

Nutrición

Materna, del lactante y del niño pequeño: proyecto de plan integral de aplicación

Informe de la Secretaría

1. En enero de 2012 el Consejo Ejecutivo examinó, en su 130.ª reunión, el proyecto de plan integral de aplicación.¹ En la decisión EB130(2), entre otras cosas, se pidió a la Directora General que, lo antes posible y mediante un proceso basado en internet, abierto a todos los Estados Miembros y a las organizaciones multilaterales, llevara a cabo nuevas consultas sobre las metas establecidas en el proyecto actual de plan integral de aplicación a fin de obtener más orientaciones sobre la finalización de la aplicación integral de dicho plan. Esas consultas fueron celebradas del 6 al 27 de febrero de 2012.² El proyecto de plan refleja las conclusiones de las consultas (véase el anexo).

2. En mayo de 2010, en su resolución WHA63.23 sobre nutrición del lactante y del niño pequeño, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General «que elabore un plan claro e integral de aplicación sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño como elemento esencial de un marco multisectorial mundial en materia de nutrición». En enero de 2011, el Consejo Ejecutivo tomó nota de los preparativos de ese plan e hizo varias sugerencias sobre su contenido, en particular que se revisara el nombre para dar cabida a la nutrición materna y que se prestara más atención a la doble carga de desnutrición y sobrepeso.³ En mayo de 2011, la Asamblea de la Salud tomó nota del informe sobre el asunto y del esbozo de plan revisado.⁴

3. En el curso de 2011 se organizaron cinco reuniones consultivas regionales para recoger opiniones sobre el esbozo de plan integral de aplicación en las Regiones de África, las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. En total, asistieron a las consultas representantes de diferentes sectores gubernamentales (salud, agricultura, bienestar social, educación, comercio, finanzas, medioambiente e industria) de 92 Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, donantes y la sociedad civil.

¹ Véase el documento EB130/10 y las actas resumidas de la segunda y novena sesiones en el documento EB130/2012/REC/2.

² Se recibieron observaciones de diez Estados Miembros y seis organizaciones multilaterales. El documento de referencia y el resumen de las observaciones recibidas y las respuestas proporcionadas por la Secretaría están disponibles en http://www.who.int/nutrition/events/2012_consultation_proposed_globaltargets/en/index.html (consultado el 21 de marzo de 2012).

³ Véanse los documentos EB128/18 y EB128/2011/REC/2, acta resumida de la décima sesión.

⁴ Véase el acta resumida de la cuarta sesión de la Comisión B, sección 5, de la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud.

4. En el proyecto de plan de aplicación anexo se recogen todas las observaciones formuladas por los Estados Miembros en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS y en las reuniones consultivas regionales. Asimismo, se reúnen elementos pertinentes de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño,¹ la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud,² y el Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.³ El marco estratégico de la OMS para las acciones prioritarias en relación con el VIH y la alimentación del lactante, que vio la luz en 2003, se ha actualizado recientemente a fin de dar cabida a las directrices revisadas de la OMS para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.⁴

5. Al preparar este proyecto de plan integral se han examinado varias estrategias y planes regionales conexos: la estrategia nutricional regional africana revisada (2005-2015), de la Unión Africana, el segundo plan de acción europeo relativo a la política de alimentación y nutrición (2007-2012),⁵ la estrategia y plan de acción para la reducción de la malnutrición crónica,⁶ la estrategia regional sobre nutrición 2010-2019,⁷ la estrategia nutricional regional para Asia Sudoriental,⁸ y el marco de acción sobre seguridad alimentaria en el Pacífico.⁹

6. En el proyecto de plan integral de aplicación se expone su fundamento, a saber, el reconocimiento de que en el mundo entero los problemas relativos a la nutrición son multifacéticos, que se llevan a cabo acciones eficaces en la materia, aunque no son lo suficientemente amplias, y que se han puesto en marcha nuevas iniciativas. Se definen los objetivos y se establecen cinco metas mundiales y un calendario. Se propone además una serie de cinco acciones de alta prioridad a los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados internacionales, y se enumeran intervenciones de salud eficaces y actividades ajenas a la salud que afectan a la nutrición así como los indicadores para el seguimiento de la aplicación del plan.

Nuevas iniciativas en materia de nutrición

7. La estrategia ideal para avanzar rápidamente en el terreno de la nutrición pasa por aplicar un conjunto de intervenciones nutricionales específicas e integrar el tema en los programas de salud, agricultura, educación, empleo, protección social y desarrollo. En 2010 echó a andar la «Iniciativa SUN

¹ Aprobada en 2002 por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA55.25.

² Aprobada en 2004 por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA57.17.

³ Aprobado en 2008 por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA61.14.

⁴ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach - 2010 version*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010; OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF. *Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁵ Adoptado en 2007 por el Comité Regional para Europa en su resolución EUR/RC57/R4.

⁶ Aprobados en 2010 por el Consejo Directivo de la OPS en su resolución CD50.R11.

⁷ Aprobada en 2010 por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental en su resolución EM/RC57/R.4.

⁸ El Comité Regional para Asia Sudoriental pidió encarecidamente en 2011 a los Estados Miembros que aprobarán esta estrategia en su resolución SEA/RC64/R4.

⁹ La Secretaría del Foro de las Islas del Pacífico informó de que el plan de acción había sido aprobado en 2010 en la Cumbre del Pacífico sobre alimentación (Port Vila (Vanuatu), 21-23 de abril de 2010). Véase <http://www.forumsec.org/pages.cfm/newsroom/press-statements/2010/final-outcomes-of-food-summit-1.html> (consultado el 27 de marzo de 2012).

para el fomento de la nutrición», que federa a organismos gubernamentales de países con una elevada carga de malnutrición y a una coalición mundial de asociados y preconiza que durante el periodo 2013-2015 se redoblen esfuerzos para ampliar las intervenciones nutricionales conforme a una estrategia como la descrita. Los asociados en la iniciativa se han comprometido a trabajar conjuntamente para movilizar recursos, proporcionar apoyo técnico, llevar a cabo una labor de promoción a alto nivel y establecer alianzas innovadoras.

8. A fin de superar las dificultades que existen para coordinarse debidamente, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se han comprometido a armonizar en mayor medida sus actividades de dimensión tanto mundial, mediante una reforma del Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, como nacional, por conducto de la Iniciativa REACH (iniciativas renovadas contra el hambre infantil).

9. La iniciativa destinada a eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y a mejorar la salud y supervivencia de las madres infectadas por el virus¹ favorece la mejora del estado nutricional de las madres y sus hijos.

10. Un buen ejemplo de alianza a escala regional es la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que vio la luz en 2009.

11. El proyecto de plan integral de aplicación contribuye a las iniciativas de ámbito internacional estableciendo metas mundiales y acciones prioritarias en el sector de la salud y definiendo el papel de las distintas partes interesadas. Se han organizado debates especialmente a tal efecto.

APLICACIÓN DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHA MATERNA

12. En respuesta a la petición de que se presenten informes bienales,² en el presente también se ofrece información sobre los progresos realizados por los países en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna. El plan integral de aplicación también comprende esta área y en él se proponen actividades futuras.

13. La aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adoptado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA34.22, y de las ulteriores resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud, no guarda concordancia entre los distintos países. Se han implantado reglamentaciones estatutarias en 103 Estados Miembros y en nueve están en fase de proyecto. Treinta y siete Estados Miembros se basan en el cumplimiento voluntario por los fabricantes de preparaciones para lactantes y 25 Estados Miembros no han adoptado disposiciones para hacer aplicar el Código; no se dispone de información sobre 20 Estados Miembros.³

¹ *Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015.* Ginebra, ONUSIDA, 2011.

