



Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura



Programa Mundial de Alimentos

OPS



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

2020

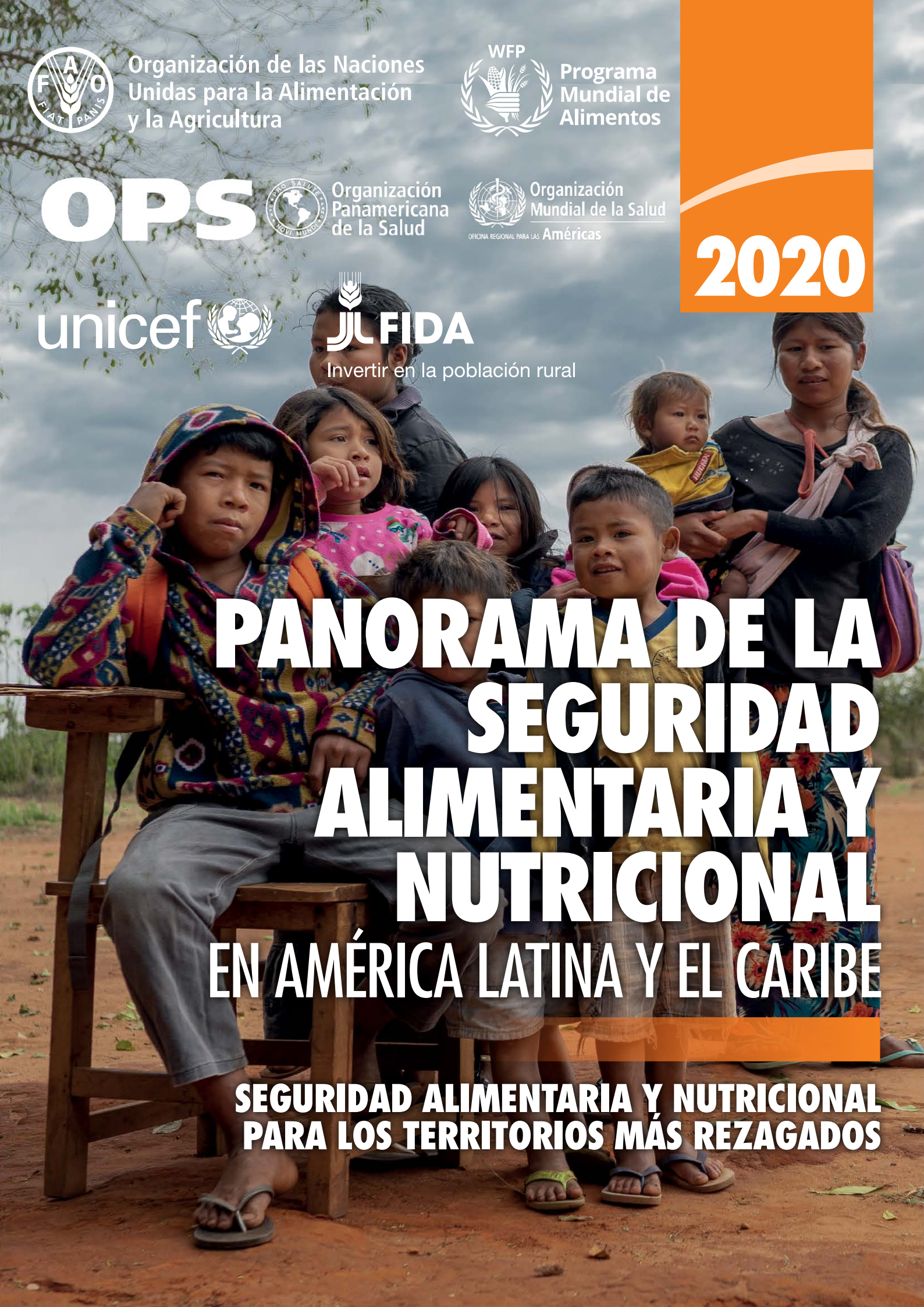
unicef 

 **FIDA**

Invertir en la población rural

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

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LOS TERRITORIOS MÁS REZAGADOS



CITA REQUERIDA:

FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2020. Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>

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), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (WFP) y 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, FIDA, 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, el FIDA, la OPS, WFP, o UNICEF.



ISBN 978-92-5-133665-6 [FAO]

© FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020

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, FIDA, OPS, WFP y UNICEF refrendan una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar los logotipos de la FAO, FIDA, 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), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 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, el FIDA, la OPS, el WFP o el UNICEF. Si la Obra es traducida por un tercero, 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), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 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, FIDA, 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”.

Todo litigio que surja en el marco de la licencia y no pueda resolverse de forma amistosa se resolverá a través de mediación y arbitraje según lo dispuesto en el artículo 8 de la licencia, a no ser que se disponga lo contrario en el presente documento. Las reglas de mediación vigentes serán el reglamento de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules> y todo arbitraje se llevará a cabo de manera conforme al reglamento de arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI).

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 recae 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 del FIDA están disponibles en su sitio web <https://www.ifad.org/en/web/knowledge/publications>. Los productos de información de la OPS están disponibles en su sitio web www.paho.org y pueden adquirirse mediante solicitud por correo electrónico dirigido a sales@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.latinamerica@wfp.org. Los productos de información de UNICEF están disponibles en su sitio web <https://www.unicef.org/es>.

Las solicitudes de uso comercial de la Obra 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.

© Mireles, Mauricio. 2019. Familia indígena perteneciente al Pueblo Guaraní Mbya, Comunidad Indígena San Juan en el Departamento de Caaguazú, Paraguay.

2020

**PANORAMA
DE LA SEGURIDAD
ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL**

**SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LOS
TERRITORIOS MÁS REZAGADOS**

ÍNDICE

CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS	iii		
PRÓLOGO	viii		
AGRADECIMIENTOS	x		
SIGLAS Y ABREVIATURAS	xi		
SUBREGIONES GEOGRÁFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y CÓDIGOS DE PAÍSES	xii		
PRESENTACIÓN	xiii		
PARTE 1			
HACIA EL LOGRO DEL HAMBRE CERO Y DE UNA VIDA SANA PARA TODAS LAS PERSONAS	1		
1.1. ODS2. PONER FIN AL HAMBRE, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN Y PROMOVER LA AGRICULTURA SOSTENIBLE	3		
1.1.1. Meta 2.1. Poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.	4		
1.1.2. Meta 2.2. Poner fin a todas las formas de malnutrición	19		
		1.2. ODS 3. GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES	30
		1.2.1. Meta 3.1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna	30
		1.2.2. Meta 3.4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	32
		1.3. OTROS INDICADORES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN	36
		1.3.1. Sobrepeso y obesidad a lo largo del ciclo de vida	36
		1.3.2. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño	42

PARTE 2	
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LOS TERRITORIOS MÁS REZAGADOS	47
2.1 TERRITORIOS REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN RELACIÓN A LA MALNUTRICIÓN	49
2.1.1. Cuántos territorios están rezagados	50
2.1.2. Distribución espacial de los territorios rezagados	51
2.1.3. Qué explica la existencia de territorios rezagados en relación a la malnutrición	63
2.1.4. Efectos esperados de la COVID-19 sobre el hambre y su representación territorial	74
2.2. POLÍTICAS PARA HACER FRENTE A LA MALNUTRICIÓN EN LOS TERRITORIOS REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	77
2.2.1. Medidas para promover y mejorar el acceso económico a una alimentación adecuada en los territorios rezagados	80
2.2.2. Medidas para mejorar la producción y el acceso físico a los alimentos que promuevan una alimentación adecuada en los territorios rezagados	89
2.2.3. Medidas para mejorar el uso y la calidad de los alimentos en los territorios rezagados	97

BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	
ANEXO 1	118
INDICADORES ODS 2. DATOS ANUALES PARA EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES	
ANEXO 2	120
PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PROYECCIONES AL 2030	
ANEXO 3	121
FUENTES DE INFORMACIÓN APARTADO 2.1.	
ANEXO 4	132
¿CÓMO IDENTIFICAMOS LOS TERRITORIOS REZAGADOS? BREVE DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	

CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS

CUADROS

CUADRO 1 PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019	8	FIGURA 6 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PORCENTAJE Y POR GÉNERO EN MAYORES DE 15 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2014-2019. EN PORCENTAJES	16
CUADRO 2 PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN PORCENTAJES	15	FIGURA 7 EVOLUCIÓN DE LOS MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS POR INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR GÉNEROS EN MAYORES DE 15 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2014 Y 2019. EN MILLONES DE PERSONAS	17
CUADRO 3 POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN MILLONES DE PERSONAS	15	FIGURA 8 DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA PREVALENCIA Y EN LOS MILLONES DE AFECTADOS POR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES, EN PUNTOS PORCENTUALES Y EN MILLONES DE PERSONAS. 2014 Y 2019	18
CUADRO 4 PREVALENCIA (%) Y MILLONES DE AFECTADOS POR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR GÉNERO EN MAYORES DE 15 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y MUNDIAL, 2017-2019	19	FIGURA 9 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE RETRASO DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 1990 Y 2019. EN PORCENTAJES	21
CUADRO 5 INDICADORES ASOCIADOS AL REZAGO POR RETRASO DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	68	FIGURA 10 PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ORDENADOS POR SUBREGIÓN, ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES DESDE 2010. EN PORCENTAJES.	21
CUADRO 6 INDICADORES ASOCIADOS AL REZAGO POR SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	71	FIGURA 11 REDUCCIONES EN LA PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN PORCENTAJE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, DÉCADAS DE 2000 Y 2010. EN PORCENTAJES	22
CUADRO 7 INDICADORES ASOCIADOS A LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LOS TERRITORIOS	73	FIGURA 12 PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2019. EN PORCENTAJES	23
CUADRO 8 POLÍTICAS HACER FRENTE A LA MALNUTRICIÓN EN LOS TERRITORIOS REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	78	FIGURA 13 PREVALENCIA DE EMACIACIÓN EN PORCENTAJE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES DESDE 2010. EN PORCENTAJES	23

FIGURAS

FIGURA 1 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SUBALIMENTACIÓN, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2000-2019. EN PORCENTAJES	5	FIGURA 14 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 1990-2019. EN PORCENTAJES	25
FIGURA 2 NÚMERO DE PERSONAS SUBALIMENTADAS, AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2000-2019. EN MILLONES DE PERSONAS	6	FIGURA 15 PREVALENCIA DE SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y POR SUBREGIÓN, ÚLTIMO DATO DISPONIBLE DE CADA PAÍS A PARTIR DE 2010. EN PORCENTAJES	25
FIGURA 3 EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SUBALIMENTADA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019. EN PORCENTAJES	7	FIGURA 16 VARIACIONES PORCENTUALES EN LA PREVALENCIA DE SOBREPESO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS. SELECCIÓN DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, DÉCADAS DE 2000-2010. EN PORCENTAJES	26
FIGURA 4 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA, 2014-2019. EN PORCENTAJES	13		
FIGURA 5 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN MILLONES DE PERSONAS	14		

FIGURA 17 PREVALENCIAS DE LA DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2019. EN PORCENTAJES	27	FIGURA 30 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ	54
FIGURA 18 MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100 000 NACIDOS VIVOS, PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y MUNDIAL, 2018	31	FIGURA 31 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN COSTA RICA, GUATEMALA Y NICARAGUA	55
FIGURA 19 PORCENTAJE DE MUERTES CAUSADAS POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2016. EN PORCENTAJES	33	FIGURA 32 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN HONDURAS, MÉXICO, EL SALVADOR Y PANAMÁ	55
FIGURA 20 PROBABILIDAD DE MUERTE POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS DE 30 A 70 AÑOS EN PORCENTAJE EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN EL MUNDO, 2010 Y 2016. EN PORCENTAJES	33	FIGURA 33 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN SURINAME, JAMAICA, HAITÍ Y GUYANA	56
FIGURA 21 PREVALENCIA DE OBESIDAD EN PORCENTAJES EN MAYORES DE 18 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2000 Y 2016. EN PORCENTAJES	36	FIGURA 34 TERRITORIOS CON ALTO REZAGO PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	57
FIGURA 22 PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PORCENTAJES EN MAYORES DE 18 AÑOS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000 Y 2016. EN PORCENTAJES	37	FIGURA 35 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA, BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE) Y CHILE	58
FIGURA 23 PREVALENCIA Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS POR DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS (5 A 9 AÑOS) Y ADOLESCENTES (10 A 19 AÑOS) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2016	38	FIGURA 36 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN COLOMBIA, ECUADOR, PARAGUAY Y PERÚ	59
FIGURA 24 PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2012 Y 2016. EN PORCENTAJES	43	FIGURA 37 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN GUATEMALA, COSTA RICA, Y EL SALVADOR	60
FIGURA 25 PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SUBREGIÓN, 2012 Y 2016, EN PORCENTAJES	43	FIGURA 38 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN HONDURAS, MÉXICO, PANAMÁ Y JAMAICA	61
FIGURA 26 PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN PORCENTAJE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2012 Y 2015. EN PORCENTAJES	44	FIGURA 39 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN GUYANA, SURINAME Y HAITÍ	62
FIGURA 27 TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PORCENTAJES DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE DESDE EL 2010. EN PORCENTAJES	45	FIGURA 40 CORRELACIÓN ENTRE RETRASO DEL CRECIMIENTO Y LA POBREZA EXTREMA A NIVEL MUNDIAL	65
FIGURA 28 TERRITORIOS CON ALTO REZAGO PARA RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	52	FIGURA 41 FACTORES ECONÓMICOS Y DEL MERCADO LABORAL ASOCIADOS AL RETRASO DEL CRECIMIENTO	66
FIGURA 29 TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN ARGENTINA, BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE) Y CHILE	53	FIGURA 42 ¿HAY MAYORES REZAGOS EN ÁREAS RURALES Y HABITADAS POR PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES?	67
		FIGURA 43 POBREZA, FORMALIDAD DEL EMPLEO Y SOBREPESO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	69

CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS

RECUADROS

RECUADRO 1 LA PANDEMIA DE COVID-19 Y SUS POSIBLES EFECTOS EN LA SUBALIMENTACIÓN Y LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA	10
RECUADRO 2 COSTO DE LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO EN MESOAMÉRICA	29
RECUADRO 3 COVID-19, ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y OBESIDAD	34
RECUADRO 4 DIETAS SALUDABLES Y ASEQUIBLES	39
RECUADRO 5 OBJETIVO 2.3 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	74
RECUADRO 6 INSTITUCIONALIDAD Y POLÍTICAS CON ENFOQUE TERRITORIAL PARA REDUCIR TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN	78
RECUADRO 7 INICIATIVA MANO DE LA MANO	79
RECUADRO 8 POLÍTICAS PÚBLICAS Y PERTINENCIA CULTURAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	79
RECUADRO 9 PROTECCIÓN SOCIAL SENSIBLE A LA NUTRICIÓN	81
RECUADRO 10 LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO	82
RECUADRO 11 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA MITIGAR LOS IMPACTOS DE LA COVID-19	83
RECUADRO 12 COLOMBIA Y LA LEY 2046 QUE PROMUEVE LAS COMPRAS PÚBLICAS A LA AGRICULTURA CAMPESINA, FAMILIAR Y COMUNITARIA	85
RECUADRO 13 PROYECTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LOS MEDIOS DE VIDA DE LAS FAMILIAS RURALES DEL CORREDOR SECO DE NICARAGUA (NICAVIDA)	86
RECUADRO 14 PROYECTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL SEMIÁRIDO DEL ESTADO DE PIAUÍ DE BRASIL	87
RECUADRO 15 PROYECTO PARA LA INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE PEQUEÑOS PRODUCTORES RURALES EN EL NORESTE DE HONDURAS (PROINORTE)	92
RECUADRO 16 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR PARA GARANTIZAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	95
RECUADRO 17 ACCIONES DE DOBLE FUNCIÓN	100
RECUADRO 18 LA GASTRONOMÍA COMO FORMA DE PROMOCIÓN DE ALIMENTOS TRADICIONALES, SALUDABLES Y SOSTENIBLES Y COMO MOTOR DE DESARROLLO RURAL	104



PRÓLOGO

El año 2020 ha traído consigo una de las peores crisis sanitarias de las que se tenga recuerdos en la historia reciente. En la fecha en que se finaliza este documento, en todo el mundo hay más de 60 millones de personas infectadas por el nuevo coronavirus, y 1,4 millones de personas han fallecido. Las proyecciones apuntan a la mayor caída del producto interno bruto desde la Segunda Guerra Mundial, y a un incremento de la pobreza en América Latina y el Caribe de en torno a 45 millones de personas. Dicha situación afecta fuertemente el empleo y los ingresos, y repercute de manera desmesurada en la alimentación y la nutrición, especialmente de los habitantes más vulnerables de los países de la región.

La pandemia de enfermedad por coronavirus (Covid-19) afectará los avances asociados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En lo que refiere a poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, sus efectos aún no han sido medidos de forma completa, pero es muy probable que genere consecuencias inmediatas y duraderas sobre la calidad de vida de la población, lo que pone en serio riesgo la consecución de las metas del ODS 2 “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible” y el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

Lo anterior resulta aún más preocupante por cuanto ya desde antes de la pandemia gran parte de los progresos de la región en materia de alimentación y nutrición habían retrocedido. En 2019, el número de personas que vivían con hambre en América Latina y el Caribe se situó en 47 millones. Esto implica que aproximadamente el 7,4% de los habitantes de la región sufría hambre, pero de forma quizás más importante, significa también un incremento de más de 13 millones de personas en el total de población subalimentada solo en los últimos cinco años.

De forma similar, en 2019 más de 190 millones de personas enfrentaba inseguridad alimentaria moderada o grave. Es decir, 1 de cada 3 habitantes de los países de América Latina y el Caribe, no tenía acceso a alimentos nutritivos y suficientes por falta de recursos económicos o de otro tipo. Esta realidad

puede afectar a la calidad de la alimentación y los hábitos alimentarios; y presentar consecuencias negativas para la nutrición, la salud y el bienestar.

La calidad de la alimentación guarda también relación con el exceso de peso, y esta nueva edición del Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe confirma que el sobrepeso infantil en la región sigue aumentando, situándose en 2019 en el 7,5%, por encima del promedio mundial de 5,6%. De hecho, el sobrepeso, y la obesidad, han aumentado en todos los grupos de edad. En todos los países de la región, el sobrepeso en las mujeres es mayor que en los hombres, y en 19 países, la diferencia es al menos de 10 puntos porcentuales. El costo económico y social de la doble carga de la malnutrición, y muy especialmente, del sobrepeso y la obesidad se incrementa en la región, con un 75% de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles asociadas, en gran medida, a una alimentación no saludable.

Sin embargo, como bien es bien sabido, los promedios nacionales ocultan frecuentemente situaciones aún más graves dentro de los países. Hoy, en América Latina y el Caribe, 1 de cada 5 territorios se encuentra altamente rezagado por la malnutrición, ya sea por retraso del crecimiento o por sobrepeso. Los niveles de retraso del crecimiento infantil se observan de forma desproporcionadamente alta en territorios usualmente rurales, con menor acceso a servicios y mercados laborales en los que predomina la informalidad, y en los que la población presenta altos niveles de pobreza y bajos niveles de escolaridad. El sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años se manifiesta de forma más pronunciada en las zonas urbanas, y particularmente en los grupos más pobres, aunque también se presenta en las zonas rurales. De hecho, 53 territorios, o 1 de cada 5, se encuentran rezagados por la doble carga de la malnutrición, y estos tienden a ser rurales, con altos niveles de pobreza y con alta presencia de pueblos indígenas y afrodescendientes.

Los cinco organismos de las Naciones Unidas que desarrollamos el Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional de América Latina y el Caribe en el año 2020, queremos llamar la atención sobre la

necesidad de focalizar nuevas políticas e inversiones en los territorios rezagados donde viven las personas que sufren mayores niveles de malnutrición. La región solo habrá alcanzado el Hambre Cero cuando todas las mujeres y todos los hombres, en todos los territorios, tengan seguridad alimentaria y estén libres de cualquier forma de malnutrición.

El Panorama 2020 señala algunos ejemplos que ya están ocurriendo en la región y que demuestran que es posible llevar a cabo iniciativas de éxito y multidimensionales que pueden reducir las distintas formas de malnutrición de la población en los lugares donde se presentan mayores desafíos. Existen políticas y programas intersectoriales que combinan intervenciones para garantizar el acceso físico y económico a alimentos saludables, al tiempo que se asegura su buen uso y calidad. Estas acciones, cuando se diseñan e implementan en diálogo y coordinación con los actores pertinentes y se consideran las características de los territorios, pueden incrementar su repercusión sobre el bienestar de toda la población.

Es urgente, por tanto, que los actores públicos, y la sociedad en su conjunto, con el apoyo de las Naciones Unidas y de la comunidad internacional, reaccionen con medidas sustantivas a fin de impedir que los avances inicialmente obtenidos en favor de los ODS se conviertan únicamente en una buena historia del pasado reciente de la región. El desarrollo pleno y sostenible de los territorios que se están “quedando atrás” no solo constituye una obligación en cuanto al ejercicio de los derechos de las personas que los habitan, sino que permitiría, a su vez, detonar su potencial social, económico, ambiental y cultural, en beneficio de todas las sociedades y el planeta.

Todo parece indicar que se avecinan años complejos con enormes desafíos para lograr la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, pero esperamos que esta edición del Panorama contribuya con evidencias y propuestas a construir una recuperación más inclusiva y sostenible que atienda, esta vez sí, a todas las personas y sus territorios.



Julio A. Berdegú

Representante Regional para América Latina y el Caribe
Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y
la Agricultura (FAO)



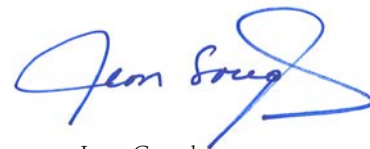
Carissa F. Etienne

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



Jean Gough

Directora del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
(UNICEF) en América Latina y el Caribe



Rossana Polastri

Directora regional para América Latina y El Caribe del Fondo
Internacional de Desarrollo Agrícola

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), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 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 se elaboró bajo la coordinación de Ricardo Rapallo, Representante de la FAO en Guatemala, Isabel de la Peña, Oficial de Programas en la División de América Latina del FIDA, Fabio Gomes, Asesor Regional en Nutrición y Actividad Física de la OPS/OMS, Alessandro Dinucci, Asesor Regional de Resiliencia de WFP, y Paula Veliz, Especialista regional de nutrición de UNICEF.

La redacción del texto estuvo a cargo de los consultores de la FAO Sandra Caprile, Jonatan Quintero, Rodrigo Pérez, Arniela Rénique y Giovanna Zamorano y la edición del texto estuvo a cargo de la consultora externa Begoña Merino.

Se agradecen los comentarios de los siguientes funcionarios: de la FAO Verónica Boero, Claudia Brito, Giovanni Carrasco, Ruth Charrondiere, Marinella Cirillo, Gala Dahlet, Mariana Escobar, Juan Feng, Juan Carlos Garcia Cebolla, Alejandro Grinspun, Cindy Holleman, Joao Intini, Catalina Ivanovic, Franssen Jean, Israel Klug, Mauricio Mireles, Israel Ríos, María Rodríguez, Marco Sánchez Cantillo, Pilar Santacoloma, Jung-eun Sohn, David Torres, Menkar Valladares y José Valls Bedeau; del FIDA Juan Ignacio Cortés, Oscar Grajeda, Andrijana Nestorovic, Fernanda da Rocha, Leonardo Umaña y Hardi Vieira; de la OPS/OMS, María Alejandra Martínez y Leo Nederveen; del WFP, Giulia Baldi, Carla Mejia, Marianela Gonzalez, Ana Solórzano, Diana Murillo, Rossella Bottone y Erin Carey, y de UNICEF, Maaike Arts e Yvette Fautsch.

Se agradece el apoyo en la edición y la difusión del documento a los funcionarios de la FAO María Alvarez, Joshua Cuellar, Paula Figari, Benjamín Labatut, Mariela Ramirez, Cecilia Valdés, Maximiliano Valencia, Mariana Young, y, el apoyo en el diseño y la diagramación a Magdalena Dominguez.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ENT	Enfermedades no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
HLPE	Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición
IMC	Índice de masa corporal
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programas de alimentación escolar
PIB	Producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólar estadounidense
WFP	Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas

SUBREGIONES GEOGRÁFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y CÓDIGOS DE PAÍSES¹

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

¹La asignación de los países a distintos grupos geográficos se realiza con fines estadísticos y no implica ninguna valoración de la Organización de las Naciones Unidas sobre la situación política o de otro tipo de los países o territorios.

PRESENTACIÓN

Las metas de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición no podrán alcanzarse mientras en algunos territorios de América Latina y el Caribe sigan viviendo poblaciones con niveles de malnutrición que, como mínimo, duplican los promedios nacionales. A menudo, las oportunidades económicas en estos lugares son limitadas, la presencia de servicios públicos es escasa y la exposición a eventos climáticos severos es elevada. Precisamente, es en estos territorios históricamente rezagados donde las políticas públicas impulsadas en la región han mostrado un menor impacto y donde es apremiante generar una nueva agenda de instrumentos públicos que atiendan a las características de las comunidades que los habitan.

El desarrollo pleno y sostenible de los territorios que se están “quedando atrás” no solo es una obligación que se desprende de los derechos de las personas que los habitan. Además, liberaría el potencial social, económico, ambiental y cultural de esos territorios en beneficio de todas las sociedades y del planeta.

Se espera que el *Panorama 2020* ayude a visibilizar los desafíos de los territorios con peores indicadores en términos de alimentación y nutrición, y que sirva para movilizar el compromiso político y la atención pública en los lugares que sufren mayores rezagos respecto a los promedios nacionales. Al igual que en ediciones anteriores, también se proporciona información sobre las políticas y los programas que los países están desarrollando para enfrentar todas las formas de malnutrición.

El año 2020 se recordará durante muchas décadas por la pandemia provocada por la COVID-19. Los indicadores de la Agenda 2030 que se utilizan en esta publicación aún no recogen los distintos impactos del nuevo coronavirus. Pero en cada uno de los capítulos y secciones que siguen se hace referencia a algunas de las posibles implicaciones de la pandemia para el futuro.



PARTE 1
HACIA EL LOGRO
DEL HAMBRE
CERO Y DE UNA
VIDA SANA PARA
TODAS LAS
PERSONAS



HACIA EL LOGRO DEL HAMBRE CERO Y DE UNA VIDA SANA PARA TODAS LAS PERSONAS

MENSAJES PRINCIPALES

→ Durante 2019, el 7,4% de la población de América Latina y el Caribe vivió con hambre, lo que equivale a 47,7 millones de personas. La situación se ha ido deteriorando durante los últimos 5 años, con un aumento de 13,2 millones de personas con subalimentación.

→ De mantenerse esta tendencia, se aleja la posibilidad de cumplir la meta Hambre Cero del Objetivo 2 (ODS2) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se estima que, en 2030, en la región el hambre afectará a 67 millones de personas, una cifra que no contempla las repercusiones de la pandemia de COVID-19.

→ La población afectada por inseguridad alimentaria ha seguido aumentando en América Latina durante los últimos 5 años. En 2019, casi un tercio de la población, o lo que es lo mismo, 191 millones de personas, se vieron afectadas por inseguridad alimentaria moderada o grave. De ellos, 57,7 millones, aproximadamente un 10% de la población de la región, se vio en situación de inseguridad alimentaria grave, es decir, se quedaron sin alimentos, pasaron hambre o estuvieron más de un día sin comer.

→ En la región desciende el retraso de crecimiento infantil y aumenta el sobrepeso en las niñas y los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica se redujo de 22,7% en 1990 a 9% en 2019, un porcentaje inferior al promedio mundial de 21,3%. En cuanto al sobrepeso infantil aumentó del 6,2% al 7,5% en el mismo período, situándose por encima del promedio mundial de 5,6%.

→ Durante 2016, cerca del 75% de las muertes en ALC, es decir 2,8 millones, se debieron a ENT. Una alimentación suficiente, de calidad y nutritiva ayuda a prevenir este tipo de enfermedades y a fortalecer el sistema inmunitario para responder mejor a problemas de insuficiencia respiratoria, entre otros.

→ El impacto de la pandemia de COVID-19 aún no se refleja en los indicadores de los ODS relacionados con la alimentación y la nutrición. Sin embargo, los datos disponibles sobre el consumo de alimentos, encuestas nutricionales y las proyecciones sobre el incremento de la pobreza en la región permiten augurar un aumento significativo del hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en los próximos años.

El hambre, la inseguridad alimentaria y las distintas formas de malnutrición reflejan la distancia que nos separa de realizar el derecho humano a la alimentación adecuada y a la salud. El logro de las metas relacionadas con la alimentación del ODS2, Hambre Cero, y el ODS3, Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades, constituyen una hoja de ruta que facilita la realización de dichos derechos y el logro del resto de Objetivos de la Agenda 2030.

Los indicadores utilizados para medir cómo se progresa hacia el cumplimiento de dichos Objetivos son complementarios entre sí y tratan de mostrar, desde distintas aproximaciones, los avances de los países en el acceso a una alimentación saludable de toda su población. Un desafío reconocido y de particular importancia para una región con altos niveles de inequidad es la posibilidad de desagregar la información que proporcionan estos indicadores, de modo que se puedan identificar las poblaciones en las que esos rezagos son más severos. Precisamente, el capítulo 2 de este documento aborda esta realidad, amplía el análisis de indicadores y sugiere acciones de política para reducir la desigualdad entre territorios.

El año 2020 se recordará durante muchas décadas por la pandemia provocada por la COVID-19. Los indicadores de la Agenda 2030 que se utilizan en esa publicación para caracterizar la situación respecto a la alimentación y la nutrición aún no recogen los distintos impactos del nuevo coronavirus. Pero en este capítulo se hará referencia a algunos resultados de carácter representativo que están disponibles en el momento de cerrarse esta publicación. ■

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

El ODS2 propone poner fin al hambre y a la malnutrición en todas sus formas en el 2030. En esta sección se presenta la situación de los países de América Latina y el Caribe (ALC) con relación a las dos primeras metas del Objetivo. La primera de ellas tiene dos indicadores y muestra los progresos relacionados con el fin del hambre y con garantizar el acceso de todas las personas a alimentos suficientes y nutritivos. La segunda meta también consta de dos indicadores e informa sobre los resultados físicos de las carencias nutricionales relacionadas con la alimentación, bien sea retraso del crecimiento, déficit o exceso de peso respecto a la estatura. Por tanto, las dos metas identifican logros diferentes y al mismo tiempo complementarios que permiten entender la situación y los desafíos que afrontan los países para cumplir el ODS2.

Es importante recordar que los indicadores de la primera meta suelen medirse todos los años y los de la segunda, a través de encuestas regulares de periodicidad mayor y variable entre países. Por tanto, para comparar cómo han progresado los indicadores de las dos primeras metas del ODS2, hay que tener en cuenta que miden aspectos diferentes, aunque muy relacionados, y que los períodos de medición son distintos.

Por otra parte, en el marco de la actual pandemia, que tiene lugar en un contexto de una prolongada crisis social y económica, cabe esperar que los avances de estos indicadores sufran retrocesos importantes, al menos en el corto y mediano plazo (véase el Recuadro 1). De hecho, varios países de la región ya están identificando que los casos de desnutrición aguda están aumentando en algunos territorios y grupos de población.

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

Indicador 2.1.1. Prevalencia de la subalimentación

La prevalencia de la subalimentación estima la proporción de personas del total de la población que carece de alimentos suficientes para satisfacer las necesidades energéticas para llevar una vida sana y activa durante un año. Para realizar esta estimación se requieren los siguientes parámetros:

- ▶ consumo promedio de energía alimentaria,
- ▶ coeficientes de variación y simetría que dan cuenta de la desigualdad en el consumo de energía alimentaria, y
- ▶ umbral de consumo de energía mínimo necesario para llevar una vida saludable.

Corresponde la probabilidad acumulada de que el consumo de energía alimentaria habitual se encuentre por debajo del umbral del consumo mínimo energético para un individuo promedio representativo de la población.

META DE LOS ODS: LOGRAR LA ERRADICACIÓN DEL HAMBRE PARA EL 2030.

La subalimentación es el principal indicador internacional utilizado durante las últimas décadas para seguir los progresos en la erradicación del hambre. La prevalencia de la subalimentación en el mundo y en ALC ha descendido considerablemente durante las dos últimas décadas. Entre 2000 y 2019 la subalimentación a escala global pasó de un 13,2 a un 8,9%. Sin embargo, durante los últimos 5 años ese descenso se ha estancado.

En la región sucedió algo similar. La prevalencia de la subalimentación entre 2000 y 2019 también se redujo en más de 3 puntos porcentuales, de un 11,1 a un 7,4%. Sin embargo, la prevalencia más baja se registró en 2014, afectando al 5,6% de la población regional. A partir de ese año y hasta 2019, el hambre² aumentó casi 2 puntos porcentuales y alcanzó un 7,4% en 2019. Esta tendencia al alza observada en los últimos 5 años ocurre en un contexto económico de desaceleración y decrecimiento, de aumento de la pobreza³, de eventos climáticos extremos y de conflictos políticos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). Si esta tendencia se mantiene de aquí al 2030, la región podría situarse en una prevalencia de subalimentación del 9,5%. Se debe tener en cuenta además que esta estimación no contempla las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la región, entre ellas la reducción significativa de la actividad económica, las caídas profundas del empleo y los ingresos, y un aumento importante en la pobreza (véase el Recuadro 1) (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

Como se muestra en la Figura 1, el comportamiento de la prevalencia del hambre en la región durante las últimas dos décadas se explica principalmente por Sudamérica, donde se redujo significativamente entre 2000 y 2014, de un 11,2 a un 3,8%. A partir de ahí, los niveles de hambre han aumentado considerablemente, y en 2019 la prevalencia fue de un 5,6%. En Mesoamérica la situación se ha deteriorado respecto al inicio del siglo. Entre 2000 y 2014 se contuvo el aumento del hambre, pero desde el 2014 empezó a aumentar de nuevo y en 2019 alcanzó un 9,3%. En cambio, en el Caribe la evolución ha sido algo distinta. Entre 2000 y 2010 la subalimentación mostró altibajos. Eso no impidió que se lograra una importante disminución de 3,5 puntos porcentuales. Entre 2010 y 2019 el hambre disminuyó más lentamente y en 2019 se registró un 16,6%, su nivel más bajo desde el año 2000.

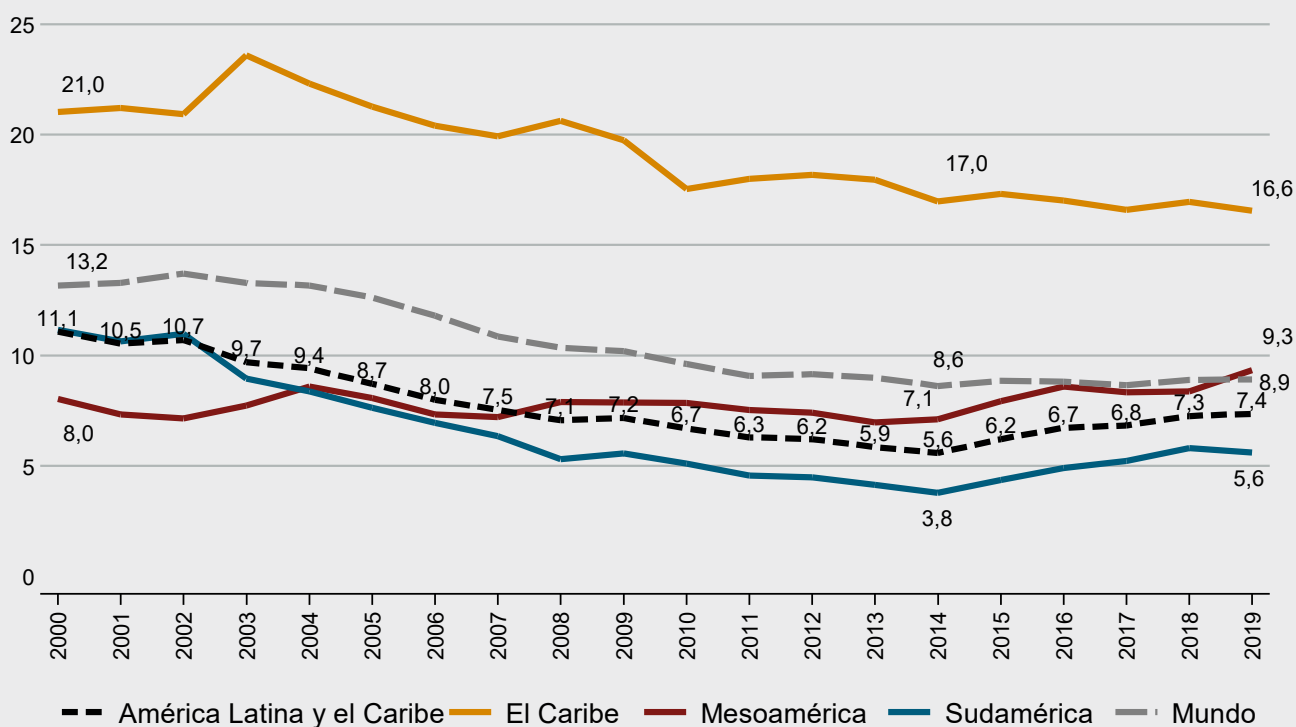
² Los conceptos de hambre y subalimentación se utilizan indistintamente en este apartado.

³ Según las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, entre 2014 y 2019 la pobreza extrema aumentó en 26 millones de personas (CEPAL, 2019).

Sin contemplar los efectos de la pandemia de COVID-19, las proyecciones desde el presente al 2030 (ver Anexo 2 para datos por país) según el comportamiento de los últimos períodos apuntan a un aumento de la prevalencia de la subalimentación para Sudamérica de 2,1 puntos

porcentuales, que alcanzaría un 7,7%, y de 3,1 en Mesoamérica, con una prevalencia de 12,4%. Para el Caribe se espera una prevalencia del 14,4%, es decir, casi 2 puntos porcentuales menos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SUBALIMENTACIÓN, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2000-2019. EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

Durante el año 2019, 687,7 millones de personas padecieron hambre en el mundo, una cifra que es 120 millones menor que la de 2000. Sin embargo, este descenso se registró sobre todo hasta el año 2011. En los últimos 5 años la población mundial subalimentada ha aumentado en 58,9 millones. En cuanto a la región, también registra una reducción de la población subalimentada entre 2000 y 2019, que pasó de 57,7 millones

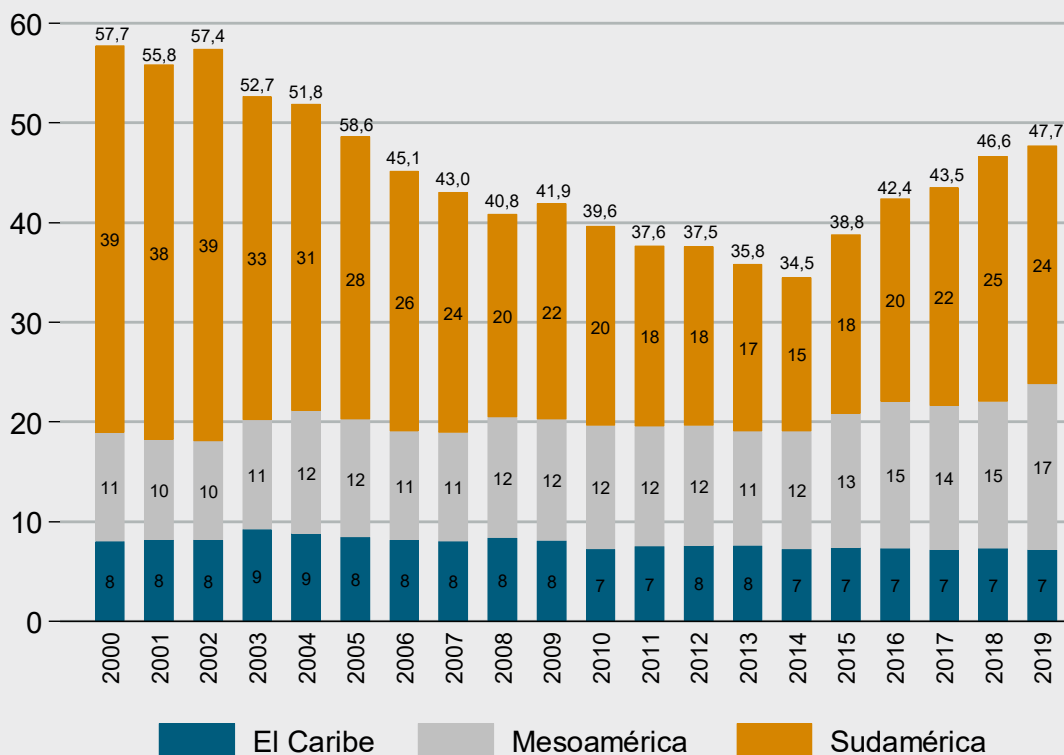
de personas a 47,7 millones. Sin embargo, esta disminución corresponde solo al período comprendido entre 2000 y 2014, durante el que se alcanzó una cifra mínima de 34,5 millones de personas afectadas. Desde 2014 a 2019 la población con hambre de la región aumentó en 13,2 millones hasta alcanzar los 47,7 millones de personas en 2019. De continuar esta tendencia, según las proyecciones el número de personas

subalimentadas en la región alcanzaría los 66,9 millones en 2030, es decir, un aumento de casi 20 millones de personas viviendo con hambre en la región. Y hay que tener en cuenta que estas proyecciones no contemplan los posibles efectos de la pandemia de COVID-19.

A nivel subregional, es en Sudamérica donde se concentra la mayor parte de la población subalimentada de la región, con 24 millones de personas con hambre, mientras que en Mesoamérica se contabilizó a 16,6 millones y en el Caribe, a 7,2 millones. Respecto a la evolución de cada subregión (Figura 2), la tendencia está definida principalmente por Sudamérica. Es en esta subregión donde se observa una reducción importante de la población con hambre (23,5

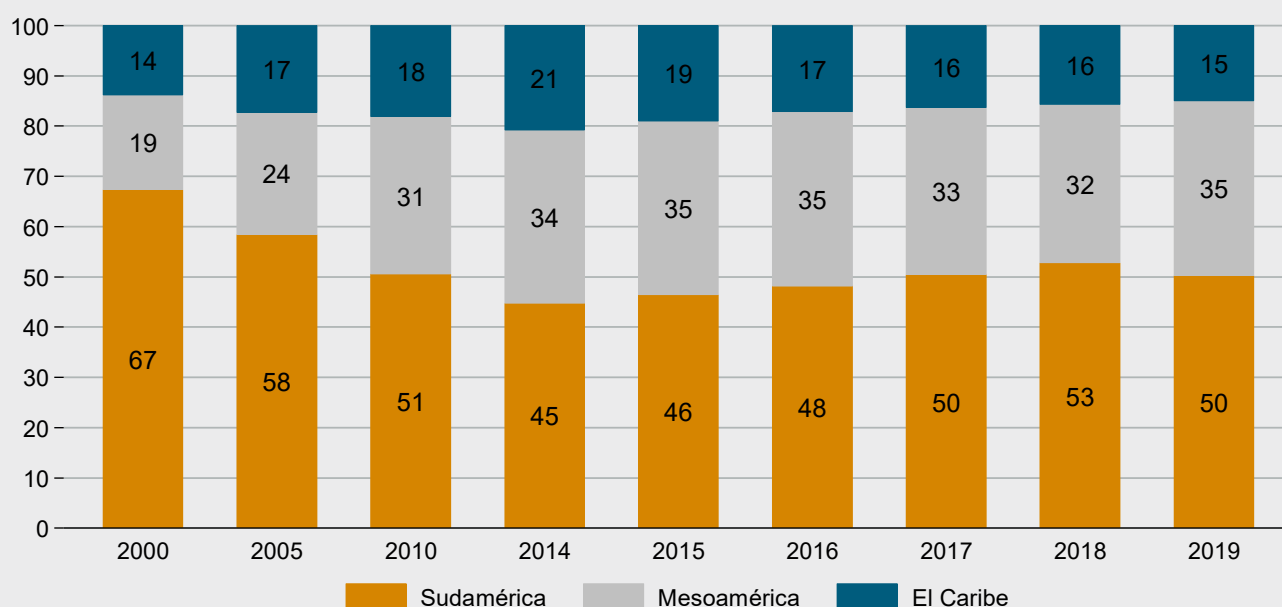
millones de personas) entre 2000 y 2014, que luego aumenta en 8,6 millones de personas entre 2014 y 2019. En Mesoamérica la evolución ha sido distinta, sobre todo entre 2000 y 2014, pues en este período las personas con hambre aumentaron en 1 millón. Luego, desde 2014 hasta 2019, ese aumento es mucho más pronunciado, hasta el punto de que alcanza a 16,6 millones de personas en 2019. En cambio, en las últimas dos décadas el Caribe ha presentado pocas variaciones, situándose en torno a los 7,2 millones en 2019. Si esta tendencia continuara, el hambre afectaría, en el 2030, a 35,7 millones de personas en Sudamérica, a 24,5 en Mesoamérica, y en el Caribe se reduciría la población con hambre, que sería de a 6,6 millones (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

FIGURA 2
NÚMERO DE PERSONAS SUBALIMENTADAS, AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2000-2019. EN MILLONES DE PERSONAS



FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

FIGURA 3
EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SUBALIMENTADA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019. EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

Todo lo anterior representa un cambio significativo en la distribución de la población subalimentada en la región. Si en 2000 el 67% de las personas subalimentadas se encontraba en Sudamérica, el 19% en Mesoamérica y el 14% en el Caribe, en el 2019 Sudamérica mostró un porcentaje considerablemente menor. Solo la mitad de los afectados por subalimentación se encontraban en esta última subregión y la otra mitad se distribuyó entre Mesoamérica (35%) y el Caribe (15%) (Figura 3). Este cambio lo explican sobre todo los avances económicos y sociales alcanzados en Sudamérica⁴,

⁴ Tal y como se ha señalado en ediciones anteriores de esta publicación, durante este período Sudamérica mostró un importante crecimiento económico (con una tasa anual promedio del 3,6%) y una intensa acción de políticas públicas focalizadas en los grupos vulnerables y de menores

así como el estancamiento en la reducción del hambre de las otras dos subregiones entre 2000 y 2014. No obstante, en los últimos 5 años, la proporción de personas con hambre que Sudamérica aporta a la región presentó un ligero aumento, pasando del 45 al 50% (Figura 3).

Respecto a la evolución del hambre en los distintos países, la FAO publica las cifras de subalimentación en trienios con el fin de reducir la volatilidad de las estimaciones que algunos

ingresos. De esta manera se ha logrado reducir la pobreza más de 15 puntos porcentuales en todos los países. En algunos casos, como en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, la disminución fue de más de 30 puntos porcentuales (BM, 2020) (CEPAL, 2020c).

