; FAO y OPS, 2017; Hall *et al.*, 2019; Lee, Raslton, y Truby, 2011). Por ejemplo, en Reino Unido se demostró que una canasta de alimentos saludables es tres veces más cara que una canasta definida como no saludable (Jones, Conklin, Suhrcke, y Monsivais, 2014).

El acceso a dietas saludables puede ser especialmente difícil para los hogares de bajos ingresos. De hecho, en varios países se ha demostrado que el alto costo de los alimentos que contribuyen a una alimentación saludable es un impedimento para que las familias de bajos ingresos puedan acceder a alimentos que cumplan con las recomendaciones nutricionales. En Chile se estimó que una canasta alimentaria de calidad, basada en las recomendaciones de las guías alimentarias, sería 36,1% más cara que la canasta básica alimentaria, lo que significaría que hasta 27% de la población no podría acceder a ella (Cuadrado y García, 2015). Un estudio reciente que analizó el costo de una dieta más saludable y sostenible propuesta por EAT-Lancet en 159 países mostró que esta dieta sería 64% más cara que otra que cumpliera mínimamente

con los nutrientes necesarios (Hirvonen, Bai, Heady, y Masters, 2019). En Brasil, los alimentos frescos o mínimamente procesados tienen mayor costo calórico³¹ que los medianamente procesados y las familias de ingresos bajos y medios presentan el mayor consumo de bebidas azucaradas (Wiggins y Keats, 2015). Por otro lado, los hogares con mayores ingresos compran carne de mejor calidad, más pescado, frutas y verduras y más comida lista para consumir (Drewnowski y Specter, 2004).

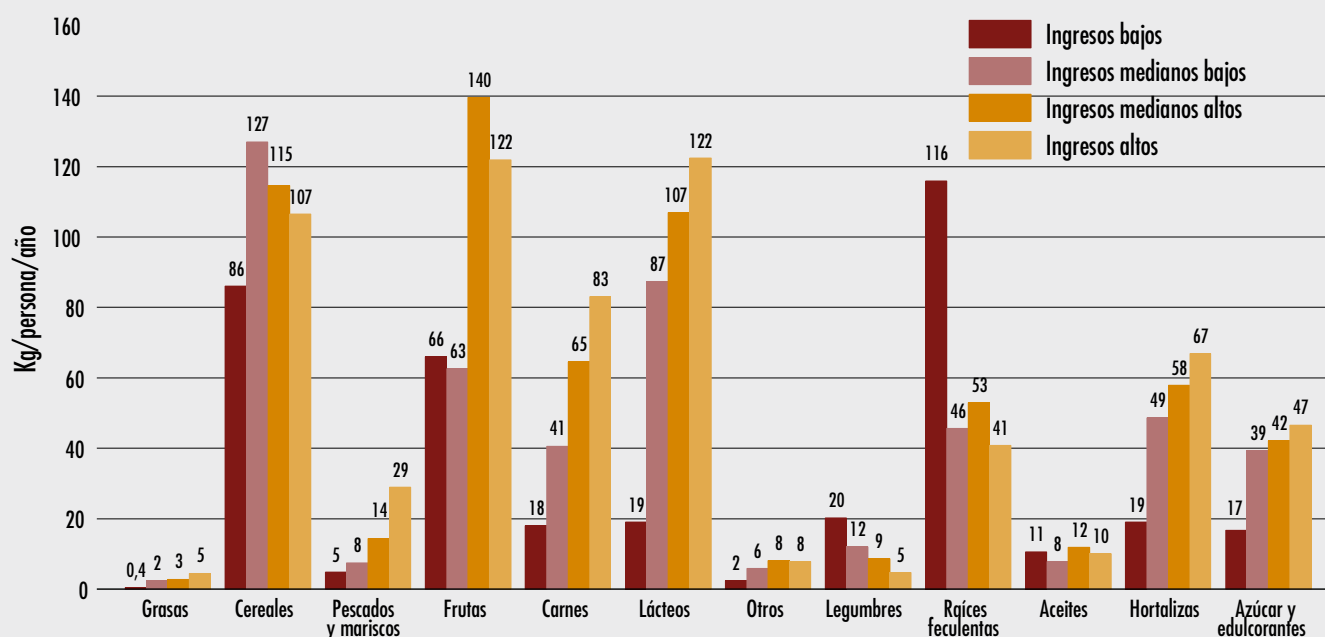
La diferencia entre los precios de los productos alimentarios saludables y los no tan saludables ha tendido a aumentar a medida que los procesados y densos en calorías han reducido sus precios y el de los alimentos densos en nutrientes ha aumentado. Así, se han ampliado las desigualdades, y las dietas más saludables cada vez son menos asequibles (Wiggins y Keats, 2015) (Jones, Conklin, Suhrcke, y Monsivais, 2014) (Lee, Raslton, y Truby, 2011). Por ejemplo, en un análisis realizado en cuatro países, el precio de las frutas y de las verduras aumentó desde 1990 a una tasa promedio de entre 2% y 3% anual, lo que representa aumentos totales de 55% y 99% entre 1990 y 2012 (Wiggins y Keats, 2015). En cambio, en el mismo estudio, los alimentos más densamente calóricos y que contienen menos nutrientes redujeron su precio desde 1990. En concreto, en Brasil los precios de las frutas y las verduras aumentaron más, mientras que las salchichas y el aceite de soya mostraron los menores aumentos de precio entre 1980 y 2009. Otro ejemplo es el caso de México, donde los precios de las bebidas azucaradas han disminuido con el tiempo (Wiggins y Keats, 2015).

Cuando ven su presupuesto limitado, los hogares de bajos ingresos suelen optar por

31 Se debe tener en cuenta que productos frescos como las hortalizas son menos densos en energía en comparación con la mayoría de los alimentos procesados y ultraprocesados, es decir, si bien las hortalizas tienen un costo calórico alto, esto se debe a que un gramo tiene menos calorías que un gramo de alimentos procesados y ultraprocesados. Sin embargo, son mucho más densas en términos nutritivos, por lo que no se necesitan adquirir grandes cantidades de hortalizas para obtener un buen aporte de micronutrientes (FAO y OPS, 2017).

30 El Banco Mundial define que la línea de pobreza internacional es de 1,90 USD según la paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2011.

FIGURA 27
DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS (KG/PERSONA/AÑO) PROMEDIO SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS,
PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2013



FUENTE: FAO, 2019a; Banco Mundial, 2019.

productos de bajo costo, densamente calóricos y pobres en micronutrientes para satisfacer sus necesidades energéticas ya que los alimentos nutricionalmente densos, frescos, sin procesar o mínimamente procesados como las frutas y las hortalizas frescas tienen un mayor precio por caloría (Wiggins y Keats, 2015; Drewnowski, 2010; FAO y OPS, 2017; Headey y Alderman, 2019). Por ejemplo, en México el aumento de la inseguridad alimentaria se asocia a una baja diversidad de la dieta (Vega-Macedo, Shamah-Levy, Peinador-Roldán, Méndez-Gómez, y Melgar-Quiónnez, 2014).

Todo ello tiene un gran impacto en la seguridad alimentaria de los hogares, no solo de malnutrición por déficit sino también por exceso. De hecho, la dificultad de los hogares de bajos ingresos para acceder a una dieta más saludable se asocia a la obesidad infantil (Scott, Sutherland, y Taylor, 2018). Un estudio realizado en Inglaterra (Scott, Sutherland, y Taylor, 2018) muestra que la obesidad infantil en las áreas con menor acceso es el doble que en áreas con mayor acceso económico. Sin embargo, los cambios en los precios de los ultraprocesados pueden cambiar las preferencias. Algunos estudios de elasticidad

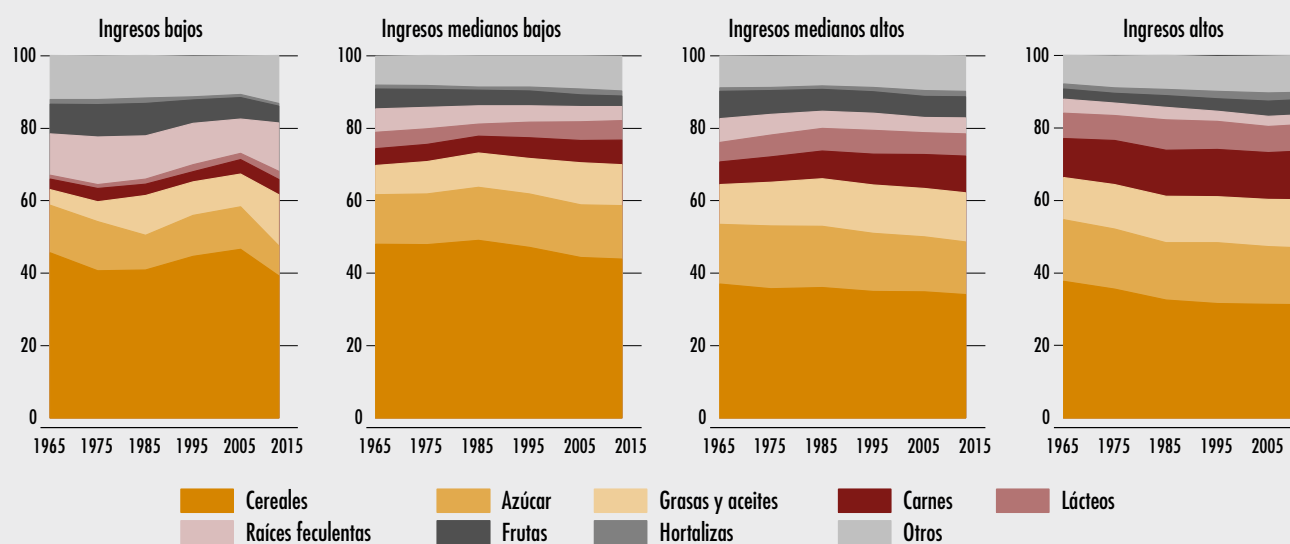
han mostrado que los aumentos de precio en las bebidas azucaradas, aparte de disminuir su consumo, pueden aumentar el consumo de agua, leche y azúcar y reducir el consumo de caramelos y aperitivos (Colchero, Salgado, Unar-Munguía, Hernández-Ávila, y Rivera-Dommarco, 2015; Andreyeva, Long, y Brownell, 2010).

Evolución de los patrones alimentarios y nivel de ingresos de los países de la Región

En la Región, los patrones alimentarios varían según el nivel de ingreso de los países. En aquellos de ingresos bajos y medios bajos, la disponibilidad de frutas, verduras y pescado es considerablemente menor que en los países de altos ingresos (Figura 27). En promedio, el suministro de aceites y grasa animal es similar en todos, mientras que el de azúcar aumenta a medida que aumenta el nivel de ingresos. La disponibilidad de carne, leche, pescado, frutas y verduras es mayor a medida que aumentan los ingresos.

La Figura 28 muestra la evolución de los patrones alimentarios según el nivel de ingresos de los

FIGURA 28
EVOLUCIÓN DE LOS PATRONES ALIMENTARIOS SEGÚN NIVEL DE INGRESOS DE LOS PAÍSES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PORCENTAJE DE TOTAL DE CALORÍAS, 1965-2013



FUENTE: FAO, 2019a; Banco Mundial, 2019.

países de la Región. Los de ingresos medianos altos y altos reportan una mayor contribución de calorías provenientes de las frutas, mientras que en los de ingresos bajos la contribución de estos alimentos a calorías consumidas ha disminuido. Es llamativo que los países de altos ingresos muestren un bajo aporte de las calorías procedentes de las frutas en relación con los otros. Sin embargo, el porcentaje de calorías procedentes de las verduras es mayor en comparación con otros países.

Se puede observar que, a mayor nivel de ingresos, la contribución de las calorías provenientes de cereales disminuye y aumenta la contribución de la carne y la leche. Es decir, los países van transitando hacia fuentes de mayor precio por calorías aportadas (Drewnowski, 2010). Aun así, los cereales siguen representando el mayor porcentaje de calorías consumidas en todos los países de la Región.

El aporte calórico de aceites y grasas ha aumentado en todos los niveles de ingresos en los últimos 50 años. El porcentaje de calorías aportadas por el azúcar es relativamente similar

en todos, menos en los países de bajos ingresos.

Según un análisis realizado a nivel global, en los países de ingresos bajos y medios los alimentos que contribuyen a una dieta más saludable tienden a ser más caros que en los países de ingresos altos (Headey y Alderman, 2019). Sin embargo, según el Global Panel (2016), a medida que aumentan los ingresos de los países en el mundo no solo crece el consumo de alimentos saludables y con alto contenido en nutrientes, sino también el de productos no saludables y de alta densidad calórica. Por tanto, vale la pena analizar cómo han evolucionado el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados.

A nivel global, entre 2000 y 2015 las ventas de ultraprocesados se han incrementado en los países de ingresos medianos bajos y más rápidamente en los países de ingresos medianos altos. En cambio, en algunos países de altos ingresos se han estancado, aunque continúan siendo elevadas (Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016). Asimismo, la venta de calorías por persona

promedio provenientes de bebidas azucaradas es mucho mayor en los países de ingresos altos (132 kcal), que en los de ingresos medianos altos (56 kcal) e ingresos medianos bajos (22 kcal) y la tendencia muestra un aumento en los países de bajo ingreso (Development Initiatives, 2018)

En Brasil, por ejemplo, el consumo de productos ultraprocesados aumentó de 86 kg por persona al año a 112 kg al año desde 2000 hasta 2013, periodo en que el nivel de ingresos creció 38%³² (OPS, 2015). Además, el consumo de comida tradicional con poco grado de procesamiento representa cada vez una porción menor del consumo de los hogares, mientras que la de ultraprocesada aumenta (Wiggins y Keats, 2015). Mientras, en México, el consumo de alimentos ultraprocesados ha presentado un aumento importante (OPS, 2015), así, en 2008, el consumo de bebidas azucaradas México superó en 30% el consumo de EE.UU. y en 2006 el consumo de bebidas azucaradas, leches saborizadas, jugos y alcohol correspondía a más de 20% de las calorías consumidas por adolescentes y adultos (Barquera, Hernández-Barrera, y Tolentino, 2008; Wiggins y Keats, 2015).

Otra manifestación de la estrecha relación entre la composición de las dietas y el nivel de ingresos del país es el efecto en los estados nutricionales de la población. Como se explicaba, mayores niveles de ingresos tienden a mejorar el acceso a los alimentos, tanto en cantidad como calidad. No obstante, la calidad de la dieta no necesariamente mejora, especialmente cuando la disponibilidad de alimentos baratos y de alta densidad calórica es relativamente alta. Eso explica que a medida que crecen los ingresos promedio el problema del hambre se reduzca, al mismo tiempo que los problemas de sobrepeso y obesidad aumentan.

Esa relación no solo se observa a nivel regional sino a nivel mundial. La **Figura 29** muestra que a medida que los países tienen mayores niveles de ingresos (medido por PIB por persona constantes de 2010), la brecha entre las tasas de subalimentación y obesidad en adultos

tiende a crecer, es decir, bajan los niveles de subalimentación y suben los de obesidad. En el caso de la Región, llama la atención que esta brecha alcanza su mínimo, es decir, coinciden las prevalencias de subalimentación y obesidad en niveles de PIB por persona entre los 2 000 y 3 000 USD, como en el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Políticas para favorecer el acceso económico a dietas saludables

Política fiscal para promover una alimentación adecuada

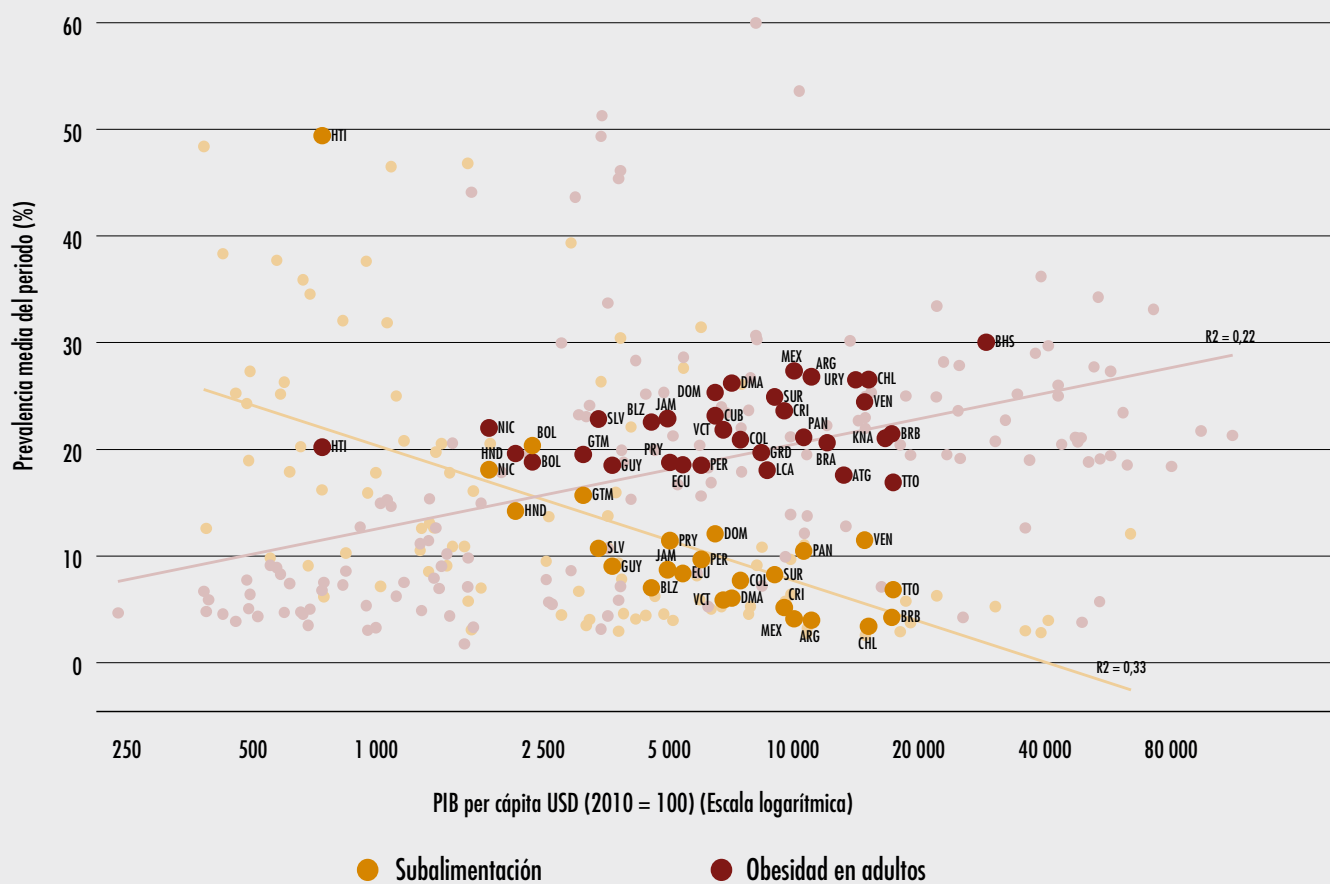
El precio es un determinante principal de la elección de alimentos. Asimismo, el precio de los alimentos y de las bebidas tiene implicaciones en la equidad de la salud, sobre todo para las personas que experimentan mayores desventajas, en particular como resultado de menores ingresos, son más sensibles a los precios. Por lo tanto, la regulación del precio y la asequibilidad de los alimentos y las bebidas es un aspecto esencial de cualquier política que trate de mejorar la nutrición de la población en general, con especial énfasis en los grupos poblacionales en una situación de mayor vulnerabilidad (UNSCN, 2019).

Los instrumentos de la política fiscal³³ para mejorar la alimentación, en particular los impuestos selectivos al consumo y los subsidios, son claves para reducir el consumo de alimentos altos en calorías y abordar las ENT (OMS, 2016). La política fiscal puede utilizarse como un mecanismo para influir en el comportamiento del consumidor en el momento de la compra, pero también para reorientar el sistema alimentario. Al incentivar a los consumidores para que compren alimentos que contribuyan a una alimentación adecuada o desincentivar la compra de productos cuya demanda y oferta debe reducirse debido a los perjuicios que causan en la salud, se trata de cambiar el consumo para que sea más coherente con una alimentación adecuada y un sistema alimentario más

32 Medido por el Banco Mundial como ingreso nacional bruto (INB) por persona. Fuente: Banco Mundial, 2019.

33 Los ingresos de un gobierno (impuestos) y la política de gastos. Este apartado se enfoca en los impuestos y subsidios no comerciales, relacionados con los alimentos.

FIGURA 29
RELACIÓN ENTRE LOS INGRESOS POR PERSONA Y LA MALNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL MUNDO, TASAS PROMEDIO (%), 2010-2017



Excluye a los países para los cuales la tasa de subalimentación es menor de 2,5%.
 El promedio de tasas de obesidad en adultos comprende el período 2010-2016.
 NOTA: El análisis de la subalimentación y de la obesidad en adultos incluye 121 y 186 países, respectivamente.
 FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de Banco Mundial, 2019a; FAO, 2019.

sostenible, reduciendo así los factores de riesgo relacionados con la alimentación y las ENT.

Por medio de los impuestos selectivos al consumo se puede reducir la demanda de productos con alto contenido en nutrientes críticos al incrementar el precio del producto y desincentivar su consumo. Estos impuestos, combinados o no, tienen efectos progresivos, pues protegen más a las poblaciones con más bajos ingresos. Para ellos, los productos con alto contenido en nutrientes críticos son más asequibles y aquellos recomendados para una alimentación adecuada son menos accesibles. Se trata de corregir esa mayor exposición a las enfermedades, así como los costos de tratamiento a los que están más expuestas las poblaciones más pobres. Al mejorar la salud de estos hogares, incurren en menores gastos médicos y sus

ingresos crecen al aumentar sus potenciales años de trabajo (Backholer *et al.*, 2016).

Por otro lado, las subvenciones a la producción intentan aumentar la producción y la disponibilidad de alimentos frescos y saludables, así como de reducir su precio e incrementar su consumo. De esta manera se promueven hábitos alimentarios más saludables (OMS, 2016). Por ejemplo, subsidios a las frutas y a los vegetales de entre 10% y 30% pueden incrementar su consumo y focalizarse en las poblaciones de menores ingresos (OMS, 2016). Así se mejora la calidad general de la alimentación de la población beneficiaria.

La efectividad de introducir o aumentar los impuestos selectivos al consumo de bebidas azucaradas es proporcional a la elasticidad precio

de la demanda y es mayor para los consumidores de menores ingresos, los jóvenes y las personas con sobrepeso. La elasticidad precio de la demanda de bebidas azucaradas es generalmente alrededor de -0,9 a -1,3. Una elasticidad de precio de -0,9 significa que por cada 10% de incremento en el precio del producto, se espera una reducción de la cantidad consumida de 9% (OMS, 2016).