² Artículo 11.7 del Código Internacional. La información se recopila de forma periódica de los Estados Miembros mediante cuestionarios; las últimas encuestas sobre el estado de aplicación se publicaron en 2008 y 2010.

³ Información del UNICEF; estos países comprenden también todos los Estados Miembros que presentaron informes sobre la aplicación del Código conforme a lo dispuesto en los párrafos 11.6 y 11.7. Se enviaron cuestionarios a los Estados Miembros en 2007 y 2009, y los resultados se resumieron en los documentos A61/17 Add.1, sección F, y A63/9.

14. Entre los Estados Miembros que han legislado en la materia, la mayoría tiene disposiciones sobre la prohibición de la promoción de determinados productos entre el público en general y el personal sanitario y en los centros de atención de salud, así como disposiciones en materia de etiquetado. Unos pocos Estados Miembros cuentan con disposiciones referentes a advertencias de contaminación, y prohíben las declaraciones sobre propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud.

15. Menos de la mitad de los países que han adoptado medidas legislativas tienen también disposiciones sobre la vigilancia de la aplicación del Código. Solo 37 países han implantado una vigilancia efectiva y/o mecanismos para obligar el cumplimiento. No obstante, es escasa la información de que se dispone sobre la composición, el mandato y las funciones de esos mecanismos.

16. También proporcionan información sobre la aplicación del Código las oficinas regionales, en colaboración con asociados del sector gubernamental y el sistema de las Naciones Unidas. En un reciente examen de la OPS sobre la aplicación del Código en el periodo 1981-2011 se indica que 16 países cuentan con medidas legislativas y seis de ellos reglamentan la aplicación de la ley.¹ En 2007, un examen de 24 países de África occidental y central realizado por el UNICEF daba cuenta de que la mitad de esos países habían implantado amplias medidas legislativas en la materia.²

17. En un análisis de las políticas de nutrición de los Estados Miembros efectuado por la Secretaría en 2010³ se destacan los problemas siguientes: la legislación solo se puede aplicar en los centros de salud pública, no proporciona orientaciones operacionales claras, su cumplimiento es insuficiente y su control inadecuado; el personal de salud no está suficientemente capacitado; y el público no recibe información suficiente.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

18. Se invita a la Asamblea de la Salud a que apruebe el plan de aplicación integral relativo a la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.

¹ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, OPS, 2011.

² Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Dakar, Oficina Regional de UNICEF para África Occidental y Central, 2007.

³ Véase http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (consultado el 27 de marzo de 2012).

ANEXO

**PROYECTO DE PLAN DE APLICACIÓN INTEGRAL SOBRE NUTRICIÓN
MATERNA, DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO****FUNDAMENTO****Los problemas de nutrición mundiales son multifacéticos**

1. El suministro suficiente de nutrientes, desde las primeras etapas de la vida, es decisivo para un buen desarrollo físico y mental y para gozar de buena salud durante mucho tiempo. La escasa disponibilidad o el acceso insuficiente a alimentos de adecuada calidad nutricional o la exposición a condiciones que perjudican la absorción y el uso de los nutrientes ha llevado a grandes sectores de la población mundial a la desnutrición, a padecer un déficit de vitaminas y minerales, o bien al sobrepeso y la obesidad, apreciándose grandes diferencias entre los grupos de población. Estos problemas suelen presentarse simultáneamente y están interconectados.

2. En lo concerniente a las mujeres, los bajos índices de masa corporal y la baja estatura tienen elevada prevalencia en los países de ingresos bajos, lo que provoca un mal desarrollo fetal, aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y entraña la necesidad de un parto asistido.¹ En algunos países de Asia centromeridional, más del 10% de las mujeres de entre 15 y 49 años miden menos de 145 cm. En el África subsahariana y Asia centromeridional y sudoriental, más del 20% de las mujeres tienen un índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m², y la proporción se eleva hasta el 40% en Bangladesh, Eritrea y la India. A la inversa, una crecida proporción de mujeres comienza el embarazo con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m², lo que acrecienta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y en el parto, hace aumentar el peso al nacer y aumenta el riesgo de obesidad infantil.

3. La anemia ferropénica afecta al 30% de las mujeres en edad fecunda (468 millones), y al 42% de las embarazadas (56 millones). La anemia materna se asocia al menor peso al nacer y al aumento del riesgo de la mortalidad materna. Las tasas de anemia no han mejorado de manera apreciable en los dos últimos decenios.²

4. Según las estimaciones, cada año nacen 13 millones de niños afectados de retraso del crecimiento intrauterino³ y unos 20 millones con insuficiencia ponderal.⁴ Un niño nacido con insuficiencia ponderal está expuesto a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad y también es más probable que padezca ulteriormente enfermedades no transmisibles, como diabetes e hipertensión.

¹ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008; **371**:243-260. También se extrajeron datos del proyecto Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) (<http://www.measuredhs.com/Data/>, consultado el 27 de marzo de 2012).

² Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Ginebra, Secretaría del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, 2010.

³ de Onís M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998; **52**(Suppl.1):S5-S15.

⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2004.

5. En 2010, alrededor de 115 millones de niños de todo el mundo presentaban insuficiencia ponderal, 55 millones tenían bajo peso en relación a la talla, y 171 millones de niños menores de cinco años sufrían retrasos del crecimiento.¹ Se estima que en los países en desarrollo la proporción de menores de cinco años con insuficiencia ponderal descendió del 29% al 18% entre 1990 y 2010, tasa esta que sigue siendo inadecuada para cumplir la meta 1.C del primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a saber, reducir a la mitad los niveles de insuficiencia ponderal entre 1990 y 2015. Se registró una disminución suficiente en Asia y América Latina, pero se requieren aún considerables esfuerzos en África. Además, en 2010, 43 millones de preescolares de países tanto desarrollados como en desarrollo padecían sobrepeso u obesidad.² La prevalencia de la obesidad infantil en los países de ingresos bajos y medios se ha acelerado en los últimos 10 años; la OMS estima que en 2015 la tasa llegará al 11%, cercana a la prevalencia en los países de ingresos medios altos (12%). Es probable que los niños obesos se conviertan en adultos obesos, que corran un mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 así como trastornos hepáticos y trastornos respiratorios ligados al sueño, y que vean disminuidas sus posibilidades de buen desempeño social y económico en la vida adulta.

6. La anemia afecta al 47,4% (293 millones de niños) de la población en edad preescolar,³ y el 33,3% (190 millones) de esa población en el mundo entero padece avitaminosis A.⁴

7. También influyen en el estado nutricional varios factores ambientales. En países en que la prevalencia de la infección por el VIH es alta, esta infección tiene un impacto directo en el estado nutricional de las mujeres y los niños infectados así como un efecto indirecto por la alteración de la seguridad alimentaria de los hogares y la elección inadecuada de prácticas de alimentación de los lactantes para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño. La deficiente seguridad alimentaria también aumenta las conductas de riesgo de las mujeres, lo que acrecienta su riesgo de contraer la infección. El consumo de tabaco (tanto el fumar como el tabaco sin humo) durante el embarazo afecta adversamente la salud del feto. El tabaquismo materno así como la exposición al humo de tabaco ambiental durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones en este periodo, incluidos la insuficiencia ponderal al nacer y los nacimientos prematuros. En muchos países de ingresos bajos y medios está aumentando el número de fumadores, particularmente chicas y mujeres en edad fecunda. Aunque en muchos países la proporción de mujeres que fuman es baja, las mujeres y su prole siguen corriendo riesgos importantes de que el embarazo entrañe efectos perjudiciales a causa de su exposición al humo ajeno. Por el consumo de tabaco se transmiten los contaminantes del tabaco al feto a través de la placenta y a los neonatos a través de la leche materna. El gasto en tabaco también limita la capacidad de las familias para proporcionar una mejor nutrición a las embarazadas y los hijos.