CUADRO 1
PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019

	Prevalencia (%)						Millones de personas					
	2000-02	2010-12	2013-15	2016-18	2017-19	Cambio 2016-18 y 2017-2019	2000-02	2010-12	2013-15	2016-18	2017-19	Cambio 2016-18 y 2017-2019
Argentina	3,1	3,4	<2,5	3,4	3,8	▲	1,2	1,4	n,r	1,5	1,7	▲
Barbados	6,5	4,8	4,4	4,5	4,3	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Belice	5,9	6,9	7,8	7,5	7,6	▲	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27,9	23,3	17,3	15,6	15,5	▼	2,4	2,3	1,9	1,7	1,8	▲
Brasil	10,1	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	=	17,9	n,r	n,r	n,r	n,r	=
Chile	3,5	3,7	3,1	3,3	3,5	▲	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	▲
Colombia	8,8	12,2	7,3	5,5	5,5	=	3,5	5,5	3,4	2,7	2,7	=
Costa Rica	4,8	3,9	4,2	3,2	3,2	=	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	=
Cuba	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	=	n,r	n,r	n,r	n,r	n,r	=
Dominica	3,8	4,7	5,3	5,7	5,8	▲	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
República Dominicana	20,6	12,4	8,5	6	5,5	▼	1,8	1,2	0,9	0,6	0,6	=
Ecuador	21,2	18,3	11,7	9,1	8,8	▼	2,7	2,7	1,9	1,5	1,5	=
El Salvador	7,3	11	10,7	9,5	8,9	▼	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	=
Guatemala	22,4	17,1	17,7	16,1	16,1	=	2,7	2,5	2,8	2,7	2,8	▲
Guyana	6,7	7,4	6,5	6	5,7	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Haití	53,2	48,2	48,3	48,3	48,2	▼	4,6	4,8	5,1	5,3	5,4	▲
Honduras	22	21,2	17,3	13,8	13,8	=	1,5	1,8	1,5	1,3	1,3	=
Jamaica	7,5	9,7	9,8	9,3	8,7	▼	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	=
México	3,3	4,8	4,6	6,7	7,1	▲	3,3	5,4	5,5	8,4	9	▲
Nicaragua	27,6	20,2	18,8	17,1	17,2	▲	1,4	1,2	1,2	1,1	1,1	=
Panamá	24,6	11,9	8,4	7,3	6,9	▼	0,8	0,4	0,3	0,3	0,3	=
Paraguay	10,6	8,5	7,7	8,7	8,8	▲	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	=
Perú	21,6	8,2	5,8	7	6,7	▼	5,8	2,4	1,8	2,2	2,2	=
San Vicente y las Granadinas	13,5	5,8	5,7	6	5,7	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Suriname	12	7,4	7,7	8,4	8,1	▼	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Trinidad y Tabago	10,1	9,2	6	5,7	5,5	▼	0,1	0,1	<0,1	<0,1	<0,1	=
Uruguay	3,7	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	=	0,1	n,r	n,r	n,r	n,r	=
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	15,1	<2,5	8,6	27,3	31,4	▲	3,7	n,r	2,6	8	9,1	▲
MUNDO	13,4	9,6	8,8	8,8	8,8	▼	833,2	669,2	643,3	663	673	▲
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	10,8	6,7	5,9	6,9	7,2	▲	57,0	39,7	36,4	44,1	45,9	▲
AMERICA LATINA	10	5,8	5	6,2	6,5		48,9	32,1	29	36,9	38,7	
EL CARIBE	21,1	18,4	17,4	16,9	16,7	▼	8,1	7,6	7,4	7,2	7,2	▼
MESOAMÉRICA	7,5	7,7	7,3	8,4	8,7	▼	10,3	12,2	12,2	14,6	15,2	▼
SUDAMÉRICA	10,9	5,1	4,1	5,3	5,5	▲	38,6	19,9	16,7	22,3	23,5	▲

▲ aumento. ▼ disminución. = sin cambios.

<2,5: prevalencia menor al 2,5%. <0,1: población menor a 100 000 personas.

n.r.: no se reportan datos porque la prevalencia es menor al 2,5%.

FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

fenómenos transitorios podrían ocasionar⁵.

Desde el período comprendido entre los años 2013 y 2015 hasta la fecha (2017-2019), dieciséis países han reducido su prevalencia (véase el Cuadro 1) y han avanzado hacia el logro de esta meta. Entre ellos destaca Honduras, con una disminución de 3,5 puntos porcentuales en su prevalencia de subalimentación. La República Dominicana logró reducirla en 3 puntos porcentuales y Ecuador, en 2,9 puntos. Durante el mismo período destacan también Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y El Salvador, todos ellos con una reducción de 1,8 puntos porcentuales en su prevalencia.

Por otro lado, los mayores aumentos correspondientes a los trienios 2013-2015 y 2017-2019 se concentran en ocho países de la región. Entre ellos, Venezuela (República Bolivariana de) muestra un incremento importante en su prevalencia, de 22,8 puntos porcentuales y 6,5 millones de personas subalimentadas, es decir, que en 5 años ha triplicado su población subalimentada. Asimismo, la situación en México también ha dificultado cumplir la primera meta del ODS2 debido al aumento de 2,5 puntos porcentuales (3,5 millones) de la población con hambre entre 2013 a 2015 y 2017 a 2019. Por otro lado, en la Argentina y Paraguay se observa un aumento de la prevalencia mayor a 1 punto porcentual.

También es necesario revisar la prevalencia de subalimentación de los países para el trienio 2017-2019, ya que es un indicativo de la distancia que separa a cada país de la meta de hambre cero. En este sentido destaca Haití, cuya prevalencia es del 48,2%, es decir, casi la mitad de la población está subalimentada (5,4 millones de personas). Además, este porcentaje se ha estancado durante la última década. Por su parte, Venezuela (República Bolivariana de), tras el importante aumento de la subalimentación de los últimos

⁵ A diferencia de los agregados regionales, el seguimiento anual de la evolución de la subalimentación en los países es difícil debido a fenómenos de carácter nacional como shocks puntuales en la producción y en la disponibilidad de alimentos, cambios abruptos en los niveles de ingresos, deficiencias en los reportes nacionales en determinados años u otros elementos de carácter coyuntural.

trienios, en 2017-2019 muestra una prevalencia del 31,4%, lo que significa que su población subalimentada es de 9,1 millones de personas. Por otro lado, países mesoamericanos como Nicaragua, Guatemala y Honduras han logrado reducir la subalimentación desde el trienio 2013-2015, pero sus prevalencias son del 17,2%, del 16,1% y del 13,8%, respectivamente, y además, estos porcentajes se han estancado durante los dos últimos trienios. En cuanto a Sudamérica, Bolivia (Estado Plurinacional de) avanzó durante las dos últimas décadas, pero su prevalencia aún es del 15,5% y para alcanzar la primera meta del ODS2 deberá acelerar sus progresos. En cuanto a países como Belice, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Paraguay y Suriname, la prevalencia de subalimentación supera el promedio regional del 7,2%.

Respecto al total de la población subalimentada de la región, más del 50% se concentra en tres países: Venezuela (República Bolivariana de) (9,1 millones), México (9 millones) y Haití (5,4 millones). Mientras, Guatemala (2,8 millones), Colombia (2,7 millones), Perú (2,2 millones), Bolivia (1,8 millones) y Argentina (1,7 millones) representan en conjunto casi un cuarto de la población con hambre de la región. Es decir, ocho de los 33 países de ALC concentran aproximadamente el 75% del total de la población que padece hambre⁶.

⁶ Es importante notar que, a pesar que no se pueda estimar la población subalimentada de Brasil, debido a que su prevalencia este debajo del 2,5%, este número puede ser considerablemente importante debido al tamaño de la población de Brasil.

RECUADRO 1 LA PANDEMIA DE COVID-19 Y SUS POSIBLES EFECTOS EN LA SUBALIMENTACIÓN Y LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

El confinamiento consecuencia de la pandemia de COVID-19 ha causado la reducción de la actividad económica. La demanda y el empleo han disminuido, y esto ha afectado a la capacidad de generar ingresos de los hogares. Tomando en cuenta la pandemia, las estimaciones a escala mundial para el resto del año han anticipado una contracción económica próxima al 5%⁷ El decrecimiento previsto en la región supera el 9%⁸, que es cuatro veces mayor que el de la crisis del 2008-09. Según la CEPAL, la tasa de desocupación a nivel regional podría superar el 13,5%, es decir, a la población desocupada actual se sumarían 18 millones de personas (CEPAL, 2020a). Cabe destacar además que, en la región, antes de la pandemia uno de cada dos empleos era informal. Es decir, gran parte de la población no cuenta con seguridad social y depende principalmente de sus ahorros para sobrellevar una crisis de esta magnitud. A su vez, las restricciones de movilidad y la caída del consumo impiden a muchas personas generar ingresos (CEPAL, 2020a).

De una u otra forma, los hogares están sufriendo una merma de sus ingresos. Se estima que, como consecuencia de la pandemia, la pobreza afectará a 45,5 millones de personas más en la región. De ese incremento, más de la mitad (28,5 millones) corresponderá a un nivel de pobreza extrema. Ello implica que la pobreza llegaría a afectar al 37% de la población y, lo que es aún más preocupante, la pobreza extrema alcanzaría un 15,5%, la mayor tasa de los últimos 19 años (CEPAL, 2020a). Es evidente que esta situación, junto con la disrupción de las cadenas de abastecimiento y el aumento de los precios de algunos alimentos (FAO y WFP, 2020a), pone en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional, en especial de los hogares más pobres y vulnerables. En primera instancia, se afectaría la calidad de su

dieta, que estaría formado por alimentos de menor costo, que son menos saludables y nutritivos. En los casos más extremos, se reduciría la cantidad de alimentos a los que podrían acceder estos hogares.

En base a las proyecciones de decrecimiento del producto interno bruto (PIB) del Fondo Monetario Internacional (FMI), *el Estado de Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo* reporta que el hambre podría crecer a escala mundial, sumando a entre 83 y 132 millones de personas, es decir, podría llegar a haber 828 millones de individuos afectados. Aunque se espera que en el 2021 disminuya la población subalimentada, ésta aún seguiría siendo mayor a la prevista antes de la pandemia. Sin embargo, este análisis utiliza proyecciones del FMI que ya han sido actualizadas, y no incluye el impacto completo que la recesión económica podría tener, ya que solo considera los efectos sobre la disponibilidad de alimentos en los países importadores netos de alimentos y no tiene en cuenta las posibles consecuencias sobre la desigualdad en el acceso a alimentos dentro de los países, y por tanto subestima el posible impacto de la pandemia actual (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

De todas formas, aún no se dispone de suficientes estimaciones de representatividad a nivel nacional que permitan precisar la magnitud del impacto de la COVID-19 en la seguridad alimentaria en ALC. Asimismo, la pandemia sigue sin remitir y es de esperar que sus efectos sobre la seguridad alimentaria y la nutrición puedan seguir intensificándose.

En cualquier caso, es evidente que países como El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de), que presentaban niveles de inseguridad alimentaria y pobreza elevados antes de la pandemia, afrontan un mayor riesgo de que su situación empeore en los próximos meses como consecuencia de los distintos factores que la pandemia ha agravado (FAO y WFP, 2020a). Según las estimaciones del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (WFP), la inseguridad alimentaria aguda en estas zonas podría llegar a afectar a

⁷ Según el FMI sería -4,9% (FMI, 2020) y según CEPAL sería -5,2% (CEPAL, 2020a).

⁸ Según el FMI sería -9,4% (FMI, 2020) y según CEPAL sería 9,1% (CEPAL, 2020a).

RECUADRO 1 (CONTINUACIÓN)

16 millones de personas (incluidos los migrantes venezolanos en Colombia, Ecuador y el Perú), tres veces más la población afectada antes de la pandemia (WFP, 2020).

De igual forma, según el análisis de FAO (2020b) es presumible que los países importadores netos de alimentos como Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Honduras, Jamaica, México, el Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Venezuela (República Bolivariana de), y en especial los de bajos ingresos, como Haití, resulten más afectados por la devaluación de sus monedas (CEPAL y FAO, 2020). La mayoría de los países de la región no están exentos de sufrir las consecuencias de la pandemia. De hecho, se estima que en la mayoría de ellos aumentará significativamente la pobreza. En concreto, se prevé que la pobreza extrema aumentará entre 4 y 6 puntos porcentuales en Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México y Nicaragua, mientras que en países como Bolivia, Chile, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú el aumento será de entre 2 y 3,9 puntos porcentuales (CEPAL, 2020a). El pronóstico de la economía de los países del Caribe que dependen en buena parte del turismo arroja cifras muy desalentadoras⁹. El impacto de la pobreza sobre la seguridad alimentaria de los hogares dependerá de las medidas que los gobiernos sean capaces de seguir tomando para afrontar esta crisis. Para monitorear el impacto de la COVID-19 en la seguridad alimentaria de los hogares, el Programa Mundial de Alimentos (WFP) cuenta con algunas plataformas que muestran los resultados de las encuestas que han ido realizándose durante el transcurso de la pandemia. Una de ellas es COVID-19 Impact on markets access, food security and livelihoods in Latin American Countries¹⁰ que muestra gran parte

de los países de la región, y otra es *How is covid-19 impacting lives?*¹¹ que contempla algunos países de Mesoamérica, Haití y Colombia.

Adicionalmente, se esperan efectos más significativos de la pandemia de COVID-19 sobre las mujeres, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los niños y las niñas, y los migrantes, entre otros grupos de atención prioritaria. Por lo general, las mujeres reciben una remuneración menor, tienen mayor probabilidad de ser pobres y llevan adelante la mayor parte de las labores domésticas y de cuidado. El confinamiento y el cierre de las escuelas pueden causarles mayores dificultades para trabajar o generar ingresos. En cuanto a las poblaciones indígenas y afrodescendientes, por lo regular sus condiciones socioeconómicas son peores, sufren discriminación en el mercado laboral y tienden a vivir en áreas aisladas con menor acceso a servicios de salud y saneamiento. Los niños y las niñas en este contexto se encuentran mayoritariamente fuera de la escuela, lo que puede significar que dejen de recibir la alimentación que estas instituciones les proporcionan todos los días. Los migrantes suelen estar excluidos de los sistemas de protección social y de salud social, con lo que su desprotección es elevada. Así, todos estos grupos poblacionales se han encontrado en riesgo mayor de inseguridad alimentaria durante la pandemia (UN SG & UNSDG, 2020).

⁹ Se estima que la disminución del crecimiento PIB para el Caribe puede ser de 8 puntos porcentuales (CEPAL, 2020b).

¹⁰ <https://unwfp.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=9c7d5aff4fd941388d8ae3b43ff15d3f>

¹¹ https://analytics.wfp.org/t/Public/views/ResultsfromremotesurveysforLatinAmericatheCaribbean/CATI?embed=y&:display_count=no&:showVizHome=no&:origin=viz_share_link#1

Indicador 2.1.2: Prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave

La prevalencia de inseguridad alimentaria estima las personas sin acceso a alimentos nutritivos y suficientes por falta de recursos económicos o de otro tipo, a partir de la experiencia de personas encuestadas de 15 años de edad o mayores. Para ello, el instrumento cuenta con ocho preguntas que permiten identificar el grado de severidad de la inseguridad alimentaria.

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, lo que pone en grave riesgo su salud y su bienestar.

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

META DE LOS ODS: LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA EL 2030.

La inseguridad alimentaria es otro indicador para medir los avances hacia la erradicación del hambre. Se cuantifica mediante la escala de experiencia de inseguridad alimentaria, que se incluye en encuestas a los hogares. Explora los niveles de severidad de la inseguridad alimentaria a través de preguntas sobre la calidad y la cantidad de alimentos, y tiene en cuenta aspectos relacionados con la posibilidad de contar con alimentos. También permite capturar fenómenos estacionales y, al relacionarla con otras variables, se obtiene una caracterización de las personas que están en situación de inseguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria moderada o grave es la suma de los dos niveles de inseguridad alimentaria inferiores

de la escala¹² y es el indicador 2.1.2 del ODS2.

Tal como se señaló en ediciones anteriores de esta publicación, este indicador es especialmente relevante para las características de la región, puesto que su capacidad para identificar los cambios en la seguridad alimentaria de países con economías de renta media y media-alta es mayor. Es más sensible para identificar cambios en la seguridad alimentaria de grupos en situación de vulnerabilidad, que en muchos casos se encuentran en los límites del umbral de pobreza, y puede adelantar posibles cambios en los patrones de consumo y en la calidad de la dieta que afectan a distintas formas de malnutrición. A su vez, permite desagregar la información por individuos, lo que facilita la caracterización de la inseguridad alimentaria según sexo o grupo étnico, por ejemplo.

El indicador también ayuda a identificar los problemas de inseguridad alimentaria asociados con frecuencia a fenómenos estacionales. Para ello se ha desarrollado un módulo específico para utilizarlo en el marco de la pandemia de la COVID-19¹³.

Inseguridad alimentaria moderada o grave

Durante el año 2019, la inseguridad alimentaria moderada o grave afectó a 2 000 millones de personas en el mundo, más de un cuarto de la población mundial. Por otro lado, un 9,7% o, lo que es lo mismo, 746 millones de personas, sufrieron inseguridad alimentaria grave durante el mismo período.

En América Latina, 191 millones de personas se vieron afectadas por inseguridad alimentaria moderada o grave en el 2019. De ellos, casi

¹² Con la encuesta se asigna a los individuos una probabilidad de clasificarse en una de tres categorías: 1) personas en situación de seguridad alimentaria o de inseguridad alimentaria leve; 2) personas en situación de inseguridad alimentaria moderada y 3) personas en situación de inseguridad alimentaria grave.

¹³ Para mayor información sobre el uso de la FIES para monitorear el impacto de la COVID-19 sobre la seguridad alimentaria, véase FAO. 2020. Using the Food Insecurity Experience Scale (FIES) to monitor the impact of COVID-19. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca9205en/ca9205en.pdf>.

dos terceras partes (122 millones) viven en Sudamérica y 69,7 millones, en Mesoamérica.

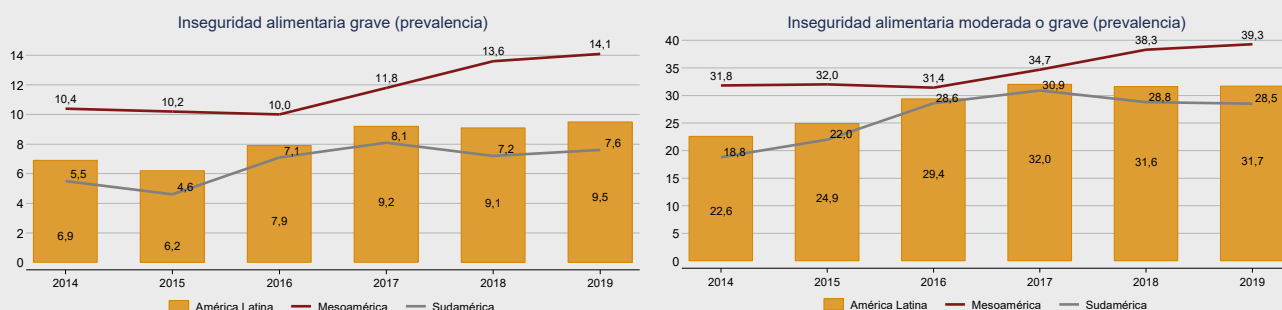
En términos de prevalencia, estas cifras significan que casi un tercio de la población (31,7%) de América Latina se vio obligado, en 2019, a disminuir la calidad y cantidad de los alimentos que consume, es decir se encuentra con inseguridad alimentaria moderada o grave. Para Sudamérica la prevalencia es del 28,5%, mientras que en Mesoamérica afecta a una proporción mayor de su población, siendo del 39,3%. En cuanto a la inseguridad alimentaria grave, afecta al 9,5% de la población de América Latina, en Sudamérica la prevalencia es del 7,6% y en Mesoamérica alcanza a un 14,1% de la población (Figura 4).

La inseguridad alimentaria mostró tendencia a crecer entre el 2014 y el 2019. El número de personas afectadas por inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina aumentó

en 61,8 millones. En términos de prevalencia, se pasó del 22,6 al 31,7% en 5 años. Además, esto significó un aumento importante de la población con inseguridad alimentaria grave. En número de personas afectadas aumentó en 17,9 millones y la prevalencia, en 2,6 puntos porcentuales (Figura 5).

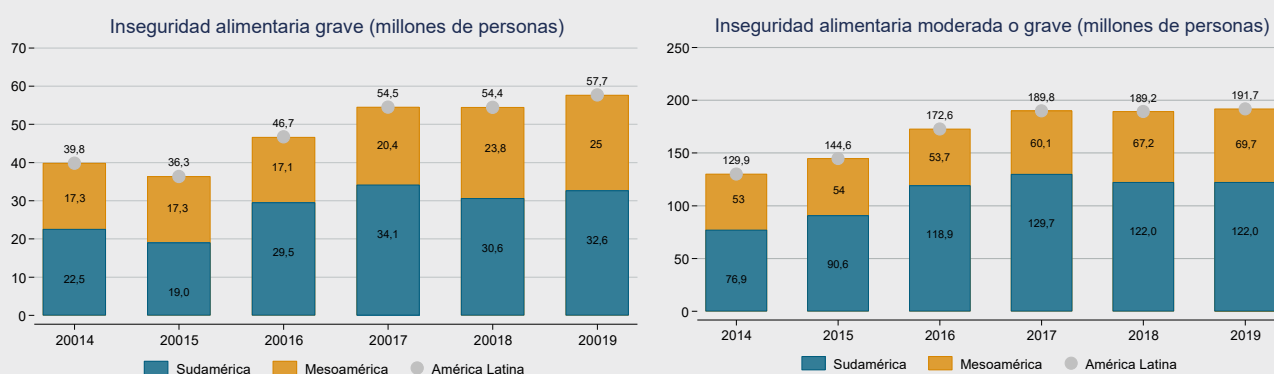
A nivel subregional, si bien Sudamérica es donde se encuentra el mayor número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria en la región, en Mesoamérica la prevalencia es significativamente mayor, sobre todo en el caso de la inseguridad alimentaria grave. En cuanto a la evolución, ambas subregiones muestran un aumento entre el 2014 y el 2019. Sin embargo, el aumento es más pronunciado en Sudamérica y se registró sobre todo entre 2014 y 2016, mientras que en Mesoamérica el aumento empieza a identificarse desde el 2017 (Figura 5).

FIGURA 4
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA, 2014-2019. EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators.

FIGURA 5
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR SUBREGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN MILLONES DE PERSONAS



FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators.

Igual que ocurre con en el caso de la subalimentación, la información sobre la inseguridad alimentaria a nivel de países se presenta en trienios móviles con el fin de reducir la volatilidad de las estimaciones. De entre los países que disponen de información, durante los trienios 2014-16 y 2017-19 la gran mayoría muestra un aumento de este indicador. En Argentina, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave creció 16,6 puntos porcentuales. El país prácticamente ha duplicado la población total afectada y ha sumado 3,2 millones de personas a la inseguridad alimentaria grave. En México, la prevalencia de inseguridad

alimentaria moderada o grave pasó del 27,4% al 34,9%. Esto representa un aumento de más de 10 millones de personas afectadas y de casi 5 millones en situación de inseguridad alimentaria grave. En El Salvador, Guatemala y Honduras, los aumentos fueron más contenidos. Sin embargo, en Honduras más de la mitad de la población sufre inseguridad alimentaria moderada o grave y un 23,9% está afectada por la inseguridad alimentaria grave. En Guatemala, estas prevalencias son del 45,2% y del 18,1%, y en El Salvador, del 42,2% y del 14,6%, respectivamente.

CUADRO 2
PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN PORCENTAJES

	Inseguridad Alimentaria Grave (%)				Inseguridad Alimentaria Moderada o Grave (%)			
	2014-16	2015-17	2016-18	2017-19	2014-16	2015-17	2016-18	2017-19
Argentina	5,8	8,6	11,2	12,9	19,2	25,9	32,3	35,8
Brasil	1,9	1,8	1,7	1,6	18,3	21,5	21,8	20,6
Chile	2,7	3	3,4	3,8	10,2	11,9	13,7	15,6
Costa Rica	4,7	4,7	5,1	5,4	21,8	22,1	23,3	25,5
Ecuador	7,1	7,1	7,1	n.d	23,3	23,3	23,3	n.d
El Salvador	13,8	13,7	14	14,6	42,2	41,6	41,6	42,2
Guatemala	16,1	17	17,1	18,1	42,7	44,2	43,5	45,2
Honduras	23,2	21,8	21,9	23,9	56	54,4	52,2	55
México	8	8,6	10	11,5	27,4	28,7	31,8	34,9
Perú	9	n.d	n.d	n.d	29,9	n.d	n.d	n.d
Santa Lucía	4,5	4,5	4,5	n.d	22,2	22,2	22,2	n.d
Uruguay	6,8	7,6	7,4	6,4	21,6	23,4	25,1	23,2
Mundo	8,1	8,2	8,7	9,2	22,7	23,5	24,6	25,5
América Latina	7	7,8	8,7	9,3	25,6	28,8	31	31,8
Mesoamérica	10,2	10,7	11,8	13,1	31,7	32,7	34,8	37,4
Sudamérica	5,7	6,6	7,5	7,7	23,2	27,2	29,4	29,4

NOTA: n.d, datos no disponibles

FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

CUADRO 3
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2014-2019. EN MILLONES DE PERSONAS

	Inseguridad Alimentaria Grave (millones)				Inseguridad Alimentaria Moderada o Grave (millones)			
	2014-16	2015-17	2016-18	2017-19	2014-16	2015-17	2016-18	2017-19
Argentina	2,5	3,8	4,9	5,7	8,3	11,3	14,2	15,9
Brasil	3,9	3,6	3,6	3,4	37,5	44,4	45,4	43,1
Chile	0,5	0,5	0,6	0,7	1,8	2,2	2,5	2,9
Costa Rica	0,2	0,2	0,3	0,3	1,1	1,1	1,2	1,3
Ecuador	1,2	1,2	1,2	n.d	3,8	3,8	3,8	n.d
El Salvador	0,9	0,9	0,9	0,9	2,7	2,6	2,7	2,7
Guatemala	2,6	2,8	2,9	3,1	6,9	7,3	7,4	7,8
Honduras	2,1	2	2,1	2,3	5,1	5	4,9	5,3
México	9,7	10,6	12,5	14,6	33,4	35,4	39,7	44
Perú	2,7	n.d	n.d	n.d	9,1	n.d	n.d	n.d
Santa Lucía	<0,1	<0,1	<0,1	n.d	<0,1	<0,1	<0,1	n.d
Uruguay	0,2	0,3	0,3	0,2	0,7	0,8	0,9	0,8
Mundo	597,8	612,6	656,5	703,3	1672,8	1753,1	1859,8	1948,4
América Latina	40,9	45,8	51,9	55,5	149	169	183,8	190,2
Mesoamérica	17,2	18,3	20,4	23,1	53,5	55,9	60,3	65,7
Sudamérica	23,7	27,5	31,4	32,5	95,5	113,1	123,5	124,5

NOTA: n.d, datos no disponibles

FUENTE: FAO, 2020a. Food Security Indicators

Inseguridad alimentaria por género

La ventaja de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria es que muestra la información desagregada por individuos y por tipo de población. Esto permite realizar un análisis por género, lo que revela una importante brecha entre hombres y mujeres.

Al igual que ocurre con otros indicadores, como los relacionados con la falta de ingresos o con el empleo¹⁴, en el mundo la inseguridad alimentaria

¹⁴ El índice de feminidad de la pobreza extrema en América Latina es de 117, la tasa de desempleo en mujeres es 1,5

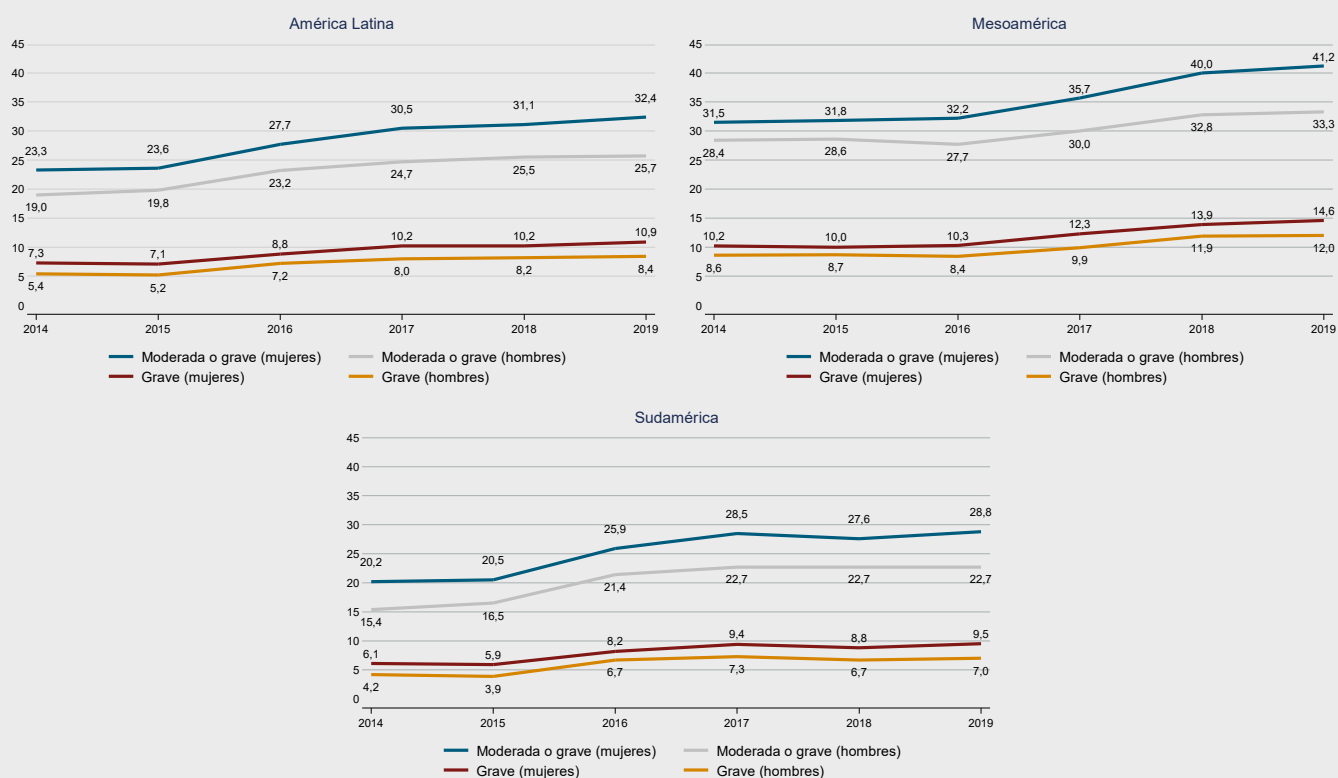
afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres¹⁵. En 2019, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina fue del 32,4% en mujeres y del 25,7% en hombres, es decir, entre los afectados hay casi 20 millones más de mujeres que hombres (Figura 6).

Aunque en todas las regiones del mundo la inseguridad alimentaria afecta en mayor medida

puntos porcentuales mayor que el de los hombres (CEPAL, 2020).

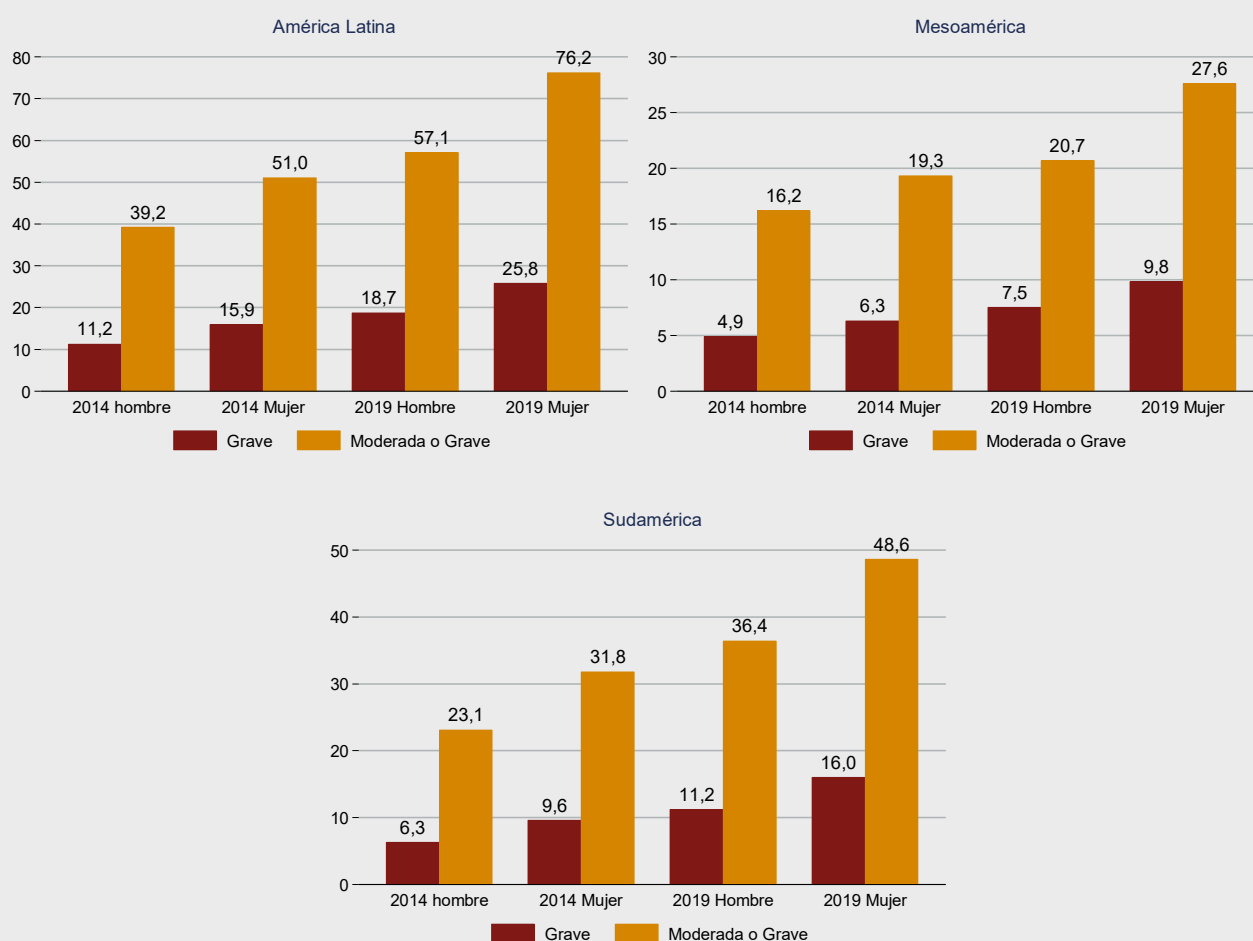
¹⁵ Este cálculo contempla a las mujeres y hombres de 15 años o más.

FIGURA 6
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN PORCENTAJE Y POR GÉNERO EN MAYORES DE 15 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2014-2019. EN PORCENTAJES



FUENTE: Elaboración propia a partir de información de FAO.

FIGURA 7
EVOLUCIÓN DE LOS MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS POR INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR GÉNEROS EN MAYORES DE 15 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y SUBREGIONES, 2014 Y 2019. EN MILLONES DE PERSONAS



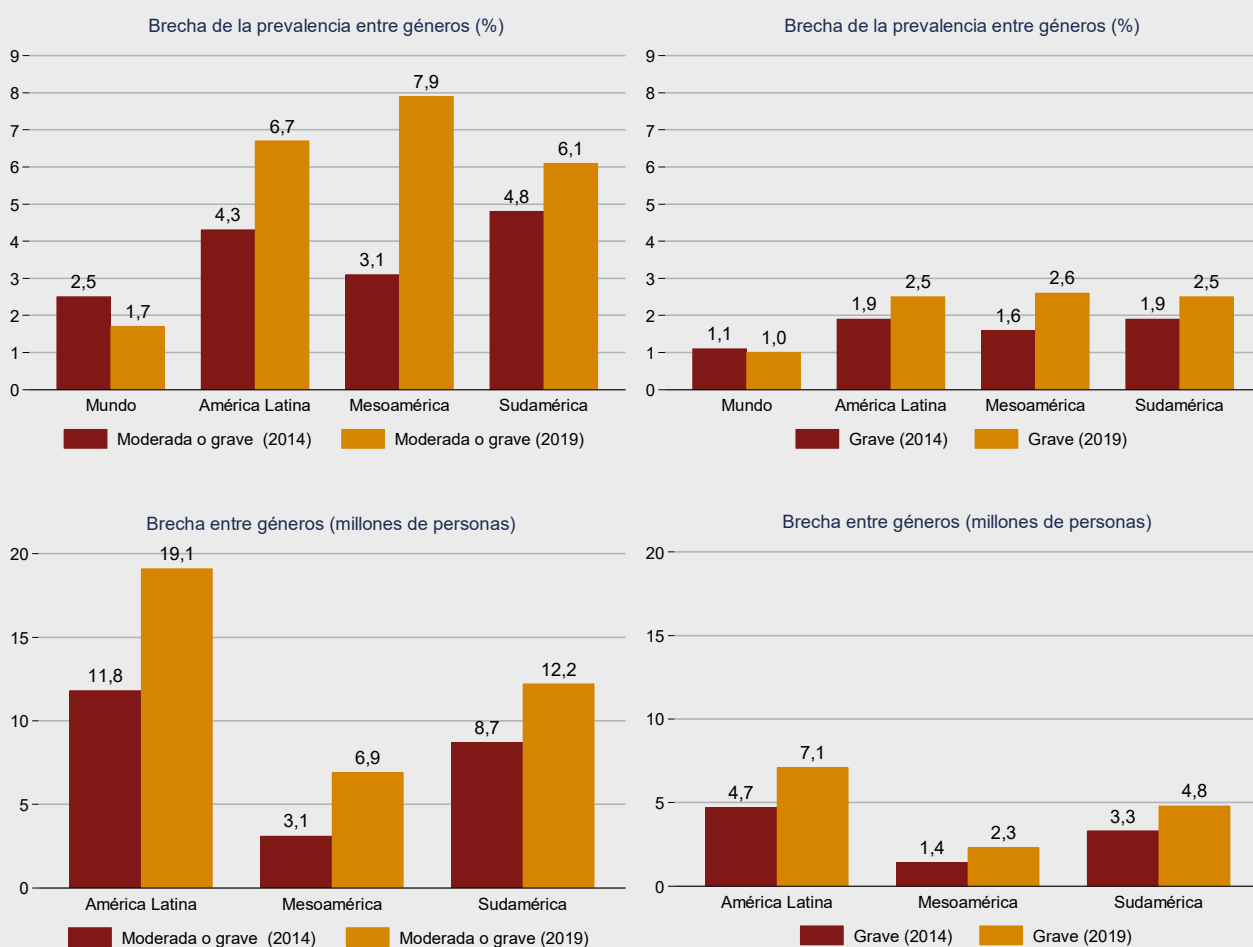
FUENTE: Elaboración propia a partir de información de FAO.

a las mujeres, la diferencia es incluso mayor en América Latina¹⁶ (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). En el caso de la inseguridad alimentaria moderada o grave, por ejemplo, en 2019, en el resto de las regiones del mundo la diferencia osciló entre 1 y 4 puntos porcentuales, mientras que en América Latina alcanzó 6,7 puntos porcentuales (Figura 8). Además, a diferencia de lo que ocurre en otras regiones del mundo, desde el 2014 la brecha ha ido creciendo en la medida en que ha ido aumentando la prevalencia de inseguridad alimentaria.

¹⁶ Esta situación puede explicarse, en parte, por las dificultades que tienen las mujeres de la región para acceder a los recursos, insumos, mercados, créditos, servicios y oportunidades de empleo, lo que limita sus ingresos y medios de vida y se traduce en mayor pobreza e inseguridad alimentaria (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018).

Asimismo, en ambas subregiones se observa la misma tendencia, que es aún más pronunciada en Mesoamérica. Mientras que, en 2014, la diferencia en la prevalencia en la inseguridad alimentaria moderada o grave entre hombres y mujeres en Mesoamérica era de 3,1 puntos porcentuales, y en Sudamérica de 4,8 puntos porcentuales, en 2019 alcanzó 7,9 y 6,1 puntos porcentuales, respectivamente. Es decir, el 41,2% de las mujeres en Mesoamérica y el 28,8% en Sudamérica estaban afectadas por inseguridad alimentaria moderada o grave (Figura 6 y 8). En términos poblacionales esto significa que la diferencia en Mesoamérica alcanzó más del doble en 5 años, es decir, pasó de 3,1 a 6,9 millones, y en 2019 llegó a afectar a 27,6 millones de mujeres (Figura 7 y 8).

FIGURA 8
DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA PREVALENCIA Y EN LOS MILLONES DE AFECTADOS POR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES, EN PUNTOS PORCENTUALES Y EN MILLONES DE PERSONAS. 2014 Y 2019



FUENTE: Elaboración propia a partir de información de FAO.

Todos los países de la región que disponen de información muestran una prevalencia de inseguridad alimentaria mayor en mujeres que

en hombres. Los que mantienen las mayores brechas entre hombres y mujeres son Argentina, El Salvador y Perú (Cuadro 4).

CUADRO 4
PREVALENCIA (%) Y MILLONES DE AFECTADOS POR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR GÉNERO EN MAYORES DE 15 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y MUNDIAL, 2017-2019

	Grave				Moderada o Grave			
	Prevalencia		Millones		Prevalencia		Millones	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	8,9	13,4	1,4	2,3	28,2	36,4	4,5	6,3
Brasil	1,7	3,7	1,4	3,1	11,2	15,2	9	12,9
Chile	4,9	5,8	0,4	0,4	17,6	22,4	1,3	1,7
Costa Rica	4,2	5,6	0,1	0,1	20,1	26,8	0,4	0,5
Ecuador	17,5	18,1	1,1	1,1	42,7	48,1	2,6	3
El Salvador	12	15,7	0,3	0,4	35,6	45,7	0,8	1,2
Guatemala	16	18	0,9	1,1	39,6	46,2	2,2	2,7
Honduras	21,3	24,4	0,7	0,8	50,8	55,5	1,6	1,8
México	9,9	12,3	4,4	5,9	29,7	37	13,2	17,8
Perú	6,3	10,3	0,7	1,2	21,4	34,8	2,5	4,2
Uruguay	5	6,4	0,1	0,1	18,5	23,5	0,2	0,3
Mundo	9,8	10,4	277,4	295,5	24,6	26,1	695,9	738,4
América Latina	8,2	10,5	18	24,3	25,3	31,3	55,6	72,8
Mesoamérica	11,3	13,6	6,9	8,9	32,1	39	19,6	25,7
Sudamérica	7	9,2	11,1	15,4	22,7	28,3	36	47,2

FUENTE: Elaboración propia a partir de información de FAO.

Que las mujeres tengan mayor probabilidad de sufrir de inseguridad alimentaria es preocupante no solo porque indica un problema estructural que las hace más vulnerables a la falta de alimentos saludables, la malnutrición, las enfermedades y las deficiencias de micronutrientes. Si no porque, además, esa vulnerabilidad puede tener repercusiones sobre la salud durante el embarazo, la lactancia, y afectar a la salud de los niños y las niñas (véase el apartado 1.3.2).

En anteriores ediciones de esta publicación se señalaron algunas de las causas que pueden explicar la brecha de género en relación a la inseguridad alimentaria. También se destacó que la diferencia entre mujeres y hombres en relación con este indicador es mayor en América Latina que en el resto de las regiones del mundo de las que se dispone de información. Diversos estudios de carácter mundial señalan que la zona de residencia, el nivel de instrucción, el acceso a los servicios sociales, la situación de pobreza y el nivel de ingresos de los hogares determinan de manera significativa la diferencia en los niveles de inseguridad alimentaria entre hombres y mujeres.

1.1.2. Meta 2.2. Poner fin a todas las formas de malnutrición

La erradicación de la malnutrición infantil es parte de los compromisos internacionales de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. La meta consta de dos indicadores que monitorean las distintas formas de malnutrición en las niñas y los niños menores de 5 años. El primero de ellos es la prevalencia de retraso del crecimiento, que se asocia a situaciones crónicas o prolongadas de carencia de los nutrientes necesarios, a infecciones repetidas y a prácticas de cuidado contraproducentes para un crecimiento adecuado. El segundo indicador es la malnutrición, que a su vez se desglosa en dos. El primero de ellos es la emaciación, con períodos más agudos de ausencia de ingesta de alimentos que pueden provocar descensos acusados de peso, y el segundo es el sobrepeso en relación a la estatura, cuyo origen está en un consumo de productos altamente calóricos y una actividad física insuficiente.

Indicador 2.2.1: Prevalencia de retraso del crecimiento (desnutrición crónica) entre niñas y niños menores de 5 años

El retraso del crecimiento designa la situación de un niño o una niña cuya estatura es insuficiente para su edad. Esto tiene repercusiones en el crecimiento físico y cognitivo, y es consecuencia de la carencia, durante un tiempo prolongado, de los nutrientes necesarios para el desarrollo. Los efectos devastadores del retraso del crecimiento pueden extenderse durante toda la vida. Se mide como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses por debajo de menos dos desviaciones estándar de la estatura media para la edad según los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: REDUCIR EN UN 40% EL RETRASO DEL CRECIMIENTO ENTRE 2010 Y 2025.

META DE LOS ODS: REDUCIR EN UN 50% EL RETRASO DEL CRECIMIENTO ENTRE 2012 Y 2030.

En ALC, el proceso de erradicación de esta forma de malnutrición ha avanzado considerablemente durante las últimas dos décadas. Según las estimaciones de UNICEF, OMS y BM (2020), la prevalencia de retraso del crecimiento en la región pasó del 22,7% en 1990 al 9% en 2019, y quedó muy por debajo del promedio mundial del 21,3%. Esto significa que en la región se redujo en 8 millones el número de niñas y niños afectados por retraso del crecimiento, cuyo número pasó de 12,8 a 4,7 millones en el mismo período.

Asimismo, cada subregión ha realizado avances importantes entre las tres últimas décadas (Figura 9). El Caribe pasó de 800 000 (20,8%) a 300 000 (8,1%); Mesoamérica, de 5,1 millones (31,9%) a 2 (12,6%), y Sudamérica, de 6,8 millones (18,9%) a 2,4 (7,3%).

Según la tendencia de los últimos años, la región estaría muy cerca de cumplir ambas metas, aunque las alcanzaría un año después de lo propuesto. En cambio, el Caribe sería la única subregión que cumpliría dentro de plazo las metas del 2025 y 2030 (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

Sin embargo, es importante hacer notar que, pese a los grandes avances de la región y las subregiones en términos de retraso del crecimiento, estos promedios ocultan realidades muy distintas a nivel de los países (Figura 10) e incluso a nivel subnacional. En el capítulo 2 se especificará qué territorios se encuentran en situación de rezago, es decir, en qué países la malnutrición supera los promedios nacionales.