Tal y como se señaló en la anterior edición del *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe* (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018) diversos países están considerando este tipo de medidas con el fin de promover una alimentación adecuada.

Tradicionalmente, los impuestos selectivos al consumo de bebidas azucaradas, al igual que al consumo de tabaco y de alcohol, se han aplicado en varios países. En el 2013, cuando en México entró en vigor el impuesto selectivo al consumo (Impuesto Especial sobre Productos y Servicios, IEPS) de un peso por litro de bebida azucarada y de 8% a los alimentos con alto contenido calórico, diecinueve países de América contaban con un impuesto selectivo al consumo de bebidas azucaradas, y en marzo 2019 totalizaban veintinueve países (OPS, inédito).

Países como Barbados, Brasil, Chile, Dominica, Ecuador, México, Perú, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía aplican impuestos a las bebidas azucaradas o a los alimentos que superan ciertos límites establecidos de nutrientes seleccionados.

Barbados comenzó a aplicar en el año 2015 un impuesto *ad valorem* de 10% a ciertas bebidas azucaradas, que incluye las producidas localmente y las importadas. Están exentos del impuesto los jugos de fruta cien por cien naturales, las bebidas *light* sin azúcar y las aguas saborizadas sin azúcar, entre otros. Inicialmente, y de acuerdo con un estudio realizado por (Alvarado *et al.*, 2017) antes de comenzar a regir el impuesto tanto el precio de las bebidas azucaradas como de las no azucaradas crecía cada año aproximadamente 1%, con patrones paralelos de fluctuación. Tras aplicarse el impuesto, el crecimiento en los precios de las bebidas azucaradas se acercó a 3%, mientras que el de las bebidas no azucaradas disminuyó. Es más, en los

dos trimestres posteriores a la entrada en vigor del impuesto, el aumento de los precios promedio de las bebidas azucaradas en comparación con el año anterior alcanzó 5,9%, mientras que los no azucarados se mantuvo entre 0 y 1%.

En el caso de Chile, las bebidas azucaradas que contienen más de 6,25 g de azúcar por cada 100 ml se gravan con un impuesto *ad valorem* de 18% y las bebidas azucaradas con menos de dicha cantidad de azúcar cuentan con un impuesto *ad valorem* de 10%³⁴. Inicialmente, el análisis de (Caro *et al.*, 2018), halló que, si bien se redujo la cantidad de compras de bebidas con alto contenido de azúcar, se cree que el impuesto tiene un bajo impacto en la prevención de la ingesta excesiva de calorías o los efectos adversos para la salud asociados con la ingesta de bebidas azucaradas. Ello se debe a que las reducciones absolutas en las compras de bebidas con alto contenido de azúcar fueron pequeñas. Además, en los hogares de más alto estatus socioeconómico se observan mayores disminuciones en las compras que en los hogares con menores ingresos. En cambio, las compras de bebidas con bajo contenido de azúcar aumentaron de manera considerable. Además, se apreció un incremento en los precios de las bebidas no gravadas y una disminución en las ventas, pese a no haberse aplicado un impuesto o tener lugar cambios en la tasa impositiva.

México grava tanto las bebidas con azúcar añadido, incluidas las leches y los yogures, como las bebidas energéticas. Un primer estudio realizado por Colchero, Popkin, Rivera, y Ng (2016) mostró que, en el primer año de implementación, los consumidores redujeron sus compras de bebidas azucaradas gravadas. El estudio reveló además que aumentaron las compras de bebidas sin impuestos y que la disminución en las compras de bebidas con impuesto es mayor conforme pasan los meses. En el 2014, la población urbana mexicana redujo 5,5% sus compras de bebidas gravadas. En un estudio posterior, los mismos autores (2017)

34 En el 2015 se incrementó de 13% a 18% el impuesto *ad valorem* dirigido a las bebidas con alto contenido de azúcar y se disminuyó de 13% a 10% el impuesto a las bebidas con bajo contenido de azúcar.

constataron que, durante el 2015, las compras de bebidas azucaradas con impuestos disminuyeron en 9,7%. Es más, ambos estudios revelaron que los hogares con el nivel socioeconómico más bajo tuvieron las mayores reducciones, tanto en 2014 como en 2015.

Además, México aplica desde el 2014 un impuesto *ad valorem* de 8% a alimentos no esenciales con alta densidad calórica³⁵. Un estudio realizado por Batis, Rivera, Popkin, y Taillie (2016)³⁶ para observar cambios en el volumen de compras de alimentos y bebidas gravados y no gravados reveló que, tras el primer año de aplicarse los impuestos, el volumen de compras de alimentos y bebidas gravados disminuyó en 5,1%. Además, las reducciones para algunas subcategorías de alimentos, como refrigerios salados y dulces a base de cereales, fueron estadísticamente significativas en los hogares de condición socioeconómica baja y media. Asimismo, Taillie, Rivera, Popkin y Batis (2017) detectaron que dos años después de comenzar a aplicar el impuesto a los alimentos no esenciales con alta densidad calórica, sus compras disminuyeron en 6% y los hogares que mostraban mayor preferencia por los alimentos gravados mostraron una mayor disminución en las compras. Un estudio posterior (Hernández-F, Batis, Rivera, y Colchero, 2019) confirmó los resultados obtenidos en la primera evaluación, con una reducción de 5,3% en las compras. Dos años después de empezar a aplicarse, el impuesto *ad valorem* parece ser efectivo para reducir las compras de alimentos gravados. Los cambios más significativos se aprecian en las áreas urbanas (-6,9%), en los hogares con niños (-7,0%), en los hogares en los que el jefe o la jefa de hogar posee un nivel educativo correspondiente a la escuela secundaria (-9,9%) y en los de la Región sur del país (-14,8%). Sin embargo, el estudio muestra que en las áreas rurales no se registraron cambios significativos en las compras de alimentos gravados. Estos resultados proceden del estudio de Colchero, Zavala, Batis, Shamah-Levy y Rivera-Dommarco (2017), que demuestra que los

precios incrementan menos que la tasa impositiva en la zona rural.

Otra de las medidas adoptadas para promover una alimentación adecuada es la puesta en marcha de subsidios al consumo de frutas y verduras. Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Guyana y Santa Lucía son algunos de los países donde se han implementado este tipo de medidas (HCC, 2019).

Una revisión de estudios realizada por Thow, Downs, y Jan (2014) sobre los subsidios a los alimentos³⁷ revela un aumento del consumo de alimentos específicos (que se clasificaron en categorías de alimentos saludables o frutas y verduras) de al menos la mitad de la magnitud del subsidio aplicado.

Asimismo, Afshin *et al.* (2017) señalan que, en promedio, una disminución de 10% en el precio incrementa 12% el consumo de alimentos adecuados. De acuerdo con la revisión, los subsidios aumentaron la ingesta de frutas y verduras en 14% y otros grupos de alimentos adecuados, en 16%. Además, los cambios en el precio de las frutas y verduras redujeron el índice de masa corporal. Los diversos resultados respaldarían la eficacia de los subsidios para aumentar el consumo de alimentos adecuados.

En resumen, las opciones de políticas fiscales, como los impuestos y subsidios al consumo que buscan promover una alimentación adecuada, pueden disminuir el consumo de alimentos con altos contenidos de nutrientes críticos y hacer frente al sobrepeso, la obesidad y las ENT. Por medio de los impuestos y subsidios se generan incentivos que fomentan comportamientos asociados con mejores resultados de salud, se mejora la asequibilidad y se promueve el consumo de alimentos adecuados y se desalienta el consumo de opciones menos adecuadas. Los impuestos y los subsidios influyen en el comportamiento de compra de las personas y de los hogares y, con ello, se contribuye a hacer frente a los problemas de salud pública como

35 Definidos como alimentos que contienen 275 calorías o más por cada 100 g.

36 El estudio también incluye el impuesto a las bebidas azucaradas mencionado en el párrafo anterior.

37 En Australia, Brasil, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

Este tipo de políticas están siendo consideradas por un número creciente de países para promover una alimentación adecuada, especialmente cuando forma parte de intervenciones multisectoriales integrales basadas en la población. Asimismo, estas opciones de políticas fiscales pueden incentivar a la industria alimentaria a reformular los alimentos para mejorar la calidad nutricional de sus productos. También permiten generar ingresos públicos y los gobiernos pueden utilizar dichos fondos para el cuidado y la promoción de la salud de la población (OMS, 2016). Sin embargo, para avanzar en estas medidas es necesario tener presentes los contextos políticos y económicos de cada país. En la práctica, estos cambios implican generalmente costos para distintos actores que son parte de los sistemas alimentarios, y por tanto, la puesta en marcha de estas medidas suele requerir de amplios procesos de negociación y liderazgo político.

Sistemas de protección social

La protección social busca proteger a las poblaciones con mayor vulnerabilidad frente a las causas económicas, ambientales y sociales de la pobreza, la desigualdad y la inseguridad alimentaria (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

Los programas de protección social (sean contributivos como la seguridad social, no contributivos como la asistencia social o intervenciones en el mercado del trabajo como los programas de formación para el empleo o los seguros de desempleo) pueden aumentar el poder adquisitivo de los consumidores, es decir, están relacionados con los alimentos que adquieren y consumen las personas. Además, son una fuente relativamente estable de ingreso para el hogar que puede ayudar a disponer de cierta seguridad que permita tomar decisiones de mediano plazo. Asimismo, las familias de menores ingresos asignan la mayor parte de su presupuesto para gastos en necesidades básicas, así, la mayor parte de los recursos recibidos por las familias desde los programas de protección social son utilizados para la compra de alimentos.

La protección social puede ser una estrategia importante para atender las causas estructurales³⁸ de la malnutrición al proteger los ingresos, cultivos y activos de los hogares, y asegurando que las necesidades básicas puedan ser cumplidas, incluido el acceso a una dieta nutritiva.

Este tipo de políticas puede contribuir a mejorar la alimentación de los hogares a través de transferencias de alimentos y monetarias, y facilitar el acceso a la atención de salud mediante transferencias que pueden, o no, ser condicionadas. El impacto en el estado nutricional puede ser maximizado a través de los sistemas de protección social, a través de acciones complementarias sensibles a la nutrición con enfoque a los grupos en una situación de mayor vulnerabilidad, adaptadas a las necesidades nutricionales específicas de cada grupo (véase el **Recuadro 11**). En este sentido, la protección social sensible a la nutrición tiene como objetivo introducir herramientas que impacten directamente en indicadores nutricionales. La fortificación con micronutrientes, cupones vinculados al canje de alimentos con mejor aporte nutricional o estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento (SBCC) que promueve la diversidad de la dieta, son algunos de los ejemplos más relevantes para la Región. Estas acciones deben estar vinculadas a otros sectores y servicios como desarrollo infantil temprano, saneamiento e higiene, servicios de salud y planificación familiar, agricultura familiar vinculada a los programas de alimentación escolar. El diseño e implementación de estas herramientas y su vinculación con estos sectores y servicios tendrán el potencial de lograr mayor impacto en la pobreza, el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición (Devereux y Nzabamwita, 2018).

38 Entre las causas estructurales está la desigualdad, la discriminación, la exclusión. Por ello “La protección social sensible al género pone énfasis en los riesgos y vulnerabilidades sociales basados en el género tales como la exclusión, la discriminación y la violación de los derechos, y en la potencialidad de promover una mayor igualdad de género a través de los programas y sistemas de protección social” (WFP, 2017a, pág. 5).

Por otro lado, los sistemas de protección social en ALC se usan cada vez más en las respuestas a emergencias, a pesar de haber sido concebidos con otros propósitos. Esto ocurre porque la protección social se ocupa de asistir a los necesitados, independientemente de si esta necesidad es una condición socioeconómica establecida (por ejemplo, pobreza crónica), forma parte del ciclo de vida (por ejemplo, personas de edad avanzada) o la causó un choque (Beazley, Solórzano, y Barca, 2019).

Asimismo, las políticas públicas de protección social y nutrición, cuando fomentan redes de protección por medio de la integración de distintos programas y acciones en el territorio, facilitan no solo el acceso individual o familiar a los programas, sino también la articulación de distintas acciones, en distintos sectores, para distintas dimensiones de la vida, fortaleciendo la red de protección y garantía de derechos. Además, pueden apoyar la generación de resiliencia y vincular los enfoques de emergencia y desarrollo. Por lo general, las personas y los hogares afectados por la malnutrición sufren en mayor medida las consecuencias derivadas de una situación que perturbe sus medios de vida. Las intervenciones de protección social pueden proteger a la población y a los hogares en una situación de mayor vulnerabilidad y ayudarlos a recuperarse de las emergencias (FAO, 2015a).

En particular, ALC tiene una larga trayectoria en términos de desarrollo de sistemas de protección social, entre los cuales destacan los programas de transferencias monetarias condicionadas. Este tipo de programas entrega una transferencia monetaria a las familias, a cambio del cumplimiento de ciertas condicionalidades (por lo general de salud y educación). Con ellas, se busca mitigar la pobreza actual, así como romper el ciclo de transmisión de la pobreza para la próxima generación por medio del desarrollo del capital humano entre las familias titulares de los programas. La proporción de hogares pobres beneficiarios de programas de transferencias monetarias condicionadas en la Región aumentó de 3,6% a 20,2% entre 2000 y 2016, llegando aproximadamente a 130 millones de personas (Cecchini y Atuesta, 2017). En 2017, solamente en

20 países de ALC³⁹, operaban de forma activa más de 30 programas de transferencias monetarias condicionadas (Cecchini, Atuesta, y Morales, 2018).

Una revisión bibliográfica de estudios realizada por Segura-Pérez, Grajeda, y Pérez-Escamilla (2016) señala que los programas de transferencias monetarias condicionadas de Brasil, Colombia y México tuvieron impactos positivos en la salud y el estado nutricional de los niños y niñas de dichos países.

Asimismo, Hoddinott y Wiesmann (2008) en su análisis de los programas de transferencias condicionadas en México (Progresá), Honduras (Programa de Asignación Familiar) y Nicaragua (Red de Protección Social) encontraron que la exposición a los programas aumenta la adquisición calórica en los hogares en los terciles más pobres en 5,6% en México, 6,9% en Honduras y 12,7% en Nicaragua. También muestran que hay un probable mejoramiento en la diversidad de la dieta de los beneficiarios, especialmente en los hogares más pobres.

Un estudio de Bortoletto Martins y Monteiro (2016) sobre el impacto del programa *Bolsa Família* en las familias brasileñas de bajos ingresos impacta de manera positiva en la disponibilidad de alimentos. En comparación con las familias no beneficiarias, las familias del programa presentaban un mayor gasto en alimentos, una mayor disponibilidad de alimentos frescos e ingredientes culinarios, incluidos aquellos que mejoran la calidad y diversidad de la alimentación. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al gasto y la disponibilidad de alimentos y bebidas procesados y ultraprocesados. Asimismo, estudios revisados por Martins, Canella, Baraldi, y Monteiro (2013) sobre el programa *Bolsa Família* de Brasil señalan que, en general, el programa ha tenido efectos positivos en el estado nutricional, ingesta

39 Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay.

alimentaria y seguridad alimentaria de los niños y niñas de hogares beneficiados. Los niños y niñas presentaron resultados antropométricos positivos (altura y peso adecuados para su edad) en comparación con aquellos no beneficiados por el programa (Paes-Sousa, Santos, y Miazaki, 2011; Assis *et al.*, 2014). Además, la mortalidad asociada a diarrea y malnutrición de los niños y niñas menores de 5 años se redujo (Wolf y Barros Filho, 2014). También se ha revelado que los beneficiarios del programa gastan más en alimentos *in natura* o mínimamente procesados (7,3% más) y con ingredientes para preparaciones culinarias (10,4% más), comparados a los no beneficiarios (Martins y Monteiro, 2016). En tanto, Lima, Fisberg, Uchimura, y Picheth (2013) llevaron a cabo un estudio para evaluar la calidad de la alimentación de la población adulta que recibe el programa *Bolsa Família* en Curitiba, en el estado de Paraná. La media del Índice de alimentación saludable (HEI, por sus siglas en inglés)⁴⁰ fue de 51 puntos, lo que representa una alimentación que necesita mejorar. De acuerdo a la evaluación, la población presenta una alimentación monótona con una ingesta adecuada de legumbres, pero baja en frutas, verduras y productos lácteos. El nivel educacional y la ocupación de la población observada fueron las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la HEI media. A mejor calidad de la alimentación, mayor es el consumo de energía y menor es el porcentaje de grasa total y colesterol.

En el caso del programa *Familias en Acción* de Colombia, las revisiones realizadas por Attanasio, Syed, y Vera-Hernandez (2004) y Attanasio, Battistin, Fitzsimons, Mesnard, y Vera-Hernández (2005) señalan que se pudo observar un incremento en el consumo de alimentos, tanto en áreas rurales como urbanas, y que dicho aumento fue mayor para las fuentes de proteínas animales. Sin embargo, Lopez-Arana, Avendano, Forde, Van Lenthe, y Burdorf (2016) en un estudio cuasi experimental investigaron los efectos del programa en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar y escolar, con el

objetivo de entender mejor los posibles efectos de las transferencias monetarias condicionadas en el sobrepeso y la obesidad de esta población. Los resultados del estudio no mostraron ningún efecto del programa en el sobrepeso u obesidad de los niños y niñas, aunque los resultados relacionados al índice de masa corporal (*BMI z-scores*) fueron mayores para los niños y niñas en el grupo de tratamiento, por lo que existe la probabilidad de un aumento estadísticamente significativo en el BMI en este grupo de edad a partir del programa.

En México, los niños y niñas de entre 12 y 36 meses de edad que participaban del extinto Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) eran más altos. También, se señala que los niños y niñas menores de 6 meses de hogares urbanos beneficiarios del programa Oportunidades eran más altos y poseían mayor peso (Leroy *et al.*, 2008).

En conclusión, las redes de protección social permiten mejorar el acceso de la población a alimentos en situaciones de crisis o en periodos de escasez de ingresos. Además, tienen el potencial para mejorar la nutrición de las poblaciones que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Para garantizar que estas políticas combatan de manera integral la malnutrición, se debe emplear un enfoque sensible a la nutrición en su diseño e implementación.

Es fundamental, además, que este tipo de políticas cuenten cuando sea preciso con un enfoque intercultural, a partir de una aproximación desde criterios de autoidentificación étnica-racial, así como la aplicación de un enfoque de género transversal para mejorar la atención a los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. Las políticas de protección social representan una oportunidad única para modificar los persistentes sesgos que atentan contra los derechos de las personas. ■

40 El Índice de alimentación saludable es un instrumento que clasifica a las personas de acuerdo a los niveles de consumo de los grupos de alimentos.

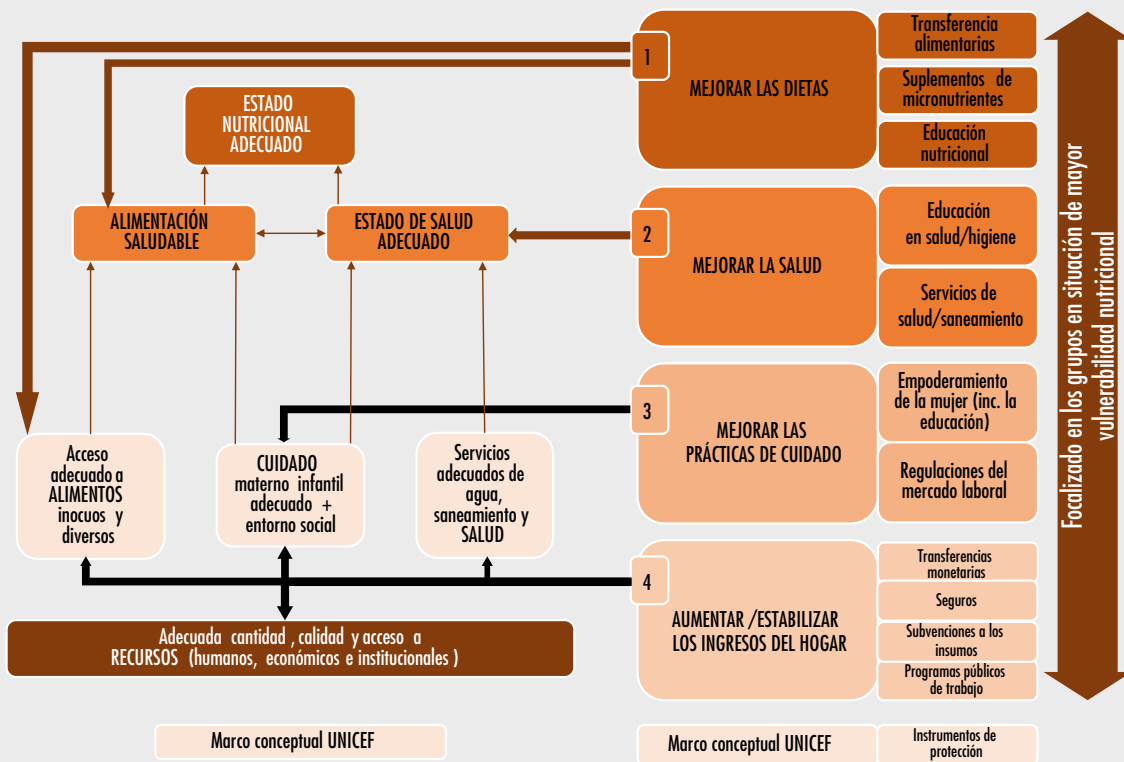
RECUADRO 11 ENFOQUE DE PROTECCIÓN SOCIAL SENSIBLE A LA NUTRICIÓN

Las políticas y programas de protección social pueden impactar de forma positiva en la nutrición al incrementar o estabilizar los ingresos de los hogares y mejorar la calidad de su alimentación, su salud y las prácticas de cuidado, entre otros. Además, el enfoque de protección social sensible a la nutrición puede influir en la diversidad, inocuidad y cantidad de alimentos consumidos por cada persona, en la salud materno infantil y en el acceso a servicios de salud e higiene y de agua y saneamiento (FAO, 2015a).

Para poder implementar un enfoque de protección social sensible a la nutrición es necesario que las políticas se centren en los grupos en situación de

mayor de vulnerabilidad socioeconómica o nutricional, ampliando las redes de protección social en crisis. Asimismo, es necesario fomentar estrategias para que los hogares y personas puedan diversificar su alimentación y medios de vida. Se debe empoderar a las mujeres y ellas tienen que ser las beneficiarias de las políticas y programas de protección social. Se tiene que fortalecer los vínculos entre protección social, nutrición y los servicios de salud y saneamiento e incorporar la educación nutricional y su promoción. Además, tienen que tener objetivos e indicadores explícitos de nutrición (FAO, 2015).