8. La malnutrición infantil es la causa subyacente de un 35% de las defunciones de menores de cinco años. Más de dos millones de niños mueren cada año por haber padecido desnutrición antes de los cinco años, y se estima que la anemia ferropénica contribuye a un número significativo de defun-

¹ Insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento en: *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

² de Onís M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr* 2010; 92:1257–64.

³ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, pp.1–40.

⁴ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

ciones maternas cada año en los países de ingresos bajos y medios. La desnutrición materna e infantil representa el 11% de la carga mundial de morbilidad.¹

9. La malnutrición influye negativamente en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la productividad. El retraso del crecimiento y la carencia de yodo y de hierro, combinados con una insuficiente estimulación cognitiva, están entre los principales factores de riesgo responsables de que alrededor de 200 millones de niños, según las estimaciones, no logren desarrollarse al máximo de su potencial. Por cada incremento del 1% en la estatura de la población adulta, los salarios agrícolas suben un 4%.² La eliminación de la anemia, por otra parte, traería consigo un aumento de entre el 5% y el 17% de la productividad de los adultos. La malnutrición obstaculiza el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre), 2 (Lograr la enseñanza primaria universal), 3 (Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer), 4 (Reducir la mortalidad infantil), 5 (Mejorar la salud materna) y 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades).

Aunque existen medidas nutricionales eficaces, no se aplican a una escala lo bastante grande

10. Un examen y análisis de políticas de los Estados Miembros realizados en 2009 y 2010,³ indicó que la mayoría de los países disponen de una batería de políticas y programas de nutrición, que sin embargo suelen ser insuficientes ante la complejidad de los problemas ligados a la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, por lo que no tienen la repercusión esperada.

11. Incluso cuando existen políticas de nutrición, no siempre han sido adoptadas oficialmente. Además, rara vez se concretan en planes operativos y programas de trabajo con metas y objetivos, plazos y resultados claramente definidos, en ellas no se especifican las funciones y responsabilidades de las distintas partes ni se determinan las necesidades en materia de personal y medios de acción, y tampoco incorporan un mecanismo para evaluar el proceso y sus resultados.

12. En el mencionado estudio sobre políticas se afirma que corregir la desnutrición de las madres no es un objetivo prioritario en los países con una carga elevada de mortalidad materna. De los 36 países con mayor carga de desnutrición, pocos son los que aplican a escala nacional el arsenal completo de intervenciones eficaces para prevenir la insuficiencia ponderal en los niños y la desnutrición en las madres y potenciar el desarrollo en la primera infancia.

13. Faltan orientaciones detalladas para aplicar las intervenciones que se pueden gestionar directamente desde el sector de la salud, y allí donde los sistemas de salud son frágiles esas intervenciones se aplican solo parcialmente. Muchos países han adoptado estrategias integradas de salud de la madre, el recién nacido y el niño en las que se prevén intervenciones nutricionales, pero en la práctica el apoyo en temas de nutrición que se presta desde los servicios de salud suele ser insuficiente, y existen pocos indicadores para medir la cobertura.

¹ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**:243-260.

² Haddad L, Bouis HE. *The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines*. Warwick (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Development Economics Research Centre. Papers, No. 97. 1989.

³ Véase http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (consultado el 27 de marzo de 2012).

14. En las estrategias nacionales de desarrollo no se tiene debidamente en cuenta la nutrición. Las políticas nacionales de alimentos y nutrición suelen girar en torno a modelos de información y elección con conocimiento de causa, dejando algo de lado eventuales medidas estructurales, fiscales y normativas para modificar las desfavorables condiciones en que tiene lugar el suministro de alimentos.

15. Se observa escasa coordinación entre los distintos interlocutores en la ejecución de los programas. En todas las regiones, los ministerios de salud centralizan la mayor parte de las labores de coordinación y gestión de políticas, con aportaciones variables de los ministerios de educación, agricultura, alimentación y protección social. A menudo la ejecución de políticas y programas depende de fondos externos y no resulta por ello sostenible. No se lleva a cabo, o se hace de forma deficiente, un seguimiento sistemático de las actividades.

16. No hay coherencia entre los países a la hora de aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las ulteriores resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud. Se han implantado reglamentaciones estatutarias en 103 Estados Miembros, y en otros nueve están en la fase de proyecto. En 37 Estados Miembros rigen disposiciones de cumplimiento voluntario por parte de los fabricantes de preparaciones para lactantes, y 25 Estados Miembros no han adoptado medida alguna para hacer aplicar el Código. No se dispone de información sobre 20 Estados Miembros.¹

17. Entre los 103 Estados Miembros que han legislado en la materia, la mayoría tiene disposiciones que prohíben la promoción de determinados productos entre la población y el personal sanitario, y en los centros de atención de salud, así como disposiciones en materia de etiquetado. Menos numerosos son los Estados Miembros donde hay disposiciones sobre las advertencias de contaminación y donde están prohibidas las declaraciones sobre propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud.

18. En menos de la mitad de los países que han adoptado medidas legislativas existen también disposiciones relativas al seguimiento de la aplicación del Código. Solo 37 de esos países han implantado un seguimiento efectivo y/o mecanismos para hacer cumplir el Código. No obstante, se dispone de escasa información sobre las características, el mandato y las funciones de esos mecanismos.

19. Las oficinas regionales siguen actualizando la información sobre la aplicación del Código. En un reciente estudio de la OPS sobre la aplicación del Código en el periodo 1981-2011² se indica que 16 países cuentan con medidas legislativas y seis de ellos reglamentan la aplicación de la ley correspondiente. En 2007, un examen de 24 países de África occidental y central realizado por el UNICEF³ daba cuenta de que la mitad de esos países habían implantado amplias medidas legislativas en la materia.

¹ Información del UNICEF; estos países comprenden también todos los Estados Miembros que presentaron informes sobre la aplicación del Código conforme a lo dispuesto en los artículos 11.6 y 11.7. Se enviaron cuestionarios a los Estados Miembros en 2007 y 2009, y los resultados se resumieron en los documentos A61/17 Add.1, sección F, y A63/9.

² Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Dakar, Oficina Regional de UNICEF para África Occidental y Central, 2007.

³ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, OPS, 2011.

OBJETIVO, METAS Y PLAZOS

20. El plan tiene por ambición aliviar la doble carga que supone la malnutrición infantil, empezando desde las primeras etapas del desarrollo. Concentrando esfuerzos en el periodo que va desde la concepción hasta los dos años se pueden obtener resultados notables, aunque a la vez conviene tener en cuenta la totalidad del ciclo vital para que el buen estado nutricional se mantenga de forma duradera.

21. Es posible lograr progresos en poco tiempo. La mayoría de los problemas nutricionales pueden resolverse durante la presente generación. Las intervenciones nutricionales actualmente disponibles, por ejemplo, deberían bastar para evitar a corto plazo al menos un tercio de los casos de retraso del crecimiento.¹ Sin embargo, quizá se requieran plazos más largos para eliminar completamente ciertas enfermedades. Por ello es necesario el compromiso de invertir durante un decenio para potenciar las intervenciones nutricionales y evitar así la muerte de un millón de niños al año. Dada la necesidad de alinear la ejecución del plan con otros programas de desarrollo que también tengan en cuenta la nutrición, se propone que el presente plan tenga una duración de 13 años (2012-2025). Se presentarán informes con una periodicidad bienal hasta 2022 y el último informe se elaborará en 2025.