En cuanto a los avances de los países de la región (Figura 11), Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, México, Paraguay y Perú muestran los progresos más destacados entre la década de 2000 y la de 2010, con más del 40%. Asimismo, Belice, Chile, Honduras, Nicaragua y Suriname también realizaron avances importantes, que superan el 30%. Por otra parte, Guatemala se mantiene como el país con mayor tasa de retraso del crecimiento de la región, con un 46,7%, y una reducción de apenas un 8,5% entre 2000 y 2015. Otros países presentan tasas de retraso del crecimiento superiores al 20%, como Ecuador, Honduras y Haití, con un 23,9, 22,6 y 21,9%, respectivamente (Figura 10).

Indicador 2.2.2: Prevalencia de bajo peso (emaciación) y sobrepeso entre niños y niñas menores de 5 años

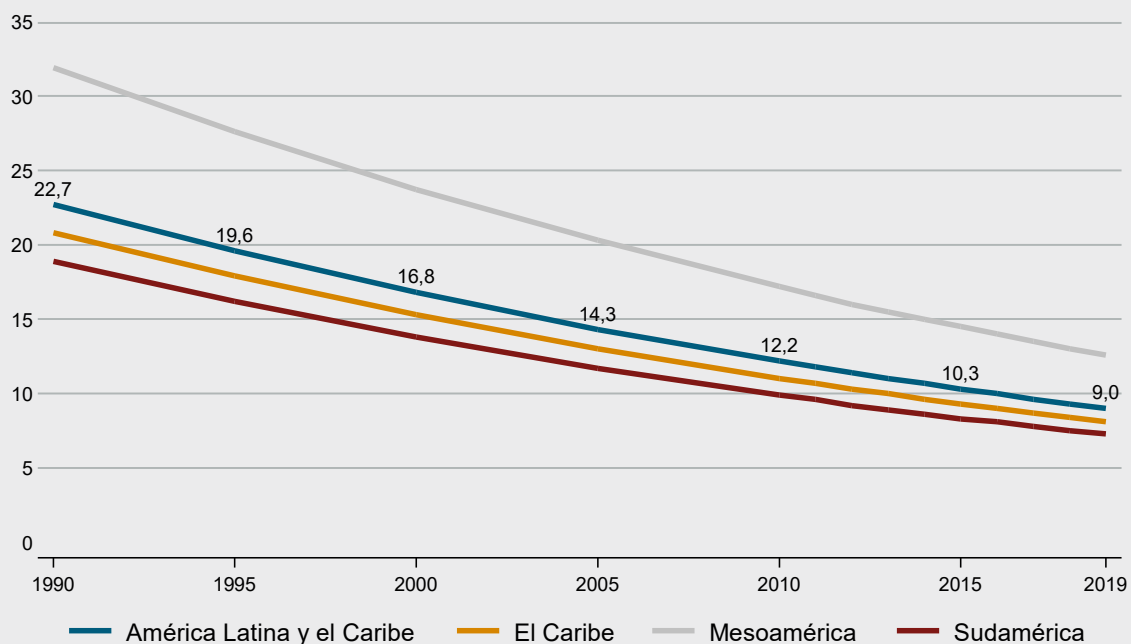
Emaciación

Se considera que un niño o una niña sufre emaciación o desnutrición aguda cuando su peso es bajo para lo que correspondería a su estatura. La emaciación es el resultado de la pérdida de peso reciente y grave o de la imposibilidad de ganar peso porque el menor no ha comido suficiente o debido a la presencia de alguna enfermedad infecciosa que lo llevó a perder peso (lo que también se relaciona con la falta de acceso a agua y saneamiento). Se mide como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que están por debajo de menos dos desviaciones estándar de la mediana del peso para la estatura según los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: REDUCIR Y MANTENER POR DEBAJO DE 5% LA EMACIACIÓN EN NIÑOS PARA 2025.

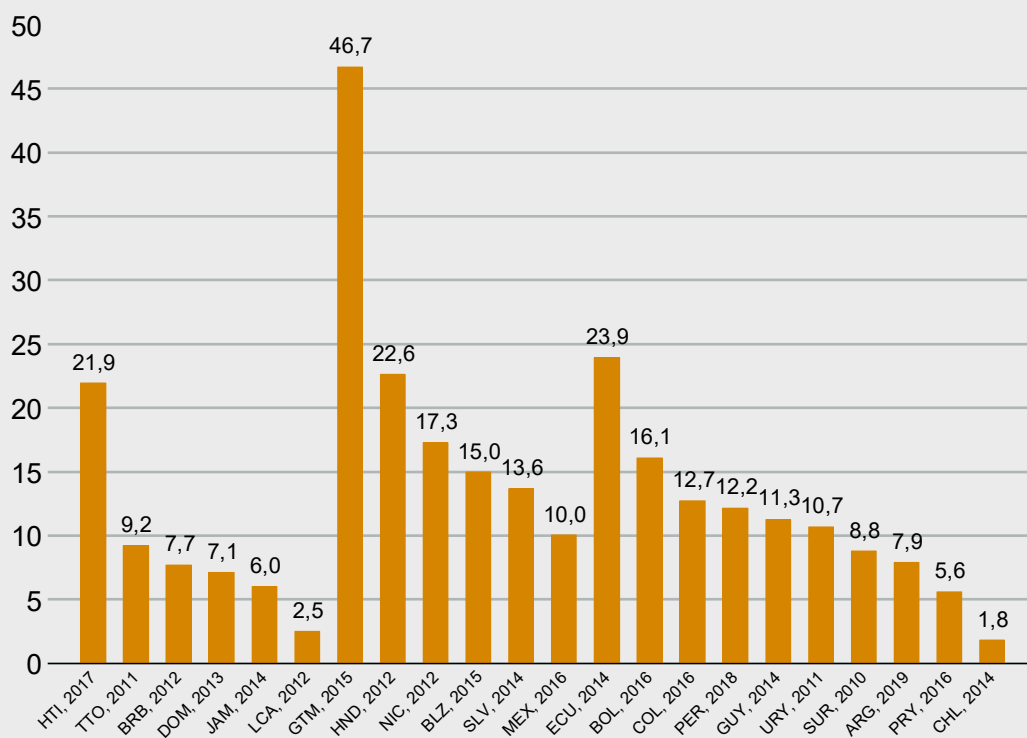
META DE LOS ODS: REDUCIR Y MANTENER LA EMACIACIÓN EN MENOS DEL 3% A 2030.

FIGURA 9
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE RETRASO DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 1990 Y 2019. EN PORCENTAJES



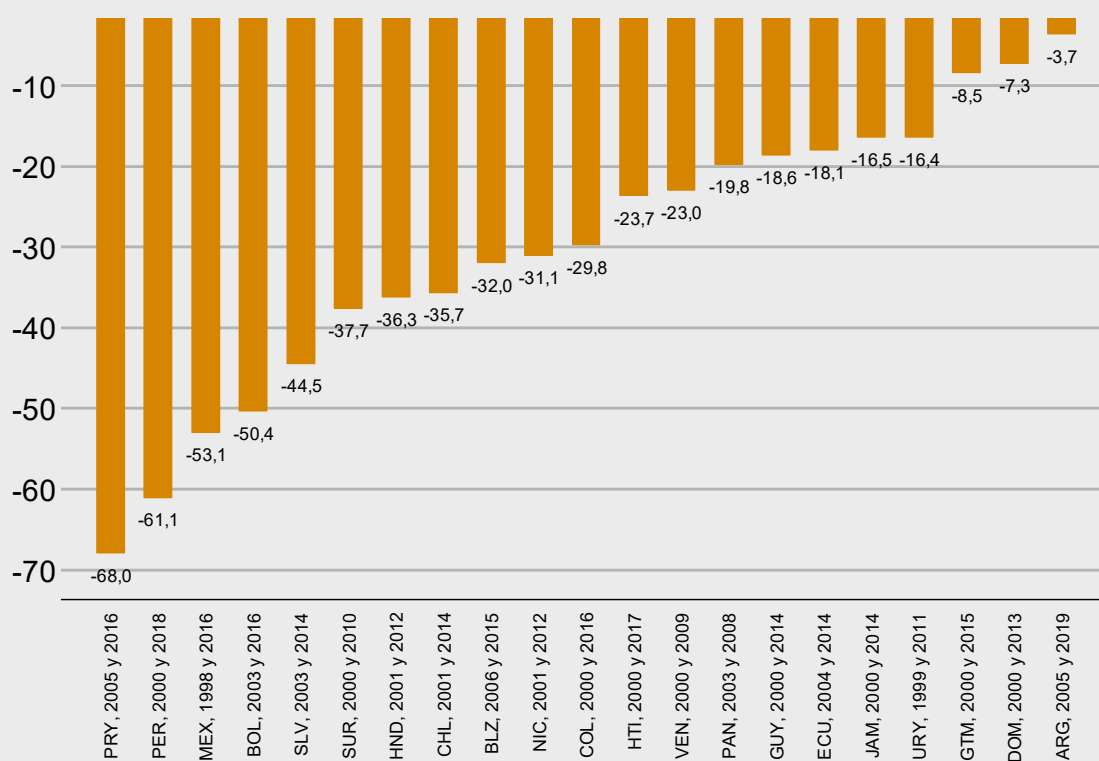
FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

FIGURA 10
PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ORDENADOS POR SUBREGIÓN, ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES DESDE 2010. EN PORCENTAJES.



FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

FIGURA 11
REDUCCIONES EN LA PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN PORCENTAJE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, DÉCADAS DE 2000 Y 2010. EN PORCENTAJES



FUENTE: Elaboración propia a partir de información de UNICEF, OMS y BM, 2020

En la región, la prevalencia de este tipo de desnutrición es del 1,3%, lo que está muy por debajo del promedio mundial del 6,9%. En términos poblacionales afecta a 700 000 niñas y niños menores de 5 años, de los que 400 000 viven en Sudamérica, 100 000 en Mesoamérica y otros 100 000 en el Caribe, con prevalencias equivalentes al 1,3%, al 0,9% y al 2,9%, respectivamente (Figura 12).

De acuerdo con las metas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud¹⁷, las tres subregiones cumplirían el objetivo de mantener la prevalencia por debajo del 5%. Sin embargo, a nivel nacional, hay algunos países que aún no cumplen con esta condición. Además, este indicador es más sensible a cambios repentinos o coyunturales en el acceso a los alimentos. Por tanto, podría mostrar cambios significativos en algunos grupos de población debido a la

crisis económica consecuencia de la pandemia de COVID-19 durante los próximos meses.

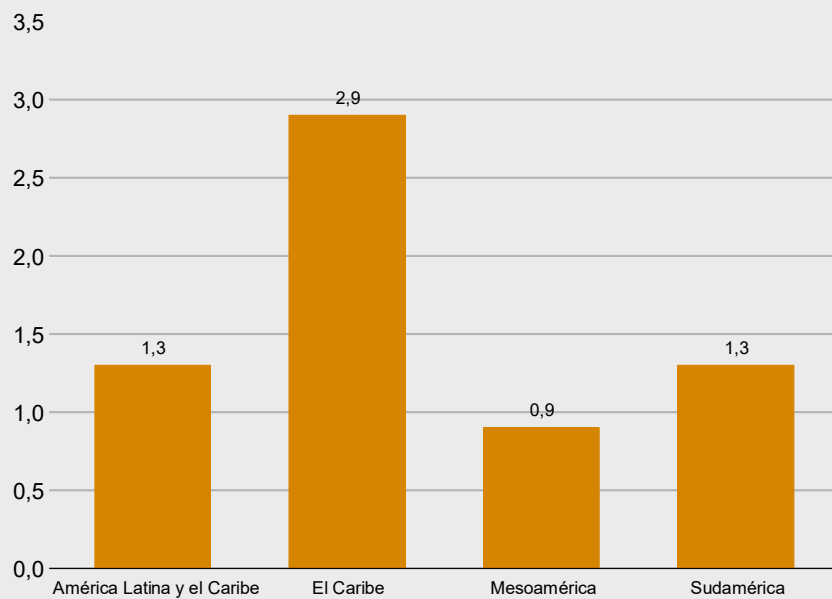
Entre los países del Caribe, tanto Barbados como Trinidad y Tabago presentan una prevalencia mayor al 5%, es decir están por encima de la meta propuesta para 2025. En Haití, Jamaica y Santa Lucía, la prevalencia supera el 3%, y está también por encima de la meta que se propone para 2030. Todos los países de Mesoamérica se encuentran por debajo del 3%. Y en Sudamérica, Guayana y Suriname presentan las mayores prevalencias, con un 6,4% y un 5%, respectivamente. El resto de los países están por debajo del 2% (Figura 13).

A diferencia de los indicadores de la primera meta, los dos primeros indicadores de la segunda meta del ODS2 muestran una tendencia favorable en la mayoría de los países. Pero se debe considerar que suelen obtenerse mediante encuestas de salud¹⁸ que, por lo general, no se

¹⁷ UNSCN. 2017. Documento de debate. Antes de 2030, acabar con todas las formas de malnutrición y no dejar a nadie atrás. Disponible en: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/document/NutritionPaper-SP-WEB.pdf>.

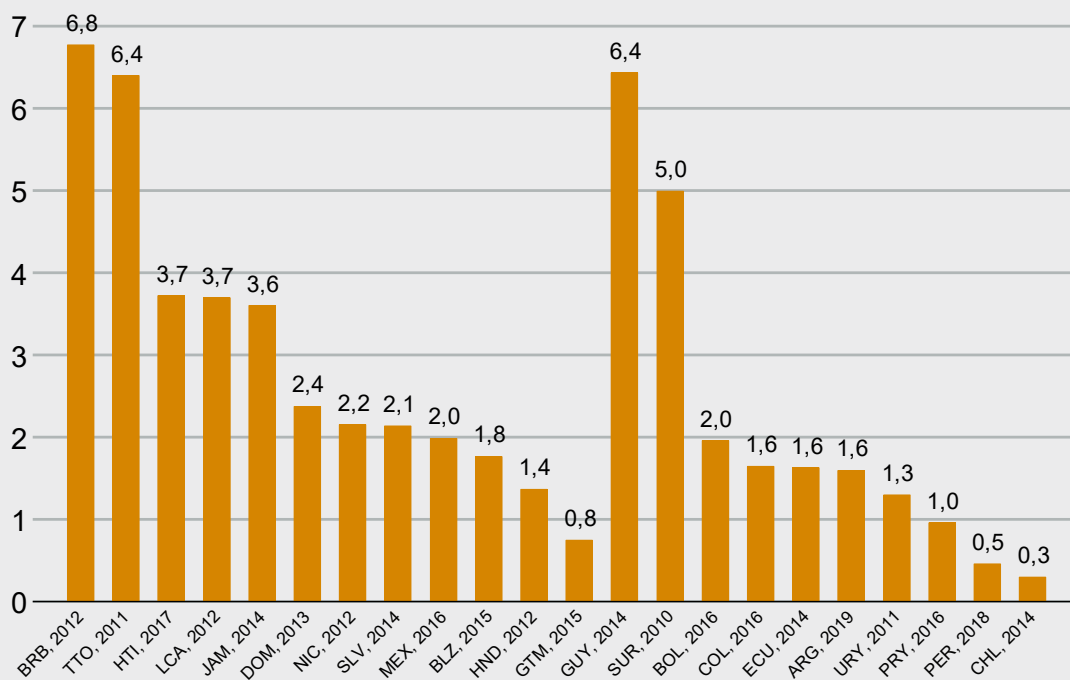
¹⁸ En la mayoría de los países se utilizan alguna de las siguientes encuestas: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud Reproductiva (RHS); DHS: Encuestas de Demografía y salud. MICS: Indicadores múltiples conglomerados.

FIGURA 12
PREVALENCIA DE LA EMACIACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2019. EN PORCENTAJES



FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

FIGURA 13
PREVALENCIA DE EMACIACIÓN EN PORCENTAJE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. POR SUBREGION, ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES DESDE 2010. EN PORCENTAJES



FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

realizan todos los años. De hecho, en 18 países de la región los datos de retraso de crecimiento tienen más de 5 años y en otros cinco países, la información disponible es anterior a 2010. Por tanto, las mediciones de los indicadores de ambas metas tienen distintas temporalidades (los de la primera meta son anuales y los de la segunda dependen del año de levantamiento de las respectivas encuestas nacionales).

Sobrepeso infantil

El sobrepeso infantil se refiere a un niño o niña que tiene un peso muy alto para su estatura. Es el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que están por encima de dos desviaciones estándar de la mediana de peso para la estatura de los estándares de crecimiento infantil de la OMS. Esta forma de malnutrición resulta de gastar muy pocas calorías para la cantidad consumida de alimentos y bebidas y aumenta el riesgo de ENT más adelante en la vida (UNICEF, OMS y BM, 2020).

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: QUE NO HAYA UN AUMENTO EN EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS, AL 2025.

META DE LA ODS: REDUCIR Y MANTENER EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN 3% AL 2030.

El sobrepeso en las niñas y los niños menores de 5 años de la región supera el promedio mundial del 5,6% y desde 1990 ha mostrado un aumento sostenido, con una prevalencia que se incrementó del 6,2% en 1990 al 7,5% en 2019. Esto significa un incremento de 400 000 niños y niñas con sobrepeso, que en total alcanzó los 3,9 millones en 2019. De mantenerse esta tendencia, la región no cumplirá la meta de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual plantea que el sobrepeso en menores de 5 años no aumente entre los años 2012 y 2025.

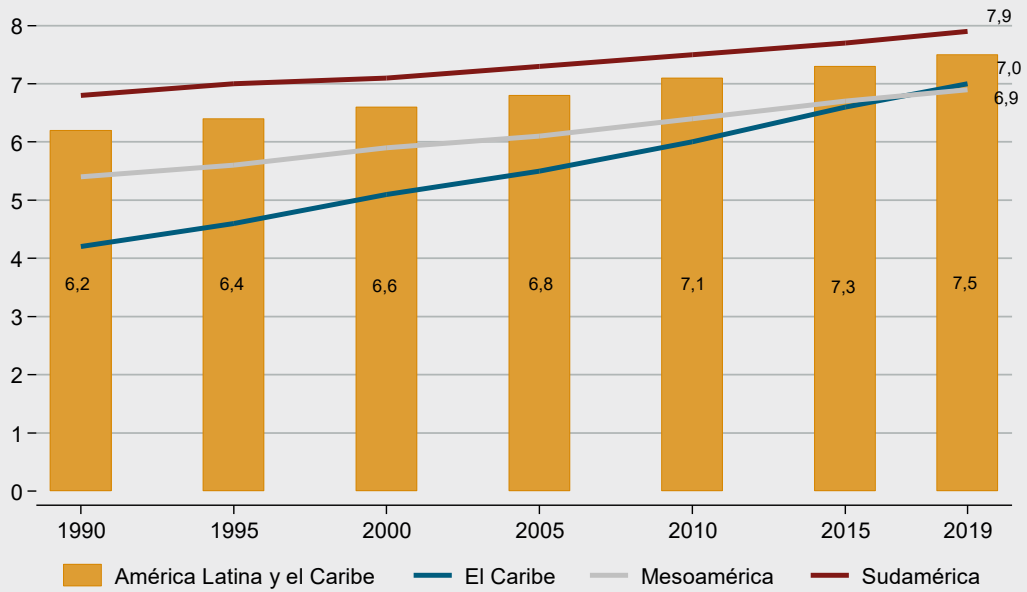
Respecto a las subregiones, en el Caribe destaca el aumento pronunciado de la prevalencia de este indicador en los últimos años. Aunque a principios de la década de 1990 era la subregión con la prevalencia más baja, actualmente alcanza el 7%, un porcentaje que supera al de Mesoamérica y que es apenas 0,5 puntos porcentuales inferior al de la región.

Sin embargo, el número de niños y niñas afectados se mantuvo en 200 000, lo que significa que el aumento del porcentaje se debe a que el número de menores de 5 años ha descendido. En Mesoamérica la prevalencia es de un 6,9%, es decir, afecta a 1,1 millones de niños y niñas. Por su parte, Sudamérica presenta la mayor prevalencia, con un 7,9% en 2019, y además concentra a 2,6 de los 3,9 millones de niños y niñas con sobrepeso de la región (Figura 14).

A pesar de que la tendencia regional y subregional es el aumento, los países muestran realidades mixtas. En Belice, Chile, Guatemala, México y Perú se observan reducciones importantes en la prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años entre la década del 2000 y la del 2010. Y, al contrario, países como Ecuador, Honduras, Paraguay y Suriname muestran un importante aumento de este indicador (Figura 16).

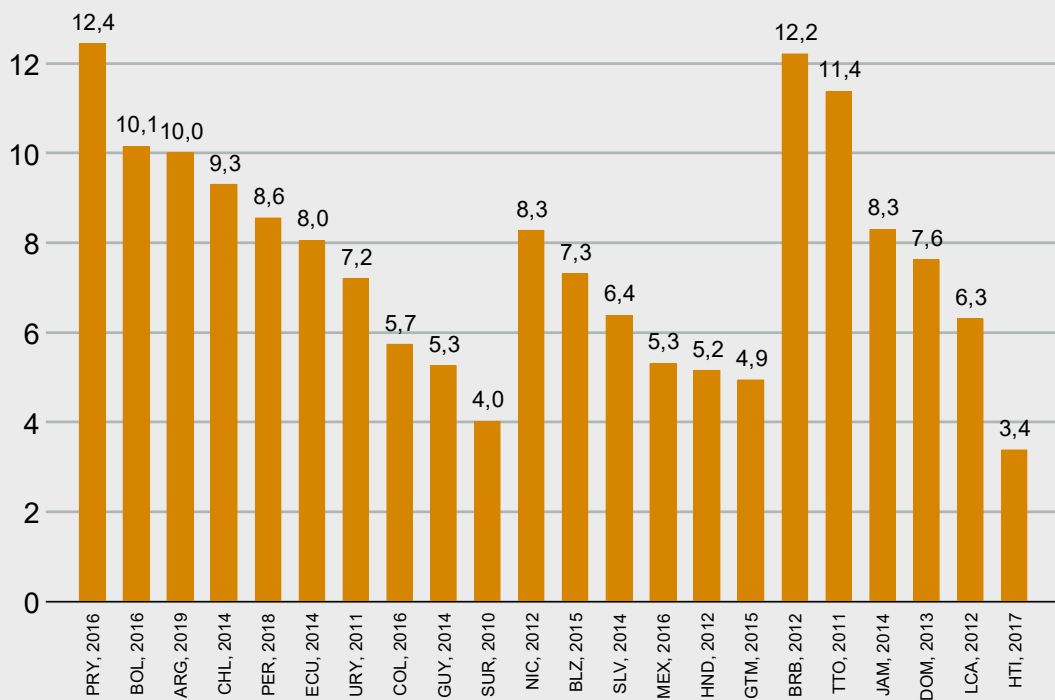
Por otro lado, según los últimos datos disponibles (Figura 15), el porcentaje de sobrepeso infantil en Argentina, Barbados, Bolivia (estado Plurinacional de), Paraguay y Trinidad y Tobago supera el 10%, mientras que, en Mesoamérica, la tasa más alta corresponde a Nicaragua, con un 8,3%.

FIGURA 14
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 1990-2019. EN PORCENTAJES



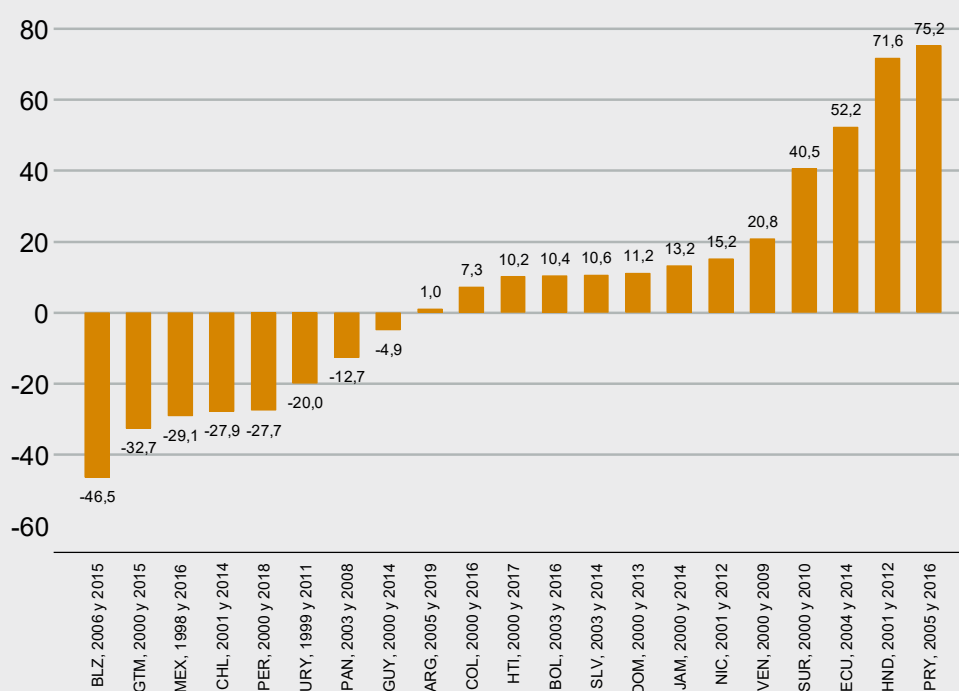
FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

FIGURA 15
PREVALENCIA DE SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y POR SUBREGION, ÚLTIMO DATO DISPONIBLE DE CADA PAÍS A PARTIR DE 2010. EN PORCENTAJES



FUENTE: UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

FIGURA 16
VARIACIONES PORCENTUALES EN LA PREVALENCIA DE SOBREPESO INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS. SELECCIÓN DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, DÉCADAS DE 2000-2010. EN PORCENTAJES



FUENTE: Elaboración propia a partir de información de UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

En ediciones anteriores de esta publicación se profundizó en el análisis de las posibles causas del aumento acelerado del sobrepeso en la región. También se analizaron dichas causas en el marco de los cambios en los patrones de consumo y de la rápida transformación de los sistemas alimentarios de las últimas décadas. Además, se señalaron distintas oportunidades de políticas para facilitar una mayor disponibilidad y producción de alimentos nutritivos y diversos, la promoción de mejores entornos alimentarios (incluido el acceso económico, los impuestos selectivos, la información nutricional, el etiquetado frontal y las restricciones la publicidad y promoción y venta de alimentos y bebidas altos en grasas, azúcares y sal para niños y

adolescentes) y la promoción de hábitos de consumo más saludables (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018) (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019).

Doble carga en la malnutrición infantil

Ya se mencionó que los progresos en la reducción de la desnutrición en los niños y las niñas menores de 5 años son considerables respecto a principios de este siglo. Sin embargo, el sobrepeso infantil crece de forma constante y en algunos países supera el 10%, un porcentaje mayor al del retraso del crecimiento infantil. En algunos países –y también en algunos territorios, familias e individuos– coexisten grados importantes de las dos formas de malnutrición, con lo que los países afrontan el

doble desafío de acabar con la desnutrición y detener el sobrepeso. Además, es importante considerar la carencia de ciertos micronutrientes como uno de los desafíos más importantes que ciertos países deben superar para garantizar una nutrición adecuada.

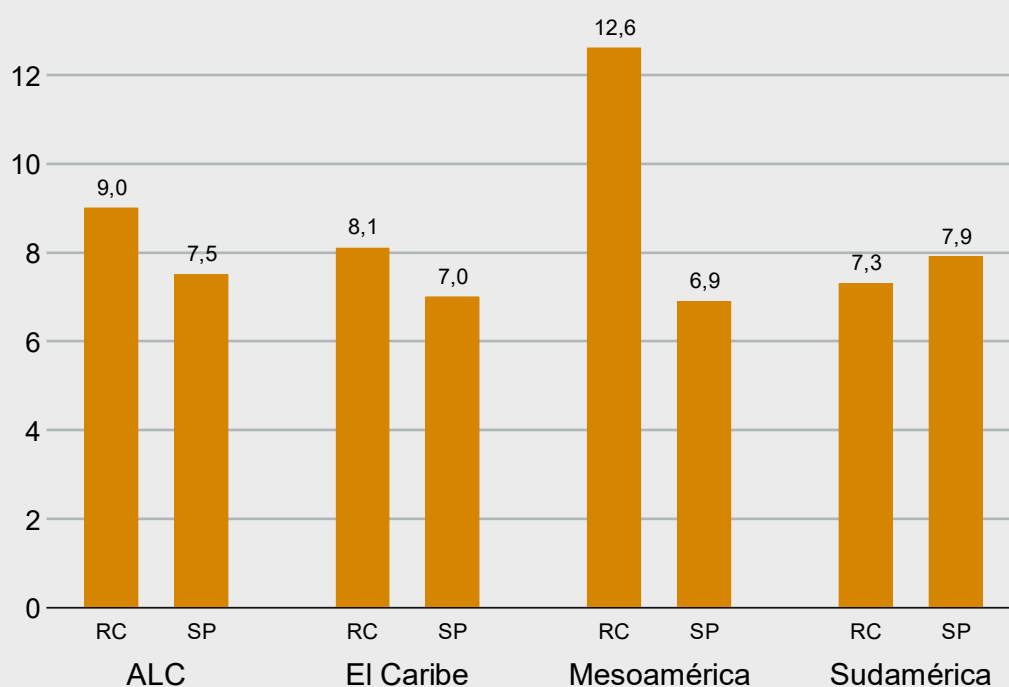
Por ejemplo, en Mesoamérica se observa la tasa más elevada de retraso del crecimiento, que alcanza el 12,6%. Este porcentaje casi duplica la tasa de sobrepeso infantil, es decir, en la subregión viven 2 millones de niños y niñas con retraso del crecimiento y 1 millón con sobrepeso. Aunque Sudamérica es la subregión con la prevalencia de retraso del crecimiento más baja, aún mantiene una tasa del 7,3%, y el sobrepeso infantil es del 7,9%, es decir, 2,4 y 2,6 millones, respectivamente. En el Caribe, el retraso del

crecimiento en los menores de 5 años es del 8,1% y el sobrepeso, del 7%, es decir, en la subregión hay 300 000 niñas y niños con retraso del crecimiento y 200 000 con sobrepeso.

Por países, las tasas de Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago superan el promedio regional, tanto en retraso del crecimiento como en sobrepeso de ese grupo de población.

En el capítulo 2 de este documento se analizan con más detalle las realidades de las diferentes formas de malnutrición en los territorios de los distintos países. Como se verá, en ocasiones la doble carga de la malnutrición también se expresa de forma más acusada en unos territorios que en otros.

FIGURA 17
PREVALENCIAS DE LA DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2019. EN PORCENTAJES



NOTAS: RC: retraso del crecimiento. SP: sobrepeso.

FUENTE: Elaboración propia a partir de información de UNICEF, OMS y BM, 2020. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women.

Como ya se mencionó en ediciones anteriores de esta publicación, en muchos casos estas dos realidades están determinadas por situaciones de inequidad en el acceso a alimentos saludables, a servicios públicos de salud y educación y al acceso servicios básicos de agua y saneamiento, entre otros. No solo es importante asegurar la

cantidad de alimentos, sino también su calidad. En este sentido, es importante el papel de los precios, pero también su disponibilidad física, la promoción y la publicidad, la educación y el acceso a servicios básicos, entre otros (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018) (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019).

RECUADRO 2 COSTO DE LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO EN Mesoamérica

El problema del sobrepeso y la obesidad en América Latina y el Caribe está en aumento, con prevalencias aún importantes de diversas formas de desnutrición. Este fenómeno, conocido como la doble carga de la malnutrición, afecta tanto a países de ingresos bajos como medio-altos.

El estudio *El costo de la doble carga de la malnutrición* (CEPAL y WFP, 2017), liderado por el Programa Mundial de Alimentos y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe aplica un modelo de análisis que mide el impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Tras publicarse el estudio piloto realizado en Ecuador, Chile y México en 2017 se continuó en varios países de Mesoamérica y el Caribe, analizando el impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición en El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana.

El modelo metodológico contempla dos dimensiones de análisis, la incidental y la prospectiva. La dimensión incidental reporta efectos y costos para el año de análisis, mientras que la prospectiva identifica efectos y costos para los años futuros considerando el ciclo de vida de la población del país en el año del análisis. En el caso de la dimensión incidental de El Salvador, Honduras y República Dominicana, el año de análisis de la información se generó para el 2017 y en la dimensión prospectiva, los efectos y los costos futuros de la malnutrición que afectó a la población en el año 2017 se proyectaron para el período 2018-2081. Para Guatemala, el año de análisis de referencia para la dimensión incidental fue 2018 y la dimensión prospectiva se proyectó para el

período 2019-2082. A continuación, se presentan los principales costos económicos y sociales identificados para los países mencionados.

El Salvador

Para el año 2017, el costo de la doble carga de la malnutrición ascendió a 2 559,2 millones de dólares, lo que equivale al 10,3% del PIB del país. Aproximadamente dos terceras partes de este total, 1 704,7 millones de dólares, son atribuibles a la desnutrición, y 854,5 millones, al sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, los costos futuros se estiman en más de 1 000 millones de dólares anuales para el período 2018-2081, lo que representa un 4,2% del PIB de cada año.

En relación con el costo social, el 41% de los niños y niñas desnutridos no completa la educación primaria y solo el 9% finaliza la secundaria. Por otro lado, 1 millón de personas adultas padecen diabetes e hipertensión en el país a consecuencia de sobrepeso u obesidad, las dos condiciones que generan el mayor costo en salud.

Honduras

Para el año 2017, el costo de la doble carga de malnutrición ascendió a 2 341,4 millones de dólares, cantidad equivalente al 10,2% del PIB del país. De esta suma, 2 005,1 millones de dólares (aproximadamente 85%) son atribuibles a la desnutrición y 336,4 millones, al sobrepeso y a la obesidad. Los costos futuros de la doble carga de la malnutrición se estiman en unos 618 millones de dólares anuales para el período 2018-2081, equivalentes al 2,7% del PIB de cada año.

En cuanto al costo social, el 40% de los niños

RECUADRO 2 (CONTINUACIÓN)

y las niñas desnutridas no completa la educación primaria y solo el 4% finaliza la secundaria. Por otro lado, 816 000 personas adultas sufren diabetes e hipertensión arterial.

Guatemala

En Guatemala, para el año 2018, el costo de la doble carga de la malnutrición asciende a 12 034 millones de dólares, equivalentes al 16,3% del PIB; de los cuales 8 220 millones (poco más de dos tercios) son atribuibles a la desnutrición y 3 813 millones al sobrepeso y la obesidad. Con relación a los costos futuros de la doble carga de la malnutrición, estos son equivalentes a un costo anual de 6 700 millones de dólares para el período 2019-2082, lo cual representa un 9,1% del PIB anual.

Por otro lado, el costo social refleja que el 44% de los niños y niñas desnutridas no completa primaria y solo 9% finaliza secundaria. En tanto que cerca de 80 mil niños menores de 5 años padecieron enfermedades y casi cinco mil fallecieron por desnutrición. En relación a la población adulta, más de 2,3 millones de personas padecen de diabetes e hipertensión arterial.

República Dominicana

Para el 2017, el costo de la doble carga de la malnutrición en República Dominicana ascendió a 1 961,1 millones de dólares, lo que equivale al 2,6% del PIB del país. De estos, 499,7 millones (aproximadamente el 25%) son atribuibles a la desnutrición, y 1 461,4 millones, al sobrepeso y la obesidad. Los costos futuros se estiman en unos 1 915 millones de dólares anuales y están relacionados

a la doble carga de la malnutrición para el período 2018-2081, equivalente al 2,5% del PIB de cada año.

En cuanto al costo social, el estudio muestra que el 39% de los niños y niñas desnutridas no completa la educación primaria y solo el 12% finaliza la secundaria. Más de 1,6 millones personas adultas padecen diabetes e hipertensión a consecuencia del sobrepeso y la obesidad, generando el mayor costo en salud.

Es importante destacar que, durante las últimas décadas, la desnutrición muestra una tendencia sostenida a la baja, por lo que los futuros costos de la doble carga de la malnutrición en todos los países serían atribuibles principalmente al sobrepeso y a la obesidad (representando el entre 87% al 98%). Esto ocasionaría un claro cambio en los perfiles nutricional, epidemiológico y demográfico de estos países.

Dado estos resultados, se recomienda fortalecer, construir e implementar políticas públicas multisectoriales contra la malnutrición, por exceso y por déficit, de manera que propicien la disminución sostenida de las prevalencias de malnutrición a través del abordaje de las causas determinantes del problema. En paralelo, los sistemas de salud y protección social deberán adaptarse para hacer frente a la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles y también disponer de sistemas de medición y evaluación que permitan monitorear la malnutrición, sus causas y efectos.

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

En gran medida, una vida sana pasa por disponer y hacer un uso adecuado de una alimentación suficiente, de calidad, diversa y nutritiva. Las dos metas de esta sección son las relacionadas con reducir la mortalidad materna y además de la provocada por enfermedades no transmisibles (ENT).

1.2.1. Meta 3.1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna

La mortalidad materna corresponde a la muerte de la madre durante el embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (OMS, 2019).

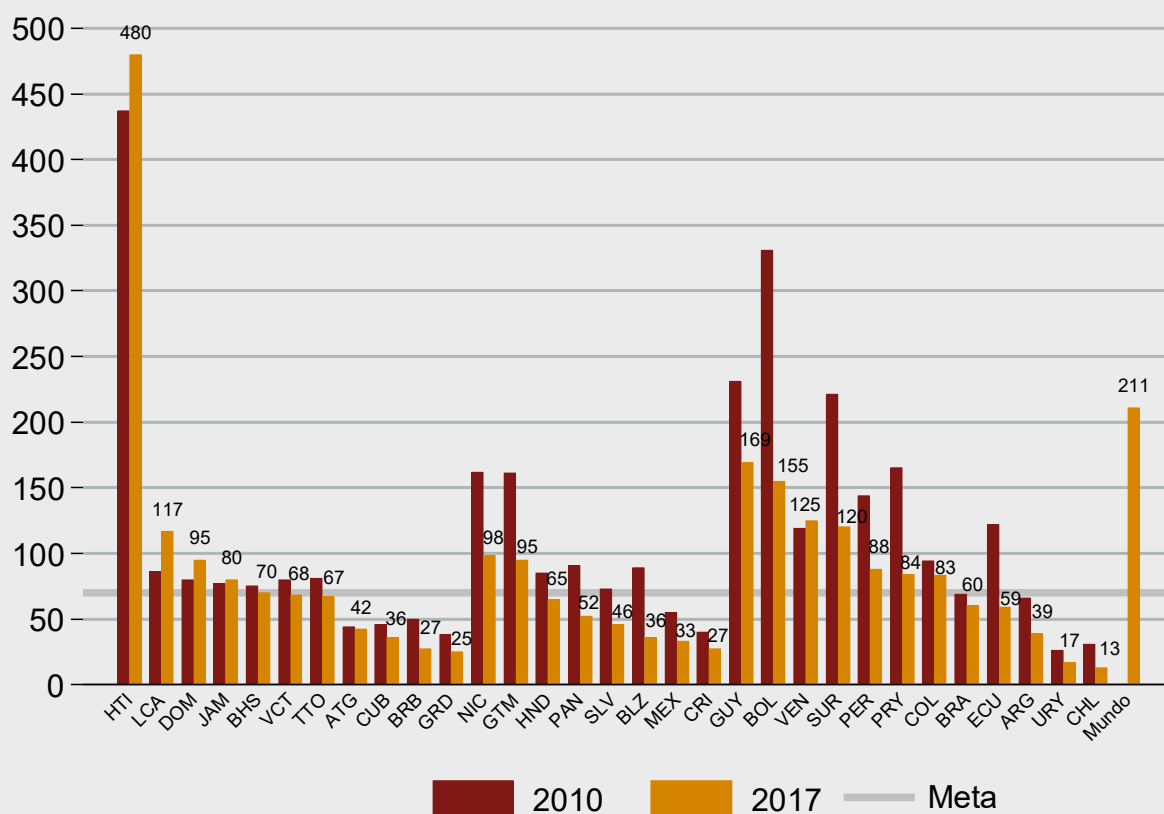
La nutrición es fundamental para el desarrollo de un buen embarazo y evitar complicaciones en el parto. Durante la gestación, los déficits de vitamina D y ácido fólico acarrea distintas complicaciones, mientras que las carencias de micronutrientes como Vitamina A y hierro aumentan el riesgo de complicaciones durante el parto, aumentando la probabilidad de muerte (FAO, 2018a). Además, algunas de las causas de mortalidad materna son diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad, las cuales están asociadas a mala alimentación (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019).

META DE LOS ODS: REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA A MENOS DE 70 MUERTES POR CADA 100 000 NACIDOS VIVOS EN 2030.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, entre 2010 y 2017 se ha reducido en la mayoría de los países. Sin embargo, en cuatro de ellos aumentó la tasa por cada 100 000 nacidos vivos. Son Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Venezuela (República Bolivariana de), y, en menor medida, Jamaica.

En relación con el cumplimiento de la meta 3.1, según las estimaciones de la OMS, en la región hay países donde queda mucho por avanzar, tal es el caso de Haití, donde la tasa actual (de 480) es siete veces la meta establecida, siendo además más del doble del promedio mundial (211). Aunque el resto de los países se encuentran bastante por debajo de la tasa mundial, hay algunos que aún se encuentran alejados de la meta. En Guyana y Bolivia, la tasa al 2017 es más del doble, y en Venezuela, Suriname y Santa Lucía, aun se superan las 100 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Además, Nicaragua, Guatemala, República Dominicana, Perú, Paraguay, Colombia y Jamaica, presentan tasas superiores a las 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (Figura 18)

FIGURA 18
MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100 000 NACIDOS VIVOS, PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE Y MUNDIAL, 2018 (POR SUBREGIÓN)



FUENTE: OMS, 2016. Global Health Observatory data repository.

1.2.2. Meta 3.4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles

Indicador 3.4.1. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas

La tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas se mide a través de la probabilidad de muerte por estas enfermedades en personas de 30 a 70 años.

Las ENT o enfermedades crónicas tienden a ser de larga duración y son la principal causa de muerte en el mundo, con más de 40 millones de muertes anuales. Entre los factores de riesgo que favorecen las ENT se encuentran la alimentación no saludable, la inactividad física, el tabaco y el alcohol. Entre los factores metabólicos que aumentan el riesgo de las ENT se encuentran el aumento de la presión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglicemia y la hiperlipidemia.

META DE LOS ODS: REDUCIR LAS MUERTES PREMATURAS POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES UN 33% ENTRE 2015 Y 2030.

En la región, cerca del 75% de las muertes ocurridas en 2016, es decir 2,8 millones, están causadas por ENT (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019). Entre este conjunto de enfermedades, las más frecuentes son las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. En anteriores ediciones de esta publicación se explicó la relación existente entre el consumo de productos altamente procesados con niveles elevados de sodio, azúcar y grasas saturadas y trans, así como con el desarrollo de obesidad, que implica mayor riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer (Poti, Braga, y Quin, 2017) (Fiolet, y otros, 2018) (Schnabel, y otros, 2019). Paralelamente, una dieta con un alto contenido en frutas, hortalizas y cereales integrales reduce el riesgo de padecer estas enfermedades (GBD 2017 Diet Collaborators, 2019). Es decir, garantizar una alimentación adecuada guarda una estrecha relación con el cumplimiento de esta meta.

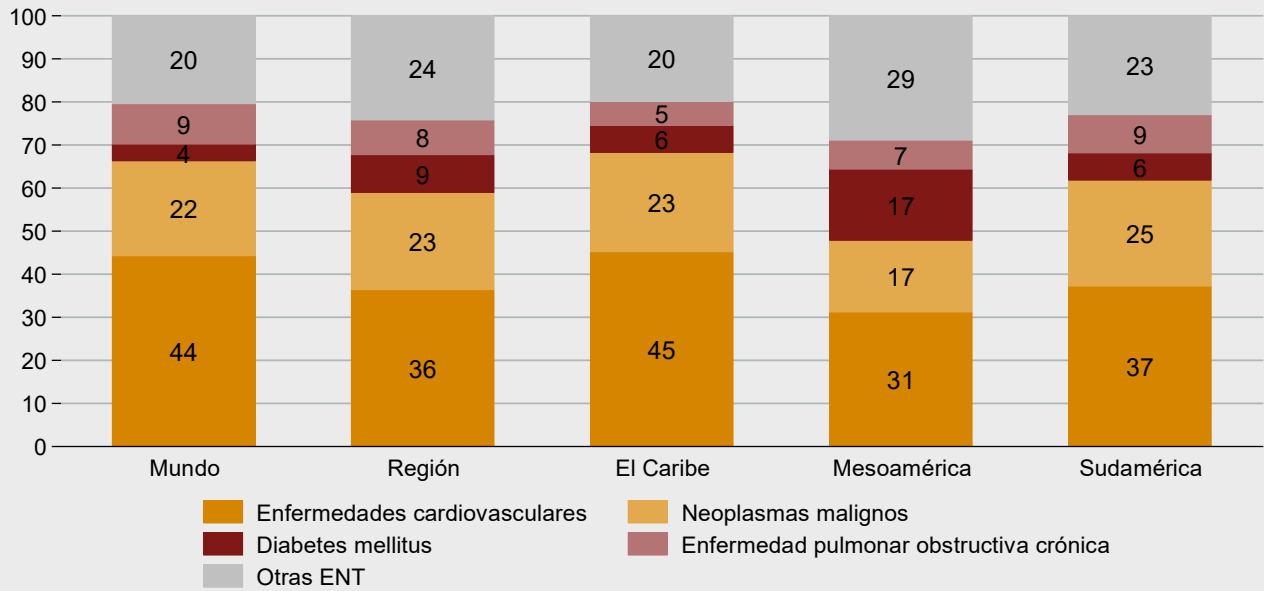
Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas fueron la causa de 2,2 millones de muertes en la región durante 2016. Más de 1 millón de muertes son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares, mientras que el cáncer fue responsable de 640 000 muertes, la diabetes de 250 000 y las enfermedades respiratorias crónicas de 230 000 (OMS, 2016).

A nivel subregional se observan diferencias importantes. En el Caribe, las enfermedades cardiovasculares explican el 45% de las muertes por ENT, un porcentaje muy por encima del promedio regional del 36%. En Mesoamérica, las muertes por diabetes representan el 17% de las muertes por ENT, a diferencia de lo que ocurre a nivel mundial, con solo un 4%, y en la región, con un 9%. En Sudamérica, las muertes por cáncer explican una cuarta parte de las muertes por ENT y las enfermedades respiratorias crónicas, el 9%, casi el doble que en el Caribe (Figura 19).