Marco conceptual de la malnutrición y posibles puntos de acción de la protección social



FUENTE: Traducido de FAO, 2015a y adaptado de UNICEF, 1990.

FUENTES: FAO, 2015a; UNICEF, 1990.

2.3 PROMOCIÓN, PUBLICIDAD E INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS

MENSAJES PRIORITARIOS

→ En la Región, el sobrepeso afecta 18 millones de niños y niñas mayores de 5 años y a 32 millones de adolescentes, mientras que la obesidad tanto en la niñez como en la adolescencia se triplicó entre 1990 y 2016.

→ Los niños y las niñas son especialmente vulnerables a la influencia de la publicidad y la promoción. La exposición de los niños, las niñas y los adolescentes a la publicidad y la promoción de productos poco saludables y el consumo de esos productos provoca problemas de malnutrición como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT) durante la niñez, la adolescencia y la vida adulta.

→ El consumo excesivo de azúcar, grasas (totales, saturadas, trans) y/o sal/sodio se asocian con riesgos para la salud. Los sistemas de etiquetado frontal de advertencia nutricional en ALC se han diseñado con el propósito de informar al consumidor de forma fácil y rápida de qué productos contienen una cantidad excesiva de azúcar, grasas y/o sal/sodio y representan un riesgo para la salud.

→ Las medidas de regulación de la publicidad y de la comercialización de alimentos y bebidas se consideran una de las estrategias clave para hacer frente al problema de la obesidad infantil y del desarrollo de ENT. Por medio del etiquetado nutricional y del etiquetado frontal de advertencia nutricional se puede contribuir a un entorno alimentario saludable que empodere a los consumidores y les permita contar con más información cuando adquieran sus alimentos y bebidas.

En el entorno alimentario, las distintas formas en que se dan a conocer los alimentos disponibles a los consumidores son relevantes para la toma de decisiones sobre qué alimentos comprar y cómo alimentarse. Los consumidores conocen los productos de forma completa o incompleta a través de la publicidad, la promoción y la información que proporcionan quienes los comercializan.

Por un lado, la publicidad, está presente en distintos medios de comunicación (televisión, internet, redes sociales, etc.), en el tipo de envasado, los logotipos y el emplazamiento de productos, entre otros. Luego están las promociones, en forma de ventas con descuentos, premios, muestras, cupones, concursos y ventas cruzadas. La publicidad y la promoción pueden influir de distintas formas en las preferencias de los consumidores y sus hábitos de compra. Por otro lado, la información presente en el etiquetado de los productos podría ayudar al consumidor a discernir la conveniencia nutricional de adquirir un alimento u otro (HLPE, 2017).

Efecto de la publicidad y la promoción en los niños y los adolescentes

La demanda de productos nocivos, como el tabaco, las bebidas alcohólicas y los ultraprocesados es dirigida en gran medida por estrategias de mercadotecnia aplicadas en la publicidad y la promoción. Estas influyen en las decisiones de los consumidores y pueden conducir a elecciones menos críticas y racionales al adquirir un producto (Hirigoyen, 2012); Tversky y Kahneman D, 1974; Brosch *et al.*, 2012; Hoyer, 1984; Knutson *et al.*, 2007; Deshpande *et al.*, 1982; Olshavsky y Granbois, 1979; Wright, 1975; Johnson y Payne 1985; Johnson, 1984). Así, pueden promover el consumo de productos o alimentos no adecuados para la salud de las personas. Diversos estudios han demostrado que la preferencia y el consumo por productos ultraprocesados, con alto contenido de grasas, azúcares y/o sal/sodio está influida por las estrategias masivas de mercadotecnia aplicadas en la publicidad y promoción (OPS, 2011).

Es especialmente preocupante la exposición de las niñas y los niños a los mensajes publicitarios de alimentos y bebidas que no cumplen con las recomendaciones para el crecimiento y el desarrollo óptimo, sobre todo porque, durante la niñez y la adolescencia, la vulnerabilidad y la dificultad para discernir son mayores (Bjurström, 2000). A través de la promoción y la publicidad se intenta establecer vínculos emocionales con los niños y las niñas, incentivando la lealtad de marca y las compras repetitivas mediante diversas técnicas para llamar la atención (personajes animados, obsequios, objetos coleccionables, concursos, etc.). En el entorno escolar también se busca llamar la atención de los jóvenes a través de la publicidad y la promoción (OPS, 2011).

Un estudio realizado en once países reveló que, en todos ellos más de la mitad de la publicidad de alimentos era de productos con altas concentraciones de calorías, azúcar, grasas o sodio. Además, la proporción de publicidad de este tipo de productos era aún mayor en la hora de máximo visionado del público infantil (Kelly *et al.*, 2010).

(Castronuovo, Gutkowski, Tiscornia, y Allemandi, 2016) muestran que las niñas y los niños argentinos están expuestos cada semana a sesenta y un anuncios televisivos de alimentos procesados y ultraprocesados que distan de promover una alimentación adecuada. Los más recurrentes publicitan postres, lácteos, bebidas azucaradas sin alcohol, restaurantes de comida rápida y bocadillos salados. Además, el análisis de Allemandi, Castronuovo, Tiscornia, Ponce, y Schoj (2017) da cuenta de cómo las decisiones de compra de las madres, y por tanto el consumo, resultan influidos por los productos que los niños y niñas ven en la publicidad y las promociones. El mismo estudio señala que puede observarse una mayor sensibilización de las madres de mayor nivel educativo respecto al consumo de ciertos tipos de alimentos, como bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados en comparación con los sectores de menor nivel educativo. Otro elemento relevante es el hecho de que el consumo de ciertos productos se ve como algo aspiracional, y se enfatiza la importancia de consumir determinadas marcas y acceder a ciertos productos que antes no se podían adquirir.

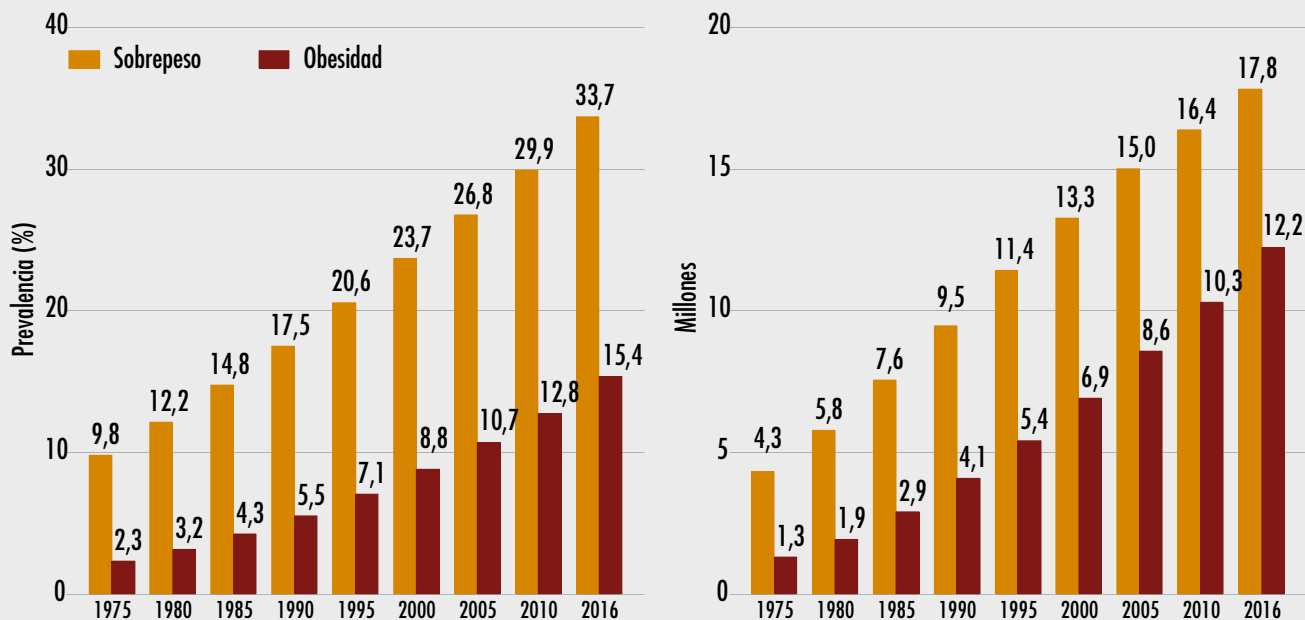
La relación entre el consumo de ultraprocesados y la obesidad ha sido objeto de estudio de varios autores (da Costa Louzada *et al.*, 2015; De Deus Mendonça *et al.*, 2016; da Silva Cruz Lopes, Araújo, Levy, Barreto, y Giatti, 2019). Se ha descrito el efecto del elevado consumo de dichos productos sobre la obesidad abdominal infantil (Costa *et al.*, 2019), sobre marcadores de inflamatorios crónicos en adultos (da Silva Cruz Lopes, Araújo, Levy, Barreto, y Giatti, 2019) y sobre el desarrollo de la ENT (Rocha y Libby, 2009; Navab, Gharavi, y Watson, 2008). Otros estudios muestran que el consumo de ultraprocesados da como resultado el aumento de peso o la obesidad (Gómez-Donoso *et al.*, 2019; Juul, Martinez-Steele, Parekh, Monteiro, y Chang, 2018; Hall *et al.*, 2019).

Así, un niño, niña o joven que crece en un entorno muy influido por la publicidad y la promoción de productos no saludables está expuesto a dietas de baja calidad nutricional y a un mayor riesgo de padecer obesidad (Taveras, Gillman, Kleinman, Rich-Edwards, y Rifas-Shiman, 2010; Cairns, Angus, Hastings, y Caraher, 2013). Por tanto, limitar la exposición a la publicidad y la promoción y al consumo de ultraprocesados, con alto contenido en azúcares, grasas y/o sal/sodio, podría ser una estrategia efectiva para la prevención y tratamiento de la obesidad desde edades tempranas.

Las Figuras 30 y 31 muestran cómo han evolucionado el sobrepeso y la obesidad tanto en los niños y las niñas mayores de 5 años como en los adolescentes de la Región. El sobrepeso infantil (de 5 a 9 años) pasó de 17,5% a 33,7% entre 1990 y 2016, con casi a 18 millones de niños y niñas afectados en la Región. Pero lo más preocupante es que el mayor aumento se aprecia en las tasas de obesidad de este grupo poblacional, que se triplicó en el mismo periodo, de 4 a 12 millones, con 15% de población infantil afectada.

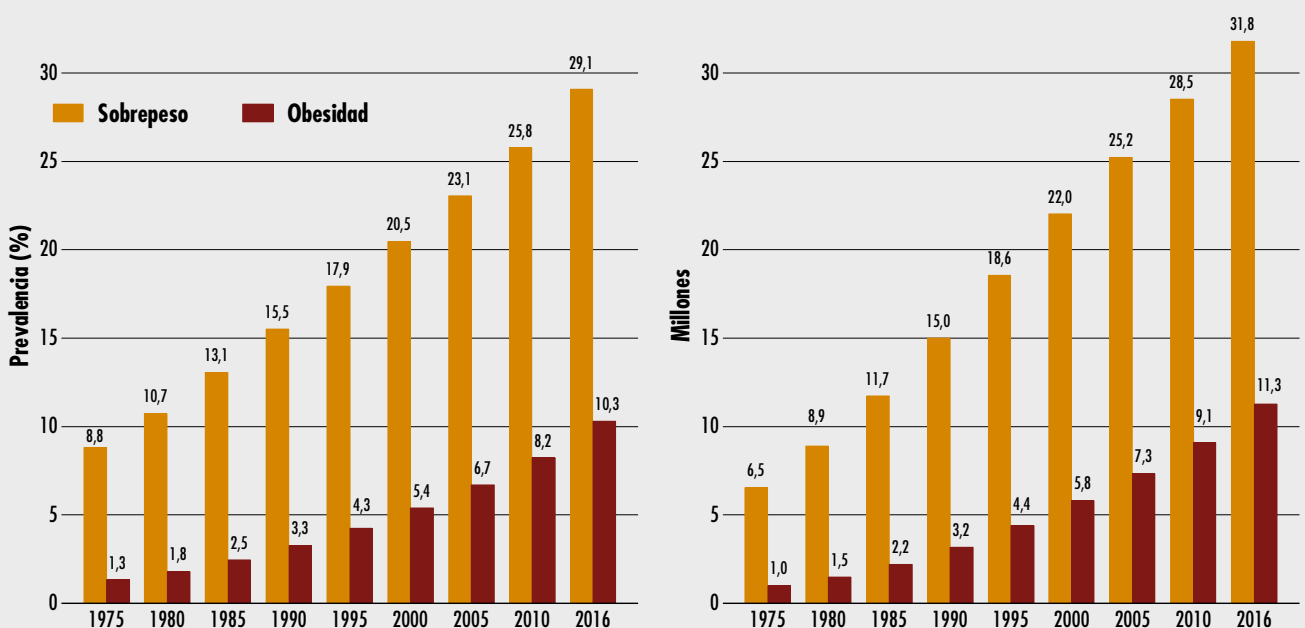
Asimismo, el sobrepeso en adolescentes (de 10 a 19 años) también ha registrado un importante aumento en el mismo periodo, de 15,5% a 29%, con casi a 32 millones de afectados en la Región. En el mismo periodo la obesidad ha aumentado aún más, de 3 millones a más de 11, lo que representa que 10% de los adolescentes en la Región son obesos.

FIGURA 30
EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS (5-9 AÑOS) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1975-2016



FUENTE: OMS, 2019; DAES, 2019.

FIGURA 31
EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES (10-19 AÑOS) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1975-2016



FUENTE: OMS, 2019; DAES, 2019.

Difícilmente se conseguirá reducir el consumo de productos poco saludables sin una regulación efectiva de la promoción y la publicidad de productos altos en calorías y de bajo aporte nutricional, y sin garantizar una información clara, rápida y sencilla a los ciudadanos, tal y como se verá con mayor detalle en la subsección de políticas públicas.

Composición de los productos ultraprocesados e información disponible

Ya se ha mencionado que el consumo de ultraprocesados en ALC está en aumento. Algunos países consumen más de 580 gramos por persona al día. Por tanto, tiene interés profundizar en la composición de estos productos, en los nutrientes que aportan y en cómo pueden implicar un consumo excesivo de grasa, azúcar y/o sal/sodio. Es además de gran importancia que esta información se muestre de forma transparente y simple para el consumidor.

Según el *Informe de la Nutrición Mundial* (Development Initiatives, 2018), en todos los grupos de ingresos y en todos los países se excede el consumo máximo de riesgo de bebidas azucaradas, en perjuicio, además, del consumo de frutas, hortalizas y granos integrales. En los países de ingresos altos se supera el consumo recomendado de sal, carnes procesadas, carnes rojas, grasas saturadas y ácidos grasos trans (grasas trans).

Según la OPS (2019c), en siete países de América Latina los productos ultraprocesados contienen una cantidad excesiva de grasas, grasas saturadas, azúcar o sal, y casi 75% tiene por lo menos dos de estos ingredientes en exceso. Más de la mitad tiene exceso de azúcar, dos quintos, de grasa, más de la mitad, de grasas saturadas y más de 60% de sodio (OPS, 2019c).

La composición de nutrientes en calorías de los ultraprocesados revisados en el estudio anterior es de 43% de azúcar, 25% de otros carbohidratos, 16% de otras grasas, 11% de grasas saturadas y solo 5% de proteínas. Además, en promedio aportan 600 mg de sodio por persona al día. También se sabe que 50% de las calorías

provenientes de azúcar procede solo de las bebidas carbonatadas (OPS, 2019c).

Diversos estudios muestran que el consumo de ultraprocesados se asocia a un mayor consumo de azúcar, grasas, sal/sodio y calorías, con los diversos riesgos para la salud que conllevan (GBD 2017 *Diet Collaborators*, 2019; Anand *et al.*, 2015; Hall *et al.*, 2019; Moodie *et al.*, 2013). Ya se ha dicho que el consumo de ultraprocesados se asocia a un mayor riesgo de obesidad y de ENT. Adicionalmente, la gran presencia de estos productos y la cantidad excesiva de dichos ingredientes no necesariamente se hace constar de forma explícita y clara en el empaque y el etiquetado de estos alimentos. La ausencia de regulaciones para el etiquetado y el rotulado de alimentos que garanticen información clara, simple y útil conduce a los ciudadanos a una alimentación no adecuada y en desmedro de su salud (Egnell *et al.*, 2018). Un buen etiquetado puede influir tanto en las preferencias de los consumidores como en el comportamiento de la industria, incentivando la reformulación y el desarrollo de productos (HLPE, 2017).

Políticas de promoción, publicidad e información para dietas más saludables

Regulación de la publicidad y de la comercialización de alimentos y bebidas

La publicidad y la promoción de alimentos y bebidas tienen un amplio alcance y, por lo general, se enfocan en productos alimentarios con alto contenido de grasas, azúcar o sal. A su vez, los recursos privados dedicados a publicitar los alimentos superan ampliamente la inversión pública en promoción y campañas por la alimentación saludable. Se han puesto en marcha diversas medidas para garantizar que, sobre todo los niños y niñas estén protegidos contra los efectos de la publicidad y la comercialización de productos ricos en grasas, grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres y/o sal/sodio y puedan crecer y desarrollarse en un entorno que promueva una alimentación adecuada (OMS, 2010).

En la Región, sobre todo en los últimos años, algunos países han aprobado alguna reglamentación obligatoria de la publicidad, la

promoción o la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, niñas y adolescentes. Además, Chile, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay cuentan con regulaciones obligatorias de la publicidad o comercialización de alimentos en el entorno escolar.

Por ejemplo, la Resolución 13/2014 del Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente (CONANDA) en Brasil establece criterios de publicidad y comercialización dirigidas a niños, niñas y adolescentes y prohíbe cualquier tipo de publicidad abusiva⁴¹. Sin embargo, algunas empresas no cumplen con esa restricción y los procesos de denuncia y judicialización no son ágiles. El *Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)*, en conjunto con otras organizaciones de la sociedad civil han organizado el *Observatório de Publicidade de Alimentos (OPA)*, que ofrece a los ciudadanos una plataforma para facilitar la identificación y la denuncia de publicidades y estrategias ilegales de mercadotecnia. El OPA también apoya la difusión de casos de publicidad ilegal y que han sido sancionadas (OPA, 2019).

Por otro lado, la Ley 20.606/2012 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad de Chile, y sus normas regulatorias prohíben el ofrecimiento o la entrega gratuita y la publicidad de alimentos con elevados contenidos de calorías, grasas, azúcares o sal a menores de 14 años. Además, la Ley señala que no se pueden expender, comercializar, promocionar y publicitar dentro de establecimientos de educación parvularia y básica dichos alimentos. Toda publicidad de este tipo de alimentos no puede dirigirse a niños, niñas o adolescentes menores de 14 años. Asimismo, debe acompañarse de un mensaje que promueva una alimentación adecuada. De igual modo, la Ley 20.869 sobre publicidad de los alimentos prohíbe la publicidad de los sucedáneos de la leche materna para lactantes hasta los 12 meses de edad y veda la publicidad, por televisión o

41 Es decir, cualquier forma de comunicación de mercado que busca persuadir a los niños, niñas y adolescentes a consumir un producto o servicio utilizando estrategias que los atraigan.

cine, de cualquier alimento “alto en”⁴² entre las seis de la mañana y las diez de la noche, para todo público.

Con el objetivo de incentivar una alimentación adecuada, Costa Rica promulgó el *Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos* a través del Decreto Ejecutivo 36.910-MEP-S y su reforma restringe la publicidad directa e indirecta de productos alimentarios con altos contenidos de grasas, azúcares y sal en los centros o instituciones educativas públicas de preescolar, primaria y secundaria dentro del territorio nacional. Asimismo, por medio del *Reglamento de bares escolares del sistema nacional de educación*, Ecuador prohíbe la venta y la publicidad de alimentos y bebidas procesados cuyos contenidos superen los parámetros establecidos en el reglamento, con cafeína o edulcorantes no calóricos, bebidas procesadas que contengan menos de 50% del alimento natural que lo caracteriza en su formulación y las bebidas energéticas. En Jamaica también entró en vigor en la Región la prohibición de bebidas azucaradas en el entorno escolar. Además de restringir las bebidas azucaradas, el estándar desincentiva el uso de edulcorantes para reeducar el paladar de los niños y niñas.

En el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, México estableció medidas regulatorias de la publicidad y el etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas⁴³. Los lineamientos señalan que los anuncios de alimentos y bebidas no alcohólicas que no cumplen con los criterios nutrimentales

42 Alimentos y bebidas cuyo contenido supera los límites de ciertos nutrientes y el producto es considerado “alto en” calorías, sodio, azúcares o grasas saturadas.

43 Diario Oficial de la Federación: 15/04/2014. Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

establecidos pueden publicitarse solo en ciertos horarios y durante la transmisión de telenovelas, deportes, noticieros, series y películas consideradas no aptas para menores.

En Perú, la Ley 30.021/2013 de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes trata de incentivar una alimentación adecuada e restringe la publicidad dirigida a niños, niñas y adolescentes menores de 16 años a través de cualquier medio. En tanto, la Ley 19.140/2013 de Alimentación Saludable en los Centros de Enseñanza prohíbe la publicidad y la comercialización de alimentos y bebidas que no cumplen con los estándares de nutrición señalados en la Ley.

Panamá ha impulsado varias iniciativas para regular los efectos nocivos de la publicidad, la promoción y el consumo de productos altos en azúcares, sal y grasas en las escuelas, como la Ley 75 de 15 de noviembre de 2017, que establece medidas para promover la alimentación adecuada y estilo de vida saludable en los centros educativos. El Resuelto 3.623 del 17 de julio de 2017 del Ministerio de Educación por el cual se dictan medidas para la alimentación saludable escolar en todos los centros educativos oficiales y particulares del país; y la Resolución 49 del 30 de enero de 2018 del Ministerio de Salud, *que adopta la guía básica para la oferta de alimentos saludables en kioscos y cafeterías de Centros Educativos del país.*

Correa, Reyes, Smith Taillie, y Dillman Carpentier (2019) analizaron la publicidad de alimentos en la televisión chilena antes de la primera fase y tras la etapa final de implementación de la Ley 20.606. De un total de 44 890 anuncios, 16% estaban relacionados con alimentos y bebidas y el porcentaje de publicidad de alimentos fue mayor en la transmisión de televisión abierta (21%) que en los canales de cable (11%). Además, 34% de los anuncios de alimentos y bebidas incluían como mínimo un producto con alta presencia de al menos uno de los cuatro nutrientes críticos establecidos (calorías, grasas saturadas, azúcar o sal). El estudio también señala que los anuncios de productos “altos en” los veían más niños y niñas que adultos y contenían más estrategias de mercadeo dirigidas a dicho grupo de edad

que los anuncios de otro tipo de productos. Si esa publicidad se restringe a los programas donde 20% son niños y niñas de 4 a 12 años, se reduciría 31% de su exposición y 8% de la exposición de la audiencia general a productos “altos en”. La normativa chilena, que limita la publicidad de alimentos con alto contenido de nutrientes críticos a entre las seis de la mañana y las diez de la noche, captura 80% de la exposición de toda la audiencia.