22. Las metas mundiales son importantes para definir las áreas prioritarias y propiciar el cambio a nivel mundial. Pueden inspirar a los países a la hora de establecer sus prioridades y definir sus ambiciones, pero no pretenden dictar las decisiones de ningún país o región. Las metas mundiales pueden utilizarse para medir los logros y establecer marcos de rendición de cuentas. Hay que fijar metas en relación con las enfermedades nutricionales que provocan una carga importante de morbilidad y mortalidad ligadas a la nutrición desde el momento de la concepción hasta los dos años, a saber: retraso del crecimiento, anemia materna e insuficiencia ponderal del recién nacido.² La insuficiencia ponderal en la niñez (de la que el retraso del crecimiento representa la mayor fracción) es la principal causa de muerte y de años de vida ajustados en función de la discapacidad en los menores de cinco años. La carencia de hierro, por su parte, contribuye a la mortalidad materna en los países de ingresos bajos y medios. Estas metas vendrían a completar y reforzar la meta 1.C del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, que apunta a reducir la prevalencia de niños con insuficiencia ponderal. Como parte de esa meta, también parece justificado definir una cuarta meta relativa al sobrepeso infantil, habida cuenta del rápido incremento de la prevalencia de esta patología observado en todo el mundo. Las metas propuestas se basan en la experiencia de los países y en la existencia de intervenciones eficaces.

23. **Meta mundial 1: reducir en un 40% para 2025 el número de niños menores de cinco años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento.** Esta meta supone una reducción relativa del 40% para el año 2025 en el número de niños que padece retraso en el crecimiento, tomando los datos de 2010 como punto de partida. Esto se podría traducir en una reducción relativa anual del 3,9% entre 2012 y 2025,³ e implica reducir el número de niños con retraso en el crecimiento de 171 millones en 2010 a aproximadamente 100 millones, es decir, unos 25 millones menos de lo que sería esa cifra si se mantuviera la tendencia actual.⁴ Un análisis de 110 países respecto de los que se dispone de datos so-

¹ Bhutta ZA et al. for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, 2008; **371**:417-440.

² El establecimiento de metas mundiales fue una petición formulada por los Estados Miembros en el curso de la consulta regional. En las consultas regionales celebradas en la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental se definieron una serie de metas provisionales, pero se requiere un debate más amplio con los Estados Miembros en el Consejo Ejecutivo y por medio de consultas electrónicas.

³ $r = \ln(P1/P2)/t$.

⁴ de Onís M, Bloessner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. *Public Health Nutrition*, 2012, 15:142–148.

bre la prevalencia del retraso en el crecimiento de al menos dos ocasiones durante el periodo 1995-2010,¹ revela que el retraso en el crecimiento a nivel mundial está disminuyendo a un ritmo del 1,8% anual (2,6% en países con una prevalencia superior al 30%). En ese periodo, el 20% de los países han reducido el retraso en el crecimiento a un ritmo del 3,9% o más.

24. Meta mundial 2: reducir a la mitad para 2025 las tasas de anemia en mujeres en edad fértil. Esta meta supone una reducción relativa del 50% de aquí a 2025 en el número de mujeres no embarazadas en edad fértil (de 15 a 49 años) aquejadas de anemia, con relación a una línea base establecida en el periodo 1993-2005, utilizada como referencia y punto de partida. Esto se traduciría en una reducción relativa del 5,3% anual entre 2012 y 2025, e implica reducir el número de mujeres no embarazadas aquejadas de anemia hasta aproximadamente 230 millones. Tal y como indican las reiteradas encuestas nacionales mencionadas en el sexto informe sobre la situación de la nutrición en el mundo del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, varios países han registrado una reducción de la prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas,² a saber: China, del 50% al 19,9% en un periodo de 21 años (1981-2002); Nepal, del 65% al 34% en un periodo de 8 años (1998-2006); Sri Lanka, del 59,8% al 31,9% en un periodo de 13 años (1988-2001); Camboya, del 56,2% al 44,4% en un periodo de 6 años (2000-2006), Viet Nam, del 40% al 24,3% en un periodo de 14 años (1987-2001), y Guatemala, del 35% al 20,2% en un periodo de 7 años (1995-2002). Esas estimaciones apuntan a una reducción relativa anual del 4% al 8%.

25. Meta mundial 3: reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer de aquí a 2025. Esta meta supone una reducción relativa del 40% para el año 2025 del número de niños nacidos con menos de 2500 gramos, con relación a una línea base establecida en el periodo 2006-2010, utilizada como referencia y punto de partida. Esto se traduciría en una reducción relativa anual del 3,9% entre 2012 y 2025. En Bangladesh y la India, donde vienen al mundo alrededor de la mitad de los niños del planeta aquejados de insuficiencia ponderal al nacer, la prevalencia de este problema pasó, respectivamente, del 30,0% al 21,6% (entre 1998 y 2006) y del 30,4% al 28,0% (entre 1999 y 2005). También se han observado caídas de la prevalencia de la insuficiencia ponderal del recién nacido en El Salvador (del 13,0% al 7% entre 1998 y 2003), Sudáfrica (del 15,1% al 9,9% entre 1998 y 2003) y la República Unida de Tanzania (del 13,0% al 9,5% entre 1999 y 2005). En estos tres casos las tasas de reducción registradas son del orden del 1% al 12% al año. Las mayores tasas de reducción se han registrado en los países donde un gran porcentaje de los casos de insuficiencia ponderal al nacer se debe al retraso del crecimiento intrauterino, que es más fácil de reducir que los partos prematuros.

26. Meta mundial 4: lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez de aquí a 2025. Esta meta supone que la prevalencia mundial del 6,7% (correspondiente a un intervalo de confianza del 95% (CI) 5,6-7,7) estimada para 2010 no debería llegar al 10,8% (en 2025), con arreglo a las tendencias actuales,³ y que el número de niños con sobrepeso menores de cinco años no debería pasar de 43 millones a aproximadamente 70 millones, tal y como podría preverse. Las tasas de aumento varían entre las distintas partes del mundo, con incrementos más rápidos en los países cuyos sistemas alimentarios están en plena expansión, como por ejemplo en el norte de África. En los países de ingresos más altos, la información nacional y regional de que se dispone indica que los grupos con un nivel socioeconómico más alto registran un menor incremento de la obesidad infantil. Las inter-

¹ Obtenido mediante 430 puntos de medición.

² Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. *Sixth report on the world nutrition situation*. Ginebra, 2010.

³ de Onís M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 92:1257-1264.

venciones relacionadas con el modo de vida y el medio ambiente acometidas en tales circunstancias pueden utilizarse como ejemplos de buenas prácticas. En los países de ingresos bajos y medios hay poca experiencia en materia de programas. Los programas destinados a reducir la obesidad infantil se han dirigido principalmente a niños en edad escolar.¹ También sería importante prevenir el aumento del sobrepeso infantil en los países que están tratando de reducir el retraso en el crecimiento.

27. Meta mundial 5: aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo de aquí a 2025. Esta meta implica que la media mundial actual, estimada en el 37% para el periodo 2006-2010, deberá aumentar hasta el 50% de aquí a 2025. Ello supone un incremento relativo anual del 2,3%, lo que significa que aproximadamente 10 millones de niños más se alimentarán exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad. A escala mundial, las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron de un 14% en 1985 a un 38% en 1995, pero después descendieron en casi todas las regiones. No obstante, se han producido aumentos rápidos y considerables de las tasas de lactancia materna exclusiva, que a menudo sobrepasan la meta mundial propuesta, en determinados países de todas las regiones, como Camboya (de un 12% al 60% entre 2000 y 2005), Malí (de un 8% a un 38% entre 1996 y 2006) y el Perú (de un 33% al 64% entre 1992 y 2007).