Según la última información disponible, en los países de la región las probabilidades de muerte por ENT en personas de 30 a 70 años oscilan entre el 11 y el 30%, y Guyana es el país con una probabilidad mayor. Con respecto al promedio mundial del 18,3%, 11 países de la región superan ese porcentaje, de los que siete se encuentran en el Caribe. Haití tiene la mayor probabilidad de los países del Caribe y la segunda de la región, con un 26,5%. En Mesoamérica, a excepción de Belice, todos los países se encuentran por debajo del 16%. En Sudamérica, Guyana alcanza la mayor probabilidad de la región, con un 30,5%, y junto con Suriname sobrepasan el promedio mundial. En cuanto a la evolución del indicador, la mayoría de los países lo han mejorado entre 2010 y 2016, con excepción de Haití, donde la probabilidad de muerte aumentó en más de 4 puntos porcentuales, San Vicente y las Granadinas, con un aumento de 2 puntos porcentuales, y Antigua y Barbuda, con 1 punto porcentual (Figura 20).

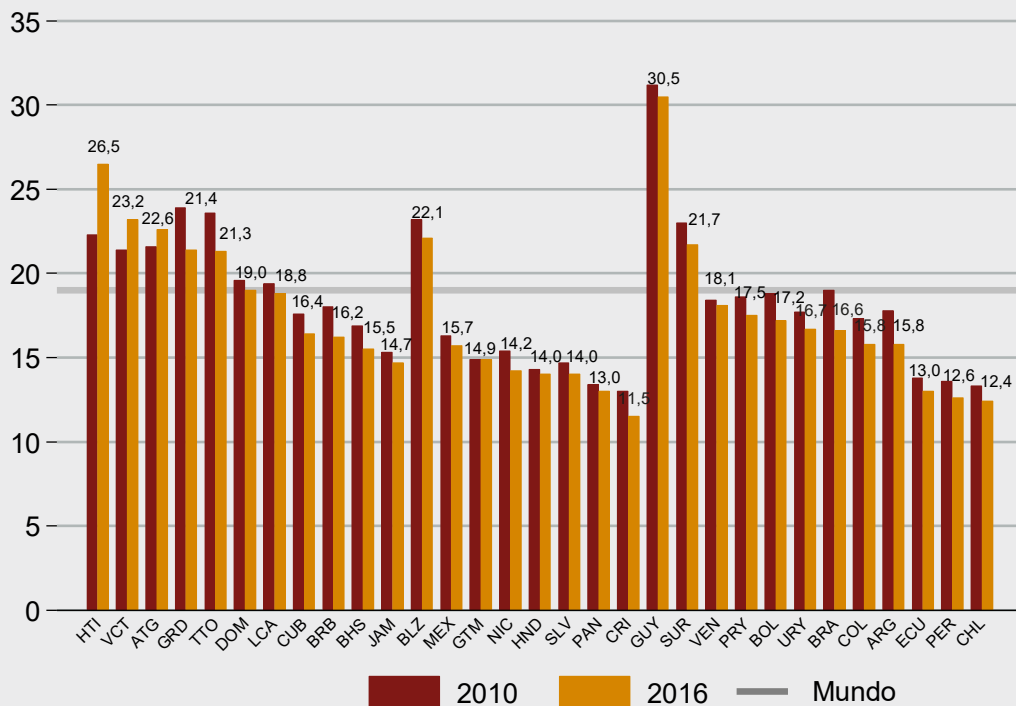
Además del riesgo de muerte prematura, la obesidad y las ENT acarrear complicaciones físicas, psicológicas y económicas que afectan a la calidad de vida de las personas y sobrecargan los sistemas de salud. En términos económicos, las ENT suponen grandes gastos de salud, tanto para las personas como para los gobiernos.

FIGURA 19
PORCENTAJE DE MUERTES CAUSADAS POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2016. EN PORCENTAJES



FUENTE: OMS, 2016. Global Health Observatory data repository.

FIGURA 20
PROBABILIDAD DE MUERTE POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS DE 30 A 70 AÑOS EN PORCENTAJE EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN EL MUNDO, 2010 Y 2016. EN PORCENTAJES (POR SUBREGIÓN)



FUENTE: OMS, 2016. Global Health Observatory data repository.

Por ejemplo, en la región los pacientes asumen en promedio cerca del 40% de los gastos en salud, lo que puede representar una pérdida importante de recursos para los hogares. Para los gobiernos, los gastos asociados a la obesidad y a las ENT son cada vez mayores. Se estima que en los países desarrollados los gastos médicos relacionados con la obesidad representan entre el 2 y el 7% del gasto nacional. Adicionalmente, las complicaciones de estas enfermedades pueden reducir la productividad de los trabajadores debido a problemas físicos,

psicológicos y a ausentismo laboral, lo que acaba transformándose en una pérdida económica para los países (Cuadrado y García, 2015) (Kang, Jeong, Cho, Song, y Kim, 2011) (Latzer y Stein, 2013). Todo ello evidencia la importancia de garantizar una alimentación saludable de toda la población en todas las etapas del ciclo de vida para el desarrollo de una vida plena, para prevenir la obesidad y para evitar las muertes prematuras (OPS, 2017) (Poti, Braga, y Quin, 2017) (GBD 2017 Diet Collaborators, 2019).

RECUADRO 3 COVID-19, ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y OBESIDAD

La OMS ha destacado que las personas con ENT como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer presentan un riesgo mayor de sufrir enfermedad grave por COVID-19 y más probabilidades de morir a causa de ella (OPS, 2020). Distintos estudios epidemiológicos han demostrado que la diabetes aumenta el riesgo de hospitalización y de ingresar en cuidados intensivos, y que la mortalidad causada por COVID-19 podría ser hasta 2 o 3 veces mayor en pacientes diabéticos (Vas, Hopkins, Feher, Rubino y Whyte, 2020).

Además, a nivel mundial se ha notificado que la enfermedad por coronavirus es más grave en las personas con obesidad debido a que el sistema inmunitario de este tipo de pacientes no funciona tan eficazmente y a que presentan altos niveles de hipoxia (ausencia de oxígeno suficiente en los tejidos para mantener las funciones corporales) (Lim, Shin, Nam, Jung, y Koo, 2020).

Además, como consecuencia de la pandemia se ha observado un efecto de desplazamiento de la atención de enfermedades distintas de la COVID-19 y la atención a las ENT y crónicas se está posponiendo. Esto ha aumentado la mortalidad general debido a una mortalidad adicional a la provocada por la COVID-19 y a las deficiencias en la atención a las

otras enfermedades (CEPAL y OPS, 2020).

Todo lo anterior indicaría que, en la región, las tasas de obesidad elevadas y la presencia cada vez mayor de ENT hacen que una parte importante de la población esté expuesta a mayores riesgos ante esta pandemia. Por otro lado, la pandemia puede dar lugar a un aumento del sobrepeso, de la obesidad y de las ENT. Debido a las políticas de cuarentena y a la limitación del número de salidas para adquirir alimentos, las personas han reducido su nivel de actividad física y han aumentado el consumo de alimentos poco saludables, lo que ha favorecido la compra de productos no perecederos en detrimento de los frescos (FAO y CEPAL, 2020b; FAO y CEPAL, 2020a).

Además, la disminución del poder adquisitivo de los hogares afecta a la calidad de las dietas de los grupos de población con menos ingresos, ya que perjudica la demanda de productos sanos y nutritivos, considerados más caros, y se favorece la de productos más baratos, que suelen tener un alto contenido en calorías, azúcares, grasas y sal, perjudiciales para la salud (FAO y CEPAL, 2020b). Así, habría una disminución global significativa de la demanda de productos nutritivos, pero más caros, como frutas, verduras y lácteos, lo que repercute directamente sobre

**RECUADRO 3
(CONTINUACIÓN)**

los grupos más pobres de la sociedad (Swinnen y McDermott, 2020).

En este sentido, el Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (CINyS-INSP) está colaborando con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para realizar una encuesta en línea cuyo objetivo es identificar cómo las medidas de contingencia asociadas a la COVID-19 afectan a la compra de alimentos y a la calidad de la dieta de la población. Entre estos países se encuentran Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras y México. Según los resultados preliminares de las encuestas realizadas en México, dos de cada tres personas percibieron un aumento de precios en los alimentos de origen animal, así como de frutas y verduras, lo

que podría tener como consecuencia la disminución del consumo de alimentos saludables en sectores de la población cuyos ingresos hayan disminuido. Adicionalmente, mientras que a nivel general solo un 12% percibe que su alimentación empeoró durante la pandemia, esta percepción aumenta al doble para los grupos que vieron una disminución de sus ingresos (24%). Estos resultados de las encuestas realizadas en México resaltan desigualdades en cuanto al acceso a alimentos saludables en la población de nivel socio económico bajo que podría verse acentuado con la pérdida de ingresos debido a la epidemia de COVID-19 (INSP y WFP, 2020).

1.3 OTROS INDICADORES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN

1.3.1. Sobrepeso y obesidad a lo largo del ciclo de vida

El sobrepeso y la obesidad afectan cada vez a más personas en el mundo. La región presenta promedios más elevados que los mundiales. El sobrepeso en personas mayores de 18 años es del 59,5%, más de 20 puntos porcentuales por encima del promedio mundial, mientras que la obesidad en mayores de 18 años afecta a casi una cuarta parte de los adultos, lo que también está muy por encima de la tasa mundial del 13,1%. Entre las subregiones, Mesoamérica tiene la mayor prevalencia tanto en sobrepeso como en obesidad, con un 63 y un 27,3%, respectivamente (Figura 21).

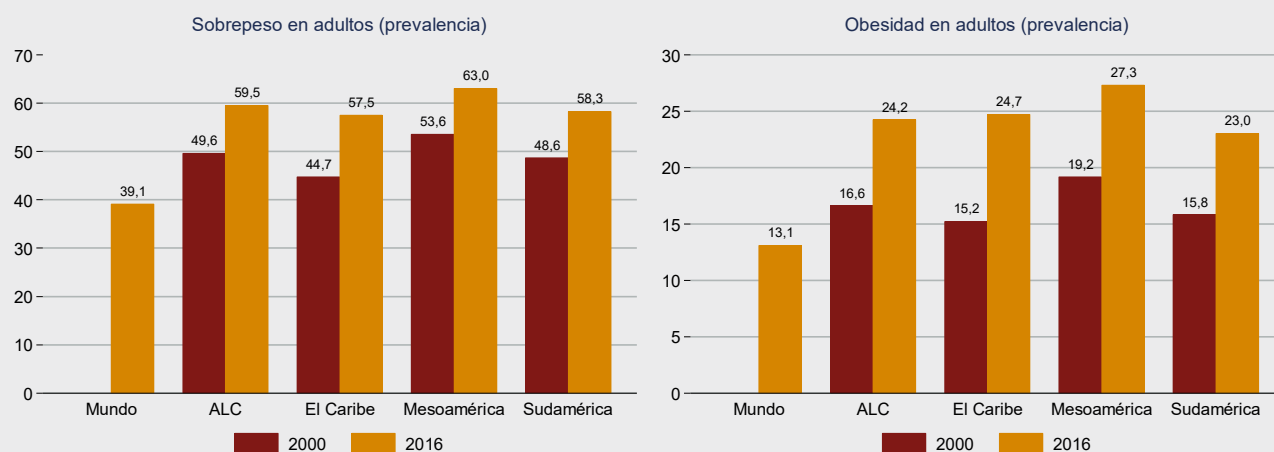
En cuanto a la evolución del sobrepeso y de la

obesidad entre los adultos de la región, desde 1975 se han incrementado progresivamente y desde principios de siglo hasta el 2016 la población adulta con obesidad se ha duplicado¹⁹, llegando a los 106 millones en 2016 (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019). En la región, el sobrepeso ha aumentado en 10 puntos porcentuales durante el mismo período, con 262 millones de adultos con sobrepeso en 2016.

Es especialmente preocupante que entre el 2000 y 2016 los incrementos en el sobrepeso y la obesidad hayan sido considerables en todos los países. El sobrepeso aumentó entre 7 y 17 puntos porcentuales y la obesidad se incrementó entre 6 y 12 puntos porcentuales desde el año 2000 (Figura 22). Destaca especialmente el caso de Haití, cuyas tasas de sobrepeso eran de las más bajas el año 2000, y que en 2016 habían aumentado en 17,3 puntos porcentuales. Haití el país de la región con un mayor aumento, que alcanzó una tasa del 54,9% en 2016, y que a la vez muestra prevalencias importantes en subalimentación y retraso del crecimiento.

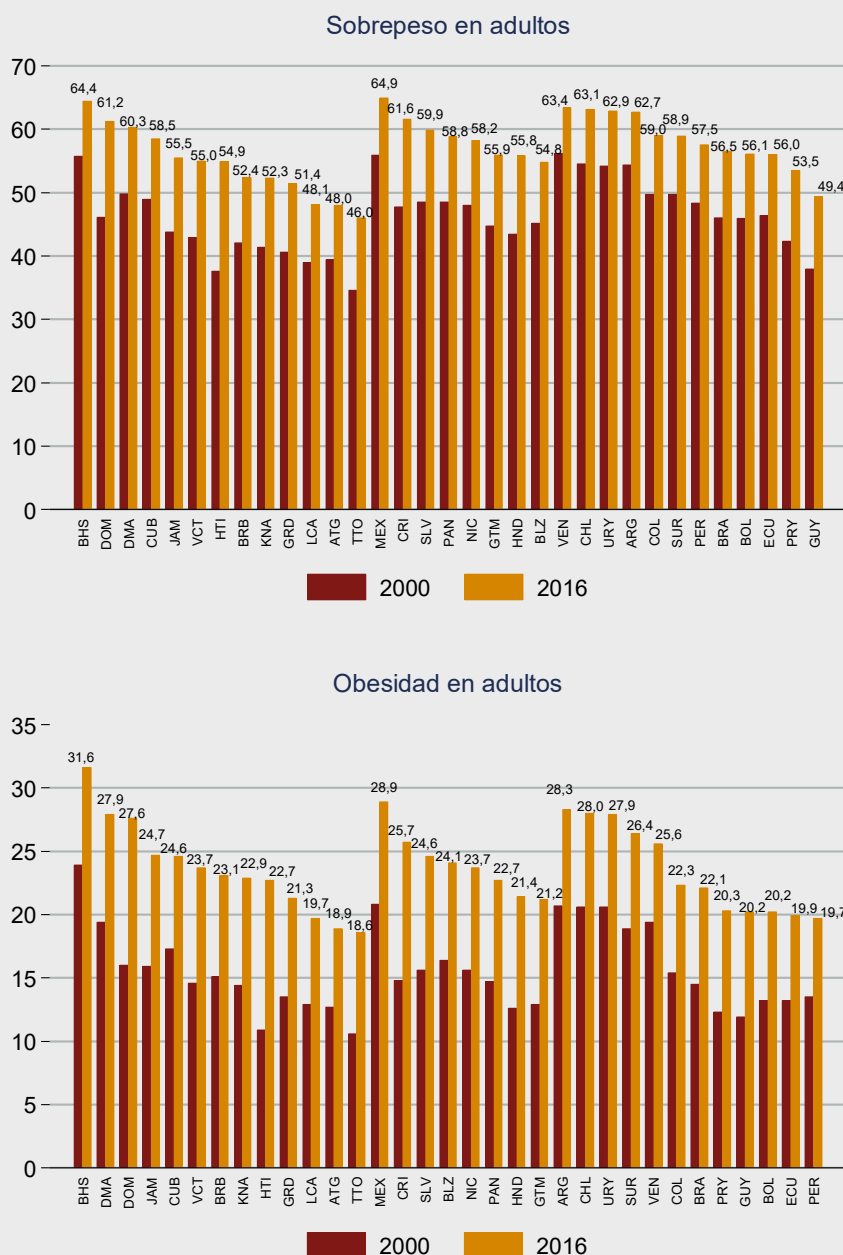
¹⁹ Calculado con datos de OMS, 2016 y DAES, 2020.

FIGURA 21
PREVALENCIA DE OBESIDAD EN PORCENTAJES EN MAYORES DE 18 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE, SUBREGIONES Y MUNDIAL, 2000 Y 2016. EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019. OMS, 2016. DAES, 2020

FIGURA 22
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PORCENTAJES EN MAYORES DE 18 AÑOS
EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000 Y 2016. EN PORCENTAJES. POR
SUBREGIÓN



FUENTE: OMS, 2016. Global Health Observatory data repository.

Por otro lado, la obesidad en adultos afecta más a las mujeres que a los hombres en la región. En todos los países la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, y en 19 de ellos la diferencia es de al menos de 10 puntos porcentuales. La menor calidad de las dietas guarda relación con el exceso de peso y con la inseguridad alimentaria. Tal como se señaló en el apartado 1.1.1, los niveles de inseguridad

alimentaria moderada o grave también afectan más a las mujeres que a los hombres de la región. Que las mujeres tengan mayor probabilidad de sufrir inseguridad alimentaria y obesidad pone en evidencia la necesidad de garantizar no solo alimentos que cumplan con las calorías mínimas si no que sean de calidad, cubran los requerimientos nutricionales, bajos en azúcares, grasas y sal, evitando los ultraprocesados y

que les permitan llevar una vida sana y activa, evitando todas las formas de malnutrición (OMS, 2016).

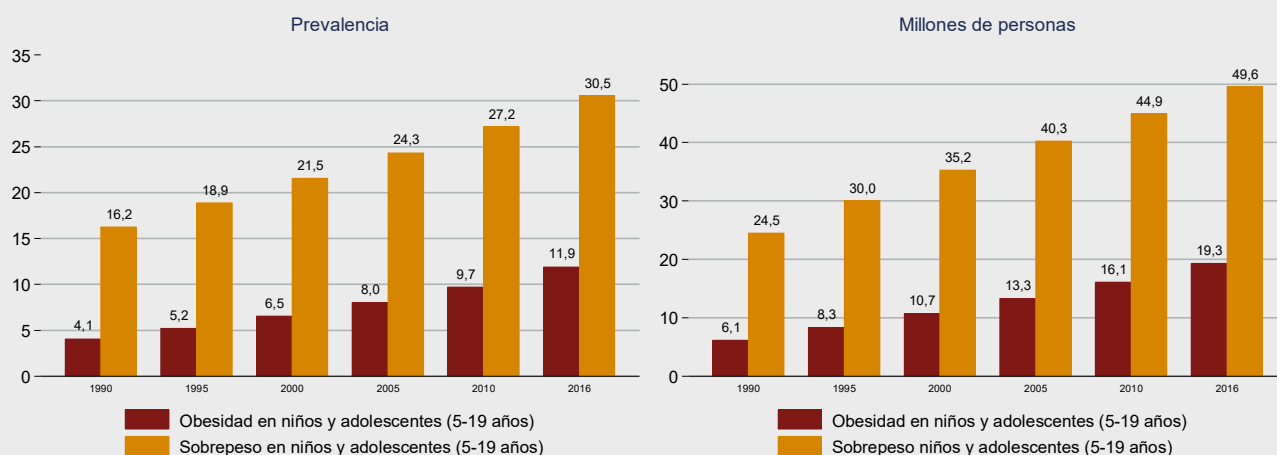
El sobrepeso y la obesidad también están aumentando con rapidez entre los niños mayores de 5 años y los adolescentes en la región. Más del 30% están afectados por sobrepeso, lo que significa que 50 millones de niños y adolescentes viven con esta condición. La obesidad afecta al 12% y, al igual que ocurrió con los adultos, la población de niños y adolescentes con obesidad también se duplicó entre 2000 y 2016, llegando a superar los 19 millones en 2016.

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de ENT. Los niños y los adolescentes con obesidad también están expuestos a padecer

estas enfermedades desde edades tempranas y a lo largo de su vida. Estas afecciones podrían implicar una aceleración en su proceso de envejecimiento (Barton, 2012), además de que entre estos grupos de edad acarrear problemas psicológicos y sociales (Latzter y Stein, 2013).

Así, para garantizar una vida sana y activa a lo largo del ciclo de vida y una mayor longevidad, y para reducir la morbilidad y mortalidad por ENT, es necesario garantizar sistemas alimentarios que promuevan y permitan el acceso de toda la población a una alimentación no solo suficiente, sino saludable y que proteja la salud de los niños y adolescentes promoviendo la alimentación saludable y desincentivando el consumo y la producción de productos con altos niveles de azúcar, grasas y sal.

FIGURA 23
PREVALENCIA Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS POR DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS (5 A 9 AÑOS) Y ADOLESCENTES (10 A 19 AÑOS) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2016



FUENTE: OMS, 2016. Global Health Observatory data repository y DAES, 2020.

RECUADRO 4 DIETAS SALUDABLES Y ASEQUIBLES

Según la OMS, una dieta saludable es equilibrada, diversa, contiene una selección apropiada de alimentos y protege de la malnutrición y las ENT. Debe incluir legumbres, cereales integrales, frutos secos y un mínimo de 400 gramos de frutas y verduras al día. Además, el porcentaje de calorías en forma de grasas no debe superar el 30%, y se deben restringir las grasas saturadas y las trans. Las calorías correspondientes a azúcar libre deben ser inferiores al 10% y hay que evitar superar los 5 gramos de sal al día. En base a esto los países desarrollan guías alimentarias, que consideran además las características de los individuos, el contexto cultural, las costumbres y los productos locales. Sin embargo, existe evidencia de las dificultades para acceder a este tipo de dieta. Varios estudios muestran la

baja asequibilidad de las dietas saludables en comparación con otras menos saludables (Jones, Conklin, Suhrcke, y Monsivais, 2014) (Wiggins y Keats, 2015) (Drewnowski, 2010) (FAO y OPS, 2016) (Hall, y otros, 2019).

Específicamente, según el Informe sobre la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo del año 2020 (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020), el costo de una dieta considerada saludable en la región es el más elevado en comparación con otras regiones del mundo, con un costo diario de 3,98 dólares estadounidenses. Esto significa que una dieta saludable, que contempla las calorías, los nutrientes necesarios y mayor diversidad de alimentos, es casi 4 veces más cara que una dieta que contempla solo un mínimo de calorías para poder ingerir diariamente. (Ver cuadro A).

A. COSTO (EN USD) DE UNA DIETA DE CALORÍAS MÍNIMAS Y UNA DIETA SALUDABLE EN EL MUNDO, REGIONES Y SUBREGIONES DE ALC

	Dieta de calorías mínimas	Dieta Saludable	Dieta Saludable/ dieta calorías mínimas
América Latina y el Caribe	1,06	3,98	3,8
Caribe	1,12	4,21	3,8
Mesoamérica	1,13	3,81	3,4
Sudamérica	0,91	3,71	4,1
Africa	0,73	3,87	5,3
Asia	0,88	3,97	4,5
Oceania	0,55	3,06	5,6
Norteamérica y Europa	0,54	3,21	5,9
Mundo	0,79	3,75	4,7

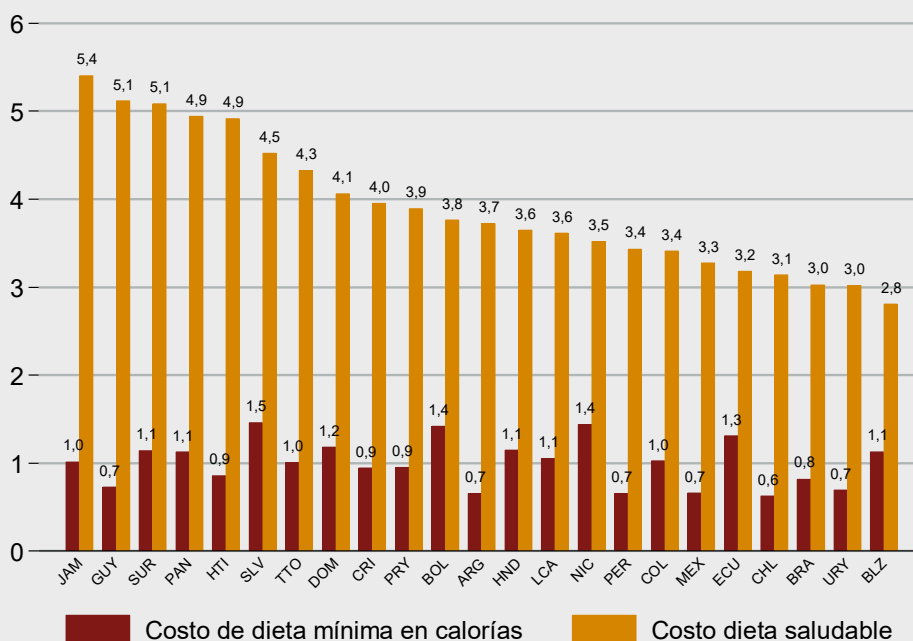
FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020.

RECUADRO 4
(CONTINUACIÓN)

En cuanto a los países de la región, en algunos el costo de la dieta saludable es cercano o mayor a los 5 dólares estadounidenses diarios (Jamaica, Guyana, Suriname, Panamá y Haití). Además, hay países donde la diferencia entre la dieta saludable

y la dieta de calorías mínimas es bastante elevada, en Guayana, por ejemplo, una dieta saludable es 7 veces más cara que una dieta mínima de calorías y en Haití, Jamaica, Perú, México, Argentina y Chile es 5 veces más costosa (Ver figura B).

B. COSTO (EN USD) DE UNA DIETA DE CALORÍAS MÍNIMAS Y UNA DIETA SALUDABLE EN PAÍSES SELECCIONADOS DE ALC



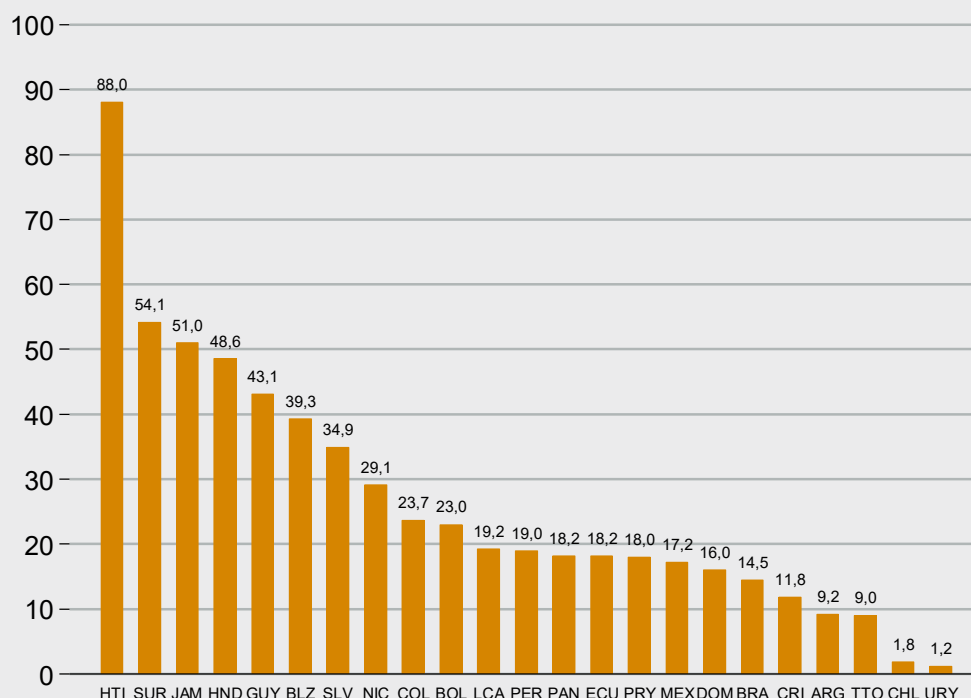
FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020

Se calcula que, como promedio, en los países de ALC el 26,5% de la población no puede acceder a una dieta saludable. Sin embargo, existen países donde este porcentaje es mucho mayor, así en Haití el 88% de la población no podría acceder a una dieta saludable y en países como Suriname, Jamaica y Honduras cerca de la mitad de la población tampoco podría costear esta dieta (ver figura C). Además, en

Santa Lucia, Haití, Guyana, Belice, Honduras y Nicaragua, el costo de la dieta saludable superaría el gasto promedio diario en alimentos; en Santa Lucia, por ejemplo, para acceder a la dieta saludable, una familia, en promedio, tendría que gastar el doble de lo que gasta en alimentos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

RECUADRO 4
(CONTINUACIÓN)

C. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE NO PUEDE ACCEDER ECONÓMICAMENTE A UNA DIETA SALUDABLE, EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA REGIÓN



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020.

Asimismo, en ediciones anteriores del panorama se ha mostrado como los productos densamente calóricos y bajos en nutrientes tienen un menor costo y que los alimentos frescos y densos en nutrientes (FAO y OPS, 2016) (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019). En la medida que las dietas saludables continúen siendo poco accesibles económicamente, las personas de menores ingresos tenderán a comprar alimentos altos en calorías, para poder cubrir sus requerimientos mínimos de calorías, sin cubrir sus necesidades nutricionales, lo que puede acarrear distintos

problemas de malnutrición. En ALC, las ventas de los productos llamados ultraprocesados, que son altamente calóricos, han aumentado considerablemente durante la última década (OPS, 2019) y la disponibilidad de frutas y verduras es inferior a las recomendaciones (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2018). De esta forma, se evidencian las dificultades del acceso físico y económico a una dieta saludable en la región, a diferencia de la facilidad de acceso a dietas con un número elevado de productos altamente procesados con un contenido excesivo en grasa, azúcar y sal, asociadas a problemas de sobrepeso, obesidad y ENT.

1.3.2 Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Como ya se ha mencionado, las mujeres están desproporcionalmente afectadas por la inseguridad alimentaria y por la obesidad. Es evidente que se encuentran en una situación de desventaja y es necesario focalizar los esfuerzos para garantizar su derecho a una alimentación saludable. Además, atender estas necesidades ayuda a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de los recién nacidos. El objetivo del *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño* es aliviar la doble carga de la malnutrición infantil empezando desde las primeras etapas del desarrollo, desde la concepción hasta los dos años de vida (OMS, 2014a).

A continuación, se muestran los avances de tres indicadores que guardan estrecha relación con la nutrición materna y del recién nacido. Se muestran algunas de las consecuencias que pueden tener las carencias nutricionales para las mujeres y cómo esto repercute en la salud de los recién nacidos.

Meta mundial 2. Reducir a la mitad las tasas de anemia en las mujeres en edad fértil

La anemia es un trastorno en el que la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las demandas del organismo. La causa de anemia más frecuente en todo el mundo es la deficiencia de hierro derivada de un balance negativo de hierro prolongado en el tiempo, que a su vez puede deberse a un aporte o absorción inadecuados de hierro en la alimentación, al aumento de las necesidades de hierro durante el embarazo o los períodos de crecimiento, o al incremento de las pérdidas de hierro como consecuencia de la menstruación y la infestación por lombrices intestinales (helmintiasis). Se estima que, en todo el mundo, el 50% de los casos de anemia en las mujeres tiene origen ferropénico. Entre otras causas importantes de la anemia en todo el mundo figuran las infecciones, otras deficiencias nutricionales (en especial de folatos y de vitaminas B12, A y C), trastornos genéticos como la anemia falciforme o la talasemia y la inflamación crónica (OMS, 2017b) (OMS, 2011).

Las mujeres con anemia tienen el doble de probabilidades de morir durante el parto y los días posteriores. Además, este trastorno incrementa el riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, que a su vez aumenta el riesgo de mortalidad en recién nacidos y de desnutrición infantil (UNICEF, 2019).

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: REDUCIR EN UN 50% LA ANEMIA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA AL 2025.

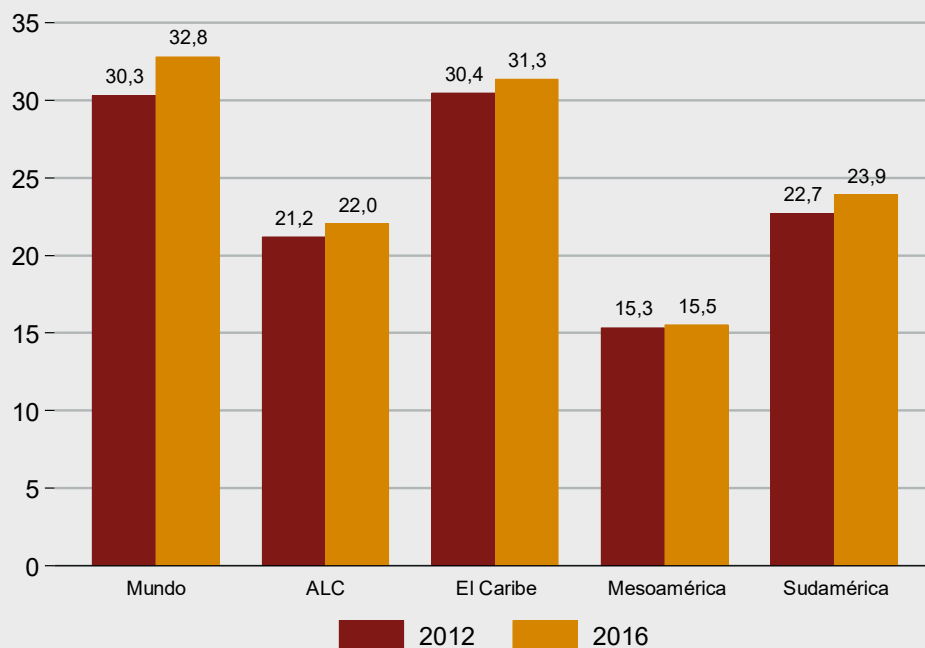
META DE LOS ODS: REDUCIR EN UN 50% LA ANEMIA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA AL 2030.

La anemia tiene una estrecha relación con la carencia de micronutrientes, es decir, que el acceso a una dieta saludable tiene un papel importante en su prevención y en las consecuencias que acarrea durante el embarazo, el parto y en la salud de la madre y del recién nacido.

Según la última información disponible, en el año 2016 la anemia en mujeres en edad reproductiva a nivel mundial era del 32,8%, lo que significa que afectaba a 613 millones de mujeres. En la región, el porcentaje fue bastante menor al promedio mundial, con un 22% de mujeres en edad reproductiva o 37,6 millones. Sin embargo, las realidades por subregiones son heterogéneas. La tasa en el Caribe supera el 30%, un porcentaje muy cercano al que se observa a nivel mundial, y que se explica principalmente por la alta tasa de Haití. En Sudamérica alcanza un 24% y en Mesoamérica es del 15,5%, mucho menor que las otras dos subregiones. Desde el 2012 y hasta el 2016, según los últimos datos disponibles, no se han registrado avances en ninguna de las subregiones (Figura 24).

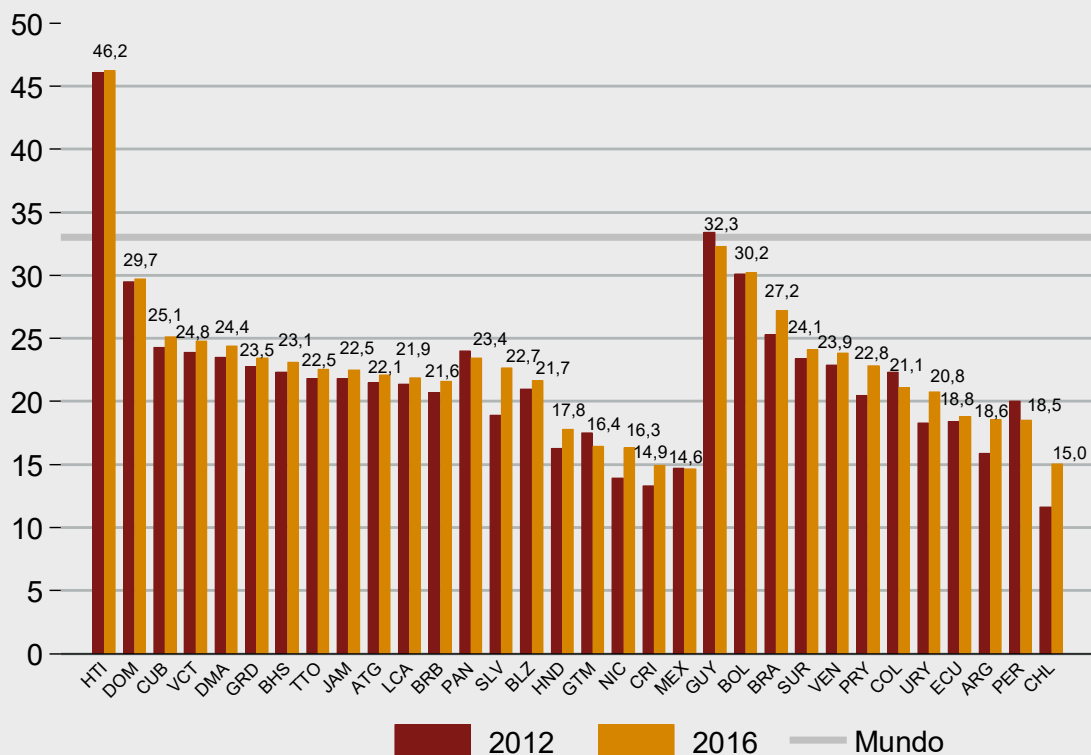
En cuanto a los países, Haití muestra una tasa mucho mayor que el resto, con un 46,2%, y las tasas de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guyana son las únicas que superan el 30%. Respecto a los avances, los países no están reduciendo la anemia en mujeres en edad fértil. En Chile y El Salvador se puede ver un incremento mayor a los 3 puntos porcentuales entre 2012 y 2016. En Argentina, Nicaragua, Paraguay y Uruguay el aumento supera los 2 puntos porcentuales (Figura 25).

FIGURA 24
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES, 2012 Y 2016. EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020

FIGURA 25
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SUBREGIÓN, 2012 Y 2016, EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 20200.

Meta mundial 3. Prevalencia de insuficiencia ponderal

La insuficiencia ponderal o bajo peso al nacer se define como un peso menor de 2,5 kg en el momento de nacer (OMS, 2014b).

Se asocia a mortalidad prenatal, aumenta el riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares y deficiencias en el desarrollo cognitivo futuro (WHO/NMH/NHD/14.5, 2017).

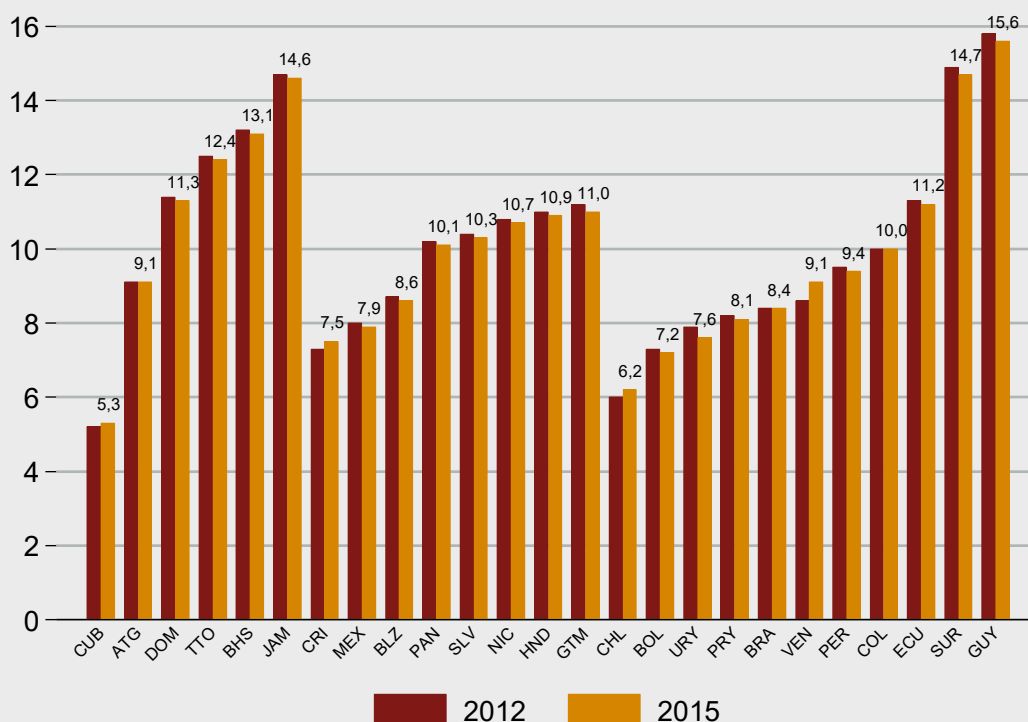
Para prevenirlo es fundamental el estado nutricional de la madre, la suplementación de calcio, por ejemplo, en caso de bajo consumo disminuye los riesgos de preeclamsia y de parto prematuro (OMS, 2014b).

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD Y DE LOS ODS: REDUCIR EN UN 30% LA INSUFICIENCIA PONDERAL AL NACER.

El bajo peso al nacer a nivel mundial afecta al 14,6% de los recién nacidos. En la región este porcentaje es significativamente menor, con un 8,7% de los recién nacidos. La subregión que muestra mayor prevalencia es el Caribe, con una tasa del 9,9%, mientras que en Mesoamérica es del 8,7% y en Sudamérica, del 8,6%. Todas las regiones han progresado, pero aún no es suficiente para cumplir el objetivo de reducir en un 30% la insuficiencia ponderal.

Entre 2012 y 2015 se puede ver una disminución en las tasas en la gran mayoría de los países con información disponible, entre los que destaca Venezuela (República Bolivariana de), con un aumento de 0,5 puntos porcentuales.

FIGURA 26
PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN PORCENTAJE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2012 Y 2015. EN PORCENTAJES. POR SUBREGIÓN



FUENTE: UNICEF, 2020

Meta mundial 5. Lactancia materna

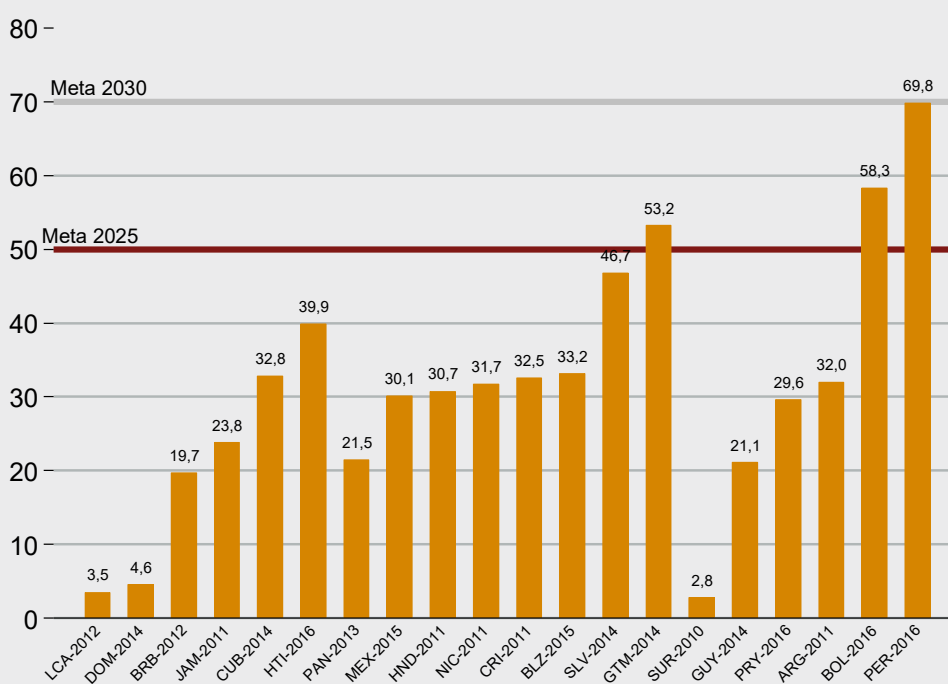
La lactancia materna es la mejor fuente de alimentación para los niños y las niñas menores de 6 meses, que cubre todas las necesidades nutricionales e inmunitarias. Se recomienda la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019) (UNICEF, 2019)

META DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: AUMENTAR LA TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA HASTA UN 50% COMO MÍNIMO PARA 2025.

META DE LOS ODS: AUMENTAR EL ÍNDICE DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA HASTA UN 70% COMO MÍNIMO PARA 2030.

A nivel mundial y según estimaciones del 2019, solo el 44% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. En la región, se estima que la tasa de Mesoamérica es del 33,2%. Esto representa un avance importante desde el 2012, período en que era de apenas el 21,6%. En el Caribe, la estimación de 2019 indica que solo el 26% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. En comparación con 2012, este porcentaje muestra un retroceso de 4 puntos porcentuales (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). Según los últimos datos disponibles de los países, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, y Perú, se encuentra por encima del 50%. De mantenerse este porcentaje, estarían alcanzando la meta de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2025 y solo en Perú la tasa llega al 70%, que es la meta para el 2030. Por el contrario, en Dominica, Santa Lucía y Suriname, las tasas son bastante bajas y no superan el 5%. El resto de los países con información disponible notifican valores de entre el 20 y el 40%. ■

FIGURA 27
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ANEMIA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SUBREGIÓN, 2012 Y 2016, EN PORCENTAJES



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020



PARTE 2
SEGURIDAD
ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL
PARA LOS
TERRITORIOS MAS
REZAGADOS



SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LOS TERRITORIOS MÁS REZAGADOS

MENSAJES PRINCIPALES

- La información reciente sobre la malnutrición en los países de la región, muestra que uno de cada 5 territorios está muy rezagado, ya sea por retraso del crecimiento o por sobrepeso en niños menores de 5 años.
- Los más altos niveles de rezago por retraso en el crecimiento se encuentran en áreas rurales. En ellas se registran niveles elevados de pobreza, bajos ingresos, baja escolaridad, un mayor grado de informalidad en el empleo, un menor acceso a servicios y una mayor proporción de población indígena y afrodescendiente.
- El sobrepeso parece distribuirse geográficamente de forma más homogénea. No obstante, los territorios más rezagados en este indicador tienden a concentrarse en áreas urbanas, de mayores ingresos, menor pobreza, mayor acceso a servicios y mayor formalidad laboral. Sin embargo, nuevamente los más afectados son los más pobres de esas áreas urbanas.
- A pesar de que algunos determinantes asociados a cada una de las cargas de la malnutrición son distintos, ciertos territorios padecen simultáneamente rezagos tanto por retraso en el crecimiento como por sobrepeso. En general, estas zonas muestran indicadores similares a los observados para el retraso en el crecimiento, es decir, tienden a ser más rurales y a presentar altos niveles de pobreza.
- Más allá de las características socioeconómicas y de contexto que por lo general se asocian a la desnutrición y al sobrepeso, este capítulo muestra que las poblaciones indígenas y afrodescendientes resultan especialmente afectadas y es en ellas en las que se concentra la doble carga de la malnutrición de forma más perniciosa.
- Aunque aún se desconoce la dimensión real del impacto de la pandemia del coronavirus, esta amenaza con acrecentar estas diferencias y las brechas entre territorios rezagados y no rezagados. La pandemia golpea de forma particularmente acentuada a las poblaciones y a los territorios más vulnerables, donde hay un mayor número de empleos informales, los ingresos son menores y los alimentos saludables escasean. Las áreas identificadas como rezagadas, especialmente por desnutrición, serían las más afectadas.
- Superar la grave situación que existe en los territorios rezagados, en especial en los que sufren un alto nivel de rezago, exige que las políticas públicas se focalicen en estos territorios, y en concreto en las poblaciones más vulnerables que los habitan, en particular las indígenas y afrodescendientes, y las mujeres.
- Abordar la problemática de la salud alimentaria y nutricional de los territorios rezagados requiere intervenciones multidimensionales, que aborden de manera integrada las diversas causas de la malnutrición, y que ofrezcan una respuesta coordinada entre diversas dimensiones del desarrollo.