Un estudio de Rincón-Gallardo Patiño *et al.* (2016) analizó la calidad nutricional de los alimentos y bebidas no alcohólicas anunciadas en la televisión mexicana y descubrió que durante el periodo estudiado⁴⁴ se emitieron 2 544 anuncios publicitarios de alimentos y bebidas no alcohólicas. Los más publicitados fueron las bebidas (24,6%), seguidas del chocolate y el azúcar de confitería (19,7%), los pasteles, las galletas dulces y los pasteles (12,0%), los bocadillos salados (9,3%), los cereales para el desayuno (7,1%), las comidas listas para consumir (6,4%) y los productos lácteos (6%). Por lo general, los alimentos publicitados durante la programación de dibujos animados tenían un contenido más alto de energía y azúcar, mientras que los anunciados durante la programación deportiva tenían la mayor cantidad de grasas totales y de sal. De acuerdo con el estudio, más de 60% de los alimentos y bebidas publicitados no cumplían con los estándares de calidad nutricional. Por lo tanto, no deberían comercializarse para niños y niñas.

Es importante notar que las tácticas de mercadotecnia han ido evolucionando y se han ampliado más allá del plano televisivo, y llegan a internet y a las redes sociales. Estos medios utilizan otros comunicadores, como los influenciadores digitales, para acercar las marcas y los productos a distintos públicos. Eso impone la necesidad de ampliar el objeto de las regulaciones de publicidad a todas las estrategias mercadotécnicas, y a expandir los mecanismos de monitoreo, fiscalización y sanción a todos esos medios y tácticas de mercadotecnia.

⁴⁴ Anterior a que la regulación mexicana sobre criterios nutricionales y de publicidad de alimentos entrara en vigor.

En síntesis, la influencia de las prácticas de promoción y publicidad de alimentos y bebidas con elevados niveles de nutrientes críticos como grasas, azúcar y sal es considerada una de las principales causas de la obesidad y el desarrollo de ENT en la edad adulta. La regulación de este tipo de prácticas ha sido propuesta como una de las estrategias más importantes y de gran impacto para hacer frente al problema de la obesidad infantil y el desarrollo de ENT.

Si bien se ha avanzado en el establecimiento de regulaciones gubernamentales, sobre todo en cuanto la promoción y publicidad en las escuelas, la difusión por internet (sitios web y redes sociales) e indirecta siguen siendo algunos de los medios de mayor promoción de productos y que aún no se han regulado.

Por otro lado, el ámbito escolar constituye un espacio idóneo para proteger a los niños, niñas y adolescentes y para promover la salud. Los espacios escolares deben, por lo tanto, ser ambientes alimentarios saludables que faciliten la adopción de prácticas alimentarias y de estilos de vida más sanos. La combinación del ambiente escolar promotor de la salud junto con la inclusión en la malla curricular de contenidos sobre alimentación, nutrición y de fomento de la actividad física pudieran contribuir a reducir la alta carga de sobrepeso y obesidad en las escuelas y en la vida adulta (UNESCO y FAO, 2019). Otros elementos de interés para que la escuela sea un espacio saludable son el acceso a agua segura, espacios para la realización de actividad física y la regulación de la publicidad, promoción y consumo de productos poco saludables incluso alrededor de la escuela. Además, la inclusión de contenidos de alimentación y estilos de vida saludables en la formación docente servirá para sensibilizar a la comunidad educativa. Es necesario también realizar acciones de promoción de la alimentación saludable con padres y madres de familia y con demás actores a nivel de la comunidad.

Etiquetado nutricional y etiquetado frontal de advertencia nutricional de alimentos

El etiquetado nutricional proporciona a los consumidores datos sobre el contenido de nutrientes de un alimento (FAO y OMS, 1985). El Codex Alimentarius ofrece recomendaciones sobre el etiquetado de los alimentos y las declaraciones de propiedades nutricionales incluidas en las etiquetas, con la finalidad de orientar a los consumidores sobre lo que están comprando y asegurar que el producto sea lo que dice ser. Por ejemplo, en países como Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, las etiquetas nutricionales de alimentos preenvasados deben, por Ley, incluir el contenido de grasas trans. Sin embargo, dichas etiquetas requieren que el individuo tenga algunos conocimientos sobre nutrición y son difíciles de interpretar para la población en general (HLPE, 2017).

La interpretación de la tabla nutricional situada en la parte posterior o lateral de los productos requiere conocimientos matemáticos y de nutrición para poder evaluar el contenido del producto y comparar productos de una misma o de distinta categoría. El esfuerzo cognitivo y tiempo empleado por consumidores en la toma de decisiones, en particular en el caso de compras repetidas de alimentos, es mínimo (Tversky y Kahneman, 1974; Brosch, Coppin, Schwartz, y Sander, 2012; Hoyer, 1984; Knutson, Rick, Wimmer, Prelec, y Loewenstein, 2007; Deshpande, Hoyer, y Jeffries, 1982; Olshavsky y Granbois, 1979; Wright, 1975; Johnson y Payne, 1985; Johnson M. D., 1984), por esa razón, las tablas nutricionales son poco utilizadas y entendidas (Christoph, Larson, Laska, y Neumark-Sztainer, 2018; Persoskie, Hennessy, y Nelson, 2017).

Diversos países de ALC han adoptado o puesto en marcha distintos sistemas de etiquetado en la parte frontal de los envases con el propósito de ayudar a los consumidores a identificar de forma fácil y rápida los productos con cantidades excesivas de nutrientes asociados al desarrollo de ENT, que son las que provocan más muertes y restan años de vida de calidad en ALC. Además, el etiquetado frontal de advertencia nutricional puede “influir en las opciones de alimentos envasados hacia alternativas más

sanas y mejorar las dietas de una población con creciente sobrepeso y obesidad” (INSP y UNICEF, 2016, pág. 2).

Ecuador fue el primer país de la Región que adoptó un sistema de etiquetado interpretativo, con un sistema gráfico de información textual y barras de colores colocadas de horizontalmente. La barra de color rojo se utiliza para señalar los nutrientes (azúcar, sodio o grasa) de alto contenido y se acompaña de la frase “alto en”. La barra de color amarillo se asigna a los componentes de medio contenido y lleva la frase “medio en”, y la barra de color verde señala los componentes de bajo contenido y tiene asignada la frase “bajo en”.

En Chile, el reglamento de la Ley 20.606 sobre la Composición de los Alimentos y su Publicidad establece límites de calorías (275 kilocalorías/100 g o 70 kilocalorías/100 ml), sodio (400 mg /100 g o 100 mg/100 ml), azúcares (10 g/100 g o 5 g/100 ml) y grasas saturadas (4 g/100 g o 3 g/100 ml). Si su contenido sobrepasa dichos límites, el producto se considera “alto en” y los alimentos y bebidas que superan los límites deben incluir un símbolo de advertencia octagonal en blanco y negro en la parte frontal del envase que contenga el texto “alto en” seguido de *calorías*, *sodio*, *azúcares* o *grasas saturadas*, en uno o más símbolos, según corresponda. Además, debe incluirse en el símbolo el texto “Ministerio de Salud”.

Correa *et al.* (2019) examinaron la comprensión, las percepciones y los comportamientos de las madres asociados con el etiquetado frontal de advertencia nutricional un año después de su implementación en Chile. Entre los resultados de la investigación se señala que las madres eran conscientes de que los productos con más etiquetas eran menos saludables que los que mostraban un menor número de octágonos y utilizan la cantidad de etiquetas como guía. Asimismo, se dice que las etiquetas permitieron comprender que algunos alimentos que eran considerados “saludables”, como los cereales, las barras de cereales y los yogures en realidad no lo eran pues su contenido en azúcares es alto. Otro resultado destacable es que después de poner en marcha la regulación, en las escuelas ya no se pueden vender bebidas y alimentos con

altos niveles de energía, grasas saturadas, sodio y azúcares, y los quioscos escolares tuvieron que renovar su oferta de productos. Dichos cambios fueron aceptados por los niños y las niñas, pero los adolescentes y preadolescentes se han resistido más a los cambios en el entorno escolar. Asimismo, las madres encuestadas señalan que las escuelas se han convertido en actores claves para promover cambios en el comportamiento alimentario y que creían que la nueva regulación estaba cambiando las percepciones, actitudes y comportamientos hacia patrones alimentarios más adecuados. En los primeros meses de vigencia de la Ley en Chile, también se identificó en un estudio en la Región Metropolitana de Santiago que el sistema de etiquetado influyó positivamente en la decisión de compra) en 91,6% de los encuestados (Demoscópica e ICEI, 2017).

Diversos estudios realizados en otros países⁴⁵ también han revelado que los sistemas de etiquetado frontal tipo “exceso en” o “alto en” cumplen con el propósito de informar al consumidor cuando los productos contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos, son más útiles, más relevantes, rápidos y tienen mayor capacidad de corregir una percepción equivocada sobre los productos y un mayor potencial de cambiar la decisión de compra (Arrúa *et al.*, 2017; Cabrera *et al.*, 2017; Khandpur *et al.*, 2018; Goodman, Vanderlee, Acton, Mahamad, y Hammond, 2018). En el marco de la Ley 30.021/2013 para la promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes, Perú aprobó un sistema de etiquetado frontal para los alimentos procesados cuyo contenido de sodio, azúcar y grasas saturadas exceden los parámetros técnicos establecidos. Las advertencias publicitarias deben incluir un símbolo octagonal de advertencia en blanco y negro en la parte frontal del envase que contenga el texto “alto en” seguido de “sodio”, “azúcar” o “grasas saturadas”, en uno o más símbolos independientes, de ser necesario. Además, los alimentos procesados que superan los límites de sodio, azúcar y grasas saturadas deben llevar bajo el o los octágonos el texto “evitar su consumo excesivo”. En el caso de los alimentos procesados que sobrepasan los

45 Brasil, Canadá y Uruguay.

parámetros técnicos relacionados a las grasas trans se debe incluir el texto “evitar su consumo”. Asimismo, en Uruguay todos los productos listos para el consumo deben contar con un sistema de rotulado frontal con símbolos de diseño octogonal, con fondo negro y borde blanco, que incluyen en su interior el texto “exceso” seguido del nutriente o nutrientes que exceden los valores señalados: grasas, grasas saturadas, azúcares o sodio, y de las siglas “MSP” en referencia al Ministerio de Salud Pública.

A modo de resumen, el etiquetado de los alimentos es utilizado por los productores y vendedores de alimentos, para comunicarse con sus compradores y consumidores. Además, es una estrategia que puede servir a empoderar a los consumidores y una herramienta para proteger su salud en materia de inocuidad alimentaria y nutrición. Puede otorgar información sobre la identidad y contenido del producto, y sobre cómo manipularlo, prepararlo y consumirlo.

Por medio del etiquetado se puede contribuir a promover un entorno alimentario saludable cuando se entrega información entendible a los ciudadanos sobre el contenido de los alimentos, permitiéndoles tomar decisiones que ayudan a proteger la salud; y también puede motivar a los fabricantes a producir alimentos que contengan perfiles nutricionales más saludables (FAO, 2016).

Sin embargo, si se desea que el etiquetado de los alimentos tenga un mayor impacto en la salud pública, es necesario incrementar las tasas de uso en la población. Los profesionales de la salud pública pueden capacitar a las personas sobre el uso del etiquetado de los alimentos y aumentar la conciencia sobre la necesidad de mejores prácticas alimentarias.

Además, se deben pensar en nuevas formas para concientizar a la población por medio de modificaciones en las campañas nacionales o del etiquetado de los alimentos para reducir la proporción de la población que no utiliza dicha información. Por sí solo, el etiquetado de los alimentos no es suficiente para modificar el comportamiento de los individuos, pero puede ser una herramienta que impacte de forma positiva en los esfuerzos para combatir la obesidad y las ENT relacionadas con la alimentación

(Ollberding, Wolf, y Contento, 2011).

Asimismo, es necesario llamar la atención sobre la importancia de considerar la promoción, publicidad e información que existe para los productos con cierto grado de procesamiento, no empaquetados y que frecuentemente no llevan etiquetado. Dichos productos a veces se comercializan informalmente y hay una carencia de datos y estadísticas que permita evidenciar sus impactos sobre la nutrición y salud y, por ende, en el desarrollo de instrumentos de política específicos para este tipo de productos y los entornos alimentarios donde se encuentran. ■

2.4 CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

MENSAJES PRINCIPALES

→ La inocuidad y la calidad de los alimentos son esenciales para lograr la seguridad alimentaria por su transversalidad en la producción, elaboración, almacenamiento, transporte, distribución, preparación y consumo de los alimentos.

→ Es importante mantener un enfoque preventivo en lo que respecta a la inocuidad de los alimentos, ya que un alimento contaminado (no inocuo) no necesariamente presenta atributos sensoriales (olor, forma, color, sabor) diferentes a un alimento inocuo.

→ Los alimentos insalubres o de mala calidad tienen importantes impactos en salud y la economía. La OMS estima que en el año 2010 se presentaron 600 millones de casos de enfermedades de transmisión alimentaria que causaron 420 000 muertes. En términos económicos, se estima que a la Región le cuesta más de 7 000 millones de USD anuales la pérdida de capital humano debido a enfermedades de transmisión alimentaria.

→ La falta de inocuidad o la mala calidad de los alimentos afecta especialmente a los pobres. Como consumidores, suelen alimentarse en mercados informales de alimentos, lo que incrementa su

exposición a riesgos de contaminación alimentaria. Como productores o empleados a lo largo de la cadena alimentaria, enfrentan barreras para acceder a mercados.

- ➔ Las medidas de política dirigidas a promover la inocuidad de los alimentos tratan de disminuir los riesgos a la salud relacionados con el consumo de alimentos contaminados. Entre estas medidas se encuentran las acciones domésticas como el acceso a agua potable, las acciones de alcance internacional como los sistemas de vigilancia y alerta temprana de sanidad alimentaria y animal o las medidas que tratan de mejorar la infraestructura y la higiene medioambiental.
- ➔ Las medidas relacionadas con la calidad incluyen acciones relacionadas con la calidad nutricional, como la reformulación de alimentos para mejorar sus propiedades nutricionales. Estas medidas ya se están implementando en los diversos países de la Región, ya sea por medio de acuerdos voluntarios con los distintos sectores de la industria o por medio de regulaciones obligatorias.

El acceso a alimentos suficientes, de calidad e inocuos es fundamental para llevar una vida sana. La inocuidad de los alimentos, definida en el Codex Alimentarius, se entiende como “la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destinan” (FAO y OMS, 2005). El agua y los alimentos son inocuos cuando no contienen microorganismos peligrosos (bacterias, virus, parásitos u hongos), contaminantes químicos (alérgenos, residuos de medicamentos veterinarios, agroquímicos, así como aditivos alimentarios que excedan los límites máximos residuales) o agentes físicos externos (tierra, pelos, insectos, etc.) que representen un riesgo para la salud (OPS, 2019a).

Por su parte, la calidad de los alimentos se relaciona con atributos positivos (como su valor nutricional, su origen, color, aroma, textura y método de producción o elaboración) que influyen en el valor de un producto para el consumidor, así como con la ausencia de atributos negativos (descomposición, contaminación por suciedad, pérdida de color, malos olores) (FAO, 2007). En ese sentido, la calidad nutricional de

los alimentos está estrechamente relacionada con la provisión de información nutricional adecuada al consumidor.

La inocuidad y la calidad de los alimentos favorecen la ingesta adecuada de nutrientes, mejorando el estado nutricional y de salud de las personas. Los alimentos inocuos y de calidad son pilares fundamentales de la seguridad alimentaria. A pesar de su importancia, conjugar ambos elementos representa un desafío práctico porque la inocuidad y la calidad de los alimentos son transversales al sistema alimentario y se originan en la producción, atraviesan la transformación, el almacenamiento, el transporte y la distribución, y concluyen con la preparación y el consumo de los alimentos.

Estos elementos tienen repercusiones importantes en la salud pública, la productividad y la pobreza. La evidencia apunta que los mercados informales de alimentos representan riesgos de inocuidad, y a la vez estos son la principal fuente de alimentación de la población en pobreza, en especial en las áreas urbanas. De hecho, se estima que los costos económicos asociados a pérdidas por enfermedades, incapacidad o muerte por consumo de alimentos insalubres ascienden a 95 200 millones de USD anuales en los países de ingresos bajos y medios. Se estima que en ALC este costo asciende a 7 400 millones de USD anuales (Jaffee, Henson, Unnevehr, Grace, y Cassou, 2019).

Adicionalmente, la inocuidad y calidad de los alimentos puede afectar a los modos de vida, en especial al de los más pobres, porque son atributos clave para promover el acceso a los mercados y la productividad, principales vehículos del desarrollo económico y la reducción de la pobreza, en especial en las áreas rurales (FAO y OMS, 2018a). La falta de inocuidad o la baja calidad de los alimentos puede tener impactos negativos en las actividades de los pequeños agricultores y pequeñas y microprocesadoras y distribuidoras de alimentos, así como en el empleo de trabajadores involucrados en empresas comercializadora de alimentos.

Riesgos para la salud del consumo de alimentos contaminados

El consumo de alimentos inocuos es clave en la vida de las personas porque las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) causan padecimientos y muerte. La OMS (2015a) estima que en el año 2010 se presentaron 600 millones de casos de enfermedades de transmisión alimentaria que causaron 420 000 muertes, de las que 125 000 fueron de menores de 5 años.

Unos 550 millones de esos casos se asociaron a agentes infecciosos que causan diarrea.

Los alimentos insalubres pueden transmitir enfermedades infecciosas o tóxicas causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas nocivas para la salud. De acuerdo con la OMS (2019b) la falta de inocuidad de los alimentos transmite hasta 200 enfermedades diferentes, desde la diarrea hasta el cáncer. El Cuadro 6 presenta ejemplos de algunos agentes y alimentos

CUADRO 6
AGENTES BIOLÓGICOS Y QUÍMICOS INVOLUCRADOS EN BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, SELECCIÓN DE EJEMPLOS

Agentes biológicos y químicos		Ejemplos de vehículos alimentarios
Agentes biológicos		
Bacterias	Salmonella spp.	Huevos crudos, carne de aves y otros productos de origen animal
	Campylobacter	Carne de aves cruda o poco cocida, agua contaminada y leche sin pasteurizar
	Escherichia coli enterohemorrágica (EHEC)	Leche cruda sin pasteurizar y carne poco cocida. También frutas y hortalizas frescas regadas con agua contaminada por heces de animales
	Listeria spp.	Productos lácteos sin pasteurizar, frutas, hortalizas, y diversos alimentos preparados
	Vibrio cholerae	Arroz, hortalizas, papilla de mijo y varios tipos de mariscos
	Vibrio parahaemolyticus	Mariscos crudos y poco cocidos
Virus	Norovirus	Agua contaminada con el virus. Además alimentos como frutas y hortalizas regadas con agua contaminada y mariscos cosechados en aguas contaminadas
	Hepatitis A	Alimentos y agua contaminados con el virus
Parásitos	Tremátodos	Pescado y mariscos crudos o poco cocidos, así como plantas acuáticas crudas. También verduras crudas contaminadas por heces humanas o animales
	Echinococcus spp.	Alimentos (verduras) y agua contaminados con heces de perros infectados
	Taenia solium	Carne de cerdo infectada cruda o poco cocida
	Ascaris, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica o Giardia	Alimentos frescos que provienen de agua o suelo contaminados
Agentes químicos		
Toxinas naturales	Micotoxinas (Aspergillus, Penicillium, Fusarium, otros)	Maíz y cereales diversos, granos de café, nueces, otros
	Biotoxinas marinas	Pescado y mariscos crudos
Contaminantes orgánicos persistentes (COP)	Dioxinas	Se acumulan en la cadena alimentaria animal y causan inmunotoxicidad en la población humana y disrupción hormonal, entre otras afecciones
	Policlorobifenilos (PCB)	
Metales pesados	Plomo, cadmio y mercurio)	Alimentos contaminados con estas sustancias vía aire, suelo o agua

FUENTE: Elaboración propia con datos de CDC, 2019; FAO, 2019c; OMS, 2019b.

involucrados en brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos.

Las enfermedades transmitidas por vía alimentaria afectan a toda la población, en particular a lactantes, población infantil menor de 5 años, adultos mayores y población inmunocomprometida. Algunas ETA provocan trastornos gastrointestinales y como consecuencia los nutrientes no se absorben adecuadamente o el organismo no los aprovecha. Otras provocan trastornos más severos en diversos órganos del cuerpo humano e inducen estados de nutrición precarios y aumento en el riesgo de muerte.

Rol de la inocuidad y de la calidad en el comercio de alimentos

Los problemas de inocuidad alimentaria no solo representan una amenaza para la salud, sino también para el desarrollo económico de una comunidad. En la actualidad, la cadena de suministro de ciertos alimentos ha crecido a una escala global gracias al comercio internacional, lo que ha colocado a la inocuidad como un elemento fundamental que facilita o inhibe el tránsito de alimentos entre ciudades, regiones y países.

RECUADRO 12 INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS: UN ASUNTO DE TODOS

En reconocimiento de la importancia de la inocuidad alimentaria, en diciembre de 2018 la Asamblea General de Naciones Unidas decidió celebrar anualmente el Día Mundial de la Inocuidad de los Alimentos (DMIA). Desde 2019, cada 7 de junio se dedica a destacar los beneficios de la inocuidad de los alimentos.