28. Meta mundial 6: reducir la emaciación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%. Esta meta implica que la prevalencia mundial de la emaciación en la niñez, estimada en el 8,6% para 2010, se deberá reducir a menos del 5% para 2025 y se deberá mantener por debajo de ese nivel.² En el periodo 2005-2010, 53 países han notificado tasas de emaciación en la niñez superiores al 5% por lo menos una vez. La reducción de la emaciación requiere la aplicación de intervenciones preventivas tales como la mejora del acceso a alimentos de alta calidad y a la atención de salud; la mejora de los conocimientos y las prácticas sobre nutrición y salud; la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la promoción de las prácticas mejoradas de alimentación complementaria para todos los niños de 6 a 24 meses de edad; y el mejoramiento de los sistemas de agua y saneamiento y las prácticas en materia de higiene para proteger a los niños frente a las enfermedades transmisibles. Se puede tratar a un gran número de niños con emaciación grave en sus propias comunidades sin necesidad de ingresarlos en un establecimiento sanitario o un centro de alimentación terapéutica.³ En el caso de la malnutrición aguda moderada, el tratamiento se deberá basar en el uso óptimo de los alimentos disponibles localmente, complementados, cuando sea necesario, con suplementos alimenticios formulados específicamente.

ACCIONES

29. Este plan de acción ilustra una serie de acciones prioritarias que deben ser realizadas conjuntamente por los Estados Miembros y los asociados internacionales. Habrá que adaptarlas a cada región y país, lo que estará a cargo de las instituciones regionales y nacionales competentes.

¹ Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Ginebra, 15-17 de diciembre de 2009.

² Estimaciones de la OMS de la tendencia mundial y regional de la malnutrición en la niñez, véase <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/index.html> (consultado el 23 de abril de 2012).

³ Community-based management of severe acute malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. OMS, Ginebra, 2007.

ACCIÓN 1: Crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición

30. Para alcanzar las metas de nutrición hacen falta un apoyo político de alto nivel y un apoyo social amplio. Las políticas vigentes sobre alimentación y nutrición tendrán que ser revisadas para que atiendan integralmente los principales problemas de nutrición y aborden su distribución dentro de la sociedad. Otra finalidad es lograr que la nutrición ocupe un lugar central en las políticas de otros sectores y en la política de desarrollo general. La ejecución satisfactoria de estas políticas depende de varios factores de importancia decisiva: *a)* la adopción oficial por los órganos gubernamentales competentes; *b)* el establecimiento de un mecanismo de gobernanza intersectorial; *c)* la implicación de los asociados para el desarrollo; y *d)* la participación de las comunidades locales. El sector privado también puede contribuir a mejorar el suministro de alimentos y aumentar el empleo y, en consecuencia, los ingresos. Deberán adoptarse medidas de protección adecuadas para evitar posibles conflictos de intereses.

31. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a)* Revisar las políticas de nutrición con el fin de que aborden integralmente la doble carga de la malnutrición con un enfoque de derechos humanos y el respaldo oficial del poder legislativo o el gobierno.
- b)* Incluir la nutrición en la política de desarrollo general del país, los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y las estrategias sectoriales pertinentes.
- c)* Establecer mecanismos eficaces de gobernanza intersectorial para la ejecución de las políticas de nutrición en el plano nacional y local que contribuyan a la integración de las políticas de los distintos sectores.
- d)* Involucrar a los gobiernos y las comunidades locales en el diseño de los planes para ampliar las acciones en materia de nutrición y lograr que se integren en los programas comunitarios existentes.
- e)* Entablar un diálogo con partes nacionales e internacionales pertinentes y formar alianzas para ampliar las acciones en materia de nutrición, mediante el establecimiento de mecanismos adecuados de protección contra posibles conflictos de intereses.

32. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a)* Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para fortalecer las políticas y estrategias nacionales en materia de nutrición, así como los componentes sobre este tema de las políticas de otros sectores, en particular las políticas de desarrollo nacional y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza.
- b)* Mejorar el acceso a directrices normativas y de políticas, productos informativos, instrumentos y redes de expertos.

33. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

- a) Llevar a cabo iniciativas de promoción a escala mundial que aumenten la conciencia del público acerca de la necesidad de ampliar las acciones en materia de nutrición.
- b) Fortalecer la cooperación internacional en materia de nutrición con el fin de armonizar las normas, políticas y acciones mediante mecanismos y órganos intergubernamentales apropiados, como la Asamblea Mundial de la Salud, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
- c) Implicarse en mecanismos o alianzas de coordinación internacional, en particular la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición y el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas.

ACCIÓN 2: Incluir en los planes nacionales de nutrición todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición

34. Muchas intervenciones dirigidas a cambiar comportamientos, brindar apoyo nutricional y reducir la exposición a varios factores de riesgo ambiental son eficaces y deberían tenerse en cuenta para aplicarlas a escala nacional. En los cuadros 1a y 1b, respectivamente, se enumeran intervenciones nutricionales directas e intervenciones de asistencia sanitaria que tienen repercusiones en la nutrición y pueden ser brindadas por el sistema de salud. En las listas figuran intervenciones que deben considerarse para determinados grupos de población o en circunstancias especiales, en particular las emergencias. El análisis de los datos de investigación se resume en un documento de antecedentes que acompaña a este plan¹ y que se comunicó a la Biblioteca electrónica de la OMS de datos para la adopción de medidas nutricionales.² El proceso de elaboración de las directrices de la OMS garantiza que los datos científicos se actualicen continuamente y que se señalen las lagunas en la investigación. Esas intervenciones han sido concebidas como opciones que podrían aplicarse en función de las necesidades del país.

35. Los mayores beneficios se obtienen cuando la nutrición se mejora en las etapas iniciales de la vida. Aun así, para mejorar la nutrición también se necesita un método que tenga en cuenta todas las etapas de la vida e incluya actividades dirigidas a niños mayores y adolescentes además de los lactantes y los niños pequeños, con el fin de lograr el mejor entorno posible para las madres antes de la concepción que permita disminuir la incidencia de peso bajo al nacer y rompa el ciclo intergeneracional de la malnutrición. El tratamiento del sobrepeso infantil también requeriría medidas durante los años escolares.³

36. En la medida de lo posible, las intervenciones deben integrarse en los sistemas de asistencia sanitaria. Deben además vincularse con los programas existentes y aplicarse en conjunto para mejorar la costoeficacia. Será esencial la aplicación de los métodos e intervenciones de la OMS, como la Aten-

¹ *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² <http://www.who.int/elena/en/> (consultado el 27 de marzo de 2012).

³ *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

ción Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos, y la Atención Integrada del Embarazo y el Parto. Además, el fortalecimiento de los sistemas de salud es un elemento central para que una estrategia nutricional dé buen resultado.

37. La composición del conjunto de intervenciones se puede basar en las necesidades del país y en la cuantía de las inversiones. Por su costoeficacia, deben ser prioritarios los programas comunitarios que integran a la atención primaria diferentes intervenciones nutricionales directas, acompañados de sistemas que brindan acceso universal. Un grupo de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas ha elaborado el instrumento de cálculo de costos denominado OneHealth; es un programa informático que se puede adaptar fácilmente al contexto de los distintos países.¹

38. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a) Incluir en los servicios de salud materna, del niño y del adolescente todas las intervenciones nutricionales de eficacia comprobada que respondan a las necesidades del país, y garantizar el acceso universal.
- b) Dar cabida en las políticas nacionales a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y las directrices de la OMS sobre nutrición.
- c) Fortalecer los sistemas de salud, promover la cobertura universal y los principios de la atención primaria de salud.
- d) Elaborar o, si es necesario, fortalecer medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna a fin de velar por el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas adoptadas por la Asamblea de la Salud.
- e) Acometer un intenso programa de campañas para promover la lactancia materna a nivel local.

39. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a) Examinar, actualizar y ampliar las orientaciones e instrumentos de la OMS para realizar acciones eficaces en materia de nutrición, poner de relieve las buenas prácticas de los mecanismos de aplicación, y divulgar la información.
- b) Someter al análisis de costoeficacia las intervenciones sanitarias que tienen efectos en la nutrición.
- c) Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para ejecutar políticas y programas dirigidos a mejorar los resultados nutricionales.

¹ http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/OneHealth%20leaflet%20May2011.pdf (consultado el 27 de marzo de 2012).

d) Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en sus esfuerzos para elaborar o, si es necesario, fortalecer y vigilar medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

e) Convocar una reunión con los asociados del medio académico para preparar un programa de investigaciones prioritarias.

40. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

a) Armonizar los planes de ayuda para el desarrollo con las acciones en materia de nutrición que sean eficaces.

b) Apoyar los componentes relativos a la nutrición de las estrategias de salud maternoinfantil, como la Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño.

ACCIÓN 3: Estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición

41. Para reducir la doble carga de la desnutrición y el sobrepeso hacen falta estrategias sectoriales de desarrollo que tengan en cuenta los problemas de nutrición; deben dirigirse a promover la demanda y la oferta de alimentos sanos y eliminar las restricciones que dificultan su acceso y el consumo de alimentos más sanos. Han de intervenir muchos sectores, pero deben ser principalmente el agropecuario, el de alimentos elaborados, el de comercio, el de protección social, el de educación, el de trabajo y el de información pública. Se deben considerar también los asuntos comunes, como la igualdad entre hombres y mujeres, la calidad de la gobernanza y las instituciones, y la paz y la seguridad. Estos asuntos se deben tener en cuenta al elaborar y poner en práctica un marco afín al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que ha dado un impulso considerable a la lucha antitabáquica.

42. El Comité sobre la Seguridad Alimentaria Mundial está preparando un marco estratégico mundial sobre la seguridad alimentaria y la nutrición. Entre tanto, se puede extraer una serie de principios generales de los marcos de política existentes, las experiencias de los países y el análisis de los datos científicos. Por ejemplo, la malnutrición crónica se ha reducido con éxito en algunos países de Asia Sudoriental y América Latina gracias a la ejecución simultánea de políticas y programas enderezados a mejorar la seguridad alimentaria, reducir la pobreza y las desigualdades sociales y mejorar la educación de las madres.

43. Por lo que toca a la seguridad alimentaria, se debe lograr un mayor acceso a alimentos de buena calidad nutritiva¹ en todos los mercados locales a un precio asequible durante todo el año, particularmente mediante el apoyo a la agricultura de pequeños propietarios y con participación de las mujeres; sin embargo, se deben tener en cuenta las posibles repercusiones negativas de la mecanización que desplaza la mano de obra y la producción de cultivos comerciales que impongan presión al tiempo de las mujeres. En lo que respecta a la fabricación de alimentos, se debe mejorar el perfil nutritivo, lo que entraña mejorar el contenido de micronutrientes y reducir el contenido de sal, azúcar, grasas saturadas y grasas *trans*. En el ámbito de la educación, una mejor educación de las mujeres y las mejoras del abastecimiento de agua y el saneamiento se relacionan con una mejor nutrición de los niños.

¹ Alimentos con gran densidad de nutrientes y concentraciones bajas de nutrientes que entrañan un aumento del riesgo de enfermedades no transmisibles.

44. Las políticas sobre el empleo tienen una importancia decisiva para la seguridad alimentaria de las familias, pero las políticas laborales deben también proporcionar suficiente protección a la maternidad y propiciar que las empleadas puedan trabajar en un entorno mejor, que incluya la protección del humo de tabaco ajeno y el acceso a alimentos sanos. En el lugar de trabajo debe crearse un ambiente apropiado para las madres lactantes. La protección social es necesaria para corregir desigualdades y tiene que llegar a los más vulnerables. Las transferencias de efectivo a los pobres se utilizan para satisfacer las necesidades de alimentos. Las transferencias monetarias condicionadas, por las cuales el dinero se entrega a cambio de llevar a los niños a los centros de salud y hacer que asistan a la escuela, pueden tener un efecto positivo en el estado nutricional de los niños, en particular un aumento de la talla y el peso al nacer.

45. Las medidas comerciales, los impuestos y los subsidios son medios importantes de garantizar el acceso y favorecer elecciones alimentarias saludables. Pueden ser instrumentos poderosos cuando se acompañan de información suficiente para los consumidores por medio del rotulado nutricional y la comercialización responsable de los alimentos, así como el mercadeo social y la promoción de regímenes alimentarios y modos de vida saludables.

46. En el cuadro 2 se dan ejemplos de medidas de política que implican a diferentes sectores importantes.

47. **Actividades que se proponen a los Estados Miembros**

a) Examinar las políticas en los sectores de agricultura y ganadería, protección social, educación, trabajo y comercio para determinar su efecto en la nutrición e incluir indicadores nutricionales en sus marcos de evaluación.

b) Establecer un diálogo entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales con el fin de considerar medidas de política que podrían mejorar el estado nutricional de la población y abordar posibles conflictos entre las políticas vigentes de los distintos sectores y las políticas sanitarias dirigidas a mejorar la nutrición.

c) Aplicar las recomendaciones sobre promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (resolución WHA63.14).

48. **Actividades que se proponen a la Secretaría**

a) Elaborar directrices metodológicas sobre el análisis de las repercusiones de las políticas sectoriales sobre la salud y la nutrición, en particular con respecto a los diferentes grupos socio-económicos y otros grupos vulnerables (por ejemplo, pueblos indígenas).

b) Recabar y dar a conocer ejemplos de buenas prácticas con respecto a las medidas de política sectoriales que benefician a la nutrición.

49. **Actividades que se proponen a los asociados internacionales**

a) Participar en consultas para analizar las implicaciones para la salud y la nutrición de las políticas vigentes sobre comercio, agricultura y ganadería, trabajo, educación y protección social, con miras a conocer y describir opciones de política para mejorar los resultados nutricionales.

- b) Analizar los datos científicos acerca de la eficacia de las intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad alimentaria, el bienestar social y la educación en los países de ingresos bajos.

ACCIÓN 4: Proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales

50. Se necesitan capacidades técnicas y de gestión para poner en práctica los programas de nutrición a escala completa y para idear y ejecutar políticas multisectoriales. La creación de capacidad debería ser parte integral de los planes para ampliar las intervenciones nutricionales. La ampliación de las acciones en materia de nutrición se ve limitada por la cantidad de recursos humanos, y la relación entre el número de agentes de atención primaria y el número de habitantes es un determinante importante de la eficacia de los programas. La creación de capacidad en materia de nutrición es necesaria tanto en el sector de la salud a todos los niveles como en otros sectores.

51. Se necesitan más recursos económicos para aumentar la cobertura de las intervenciones nutricionales. Actualmente, los programas de nutrición reciben menos de un 1% del total de la ayuda para el desarrollo. El Banco Mundial ha calculado que se necesitarían US\$ 10 500 millones cada año para aplicar intervenciones nutricionales prioritarias a escala nacional en los países que sobrellevan la carga más onerosa de desnutrición materna e infantil.¹ Por lo demás, saber con qué recursos se cuenta resulta esencial para sostener un aumento de la ejecución de los programas.