Mientras en América Latina y el Caribe (ALC) existan territorios donde los niveles de malnutrición como mínimo duplican los promedios nacionales, será imposible cumplir las metas de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030.

En todos los países de la región existen lugares donde la severidad de los indicadores relacionados con la nutrición refleja importantes carencias en la infraestructura, los servicios públicos y las oportunidades productivas para la población que los habita. Esta realidad también impide el desarrollo ordenado y sostenible de dichos territorios, y priva al resto del país y del planeta del beneficio y el disfrute de su potencial social, económico, ambiental y cultural.

Este capítulo tiene por objetivo movilizar el compromiso político y la atención pública sobre las personas que viven en lugares con mayores rezagos respecto a los indicadores nacionales de alimentación y nutrición. Para ello, en la primera sección se desarrolla un análisis para determinar cuántos son y donde se encuentran esos territorios, especialmente aquellos que presentan peores las cifras de malnutrición en cada uno de los países. Seguidamente, se señalan algunas de las posibles razones que explican esta realidad. La segunda parte del capítulo proporciona información sobre las políticas y los programas que están, o podrían estar, desarrollando los países para enfrentar dichos rezagos.

Además, se incluye un análisis de cómo la pandemia del COVID-19 del año 2020 afecta de forma particular a las poblaciones que viven en los territorios más rezagados, y qué implicaciones en términos de políticas puede tener en el futuro próximo.

Se espera que los contenidos de este segundo capítulo permitan llamar la atención sobre las

distintas realidades de cada uno de los países, y que faciliten el diseño y la implementación de políticas, programas, espacios de gobernanza, y marcos institucionales y normativos adecuados a las particularidades de las poblaciones y sus territorios. ■

2.1 TERRITORIOS²⁰ REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN RELACIÓN A LA MALNUTRICIÓN

El objetivo de esta sección es evidenciar la gran desigualdad en la distribución geográfica de la malnutrición en los países de la región y mostrar qué territorios se encuentran con mayores niveles de rezago. Por último, se señalan algunas posibles causas que ayudan a explicar esta realidad.

Como es de suponer, abundan las publicaciones cuyo objetivo es identificar las disparidades territoriales en la representación de distintos indicadores socioeconómicos y ambientales (Geppert y Stephan, 2008; Ianoş et al., 2013; Niebuhr y Stiller, 2003; Rodríguez-Pose y Ezcurra, 2010; Salvati et al., 2016), así como a nivel regional

²⁰ En el presente análisis, el concepto de territorio se limita a una unidad administrativa menor que la nacional.

La definición más amplia, que incluye características ambientales y de pertenencia socioeconómica o cultural, se ha descartado por cuestiones prácticas y de limitación de información disponible. En cualquier caso, se considera que el nivel de desagregación de información utilizado cumple con el objetivo principal del documento por visibilizar disparidades a lo interior de los países y la necesidad de diseñar políticas diferenciadas para atender la malnutrición de la población que vive en dichos territorios.

(Berdegué et al., 2015; Cuadrado-Roura y Aroca, 2013; Modrego y Berdegué, 2015). Sin embargo, a diferencia de en estos estudios, el Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe se centra en identificar y en explicar diferencias entre territorios en términos de malnutrición.

Aunque el análisis reconoce que la disponibilidad de información a nivel subnacional comporta limitaciones, permite constatar que todos los países estudiados se enfrentan a desafíos internos para lograr resultados más homogéneos en relación con la alimentación y la nutrición de su población. De igual forma, el análisis muestra una primera dimensión numérica del problema y permite inferir diversas relaciones entre variables nutricionales, socioeconómicas y territoriales.

Para mantener la coherencia con la información del capítulo 1 de esta publicación, hubiera sido deseable, por ejemplo, utilizar indicadores como los de subalimentación o inseguridad alimentaria de la Meta 2.1 del ODS2. Sin embargo, esta información está parcialmente desagregada a nivel subnacional en pocos países, por lo que no permitiría una mirada suficientemente regional del análisis.

Por estas razones, en este análisis se opta por los dos indicadores de malnutrición incluidos en la segunda meta del ODS2 y de los que existe información oficial geográficamente desagregada en un número considerable de países de la región: la prevalencia de retraso en el crecimiento (desnutrición crónica) y el sobrepeso entre niñas y niños menores de 5 años²¹. La ventaja de usar estos indicadores es que están incluidos en los objetivos de un gran número de políticas y programas de la región y, consecuentemente, se han desarrollado distintos instrumentos de monitoreo y de evaluación que les son aplicables. Además, permiten incluir la caracterización de la doble carga de la malnutrición y representan típicamente las situaciones que más se relacionan con los efectos de la malnutrición a largo plazo²². Tal y como se ha señalado en ediciones

²¹ Para mayor información sobre estos indicadores y su evolución véase el capítulo 1 de este documento.

²² Una descripción más detallada del uso de estos indicadores se puede encontrar en <https://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/>. Razones para el uso del retraso en el crecimiento en contraposición a indicadores de emaciación

anteriores de esta publicación, los dos indicadores también pueden relacionarse con los resultados del funcionamiento de los sistemas alimentarios. Por último, se debe aclarar que los territorios se identifican según su rezago con respecto al promedio nacional, no al regional²³.

2.1.1 Cuántos territorios están rezagados

La información obtenida para el retraso en el crecimiento infantil permite realizar estas clasificaciones para 328 territorios en 23 países de ALC²⁴. Utilizando la medida más restrictiva, es decir, clasificando como territorio rezagado a las unidades territoriales donde la desnutrición en niñas y niños menores de 5 años supera en más de una desviación estándar la media del país, el 17% de los territorios se cataloga como rezagado. Si se consideran todos los territorios donde el indicador supera el valor promedio, más del 43% de ellos se consideraría rezagado.

Es decir, existen 55 territorios con alto rezago en el retraso en el crecimiento y 142 territorios rezagados en total por el mismo indicador. Es interesante observar que en los de alto rezago, el promedio de retraso en el crecimiento es del 27,6%, mientras que en los no rezagados, el retraso promedio es del 11,9% (promedio total de los países, 16,5%). Es decir, hay casi 16 puntos porcentuales de diferencia en el retraso en el

pueden ser encontradas en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> y en https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf. Más información al respecto también se puede encontrar en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33680/9789253096084-spa.pdf> y en <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0807-6>.

²³ Como se verá más adelante, se definen dos niveles de rezago: bajo y alto. El rezago bajo corresponderá a aquellos territorios donde la manifestación de la malnutrición sea simplemente superior al promedio nacional, independiente de la magnitud de la diferencia. El rezago alto se utilizará para referirse a aquellos territorios en que el indicador de malnutrición se encuentre más de una desviación estándar por sobre el promedio nacional. Más detalles sobre la metodología ver Anexo 4.

²⁴ Se consideran solo los países para los que se cuenta con información para más de dos territorios, utilizando la información más reciente entre 2005 y 2019. Los datos de Chile corresponden a niños de kínder y los de Costa Rica a niños de 6 a 12 años.

crecimiento entre los territorios con alto rezago y los no rezagados.

Más allá de los promedios de los países considerados, las diferencias son muy marcadas en Belice, Colombia, Guatemala, Guyana Honduras, Panamá y Perú, donde la brecha en los porcentajes de retraso en el crecimiento entre territorios con alto rezago y los no rezagados es superior a la del promedio y se acerca a 48 puntos porcentuales en Panamá y a 34 en Guatemala. A modo de ejemplo, si el 61% de los niños que habitan en los territorios con mayor rezago de Panamá sufre desnutrición crónica, esto solo afecta al 13% de los niños que habitan los territorios sin rezago, lo que denota diferencias acusadas entre las distintas zonas del país.

Para el caso del sobrepeso infantil, la situación es similar, con 311 territorios identificados en 22 países²⁵. Utilizando la medida más estricta de rezago en relación al sobrepeso, el 17% de los territorios se catalogan como rezagados, mientras que con la medida de valor sobre el promedio, el 45% de los territorios están en estas condiciones.

De los 311 territorios con información sobre sobrepeso infantil, 53 sufren un rezago elevado, mientras que 141 presentan al menos un rezago considerado bajo. Sin embargo, en el caso del sobrepeso parecen existir menos diferencias entre territorios, con una dispersión de valores inferior a la que se observa para el retraso en el crecimiento. Por ejemplo, agregando todos los países considerados, los territorios con alto rezago presentan un porcentaje promedio de sobrepeso en menores de 5 años de 13,1%, menos de 7 puntos porcentuales por encima de los territorios no rezagados (6,6%). Para los países en los que esta brecha supera a la del promedio de los países de la región, no supera los 18 puntos porcentuales. Los países con las mayores diferencias promedio entre territorios con alto rezago y sin rezago son Jamaica (17,5), Guyana (14,7), Panamá (14),

²⁵ Se consideran solo los países para los que se cuenta con información para más de dos territorios utilizando la información más reciente entre 2005 y 2019. Para Nicaragua solo se tiene información para retraso en el crecimiento, pero no para sobrepeso en niños menores de 5 años. De ahí la diferencia entre los países y territorios considerados para cada una de las medidas. Los datos de Chile corresponden a niños de kinder, los de Costa Rica a niños de 6 a 12 años y en Ecuador corresponde a niños de 5 a 11 años.

Bolivia (12,7) y Perú (10).

2.1.2. Distribución espacial de los territorios rezagados

En los mapas de las figuras 28 a 39 se puede visualizar la situación de los países de la región. Se debe notar que la comparación directa entre países es inviable, porque aunque en todos ellos existen zonas con rezago, los niveles de retraso en el crecimiento y de sobrepeso, difieren considerablemente entre países. Así, por ejemplo, en un país con bajos índices de malnutrición un territorio rezagado puede presentar un porcentaje promedio de retraso en el crecimiento de 10%, mientras que, en otro, donde estos indicadores sean más altos, para que sea clasificado como rezagado será necesario que más del 30% de los niños de ese territorio sufran dicha condición. En este sentido, el presente documento presenta una mirada de igualdad y justicia territorial al interior de los países a través de indicadores relativos de desarrollo (en este caso, malnutrición) y no fija límites de malnutrición aceptables o deseables para clasificar a los territorios.

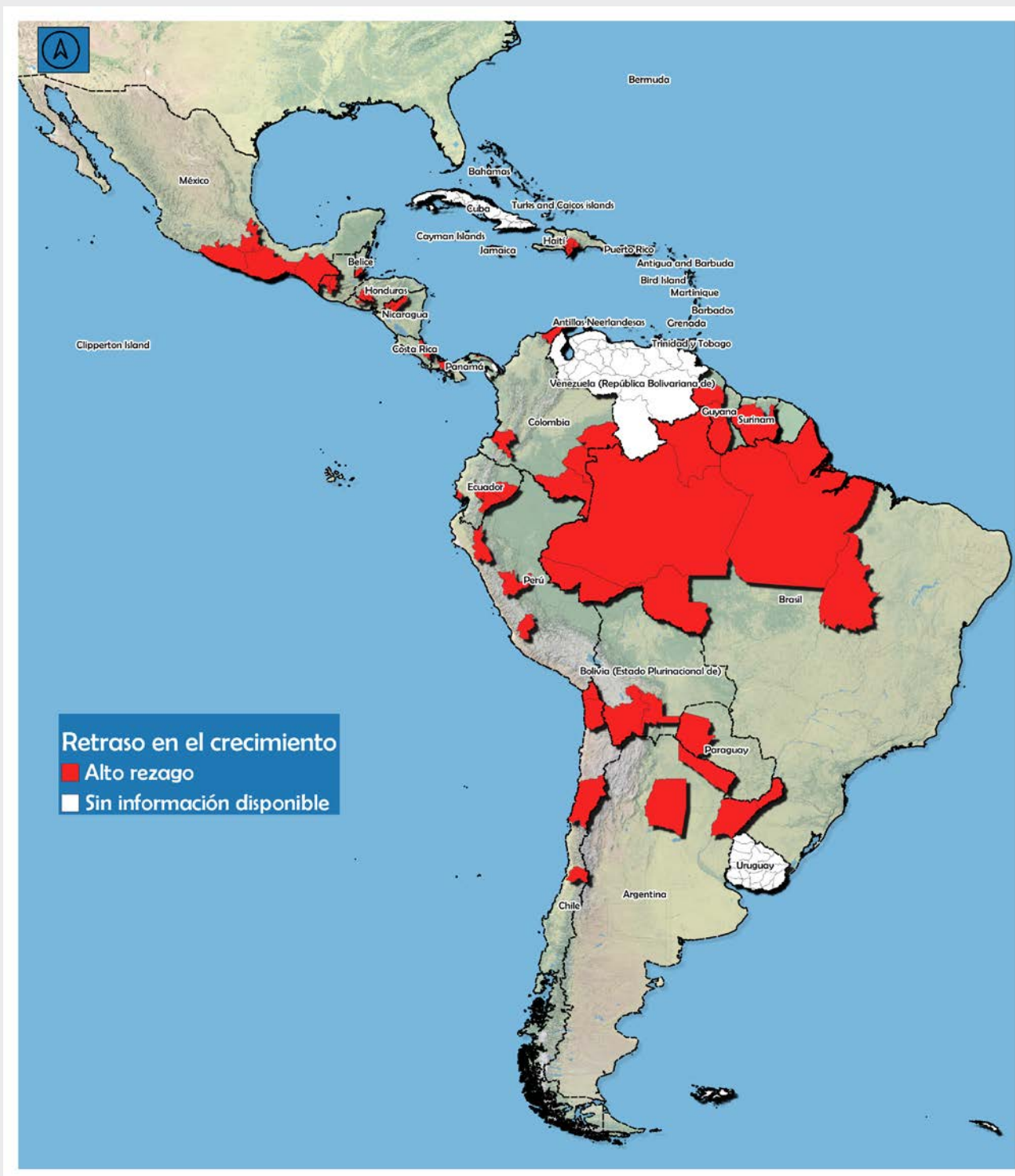
Por tanto, la brecha entre un territorio rezagado y otro que no lo está es específica de cada país y tratar de cerrar dicha brecha puede implicar esfuerzos distintos entre países. Este documento presenta un panorama general de los territorios rezagados y pretende ser un punto de partida en el desafío de adoptar una visión territorialmente equitativa del desarrollo. Sin embargo, el análisis específico para cada país deberá ser desarrollado posteriormente, idealmente a la luz de los resultados que se muestran aquí.

Retraso en el crecimiento infantil

Antes de realizar un análisis más detallado de cada país y de denotar las diferencias en los niveles de rezago por desnutrición crónica, es importante mostrar una visión general de los resultados a escala regional. En la Figura 28, donde se representa la distribución espacial de los territorios con alto rezago por retraso en el crecimiento en toda la región, permite evidenciar que prácticamente en todos los países para los que se cuenta con información existen territorios donde la desnutrición crónica de los menores de 5 años es altamente superior a la del promedio nacional (más de 1 desviación estándar).

FIGURA 28

TERRITORIOS CON ALTO REZAGO PARA RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE²⁶



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. "ARG (ENNyS, 2005), BOL (EDSA, 2016), CHL (JUNAEB "Mapa Nutricional", 2019), COL (ENDS, 2010), ECU (ENSANUT, 2018), PER (ENDES, 2018), CRI (Censo Escolar de Peso-Talla, 2016), GTM (ENSMI, 2015), NIC (ENDESA, 2012), HND (ENDESA, 2012), MEX (ENSANUT, 2012), SLV (ENS, 2014), PAN (ENV, 2008), SUR (MICS, 2018), JAM (JSLC, 2014), HTI (EMMUS, 2017) y GUY (MICS, 2014).

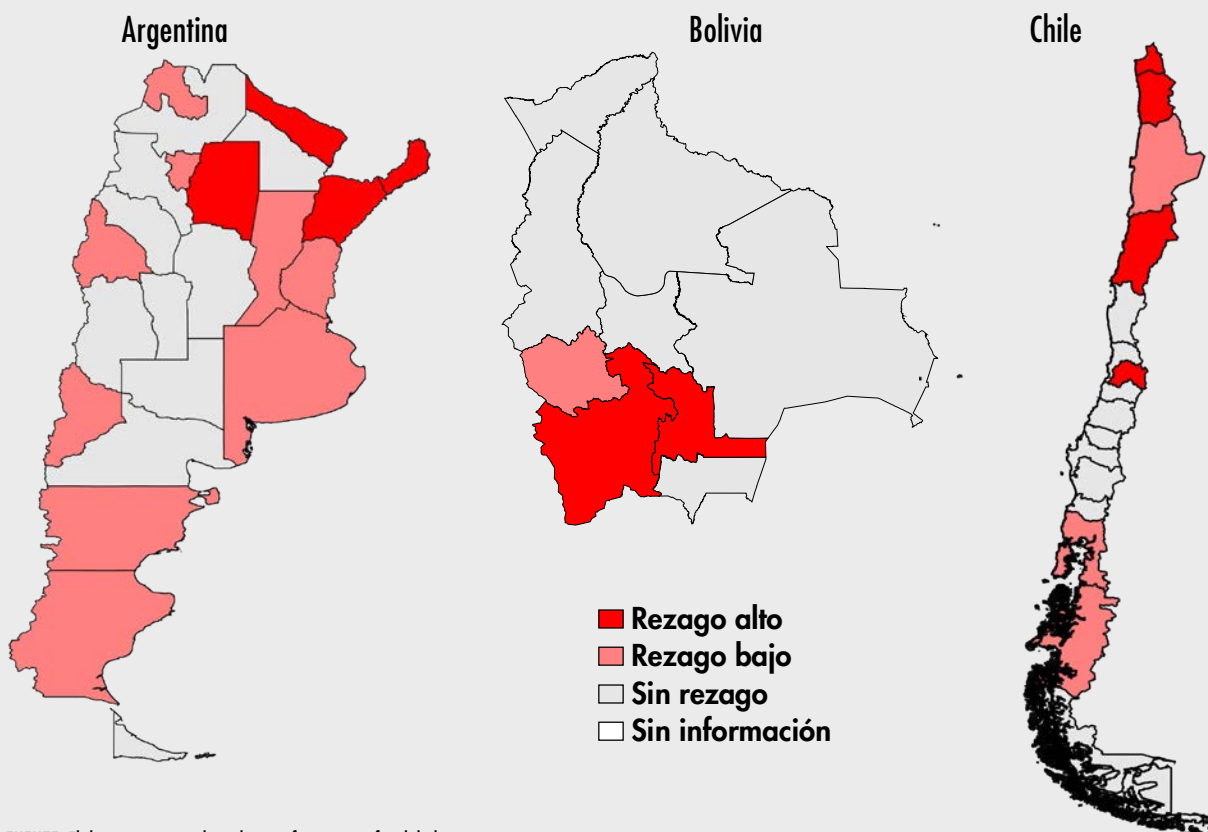
²⁶ Las fronteras mostradas y los nombres y las designaciones empleados en los mapas de esta publicación no implican, por parte de la FAO, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan fronteras aproximadas respecto de las cuales puede que no haya todavía pleno acuerdo.

Sin embargo, pese a esta relativa homogeneidad de los territorios con alto rezago entre los países de la región, también se evidencia una concentración de territorios altamente rezagados por desnutrición en la zona norte de Argentina y de Chile, en el sur de Bolivia (Estado Plurinacional de) y este de Paraguay. En el Amazonas se observa algo similar, con altos rezagos el este de Brasil, en la zona norte de Bolivia (Estado Plurinacional de), el suroeste de Colombia y el oeste de Perú, área que coincide con el asentamiento de diversos pueblos indígenas.

La **Figura 28** es útil para situar el problema en contexto a escala regional. Sin embargo, se pierden de vista las distintas realidades observadas en el interior de cada país, que es precisamente el foco de esta sección.

La **Figura 29** presenta los resultados para tres países del cono sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de) y Chile. Es interesante observar que los territorios con alto nivel de rezago se concentran en la zona norte de Argentina y de Chile, y en el sur de Bolivia. En el caso de Argentina, se trata de Corrientes donde el retraso en el crecimiento alcanza el 9,9%, Formosa (10,3%), Misiones (9,8%) y Santiago del Estero (9,4%). De forma similar, en Chile los territorios más afectados coinciden con la zona norte, en concreto las regiones de Arica y Parinacota (5,6%), Atacama (6,1%), Tarapacá (6,4%), pero también en la región Metropolitana (6,1%), donde además vive alrededor del 40% de la población del país del sur.

FIGURA 29
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN ARGENTINA, BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE) Y CHILE



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. ARG (ENNYS, 2005), BOL (EDSA, 2016) y CHL (JUNAEB "Mapa Nutricional", 2019)

En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), los territorios rezagados se encuentran en las zonas de Chuquisaca y Potosí, donde el retraso en el crecimiento afecta al 26% y al 30% de los niños de esos departamentos.

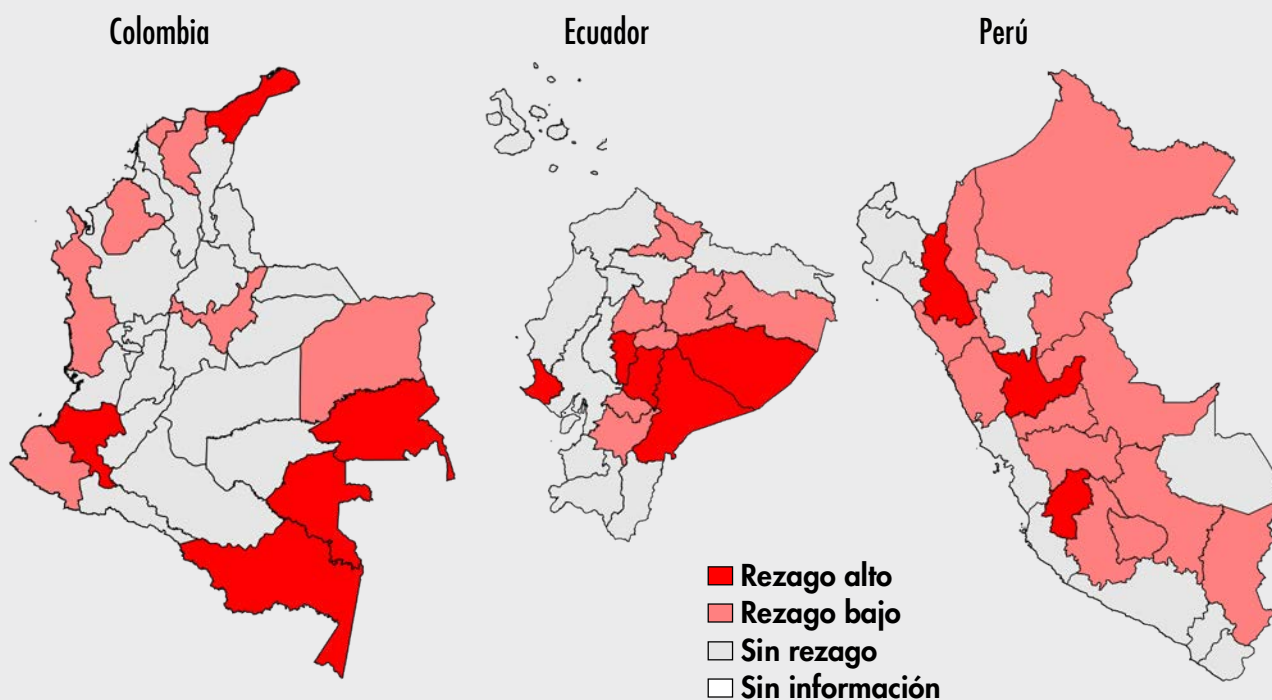
En el caso de Perú (Figura 30), los territorios rezagados se concentran en Cajamarca (28%), Huancavelica (32%) y Huánuco (22%), que están muy por encima del promedio de los territorios del país (14%) y, en particular, de los que no sufren rezago (6,5%), esto es, con niveles de retraso en el crecimiento por debajo del promedio nacional.

Ecuador también presenta unos niveles de elevados en las áreas más rezagadas. Por ejemplo, los porcentajes de Bolívar, Chimborazo, Morona

Santiago, Pastaza y Santa Elena oscilan entre el 34% y el 36%. En el caso de Colombia, son algo inferiores, pero siguen siendo altos, con al menos 1 de cada 5 niños o niñas afectados en las áreas rezagadas. Territorios como el Amazonas, Cauca, Guainía, La Guajira y Vaupés tienen unos niveles de retraso en el crecimiento de entre el 23% y el 35%.

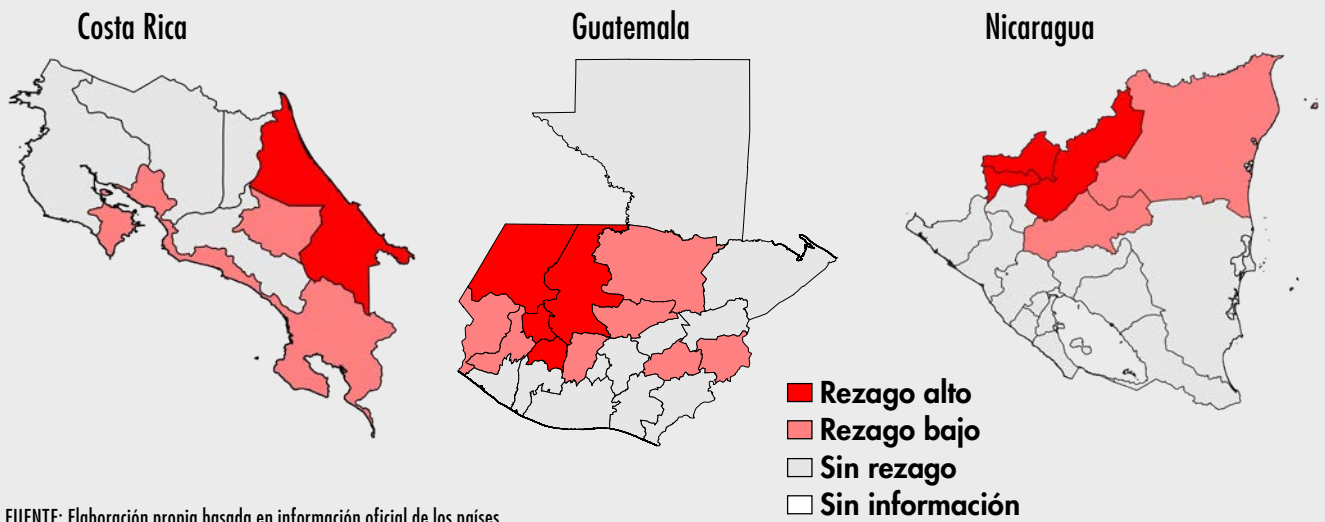
La situación de Costa Rica es completamente distinta (Figura 31). El territorio más rezagado del país es Limón (4,5%), mientras que en Nicaragua, este indicador supera el 27% en Jinotega, Madriz y Nueva Segovia. En Guatemala, el retraso afecta al 66% de los niños en Sololá, al 68% en Huehuetenango, al 69% en Quiché y al 70% en Totonicapán.

FIGURA 30
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ



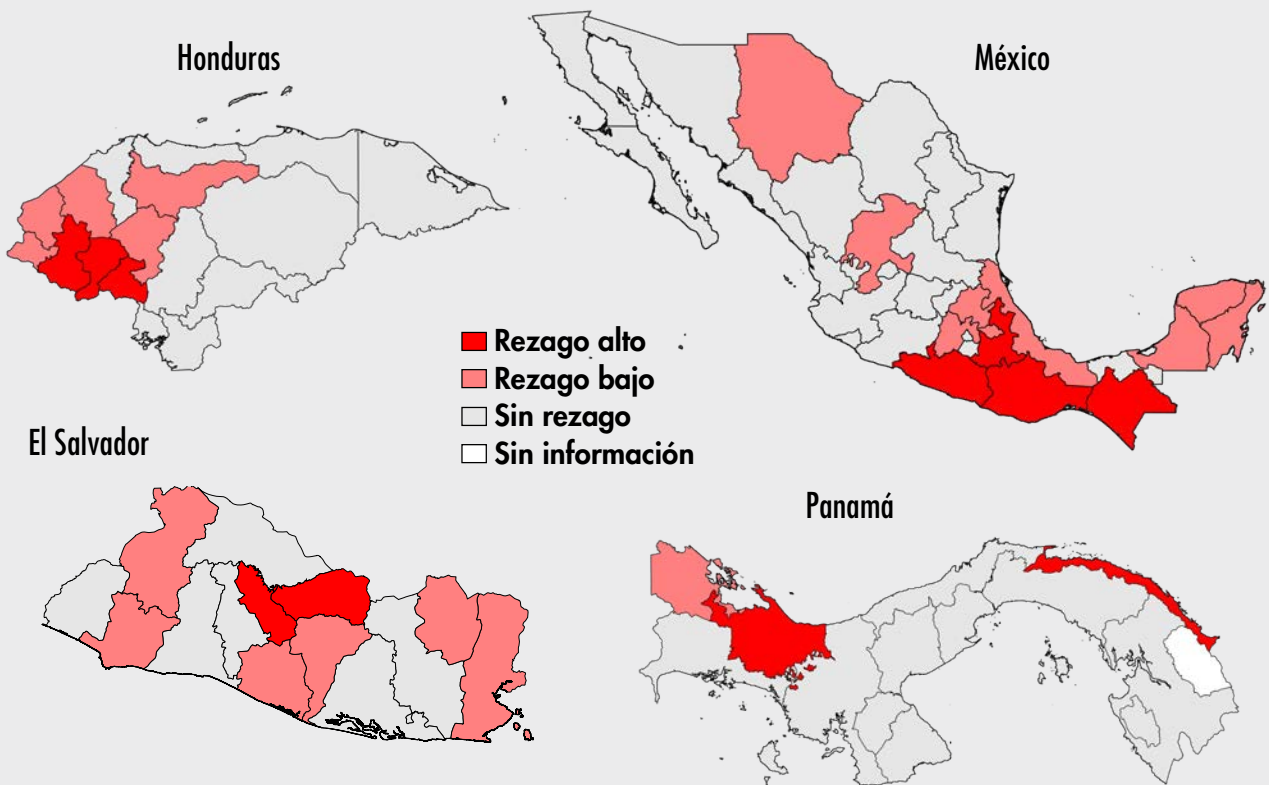
FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. COL (ENDS, 2010), ECU (ENSANUT, 2018) y PER (ENDES, 2018).

FIGURA 31
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN COSTA RICA, GUATEMALA Y NICARAGUA



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. CRI (Censo Escolar de Peso-Talla, 2016), GTM (ENSMI, 2015) y NIC (ENDESA, 2012).

FIGURA 32
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN HONDURAS, MÉXICO, EL SALVADOR Y PANAMÁ



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. HND (ENDESA, 2012), MEX (ENSANUT, 2012), SLV (ENS, 2014) y PAN (ENV, 2008).

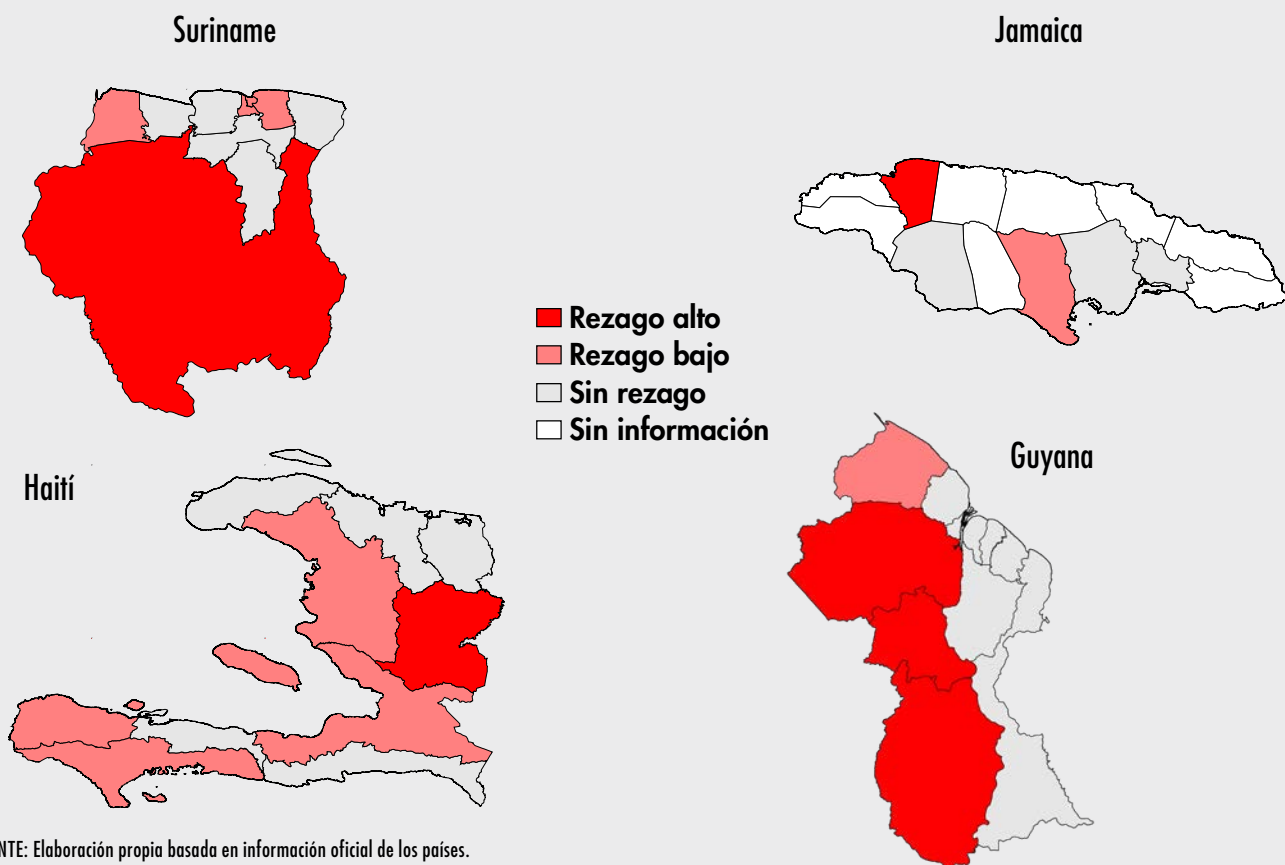
Los territorios rezagados de Honduras se concentran en el límite oeste, donde están Intibucá (48%), La Paz (38%) y Lempira (47%). En el caso de México, las mayores cifras se condensan en el extremo sur del país, en la zona de los estados de Chiapas (31%), Guerrero (24%), Oaxaca (21%) y Puebla (20%). Estos porcentajes están muy por encima del nivel de las áreas sin rezago, que en promedio alcanzan porcentajes de retraso del 8,9%.

En la Figura 32 se muestra la información para El Salvador y Panamá. Si bien los territorios altamente rezagados de El Salvador se asemejan a los de los países con mejores resultados, con

retrasos en el crecimiento del 18% en Cabañas y Cuscatlá, los de Panamá son los más altos de la región. Algunas zonas superan más de 40 puntos porcentuales a los territorios no rezagados de ese país, como el caso de Guna Yala (57%) y Ngabe Bugle (64%).

Por último, las áreas de St. James en Jamaica (15%), la zona central de Haití (30%), el sur de Suriname (16%) y las regiones de la zona oeste de Guyana, donde están Cuyuni-Mazaruni (27%), Potaro-Siparuni (31%) y Upper Takutu-Upper Essequibo (27%), son las de mayor rezago, pese a que sus porcentajes no alcancen los de algunos países, en concreto de los de Centroamérica.

FIGURA 33
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL RETRASO DEL CRECIMIENTO EN SURINAME, JAMAICA, HAITÍ Y GUYANA



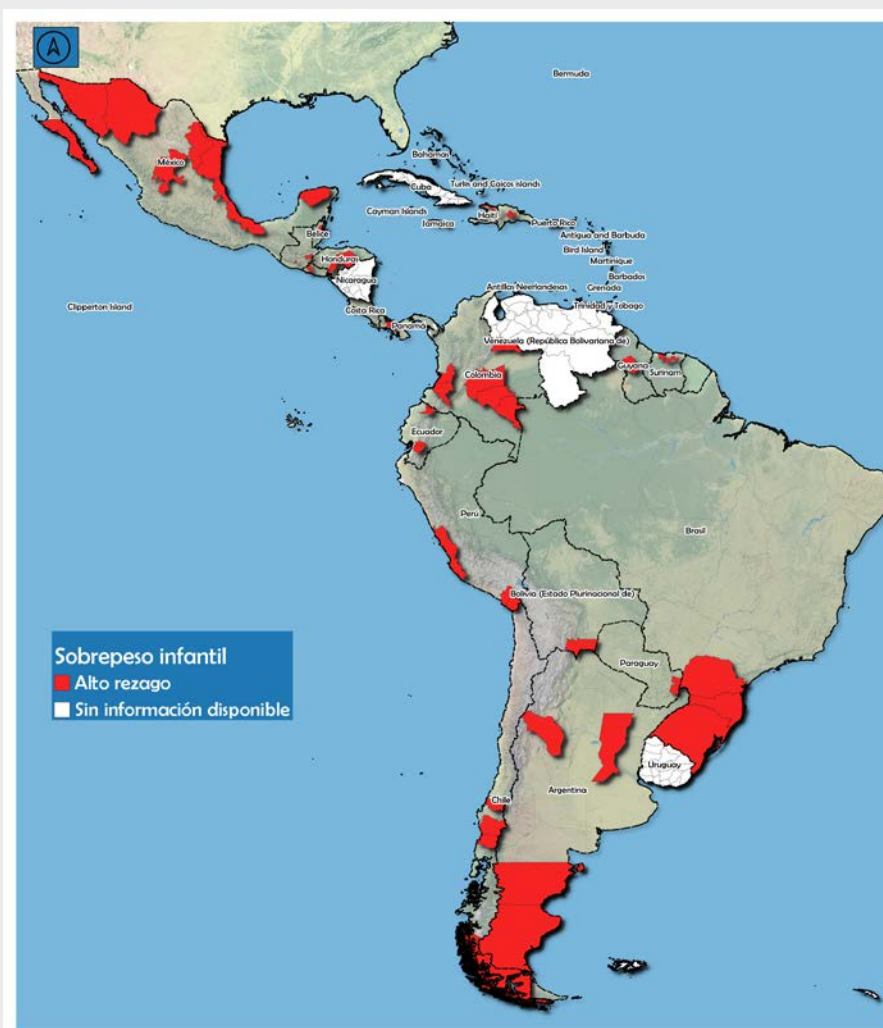
FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. SUR (MICS, 2018), JAM (JSLC, 2014), HTI (EMMUS, 2017) y GUY (MICS, 2014).

Sobrepeso infantil

Como en el caso de la desnutrición crónica, primero es importante aportar una visión global de dónde se encuentran los territorios de la región con alto rezago por sobrepeso. Es interesante observar que la distribución geográfica de los territorios rezagados se modifica al analizar el sobrepeso en los menores de 5 años. Por ejemplo, dichos territorios tienden

a concentrarse más hacia el sur en los países de Argentina y Chile, al suroeste de Brasil y al norte de México. Además, puede apreciarse cómo las grandes ciudades y las capitales de cada país parecen tienden a estar más afectadas, a diferencia de lo que sucede con el retraso en el crecimiento. La Figura 34 muestra la distribución geográfica de los territorios con alto rezago por sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años.

FIGURA 34
TERRITORIOS CON ALTO REZAGO PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. ARG (ENNyS, 2005), BOL (EDSA, 2016), CHL (JUNAEB "Mapa Nutricional", 2019), COL (ENDS, 2010), ECU (ENSANUT, 2018), PER (ENDES, 2018), PRY (MICS, 2016), CRI (Censo Escolar de Peso-Talla, 2016), GTM (ENSMI, 2015), SLV (ENS, 2014), HND (ENDESA, 2012), MEX (ENSANUT, 2012), PAN (ENV, 2008), JAM (JSLC, 2014), GUY (MICS, 2014), SUR (MICS, 2018) y HTI (EMMUS, 2017).

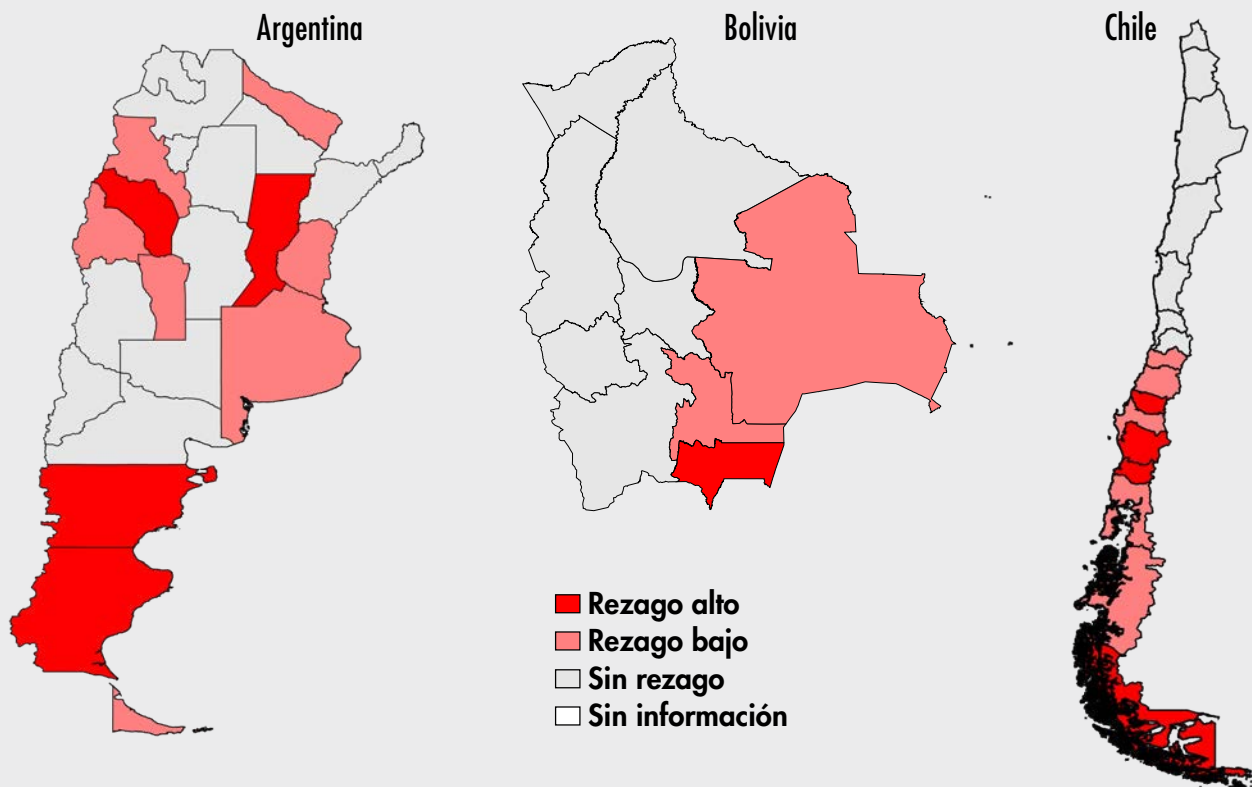
Un nivel de detalle mayor evidencia que, como ya se mencionó, en el caso de Chile los territorios rezagados se concentran en el sur de la capital, en concreto en las regiones de La Araucanía, Los Ríos, Magallanes y Ñuble, donde la prevalencia del sobrepeso está cerca del 19%.

Al igual que en Chile, en Argentina la prevalencia del sobrepeso es más alta en los estados del sur y en algunos situados más hacia el centro del país, pero no en el norte. Así, los territorios de Chubut (12,3%), La Rioja (13%), Santa Cruz (13%) y Santa Fe (13%) son los de

mayor rezago. Sin embargo, en Bolivia (Estado Plurinacional de) los territorios rezagados en términos del sobrepeso coinciden con los observados en retraso del crecimiento, con áreas como Tarija, que es la más afectada, con una prevalencia de sobrepeso del 20% (ver Figura 35).

En el caso de Perú, los territorios rezagados por sobrepeso se concentran en la costa del país, donde áreas como Callao, Ica, Lima, Moquehua y Tacna son las más afectadas. En esta zona, el sobrepeso alcanza prevalencias de entre 12,5% y 16%, y Moquehua es la zona más afectada.

FIGURA 35
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA, BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE) Y CHILE

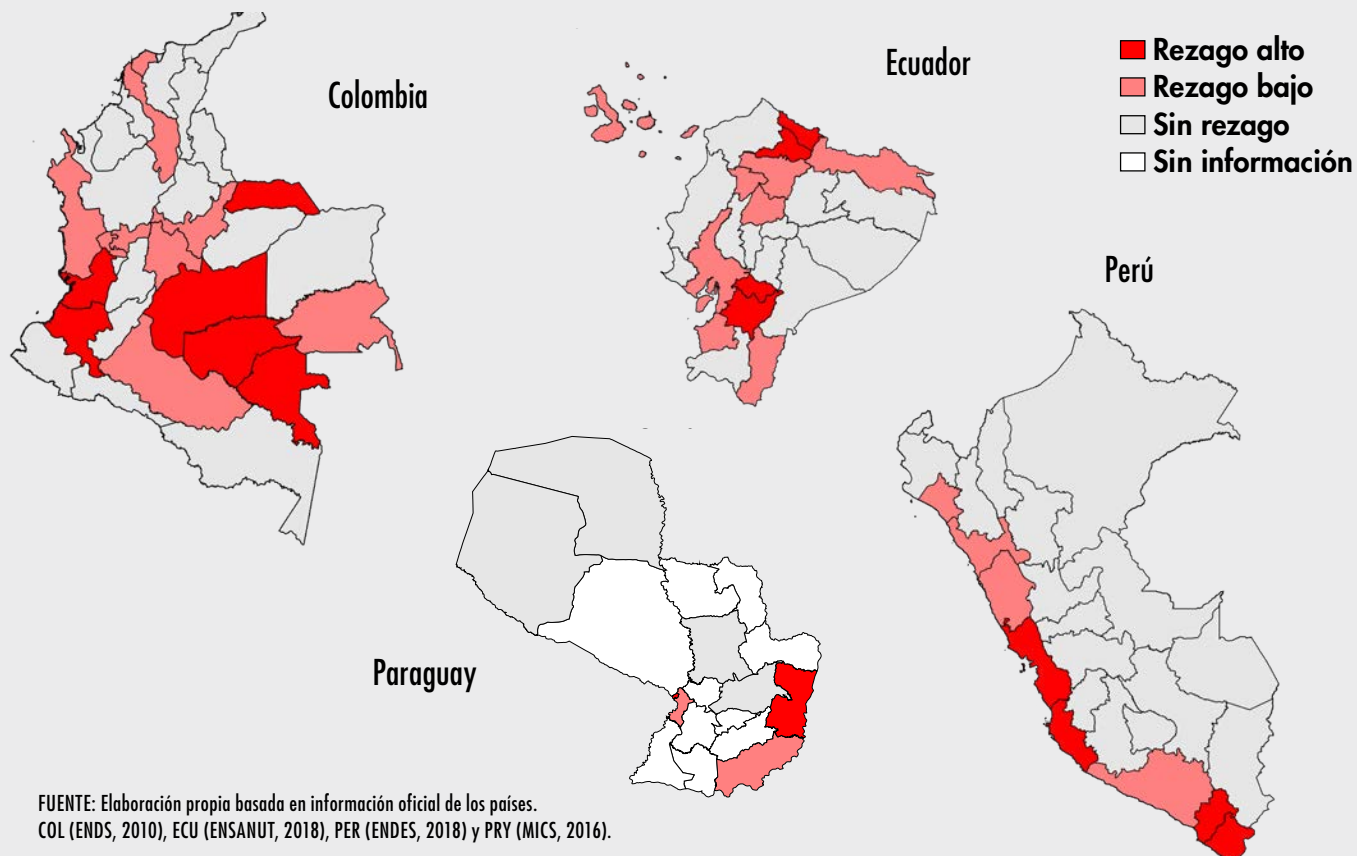


FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. ARG (ENNyS, 2005), BOL (EDSA, 2016) y CHL (JUNAEB "Mapa Nutricional", 2019).