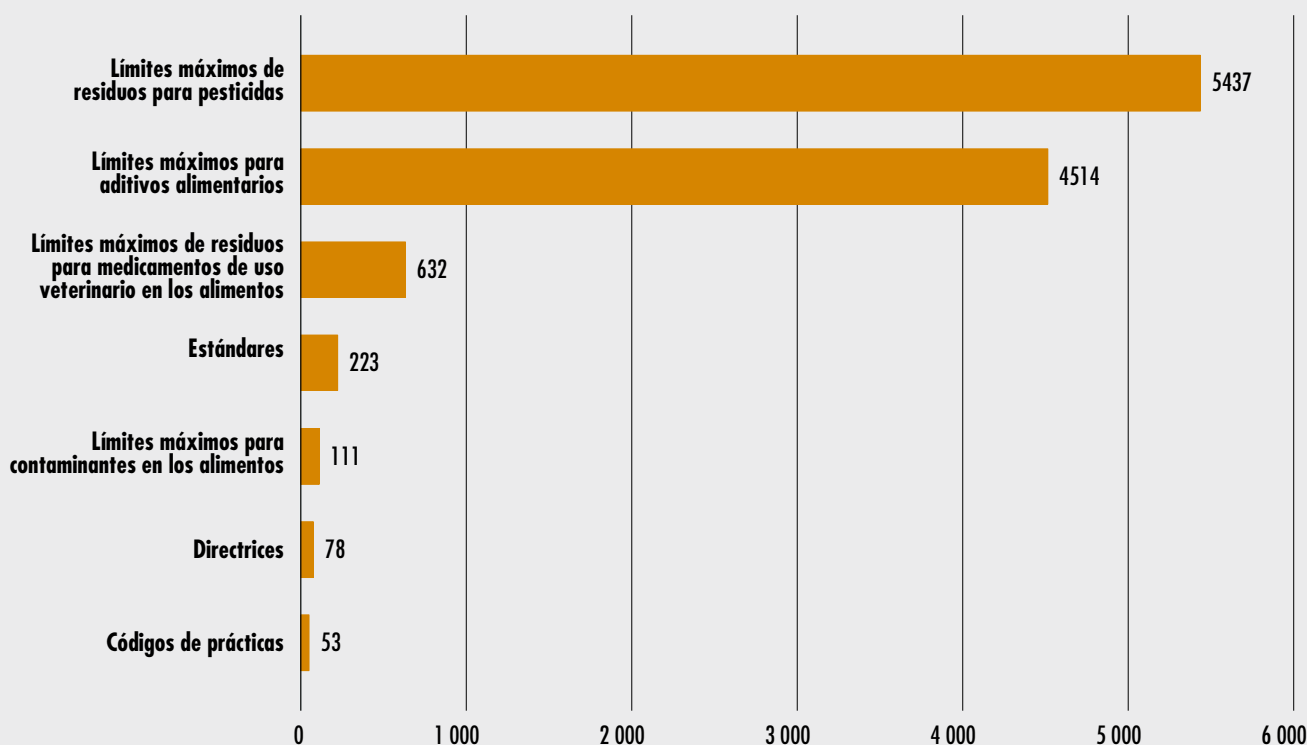
A propósito del primer DMIA de la historia, la FAO y la OMS definieron una serie de acciones sobre cómo los participantes a lo largo de la cadena de suministros de alimentos pueden contribuir para alcanzar la inocuidad alimentaria. Las acciones incluyen cinco pasos para lograr cambios de forma sostenida en la inocuidad de los alimentos:

1. **Garantice la inocuidad:** los gobiernos deben garantizar alimentos inocuos y nutritivos para todos.
2. **Cultive alimentos inocuos:** los productores agrícolas y de alimentos tienen que adoptar buenas prácticas.

3. **Mantenga los alimentos inocuos:** los operadores de empresas deben asegurarse de que los alimentos sean transportados, almacenados y procesados de forma inocua.
4. **Compruebe que sean inocuos:** todos los consumidores necesitan acceder a información oportuna, clara y fiable relativa a los riesgos nutricionales y de enfermedades asociados con sus opciones alimentarias.
5. **Actúe conjuntamente en pro de la inocuidad:** los gobiernos, los organismos económicos regionales, las organizaciones de Naciones Unidas, las agencias de desarrollo, las organizaciones comerciales, los grupos de consumidores y productores, las instituciones académicas y de investigación, así como las entidades del sector privado deben trabajar de manera conjunta sobre las cuestiones de la inocuidad de los alimentos.

FUENTE: Elaborado con información de FAO y OMS, 2019.

RECUADRO 13
TRABAJO DE LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS Y SUS PAÍSES MIEMBROS.
DIRECTRICES Y CÓDIGOS DE PRÁCTICAS POR TEMAS



LM: límites máximos; LMR: límites máximos de residuos.

NOTA: Actualizado a julio de 2018.

FUENTE: FAO y OMS, 2019a.

La expansión del comercio internacional de alimentos en las últimas décadas ha contribuido a ampliar las oportunidades para los productores de alimentos e incrementar la oferta de alimentos en los mercados domésticos. Esto ha redundado en mejoras económicas para los productores de alimentos, y mejoras en el acceso físico y económico a los alimentos por parte de los consumidores.

Sin embargo, alimentos insalubres abren la posibilidad de que un riesgo local se convierta en un problema internacional a consecuencia de la transmisión de patógenos y contaminantes a través de las fronteras, y, por lo tanto, en causas para frenar el flujo comercial de alimentos. Por este motivo, la Organización Mundial del Comercio (OMC) establece una serie de normas para el comercio multilateral y constituye un foro para solucionar diferencias y negociar nuevas normas. Dado que las normas son esenciales para un comercio fluido, en los Acuerdos de la OMC se recomienda encarecidamente a los gobiernos

que armonicen sus prescripciones de conformidad con las normas internacionales. En relación con la inocuidad y la calidad de los alimentos, el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (Acuerdo MSF) y el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio de la OMC (Acuerdo OTC) se basan en las normas del Codex Alimentarius y las toman como punto de referencia para la armonización (FAO y OMC, 2018).

Asimismo, la FAO y la OMS impulsaron en 2004 la creación de la Red Internacional de Autoridades de Inocuidad Alimentaria (INFOSAN, por sus siglas en inglés). Esta red ha facilitado el intercambio de información entre países, lo que favorece el manejo de los posibles riesgos consecuencia de los alimentos contaminados. Gracias al trabajo de INFOSAN se sabe que los principales riesgos alimentarios en 2017 provinieron del consumo de alimentos contaminados como el pescado, los mariscos, las carnes y sus derivados, y las hortalizas (FAO y OMS, 2018a).

Políticas de inocuidad y calidad para dietas más saludables

Las medidas de política asociadas a promover la inocuidad de los alimentos buscan disminuir los riesgos que los alimentos consumidos tengan efectos nocivos en la salud del consumidor. Ejemplo de ello es la desinfección del agua potable que protege a la población de los brotes de enfermedades infecciosas y parasitarias que surgen en el agua. La adición de cloro, cloraminas, ozono, yodo, dióxido de cloro y luz ultravioleta buscan mejorar las cualidades microbianas, químicas y estéticas del agua (HLPE, 2017).

En términos más amplios de política pública, el acceso a infraestructura y servicios públicos es fundamental para mejorar la inocuidad de los alimentos. Entre estas medidas se encuentran el acceso a agua potable, acceso a saneamiento, recolección y manejo de desechos, y limpieza en los sitios públicos donde se preparan o comercializan alimentos.

Además de las intervenciones que favorecen la producción y comercialización de alimentos inocuos, es importante garantizar el derecho a los consumidores a acceder a alimentos inocuos. Diversos factores como “La urbanización creciente, los cambios en el poder adquisitivo y los nuevos sistemas de comercialización alteran el acceso a los alimentos y los hábitos de consumo, por lo que es preciso dotar a los consumidores de la capacidad necesaria para realizar elecciones nutritivas e inocuas en el ámbito alimentario” (FAO y OMS, 2018, pág. 2).

Bajo este concepto se incluye la venta de alimentos en la calle, que se ha ido convirtiendo en una parte significativa de la alimentación de muchas personas, en casi todo el mundo, ya que los alimentos son fácilmente accesibles y asequibles. Es un importante sector para garantizar que las poblaciones urbanas tengan acceso a comidas de bajo costo (INFOSAN, 2010).

Sin embargo, es necesario implementar infraestructuras y medidas de higiene medioambiental que garanticen la inocuidad de los procesos de producción de alimentos (INFOSAN, 2010). Algunas son, por ejemplo, la obtención de licencias por parte de los vendedores a fin de

augmentar los niveles de higiene y disminuir las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como la capacitación a los vendedores, entre otros. Una de las opciones más costo-eficiente para disminuir los riesgos sanitarios es sensibilizar a los vendedores sobre los principios y las medidas básicas necesarias para garantizar la inocuidad de los alimentos (INFOSAN, 2010).

En los países de América Latina se observan significativas diferencias en las leyes alimentarias pese a los esfuerzos realizados para armonizarlas. “Con excepción de lo que sucede en Argentina y Brasil, la mayoría de las disposiciones relacionadas con la higiene en la producción, procesamiento y manipulación de alimentos se encuentran comprendidas en los códigos sanitarios que tratan la mayoría de los aspectos de la salud humana y animal, y dependen del ministerio de salud” (OPS, 2019). No obstante, la entidad responsable de formular las normas relacionadas con los bienes consumibles es, por lo general, una agencia gubernamental independiente y se encarga de la formulación de las normas alimentarias (OPS, 2019).

A escala internacional, los países realizan esfuerzos para implementar, mejorar y coordinar internacionalmente sus esfuerzos para el monitoreo y seguimiento de los riesgos sanitarios producto de alimentos contaminados. Asimismo, a través de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, los países elaboran normas de alimentación consensuadas y basadas en evidencia que contribuyen a la salud pública y la dinamización del comercio.

La Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA), formada en 1997, es un mecanismo de interacción entre laboratorios cuya misión es promover la garantía de inocuidad y calidad de los alimentos en las Américas. Hasta la fecha, más de 250 laboratorios de treinta y un países son miembros de la RILAA y se reúnen regularmente.

Como ya se mencionó, la calidad de los alimentos se refiere a atributos como el tamaño, la forma, el color, la textura, el sabor y la composición, además, de la forma en la que se producen o elaboran. Si bien la calidad de los alimentos incluye varios aspectos, gran parte de las intervenciones se centran su la calidad nutricional.

En este sentido, un ejemplo de instrumentos de políticas pueden ser la regulación o las directrices de carácter voluntario dirigidas a mejorar la composición de los alimentos y por ende, la calidad de estos en el entorno alimentario (HLPE, 2017).

Un instrumento dirigido a evidenciar la calidad de los productos alimenticios es el modelo de perfil de nutrientes de la OPS (2016), cuyo objetivo es clasificar los alimentos y bebidas, identificando los productos procesados y ultraprocesados con cantidades excesivas de azúcares libres, sal, total de grasas, grasas saturadas o ácidos grasos trans, según las recomendaciones de ingesta de la OMS. Este perfil puede ser útil para guiar la reformulación de productos alimenticios.

En ALC existen diversos ejemplos de reformulación de productos de carácter obligatorio o voluntario. Es así como en Argentina y Paraguay se establecieron límites obligatorios máximos de sal en ciertos productos. En tanto, en países como Argentina, Colombia, Chile, Ecuador y Perú, se estableció de forma obligatoria disminuir o eliminar las grasas trans en determinados productos para consumo humano. Además, los países de la Región aprobaron el *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de la producción industrial 2020-2025* por medio del cual se plantean opciones para eliminar las grasas trans (OPS, 2019b).

En cuanto a las iniciativas voluntarias, países como Argentina, Chile, Ecuador, México y Uruguay han llegado a acuerdos con la industria panadera para reducir el contenido de sal en el pan. Además, en Ecuador se suman a esta iniciativa los productores de embutidos. En tanto, en el marco de la estrategia nacional para reducir el consumo de sal, Brasil mantiene conversaciones con la industria alimentaria y establece objetivos bianuales específicos para cada categoría de alimentos y, por medio de la educación y la información, intenta disminuir la cantidad de sal agregada. Un estudio de Nilson *et al.* (2017) encontró evidencia de que el enfoque voluntario para establecer objetivos de reducción de sal en el país está conduciendo a una reducción gradual del contenido de sodio en la mayoría de las categorías de alimentos estudiadas, entre 2011 y 2017.

Asimismo, la Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas (IFBA, por sus siglas en inglés)⁴⁶ está comprometida con la reformulación y la innovación de productos con el objetivo de ofrecer opciones alimentarias que ayuden a las personas a llevar una alimentación saludable y equilibrada. Para ello, trabajan en estrategias de reducción de la sal, el azúcar y las calorías, y las grasas saturadas, así como la eliminación de grasas trans. Además, los miembros de IFBA incorporan a sus productos ingredientes como granos integrales, fibras, frutas, verduras y lácteos bajos en grasa. También cooperan para mejorar la nutrición de la población en riesgo de deficiencia de vitaminas y micronutrientes. Para ello, desarrollan alimentos y bebidas enriquecidos con micronutrientes a un precio asequible, en colaboración con científicos, gobiernos locales y profesionales de la salud.

Por último, si bien los alimentos de venta callejera son una fuente importante de nutrientes de bajo costo listos para el consumo para la población urbana de menores ingresos, los riesgos sanitarios que conllevan pueden afectar a la salud de las personas. Al mejorar la inocuidad de los alimentos vendidos en la calle se mejora la salud pública y se promueve el desarrollo del sector turístico. Sin embargo, también es necesario concientizar a los turistas sobre las enfermedades de transmisión alimentaria. Para ello se puede utilizar la Guía para los viajeros sobre la inocuidad de los alimentos de la OMS (INFOSAN, 2010).

La mayoría de los países no cuentan con una reglamentación específica sobre la inocuidad de los alimentos de venta callejera y cuando existe tal reglamentación, vigilar su cumplimiento representa un desafío dado el gran número de vendedores ambulantes de alimentos y debido a la movilidad de algunos de los vendedores (INFOSAN, 2010).

Por medio de la reformulación de productos los países pueden regular y controlar la calidad

46 La Alianza reúne las doce compañías más grandes de alimentos y bebidas no alcohólicas a nivel mundial, con el objetivo de empoderar a los consumidores para que tomen decisiones informadas. Su trabajo se basa en un conjunto de acciones reconocidas por la OMS, los gobiernos y la sociedad civil.

nutricional de los alimentos. Sin embargo, es necesario mencionar que, por sí sola, la reformulación de productos no basta para mejorar el entorno alimentario y hacer que los consumidores elijan productos más saludables⁴⁷.

47 Otro determinante importante de los hábitos alimentarios de las personas son las preferencias alimentarias (véase el Recuadro 14).

Por lo tanto, este tipo de políticas debe combinarse con otras medidas tales como el etiquetado (FAO, 2018a).

Pese a observar avances en cuanto a acuerdos voluntarios, es necesario continuar regulando la materia por medio del establecimiento de políticas de reformulación de alimentos procesados para poder obtener mejores perfiles nutricionales. ■

RECUADRO 14 PREFERENCIAS GUSTATIVAS POR LO DULCE Y LO SALADO

Las preferencias alimentarias se forman temprano en la vida, desde el útero, y posteriormente por medio de la lactancia materna y los alimentos que se consumen en la infancia. Son determinantes importantes de la ingesta diaria y de los comportamientos alimentarios, y pueden persistir desde la primera infancia hasta la edad adulta. Por lo tanto, la creación de preferencias por alimentos que contribuyen a una alimentación más saludable desde una edad temprana es primordial para una alimentación y una salud adecuada de por vida. En este sentido, los padres y los cuidadores pueden aprender a lidiar con la aversión innata de los bebés a los sabores agrios y amargos, que puede conducir al rechazo inicial de algunos alimentos saludables como las verduras. Los niños pequeños pueden aprender a disfrutar estos alimentos a través de la exposición continua. Por el contrario, si los bebés y los niños y niñas están acostumbrados a los alimentos y bebidas dulces y salados, es probable que sigan pidiéndolos en el futuro.

Un estudio de la OMS en Europa descubrió que varios bizcochos, obleas y papas fritas tenían una densidad energética muy elevada, lo que aumentaba el riesgo de un consumo excesivo de energía. De los 7 955 alimentos o bebidas estudiados para bebés y niños de 0 a 36 meses, entre 18% y más de 50% contenían más de 30% de calorías provenientes del azúcar*, mientras que más de 30% de los productos

incluían edulcorantes, y varios contenían sabores dulces añadidos. El sabor dulce predominante en estos productos puede fomentar una preferencia de por vida por los alimentos dulces, lo que debilita los consejos sobre una alimentación adecuada. Si bien los alimentos o bebidas analizadas no tenían, por lo general, altos niveles de sal/sodio, algunos productos en el mercado contenían ingredientes salados o promoverían una preferencia por los alimentos salados a una edad temprana. Pese a que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Guía de la OMS para poner fin a la promoción inapropiada de alimentos para bebés y niños pequeños desaconsejan la comercialización de alimentos para menores de 6 meses, entre 28% a 60% de los productos estudiados se vendían como adecuados para este grupo de edad.

Tal y como señalan Popkin y Reardon (2018), el azúcar es uno de los principales elementos en todos los alimentos y bebidas de ALC, que es hasta tres veces más altos que los niveles recomendados por la FAO/OMS, en especial en las bebidas azucaradas. En ALC, el aumento de la ingesta de alimentos y bebidas ultraprocesados, los refrigerios y otros comportamientos poco saludables se encuentran relacionados con la ingesta excesiva de energía, azúcar, sal/sodio y grasas saturadas.

*/ La FAO y la OMS (2003) recomiendan que no más de 10% de la energía provenga de azúcar añadida, y posteriormente la OMS lo redujo a 5%.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Beckerman, Alike, Lovin, Tamez, y Mattei, 2017; Popkin y Reardon, 2018; OMS Oficina Regional para Europa, 2019.

ANEXO 1

OBJETIVOS 2 Y 3 DE LOS ODS: METAS E INDICADORES

Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible

Meta 2.1 De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año

- ▶ Indicador 2.1.1 Prevalencia de la subalimentación
- ▶ Indicador 2.1.2 Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en la población, según la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES, por sus siglas en inglés)

Meta 2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad

- ▶ Indicador 2.2.1 Prevalencia del retraso en el crecimiento (estatura para la edad, desviación típica < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) entre los niños menores de 5 años

- ▶ Indicador 2.2.2 Prevalencia de la malnutrición (peso para la estatura, desviación típica $> +2$ o < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS) entre los niños menores de 5 años, desglosada por tipo (emaciación y peso excesivo)

Meta 2.3 De aquí a 2030, duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores, entre otras cosas mediante un acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos e insumos de producción y a los conocimientos, los servicios financieros, los mercados y las oportunidades para añadir valor y obtener empleos no agrícolas

- ▶ Indicador 2.3.1 Volumen de producción por unidad de trabajo según el tamaño de la empresa agropecuaria/pastoral/silvícola
- ▶ Indicador 2.3.2 Ingresos medios de los productores de alimentos en pequeña escala, desglosados por sexo y condición de indígena

Meta 2.4 De aquí a 2030, asegurar la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes que aumenten la productividad y la producción, contribuyan al mantenimiento de los ecosistemas, fortalezcan la capacidad de adaptación al cambio climático, los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, las inundaciones y otros desastres, y mejoren progresivamente la calidad de la tierra y el suelo

- ▶ Indicador 2.4.1 Proporción de la superficie agrícola en que se practica una agricultura productiva y sostenible

Meta 2.5 De aquí a 2020, mantener la diversidad genética de las semillas, las plantas cultivadas y los animales de granja y domesticados y sus correspondientes especies silvestres, entre otras cosas mediante una buena gestión y diversificación de los bancos de semillas y plantas a nivel nacional, regional e internacional, y promover el acceso a los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos y los conocimientos tradicionales conexos y su distribución justa y equitativa, según lo convenido internacionalmente

- ▶ Indicador 2.5.1 Número de recursos genéticos vegetales y animales para la alimentación y la agricultura en instalaciones de conservación a medio y largo plazo
- ▶ Indicador 2.5.2 Proporción de razas locales clasificadas según su situación de riesgo, ausencia de riesgo o nivel de riesgo de extinción desconocido
- ▶ Indicador 2.5.2 Proporción de razas locales clasificadas según su situación de riesgo, ausencia de riesgo o nivel de riesgo de extinción desconocido

Meta 2.a Aumentar, incluso mediante una mayor cooperación internacional, las inversiones en infraestructura rural, investigación y servicios de extensión agrícola, desarrollo tecnológico y bancos de genes de plantas y ganado a fin de mejorar la capacidad de producción agropecuaria en los países en desarrollo, particularmente en los países menos adelantados

- ▶ Indicador 2.a.1 Índice de orientación agrícola para los gastos públicos
- ▶ Indicador 2.a.2 Total de corrientes oficiales (asistencia oficial para el desarrollo más otras corrientes oficiales) destinado al sector de la agricultura

Meta 2.b Corregir y prevenir las restricciones y distorsiones comerciales en los mercados agropecuarios mundiales, incluso mediante la eliminación paralela de todas las formas de subvención a las exportaciones agrícolas y todas las medidas de exportación con efectos equivalentes, de conformidad con el mandato de la Ronda de Doha para el Desarrollo

- ▶ Indicador 2.b.1 Subsidios a la exportación de productos agropecuarios

Meta 2.c Adoptar medidas para asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios y sus derivados y facilitar el acceso oportuno a la información sobre los mercados, incluso sobre las reservas de alimentos, a fin de ayudar a limitar la extrema volatilidad de los precios de los alimentos

- ▶ Indicador 2.c.1 Indicador de anomalías en los precios de los alimentos

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Meta 3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

- ▶ Indicador 3.1.1 Tasa de mortalidad materna
- ▶ Indicador 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado

Meta 3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los

niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

- ▶ Indicador 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- ▶ Indicador 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal

Meta 3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

- ▶ Indicador 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave
- ▶ 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes.
- ▶ Indicador 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes
- ▶ Indicador 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes
- ▶ Indicador 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas

Meta 3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

- ▶ Indicador 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas
- ▶ Indicador 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

Meta 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

- ▶ Indicador 3.5.1 Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas
- ▶ Indicador 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el

consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro

Meta 3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo

- ▶ Indicador 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico

Meta 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

- ▶ Indicador 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
- ▶ Indicador 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad

Meta 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

- ▶ Indicador 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos)
- ▶ Indicador 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares

Meta 3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos

peligrosos y por la contaminación y contaminación del aire, el agua y el suelo

- ▶ Indicador 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente
- ▶ Indicador 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH))
- ▶ Indicador 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias

Meta 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

- ▶ Indicador 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)

Meta 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

- ▶ Indicador 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
- ▶ Indicador 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica
- ▶ Indicador 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

Meta 3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

- ▶ Indicador 3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario

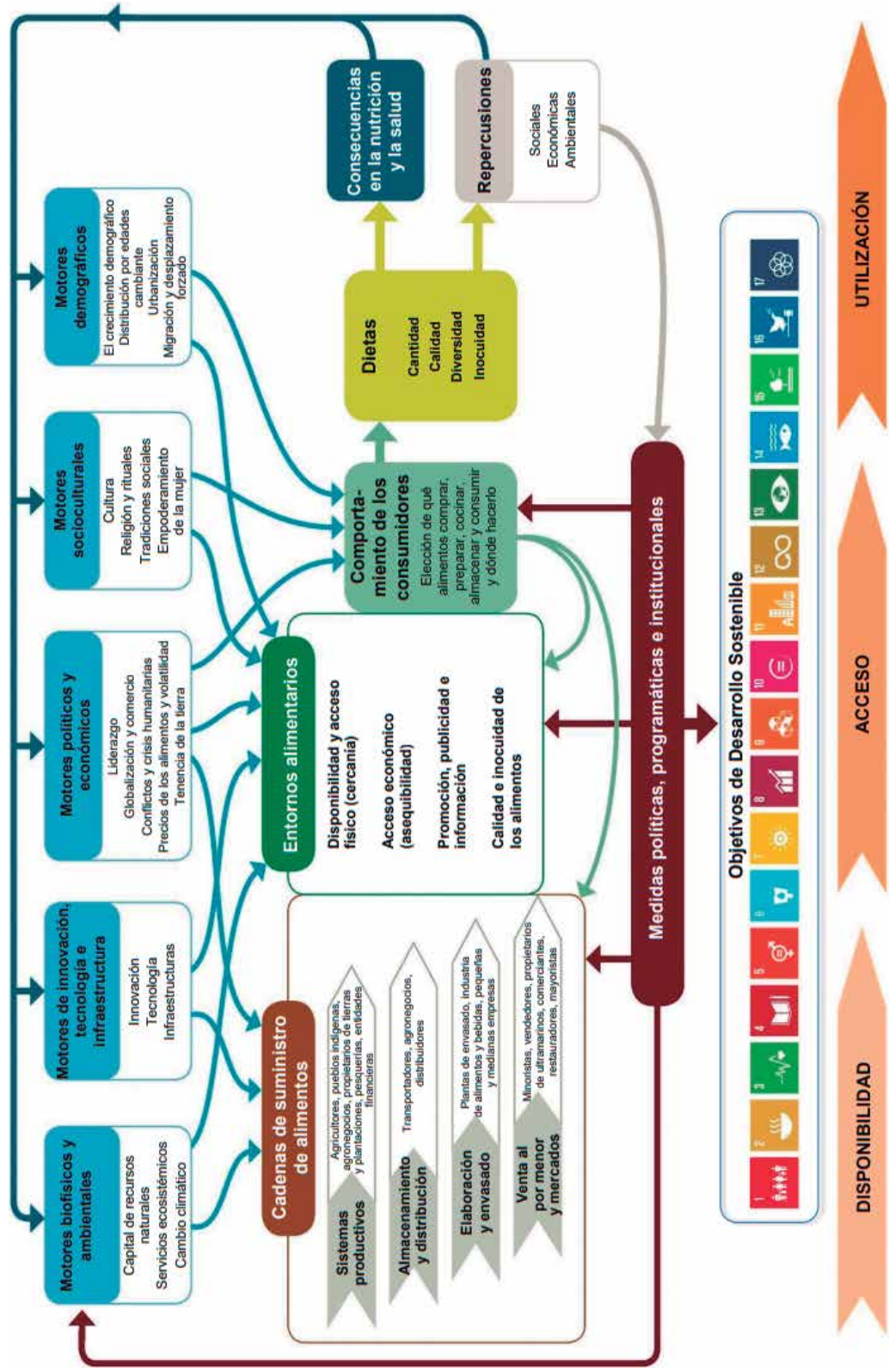
Meta 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

- ▶ Indicador 3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud

Fuente: (UNSTAT, 2017).