52. Son necesarios esfuerzos colectivos de los gobiernos y los donantes. El aumento de los recursos puede proceder de mecanismos de financiación innovadores, como los debatidos en el contexto de la salud materno-infantil.

53. Los gobiernos han de establecer una partida presupuestaria para los programas de nutrición e identificar las metas de financiación de dichos programas. Pueden utilizarse los impuestos especiales (por ejemplo, sobre el tabaco y el alcohol) para crear fondos nacionales destinados a ampliar las intervenciones nutricionales.

54. A nivel internacional, los mecanismos tomados en consideración para fomentar la salud materno-infantil han sido un servicio financiero internacional, compromisos anticipados de mercado para financiar la investigación y el desarrollo, un mecanismo «De-Tax» para destinar al desarrollo una parte del impuesto sobre el valor añadido de bienes y servicios, y las contribuciones solidarias voluntarias a través de la venta de billetes electrónicos de avión o de los contratos de telefonía móvil. Asimismo, los donantes han considerado la posibilidad de una financiación basada en los resultados como incentivo para alcanzar las metas.

55. Por el lado de los gastos, hay que buscar una mayor eficiencia de los programas de financiación, en particular una mayor armonización de las inversiones de los donantes con las prioridades nacionales, y adoptar medidas para reducir el costo de los suplementos de micronutrientes y de los alimentos terapéuticos listos para el consumo, también mediante la reducción de los derechos de patente.

56. Para mejorar la rendición de cuentas y aumentar la eficiencia será necesario un seguimiento financiero y transparencia en el uso de los recursos.

¹ Horton S. et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, Banco Mundial, 2010.

57. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a) Identificar y cartografiar las necesidades en materia de capacidad e incluir el desarrollo de la capacidad en los planes para ampliar las medidas nutricionales.
- b) Poner en práctica una estrategia integral de creación de capacidad que incluya tanto el desarrollo del personal como la formación de los líderes, el fortalecimiento de las instituciones académicas, el desarrollo institucional y las alianzas.
- c) Calcular los costos del plan de expansión y cuantificar los beneficios previstos, con inclusión de la proporción necesaria para el desarrollo de las capacidades y el fortalecimiento de la prestación de servicios.
- d) Prestar apoyo a las comunidades locales para que pongan en marcha medidas nutricionales a nivel comunitario.
- e) Establecer una partida presupuestaria y metas nacionales de financiación con respecto a la nutrición.
- f) Canalizar hacia las intervenciones nutricionales los fondos obtenidos con los impuestos especiales.

58. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a) Apoyar el desarrollo del personal, el liderazgo y las capacidades técnicas y de gestión en materia de nutrición en los Estados Miembros mediante talleres, enseñanza a distancia y comunidades de prácticas, y distribución de materiales de formación.
- b) Poner a disposición instrumentos perfeccionados para la creación de capacidad y prestar apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros en materia de creación de capacidad.
- c) Proporcionar instrumentos para calcular los costos de las intervenciones nutricionales.

59. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

- a) Seguir los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y del Programa de Acción de Accra, y armonizar el apoyo de los donantes en el ámbito nacional.
- b) Establecer normas internacionales de competencia específicas para el desarrollo del personal de salud pública en materia de nutrición en las que se reconozcan diferentes niveles de trabajadores (primera línea, gestores y especialistas) y diferentes contextos de las políticas (por ejemplo, capacidades para la acción intersectorial) y prácticas (por ejemplo, la doble carga de la malnutrición), y prestar apoyo a la revisión de los planes de estudios para la formación previa al servicio y en el servicio de los profesionales sanitarios de todos los niveles.
- c) Establecer alianzas académicas destinadas a proporcionar apoyo institucional al desarrollo de la capacidad en los Estados Miembros.

- d) Explorar instrumentos financieros innovadores para financiar la expansión de los programas de nutrición.

ACCIÓN 5: Efectuar un seguimiento y una evaluación de la aplicación de las políticas y programas

60. Es necesario un marco de seguimiento bien definido para evaluar los progresos realizados hacia la consecución de los objetivos del plan integral de aplicación. Dicho marco tiene que posibilitar la rendición de cuentas con respecto a las medidas puestas en práctica, a los recursos y a los resultados. En el cuadro 3 figuran los indicadores propuestos en relación con los insumos (marcos normativos y jurídicos y recursos humanos), los productos y resultados (aplicación del programa de nutrición y seguridad alimentaria), y las repercusiones (estado nutricional y mortalidad).

61. La serie de indicadores propuestos tiene que adaptarse al contexto y a las prioridades de cada país, pero se mantendrá en la evaluación a escala mundial. Podrían tomarse en consideración otros indicadores para proceder al seguimiento de los progresos en las acciones intersectoriales.

62. Habría que establecer sistemas de vigilancia que garanticen el flujo regular de información hacia las instancias normativas. Los plazos para la presentación de informes deben ajustarse a las prioridades nacionales y a las exigencias de los órganos deliberantes.¹

63. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

a) Crear o reforzar sistemas de vigilancia para recopilar información sobre determinados indicadores de insumos, productos/resultados y repercusiones.

b) Aplicar los patrones de crecimiento infantil de la OMS con el fin de vigilar las pautas de crecimiento individuales y los niveles de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso de la población.

c) Velar por que los indicadores sobre la nutrición se comuniquen adecuadamente en el proceso de examen anual recomendado por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de la Madre y el Niño en los países con menores ingresos y mayor mortalidad materna e infantil, y por que los diferenciales sociales queden adecuadamente destacados.

64. Actividades que se proponen a la Secretaría

a) Prestar apoyo metodológico para la recopilación de los indicadores seleccionados de insumos, productos y resultados, y repercusiones, tales como la elaboración de protocolos o el diseño de sistemas de vigilancia.

b) Establecer una base de datos de los indicadores de insumos, de productos y resultados, y de repercusiones.

¹ El informe sobre la aplicación del plan podría combinarse con la notificación bienal a la Asamblea de la Salud dispuesta en el párrafo 11.17 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adoptado por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA34.22.

c) Informar sobre los progresos mundiales en materia de elaboración, fortalecimiento y aplicación de planes, políticas y programas nacionales sobre nutrición.

d) Apoyar a los Estados miembros en la aplicación de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

65. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

a) Adoptar el marco propuesto con respecto a los indicadores como instrumento de seguimiento de la ejecución de las actividades de desarrollo.

b) Prestar apoyo a la recopilación de información y a su intercambio entre organizaciones con el objetivo de garantizar la cobertura mundial de las bases de datos de los indicadores de insumos, productos y resultados, y repercusiones.

Cuadro 1a. Intervenciones nutricionales directas eficaces cuya prestación por los sistemas de salud se podría ampliar¹

Todas las mujeres en edad fecunda	Mujeres en circunstancias especiales	Todos los niños de 0 a 24 meses	Niños en circunstancias especiales
Suplementos de hierro y ácido fólico <ul style="list-style-type: none"> – diarios para las embarazadas – intermitentes para las embarazadas sin anemia – intermitentes en mujeres que tengan menstruaciones y vivan en entornos donde la anemia sea un problema de salud pública 	Atención adecuada a las mujeres con bajo índice de masa corporal	Asesoramiento y apoyo a una lactancia materna óptima (iniciada tempranamente, exclusiva en los primeros seis meses, y mantenida hasta los dos años o más)	Atención integrada de malnutrición intensa aguda mediante intervenciones con base en los centros y en la comunidad
Asesoramiento nutricional mediante directrices dietéticas basadas en los alimentos	Atención y apoyo nutricional a las mujeres embarazadas y lactantes infectadas por el VIH	Asesoramiento y apoyo para una alimentación complementaria apropiada	Tratamiento de la malnutrición aguda moderada
Suplementos de calcio para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia	Atención y apoyo nutricional en las emergencias <ul style="list-style-type: none"> – suplementos de múltiples micronutrientes para las embarazadas 	Aplicación de la iniciativa «Hospitales amigos del niño»	Atención y apoyo nutricional a los niños VIH-positivos

¹ En función de las necesidades de cada país.