Por su parte, en Colombia los territorios con mayores prevalencias de sobrepeso en menores de 5 años son los de Arauca, Cauca, Guaviare, Meta, San Andrés y Providencia, Valle y Vaupés. Sin embargo, dicha prevalencia es menor a la de los países mencionados, con porcentajes de entre 6,3% y 8,1%. Sin embargo, llama la atención la localidad de Vaupés, que sufre simultáneamente rezago en sobrepeso y en retraso en el crecimiento y que además es la zona

con la mayor prevalencia de sobrepeso. En el caso de Ecuador, las áreas de mayor rezago son Azuay, Carchi, Cañar y Imbabura, con prevalencias de sobrepeso que superan el 23% en todos los casos. Esto significa que al menos 1 de cada 5 niños tiene sobrepeso en dichas áreas. En el caso de Paraguay, los territorios rezagados presentan prevalencias superiores al 15% en las zonas de Alto Paraná y Asunción.

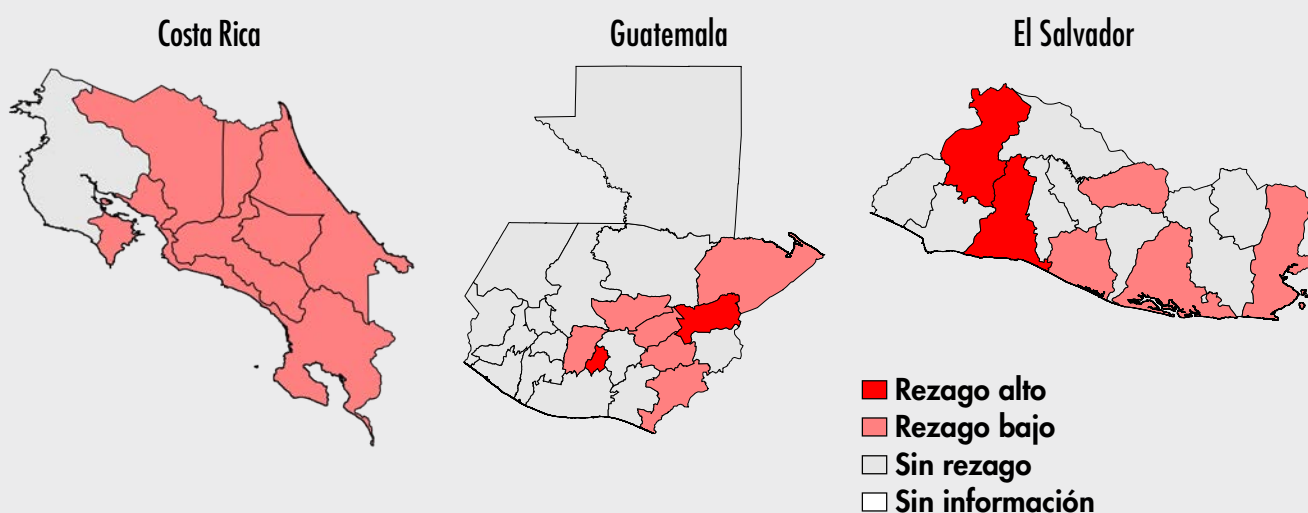
FIGURA 36
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN COLOMBIA, ECUADOR, PARAGUAY Y PERÚ



Territorios como Sacatepéquez y Zacapa, en Guatemala, y La Libertad y Santa Ana, en El Salvador, se encuentran también entre las áreas rezagadas de sus respectivos países. En el caso de Guatemala, las prevalencias de dichos territorios superan en 8% el sobrepeso, situación similar a la observada en La Libertad en El Salvador (8,7%) y

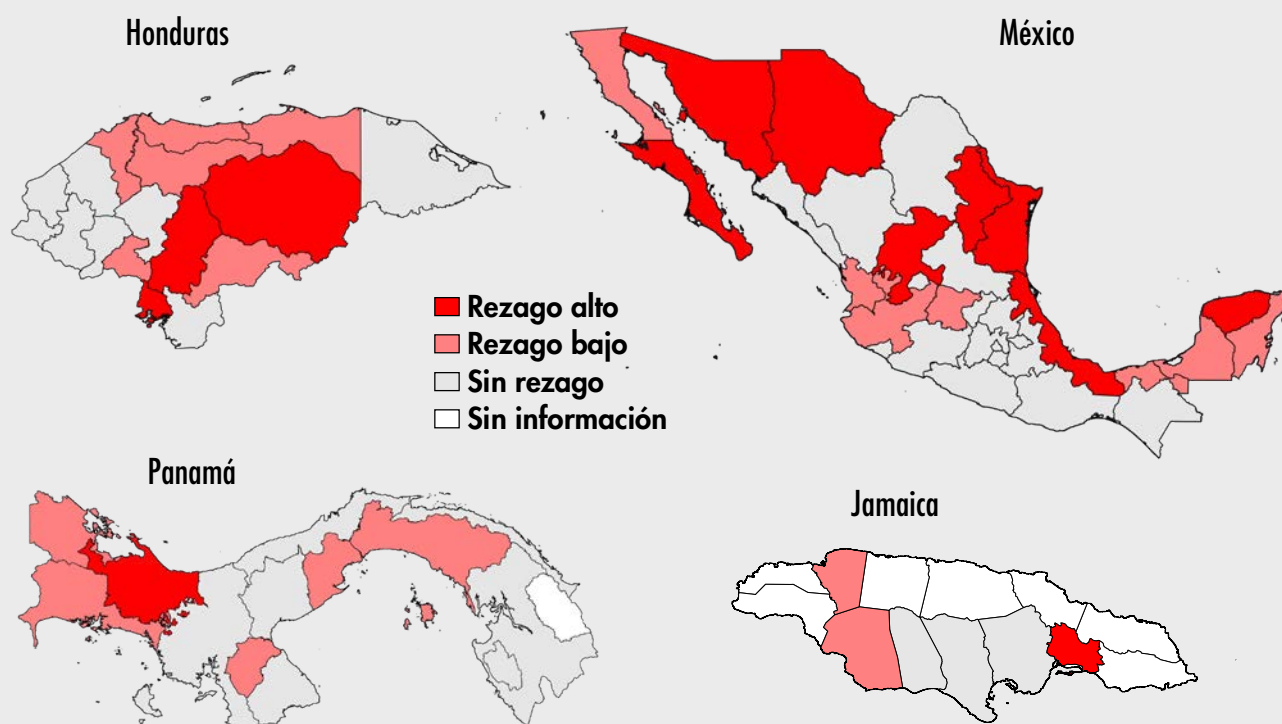
algo inferior a lo observado en Santa Ana (10,2%), en el mismo país. Llama la atención el caso de Costa Rica, donde no hay ningún territorio que esté marcadamente por encima de los demás en términos de prevalencia en sobrepeso de menores de 5 años.

FIGURA 37
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN GUATEMALA, COSTA RICA, Y EL SALVADOR



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. CRI (Censo Escolar de Peso-Talla, 2016), GTM (ENSMI, 2015) y SLV (ENS, 2014).

FIGURA 38
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN HONDURAS, MÉXICO, PANAMÁ Y JAMAICA



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países. HND (ENDESA, 2012), MEX (ENSANUT, 2012), PAN (ENV, 2008) y JAM (JSLC, 2014).

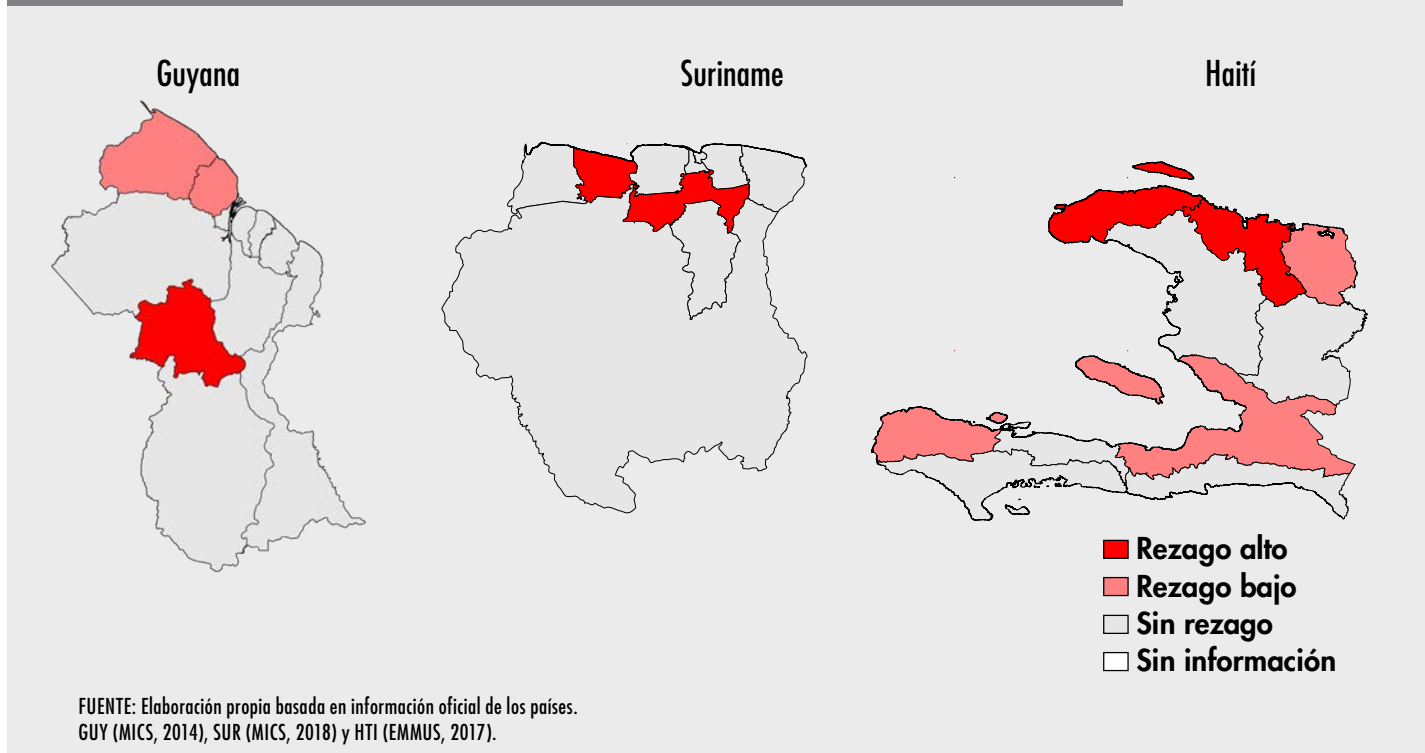
Algo similar a lo que se ha identificado en Paraguay y en algunos países de Centroamérica se observa en Honduras, Jamaica y Panamá, donde existen unos pocos territorios considerados rezagados. En el caso de Jamaica esto solo afecta a Saint Andrew, con niveles de sobrepeso de 23%, similar a lo que sucede en Panamá con Ngabe Bugle (otro territorio que aparece como rezagado tanto en sobrepeso como en retraso en el crecimiento), donde este indicador está levemente por debajo de 19%. Finalmente, en Honduras el sobrepeso en menores de 5 años

afecta de forma más intensa a los sectores de Francisco Morazá, Olancho y Valle, pero con incidencias bajas comparadas con el resto de la región (todas por debajo de 7%). En el caso de México, los territorios con rezagos más altos se concentran en el extremo norte del país, en los estados de Sonora (13,5%), Chihuahua (13,1%) y Baja California (11,2% y 13,2% en la parte sur), y en la costa atlántica, en especial en la zona que se extiende entre Nuevo León (15,5%) y Yucatán (13,5%).

Por último, la Figura 39 muestra los resultados de Guyana, Haití y Suriname. En estos casos, las mayores incidencias y, por tanto, los territorios rezagados tienden a concentrarse en las zonas

norte de cada país. En el caso de Haití, los territorios rezagados son las regiones norte (Nord) y norponiente (Nord-Ouest), ambos con incidencias de solo un 4,5%.

FIGURA 39
TERRITORIOS REZAGADOS PARA EL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS EN GUYANA, SURINAME Y HAITÍ



En Suriname, la incidencia promedio de las áreas rezagadas sobrepasa el 11%, con Coronie (12,9%) y Para (10%) como áreas de mayor rezago. En Guyana hay un área rezagada, pero su prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años roza el 19%. Es la zona de Potaro-Siparuni, que también sufre una alta prevalencia de retraso en el crecimiento.

Es importante notar que si bien, las áreas con mayores niveles de sobrepeso y de retraso del crecimiento tienden a diferir en el interior de los países, no siempre es el caso. En estas páginas se han mostrado varios ejemplos de

zonas donde ambas problemáticas coexisten y afectan fuertemente a los habitantes de determinadas zonas de los países. Son los casos de Potaro-Siparuni en Guyana, Ngabe Bugle en Panamá y Vaupés en Colombia, pero también de varios ejemplos en toda la región que actualmente muestran rezagos bajos en ambos indicadores.

2.1.3. Qué explica la existencia de territorios rezagados en relación a la malnutrición

Las diferencias constituyen una característica propia –y en la mayoría de los casos, valiosa– de los territorios. Pero las inequidades en el acceso a las oportunidades y a los bienes públicos que los estados deben garantizar a los ciudadanos deberían ser independientes del territorio en el que una persona haya nacido, haya elegido vivir o haya inmigrado obligada por sus circunstancias.

Existe una amplia evidencia sobre las principales causas asociadas a la malnutrición. Por lo general, los territorios más rezagados no han sido partícipes de las políticas ni de las inversiones necesarias para enfrentar tales causas.

Las dificultades relacionadas con el nivel de ingresos, el acceso a la educación y a los servicios de salud, la disponibilidad y la calidad del empleo o la prevalencia del embarazo adolescente, entre otras circunstancias, están asociadas en gran medida a altos niveles de malnutrición (Aheto et al., 2015; Masibo, 2013; Pravana et al., 2017; Tette et al., 2016).

De forma similar, el acceso limitado al agua potable y otros factores de higiene como los servicios sanitarios suelen guardar relación con mayores niveles de malnutrición, en especial en las áreas rurales y aisladas de países en desarrollo (Aheto et al., 2015; Tasnim, 2018). Además, una mala educación nutricional y las prácticas de alimentación deficientes de los menores, en especial durante los primeros años de vida, también deben considerarse factores asociados a la baja diversidad y calidad de las dietas (Ijarotimi, 2013).

Los gobiernos, los organismos científicos y académicos, y la comunidad internacional en general han desarrollado numerosas políticas y estrategias, programas y propuestas metodológicas para enfrentar la malnutrición. Aun así, hay que reconocer que el ámbito en el que mayor evidencia y resultados favorables existen hasta la fecha es el de la lucha contra la desnutrición y la carencia de micronutrientes.

Por ejemplo, (UNICEF, 2015) reconoce que los determinantes de la malnutrición en niñas y

niños son multifactoriales, y los relaciona con una serie de elementos inmediatos, básicos y subyacentes. Tomando como ejemplo las recomendaciones del Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008) o diversas publicaciones más recientes de la FAO (Campos et al., 2018; FAO, 2017a; FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020) se propone mejorar las condiciones de vida cotidianas, lo que incluye la equidad para las madres, los niños y las niñas durante sus primeros años de vida, entornos saludables, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, y el acceso a la salud universal. El informe también incluye recomendaciones para enfrentar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

En los últimos años ha aumentado significativamente el interés por vincular la nutrición y el funcionamiento de los sistemas alimentarios. Numerosos estudios y propuestas de política encuentran las razones de los resultados nutricionales en las características y las dinámicas que definen la transformación de los actuales sistemas alimentarios (FAO, OPS, UNICEF y WFP, 2019; HLPE, 2017; HLPE, 2020).

Estos y otros modelos conceptuales, recomendaciones y compromisos internacionales explican las razones de las diferentes formas de malnutrición. Sin embargo, su utilización en los territorios presenta diversos e importantes desafíos.

Aunque los determinantes sociales de la salud deben ser comunes a todas las formas de malnutrición, el peso de unos sobre otros para explicar el retraso en el crecimiento o el sobrepeso infantil puede ser distinto según los territorios y su nivel de rezago. Es decir, las características propias de los territorios pueden condicionar qué determinantes son más relevantes para explicar una u otra forma de malnutrición.

Por ejemplo, para una familia de bajos ingresos que vive en un área urbana, el acceso físico a alimentos nutritivos puede ser determinante para explicar eventuales casos de desnutrición, o incluso de sobrepeso. En cambio, para una

familia también de bajos ingresos que vive junto en un medio rural, el acceso físico a alimentos nutritivos y diversos no será tan determinante, porque puede acceder más fácilmente a árboles frutales, hortalizas y legumbres de huertos caseros o a pescado de un río cercano o del mar.

Otro desafío estrechamente relacionado con el anterior es que el retraso en el crecimiento o del sobrepeso infantil son, en parte, resultado del funcionamiento de los sistemas alimentarios. En este sentido, la forma en que se desarrollan y en que se interrelacionan los elementos que conforman los sistemas alimentarios puede variar según las particularidades de los territorios y la relación que estos mantienen con los actores y las dinámicas de nivel nacional y global. Igualmente, la existencia de retraso en el crecimiento en edades tempranas puede convertirse en un factor de riesgo importante para el desarrollo de sobrepeso a edades más avanzadas.

Adicionalmente, y si bien este capítulo no ahonda en este tema en particular, es importante mencionar que tanto la intensidad de estos problemas como su localización geográfica puede verse afectada y modificada como consecuencia de factores medioambientales y por los efectos específicos del cambio climático, que tiene impactos más acusados en las áreas del planeta más afectadas por la malnutrición (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

Finalmente, hay al menos dos elementos de carácter más práctico que deben tenerse en cuenta para considerar los determinantes de la malnutrición en los territorios.

El primero de ellos es fundamentalmente técnico y analítico. La información relacionada con las causas y los determinantes de la malnutrición señalados no suele estar disponible a una escala territorial adecuada. Por esa razón, por lo general no queda más remedio que utilizar la información disponible para territorios que pueden ser demasiado “grandes”. Este nivel de agregación necesariamente oculta otros rezagos que impiden mostrar la realidad de los sectores más empobrecidos y afectados por la desnutrición o el sobrepeso al interior de cada una de estas unidades de medida. Esto hace que algunas

asociaciones entre las variables queden ocultas, y en algunos casos puede impedir identificar asociaciones que existen en los territorios. Por otra parte, este nivel de agregación impide identificar correctamente a las áreas más afectadas y, por ende, dificulta informar las políticas para que estas actúen de forma focalizada, más pertinente y, quizás más rápida y eficientemente, en particular en las ciudades y entre áreas de mayores o menores ingresos al interior de las mismas.

En términos de políticas, también es preciso reconocer las dificultades intrínsecas que representa el funcionamiento de muchos de los estados de la región para organizar de forma eficiente la función pública bajo las distintas características de los territorios. Llegar a las poblaciones que viven en territorios especialmente lejanos y de difícil de acceso es complejo, pero también es crítica la dificultad y la voluntad de coordinación entre administraciones de distintos niveles, así como con las autoridades locales formales, informales y tradicionales. Otra dificultad es la coordinación con los propios mecanismos administrativos sectoriales y centrales que no facilitan la flexibilidad necesaria para implementar políticas acordes a la realidad territorial (véase la sección 2.2 de este capítulo para más detalles).

Principales determinantes de la malnutrición en territorios rezagados

La falta de ingresos (pobreza) para poder acceder a alimentos saludables se cita recurrentemente como uno de los determinantes más importantes para explicar la existencia de territorios rezagados en relación a la malnutrición.

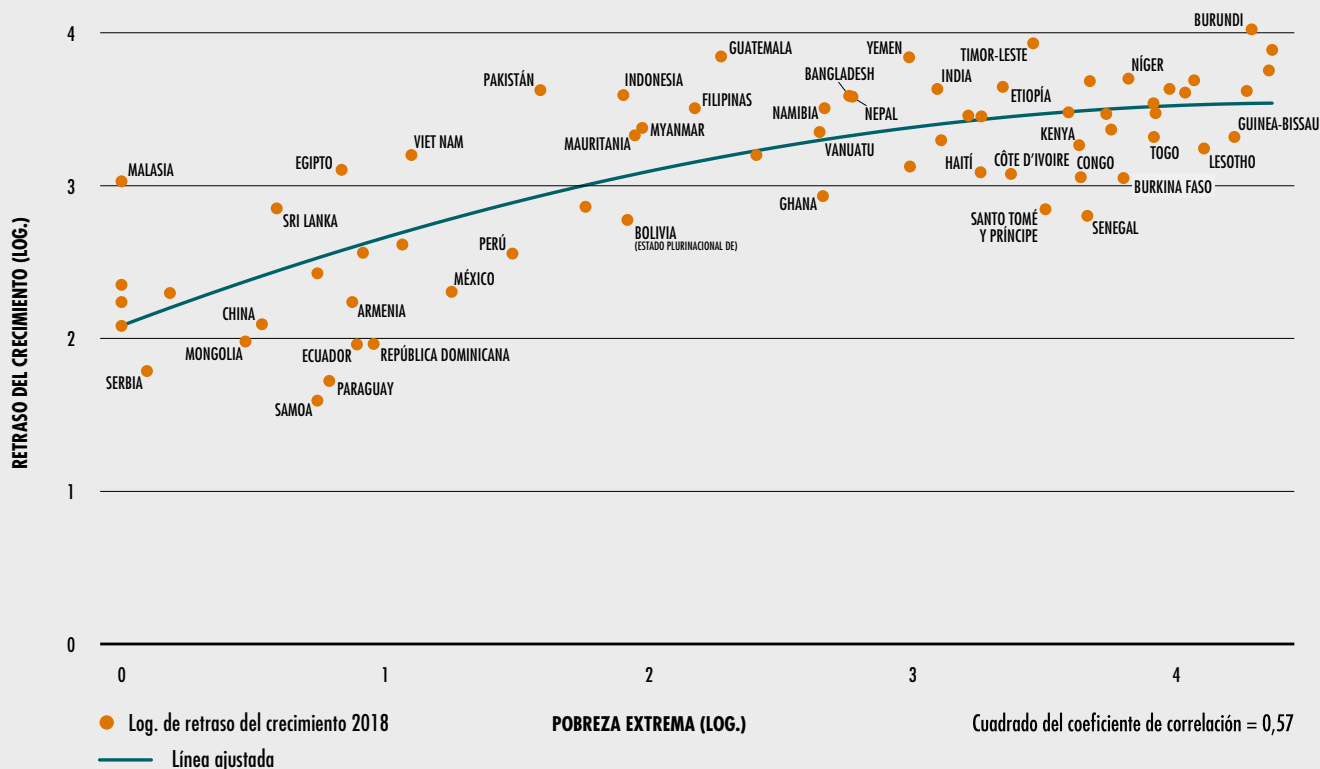
Así, aunque el retraso en el crecimiento y la pobreza extrema no son exactamente lo mismo, resultan ser las dos caras de una misma moneda (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019). A modo de ejemplo, la Figura 40 muestra la relación entre los indicadores de retraso en el crecimiento y de pobreza extrema, y denota una alta correlación entre los indicadores. De hecho, tal y como se muestra en la figura, los niveles de pobreza extrema explican más de la mitad de la variación en los niveles de retraso del crecimiento a nivel mundial.

Si se focaliza el análisis en las causas de estos resultados, es posible señalar que, desde un punto de vista económico, los bajos ingresos, la falta de empleo y el empleo precario, así como

la vulnerabilidad a shocks transitorios, están entre los principales detonantes de la existencia de altos niveles de malnutrición en general y de desnutrición crónica en particular.

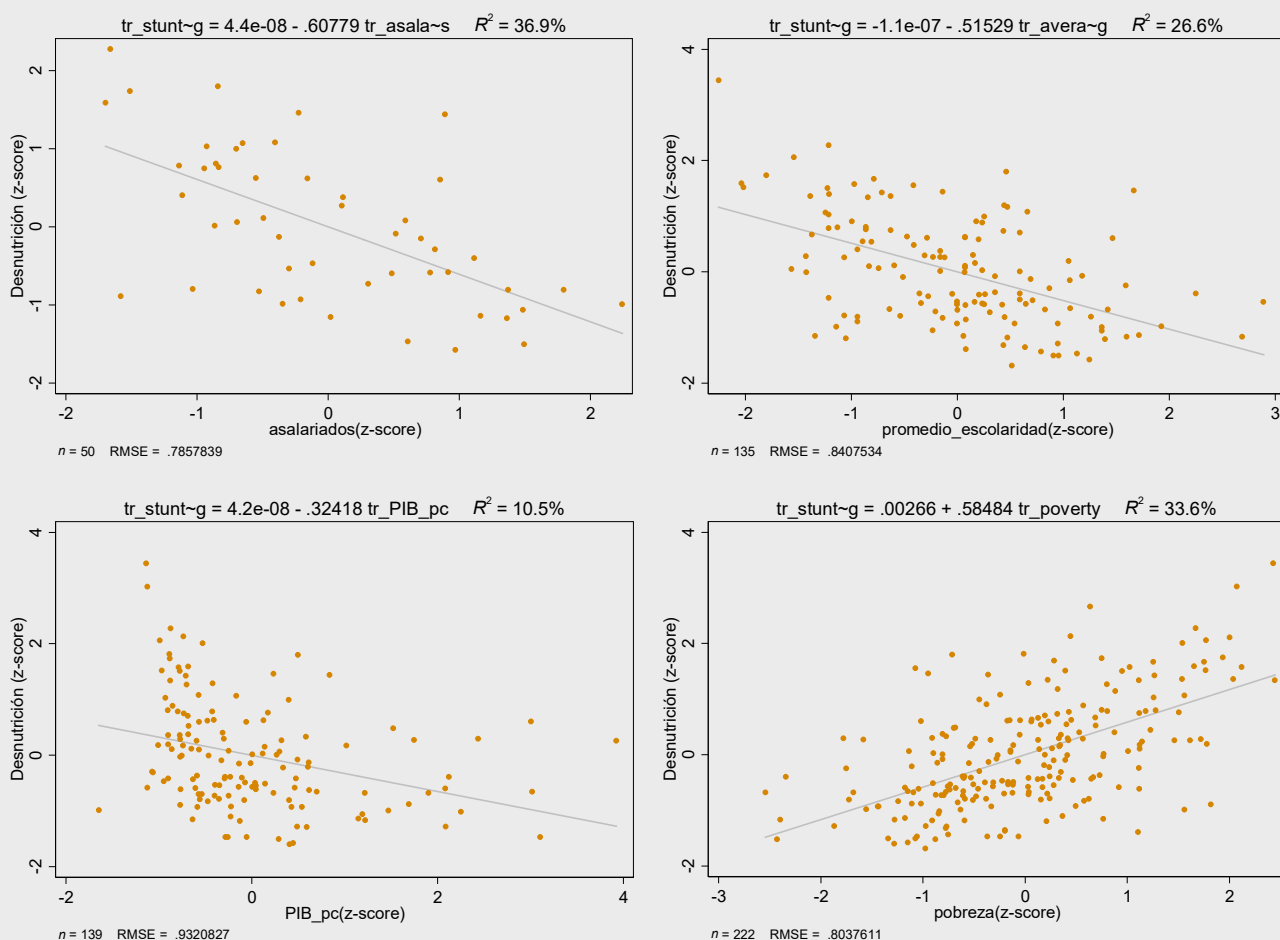
FIGURA 40
CORRELACIÓN ENTRE RETRASO DEL CRECIMIENTO Y LA POBREZA EXTREMA A NIVEL MUNDIAL

B) RELACIÓN ENTRE POBREZA EXTREMA Y PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO



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

FIGURA 41
FACTORES ECONÓMICOS Y DEL MERCADO LABORAL ASOCIADOS AL RETRASO DEL
CRECIMIENTO (CORRELACIONES)



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

En cuanto a las variables que indican niveles de desarrollo económico y que explican los rezagos en materia de desnutrición en el interior de ALC, en la Figura 41 se muestra la correlación entre el nivel de retraso en el crecimiento y el porcentaje de trabajadores asalariados en la economía (como una variable que asemeja la formalidad del empleo), la escolaridad promedio, el nivel de ingresos per cápita y la pobreza.

Como era de esperar, el retraso en el crecimiento es mayor en los territorios donde la pobreza es más alta y el nivel de ingresos, más bajo. Así, la primera variable (pobreza) explica por sí sola más del 33% de la variación en los niveles de retraso en el crecimiento, mientras que un incremento en los niveles de ingresos per cápita (medido a través del producto interno bruto per cápita [PIBpc]) se correlaciona negativamente con el

retraso en el crecimiento y explica un 10,5% del total de la variación de dicha variable.

Los niveles de escolaridad también presentan una relación negativa con el retraso en el crecimiento, de lo que se deduce que un incremento en los niveles de escolaridad se asocia con su reducción. Esto tiene sentido, ya que un incremento en los niveles educativos por lo general se acompaña de un incremento en los niveles de ingresos de la población y de una mejora en el consumo de alimentos.

De forma similar, la Figura 41 muestra que el porcentaje de trabajadores asalariados en la economía local pueden tener un efecto positivo para reducir los niveles de retraso en el crecimiento. La explicación para esta asociación se encuentra en los niveles de formalidad

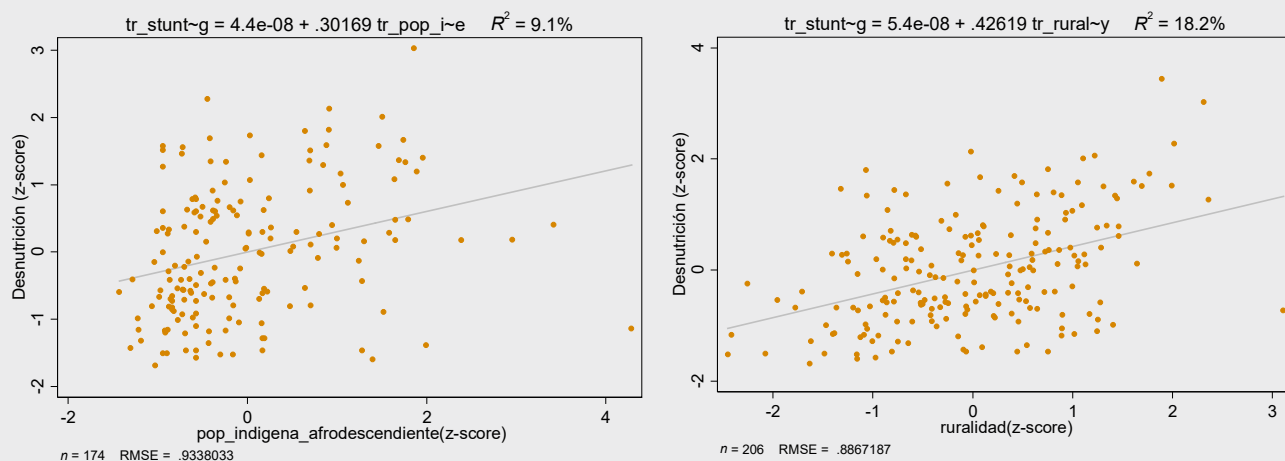
y de seguridad social, que por lo general significan contar con un trabajo asalariado, en contraposición a economías con altos niveles de informalidad. De hecho, si la correlación entre retraso en el crecimiento y el porcentaje de trabajadores asalariados es de -60% , la correlación entre dicho indicador y el porcentaje de trabajadores por cuenta propia es 59% , casi el mismo valor, pero de signo contrario.

No obstante, la existencia de territorios rezagados no solo se explica por las características asociadas al desarrollo económico. Variables como el acceso al agua, la ruralidad y la proporción de población indígena pueden tener una asociación importante con los niveles de desnutrición observados en

los territorios la región. La Figura 42 muestra esta asociación para el porcentaje de población indígena y afrodescendiente y para los niveles de ruralidad.

En líneas generales ambas variables se comportan de forma similar, mostrando una asociación positiva con el retraso en el crecimiento y con niveles de asociación similares. El porcentaje de población indígena y afrodescendiente explicaría cerca del 9% de la variación total del retraso del crecimiento en las primeras unidades territoriales subnacionales, mientras que los niveles de ruralidad explican cerca del 20% del total de la variación.

FIGURA 42
¿HAY MAYORES REZAGOS EN ÁREAS RURALES Y HABITADAS POR PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES?



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

Un análisis más agregado de los territorios en función de su nivel de rezago muestra que las regiones con rezago alto en retraso del crecimiento tienden a presentar menores densidades poblacionales, menor escolaridad promedio y un porcentaje menor de población

con estudios superiores (ver Cuadro 5). En particular, la densidad poblacional de los territorios con alto rezago es casi un 80% inferior a la que de los territorios sin rezago. Igualmente, la escolaridad promedio no alcanza los 8 años en las áreas rezagadas, lo que es más de un año

inferior respecto a lo que sucede en territorios no rezagados. En la misma línea, solo un 11% de la población de los territorios rezagados cuenta con estudios universitarios, mientras que en las áreas sin rezagos dicha porcentaje alcanza un promedio del 16%.

De igual forma, la participación laboral de trabajadores por cuenta propia es mayor en los territorios rezagados, que alcanza el 43% (probablemente relacionado con la informalidad del empleo) y menores niveles de empleo asalariado (47% frente a 55%).

Por otra parte, en cuanto a la relación con variables de contexto, en estos territorios solo un 66% de la población tiene acceso a agua potable (casi 15 puntos porcentuales menos que en áreas no rezagadas) y más de la mitad de su población vive con necesidades básicas insatisfechas, un porcentaje que es inferior al 30% en los territorios no rezagados. De igual forma, en estas zonas hay menos médicos por habitante y un número menor de centros de salud. La desigualdad, medida a través del coeficiente de Gini, es ligeramente más alta en estos territorios, y alcanza un 0,5, a diferencia de 0,4 en áreas no rezagadas.

CUADRO 5 INDICADORES ASOCIADOS AL REZAGO POR RETRASO DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Indicador	Sin rezago	Bajo rezago	Alto rezago
Densidad poblacional (habitantes por km ²)	427.4	85.6	97
Ruralidad (%)	25.5	34.5	43.3
Edad promedio (años)	30.4	29.4	28.3
Producto interno bruto per cápita (US\$ 2019)	8,174	8,124	5,982
Pobreza (%)	29.2	42	52.2
Pobreza extrema (%)	9.3	14.4	21.2
Escolaridad promedio (años)	9	8.4	7.8
Población con educación superior (%)	16	13.5	11.1
Participación laboral (%)	58.5	60.2	58.9
Desempleo (%)	5.4	4.7	3.8
Participación femenina en mercado laboral (%)	39.3	38.7	37.1
Trabajadores asalariados (%)	55.5	42.6	46.9
Trabajadores por cuenta propia (%)	31.3	37.8	42.9
Trabajadores agrícolas (%)	11.6	10.9	20.3
Población indígena y afrodescendiente (%)	12.5	19.6	33.9
Población con acceso a agua potable (%)	79.3	75.6	65.5
Centros de salud disponibles por habitante (número)	232.6	243.5	226.4
Población con necesidades básicas insatisfechas (%)	29.7	34.7	47.5
Médicos por 1 000 habitantes (número)	1.4	1.2	1.1
Desigualdad de ingresos del hogar (índice de Gini)	0.4	0.4	0.5
Embarazo adolescente (%)	14.1	17.4	15.7
Número de territorios	185	87	55

NOTA: Estos datos corresponden al promedio de los países con información disponible del indicador en cuestión. No todos los países y territorios cuentan con información para cada indicador. A modo de ejemplo, el promedio del PIB per cápita se ha calculado con datos de los territorios de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Chile, México y Perú, mientras que las necesidades básicas insatisfechas se han calculado con datos de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú.

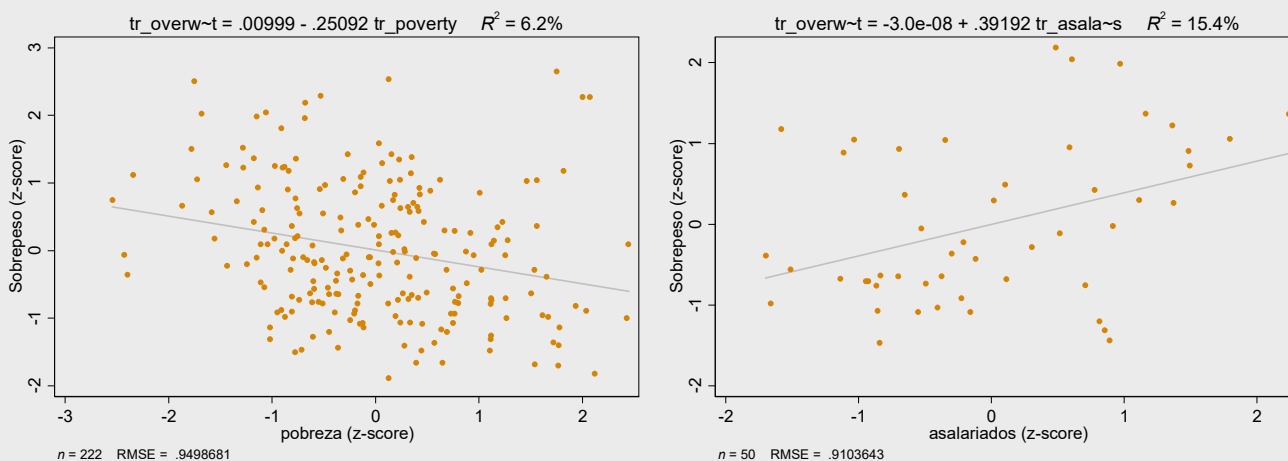
FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

Por último, los resultados indican que, en promedio, los territorios rezagados tienen dos veces más población indígena o afrodescendiente que los no rezagados, representando a casi el 34% de la población. El detalle de estos resultados y de algunos indicadores adicionales se encuentra en el Cuadro 5.

En cuanto al sobrepeso infantil, las tendencias son menos claras. A diferencia de lo que ocurre con la desnutrición crónica, esto puede interpretarse como la presencia de un problema más generalizado. Es decir, aunque pueden existir determinantes que afecten mayormente la prevalencia de sobrepeso en áreas específicas,

su manifestación es más transversal y responde en menor medida a los niveles de ingresos, a la pobreza, al nivel de ruralidad y a otros indicadores característicos de los distintos territorios. A modo de ejemplo, la Figura 43 presenta las relaciones existentes entre el sobrepeso en los menores de 5 años y los niveles de pobreza, por una parte, y el porcentaje de trabajadores asalariados, por otro. Si bien en el primer caso se observa una tendencia negativa (es decir, que las áreas más pobres tendrían, en general, menores niveles de sobrepeso), los niveles de pobreza explicarían menos del 10% de la variación en las cifras de sobrepeso en un área dada.

FIGURA 43
POBREZA, ASALARIADOS Y SOBREPESO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

El porcentaje de trabajadores asalariados de un área es, como mencionó antes, un indicador del nivel de formalidad del empleo, y en ese sentido, una característica deseable de los mercados laborales. Pese a ello, la información disponible evidencia una cierta correlación positiva entre este indicador y los niveles de sobrepeso observados. De nuevo, la relación es relativamente baja, con un R^2 de 15,4% entre ambas variables y una alta dispersión en las observaciones.

Además, el sobrepeso parece estar positivamente correlacionado con los niveles de ingresos promedio de la población, de escolaridad, de acceso al agua y negativamente asociado con los niveles de ruralidad. Esto sugiere que el sobrepeso infantil tendría una representación mayor en las áreas habitualmente consideradas urbanas y más desarrolladas, a diferencia de lo que podría ocurrir con el retraso en el crecimiento. Sin embargo, es útil notar que estas relaciones no se expresan de forma tan clara como en el caso de las variables asociadas al retraso en el crecimiento. De nuevo, esto sugiere que, si bien es posible encontrar factores determinantes de la existencia del sobrepeso en los menores de 5 años, este problema es más extendido y generalizado y por ende transversal a diferentes grupos socioeconómicos, áreas y contextos.

Es importante mencionar que como el análisis se realiza a niveles altamente agregados, las relaciones entre las variables se dan solo a nivel de promedios. Por ejemplo, el que el sobrepeso sea más preminente en áreas urbanas y de mayores ingresos no significa que las personas de mayores ingresos sean las más afectadas. Es más bien un reflejo de que en esas áreas viven también poblaciones pobres y vulnerables que son las más afectadas por altos niveles de sobrepeso y obesidad. Entre otras razones, esto se explica por los altos costos de la alimentación sana y saludable, por lo que los más pobres tienen un menor acceso a ella. Adicionalmente, la información y la educación sobre cuidados y alimentación saludable tal vez sea inaccesible o no estar disponible, lo que tendría el efecto de reducir el consumo de frutas, verduras y otros alimentos de menor carga calórica (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

El Cuadro 6 presenta un resumen de los indicadores asociados al sobrepeso infantil. En este caso los territorios rezagados tienden a ser más urbanos (el porcentaje de población rural es de 24% comparado con un 35% en áreas no rezagadas), tener un mayor número de años de escolaridad promedio, menor pobreza y mayores ingresos. A modo de ejemplo, los años de escolaridad promedio en las áreas rezagadas son 9,2 años, mientras que en las áreas donde el sobrepeso está por debajo de la media este indicador llega a 8,4. También la pobreza y la pobreza extrema son más bajas en estos territorios, con un 32% y un 7% de los habitantes de territorios rezagados, respectivamente. Por contraposición, la pobreza afecta al 40% de la población de los territorios no rezagados por sobrepeso y la pobreza extrema, casi al 15%.

Los indicadores asociados al sobrepeso sugieren que este problema se relaciona sobre todo con los estilos de vida urbanos, algo completamente opuesto al caso del retraso del crecimiento. Por ejemplo, y sumado a lo anterior, la participación laboral (61%), la participación femenina en el mercado laboral (43%) y el porcentaje de trabajadores asalariados (59%) son más altos en las áreas más afectadas por el sobrepeso y todos ellos son indicadores habitualmente asociados al desarrollo. De igual forma, la proporción de trabajadores agrícolas resulta más baja, asociados ocupando a menos del 10% en las áreas altamente rezagadas y a más del 14% en las que no tienen rezago por sobrepeso.

En relación a los indicadores de contexto, más del 80% de la población de las áreas rezagadas tiene acceso a agua potable (72% en áreas sin rezago) y menos del 30% tiene necesidades básicas insatisfechas (casi 40% en las áreas no rezagadas). De nuevo, esto coincide con mayores ingresos y desarrollo en las áreas con alto rezago por sobrepeso. En términos del número de centros de salud disponibles no se observan grandes diferencias, pero sí en el número de médicos por cada 1 000 habitantes, que se concentran en mayor medida en territorios rezagados por sobrepeso infantil.

Finalmente, y a diferencia de lo que ocurre con el retraso en el crecimiento, no hay grandes disparidades entre los porcentajes de población

CUADRO 6 INDICADORES ASOCIADOS AL REZAGO POR SOBREPESO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Indicador	Sin rezago	Rezago bajo	Rezago alto
Densidad poblacional (habitantes por km ²)	178.8	390.7	313.5
Ruralidad (%)	35.3	28.2	24
Edad promedio (años)	29.1	30.3	30.5
Producto interno bruto per cápita (US\$ 2019)	6,926	8,640	9,048
Pobreza (%)	39.9	34.2	31.6
Pobreza extrema (%)	14.8	12.9	7.3
Escolaridad promedio (años)	8.4	8.7	9.2
Población con educación superior (%)	13.6	15.2	16
Participación laboral (%)	59.7	57.4	60.6
Desempleo (%)	4.8	5.2	4.9
Participación femenina en el mercado laboral (%)	38	38.6	42.5
Trabajadores asalariados (%)	44.3	57.6	58.6
Trabajadores por cuenta propia (%)	38.7	31.3	30.9
Trabajadores agrícolas (%)	14.2	12.7	9.9
Población indígena y afrodescendiente (%)	20.5	15.1	18.1
Población con acceso a agua potable (%)	72.7	78.5	80.9
Centros de salud disponibles (número)	244.6	208.6	243.1
Población con necesidades básicas insatisfechas (%)	38.6	29.5	28.6
Médicos por 1 000 habitantes (números)	1.3	1.1	1.7
Desigualdad de ingresos del hogar (índice de Gini)	0.4	0.4	0.4
Embarazo adolescente (%)	16.8	14.7	12.4
Número de territorios	170	88	53

NOTA: Estos datos corresponden al promedio de los países con información disponible del indicador en cuestión. No todos los países y territorios cuentan con información para cada indicador. A modo de ejemplo, el promedio del PIB per cápita se ha calculado con datos de los territorios de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Chile, México y Perú, mientras que las necesidades básicas insatisfechas se han calculado con datos de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú.

FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

indígena y afrodescendiente. El porcentaje promedio en territorios altamente rezagados es del 18,1% y en los territorios donde el sobrepeso es inferior al promedio nacional, es del 20,5%.