ANEXO 2

MARCO CONCEPTUAL DE SISTEMAS ALIMENTARIOS PARA DIETAS Y NUTRICIÓN



ANEXO 3

INICIATIVAS LEGISLATIVAS DEL FRENTE PARLAMENTARIO CONTRA EL HAMBRE PARA PROMOVER SISTEMAS ALIMENTARIOS Y ENTORNOS ALIMENTARIOS SALUDABLES

País	Pérdida y Desperdicio de Alimentos	Etiquetado de Alimentos	Alimentación Escolar	Donación de Alimentos	Alimentación Saludable
Argentina	<p>Ley que crea "Plan Nacional de reducción de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos" (2018)</p> <p>Proyecto de Ley que instituye el día Nacional de Reducción de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos el 29 de septiembre de cada año</p>	<p>Proyecto de Ley "Etiquetado Frontal y Publicidad de los Alimentos y Bebidas destinados al Consumo Humano".</p>	<p>Proyecto de Ley "Incorporación de la Asignatura de 'Alimentación y Cocina Saludable' a los contenidos curriculares del Sistema Nacional de Educación, en sus distintos niveles y modalidades, Educación formal y no formal".</p>	<p>Ley donal. Reforma de la Ley de Regimen Especial para la Donación de Alimentos (2017).</p>	
Bolivia			<p>Ley de Alimentación Escolar en el marco de la Soberanía Alimentaria y la Economía Plural (2014)</p>		<p>Ley de Promoción de Alimentación Saludable (2016)</p> <p>Proyecto: Propuesta de Ley Soberanía Alimentaria para el Vivir Bien.</p>
Brasil	<p>Proyecto de Ley de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos.</p>		<p>Ley sobre Directrices de la Alimentación Escolar (2009)</p>		

ANEXO 3

País	Pérdida y Desperdicio de Alimentos	Etiquetado de Alimentos	Alimentación Escolar	Donación de Alimentos	Alimentación Saludable
Chile	Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario en materia de Disposición de Alimentos para evitar su Desperdicio.	Ley sobre "Composición Nutricional de Alimentos y su Publicidad" (2015) Proyecto: Moción Modificación de la ley N° 20.606, sobre "Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, en lo que respecta al cuidado de la Alimentación de Niños Celiacos o con otras Enfermedades Inmunopatológicas".	Proyecto de Ley que propicia la entrega de Alimentos Saludables por parte de la JUNAEB.	Proyecto de Ley que regula la Entrega de Alimentos a Organizaciones sin Fines de Lucro.	
Colombia	Ley para la Prevención de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos (2019)	Proyecto de Ley sobre Etiquetado de Alimentos en Prevención de Obesidad.			Proyecto de Ley por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional, (SINSAN), se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria y se establecen otras disposiciones.
Costa Rica	Proyecto de Ley de Pérdida y Desperdicio de Alimentos.	Proyecto de ley incorporará criterio nutricional a productos de la canasta básica.			Proyecto de Ley Marco del Derecho Humano a la Alimentación y de la Seguridad Alimentaria y Nutricional.
Ecuador		Reglamento Oficial de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo (2016)	Proyecto de Ley Orgánica de Alimentación Escolar.		Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria (2010) Reglamento Sanitario Sustitutivo Alimentos Procesados para el Consumo Humano (2016)
El Salvador			Ley N° 304 de "Programa de Vaso de leche escolar" (2013)		Proyecto de Ley de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional.
Guatemala	Proyecto de Ley de Desechos Alimenticios.	Proyecto de Ley de Promoción de Alimentación Saludable.	Ley de Alimentación Escolar (2017)		
Haití			Proyecto de Ley de Alimentación Escolar.		Proyecto de Ley de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

País	Pérdida y Desperdicio de Alimentos	Etiquetado de Alimentos	Alimentación Escolar	Donación de Alimentos	Alimentación Saludable
Honduras		Anteproyecto sobre Etiquetado de Alimentos.	Ley de Alimentación Escolar (2016)		Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2011)
México					<p>Modificación de la Ley General de Desarrollo Social para reconocer el Derecho a una Alimentación Nutritiva (2016)</p> <p>Iniciativa con Proyecto de Ley General para el Derecho a la Alimentación y la Soberanía Alimentaria.</p>
Nicaragua					Ley del Digesto Jurídico Nicaragüense de la Materia Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (2009)
San Vicente y las Granadinas					Fondo Fiduciario Hambre Cero.
Paraguay	Anteproyecto de ley sobre Pérdidas y Desperdicios de Alimentos.	<p>Proyecto de Ley de Etiquetado de Alimentos.</p> <p>Anteproyecto de Ley sobre alimentos irradiados.</p>	Ley de Alimentación Escolar y Control Sanitario (2015)		<p>Ley Marco de Soberanía, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Derecho a la Alimentación de Paraguay (aprobada por el congreso 2018, vetada por el gobierno)</p> <p>Proyecto de ley de inocuidad de alimentos.</p>
Perú	Ley que promueve la Reducción y Prevención de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos (2019)		<p>Ley de Promoción de Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes (2013)</p> <p>Proyecto de Ley de Alimentación Escolar.</p>		Proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional (aprobada en el 2015, vetada por el gobierno)
República Dominicana	Proyecto de Ley para la reducción de la Pérdida y Desperdicio de Alimentos.				Ley que crea el Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en la República Dominicana (2016)

FUENTE: Elaboración propia con información oficial de los países.

ANEXO 4

GLOSARIO

Alimentos ultraprocesados: Sustancias procesadas extraídas o refinadas de alimentos integrales (como frutas, cultivos o granos) generalmente con poco valor nutricional en comparación con el alimento entero original.

Carga múltiple de la malnutrición: Coexistencia de diversas formas de desnutrición (retraso del crecimiento y emaciación infantiles, y carencias de vitaminas y minerales) con el sobrepeso y la obesidad en el mismo país, comunidad, hogar o individuo.

Comercios tradicionales: Se refiere a mercados mayoristas, mercados públicos, tiendas pequeñas, tiendas especializadas, ferias libres y mercados itinerantes.

Desiertos alimentarios: Áreas geográficas cuyos residentes tienen acceso limitado o nulo a los alimentos debido a la ausencia o baja densidad de “puntos de entrada de los alimentos” a una distancia de desplazamiento práctica.

Desnutrición: Resultado de una ingesta nutricional deficiente en cantidad y/o calidad, o de absorción y/o uso biológico deficientes de los nutrientes consumidos como resultado de casos repetidos de enfermedades. La desnutrición comprende la insuficiencia ponderal en relación con la edad, la estatura demasiado baja para la edad (retraso del crecimiento), la delgadez peligrosa en relación con la estatura (emaciación) y el déficit de vitaminas y minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes).

Dieta saludable: Una selección equilibrada, variada y adecuada de los alimentos que se consumen durante un período de tiempo. Una dieta saludable asegura que se satisfagan

las necesidades de macronutrientes (proteínas, grasas e hidratos de carbono, incluyendo fibras dietéticas) y micronutrientes esenciales (vitaminas, minerales y oligoelementos) específicas según el género, la edad, el nivel de actividad física y el estado fisiológico de cada persona. Para que la dieta sea saludable: 1) se deberían atender las necesidades diarias de energía, vitaminas y minerales sin consumir un exceso de energía; 2) el consumo de frutas y hortalizas supera los 400 g diarios; 3) la ingesta de grasas saturadas es inferior al 10% de la ingesta energética total; 4) la ingesta de grasas trans es inferior a un 1% de la ingesta energética total; 5) la ingesta de azúcares libres es inferior al 10% de la ingesta energética total o, de ser posible, inferior al 5%, y 6) la ingesta de sal es inferior a 5 g diarios. Una dieta saludable para los lactantes y niños pequeños es similar a la de los adultos, aunque también son importantes los siguientes elementos: 1) los niños pequeños deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante sus primeros seis meses de vida; 2) los niños pequeños deben recibir lactancia continuada hasta los dos años de edad y posteriormente; 3) a partir de los 6 meses de edad, la lactancia materna debe complementarse con una variedad de alimentos adecuados, inocuos y ricos en nutrientes. No deberá añadirse sal o azúcar a los alimentos complementarios.

Emaciación: Peso bajo para la estatura, resultante por lo general de una pérdida de peso asociada a un período reciente de ingestión inadecuada de energía alimentaria y/o enfermedad. En los niños menores de cinco años, la emaciación se define como un peso para la estatura inferior a dos desviaciones típicas por debajo de la mediana de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Entorno alimentario: Hace referencia al contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adopción de decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos.

Entornos obesogénicos: Entornos en los cuales existe una alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos y bebidas ultraprocesados, con elevados contenidos de calorías, grasas, sal o azúcares, elaborados con sustancias extraídas o refinadas de alimentos enteros y gran cantidad de aditivos.

Escala de experiencia de inseguridad alimentaria: Es una escala de seguridad alimentaria basada en la experiencia que se utiliza para medir el acceso a los alimentos en distintos niveles de gravedad que pueden compararse en todos los contextos. Se apoya en las respuestas directas de las personas a preguntas acerca de la presencia de las condiciones y comportamientos que se sabe que reflejan limitaciones en el acceso a los alimentos.

Estado nutricional: Estado fisiológico de una persona que se deriva de la relación entre la ingesta de nutrientes, las necesidades de nutrientes y la capacidad del organismo para digerir, absorber y utilizar dichos nutrientes.

Hambre: El hambre es una sensación física incómoda o de dolor causada por un consumo insuficiente de energía alimentaria. En este informe, el término “hambre” se utiliza como sinónimo de subalimentación crónica.

Ingesta de energía alimentaria: Contenido de energía de los alimentos consumidos.

Inseguridad alimentaria aguda: La inseguridad alimentaria aguda se define como un estado de inseguridad alimentaria, en un área concreta y en un momento determinado, que reviste una gravedad tal que amenaza las vidas humanas o los medios de subsistencia, independientemente de las causas, el contexto o la duración. A este respecto, resulta pertinente proporcionar orientación estratégica que se centre en objetivos a corto plazo para prevenir, mitigar o reducir los efectos de la inseguridad alimentaria que amenace las vidas humanas o los medios de subsistencia.

Inseguridad alimentaria crónica: Inseguridad alimentaria que persiste a lo largo del tiempo, principalmente debido a causas estructurales. Puede incluir la inseguridad alimentaria estacional que se da en períodos con condiciones no excepcionales. A este respecto, resulta pertinente proporcionar orientación estratégica que se centre en la mejora a medio y largo plazo tanto de la calidad como de la cantidad del consumo de alimentos para llevar una vida activa y sana.

Inseguridad alimentaria grave: Nivel de inseguridad alimentaria en el cual las personas probablemente se han quedado sin alimentos, sufren hambre y, en el caso más extremo, pasan días sin comer, poniendo en grave riesgo su salud y bienestar, según la FIES.

Inseguridad alimentaria moderada: De acuerdo con la FIES, es el nivel de inseguridad alimentaria en el que las personas afrontan incertidumbres con respecto a su capacidad de obtener alimentos y se ven obligadas, en ciertas épocas del año, a reducir la cantidad o calidad de los alimentos que consumen por carecer de dinero u otros recursos. Por consiguiente, la inseguridad alimentaria moderada se define como la falta de un acceso uniforme a alimentos, lo que reduce la calidad de la dieta, interrumpe los hábitos alimentarios y puede tener consecuencias negativas para la nutrición, la salud y el bienestar.

Lactancia materna exclusiva: Cuando un lactante recibe solo leche materna, y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de sales de rehidratación oral o gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Macronutrientes: Las proteínas, los carbohidratos y las grasas que están disponibles para la obtención de energía. Se miden en gramos.

Malnutrición: Estado fisiológico anormal debido a un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de macronutrientes o micronutrientes. La malnutrición incluye la desnutrición (retraso del crecimiento y emaciación infantiles, y carencias de vitaminas y minerales) así como el sobrepeso y la obesidad.

Micronutrientes: Vitaminas, minerales y otras sustancias que el organismo necesita en pequeñas cantidades. Se miden en miligramos o microgramos.

Oasis alimentario: Áreas geográficas con abundancia de alimentos adecuados.

Pantanos alimentarios: Áreas geográficas con sobreabundancia de alimentos “poco saludables” y escaso acceso a alimentos “saludables”.

Prácticas óptimas de lactancia materna: Se refiere a la iniciación temprana de la lactancia materna durante la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva hasta la edad de seis meses y la lactancia materna continúa hasta la edad de 2 años o más, junto con la introducción de una alimentación complementaria segura y adecuada.

Prevalencia de la subalimentación: Estimación de la proporción de la población que carece de la suficiente energía alimentaria para llevar una vida saludable y activa. La prevalencia de la subalimentación es el indicador tradicional de la FAO para realizar un seguimiento del hambre, además de ser el indicador 2.1.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Seguridad alimentaria: Situación que se da cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. Con arreglo a esta definición, pueden determinarse cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria: disponibilidad de alimentos, acceso físico y económico a los mismos, utilización de los alimentos y estabilidad a lo largo del tiempo.

Seguridad nutricional: Situación que se da cuando se dispone de acceso seguro a una dieta suficientemente nutritiva combinado con un entorno salubre y servicios sanitarios y de atención de la salud adecuados, a fin de que todos los miembros de la familia puedan llevar una vida sana y activa. La seguridad nutricional difiere de la seguridad alimentaria en el sentido de que considera también los aspectos relativos a prácticas de atención adecuadas, la salud y la higiene además de la suficiencia de la dieta.

Sistemas alimentarios: Los sistemas alimentarios abarcan toda la gama de actores y sus actividades interrelacionadas relativas a la producción, la concentración, la elaboración, la distribución, el consumo y la eliminación de los productos alimenticios. Los sistemas alimentarios comprenden todos los productos alimenticios que proceden de la agricultura y la ganadería, la actividad forestal, la pesca y la acuicultura, así como los entornos económicos, sociales y naturales más generales en los que se integran estos sistemas de producción.

Sobrepeso y obesidad: Peso corporal superior a lo normal para la estatura como consecuencia de una acumulación excesiva de grasa. Suele ser la manifestación de que se quema menos energía de la que se consume. En adultos, el sobrepeso se define como un IMC de 25 kg/m² o más, y la obesidad como un IMC de 30 kg/m² o más. En los niños menores de cinco años, el sobrepeso se define como un peso para la estatura superior a dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS, y la obesidad como un peso para la estatura superior a tres desviaciones típicas por encima de la mediana de los Patrones mencionados de la OMS.

Subalimentación: La subalimentación se define como la condición en la cual el consumo habitual de alimentos de un individuo es insuficiente para proporcionarle la cantidad de energía alimentaria necesaria a fin de llevar una vida normal, activa y sana. A los efectos del presente informe, el hambre se define como sinónimo de subalimentación crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- #SinDesperdicio. 2019. Lo que hacemos. En: #SinDesperdicio [en línea]. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]. <http://sindesperdicio.net/es/>.
- Afshin, A., Peñalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelson, M., O'Flaherty, M., et al. 2017. The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(3), 1-18. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172277>.
- Aguierre, P. 2016. Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*, 12(4), 463-472. [Consultado el 8 de junio de 2019]. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v12n4/1851-8265-scol-12-04-00463.pdf.
- Allemandi, L., Castronuovo, L., Tiscornia, M. V., Ponce, M., Schoj, V. 2017. Food advertising on Argentinean television: are ultra-processed foods in the lead? *Public Health Nutrition*, 21(1), 238-246. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980017001446>.
- Alvarado, M., Kostova, D., Suhrcke, M., Hambleton, I., Hassell, T., Samuels, T. A., et al. 2017. Trends in beverage prices following the introduction of a tax on sugar-sweetened beverages in Barbados. *Preventive Medicine*, 105, S23-S25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.013>.
- Anand, S. S., Hawkes, C., de Souza, R. J., Mente, A., Dehghan, M., Nugent, R., 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.07.050>.
- Andreyeva, T., Long, M. W., Brownell, K. D. 2010. The Impact of Food Prices on Consumption: A Systematic Review of Research on the Price Elasticity of Demand for Food. *Government, Politics, and Law*, 100(2). doi: <https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2008.151415>.
- Araujo, T., Alves de Lima, R., Macambira, J. 2015. Feiras agroecológicas: institucionalidade, organização e importância para a composição da renda do agricultor. Fortaleza, Brasil: Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, Núcleo de Economia Solidária da Universidade Federal de Pernambuco. [Consultado el 16 de junio de 2019]. http://www.idt.org.br/PortalIDT/Arquivos/Publicacoes/010_Feiras_Agroecologicas.pdf.
- Arrúa, A., Machín, L., Curutchet, M. R., Martínez, J., Antúnez, L., Alcaire, F., et al. 2017. Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: comparison with the Guideline Daily Amount and traffic-light systems. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2308-2317. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980017000866>.
- Asfaw, A. 2008. Does Supermarket Purchase Affect the Dietary Practices of Households Some Empirical Evidence from Guatemala. *Development Policy Review*, 26(2), 227-243. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2008.00407.x>.
- Assis, A. M., Costa, P. R., Silva, M. M., Santana, M. L., Pitangueira, J. C., Fonseca, N. S., et al. 2014. Effectiveness of the Brazilian Conditional Cash Transfer Program—Bolsa Alimentação—on the variation of linear and ponderal increment in children from northeast of Brazil. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 689-697. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7909>.
- Attanasio, O., Battistin, E., Fitzsimons, E., Mesnard, A., Vera-Hernández, M. 2005. How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia. The Institute for Fiscal Studies Briefing Note N.o 54. Institute for Fiscal Studies. [Consultado el 29 de abril de 2019]. <https://www.ifs.org.uk/bns/bn54.pdf>.
- Attanasio, O., Syed, M., Vera-Hernandez, M. 2004. Early Evaluation of a New Nutrition and Education Programme in Colombia. The Institute for Fiscal Studies Briefing Note N.o 44. Institute for Fiscal Studies. [Consultado el 29 de abril de 2019]. <https://www.ifs.org.uk/bns/bn44.pdf>.
- Ayala Ramírez, S., Castillo Girón, V. M. 2014. La distribución de alimentos y bebidas en México: una perspectiva desde el comercio tradicional. *Espacio Abierto*, 23(4), 661-681. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <https://www.redalyc.org/pdf/122/12232821006.pdf>.