Todas las mujeres en edad fecunda	Mujeres en circunstancias especiales	Todos los niños de 0 a 24 meses	Niños en circunstancias especiales
	Suplementos de yodo (en caso de que no se disponga de sal yodada)	Aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud posteriores a la resolución WHA34.22	Atención y apoyo nutricional en las emergencias
		Suplementos de vitamina A para niños de seis meses a cinco años de edad en poblaciones con carencia de vitamina A	Asesoramiento y apoyo para una alimentación apropiada del lactante en el contexto de la infección por el VIH
		Suplementos de hierro para los menores de cinco años	Asesoramiento y apoyo para una alimentación apropiada del lactante de bajo peso al nacer
		Suplementos de zinc para el tratamiento de la diarrea	
		Asesoramiento nutricional para la atención adecuada de los niños enfermos	
		Enriquecimiento doméstico de los alimentos destinados a los niños pequeños	
		Administración de vitamina A como parte del tratamiento de la neumonía relacionada con el sarampión en niños de más de seis meses	

Cuadro 1b. Intervenciones sanitarias eficaces con repercusiones nutricionales cuya prestación por los sistemas de salud se podría ampliar

Mujeres en edad fecunda	Niños de 0 a 24 meses
Prevención del embarazo en adolescentes	Pinzamiento del cordón umbilical en el momento oportuno
Espaciamiento de los embarazos	Tratamiento vermífugo de los niños
Profilaxis intermitente del paludismo en embarazadas residentes en zonas con transmisión intensa	Suministro de mosquiteros tratados con insecticidas
Suministro de mosquiteros tratados con insecticidas	Profilaxis intermitente del paludismo en lactantes residentes en zonas del África subsahariana con transmisión intensa y donde la resistencia de los plasmodios a la sulfadoxina-pirimetamina no es elevada
Prevención de la exposición al humo ajeno y cese del consumo directo de tabaco, alcohol y drogas por las embarazadas	Lavado de las manos con jabón y otras medidas higiénicas
Reducción de la contaminación del aire de interiores	
Prevención y control de los riesgos laborales en el embarazo	
Prevención y control de las infecciones genitourinarias en el embarazo	
Tratamiento vermífugo de las embarazadas	

Cuadro 2. Intervenciones no sanitarias con repercusiones en la nutrición

Sector	Intervención
Agricultura	Actividades agrícolas generadoras de empleo Agricultura a pequeña escala Producción de alimentos ricos en nutrientes y de alimentos básicos de los pobres ¹ Cultivo doméstico y producción a gran escala de frutas y hortalizas Cultivo de variedades ricas en micronutrientes (por ejemplo, batatas de carne naranja) Producción diversificada de alimentos y mejora del almacenamiento y procesamiento de los alimentos Integración del asesoramiento nutricional en los programas de extensión agrícola Apoyo al papel de la mujer en la agricultura
Fabricación de alimentos	Producción local de alimentos enriquecidos, como harina, aceite, sal, azúcar o salsas de soja y de pescado, y alimentos compuestos enriquecidos Producción local de alimentos complementarios de alta calidad nutricional e introducción de disposiciones que permitan el acceso a éstos a todos los sectores de la población Enriquecimiento en micronutrientes de los alimentos complementarios Yodación de la sal Mejora de la calidad nutricional de los alimentos (reducción del contenido de sal, grasas y azúcares, y eliminación de los ácidos grasos <i>trans</i>)
Agua y saneamiento	Mejora del abastecimiento de agua Mejora del saneamiento
Educación	Educación primaria y secundaria de las mujeres Suministro de alimentos saludables en las escuelas y guarderías Educación sobre la nutrición y la actividad física en las escuelas
Políticas laborales	Políticas de apoyo al empleo Nutrición saludable en el lugar de trabajo Protección de la maternidad en el lugar de trabajo (mediante la adopción y el cumplimiento del Convenio de la OIT sobre la protección de la maternidad, 2000 (n.º 183), y la Recomendación sobre la protección de la maternidad (n.º 191)) Lugares de trabajo sin humo

¹ Informe sobre el desarrollo mundial 2008: agricultura para el desarrollo. Washington, DC, Banco Mundial, 2008. Spielman DJ, Pandya-Lorch R. Millions fed: proven successes in agricultural development. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2009. La producción agropecuaria contribuye a lograr la seguridad alimentaria y, por ende, a mejorar indirectamente la desnutrición porque aumenta la disponibilidad de alimentos y mejora la forma de ganarse la vida y los ingresos de los pobres, lo cual aumenta su capacidad de alimentar a la familia.

Protección social	Transferencias monetarias condicionadas Transferencias monetarias no condicionadas Apoyo para que los grupos socialmente desfavorecidos tengan acceso a alimentos saludables
Planificación urbana	Entornos urbanizados saludables
Comercio	Medidas de regulación de los precios de los alimentos Subsidios a la agricultura Oferta de alimentos en las instituciones públicas y tiendas privadas de alimentos Planes de etiquetado de los alimentos Reglamentación de la publicidad de alimentos y bebidas para niños Aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna
Finanzas	Utilización de los impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol para financiar la expansión de los programas de nutrición
Movilización social	Mercadotecnia social para fomentar la lactancia materna, el consumo de alimentos enriquecidos, las dietas saludables y la actividad física

Cuadro 3. Indicadores para el seguimiento del plan integral de aplicación

Insumos	Productos/resultados	Repercusiones
Entorno de políticas/estrategias en materia de nutrición: puntuación de la gobernanza en el ámbito de la nutrición	Prevalencia de menores de seis meses con lactancia exclusivamente materna	Incidencia del bajo peso al nacer
Recursos humanos: razón entre el número de agentes de salud comunitarios y la totalidad de la población	Proporción de menores de cinco años que han recibido dos dosis de suplementos de vitamina A ¹	Proporción de menores de cinco años con retraso del crecimiento
Marcos jurídicos: adopción y aplicación efectiva del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna	Proporción de hogares en los que se consume sal yodada	Proporción de menores de cinco años con emaciación

¹ Niños de 6 a 59 meses en entornos donde la carencia de vitamina A es un problema de salud pública.

Insumos	Productos/resultados	Repercusiones
	Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua	Proporción de mujeres delgadas ¹ en edad fecunda
	Puntuación del consumo de alimentos individual	Proporción de menores de cinco años con hemoglobinemias < 11 g/dl
	Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben una dieta mínimamente aceptable	Proporción de mujeres en edad fecunda (15 a 49 años) con hemoglobinemias < 12 g/dl
	Prevalencia de niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron rehidratación oral y tratamiento con zinc	Valor mediano de la concentración urinaria de yodo ($\mu\text{g/l}$) en niños de 6 a 12 años
	Proporción de embarazadas que reciben suplementos de hierro y ácido fólico	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)
		Tasa de mortalidad de los menores de un año (por 1000 nacidos vivos)
		Tasa de mortalidad de los menores de cinco años (por 10 000/día)

= = =

¹ Mujeres con índice de masa corporal < 18,5 kg/m².