A rasgos generales, los resultados anteriores permiten sostener que el retraso en el crecimiento se asocia en mayor medida, a los territorios donde hay bajos ingresos, mayores niveles de pobreza, mayor presencia de población

indígena y afrodescendiente, menos años de escolarización, menor acceso a servicios y empleos más precarios, es decir, tiene una mayor prevalencia en estos territorios. Esto es contrario al resultado de analizar las causas de rezago en el sobrepeso, que se presenta con mayor fuerza en áreas urbanas, de mayores ingresos promedio, menor pobreza, mayores niveles de escolaridad, mayor formalidad en el empleo y mayor cobertura de servicios básicos.

Principales determinantes de la doble carga de la malnutrición en territorios rezagados

Así y pese a la conclusión general obtenida en términos de los causantes del retraso en el crecimiento y del sobrepeso, es posible encontrar territorios que se encuentran rezagados simultáneamente tanto por retraso en el crecimiento como por sobrepeso en América Latina y el Caribe. De la muestra de territorios considerados, en 5 de ellos se presenta un alto rezago tanto en retraso en el crecimiento como en sobrepeso en niños menores de 5 años. Estos territorios se encuentran en Colombia (Cauca y Vaupés), Guyana (Potaro-Siparuni), Panamá (Comarca Ngäbe-Buglé) y Trinidad y Tobago (South West), todos con una alta proporción de población indígena y afrodescendiente, altos niveles de ruralidad, pobreza, menor escolaridad, mayores niveles de desempleo, y una mayor población con necesidades básicas insatisfechas. Es decir, territorios con características principalmente asociadas a las áreas con mayor rezago por retraso en el crecimiento, pero que sin embargo enfrentan la doble carga de la malnutrición, al tener simultáneamente altos índices de sobrepeso respecto a la realidad de cada uno de sus países.

Si se consideran todos los territorios con algún grado de rezago en retraso en el crecimiento o en sobrepeso infantil, el número de territorios con doble carga alcanza el número de 53. Es decir, casi uno de cada cinco territorios de ALC padece la doble carga de la malnutrición en algún nivel, ya sea con niveles de rezago altos o bajos, y uno de cada dos territorios presenta al menos un rezago, ya sea por retraso del crecimiento o por sobrepeso. El Cuadro 7 presenta la clasificación de los territorios según sus niveles de rezago. La segunda columna contiene los datos de los territorios sin rezago en retraso del crecimiento ni en sobrepeso. La tercera columna recoge los indicadores de los territorios en los que existe al menos un rezago alto o bajo, ya sea retraso del crecimiento o sobrepeso. La última columna presenta los indicadores asociados a los territorios con doble carga de malnutrición, es decir, rezagados simultáneamente en retraso del crecimiento y en sobrepeso en menores de 5 años.

Como ya se mencionó, las características más destacables de estos territorios tienen que ver con una baja densidad poblacional (aunque la

ruralidad no es una característica predominante entre ellos), mayores niveles de pobreza y pobreza extrema, y una participación laboral algo menor. Junto con lo anterior, llama la atención el menor número de centros de salud presentes en las áreas con doble carga de malnutrición y la menor presencia de médicos. Pese a esto, el elemento quizás más fuertemente marcado en estos territorios es su mayor proporción de población indígena y afrodescendiente. En este sentido, algo más de uno de cada cinco habitantes de los territorios con doble carga de malnutrición es indígena o afrodescendiente (22%), casi 9 puntos porcentuales por encima de los territorios sin ningún rezago y 2 puntos porcentuales por encima del indicador observado en los territorios con rezago en solo un indicador de malnutrición.

Los altos niveles de prevalencia y de rezago (principalmente por retraso en el crecimiento pero también por sobrepeso) en los territorios donde predomina la población indígena y afrodescendiente es preocupante, pero lamentablemente no es información nueva. A modo de ejemplo, un estudio reciente realizado en 13 países de la región, entre ellos Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Suriname, llegan a una conclusión similar. La población indígena de ALC presenta niveles significativamente mayores de retraso en el crecimiento que las poblaciones no indígenas, incluso aunque lo habitual sea que los niños de estas poblaciones sean alimentados con lactancia materna (Gatica-Domínguez, Mesenburg, Barros, y Victora, 2020). Esto indica que otras características que pueden estar asociadas a la falta de políticas alimentarias y a un menor acceso a alimentos sanos tras el período de lactancia, son muy perjudiciales para estas poblaciones y los territorios en los que habitan. De acuerdo con el estudio reseñado, este hecho guardaría una mayor relación con el acceso físico a los alimentos, más que con una falta de ingresos que condicionen el acceso económico²⁷.

²⁷ Los resultados presentados encuentran un alto correlato en la literatura, en la que variables similares se han considerado generalmente determinantes de retraso del crecimiento y del sobrepeso en los menores de 5 años. Además del estudio reseñado en el que se establece la relación de una mayor prevalencia de retraso del crecimiento de los niños y niñas indígenas para la región, la situación ha sido confirmada al

CUADRO 7 INDICADORES ASOCIADOS A LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LOS TERRITORIOS

Indicador	Sin rezago	Rezago bajo	Rezago alto
Densidad poblacional (habitantes por km ²)	271	324.7	59.6
Ruralidad (%)	29	31.6	32.8
Edad promedio (años)	29.7	29.8	29.6
Producto interno bruto per cápita (US\$ 2019)	7,197	7,892	8,450
Pobreza (%)	31.6	37.6	42.1
Pobreza extrema (%)	9.6	14.1	13.2
Escolaridad promedio (años)	8.6	8.7	8.2
Población con educación superior (%)	15.6	14	14.3
Participación laboral (%)	57.2	60.9	56.8
Desempleo (%)	5.5	4.8	4.7
Participación femenina en mercado laboral (%)	38	39.2	38.7
Trabajadores asalariados (%)	48	50.5	51.2
Trabajadores por cuenta propia (%)	33.6	36.1	34.2
Trabajadores agrícolas (%)	13.6	12.1	14
Población indígena y afrodescendiente (%)	12.9	19.6	21.7
Población con acceso a agua potable (%)	77.1	75	76.7
Centros de salud disponibles (número)	229.5	245.2	193.9
Población con necesidades básicas insatisfechas (%)	33.2	35	33.4
Médicos por 1 000 habitantes	1.3	1.3	1.1
Desigualdad de ingresos del hogar (índice de Gini)	0.4	0.4	0.5
Embarazo adolescente (%)	16.5	14.7	16.4
Número de territorios	85	172	53

NOTA: Estos datos corresponden al promedio de los países con información disponible del indicador en cuestión. No todos los países y territorios cuentan con información para cada indicador. A modo de ejemplo, el promedio del PIB per cápita se ha calculado con datos de los territorios de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Chile, México y Perú, mientras que las necesidades básicas insatisfechas se han calculado con datos de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú.

FUENTE: Elaboración propia basada en información oficial de los países (Ver anexo 3).

menos para los casos específicos de Guatemala (Gatica-Domínguez, Victora y Barros, 2019) y Costa Rica (Vargas, 2012), entre otros países de la región. Igualmente, la relación entre los indicadores socioeconómicos presentados, como la pobreza, la educación, los niveles de ruralidad y el acceso a agua potable, entre otros, han sido ampliamente estudiados y son consistentes con los resultados presentados (Longhi et al., 2018) en Perú (Sobrino et al., 2014), Bolivia (Mamani Ortiz, Luizaga Lopez, y Illanes Valverde, 2019), Colombia (Osorio et al., 2018), Ecuador (Hinrichsen, 2017; Ortiz et al., 2014) y Paraguay (Ervin y Bubak, 2019). Por último, es importante destacar que los resultados encontrados guardan una estrecha relación con los presentados por el Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (Rimisp) (2020) en su Informe Latinoamericano sobre Pobreza y Desigualdad 2019, disponible en el siguiente enlace <https://rimisp.org/informelatinoamericano/index.php/2020/04/15/informe-2019/>.

2.1.4. Efectos esperados de la COVID-19 sobre el hambre y su representación territorial

En el momento de redactarse este documento, tanto la región como el resto del mundo afrontan las consecuencias de la pandemia de la COVID-19 no solo en términos de salud, que lógicamente es la primera causa de preocupación, sino también sus efectos devastadores sobre el crecimiento económico, el empleo y los ingresos de la población. Las últimas estimaciones disponibles prevén que la economía de la región se contraerá un 9% durante 2020 y pronostican un incremento en los niveles de pobreza y de pobreza extrema de 7,1 y 4,5 puntos porcentuales, respectivamente (CEPAL y FAO, 2020). Para dar una idea de la magnitud del problema en los territorios, este impacto equivale a un retroceso de 16 años en la lucha contra la pobreza extrema en áreas rurales en la región, donde se espera se incremente en 4,9 puntos porcentuales, aunque lógicamente esta previsión puede variar entre países y entre territorios.

Tal como se ha mostrado a lo largo de este capítulo, tanto las condicionantes como las manifestaciones de la malnutrición varían entre países y entre territorios, impactando de forma más pronunciada a diversos grupos de la población. De igual forma, y pese a la escasa información disponible en este momento sobre las consecuencias de la pandemia de la COVID-19 sobre la malnutrición, cabe esperar que sus efectos se materialicen también de forma dispar en el territorio, en función de los niveles de vulnerabilidad y de exposición al contagio de sus habitantes, de las formas en que los mercados

laborales sean capaces de adaptarse a estas nuevas condiciones, y de la eficacia y la oportunidad de las políticas que diseñen los gobiernos de la región. Si bien se desconocen los efectos específicos que está teniendo esta pandemia sobre muchos territorios al interior de los países, no es aventurado prever que los mayores impactos se observarán en las áreas donde los factores condicionantes de la malnutrición, como la presencia de áreas de mayor pobreza y vulnerabilidad, con bajos niveles de educación, una alta presencia de población indígena y más susceptibles al cambio climático, probablemente serán los más afectados.

Si bien los resultados y los indicadores presentados en este documento no alcanzan a reflejar estos efectos sobre la desnutrición, el sobrepeso o la inseguridad alimentaria en la región, la existencia de territorios con rezagos en otros indicadores, como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral y el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, por ejemplo, sí permiten aventurar que habrá zonas que recibirán un impacto más fuerte de la COVID-19, y posiblemente, más prolongado.

Esta sección no solo trata de describir y discutir las disparidades territoriales en términos de retraso de crecimiento y sobrepeso infantil. También trata de identificar qué factores comunes explican estas diferencias. Todo ello debería tener como consecuencia la construcción de políticas que permitan abordar de forma eficaz y eficiente las distintas formas malnutrición, para reducir y eliminar estas brechas.

RECUADRO 5 OBJETIVO 2.3 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

El ODS 2.3 se subdivide en 2.3.1- Volumen de producción por unidad de trabajo por clases de tamaño de empresa agrícola/ pastoril / forestal. Y el objetivo 2.3.2 – Ingresos promedio de los pequeños productores de alimentos, por sexo y condición indígena.

La meta 2.3 contempla duplicar al 2030

la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos a pequeña escala, en particular de las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, y de los pastores y pescadores, mediante un acceso seguro y equitativo a los diferentes recursos de producción. Dadas sus características, el logro de esta meta es especialmente relevante para

RECUADRO 5
(CONTINUACIÓN)

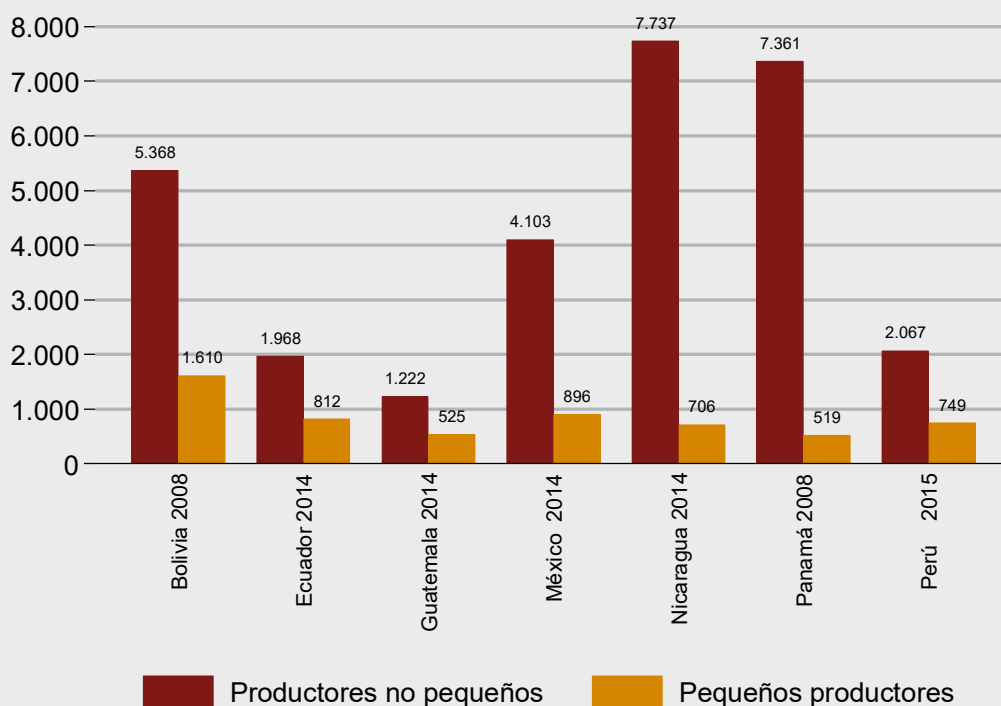
las poblaciones que usualmente viven en los territorios rezagados en relación al retraso en el crecimiento, por depender buena parte de sus ingresos y seguridad alimentaria de las actividades relacionadas con la agricultura.

La importancia de esta meta viene dada además por el hecho de que se estima que hay unos 570 millones de explotaciones agrícolas en todo el mundo, la mayoría de las cuales son pequeñas (fincas de 2 hectáreas o menos). En algunos países, los productores de alimentos a pequeña escala representan hasta el 85 por ciento de todos los productores de alimentos, sin embargo, explotan apenas el 7 por ciento de las tierras (CSA, 2015).

Pese a lo anterior, la productividad de los pequeños productores es sistemáticamente más baja que la de los grandes productores de alimentos. De manera particular en la región de América Latina y el Caribe los rendimientos son entre un 30% y un 50% inferiores a los de la agricultura empresarial.

Además, existe una brecha importante de ingresos entre productores de pequeña y gran escala. Mientras que la brecha de ingresos en promedio para los países con información disponible de América Latina es del 73%, en países como Nicaragua y Panamá la diferencia de ingresos supera el 90% entre productores de pequeña y gran escala, tal como se evidencia en la gráfica inferior.

A. INGRESO ANUAL PROMEDIO DE LA AGRICULTURA PARA PAÍSES SELECCIONADOS POR TAMAÑO DE PRODUCTORES ALIMENTARIOS, PPA (DÓLARES INTERNACIONALES CONSTANTES DE 2011)



FUENTE: FAO, 2020d.

RECUADRO 5 (CONTINUACIÓN)

Además de los aportes que realizan en cuanto a la producción agrícola en sí misma y al rescate de las prácticas agrícolas sostenibles y amigables con el medio ambiente, los pequeños productores contribuyen de manera significativa a la creación de empleo en las zonas rurales, la reducción de la pobreza y el fortalecimiento de la ordenación sostenible de los recursos naturales. Pese a esto, a menudo, ellos mismos se ven afectados por la inseguridad alimentaria y la malnutrición, pues alrededor del 80 % de las personas pobres y que padecen inseguridad alimentaria viven en las zonas rurales y la mayoría de los campesinos pobres son pequeños productores familiares (CSA, 2015). Esto, aun cuando, si se considera al total de agricultores familiares, ellos son responsables por alrededor del 80% de la producción alimentaria a nivel mundial y provee entre el 27% y 67% de la producción alimentaria dependiendo del país en América Latina y el Caribe (FAO, 2014). Es más, solo los agricultores familiares de pequeña escala (con producciones de menos de 2 hectáreas) generan el 36% de los alimentos a nivel mundial (Lowder, Sánchez y Bertini, 2019).

Alcanzar la meta planteada en el ODS 2.3, a través de un incremento en los rendimientos, la productividad, y los ingresos de los productores, implica mejorar las condiciones de vida de los pequeños productores agrícolas, y otorgarles estabilidad a un grupo de población que es clave en la creación de sistemas alimentarios sostenibles, en los avances hacia la seguridad alimentaria y hacia la erradicación del hambre en América Latina y el Caribe.

Lo anterior no solo beneficia a los pequeños agricultores por sí solos, sino que además trae beneficios que son compartidos por todos los habitantes de las áreas donde se lleva a cabo la actividad agrícola de pequeña escala. Así, mejorar las condiciones de vida de los pequeños productores, especialmente de las mujeres y los indígenas y afrodescendientes, resulta clave para reducir las disparidades e inequidades territoriales asociadas a la malnutrición y para reducir el número de territorios rezagados y de población afectada por la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

2.2 POLÍTICAS PARA HACER FRENTE A LA MALNUTRICIÓN EN LOS TERRITORIOS REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Como en ediciones anteriores de la presente publicación, esta última sección se centra en destacar algunas de las principales políticas que los países de ALC están desarrollando para hacer frente al hambre, la inseguridad alimentaria y todas las formas de malnutrición.

En esta ocasión, la sección señala principalmente las políticas con una orientación territorial, que atienden a las áreas más rezagadas con relación a las distintas formas de malnutrición. También se incluyen algunas de las políticas dirigidas a las poblaciones que enfrentan las mayores vulnerabilidades y se describen otras que, si bien no están diseñadas para responder a estos desafíos específicos, son de carácter general para toda la población y se consideran imprescindibles por su alcance y sus resultados.

También es preciso señalar que, hasta hace pocos años, las políticas y los programas correspondientes tenían como principal objetivo la seguridad alimentaria, la reducción de la desnutrición crónica o la carencia de ciertos micronutrientes. Solo recientemente, las políticas han empezado a incorporar entre sus objetivos principales la reducción del sobrepeso y la obesidad.

Además, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en 2020, el documento señala de forma sucinta algunos de los esfuerzos particulares que los países están desarrollando para garantizar el derecho a la alimentación de la población.

Como ya se ha mencionado, un reto añadido para la presente edición del *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe* es la necesidad de incluir la mirada territorial en algunas de las políticas necesarias para reducir

los niveles de malnutrición de las poblaciones que viven en estos lugares rezagados. Como se verá, hay algunos ejemplos relevantes que han logrado impactos significativos, pero la realidad es que se han identificado pocas experiencias. Sin embargo, se espera que esos casos puedan ayudar a avanzar en el diseño y la implementación de nuevas iniciativas de políticas públicas que atiendan esta realidad alimentaria y nutricional.

A continuación, se propone un análisis de políticas tomando como referencia las distintas observaciones sobre las causas y los determinantes de la inseguridad alimentaria y la malnutrición (OMS, 2008) (UNICEF, 2013) recogidas en la sección 2.1. Dicho análisis se organiza en tres grupos de medidas enfocadas en: 1) mejorar y promover el acceso económico a una alimentación adecuada, 2) mejorar la producción y el acceso físico a los alimentos que promuevan una alimentación adecuada y 3) mejorar el uso y la calidad de los alimentos (ver Cuadro 8). La racionalidad y el contenido de cada una de ellas se desarrollará en la correspondiente sección.

Cabe destacar que existen políticas cuyo objetivo es fortalecer las capacidades públicas y favorecer un entorno propicio para mejorar las condiciones de alimentación y nutrición de los países (entre las que se incluyen marcos legales e institucionales adecuados). Algunos de los instrumentos desarrollados atienden de forma simultánea las distintas formas de malnutrición (véase Cuadro 17). En cambio, otros persiguen resultados principalmente vinculados a una de sus formas.

De igual manera, son necesarias acciones sectoriales que atiendan a las dimensiones específicas del problema con un enfoque territorial (véase el Cuadro 6). En este sentido, es importante que la utilización de los distintos instrumentos forme parte de estrategias de alimentación y nutrición amplias, coherentes y coordinadas. Para ello, es fundamental promover la coordinación intersectorial e intergubernamental. Al mismo tiempo, se debe incorporar un enfoque que aborde las particularidades de los grupos que están en una situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres y pueblos indígenas (véase Cuadro 7 y Cuadro 8).

CUADRO 8 POLÍTICAS PARA HACER FRENTE A LA MALNUTRICIÓN EN LOS TERRITORIOS REZAGADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Medidas para mejorar y promover el acceso económico a una alimentación adecuada en los territorios rezagados	Medidas para mejorar el acceso físico a los alimentos y para producir alimentos que promuevan una alimentación adecuada en los territorios rezagados	Medidas para mejorar el uso y la calidad de los alimentos en los territorios rezagados
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sistemas de protección social ▶ Apoyo a los medios de vida de los agricultores ▶ Empleo decente 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agricultura y cadenas de valor sostenibles que tienen en cuenta la nutrición ▶ Programas de alimentación escolar (PAE) ▶ Circuitos cortos de comercialización (CCC) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Políticas de fomento de la nutrición materno-infantil ▶ Alimentación complementaria ▶ Agua, saneamiento e higiene ▶ Comunicación para el cambio social y de comportamientos con el fin de reducir las barreras para una alimentación adecuada ▶ Calidad de los alimentos consumidos fuera del hogar

RECUADRO 6 INSTITUCIONALIDAD Y POLÍTICAS CON ENFOQUE TERRITORIAL PARA REDUCIR TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN

Una aproximación territorial a las políticas puede ofrecer un marco adecuado para enfrentar las causas que determinan los mayores niveles de malnutrición en los países de la región. Este enfoque pone particular atención en “cómo” se implementan las políticas. Para ello se parte de las especificidades del territorio y se toman en cuenta sus características sociales, económicas, ambientales, culturales e institucionales con el fin de formular estrategias que respondan a sus necesidades particulares. Se promueve una mirada sobre la totalidad del espacio, permitiendo anclar estrategias de desarrollo en activos territoriales, como el capital social, los recursos naturales, económicos, productivos y étnico-culturales, entre otros.

Un enfoque territorial para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional debe promover la participación activa de los gobiernos locales y reconocer la importancia de otros actores territoriales,

como asociaciones de productores, cooperativas, organizaciones de mujeres, comunidades indígenas, organizaciones de los barrios, miembros del sector privado local, iglesias, bancos de alimentos, consumidores y otros actores de la sociedad civil que puedan desempeñar un papel importante en el diseño, la implementación y el monitoreo de las políticas y programas.

La consideración territorial de las políticas alimentarias y de nutrición guarda una estrecha relación con la transformación más sostenible de los sistemas alimentarios, vinculando a productores rurales y el manejo de recursos ambientales con los consumidores urbanos en circuitos espaciales específicos. A su vez, esto fortalece las dinámicas económicas locales basadas en el manejo sostenible de activos territoriales.

La Iniciativa Mano de la mano de las Naciones

FUENTE: FAO, OCDE y FNUDC, 2016.

RECUADRO 7 INICIATIVA MANO DE LA MANO

Unidas tiene como objetivo acelerar la transformación agrícola y el desarrollo rural sostenible con miras a erradicar la pobreza y a poner fin al hambre y a todas las formas de malnutrición, contribuyendo así al logro de los ODS. Da prioridad a los países y a los territorios dentro de los países donde la pobreza y el hambre están más extendidas o donde las capacidades nacionales son más limitadas.

La lista de países prioritarios de la iniciativa evoluciona de forma constante. Se prioriza a los países en donde hay situaciones que ponen a un gran número de personas en riesgo de quedar marginadas. Por ejemplo, Haití es uno de los países prioritarios de la iniciativa.

La iniciativa adopta un enfoque de sistemas alimentarios orientado al mercado en aras de incrementar la cantidad, la calidad, la diversidad y la accesibilidad de los alimentos nutritivos disponibles en los mercados locales, regionales y nacionales de alimentos. Intenta mejorar la capacidad de los sistemas alimentarios para fomentar la nutrición, ofrecer

alimentos saludables a todos, y mejorar los medios de vida de los hogares reduciendo la pobreza extrema.

La iniciativa tiene un enfoque territorial. Se centra en áreas geográficas donde existe un potencial agrícola significativo y altos niveles de pobreza y trabaja en territorios donde se intenta obtener el máximo beneficio potencial agrícola. Se enfoca tanto en aumentar la productividad de los productores como en mejorar los ingresos obtenidos a corto plazo junto con la sostenibilidad a largo plazo.

Uno de los principales pilares de la iniciativa es la generación de alianzas entre el sector público, el sector privado, la sociedad civil, la academia y entre los mismos países (cooperación sur-sur y triangular), entre otros.

Mano de la mano está liderada por la FAO en estrecha colaboración con el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y el Programa Mundial de Alimentos (WFP).

FUENTE: FAO, 2020e.

RECUADRO 8 POLÍTICAS PÚBLICAS Y PERTINENCIA CULTURAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Uno de cada cuatro habitantes de ALC es indígena o afrodescendiente. Del total de la población rural de la región, el 13% se reconoce como indígena y el 33%, como afrodescendiente. Es decir, cerca de la mitad de la población rural de la región (46%) pertenece a alguno de estos dos grupos (Angulo, Solano y Tamayo, 2018), que están sobrerrepresentados entre los más pobres y excluidos de la región.

Abordar la etnicidad en las estrategias de superación de la pobreza -e igualmente, de seguridad

alimentaria y nutrición- plantea tensiones con la racionalidad técnica predominante de las políticas públicas. Primero, supone una tensión entre el escalamiento de políticas estándar y el desarrollo de soluciones específicas para los contextos indígenas y afrodescendientes. Segundo, en los espacios de toma de decisiones se sigue percibiendo a los grupos étnicos como actores pasivos, y por ello las políticas y las intervenciones orientadas a mejorar su calidad de vida tienden a ignorar sus sistemas de conocimiento

RECUADRO 8 (CONTINUACIÓN)

tradicionales y sus preferencias. Tercero, aunque estas políticas ofrecen nuevos espacios para el avance de los derechos y de las reivindicaciones históricas de los grupos étnicos, también pueden generar tensiones respecto a su autonomía y libre determinación.

Entre las razones que explican esta situación destacan la falta de instrumentos técnicos para incorporar la cultura en los procesos de planificación de políticas, así como las dificultades que enfrentan los aparatos públicos para implementar mecanismos efectivos de coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental.

La diversidad cultural es una fortaleza de las sociedades latinoamericana y caribeña. Aprovechar su potencial requiere de un mejor abordaje de la etnicidad y de la diversidad cultural en los procesos de planificación de las políticas públicas. Esto es importante para construir sociedades sin discriminación ni exclusión, pero también para mejorar la efectividad y la sostenibilidad de las intervenciones que intentan mejorar el bienestar en los pueblos indígenas y la población afrodescendiente.

FUENTE: Correa, 2019.

2.2.1. Medidas para promover y mejorar el acceso económico a una alimentación adecuada en los territorios rezagados

En este primer grupo de políticas para atender todas las formas de malnutrición en los territorios más rezagados se identifican las que tienen por objetivo asegurar que las personas tengan acceso económico a los alimentos necesarios para una alimentación adecuada. Dicho de otro modo, asegurar que tengan ingresos suficientes para un consumo de alimentos que sea estable, diversificado, nutritivo y de calidad.

De acuerdo con la sección anterior, los ingresos de los hogares son un determinante importante para que puedan acceder a alimentos adecuados y, en parte, permite explicar la existencia de territorios rezagados en cuanto a la malnutrición. Los bajos ingresos, la falta de empleo y la precariedad influyen en las tasas de malnutrición que se observan en los territorios rezagados de la región. Las tasas de retraso del crecimiento son más altas en los territorios donde la pobreza es mayor y donde el nivel de ingresos de los hogares también es más bajo. Este apartado recoge las políticas de protección social, los apoyos a la agricultura familiar y las medidas de

empleo decente en ciudades y de empleo rural no agrícola, todas ellas centradas en mejorar el acceso económico a los alimentos.

Sistemas de protección social

La protección social es una estrategia clave para acelerar el logro de la mayor parte de los ODS. Es uno de los principales instrumentos con los que cuentan los países de la región para enfrentar la falta de empleo y de ingresos que, como se vio en el apartado anterior, son dos de los determinantes de la malnutrición en los territorios más rezagados. Por tanto, la protección social cumple una función fundamental para impulsar y acelerar los progresos en el ámbito de la seguridad alimentaria y la nutrición, el desarrollo de distintos tipos de territorios (incluidos los urbanos y los rurales), y apoya la resiliencia de las personas que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad. Si bien en las últimas décadas los programas de protección social se han expandido considerablemente en la región, su diseño y su implementación aún deben ajustarse para mejorar su cobertura en los territorios rezagados, su adaptación y su capacidad de contribuir de manera sostenible a la inclusión social y económica de la población en las zonas urbanas y rurales.

En primer lugar, es necesario expandir la cobertura y el acceso a los sistemas de protección para responder a las brechas específicas que presentan los territorios más rezagados. Esto es fundamental, dado que las políticas y los programas de protección social son capaces de abordar las causas inmediatas y subyacentes de la malnutrición (FAO, 2017). Con un diseño adecuado, tienen el potencial de aumentar el consumo y la diversidad de alimentos en los hogares, por ejemplo a través de transferencias monetarias. La evidencia muestra que el uso inmediato de dinero en efectivo lleva al aumento en el número de comidas y a diversificar la alimentación. Asimismo, estos instrumentos pueden contribuir a reducir los mecanismos de supervivencia nocivos para la nutrición y la salud, como reducir la ingesta de alimentos de los niños en una situación de crisis (FAO, 2017).

En segundo lugar, el diseño y la implementación de los sistemas de protección social debe adaptarse para responder a las necesidades

particulares de los medios de vida de las poblaciones de los territorios más rezagados. Para ello, se debe revisar el diseño de los programas de asistencia social (monto, regularidad, condicionalidades, etc.), así como la introducción de posibles medidas complementarias.

Específicamente, para hacer frente a todas las formas de malnutrición es fundamental diseñar programas de protección social que sean sensibles a la nutrición (véase Recuadro 9), que proporcionen un acceso más adecuado a alimentos nutritivos a los consumidores con ingresos más bajos y que aumenten la asequibilidad de la alimentación saludable para esta población (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). Si bien es cierto, el tema de alimentación saludable es un aspecto que se incluye en los objetivos generales de los programas de transferencias condicionadas, pocas veces se incorporan a ellos guías concretas para evitar el incremento del sobrepeso y la obesidad (Biermayr-Jenzano, 2020).

RECUADRO 9 PROTECCIÓN SOCIAL SENSIBLE A LA NUTRICIÓN

Los resultados nutricionales de los programas de protección social pueden potenciarse mediante diferentes estrategias, entre ellas:

- ▶ 1. Diseñar intervenciones que recojan las necesidades en materia de seguridad alimentaria y nutrición, incluyendo cuantías que permitan cubrir el costo de una dieta nutritiva y diversa.
- ▶ 2. Comprender objetivos explícitos de nutrición e indicadores para medir el progreso, incluidos tanto indicadores de malnutrición por déficit como por exceso.
- ▶ 3. Llegar con eficacia a los sectores nutricionalmente vulnerables.
- ▶ 4. Promover una alimentación variada y el acceso a micronutrientes.
- ▶ 5. Vincular los programas de protección social con acciones de comunicación y sensibilización sobre la importancia de una dieta saludable.

Estas estrategias de protección social sensible a la nutrición se pueden vincular con estrategias de largo plazo que consideren la promoción de la producción, procesamiento y distribución de alimentos variados y ricos en nutrientes.

FUENTES: FAO, 2016a. y FAO, 2017.

En tercer lugar, es necesario articular la protección social con estrategias de inclusión productiva y empleabilidad, lo que permitirá a las familias proteger sus ingresos y su seguridad alimentaria tanto en zonas rurales como urbanas. En esta línea, es clave apoyar a la población que participa en los programas de asistencia social a través de estrategias orientadas a fortalecer la agricultura familiar, el empleo rural no agrícola y el empleo urbano. Estas medidas se analizan con más detalle en las dos secciones siguientes.

Por otro lado, es importante destacar que muchos de los territorios rezagados se encuentran en

áreas ecológicamente frágiles, lo que expone a los hogares a varias amenazas y crisis que pueden poner en riesgo su seguridad alimentaria. Los distintos escenarios de cambio climático durante este siglo predicen eventos ambientales más extremos y frecuentes. Ello tendrá un impacto negativo en las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria, así como en los bienes y en las oportunidades de los medios de vida en zonas rurales y urbanas. Los programas regulares de protección social proporcionan un buen punto de entrada desde el que apoyar la adaptación al cambio climático y la resiliencia (Cárdenes y Solórzano, 2019) véase Recuadro 10.

RECUADRO 10 LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO

La protección social tiene el potencial de mejorar o de apoyar la adaptación de los hogares al cambio climático, si la planificación, el diseño y la implementación del programa siguen estos principios:

- ▶ 1. Reconocer la incertidumbre del cambio climático.
- ▶ 2. Priorizar las consideraciones de seguridad alimentaria y nutrición.
- ▶ 3. Apoyar las estrategias de adaptación a largo plazo de los hogares.
- ▶ 4. Evitar el riesgo de mala adaptación.
- ▶ 5. Comprender que existen tensiones (trade-offs) en las distintas opciones de protección social.
- ▶ 6. Definir objetivos de resiliencia en la teoría del cambio de los programas.
- ▶ 7. Considerar los efectos indirectos no deseados en el medio ambiente.
- ▶ 8. Ajustar los programas al contexto.
- ▶ 9. Reconocer incluso las pequeñas contribuciones de intervenciones individuales.
- ▶ 10. Trabajar en todas las disciplinas, especialmente las vinculadas con actividades de cambio climático.

FUENTE: Cárdenes y Solórzano, 2019.

Finalmente, los países de la región están expuestos a los impactos de diversos fenómenos de origen natural o antropogénico que pueden tener como resultado crisis o desastres como terremotos, pandemias, fenómenos climáticos como sequías y huracanes, exacerbación de conflictos preexistentes, crisis macroeconómicas, etcétera. En este sentido, la protección social reactiva a emergencias tiene por objetivo invertir en la preparación de los sistemas de protección social para brindar una respuesta más eficaz y oportuna a los hogares más vulnerables (Beazley,

Solórzano y Barca, 2019). Diversos países de la región han utilizado los sistemas de protección social para responder a emergencias de distinta índole, por lo que el impacto de la protección social reactiva a emergencias está bien documentado²⁸. En particular, la protección social ha sido una medida clave para responder a los impactos socio-económicos de la pandemia (véase Recuadro 11).

²⁸ Ver Beazley, Solórzano y Barca, 2019.

Haku Wiñay/Noa Jayatai es un programa de desarrollo productivo rural implementado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) de Perú cuyo objetivo es desarrollar las capacidades productivas y económicas de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema para mejorar su seguridad alimentaria e incrementar sus ingresos. Se diseñó explícitamente para complementar el programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos, y por ello, atiende prioritariamente a los participantes de este programa. Las actividades de Haku Wiñay/Noa Jayatai se estructuran en torno a cuatro componentes: 1) fortalecimiento y consolidación del sistema de producción familiar, 2) mejora de las condiciones de vida en la vivienda, 3) promoción de negocios rurales inclusivos y 4) desarrollo de capacidades financieras.

El programa otorga un papel clave al gobierno local, que participa en la formulación del diagnóstico y el expediente técnico en los que se basa la intervención del programa y los mecanismos de asignación de recursos. Además, es responsable

de darle sostenibilidad a las iniciativas una vez que el programa termina. Por otro lado, el programa contempla la conformación de núcleos ejecutores (NE), que son agrupaciones de hogares rurales de un mismo centro poblado que se convierten en contrapartes del MIDIS y reciben directamente los recursos para la implementación a escala local. Este modelo ha contribuido a alinear la oferta de servicios de extensión con las demandas de la población rural (Espinoza y Wiggins, 2016).

Haku Wiñay/Noa Jayatai ha logrado efectos positivos en los ingresos y en la seguridad alimentaria de los hogares participantes. Según una evaluación realizada por el Grupo de Análisis para el Desarrollo y la Fundación Ford, el 63% de los participantes aumentaron sus ingresos en casi 300 dólares estadounidenses como resultado del programa. Asimismo, sus dietas mejoraron notablemente, evidenciándose un mayor consumo de alimentos en los rubros de cereales, tubérculos y vegetales anaranjados, hojas verdes, menestras, legumbres, carnes y huevos (Escobal y Ponce, 2016).

RECUADRO 11 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA MITIGAR LOS IMPACTOS DE LA COVID-19

La protección social es una medida clave para mitigar de manera inmediata los impactos socioeconómicos de la COVID-19, y al mismo tiempo, para permitir que los hogares afectados puedan reconstruir progresivamente sus medios de vida y fortalecer sus capacidades de inclusión económica y social.

Esta ha sido una de las principales medidas adoptadas por los gobiernos de ALC. A noviembre del 2020, los países de la región habían implementado 291 medidas de protección social, de las que el 42,3% correspondieron a transferencias monetarias, el 18,9% a transferencias de alimentos o en especie, el 15,8% a garantizar el acceso a servicios básicos y el 23% a otras medidas de protección social.

A continuación, se destacan algunas medidas de protección social implementadas hasta la fecha.

Si bien no es una muestra exhaustiva, permite conocer algunas de las medidas que han aplicado los países de la región:

- ▶ Argentina: expansión vertical de los programas de asistencia social *Pensión Universal para el Adulto Mayor*, *Asignación Universal por Hijo* y mujeres que reciben la prestación universal por maternidad, mediante la que los participantes han recibido 47 dólares estadounidenses. Asimismo, se ha creado el bono Ingreso Familiar de Emergencia, consistente en un pago único a las familias con empleos informales.
- ▶ Jamaica: transferencias monetarias a personas de cualquier sector que haya perdido su empleo

RECUADRO 11 (CONTINUACIÓN)

a partir de marzo del 2020. A través del programa Supporting Employees with Transfer of Cash (SET Cash) los participantes recibirán un monto mensual de aproximadamente 65 dólares estadounidenses durante un período de 3 meses.

- ▶ Panamá: creación del programa Panamá Solidario, que distribuye vales digitales, bonos

y bolsas de alimentos a familias vulnerables que carecen de ingresos durante la cuarentena.

FUENTES: FAO y CEPAL, 2020c; FAO y CEPAL, 2020; CEPAL, 2020d.

Apoyo a los medios de vida de los agricultores

La agricultura familiar es una de las principales fuentes de ingresos y de disponibilidad de alimentos de las personas que viven en territorios de características rurales más rezagados. Este tipo de agricultura representa algo más del 80% de las unidades productivas agropecuarias en la región y es la principal fuente laboral del sector agrícola y rural (FAO, 2018b). A pesar de que es una actividad importante para las economías rurales, suele registrar menores niveles de productividad y de ingresos laborales en comparación con otras actividades económicas. Se estima que dos terceras partes de los agricultores familiares de la región enfrentan grandes limitaciones que les impiden incrementar su rentabilidad (FAO, 2018b). Entre ellas están la falta de articulación a mercados, los déficits en infraestructura, el acceso limitado a activos financieros y no financieros y a servicios rurales, entre otros. Debido a ello, los agricultores familiares sufren altos niveles de hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición. Para apoyar a los agricultores y promover las compras públicas a la AF, Colombia promulgó la Ley 2046 (véase Recuadro 12).

Por todo ello, es clave apoyar a la población que vive de la agricultura familiar y que participa en los programas de asistencia social a través de estrategias que mejoren el acceso a los activos productivos (tierra, agua, energía, servicios), así como a los servicios rurales financieros (crédito, ahorro, seguros) y no financieros (asistencia técnica y extensión rural). De esta manera,

los agricultores familiares tendrán mayores capacidades para gestionar mejor los riesgos, para invertir en la producción familiar y, al mismo tiempo, para garantizar que las necesidades básicas de sus familias queden cubiertas (FAO, 2019).

Un programa público clave para la agricultura familiar en Brasil es el *Programa Fomento às Atividades Produtivas Rurais*²⁹ (Programa de transferencias en efectivo orientadas a actividades productivas rurales) que tiene como objetivo promover la inclusión social y productiva, y potenciar el desarrollo de la capacidad productiva y la seguridad alimentaria y nutricional de familias pobres del medio rural. El Ministério da Cidadania (Ministerio de Ciudadanía) transfiere directamente recursos financieros no reembolsables a las familias beneficiarias a través de la estructura de pagos del programa Bolsa Familia. Los valores transferidos, de 2.400,00 o 3.000,00 reales brasileños, deben invertirse en el proyecto productivo elaborado por la familia junto con el agente de Asistencia Técnica y Extensión Rural (ATER). Las familias beneficiadas son las más vulnerables, que están registradas en el Registro Único para Programas Sociales (CadÚnico) con un perfil de renta de extrema pobreza o pobreza.

²⁹ Programa Fomento Rural. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/inclusao-productiva-rural/programa-fomento-rural-1>.

RECUADRO 12 COLOMBIA Y LA LEY 2046 QUE PROMUEVE LAS COMPRAS PÚBLICAS A LA AGRICULTURA CAMPESINA, FAMILIAR Y COMUNITARIA

Por medio de la Ley 2046 sancionada el 6 de agosto de 2020 se establecen mecanismos para promover la participación de pequeños productores locales agropecuarios y de la agricultura campesina, familiar y comunitaria en los mercados de compras públicas de alimentos.

La Ley establece condiciones e instrumentos de abastecimiento alimentario para que todos los programas públicos de suministro y de distribución de alimentos promuevan la participación de pequeños productores locales y productores locales cuyos sistemas productivos pertenezcan a la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones.

Asimismo, dicha Ley señala que los mecanismos, las condiciones y los instrumentos que promuevan o establezcan la participación de pequeños productores agropecuarios pertenecientes a comunidades étnicas o de productores agropecuarios pertenecientes

a comunidades étnicas cuyo sistema productivo pertenezca a la Campesina, Familiar o Comunitaria en el mercado de compras públicas locales de alimentos contarán con normas específicas para respetar sus usos y costumbres, así como sus derechos colectivos.

Las entidades públicas del nivel nacional, departamental, distrital, municipal, sociedades de economía mixta, y entidades privadas que manejen recursos públicos y operen en el territorio nacional, que demanden de forma directa o a través de interpuesta persona, alimentos para el abastecimiento y para suministro de productos de origen agropecuario deben obligatoriamente cumplir con las disposiciones para promover las compras públicas a la agricultura campesina, familiar y comunitaria.

FUENTE: Congreso de Colombia, 2020.

La diversificación de la producción es un elemento clave para garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición, así como para conservar, proteger y mejorar los recursos naturales (FAO, 2018c). Por medio de la diversificación se pueden incrementar la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos. Por ejemplo, la diversificación agroecológica refuerza la resiliencia ecológica y socioeconómica mediante la creación de nuevas oportunidades de mercado (véase Recuadro 13). Además, un consumo variado de diversos tipos de alimentos, como cereales, legumbres, frutas, hortalizas y productos de origen animal contribuye a mejorar los resultados nutricionales de la población. La diversidad genética de distintas variedades, razas y especies es clave dado que aportan a la alimentación de la población distintos macronutrientes, micronutrientes y otros compuestos bioactivos (FAO, 2018c).

RECUADRO 13 PROYECTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LOS MEDIOS DE VIDA DE LAS FAMILIAS RURALES DEL CORREDOR SECO DE NICARAGUA (NICAVIDA)

El Proyecto de Desarrollo Sostenible de los Medios de Vida de las Familias Rurales del Corredor Seco de Nicaragua (NICAVIDA) se concentra en incrementar los ingresos, mejorar la calidad nutricional de la dieta y fortalecer las capacidades de adaptación al cambio climático de unas 30 000 familias rurales (aproximadamente 152 000 personas que representan el 17 % de la población del Corredor Seco). Este grupo objetivo se compone de un 52% de mujeres, un 20% de jóvenes y un 12% de población indígena. El proyecto ha combinado estrategias de integración laboral urbana y rural con producción agropecuaria destinada al autoconsumo y al mercado. Se han impulsado sistemas productivos diversificados para mejorar el acceso a una alimentación diversa y saludable, equilibrar la carga de trabajo de las mujeres, fomentar e impulsar la incorporación y la participación de las mujeres en las organizaciones rurales productivas y estimular el empoderamiento económico de las mujeres a través del desarrollo de pequeños negocios.

Entre los resultados principales destaca la formulación de 1 224 planes familiares, lo que significa la integración de 20 470 personas (68% de la población objetivo). Simultáneamente a la asistencia técnica y a la entrega de insumos productivos se lleva a cabo la educación nutricional, con especial énfasis en las madres lactantes y las familias vinculadas con los planes familiares.

El proyecto ha hecho el esfuerzo de integrar la seguridad alimentaria en la estrategia de género e inclusión social buscando sinergias entre el fortalecimiento económico de las mujeres, la participación en mecanismos organizativos comunitarios y el empoderamiento en la seguridad alimentaria.

El proyecto lo gestiona el Ministerio de Economía Familiar, Comunitaria, Cooperativa y Asociativa (MEFCCA) en 37 municipios de ocho departamentos y cuenta con la colaboración participativa del Ministerio de Salud (MINSA), entre otros, y cuenta con el apoyo del FIDA.

FUENTE: FIDA, 2016.

A su vez, por medio de sencillas innovaciones digitales se pueden generar nuevas oportunidades para mejorar los procesos productivos y fomentar una producción más diversificada, sostenible, nutritiva y rentable (véase Recuadro 14). La agricultura digital puede favorecer la reducción del uso de insumos, contribuir a optimizar la productividad y la competitividad, facilitar la cooperación entre agricultores y permitir la conexión directa entre

los productores y los consumidores (CEPAL, FAO e IICA, 2019). La puesta en marcha y el uso de las tecnologías de la información y comunicación en la agricultura y la cadena de valor alimentaria debe considerar medidas para reducir la brecha digital en los territorios más rezagados. Se deben considerar los costos de la tecnología, los niveles de alfabetización electrónica de la población y sus aptitudes digitales (Trendov, Varas y Zeng, 2019).

RECUADRO 14 PROYECTO DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL SEMIÁRIDO DEL ESTADO DE PIAUÍ DE BRASIL

El Proyecto de Desarrollo Sostenible en el Semiárido del Estado de Piauí en Brasil, implementado por la Secretaría de Agricultura Familiar (SAF) con apoyo del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) tiene como objetivo reducir los niveles de pobreza y pobreza extrema entre la población rural mejorando los ingresos agrícolas y no agrícolas y las oportunidades de empleo de los hogares pobres rurales, aprovechando el potencial económico existente en la zona del proyecto.

Se centra en promover la capacitación y la asistencia técnica en el uso de tecnologías sostenibles, en mejorar el acceso a servicios financieros y a

créditos a corto plazo, en fortalecer las organizaciones sociales y productivas para aumentar su poder de negociación y su posibilidad de acceder a bienes y servicios, y en proporcionar pequeñas subvenciones para inversiones agrícolas. El proyecto promueve un enfoque integral que pretende responder a las particularidades específicas de los participantes y de sus territorios.