- Backholer, K., Sarink, D., Beauchamp, A., Keating, C., Loh, V., Ball, K., et al. 2016. The impact of a tax on sugar-sweetened beverages according to socio-economic position: a systematic review of the evidence. *Public Health Nutrition*, 19(17), 3070-3084. doi: <https://doi.org/10.1017/S136898001600104X>.
- Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Tolentino, M. 2008. Energy intake from beverages is increasing among Mexican adolescents and adults. *Journal of Nutrition*, 138(12), 2454-2461. doi: <https://doi.org/10.3945/jn.108.092163>.
- Batis, C., Rivera, J. A., Popkin, B. M., Taillie, L. S. 2016. First-Year Evaluation of Mexico's Tax on Nonessential Energy-Dense Foods: An Observational Study. *PLOS Medicine*, 13(7), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002057>.
- Battersby, J., Crush, J. 2014. Africa's Urban food deserts. *Urban forum*, 25(2), 143-151. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12132-014-9225-5>.
- Beazley, R., Solórzano, A., Barca, V. 2019. Protección social reactiva frente a emergencias en América Latina y el Caribe. Principales hallazgos y recomendaciones. Oxford: OPM y WFP. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. <https://www.opml.co.uk/files/Publications/a1537-shock-responsive-social-protection-latin-america-caribbean/hallazgos-principales-y-recomendaciones.pdf?noredirect=1>.
- Beckerman, J. P., Alike, Q., Lovin, E., Tamez, M., Mattei, J. 2017. The Development and Public Health Implications of Food Preferences in Children. *Frontiers in Nutrition*, 4. doi: <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00066>.
- Bjurström, E. 2000. Children and Television Advertising: a critical study of international research concerning the effects of TV-commercials on children. Swedish Consumer Agency.
- Banco Mundial. 2015. The State of Social Safety Nets 2015. Washington, D.C.: Banco Mundial. doi: <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0543-1>.
- Banco Mundial. 2019. Indicadores del desarrollo mundial. En: Banco Mundial [en línea]. <https://databank.bancomundial.org/data/source/world-development-indicators>.
- Boone-Heinonen, J., Gordon-Larsen, P., Kiefe, C. I., Shikany, J. M., Lewis, C. E., Popkin, B. M. 2011. Fast food restaurants and food stores: longitudinal associations with diet in young to middle-aged adults: the CARDIA study. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1162-1170. doi: <https://dx.doi.org/10.1001%2Farchinternmed.2011.283>.
- Borges, C. A., Cabral-Miranda, W., Jaime, P. C. 2018. Urban food sources and challenges of food availability according to the Brazilian dietary guidelines. *Sustainability*, 10(12), 4643. doi: <https://doi.org/10.3390/su10124643>.
- Bortoletto Martins, A. P., Monteiro, C. A. 2016. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health*, 16. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3486-y>.
- Bridle-Fitzpatrick, S. 2015. Food deserts or food swamps?: A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city. *Social Science Medicine*, 142, 202-213. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.010>.
- Brito Bruno, C., Ivanovic Willumsen, C. 2019. Mujeres rurales, protección social y seguridad alimentaria en ALC. 2030. Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, N.º 23. Santiago de Chile: FAO. [Consultado el 5 de junio de 2019]. <http://www.fao.org/3/ca5092es/ca5092es.pdf>.
- Brosch, T., Coppin, G., Schwartz, S., Sander, D. 2012. The importance of actions and the worth of an object: Dissociable neural systems representing core value and economic value. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(5), 497-505. doi: <http://doi.org/10.1093/scan/nsr036>.
- Broussard, N. H. 2019. What explains gender differences in food insecurity? *Food Policy*, 83, págs. 180-194. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2019.01.003>.
- Brown, C., Miller, S. 2008. The Impacts of Local Markets: A Review of Research on Farmers Markets and Community Supported Agriculture (CSA). *American Journal of Agricultural Economics*, 90(5), 1298-1302. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8276.2008.01220.x>.

- Bundy, D., de Silva, N., Horton, S., Jamison, D., Patton, G. 2018. *Re-Imagining School Feeding: A High-Return Investment in Human Capital and Local Economies*. Washington, D.C.: Banco Mundial. [Consultado el 18 de julio de 2019]. http://dcp-3.org/sites/default/files/resources/CAHD_eBook.pdf.
- Cabrera, M., Machín, L., Arrúa, A., Antúnez, L., Curutchet, M. R., Giménez, A., Ares, G. 2017. Nutrition warnings as front-of-pack labels: influence of design features on healthfulness perception and attentional capture. *Public Health Nutrition*, 20(18), 3360-3371. doi: <https://doi.org/10.1017/S136898001700249X>.
- Cairns, G., Angus, K., Hastings, G., Caraher, M. 2013. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite*, 62, 209-215. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.017>.
- Caldeira, S., Storcksdieck, S., Bakogianni, I., Gauci, C., Calleja, A., Furtado, A. 2017. *Public Procurement of Food for Health. Technical report on the school setting*. Publications Office of the European Union. doi: <http://dx.doi.org/10.2760/269508>.
- Caro, J. C., Corvalán, C., Reyes, M., Silva, A., Popkin, B., Smith, L. S. 2018. Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment. *PLOS Medicine*, 15(7), 1-19. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002597>.
- Caspi, C. E., Sorensen, G., Subramaniam, S., Kawachi, I. 2012. The local food environment and diet: a systematic review. *Health Place*, 18(5), 1172-1187. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.05.006>.
- Castro Junior, P. 2018. *Ambiente alimentar comunitário medido e percebido: descrição e associação com Índice de Massa Corporal de adultos brasileiros*. Tese apresentado ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ).
- Castronuovo, L., Gutkowski, P., Tiscornia, V., Allemandi, L. 2016. Las madres y la publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas: percepciones y experiencias. *Salud Colectiva*, 12(4), 537-550. [Consultado el 17 de mayo de 2019]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73149180006>.
- Castronuovo, L., Gutkowski, P., Tiscornia, V., Allemandi, L. 2016. Las madres y la publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas: percepciones y experiencias. *Salud colectiva*, 12(4), 537-550. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v12n4/1851-8265-scol-12-04-00537.pdf.
- CDC. 2019. *A-Z Index for Foodborne Illness*. En: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [en línea]. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <https://www.cdc.gov/foodsafety/diseases/index.html>.
- Cecchini, S., Atuesta, B. 2017. Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe. Tendencias de cobertura e inversión. Santiago de Chile: CEPAL. [Consultado el 9 de septiembre de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41811/1/S1700419_es.pdf.
- Cecchini, S., Atuesta, B., Morales, B. 2018. Programmes de transferts monétaires conditionnels en Amérique latine et les Caraïbes. Santiago de Chile: CEPAL. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44154/1/S1800750_fr.pdf.
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., Rossel, C. 2015. Towards universal social protection: Latin American pathways and policy tools. Santiago de Chile: CEPAL. [Consultado el 9 de septiembre de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39484/S1500752_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Cediel, G., Reyes, M., da Costa Louzada, M. L., Martínez Steele, E., Monteiro, C. A., Corvalán, C., Uauy, R. 2018. Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010). *Public Health Nutrition*, 21(1), 125-133. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980017001161>.
- CEPAL. 2016. *Autonomía de las mujeres e igualdad en la Agenda de Desarrollo Sostenible*. XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL. [Consultado el 5 de junio de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf.

- CEPAL. 2019. CEPALSTAT. En: bases de datos y publicaciones estadísticas [en línea]. https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/ESTADISTICASIndicadores.asp.
- CEPAL. 2019a. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2018. Santiago de Chile. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44326/141/S1801219_es.pdf.
- CEPAL. 2019b. Informe de avance cuatrienal sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44551/7/S1900433_es.pdf.
- CEPAL. 2019c. *Panorama Social de América Latina 2018*. Santiago de Chile. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf.
- Christoph, M. J., Larson, N., Laska, M. N., Neumark-Sztainer, D. 2018. Nutrition Facts: who is using them, what are they using, and how does it relate to dietary intake? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(2), 217-228. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jand.2017.10.014>.
- Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad Infantil en Niños, Niñas y Adolescentes. 2018. Entornos escolares saludables: Recomendaciones para promover políticas escolares que prevengan la obesidad infantil en la Argentina. En: UNICEF [en línea]. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/SALUD_1811_entornos_escolares.pdf.
- Colchero, M. A., Popkin, B. M., Rivera, J. A., Ng, S. W. 2016. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ*, 352, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6704>.
- Colchero, M. A., Salgado, J. C., Unar-Munguía, M., Hernández-Ávila, M. M., Rivera-Dommarco, J. A. 2015. Price elasticity of the demand for sugar sweetened beverages and soft drinks in Mexico. *Economics Human Biology*, 19, 129-137. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.08.007>.
- Colchero, M. A., Zavala, J. A., Batis, C., Shamah-Levy, T., Rivera-Dommarco, J. A. 2017. Cambios en los precios de bebidas y alimentos con impuesto en áreas rurales y semirurales de México. *Salud Pública de México*, 59(2), 137-146. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/7994>.
- Correa, T., Fierro, C., Reyes, M., Dillman Carpentier, F. R., Smith Taillie, L., Corvalan, C. 2019. Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(21), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0781-x>.
- Correa, T., Reyes, M., Smith Taillie, L. P., Dillman Carpentier, F. R. 2019. The prevalence and audience reach of food and beverage advertising on Chilean television according to marketing tactics and nutritional quality of products. *Public Health Nutrition*, 22(6), 1113-1124. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003130>.
- Costa, C. S., Rauber, F., Leffa, P. S., Sangalli, C. N., Campagnolo, P. D., Vitolo, M. R. 2019. Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 29(2), 177-184. doi: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.11.003>.
- Costa, C., Del-Ponte, B., Assunção, M. C., Santos, I. 2018. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 148-159.
- Cuadrado, C., García, J. 2015. Estudio sobre el cálculo de indicadores para el monitoreo del impacto socioeconómico de las enfermedades no transmisibles en Chile. Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, CEPAL, OPS, OMS. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/calculo-indicadores-impacto-socioeconomico-ent-chile.pdf>.

- da CostaLouzada, M. L., Galastri Baraldi, L., Martinez Steele, E., Bortoletto Martins, A. P., Silva Canella, D., Moubarac, J.-C., et al. 2015. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. *Preventive Medicine*, 81, 9-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.018>.
- da Silva Cruz Lopes, A. E., Araújo, L. F., Levy, R. B., Barreto, S. M., Giatti, L. 2019. Association between consumption of ultra-processed foods and serum C-reactive protein levels: cross-sectional results from the ELSA-Brasil study. *Sao Paulo Medical Journal*, 137(2), 169-176. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0363070219>.
- DAES. 2019. World Population Prospects 2019. En: Population Division [en línea]. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>.
- De Deus Mendonça, R., Pimenta, A. M., Gea, A., De La Fuente-Arrillaga, C., Martinez-Gonzalez, M. A., Lopes, A. C., Bes-Rastrollo, M. 2016. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: The University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 104(5), 1433-1440. doi:10.3945/ajcn.116.135004.
- De Vogli, R., Kouvonen, A., Gimeno, D. 2014. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 99-107A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.120287>.
- Demoscópica e ICEI. 2017. Informe de resultados: Descripción de las percepciones y actitudes de los/as consumidores respecto a las medidas estatales en el marco de la implementación del Decreto 13/15. Santiago de Chile: MINSAL. [Consultado el 30 de julio de 2019]. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Percepci%C3%B3n-Consumidores-ICEI.pdf>.
- Deshpande, R., Hoyer, W. D., Jeffries, S. 1982. Low Involvement Decision Processes: The Importance of Choice Tactics. En: R. F. Bush, S. D. Hunt, *Marketing Theory: Philosophy of Science Perspectives* (págs. 155-158). Chicago: American Marketing Association.
- Development Initiatives. 2018. Informe de la Nutrición Mundial 2018. Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas. Bristol. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://globalnutritionreport.org/documents/427/GNR_2018_ES_Web_res_JP5Is8Y.pdf.
- Devereux, S., Nzabamwita, J. 2018. Social Protection, Food Security and Nutrition in Six African Countries. IDS Working Paper 518. Brighton: Institute of Development Studies. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://pdfs.semanticscholar.org/75dc/5c42a199a252ece5db31174f5cc90a979c66.pdf?_ga=2.2729207.652121955.1567784497-1049142078.1567784497.
- Drewnowski, A. 2010. The cost of US foods as related to their nutritive value. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1181-8. doi: <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29300>.
- Drewnowski, A., Specter, S. 2004. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6-16. doi: <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>.
- Duran, A. C., de Almeida, S. L., Latorre, M., Jaime, P. C. 2015. The role of the local retail food environment in fruit, vegetable and sugar-sweetened beverage consumption in Brazil. *Public Health Nutrition*, 19(6), 1093-1102. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980015001524>.
- Egnell, M., Kesse-Guyot, E., Galan, P., Touvier, M., Rayner, M., Jewell, J., et al. 2018. Impact of Front-of-Pack Nutrition Labels on Portion Size Selection: An Experimental Study in a French Cohort. *Nutrients*, 10(9), 1268. doi: <https://doi.org/10.3390/nu10091268>.
- FAO. 2007. Salvar la distancia entre las políticas sobre inocuidad de los alimentos y su realización. Conferencia, 34.o período de sesiones. Roma, del 17 al 24 de noviembre de 2007. Roma: FAO. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/meeting/012/k0924s.pdf>.
- FAO. 2010. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91, 91, 1-180. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <http://www.fao.org/3/a-i1953e.pdf>.
- FAO. 2013. El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2013. Sistemas alimentarios para una mejor nutrición. Roma: FAO. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <http://www.fao.org/3/i3301s/i3301s.pdf>.

FAO. 2015. Guidelines on the collection of information on food processing through food consumption surveys. Roma: FAO. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <http://www.fao.org/3/a-i4690e.pdf>.

FAO. 2015a. Nutrition and Social Protection. Roma: FAO. [Consultado el 29 de abril de 2019]. <http://www.fao.org/3/a-i4819e.pdf>.

FAO. 2016. Influencing food environments for healthy diets. Roma: FAO. [Consultado el 31 de julio de 2019]. <http://www.fao.org/3/a-i6484e.pdf>.

FAO. 2017a. Propuesta de modelos de Sistemas Públicos de Abastecimiento y Comercialización de Alimentos, para las regiones correspondientes a América Latina, Central y Caribe, considerando criterios políticos, económicos y de sostenibilidad. Brasilia: FAO. [Consultado el 8 de julio de 2019].

FAO. 2017. Red Regional de Sistemas Públicos de Abastecimiento y Comercialización de Alimentos. En: FAO [en línea]. <http://www.fao.org/3/a-i6665s.pdf>.

FAO. 2017b. Una breve Mirada sobre los Sistemas Públicos de Comercialización y Abastecimiento de Alimentos en América Latina y el Caribe. Presentación de José David Torres (FAO), en el marco de la "V Reunión de la Red Regional de Sistemas Públicos de Comercialización y Abastecimiento de Alimentos", del 17 al 19 de mayo de 2017 en San José (Costa Rica). [Consultado el 30 de agosto de 2019]. <https://es.slideshare.net/FAOoftheUN/una-breve-mirada-sobre-los-sistemas-pblicos-de-comercializacion-y-abastecimiento-de-alimentos-en-alc>.

FAO. 2018. Levantamiento de datos estadísticos interculturales para y con los pueblos indígenas de El Salvador y Panamá. FAO.

FAO. 2018a. Policy Guidance Note N.º 12. Strengthening Sector Policies for Better Food Security and Nutrition Results: Food systems for healthy diets. FAO. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]. <http://www.fao.org/3/CA2797EN/ca2797en.pdf>.

FAO. 2018b. The impact of disasters and crises on agriculture and food security 2017. Roma: FAO. [Consultado el 9 de septiembre de 2019]. <http://www.fao.org/3/I8656EN/i8656en.pdf>.

FAO. 2019. Entornos alimentarios y alimentación escolar saludables. En: Alimentación y nutrición escolar [en línea]. [Consultado el 10 de mayo de 2019]. <http://www.fao.org/school-food/areas-work/food-environment/es/>.

FAO. 2019a. FAOSTAT. En: FAO Fisheries and Aquaculture Department [en línea]. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. <http://www.fao.org/faostat/es/?#home>.

FAO. 2019b. Indicadores de la seguridad alimentaria. En: Estadística [en línea]. <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/indicadores-de-la-seguridad-alimentaria/es/#.Xazvwej0mUl>.

FAO. 2019c. Inocuidad y calidad de los alimentos. Publicaciones. En: FAO [en línea]. [Consultado el 20 de agosto de 2019]. <http://www.fao.org/food/food-safety-quality/publications-tools/es/>.

FAO. 2019d. Integrated Food Security Phase Classification (IPC). En: Asociación FAO y Unión Europea [en línea]. <http://www.fao.org/europeanunion/eu-projects/ipc/es/>.

FAO. 2019e. The State of Food and Agriculture 2019. Moving forward on food loss and waste reduction. Roma: FAO. [Consultado el 28 de octubre de 2019]. <http://www.fao.org/3/ca6030en/ca6030en.pdf>.

FAO. Pasando de pérdidas a soluciones. En: FAO [inédito].

FAO y OMC. 2018. Comercio y normas alimentarias. FAO y OMC. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <http://www.fao.org/3/I7407Es/i7407es.pdf>.

FAO y OMS. 1985. Codex Alimentarius. Directrices sobre etiquetado nutricional. CAC/GL 2-1985. [Consultado el 22 de mayo de 2019]. http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252Fstandards%252FCAC%2BGL%2B2-1985%252FCXG_002s.pdf.

FAO y OMS. 2005. CODEX ALIMENTARIUS. Higiene de los alimentos (Textos básicos). Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias. Comisión del CODEX ALIMENTARIUS. Tercera edición. FAO y OMS. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <http://www.fao.org/3/y5307s/y5307s00.htm#Contents>.

FAO y OMS. 2018. El Futuro de la inocuidad alimentaria. Transformar los conocimientos en acción para la población, las economías y el medio ambiente. Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 31 de julio de 2019]. <https://www.who.int/docs/default-source/resources/future-of-food-safety-flyer-es.pdf>.

FAO y OMS. 2018a. INFOSAN activity report 2016/2017. Ginebra: FAO y OMS. [Consultado el 15 de septiembre de 2019]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279581/9789241514644-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

FAO y OMS. 2019. Codex 2019: The year of food safety. Roma: FAO y OMS. [Consultado el 15 de septiembre de 2019]. fao.org/3/ca5180en/ca5180en.pdf.

FAO y OPS. 2017. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. Santiago de Chile. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2019. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma. <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>.

FAO, FIDA, OMS, UNICEF y WFP. 2019. El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo. Roma: FAO. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>.

FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS. 2018. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición. Roma. <http://www.fao.org/3/i9553es/i9553es.pdf>.

FAO, OPS, UNICEF y WFP. 2018. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago de Chile. [Consultado el 22 de abril de 2019]. <http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>.

Fiolet, T., Srour, B., Sellem, L., Kesse-Guyot, E., Allès, B., Méjean, C., et al. 2018. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*, 360(k322), 1-11. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.bmj.com/content/bmj/360/bmj.k322.full.pdf>.

Fonseca, F. 2016. Brazil Retail Foods. São Paulo: USDA GR. [Consultado el 2 de junio de 2019]. https://apps.fas.usda.gov/newgainapi/api/report/downloadreportbyfilename?filename=Retail%20Foods_Sao%20Paulo%20ATO_Brazil_12-29-2016.pdf.

FSIN. 2019. Global Report on Food Crises. Joint Analysis for better decisions 2019. Food Security Information Network. http://fsinplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC%202019_Full%20Report.pdf.

GBD Diet Collaborators. 2019. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8).

Ghosh-Distidar, B., Cohen, D., Hunter, G., Zenk, S., Huang, C., Beckman, R., Dubowitz, T. 2014. Distance to Store, Food Prices, And the Obesity in Urban Food Deserts. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5), 587-595. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.amepre.2014.07.005>.

Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. 2016. Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century. London: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. [Consultado el 16 de junio de 2019]. <https://www.glopan.org/wp-content/uploads/2019/06/ForesightReport.pdf>.

Gobierno de México. 2019. ¿Qué hacemos? En: Diconsa S.A. de C.V. [en línea]. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]. <https://www.gob.mx/diconsa>.

Gómez-Donoso, C., Martínez-González, M. A., Gea, A., Murphy, K. J., Parletta, N., Bes-Rastrollo, M. 2019. A food-based score and incidence of overweight/obesity: The Dietary Obesity-Prevention Score (DOS). *Clinical Nutrition* [en prensa]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.003>.

Goodman, S., Vanderlee, L., Acton, R., Mahamad, S., Hammond, D. 2018. The Impact of Front-of-Package Label Design on Consumer Understanding of Nutrient Amounts. *Nutrients*, 10(11), 1624. doi: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu10111624>.

- Gordon-Larsen, P. 2014. Food Availability/ Convenience and Obesity. *American Society for Nutrition*, 5(6), 809-817. doi: <https://doi.org/10.3945/an.114.007070>.
- Gracia Arnaiz, M. 2012. Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios. San Francisco: URV. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/54/43/110-1>.
- Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., Cai, H., Cassimatis, T., Chen, K. Y., et al. 2019. Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: an inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metabolism*, 30(1), 67-77. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008>.
- HCC. 2019. Childhood Obesity Prevention Scorecard (COPS) Regional Snapshot. February 2019. En: Healthy Caribbean Coalition [en línea]. [Consultado el 23 de abril de 2019]. <https://www.healthycaribbean.org/wp-content/uploads/2019/02/COPS-Grid-February-2019-WEB.pdf>.
- Headey, D. D., Alderman, H. 2019. The Relative Caloric Prices of Healthy and Unhealthy Foods Differ Systematically across Income Levels and Continents. *The Journal of Nutrition*, 1-14. doi: <https://doi.org/10.1093/jn/nxz158>.
- Hernández-F, M., Batis, C., Rivera, J. A., Colchero, M. A. 2019. Reduction in purchases of energy-dense nutrient-poor foods in Mexico associated with the introduction of a tax in 2014. *Preventive Medicine*, 118, 16-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.019>.
- Hirigoyen, M.-F. 2012. El abuso de debilidad: Y otras manipulaciones. Buenos Aires: Paidós.
- Hirvonen, K., Bai, Y., Heady, D., Masters, W. 2019. Cost and affordability of the EAT-Lancet diet in 159 countries. Boston. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3405576.
- HLPE. 2017. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Roma: HLPE. [Consultado el 3 de mayo de 2019]. <http://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf>.
- Hoddinott, J., Wiesmann, D. 2008. The Impact of Conditional Cash Transfer Programs on Food Consumption in Honduras, Mexico, and Nicaragua. SSRN. [Consultado el 15 de julio de 2019]. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1269417#references-widget.
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., Victoria, C. G. 2015. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pediátrica*, 104(S467), 30-37. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.13133>.
- Hoyer, W. D. 1984. An Examination of Consumer Decision Making for a Common Repeat Purchase Product. *Journal of Consumer Research*, 11(3), 822-829. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://www.jstor.org/stable/2489071?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Hvitsand, C. 2016. Community supported agriculture (CSA) as a transformational act—distinct values and multiple motivations among farmers and consumers. *Agroecology and sustainable food systems*, 40(4), 333-351. doi: <https://doi.org/10.1080/21683565.2015.1136720>.
- IDEC. 2018. Guia Alimentação Saudável nas Escolas. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. <https://idec.org.br/ferramenta/alimentacao-saudavel-nas-escolas>.
- INFOSAN. 2010. Nota informativa de INFOSAN N.º 3/2010 - Inocuidad de los alimentos de venta callejera. Medidas básicas para mejorar la inocuidad de los alimentos de venta callejera. Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]. https://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_03_StreetFood_Jun10_sp.pdf.
- INSP y UNICEF. 2016. Análisis de regulaciones y prácticas para el etiquetado de alimentos y bebidas para niños y adolescentes en algunos países de América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica y México) y recomendaciones para facilitar la información al consumidor. Ciudad de Panamá. [Consultado el 22 de mayo de 2019]. [https://www.unicef.org/panama/spanish/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR\(2\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR(2).pdf).

Intini, J., Jacq, E., Torres, D. 2019. Transformar los sistemas alimentarios para alcanzar los ODS. 2030. Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, N.o 12. Santiago de Chile: FAO. [Consultado el 1 de octubre de 2019]. <http://www.fao.org/3/ca5130es/ca5130es.pdf>.

IPCC. 2019. Climate Change and Land. An IPCC Special Report on climate change, desertification, land degradation, sustainable land management, food security, and greenhouse gas fluxes in terrestrial ecosystems. Summary for Policymakers. [Consultado el 11 de septiembre de 2019]. <https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/08/Fullreport-1.pdf>.

IPES-Food. 2017. Too big to feed: Exploring the impacts of mega-mergers, concentration, concentration of power in the agri-food sector. IPES-Food. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/Concentration_FullReport.pdf.

Jaffee, S., Henson, S., Unnevehr, L., Grace, D., Cassou, E. 2019. The Safe Food Imperative : Accelerating Progress in Low- and Middle-Income Countries. Washington, D.C.: Banco Mundial. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30568/9781464813450.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.

Johnson, E. J., Payne, J. W. 1985. Effort and Accuracy in Choice. *Management Science*, 395-414. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://www.researchgate.net/publication/227445610_Effort_and_Accuracy_in_Choice.

Johnson, M. D. 1984. Consumer Choice Strategies for Comparing Noncomparable Alternatives. *Journal of Consumer Research*, 741-753. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. <https://scholarship.sha.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1433&context=articles>.

Jones, N. R., Conklin, A. I., Suhrcke, M., Monsivais, P. 2014. The Growing Price Gap between More and Less Healthy Foods: Analysis of Novel Logitudinal UK Dataset. *PLOS ONE*, 9(10), e109343. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109343>.

Juul, F., Martinez-Steele, E., Parekh, N., Monteiro, C. A., Chang, V. W. 2018. Ultra-processed food consumption and excess weight among US adults. *British Journal of Nutrition*, 120(1), 90-100. doi:10.1017/S0007114518001046.

Kang, J. H., Jeong, B. G., Cho, Y. G., Song, H. R., Kim, K. A. 2011. Socioeconomic Costs of Overweight and Obesity in Korean Adults. *Journal of Korean Medical Science*, págs. 1533-1540. [Consultado el 5 de junio de 2019]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230011/pdf/jkms-26-1533.pdf>.

Kelly, B., Halford, J. C., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castaño, I., Berg, C., et al. 2010. Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1730-1736. [Consultado el 30 de julio de 2019]. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.179267>.

Khandpur, N., de Morais Sato, P., Mais, L. A., Bortoletto Martins, A. P., Spinillo, C. G., Garcia, M. T., et al. 2018. Are Front-of-Package Warning Labels More Effective at Communicating Nutrition Information than Traffic-Light Labels? A Randomized Controlled Experiment in a Brazilian Sample. *Nutrients*, 10(6), 688. doi: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu10060688>.

Knight, J. A. 2011. Diseases and Disorders Associated with Excess Body Weight. *Annals of Clinical Laboratory Science*, 41(2), 107-121. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <http://www.annclinlabsci.org/content/41/2/107.full.pdf+html>.

Knutson, B., Rick, S., Wimmer, G. E., Prelec, D., Loewenstein, G. 2007. Neural predictors of purchases. *Neuron*, 53(1), 147-156. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neuron.2006.11.010>.

Latzer, Y., Stein, D. 2013. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1(7). [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-2974-1-7>.

Lee, J., Raslton, R. A., Truby, H. 2011. Influence of food cost on diet quality and risk factors for chronic disease: A systematic review. *Nutrition Dietetics*, 68, 248-261. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2011.01554.x>.

- Leroy, J. L., García-Guerra, A., García, R., Dominguez, C., Rivera, J., Neufeld, L. M. 2008. The Oportunidades Program Increases the Linear Growth of Children Enrolled at Young Ages in Urban Mexico. *The Journal of Nutrition*, 138(4), 793-798. doi: <https://doi.org/10.1093/jn/138.4.793>.
- Lima, F. E., Fisberg, R. M., Uchimura, K. Y., Picheth, T. 2013. Bolsa-Família Program: Diet quality of adult population in Curitiba, Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(1). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100006>.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R. 2006. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 33-41. [Consultado el 5 de junio de 2019]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17902213>.
- Lopez-Arana, S., Avendano, M., Forde, I., Van Lenthe, F. J., Burdorf, A. 2016. Conditional cash transfers and the double burden of malnutrition among children in Colombia: a quasi-experimental study. *British Journal of Nutrition*, 115, 1780-1789. doi: <https://doi.org/10.1017/S0007114516000714>.
- Machado, P. P., Claro, R. M., Canella, D. S., Sarti, F. M., Levy, R. B. 2017. Price and convenience: The influence of supermarkets on consumption of ultraprocessed foods and beverages in Brazil. *Appetite*, 116, 381-388. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.027>.
- Mancipe, J. A., Garcia, S. S., Correa, J. E., Meneses-Echávez, J. F., González-Jiménez, E., Schmidt-Rio, J. 2015. Efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años: una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 102-114. [Consultado el 10 de mayo de 2019]. <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8146.pdf>.
- Martins, A. P., Canella, D. S., Baraldi, L. G., Monteiro, C. A. 2013. Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1159-1171. doi: <https://dx.doi.org/10.1590%2FS0034-8910.2013047004557>.
- Martins, A. P., Monteiro, C. A. 2016. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health*, 16(827), 1-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12889-016-3486-y>.
- Massri, C., Sutherland, S., Kallestal, C., Peña, S. 2019. Impact of the Food-Labeling and Advertising Law Banning Competitive Food and Beverages in Chilean Public Schools, 2014-2016. *American Journal of Public Health*, e1-e6. [Consultado el 22 de julio de 2019]. <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2019.305159>.
- Michimi, A., Wimberly, M. 2010. Associations of supermarket accessibility with obesity and fruit and vegetable consumption in the conterminous United States. *International Journal of Health Geographics*, 9(49). [Consultado el 8 de junio de 2019]. <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1476-072X-9-49>.
- Miller, A. L., Lee, H. J., Lumeng, J. C. 2015. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatric Research*, 77, 143-147. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.nature.com/articles/pr2014158>.
- Miller, C. T., Downey, K. T. 1999. A Meta-Analysis of Heavyweight and Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 68-84. [Consultado el 17 de julio de 2019]. https://www.researchgate.net/publication/247759642_A_Meta-Analysis_of_Heavyweight_and_Self-Esteem.
- Mirochnick, N., Knight, F., Momcilovic, P., Orstavik, S., De Pee, S., Andrade, L., et al. (por publicarse). Cerrando la Brecha de Nutrientes. Ecuador. WFP y Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida.
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Lawrence, M., da Costa Louzada, M. L., Pereira Machado, P. 2019. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>.

- Monteiro, C. A., Levy, R. B., Claro, R. M., de Castro, I. R., Cannon, G. 2010. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutrition*, 14(1), 5-13. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980010003241>.
- Monteiro, C., Moubarac, J., Cannon, G., Ng, S., Popkin, B. 2013. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Reviews*, 14(2), 21-28. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.12107>.
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., et al. 2013. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultraprocessed food and drink industries. *The Lancet*, 381(9867), 670-679. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).
- Moyano-Fernández, C. 2018. ¿Alimentarnos libremente o por igual? Solidaridad e identidad. *Revista de Bioética y Derecho*, 89-104. [Consultado el 8 de junio de 2019]. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n42/1886-5887-bioetica-42-00089.pdf>.
- Navab, M., Gharavi, N., Watson, A. D. 2008. Inflammation and metabolic disorders. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11(4), 459-464. doi:10.1097/MCO.0b013e32830460c2.
- NCD-RisC. 2019. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*, 569, 260-264. [Consultado el 9 de junio de 2019]. <https://www.nature.com/articles/s41586-019-1171-x.pdf>.
- Nilson, E. A., Spaniol, A. M., Gonçalves, V. S., Moura, I., Silva, S. A., L'Abbé, M., Jaime, P. C. 2017. Sodium Reduction in Processed Foods in Brazil: Analysis of Food Categories and Voluntary Targets from 2011 to 2017. *Nutrients*, 9(7), E742. doi: <https://doi.org/10.3390/nu9070742>.
- Odoms-Young, A., Singleton, C. R., Springfield, S., McNabb, L., Thompson, T. 2016. Retail Environments as a Venue for Obesity Prevention. *Current Obesity Reports*, 5(2), 184-191. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13679-016-0219-6>.
- Ollberding, N. J., Wolf, R. L., Contento, I. 2011. Food Label Use and Its Relation to Dietary Intake among US Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(5), S47-S51. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. <https://sci-hub.tw/10.1016/j.jada.2011.03.009>.
- Olshavsky, R. W., Granbois, D. H. 1979. Consumer Decision Making-Fact or Fiction? *Journal of Consumer Research*, 6(2), 93-100. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://www.jstor.org/stable/2488867?seq=1#page_scan_tab_contents.
- OMS. 2010. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 14 de mayo de 2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf;jsessionid=D69E6328F92A6C49B61BCC58A5757B6A?sequence=1.
- OMS. 2015. Sugars intake for adults and children. Guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 17 de julio de 2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1.
- OMS. 2015a. WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199350/9789241565165_eng.pdf?sequence=1.
- OMS. 2016. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report. Del 5 al 6 de mayo de 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 22 de abril de 2019]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250131/9789241511247-eng.pdf?sequence=1>.
- OMS. 2016a. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 17 de julio de 2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf?sequence=1.

- OMS. 2018. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Villars-sous-Yens: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
- OMS. 2019. Global Health Observatory (GHO) data. En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. [Consultado el 5 de mayo de 2019]. <https://www.who.int/gho/en/>.
- OMS. 2019a. Global Health Estimates (GHE). En: Health statistics and information systems [en línea]. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
- OMS. 2019b. Inocuidad de los alimentos. En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.
- OMS Oficina Regional para Europa. 2019. Commercial foods for infants and young children in the WHO European Region. A study of the availability, composition and marketing of baby foods in four European countries. Copenhague: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/406452/CLEAN_Commercial-foods_03July_disclaimer_LV.pdf.
- OMS y UNICEF. 2018. WHO/UNICEF Discussion paper. The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf>.
- OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, DAES. 2015. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 17 de julio de 2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?sequence=1.
- OPA. 2019. O que é, e quem faz parte do Observatório. En: Observatório de Publicidade de Alimentos [en línea]. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. <https://publicidadedealimentos.org.br/o-opa/>.
- OPS. 2011. Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-\(SPA\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-(SPA).pdf).
- OPS. 2014. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington, D.C.: OPS. [Consultado el 10 de junio de 2019]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>.
- OPS. 2015. Alimentos y Bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las Políticas Públicas. Washington D.C.: OPS. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf.
- OPS. 2016. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.: OPS. [Consultado el 13 de mayo de 2019]. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf?
- OPS. 2017. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
- OPS. 2019. Guía para el desarrollo de reglamentaciones legislativas y ejecutivas en los sistemas de control de alimentos. En: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [en línea]. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10708:2015-desarrollo-de-la-legislacion-alimentos&Itemid=41373&lang=es.

- OPS. 2019a. Inocuidad de Alimentos. En: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) [en línea]. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. https://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-de-panaftosa-ops-oms&Itemid=122.
- OPS. 2019b. Plan de Acción para Eliminar los Ácidos Grasos Trans de Producción Industrial 2020-2025. 57.o Consejo Directivo. 71.o Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (pág. 24). Washington, D.C.: OPS. [Consultado el 07 de octubre de 2019]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49614-cd57-8-s-pda-acidos-grasos-trans&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es.
- OPS. 2019c. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Sales, Sources, Nutrient Profiles. Washington, D.C.: OPS. [Consultado el 8 de junio de 2019]. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51094/9789275120323_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- OPS. Unpublished work. OPS [inérito].
- Ostrom, M. R. 2007. Community supported agriculture as an agent of change is it working? En C. H. Lyson, *Remaking the North American Food System* (págs. 99-120). Nebraska: University of Nebraska Press. [Consultado el 20 de septiembre de 2019]. https://www.researchgate.net/publication/286903240_Community_supported_agriculture_as_an_agent_of_change_is_it_working.
- Oxfam. 2018. La hora del cambio: acabar con el sufrimiento de las personas en las cadenas de suministro de los supermercados. Oxford: Oxfam International. [Consultado el 16 de junio de 2019]. https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/cr-ripe-for-change-supermarket-supply-chains-210618-es.pdf.
- Paes-Sousa, R., Santos, L. M., Miazaki, É. S. 2011. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(7), 496-503. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084202>.
- Pehlke, E. L., Letona, P., Hurley, K., Gittelsohn, J. 2016. Guatemalan school food environment: impact on schoolchildren's risk of both undernutrition and overweight/obesity. *Health Promotion International*, 542-550. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav011>.
- Persoskie, A., Hennessy, E., Nelson, W. L. 2017. US Consumers' Understanding of Nutrition Labels in 2013: The Importance of Health Literacy. *Preventing Chronic Disease*, 14, E86. doi: <https://dx.doi.org/10.5888%2Fpcd14.170066>.
- Popkin, B., Reardon, T. 2018. Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews*, 19(8), 1028-1064. doi: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fobr.12694>.
- Poti, J. M., Braga, B., Qin, B. 2017. Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health—Processing or Nutrient Content? *Current Obesity Reports*, 6(4), 420-431. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13679-017-0285-4>.
- Rico-Campà, A., Martínez-González, M. A., Alvarez-Alvarez, I., Mendonça, R., Fuente-Arrillaga, C., Gómez-Donoso, C., Bes-Rastrollo, M. 2019. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ*, 365, 1-11. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.bmj.com/content/bmj/365/bmj.l1949.full.pdf>.
- Rincón-Gallardo Patiño, S., Tolentino-Mayo, L., Flores Monterrubio, E. A., Harris, J. L., Vandevijvere, S., Rivera, J. A., Barquera, S. 2016. Nutritional quality of foods and non-alcoholic beverages advertised on Mexican television according to three nutrient profile models. *BMC Public Health*, 16(733), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3298-0>.
- Rocha, V. Z., Libby, P. 2009. Obesity, inflammation, and atherosclerosis. *Nature Reviews Cardiology*, 6(6), 399-409. doi: [10.1038/nrcardio.2009.55](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2009.55).
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., et al. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).

- Schnabel, L., Kesse-Guyot, E., Allès, B., Touvier, M., Srour, B., Hercberg, S., et al. 2019. Association Between Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Mortality Among Middle-aged Adults in France. *JAMA Internal Medicine*, 179(4), 490-498. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2723626>.
- Scott, C., Sutherland, J., Taylor, A. 2018. The Food Foundation: Affordability of the UK's Eatwell Guide. https://foodfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/Affordability-of-the-Eatwell-Guide_Final_Web-Version.pdf.
- Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida. 2018. Toda una Vida. Intervención emblemática Misión Ternura. Quito. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/mision-ternura_compressed.pdf.
- Segura-Pérez, S., Grajeda, R., Pérez-Escamilla, R. 2016. Conditional cash transfer programs and the health and nutrition of Latin American children. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(2), 124-137. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/124-137/en>.
- Storcksdieck, S., Caldeira, S., Gauci, C., Calleja, A., Furtado, A. 2017. Public procurement as a policy tool to promote healthier food environments and choices. *Public Health Panorama*, 3(4), 649-653. [Consultado el 9 de septiembre de 2019]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/357303/PHP-1109-PubProcurement-eng.pdf?ua=1.
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., et al. 2019. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
- Taillie, L. S., Rivera, J. A., Popkin, B. M., Batis, C. 2017. Do high vs. low purchasers respond differently to a nonessential energy-dense food tax? Two-year evaluation of Mexico's 8% nonessential food tax. *Preventive Medicine*, 105, S37-S42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.009>.
- Taveras, E. M., Gillman, M. W., Kleinman, K., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S., L. 2010. Racial/Ethnic Differences in Early Life Risk Factors for Childhood Obesity. *Pediatrics*, 125(4), 686-695. doi: <https://dx.doi.org/10.1542%2Fpeds.2009-2100>.
- Thow, A. M., Downs, S., Jan, S. 2014. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: Understanding the recent evidence. *Nutrition Reviews*, 72(9), 551-565. [Consultado el 29 de abril de 2019]. <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-abstract/72/9/551/1859025>.
- Tversky, A., Kahneman, D. 1974. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131. doi: [10.1126/science.185.4157.1124](https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124).
- UNESCO y FAO. 2019. Educación en alimentación y nutrición en cinco países de América Latina y el Caribe. Una mirada a los contenidos curriculares. Santiago de Chile: UNESCO, FAO.
- UNICEF. 1990. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries: A UNICEF Policy Review. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF. 2015. Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe. Ciudad del Saber: UNICEF. [Consultado el 17 de julio de 2019]. <https://www.unicef.org/lac/media/1851/file/PDF%20Estudio%20promoci%C3%B3n%20y%20publicidad%20de%20bebidas%20y%20alimentos%20no%20saludables-Reporte.pdf>.
- UNICEF. 2019. UNICEF Global databases. En: UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women [en línea]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.
- UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2019. World Bank Joint Malnutrition Estimates. En: UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women [en línea]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
- UNSCN. 2019. UNSCN Nutrition 44 – Food environments: Where people meet the food system. Roma: UNSCN. [Consultado el 8 de julio de 2019]. <https://www.unscn.org/uploads/web/news/UNSCN-Nutrition44-WEB-version.pdf>.

UNSTAT. 2017. Informe sobre el 48.º período de sesiones. Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, 2017. Suplemento N.º 4. Del 7 al 10 de marzo de 2017. Nueva York: Naciones Unidas. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/Report-on-the-48th-session-of-the-statistical-commission-S.pdf>.

Vega-Macedo, M., Shamah-Levy, T., Peinador-Roldán, R., Méndez-Gómez, I., Melgar-Quiñónez, H. 2014. Inseguridad alimentaria y variedad de la alimentación en hogares mexicanos con niños menores de cinco años. *Salud Pública de México*, 56(1), S21-S30. [Consultado el 3 de junio de 2019]. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a5.pdf>.

Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., et al. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).

Wagner, J., Hinton, L., McCordic, C., Owuor, S., Capron, G., Gonzalez Arellano, S. 2019. Do Urban Food Deserts Exist in the Global South? An Analysis of Nairobi and Mexico City. *Sustainability*, 11(7), 1963. doi: <https://doi.org/10.3390/su11071963>.

WFP. 2017. Nutrir el Futuro. Programas de Alimentación Escolar Sensibles a la Nutrición en América Latina y el Caribe. Un Estudio de 16 Países. Roma: WFP. [Consultado el 6 de mayo de 2019]. https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000071367/download/?_ga=2.158789247.476296591.1557332599-999810072.1553255529.

WFP. 2017a. Protección Social Sensible al Género para el Hambre Cero. Ciudad del Saber. [Consultado el 2 de agosto de 2019]. https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp293321.pdf?_ga=2.21021119.524843868.1567783590-999810072.1553255529.

Wiggins, S., Keats, S. 2015. The rising cost of a healthy diet: Changing relative prices of foods in high-income and emerging economies. Londres: Overseas Development Institute. [Consultado el 1 de agosto de 2019]. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9580.pdf>.

Wolf, M. R., Barros Filho, A. D. 2014. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5), 1331-1338. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.05052013>.

Wright, P. 1975. Consumer Choice Strategies: Simplifying vs. Optimizing. *Journal of Marketing Research*, 12(1), 60-67. doi: 10.2307/3150659.

Yang, H., Carmon, Z., Kahn, B., Malani, A., Schwartz, J., Volpp, K., Wansik, B. 2012. The Hot-Cold Decision Triangle: A framework for healthier choices. *Marketing Letters*, 23(2), 457-472. [Consultado el 23 de junio de 2019]. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11002-012-9179-0>.

Zhong, T., Si, Z., Crush, J., Xu, Z., Huang, X., Scott, S., et al. 2018. The impact of proximity to wet markets and supermarkets on household diversity in Nanjing City, China. *Sustainability*, 10(5), 1465. doi: <https://doi.org/10.3390/su10051465>.

2019

PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

HACIA ENTORNOS ALIMENTARIOS MÁS SALUDABLES QUE HAGAN FRENTE A TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN

América Latina y el Caribe enfrenta el desafío de proveer una alimentación sana, diversificada y suficiente para su población. En primer lugar, la Región debe encontrar la solución para alimentar a los 42,5 millones de personas que aún padecen hambre. En segundo lugar, es fundamental abordar el problema creciente de sobrepeso y obesidad que aqueja a todos los grupos de edad y que ya suma a más de 300 millones de personas.

Es necesario promover patrones alimentarios saludables. Dietas inadecuadas aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y, con ello, la probabilidad de muerte prematura. Actualmente se estima que una de cada seis muertes en la Región tiene su origen en hábitos de consumo inadecuados que conducen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer o diabetes.

Por lo tanto, promover el desarrollo pleno de nuestra población requiere garantizar una alimentación adecuada que promueva estados de salud óptimos. Esto requiere el compromiso de los Estados para hacer de esto una meta alcanzable. Atendiendo a ello, los gobiernos de la Región han comenzado a implementar medidas que orientan la producción, distribución, comercialización, elaboración y consumo de los alimentos. En particular, los gobiernos se han concentrado en promover entornos alimentarios que facilitan el encuentro entre productores y consumidores de alimentos con el fin de facilitar el acceso físico y económico a dietas diversificadas e inocuas, así como a información oportuna para adoptar hábitos de alimentación saludables.

Ejemplo de lo anterior son los sistemas públicos abastecimiento de alimentos, las redes de protección social sensibles a la nutrición, el establecimiento de estímulos fiscales que promuevan el consumo de alimentos que contribuyen a dietas saludables y desincentivan el acceso a productos que contienen altos niveles de nutrientes críticos como grasas, azúcar y sodio. Además, de medidas orientadas a garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos para todas las personas. Los países han reducido la asimetría de información respecto a los efectos nocivos que ciertos alimentos pueden producir en la salud en el largo plazo, a través de la regulación de la publicidad o la introducción del etiquetado nutricional o frontal de advertencia de los alimentos.

Sin embargo, la acción pública por sí sola es insuficiente. La transformación de los sistemas alimentarios requiere del involucramiento activo del sector privado, así como de los parlamentos, la academia, la sociedad civil y los consumidores. Después de todo, la creación de entornos saludables que hagan frente a todos los tipos de malnutrición y el hambre es una tarea de todas las personas.

ISBN 978-92-5-131958-1



9 789251 319581

CA6979ES/1/11.19