FUENTE: FIDA. 2009.

En Centroamérica y México se aplica una estrategia de combinar producción de subsistencia con producción dirigida a generar renta monetaria, por ejemplo, en el binomio maíz-frijol, que está en la base de los sistemas productivos y alimentarios de la población rural campesina e indígena (CEPAL, FAO e IICA, 2019). En México, el frijol es un producto importante que cultivan más de 570 000 productores de autoconsumo con variedades nativas en el centro-sur del país y de producción comercial en el centro-norte. El proyecto interinstitucional *Riqueza mexicana: para la defensa del consumo del frijol* promueve acciones conjuntas para mejorar la vinculación de la ciencia y la tecnología, el cultivo del sistema de la milpa³⁰ intercalado, la ruta de la milpa y campañas de promoción y difusión encaminadas a incidir en la producción y consumo de frijol. Asimismo, la entidad Seguridad Alimentaria Mexicana (Segalmex) está pagando precios de garantía a los pequeños productores de frijol y otros granos como maíz blanco, arroz y trigo panificable desde el 2019 con el objetivo

de incentivar el ingreso de los pequeños productores, para contribuir a mejorar su nivel de vida y aumentar la producción agropecuaria y la autosuficiencia alimentaria, reduciendo las importaciones a través de precios de garantía en granos básicos y en leche. La iniciativa *Frijol para México* se centra en adoptar nuevas prácticas agrícolas para contribuir al impulso de la productividad del cultivo del frijol, así como a la resiliencia frente al cambio climático, promoviendo así la autosuficiencia alimentaria del país y la reducción de las importaciones. El Proyecto Nacional de Plantas Nativas para la Alimentación y la Agricultura trata de fomentar el desarrollo de las comunidades rurales por medio del rescate y el uso sostenible de cultivos nativos para mejorar su economía, alcanzar la reconversión, la diversificación productiva y la autosuficiencia alimentaria.

Además, mejorar el acceso a la financiación es un factor clave para el desarrollo rural y urbano. Sin embargo, en ALC, una parte importante de la población rural -compuesta principalmente por hogares rurales pobres y los agronegocios pequeños y medianos en los que participan- se enfrenta a restricciones de acceso a servicios

³⁰ Es el terreno destinado al cultivo del maíz y, a veces, de otras semillas.

financieros, lo que da como resultado que se desaprovechan oportunidades de agronegocios viables por parte de dicho segmento de la población (FAO y Academia de Centroamérica, 2016).

En cuanto a esta temática, la situación es bastante heterogénea en los países de ALC y en su interior. Villarreal (2017) señala que, por ejemplo, en Costa Rica la banca estatal cuenta con 531 sucursales y más de 1 400 cajeros automáticos ubicados en todas las regiones del país, lo que ofrece una plataforma amplia para la inclusión financiera de los productores rurales. El país cuenta con una oferta de servicios financieros formales amplia, con bastantes facilidades de acceso crediticio para los usuarios finales, pero los procesos son bastantes burocráticos. En tanto, en Honduras se ha intentado ampliar la oferta por medio de las cajas rurales como mecanismos de contingencia y de apoyo económico que intentan favorecer la agricultura familiar del Corredor Seco. Las cajas rurales promueven la diversificación de los ingresos de los agricultores familiares, se promueve una cultura de ahorro y contribuyen para que los hogares puedan diversificar su alimentación y tener acceso a productos ajenos a su producción. Además de proveer recursos financieros, las cajas rurales apoyan el suministro de insumos productivos, como los fertilizantes (FAO, 2012a).

Empleo decente

Tal como se señaló en el apartado anterior, la falta de empleo y su precariedad son dos factores importantes que influyen negativamente en los niveles de malnutrición. La creación de empleo decente³¹ es una estrategia clave para promover el acceso económico a alimentos y contribuir a la seguridad alimentaria de los hogares en los territorios más rezagados. En general, las

³¹ El trabajo decente es un concepto desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para establecer las características que debe reunir una relación laboral acorde con los estándares internacionales, de manera que el trabajo se realice en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. El concepto se apoya en cuatro pilares: 1) normas y derechos en el trabajo, 2) creación de empleo y desarrollo empresarial, 3) protección social y 4) gobernanza y diálogo social.

mujeres y los hombres que viven en situación de pobreza solo cuentan con su trabajo para obtener ingresos. Por ello, un empleo de calidad permite a las familias un consumo más estable y una mejor calidad de vida (FAO, 2012b). Además, las políticas orientadas a promover el empleo y las actividades generadoras de ingresos son esenciales para incrementar los ingresos de las personas y, por tanto, la asequibilidad de las dietas saludables (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

La generación de empleo decente no debe limitarse solo a promover la empleabilidad, sino también a mejorar los mercados y las oportunidades laborales para los pobladores rurales y urbanos en situación de pobreza. Para que esto se cumpla, es importante definir qué acciones y servicios son los que mejor se adecúan a cada localidad como, por ejemplo, los que faciliten la expansión de opciones territoriales y extraterritoriales (FAO, 2018b).

Al mismo tiempo, es necesario fortalecer a las instituciones del mercado del trabajo con el objetivo de adaptar esquemas de seguridad social y políticas e intervenciones de mercado laboral (capacidades y competencias para el trabajo, rutas inclusivas de acceso a empleo formal y beneficios para el desempleo) pertinentes a las condiciones del trabajo en los territorios rezagados rurales y urbanos. Los trabajadores en situación de pobreza que habitan en estos territorios se emplean prácticamente en su totalidad en el sector informal, y sus ingresos son muy bajos e irregulares. Esto es una barrera para acceder a los programas contributivos. En este contexto, se pueden considerar diversas opciones, incluyendo pilares subsidiados para trabajadores de bajos ingresos o esquemas más flexibles que respondan, por ejemplo en el ámbito rural, a patrones contributivos que siguen el ciclo de generación de ingresos en el sector agropecuario (Winder-Rossi y Faret, 2019).

Es necesario señalar que, en la región, ha disminuido el empleo rural agrícola y ha aumentado el empleo en el sector servicios (Ramírez, 2019). En este sentido, el empleo y el ingreso rural no agrícola pueden ser parte de

la solución para disminuir la pobreza³², hacer frente a la modernización del sector agropecuario y mejorar la calidad de vida de la población en el ámbito rural (Berdegué, Reardon, Escobar y Echeverría, 2001).

La diversificación de los ingresos, con fuentes distintas a la agricultura, representa una opción para el desarrollo de las zonas rurales y puede contribuir reducir el hambre y pobreza, por lo que un componente importante de la política económica rural debería centrarse en el desarrollo de capacidades y la continuación de la escolaridad después de la educación secundaria. Asimismo, el desarrollo de infraestructuras físicas es fundamental para generar los vínculos urbano-rurales para el desarrollo de los mercados de productos, insumos y laborales.

Igualmente, es importante mejorar las oportunidades y condiciones de empleo en las zonas urbanas periféricas, las cuales concentran altos porcentajes de pobreza. Para ello, es relevante fortalecer el capital humano para mejorar sus oportunidades laborales a través de programas de nivelación de estudios, formación y capacitación. Esto debería ir acompañado de mecanismos que fomenten la inserción laboral de los jóvenes, fortaleciendo los vínculos entre el sistema educativo y el mundo laboral. Otro aspecto importante es la creación de programas de empleo. El instrumento más importante para la generación de empleo para grupos en situación de vulnerabilidad son los programas de empleo público, que podrían articularse con estrategias de desarrollo más amplias para generar impactos en el largo plazo. Asimismo, es importante apoyar a las pequeñas empresas para que mejoren sus capacidades, y aumenten sus recursos productivos y sus oportunidades de acceso a mercados (Millennium Project, s.f.).

³² Un estudio (RIMISP, en línea) realizado en Chile, Colombia y México arrojó que, en los tres países, el empleo rural no agrícola es muy importante en las zonas rurales, representando 60%, 67% y 68%, respectivamente. Además, concluyó que el ERNA al crecer en proporción del empleo en las zonas rurales de los países de América Latina y el Caribe, contribuye al cumplimiento de los ODS a través del incremento de los ingresos de los hogares.

El Programa Nacional de Empleo (PRONAE), implementado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, pone a disposición de personas pertenecientes a organizaciones jurídicas en las comunidades subsidios económicos y prestaciones complementarias para impulsar emprendimientos en turismo rural, agroindustria y artesanía; empleos en obras comunales, como la construcción de aulas en colegios, el mantenimiento de caminos rurales, salones multiuso, centros de salud, y capacitación en áreas estratégicas como idiomas, computación y gestión del turismo (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, citado en FAO, 2018). A partir del año 2009, el PRONAE incorpora la modalidad de Obra Indígena atendiendo proyectos de obra comunal en los territorios indígenas del país (FONDESAF, 2017).

2.2.2. Medidas para mejorar la producción y el acceso físico a los alimentos que promuevan una alimentación adecuada en los territorios rezagados

La región dispone de alimentos suficientes para alimentar a la totalidad de su población. La capacidad productiva y los mecanismos de comercialización que se han desarrollado en las últimas décadas podrían ser suficientes para disponer de alimentos nutritivos para todos (FAO, 2019). Sin embargo, esto no es sinónimo de que todos cuenten con la cantidad y diversidad de alimentos necesarios para garantizar una alimentación adecuada para su población (Intini y Torres, 2019). Esto es especialmente relevante en ciertos territorios (rurales y urbanos), que presentan altos niveles de retraso de crecimiento y sobrepeso infantil, donde la accesibilidad estable a alimentos nutritivos, diversificados y de calidad significa un desafío. En este contexto, es importante desarrollar políticas orientadas a favorecer la disponibilidad y el acceso físico a alimentos suficientes y saludables.

Tal y como se señaló antes, las características propias de los territorios pueden condicionar qué determinantes pueden ser más relevantes que otros para explicar las diversas formas de malnutrición. Así, para un hogar urbano de bajos

ingresos, el acceso físico a alimentos adecuados puede ser determinante para explicar posibles casos de desnutrición (o incluso sobrepeso). Sin embargo, para un hogar rural de bajos ingresos, el acceso físico a alimentos adecuados no lo sería, dado que dispone de mayor facilidad para acceder a frutas y verduras de huertos o productos de granjas, por ejemplo.

A continuación, se presentan una serie de medidas en este sentido: agricultura y cadenas de valor sostenibles que tienen en cuenta la nutrición, Programas de Alimentación Escolar (PAE) y circuitos cortos de comercialización.

Agricultura y cadenas de valor sostenibles que tienen en cuenta la nutrición

Mejorar el acceso físico a alimentos que promuevan una alimentación adecuada requiere de la puesta en marcha de opciones de políticas e incentivos que fomenten la producción agrícola sensible a la nutrición. Es decir, invertir en opciones que apoyen la producción de productos variados tales como frutas, verduras, lácteos, carnes, etc. que permitan que las personas lleven una alimentación diversificada y adecuada. Las inversiones que apoyan la producción de alimentos variados y nutritivos son esenciales para proporcionar un mayor acceso a una alimentación adecuada en entornos rurales pobres (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

La promoción de una agricultura sensible a la nutrición es uno de los principales enfoques productivos para abordar las diversas formas de malnutrición. Para América Latina y el Caribe, promover iniciativas productivas en pro de una alimentación saludable y sostenible permite abordar las distintas formas de malnutrición, al tiempo que integra un enfoque claro de sostenibilidad (FIDA, 2019).

El objetivo de la agricultura sensible a la nutrición es "maximizar el impacto positivo del sistema alimentario en los resultados nutricionales a la vez que la reducción al mínimo de cualesquiera consecuencias negativas no deseadas de las políticas e intervenciones agrícolas para el consumidor" (UNSCN, s.f., pág. 1). Siendo el sector agrícola esencial para el logro de los objetivos de nutrición.

Este tipo de agricultura se centra en los beneficios generados de llevar una alimentación variada y, reconoce el valor nutricional de los alimentos para tener una nutrición, salud y productividad adecuadas, además de aceptar la importancia social que posee el sector alimentario y agrícola para sostener los medios de subsistencia rurales. La agricultura sensible a la nutrición se centra en los hogares pobres, fomenta la igualdad de género y ofrece educación nutricional para así, mejorar la nutrición de los hogares, con énfasis en las mujeres y niños y niñas. Asimismo, vincula la agricultura a otros sectores tales como educación, salud y protección social para hacer frente a las diversas causas de la malnutrición (FAO, 2020f).

Este enfoque inicia con un análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional, identificando los principales problemas nutricionales que enfrenta la población objetivo (especialmente relacionados con el consumo excesivo o insuficiente de determinados alimentos o grupos de alimentos) y las principales causas de esta situación. A partir de ahí, se realiza un análisis integrado de los sistemas alimentarios locales, considerando su aporte a la seguridad alimentaria y nutricional, así como su sostenibilidad desde el punto de vista económico (generación de ingresos y reducción de la pobreza), social (inclusión de grupos vulnerables y equidad de género) y ambiental (gestión sostenible de los recursos naturales y resiliencia al cambio climático).

Este análisis permite identificar productos y cadenas de valor específicas que, no sólo tengan viabilidad económica, sino que también puedan responder a las necesidades nutricionales de la población y reforzar la capacidad del sistema alimentario para asegurar el acceso a una alimentación adecuada, de manera sostenible e inclusiva. Una vez seleccionadas las cadenas de valor con este potencial, éstas son analizadas para identificar inversiones sensibles a la nutrición en cada eslabón de la cadena (de la Peña y Garrett, 2019).

- ▶ A nivel de producción, promoción de buenas prácticas agrícolas, reducción del uso de pesticidas, promoción de variedades y especies de alto valor nutritivo, escalar la producción

para aumentar la disponibilidad a lo largo del año, etc.

- ▶ A nivel de almacenaje, procesamiento y transporte, promoción de insumos, equipamientos e infraestructuras que preserven la calidad nutricional del producto, aseguren la inocuidad de los alimentos y reduzcan las pérdidas post-cosecha.
- ▶ A nivel de comercialización, mejorar las condiciones de higiene de mercados locales, mejorar el acceso de agricultores familiares a mercados institucionales (compras públicas) que sirven a poblaciones vulnerables, etc.
- ▶ A nivel de consumo, realizar campañas de sensibilización nutricional a los consumidores, promocionar el consumo de alimentos nutritivos que componen una dieta saludable, elaborar recetas nutritivas adaptadas a los gustos locales, poner en valor productos locales y dietas tradicionales de alto valor nutritivo, etc. Las medidas que buscan regular la publicidad, el etiquetado frontal y las políticas fiscales son las políticas de mayor costo-efectividad a nivel del consumo para promover la alimentación saludable. En cambio, hay poca evidencia de la efectividad de campañas de sensibilización nutricional, que además son muy costosas.

De esta manera, es posible identificar inversiones en cadenas de valor específicas que contribuyan a promover sistemas alimentarios sensibles a la nutrición, sostenibles e inclusivos (véase Recuadro 15).

De igual forma, se debe fomentar la producción de alimentos diversos y en entornos periurbanos y urbanos debido a que el proceso de expansión de la población urbana como resultado de la migración de las zonas rurales a las urbanas y del crecimiento de la población, ha ido acompañado del aumento de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la malnutrición. La rápida urbanización y la pobreza urbana requieren de estrategias que permitan garantizar sistemas adecuados de suministro y distribución de alimentos para abordar las tasas de inseguridad alimentaria urbana y las consecuencias adversas en la alimentación y nutrición de la población (FAO, 2011).

Por lo general, los consumidores urbanos dependen de los alimentos comprados que

proviene de las áreas rurales o que son importados. Sin embargo, ante la falta de recursos económicos, los pobres urbanos deben recurrir a las actividades de agricultura urbana y periurbana como opción de supervivencia y sustento (FAO, 2011) mediante la inversión en la producción de cultivos hortícolas para proporcionar un mejor acceso a productos frescos tales como frutas y verduras. Además, al ser cadenas más cortas, se disminuye el riesgo de pérdidas de alimentos a lo largo de las cadenas de suministro (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

Según un estudio de UNSCN (s.f.) hecho para 8 países las políticas y los planes alimentarios y agrícolas de Brasil que promueven la agricultura familiar son los más sensibles a la nutrición. Estas políticas cuentan con un enfoque sostenible para los alimentos mejorados y la nutrición, el incremento de la producción de alimentos, la focalización en los grupos que presentan mayores grados de vulnerabilidad, la mejora del acceso a los mercados, y progresos en cuanto a procesamiento y almacenamiento de alimentos. Sin embargo, el informe señala que no se hace el suficiente énfasis en incrementar la producción de alimentos ricos en nutrientes, en fomentar la transformación para mantener el valor nutritivo de los alimentos, en disminuir las pérdidas posteriores a la cosecha, y en incorporar el tema de la educación nutricional.

RECUADRO 15 PROYECTO PARA LA INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE PEQUEÑOS PRODUCTORES RURALES EN EL NORESTE DE HONDURAS (PROINORTE)

El Proyecto para la Inclusión Económica y Social de Pequeños Productores Rurales en el Noreste de Honduras (PROINORTE), con 46,9 millones de dólares estadounidenses, implementado por el Ministerio de Agricultura y Ganadería y financiado por FIDA tiene como objetivo mejorar la nutrición de los pequeños productores rurales y aumentar sus ingresos, fortaleciendo en última instancia su resiliencia.

Para ello, adopta un enfoque de sistema alimentario sostenible para seleccionar y promover cadenas de valor. Este enfoque conlleva analizar los sistemas alimentarios a través de un proceso participativo de consulta regional en el que la población y las autoridades locales seleccionarán las cadenas de valor. Esta metodología de consulta multi-actor permite sensibilizar a los actores locales sobre la necesidad de considerar la seguridad alimentaria y nutricional en la selección de las cadenas de valor, identificar los retos y los beneficios que plantea cada cadena y garantizar una buena apropiación por parte de los actores locales.

Las cadenas de valor seleccionadas se analizan con una lente multidimensional para identificar inversiones que puedan mejorar la demanda y la oferta de alimentos nutritivos o agregar valor nutricional.

Por el lado de la demanda, el proyecto desarrollará campañas de concienciación sobre dietas saludables y equilibradas para al menos 15 000 beneficiarios, así como campañas de promoción que muestren los beneficios nutricionales de productos específicos.

Por el lado de la oferta, se promoverán prácticas seguras y ambientalmente sostenibles para garantizar la producción de alimentos diversos y seguros.

En la etapa de comercialización, el proyecto desarrolla alianzas comerciales sostenibles entre productores y compradores, con un enfoque particular en las cadenas de valor cortas. Además, el programa de comidas escolares, apoyado por el Programa Mundial de Alimentos, será uno de los mercados clave para los productos nutritivos de los pequeños productores.

FUENTE: FIDA, 2018.

Programas de alimentación escolar

Los programas de alimentación escolar (PAE) entregan alimentos a los estudiantes, generalmente a aquellos con mayores grados de vulnerabilidad y en situación de inseguridad alimentaria. En promedio, este tipo de programas beneficia al 37% de los hogares pobres en el mundo (BM, 2018). De acuerdo con el Banco Mundial (2018), los PAE con mayor cobertura de pobres se encuentran en Bolivia (Estado Plurinacional de) (73% de cobertura), El Salvador (69%), Nicaragua (67%), y Honduras y Panamá (66% en ambos casos).

Los PAE son políticas multisectoriales que pueden contribuir a diferentes áreas estratégicas,

entre ellas la educación, la salud, la agricultura y el desarrollo territorial, aunque no solo a estas. Además, son políticas transversales que buscan hacer frente a la pobreza y pueden promover el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, mejoran los hábitos alimentarios, garantizan el acceso a una alimentación saludable y pueden fomentar un desarrollo más inclusivo de la economía local cuando se vincula a las compras de alimentos provenientes de la agricultura familiar (FAO, 2019).

En la actualidad, casi todos los países de ALC cuentan con programas de alimentación escolar y aproximadamente 85 millones de niños y niñas reciben algún tipo de alimentación

escolar (desayuno, merienda, almuerzo o una combinación de estos), con una inversión anual aproximada de 4 300 millones de dólares estadounidenses, que por lo general provienen de los presupuestos nacionales (WFP, 2017a).

Los PAE pueden promover el consumo adecuado de macronutrientes y micronutrientes en la alimentación de los niños y niñas, lo que mejora la nutrición y la salud, disminuye la morbilidad y aumenta las capacidades de aprendizaje. Además, pueden ayudar a prevenir el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles (ENT) si se adoptan estándares para los niveles de azúcares libres, ácidos grasos saturados, grasas trans y sodio. Los alimentos que se entregan por medio de estos programas a menudo son fortificados para proporcionar micronutrientes adicionales a los estudiantes, contribuyendo así a reducir la prevalencia de la anemia y a mejorar su estado nutricional. Además, los PAE pueden ayudar a que los niños y niñas sigan una alimentación más saludable, ya que es probable que los hábitos alimenticios desarrollados en la infancia se mantengan durante la edad adulta. Esto puede ser parte de la solución para hacer frente a la doble carga de la malnutrición (WFP, 2019).

Un estudio de Bundy y otros (2009) señala que los PAE proporcionan una transferencia explícita o implícita a los hogares del valor de los alimentos distribuidos. Además, son relativamente fáciles de ampliar durante una crisis y pueden aportar un beneficio por hogar mayor al 10% de los gastos del hogar (véase Recuadro 16). Este tipo de transferencias aumentan la asistencia escolar, la cognición y el rendimiento educativo, en particular si se complementan con medidas como la desparasitación y el enriquecimiento o la suplementación con micronutrientes, lo que mejora la nutrición de los estudiantes.

Más importante aún, el mismo estudio de Bundy menciona que los PAE tienen potencial de impacto sobre los territorios rezagados, sirviendo además de estrategia de lucha contra la pobreza y la inseguridad alimentaria. Además, durante la última década, los PAE han pasado de ser programas asistencialistas y focalizados a programas más institucionalizados y con un diseño de cobertura universal del primer nivel de enseñanza (FAO, 2013a).

Sin embargo, las condiciones de las infraestructuras pueden ser insuficientes e inadecuadas, en especial en los sectores rurales, y esto afecta a la calidad de la alimentación escolar. En parte, esto se debe a la falta de recursos para mejorar las infraestructuras. Además, en las zonas rurales hay carencia o no se dispone de las condiciones adecuadas de equipos. Tampoco se cuenta con un suministro adecuado de agua, luz eléctrica y servicio sanitario (FAO, 2013b).

Bolivia (Estado Plurinacional de) tiene un enfoque altamente descentralizado de la alimentación escolar. Los gobiernos municipales autónomos son las entidades responsables de entregar los servicios de alimentación escolar desde la etapa de planeación hasta la de implementación y monitoreo. Para ello, establecen sus propios sistemas de implementación y administración. Las comunidades participan a través de los Consejos Educativos Social Comunitarios, que gestionan y operan los programas en las escuelas y son un mecanismo esencial de control. Estos consejos organizan la preparación y la distribución de las comidas escolares en los territorios (WFP, 2014). El análisis costo-beneficio llevado a cabo por el Programa Mundial de Alimentos (2017) en 15 municipios de Bolivia (Estado Plurinacional de)³³ concluyó que el Programa Nacional de Alimentación Complementaria Escolar (PNACE) es una inversión importante para los estudiantes, sus familias y toda la comunidad, tanto en áreas rurales como urbanas. Por cada dólar invertido en el programa hay un rendimiento económico de 4,71 dólares en zonas urbanas y 5,20 dólares en las zonas rurales, y por cada año adicional en la escuela, los niños y las niñas mejoran sus futuros ingresos en un 7%. Además, al recibir comidas escolares nutritivas los estudiantes mejoran su nivel nutricional y su estado de salud en general. Asimismo, se incrementa la asistencia a la escuela, tanto en zonas urbanas como rurales (7,90% y 9,95%, respectivamente) y la tasa de abandono escolar disminuye en un 3,03% en las áreas urbanas y un 2,37% en las rurales. Los alimentos escolares ofrecen un mercado para la producción agrícola local, lo que impulsa las economías locales.

³³ Departamento de Chuquisaca (Alcalá, Culpina, Icla, Incahuasi, Las Carreras, Mojocoya, Poroma, Sopachuy, Sucre, Tarabuco, Tarvita y Zudañez) y Departamento de Tarija (Padcaya, Tarija y Yunchará).

Brasil es un referente en cuanto a las compras públicas de la agricultura familiar con su Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) en el marco del Programa Hambre Cero (*Fome Zero*). Una de sus modalidades, el PAA Compra Directa con Donación Simultanea, prevé además de la compra de la agricultura familiar, la donación a entidades de la red de protección social (es decir, contribuye a la seguridad alimentaria en ambos los extremos, el de los pequeños productores y el de las familias que reciben la donación). También el Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) en Brasil determina que el 30% de la compra debe provenir de la agricultura familiar. El PAA y PNAE se consideran los principales programas de compras públicas de agricultura familiar en el mundo.

En Chile, las empresas proveedoras del Programa de Alimentación Escolar deben comprar parte de los insumos para la elaboración de los alimentos a la agricultura familiar campesina, pequeños productores locales y de zonas rezagadas. Así, las empresas deben adquirir el 15% de sus insumos a productores de las regiones en la que prestan el servicio, o adquirir el 10% de esos insumos en territorios denominados “zonas rezagadas” que forman parte del Programa de Zonas Rezagadas³⁴. En tanto, las instancias privadas que ofrecen el servicio en la Región Metropolitana de Santiago están obligadas a adquirir el 50% de sus insumos en las zonas rezagadas.

Con el objetivo de apoyar al Gobierno de Guatemala en la implementación de la Ley de Alimentación Escolar, que establece que un 50% de los alimentos del PAE se adquieran a los agricultores locales, el FIDA, la FAO y el PMA decidieron unir esfuerzos y trabajar de la mano de actores clave, como el Ministerio de Educación (MINEDUC) y el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAGA). El FIDA, la FAO y el PMA desarrollan un proyecto que apunta a fortalecer las capacidades de la cadena de valor del PAE, con la vinculación sostenible a la agricultura familiar, para ofrecer a los estudiantes comidas saludables, nutritivas, diversas y de origen local. El proyecto se desarrolla en 20 municipios de los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula y San Marcos, y la experiencia servirá de base para institucionalizar el enfoque de agricultura familiar vinculada a alimentación escolar, para sistematizar las prácticas y las lecciones aprendidas y para ayudar al Gobierno a expandir el modelo propuesto a nivel nacional y de forma sostenible. Por cada dólar incremental invertido, hay un retorno de 3,1 dólares en términos de mejora de la educación, de una mayor productividad, de una vida más sana y longeva, y de desarrollo económico local, entre otros factores. Esto se traduce en un beneficio incremental de 2.184 dólares durante la vida de un estudiante, en comparación con un costo incremental de 712 dólares por estudiante durante el período del PAE.

³⁴ El Programa de Zonas Rezagadas tiene como objetivo reducir las desigualdades mediante la implementación de políticas públicas dirigidas a reducir las brechas de desarrollo y bienestar que afectan a esos territorios respecto al resto del país. Se consigue a través de una política de intervención intersectorial, participativa, con foco en el desarrollo productivo, en la transferencia de competencias y en la generación de capital social y humano.

RECUADRO 16

POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR PARA GARANTIZAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

El cierre de las escuelas y de los PAE como consecuencia de las medidas para evitar la propagación del nuevo coronavirus significó que al menos 10 millones de niñas y niños en condición de mayor vulnerabilidad dejaron de acceder a los alimentos repartidos en las escuelas.

La Red de Alimentación Escolar Sostenible (RAES), en el marco del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025), que reúne a 23 países de la región, ha logrado identificar hasta el momento a 14 países que han seguido atendiendo a 55 millones de escolares, de los 65 millones afectados. Esta intervención de PAE en COVID-19 ha priorizado a los territorios más vulnerables a la inseguridad alimentaria.

Las modalidades de atención a los estudiantes son diversas y están compuestas por las entregas a cada familia en sus hogares, por transferencias monetarias, y por bonos de alimentos y canastas de alimentos que incluyen víveres perecederos y no perecederos que un tutor puede recoger en los centros escolares. Algunos ejemplos de países que han implementado PAE durante la pandemia incluyen a República Dominicana a través del Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) y la operación en Brasil, liderada por el Fondo Nacional para el Desarrollo Educativo (FNDE) y a nivel de las municipalidades y estados. En Costa Rica y Honduras también se implementan modalidades de entrega de kits alimentarios como

complemento a la alimentación que los escolares reciben en sus hogares.

El intercambio de experiencias, lecciones aprendidas y mecanismos para implementar un PAE durante la COVID-19 ha sido clave para que otros países puedan continuar ofreciendo el servicio incluso con las escuelas cerradas. En varios países fue necesario modificar la normativa vigente, flexibilizar los mecanismos de compras, así como implementar protocolos de bioseguridad acordes con las directrices de los ministerios de salud y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, la entrega de esta modalidad de PAE ha servido para continuar con acciones de educación nutricional complementaria incluida ya sea en las canastas de comida o a través de modalidad virtual, destacando en especial la higiene y la inocuidad en la preparación de alimentos.

Los desafíos para después de la pandemia son de corto, mediano y largo plazo. Inicialmente, será necesario fortalecer las redes de asistencia técnica para reabrir las escuelas y crear metodologías que contribuyan a una alimentación escolar saludable e inocua. Más adelante, habrá que fortalecer las políticas de alimentación escolar, como estrategia para garantizar una mejor calidad de la educación, de la seguridad alimentaria, de la nutrición y de la protección social.

FUENTE: FAO y CEPAL. 2020.

Circuitos cortos de comercialización (CCC)

Desarrollar diferentes circuitos cortos de comercialización (CCC) -acercando a los productores y a los consumidores, reduciendo la intermediación o promoviendo acuerdos entre productores y cadenas de venta- es una medida importante para mejorar el acceso a alimentos y hábitos saludables (Intini y Torres, 2019). Además, este tipo de políticas contribuyen a mejorar tanto los ingresos de los productores y la seguridad alimentaria y nutricional de la población en los territorios en los que se implementan, a la vez que reducen el impacto medioambiental de las cadenas agroalimentarias. En la región, los circuitos cortos han ido en expansión y se han concretado principalmente por medio de ferias y mercados ecológicos y orgánicos, así como por medio de la promoción de mercados locales.

El auge de los CCC como forma de comercio se debe en parte a la creciente demanda de los consumidores de productos locales, saludables y de temporada (CEPAL, 2014). Gracias a esta forma de comercio, pueden acceder a productos que promueven una alimentación adecuada, como frutas y verduras.

Sin embargo, se debe señalar que, pese a que los CCC se han expandido, no son un proceso nuevo, sino que fueron disminuyendo debido a la concentración de la población en los centros urbanos, a la intensificación y el escalamiento de la producción. Lo anterior permitió que aparecieran intermediarios, distribuidores y minoristas, y que se desarrollaran cadenas de comercialización largas y complejas (Köbrich Gruebler, Bravo Peña, y Cano Silva, 2015). Lo que conlleva a que la oferta alimentaria se concentre en cadenas de supermercados y grandes superficies.

En las comunidades locales, los CCC son un importante vector de dinamización y atracción de los territorios. Se consideran una forma de relocalización de las cadenas de valor para mantener el valor en los territorios³⁵, ya que generan empleos, capturan el valor a partir de activos inmateriales (marca, anclaje territorial),

mejoran la resiliencia de los territorios y valorizan el patrimonio (CEPAL, FAO e IICA, 2014).

Los CCC son especialmente relevantes en el marco de la promoción de sistemas alimentarios sostenibles y de cadenas de valor sensibles a la nutrición. Los consumidores de bajos ingresos (los que viven en territorios rezagados) por lo general adquieren los alimentos en mercados locales e informales. Por ello, el desarrollo de CCC que ofrezcan alimentos diversos, seguros y saludables permite mejorar el acceso a una dieta saludable de las poblaciones con mayores grados de vulnerabilidad (de la Peña y Garrett, 2019).

Uno de los principales desafíos es llevar a cabo investigaciones sobre las potencialidades de los diferentes tipos de CCC para los actores de la cadena agroalimentaria y para los territorios, con el fin de influir en mejores políticas públicas desde una perspectiva territorial integrada (FAO, 2016b).

En Chile se ha observado una tendencia creciente a la proliferación de CCC que promueven canales comerciales para los productos de la Agricultura Familiar Campesina (AFC). Por ejemplo, el Instituto de Desarrollo Agropecuario cuenta con una serie de iniciativas y programas de comercialización y agregación de valor que ofrecen productos campesinos a los habitantes de ciudades y pueblos, de modo que los productores venden de forma directa a los consumidores. Además, las ferias libres ubicadas en su mayoría en la vía pública son una de las principales vías de comercialización de los pequeños productores y abastecen de frutas y verduras a la población. De acuerdo con el Catastro Nacional de Ferias Libres (SECOTEC, 2016) hay más de 1 100 ferias libres a lo largo del país y 340 000 feriantes.

³⁵ Sin embargo, esto requiere movilizar mayor inversión en dichos territorios, tanto pública como privada.

2.2.3. Medidas para mejorar el uso y la calidad de los alimentos en los territorios rezagados

En este grupo de políticas para atender todas las formas de malnutrición en los territorios más rezagados se distinguen las que tienen por objetivo asegurar prácticas de atención y alimentación adecuadas, hábitos de consumo saludables y un entorno doméstico salubre y servicios de salud apropiados.

Esta sección describe las medidas políticas que atienden las necesidades alimentarias y nutricionales de los niños, las niñas, los jóvenes y las mujeres en edad fértil, por ser estos grupos de especial atención para evitar la propagación intergeneracional de la malnutrición. Posteriormente se analizarán intervenciones igualmente esenciales para garantizar el aprovechamiento biológico de los alimentos, como la provisión de agua potable y segura, las intervenciones relacionadas con la comunicación para el cambio social y de comportamientos, y políticas para asegurar la calidad de los alimentos consumidos fuera del hogar.

Políticas de fomento de la nutrición materno-infantil

Las intervenciones nutricionales materno-infantiles se han centrado en los primeros 1 000 días de vida del niño o de la niña, desde el embarazo hasta el segundo cumpleaños, dado que es el período identificado como una oportunidad para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil y asegurar un crecimiento adecuado. Durante este período, los niños y las niñas tienen mayores necesidades nutricionales para su crecimiento y desarrollo, y de no cumplirlas, el retraso del crecimiento puede ser irreversible. Una nutrición adecuada durante los primeros 1 000 días también es importante para prevenir el sobrepeso y las ENT. Por tanto, las intervenciones para mejorar la alimentación de lactantes y niños y niñas son una piedra angular de las políticas materno-infantiles (IFPRI, 2016).

Las inequidades en términos de ingresos en la región representan una limitación para el acceso a servicios de salud de calidad de grupos poblacionales con mayores grados de vulnerabilidad o mayor exclusión social, como las mujeres, los indígenas y los afrodescendientes,

personas con menos años de escolarización, personas de los quintiles de menores ingresos y personas que habitan en zonas rurales o en la periferia de las grandes ciudades (GTR, 2017). Dichas desigualdades amenazan los avances alcanzados en materia de salud y ponen en peligro el crecimiento y el desarrollo (Etienne, 2013).

Los gobiernos deben hacer frente a las inequidades en el acceso a la salud en los distintos territorios, teniendo en cuenta que los grupos en condiciones de marginalización son los que se enfrentan a mayores barreras de acceso a los servicios de salud (GTR, 2017). Los factores económicos y sociales y las fronteras geográficas suponen diferencias observables en las tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantiles, también en el interior de los países de ALC (Etienne, 2013).

Países como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay han logrado reducir sus tasas de mortalidad materna e infantil poniendo en marcha políticas públicas de protección social para la atención universal de la salud. Sin embargo, la aplicación efectiva de esas políticas en otros países de la región con poblaciones más heterogéneas y mayores desigualdades ha encontrado numerosos obstáculos (GTR, 2017).

Más de 90% de la población de Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú es destinataria de algún tipo de política para su atención sanitaria. En Brasil y Perú se optó por descentralizar los servicios de salud para ampliar la cobertura. En el caso de Bolivia, de México y también de Perú se implementó un seguro de salud gratuito para las personas de los quintiles más bajos. Por otro lado, en Colombia se optó por la participación del sector privado (Etienne, 2013; GTR, 2017).

Las mejores prácticas para los lactantes y los niños y las niñas se centran en la lactancia materna exclusiva y continuada hasta la edad de 2 años como mínimo y en la alimentación complementaria, es decir, en la introducción de alimentos blandos y sólidos seguros, apropiados para la edad a partir de los 6 meses de edad. La promoción de la lactancia materna ha demostrado ser una intervención

prometedora para mejorar la nutrición (IFPRI, 2016). Sin embargo, para conseguir la lactancia materna hasta los 6 meses al menos, no basta con promocionarla. Es necesario dar lugar a las condiciones de protección social que protejan a la mujer trabajadora.

El calostro y la leche materna proporcionan nutrientes esenciales para el crecimiento y el desarrollo de los lactantes y benefician la biología infantil y los hábitos nutricionales, lo que disminuye los riesgos de padecer sobrepeso y obesidad en la edad adulta, y además protege contra el retraso del crecimiento y la emaciación en la infancia. Además, la lactancia materna exclusiva ayuda a regular el aumento de peso materno durante el posparto, lo que a su vez proporciona beneficios adicionales para la salud relacionados con la nutrición para la madre, protegiéndola de la obesidad y de algunas ENT más adelante en la vida (OMS, 2014b).

Asimismo, combinar la lactancia materna continua con una alimentación complementaria adecuada protege contra el retraso del crecimiento. Es más, el tipo de la alimentación complementaria y el momento de empezar a administrarla pueden influir en el riesgo futuro de padecer sobrepeso y obesidad (Pearce y Langley-Evans, 2013; Bhutta, et al, 2013).

Tal como se ha mencionado en la sección anterior, en países del Caribe como Haití y Jamaica se constata la existencia de áreas con rezagos en el retraso del crecimiento. Por medio de *Baby-friendly Hospital Initiative* se busca garantizar que todas las madres y todos los bebés que nacen en las instalaciones de la maternidad reciban pleno apoyo en la lactancia. La iniciativa puede mejorar significativamente la salud de las madres y los bebés al proteger, promover y apoyar la lactancia materna (OMS, 2017).

Asimismo, Brasil ha realizado grandes avances en la mejora de las prácticas de lactancia materna. La duración media de la lactancia aumentó de aproximadamente 2,5 a 14 meses, entre 1974-1975 y 2006-2007. También se ha observado un incremento en las tasas de lactancia materna exclusiva, que pasó de 4% en 1986 a 48% en 2006-2007. Todo ello se debe a una serie de acciones que puso en marcha el Gobierno central. En 1981 se lanzó el Programa Nacional para la Promoción de la Lactancia Materna a través de una campaña en los medios de comunicación para sensibilizar a los tomadores de decisiones y al público sobre la necesidad de mejorar las tasas de lactancia materna. Se desarrollaron estrategias de comunicación focalizadas, a través de múltiples canales y con mensajes adaptados al contexto local y a las barreras específicas para la lactancia materna. Sin embargo, dichos logros no se podrían haber alcanzado por sí solos. Se necesitó una expansión más amplia en el acceso a servicios de salud y nutrición materno-infantil y políticas a favor de los grupos con mayores grados de vulnerabilidad. Brasil también ha sido un país líder en la región a través de su apoyo a los bancos de leche humana en unidades de cuidados intensivos neonatales en casi todos los países de ALC, que no solo proporcionan leche humana a los recién nacidos en estado crítico, sino que también fomentan una cultura de lactancia materna en el hospital (IFPRI, 2016).

Alimentación complementaria

La OMS y el UNICEF recomiendan introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses de vida, y continuar la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS, 2020).

La alimentación complementaria contribuye a avanzar tres metas mundiales de nutrición para 2025³⁶:

³⁶ Meta 2.1. de los ODS: 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.

- ▶ Reducir 40% el retraso del crecimiento (talla baja para la edad) en los niños y las niñas menores de 5 años (OMS, 2017a).
- ▶ Evitar el aumento del sobrepeso en niños (OMS, 2017b).
- ▶ Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil (OMS, 2017c).

Alrededor de los 6 meses, la leche materna ya no basta para cubrir las necesidades de energía y nutrientes del lactante (OMS, 2020). Se recomienda específicamente seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más, y ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes³⁷, empezando con pequeñas cantidades y aumentando gradualmente la cantidad y la frecuencia con la que se ofrecen. Los alimentos de origen animal como la carne, el pollo, el pescado, los huevos y los productos lácteos, entre otros, son particularmente importantes ya que aportan nutrientes esenciales, en particular el hierro y el zinc, y favorecen el crecimiento físico adecuado y un rendimiento cognitivo óptimo (UNICEF, 2019a). Introducir las frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas antes de los 2 años es beneficioso, ya que aparte de ser una fuente de vitaminas, minerales y fibras, los niños y las niñas se acostumbran a consumirlos, también en la edad adulta. Además se recomienda alimentar a los niños y las niñas con cariño y paciencia, manteniendo contacto visual y respondiendo a sus señales de hambre y saciedad, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos.

Si la alimentación de los niños y las niñas no es lo suficientemente diversa a partir de los 6 meses, es posible que no obtengan suficientes nutrientes para un crecimiento adecuado, lo que puede tener un efecto negativo en su desarrollo físico y mental (UNICEF, 2019a). Por otro lado, la alimentación recibida entre los 6 y los 23 meses puede ser uno de los principales factores de riesgo de sobrepeso, sobre todo si: 1) los niños y niñas de esa edad consumen alimentos con un alto contenido de azúcar, sal o grasas, que los predisponen a preferencias alimentarias poco saludables más adelante y 2) las prácticas de

alimentación de sus cuidadores no responden a las manifestaciones de hambre y de saciedad, lo que puede contribuir a un sobreconsumo de alimentos (UNICEF, 2019b).

Solo algo más de dos terceras partes de los niños y niñas de entre 6 y 8 meses del mundo consumen alimentos de complemento. Sin embargo, hay demasiados que comienzan a recibirlos antes de los 6 meses. En ALC, casi la mitad de los bebés de entre 4 y 5 meses y alrededor del 15% de los bebés de entre 2 y 3 meses ya reciben alimentos (UNICEF, 2019a). En cuanto a la diversidad alimentaria, los datos para la región son más alentadores. A nivel mundial, el 29% de los niños y las niñas de entre 6 y 23 meses consume alimentos de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos, en comparación con el 60% en ALC (UNICEF, 2019c). Perú, El Salvador y Cuba encabezan la lista de los países con mayor porcentaje de niños y niñas de entre 6 y 23 meses que consumen un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos (83, 73 y 70%, respectivamente), mientras que República Dominicana, Guyana y Haití ocupan el final de la lista (51, 40, y 19%, respectivamente). A pesar de estos datos, en la región, el 30% de este grupo de edad no recibe alimentos de origen animal y el 20% no toma ningún tipo de fruta o vegetal. En comparación con los niños y las niñas de 12 a 23 meses de edad, los niños y niñas de entre 6 y 11 meses tienen una alimentación menos diversificada.

En lo que se refiere a los alimentos comerciales para bebés y niños pequeños, sus ventas a nivel mundial han crecido en los últimos años y existe una gran preocupación en cuanto al daño que pueden causar durante los primeros años de vida: los altos niveles de grasas saturadas y trans, azúcares libres y sal de algunos de estos productos pueden predisponer a las niñas y los niños a sufrir ENT y a moldear sus preferencias y hábitos alimentarios a lo largo de sus vidas (UNICEF, 2020). El empaquetado también puede ser problemático cuando los alimentos vienen listos para consumir, ya que la facilidad y la rapidez de consumo pueden llevar a un consumo calórico elevado en muy poco tiempo, además de crear dependencia de estos productos en las familias en detrimento de los alimentos preparados en casa. Finalmente, la promoción

³⁷ El UNICEF y la OMS recomiendan que los niños y las niñas de esta edad tomen un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos.

y la publicidad de estos productos contribuye a esta problemática. Es el caso de, por ejemplo, la comercialización y la publicidad inapropiada de sucedáneos de la leche materna. En algunos países de la región como Chile, México, Perú y Uruguay los gobiernos están tomando cada vez más medidas para reducir el consumo de alimentos poco saludables, exigiendo el

etiquetado frontal para alertar sobre el contenido de nutrientes de los alimentos, incluidos los destinados a los niños y las niñas.

Dado que la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad muchas veces coexisten, es importante ofrecer soluciones integradas (véase Recuadro 17).

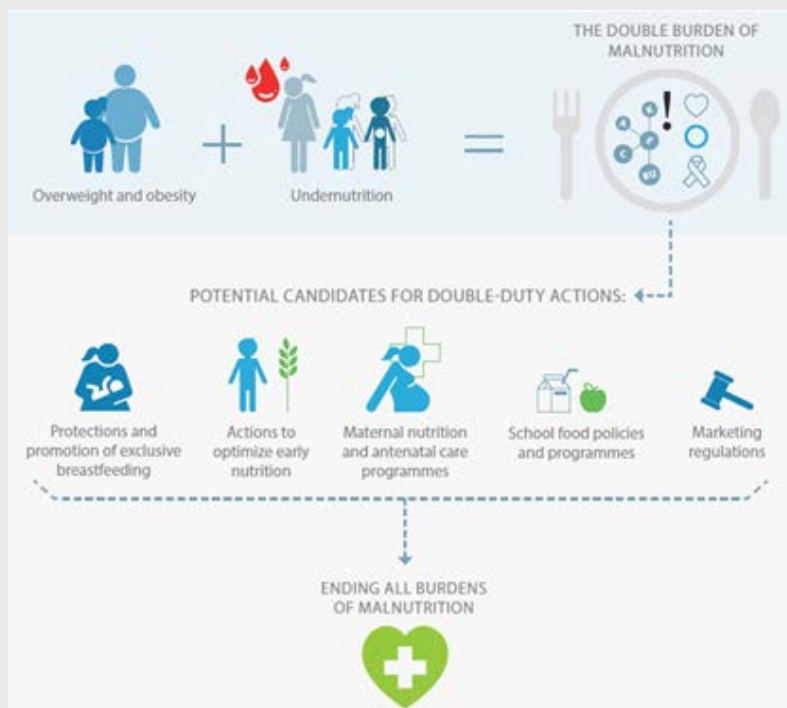
RECUADRO 17 ACCIONES DE DOBLE FUNCIÓN

Las acciones de doble función incluyen intervenciones, programas y políticas que tienen el potencial de reducir simultáneamente el riesgo o la carga de la malnutrición (incluida la emaciación, el retraso del crecimiento y la deficiencia o insuficiencia de micronutrientes) y el sobrepeso, la obesidad o las ENT asociadas con la alimentación (incluida la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer). Este tipo de acciones aprovechan la coexistencia de múltiples formas de

malnutrición y sus factores compartidos para ofrecer soluciones integradas.

Las acciones de doble función no son necesariamente acciones nuevas. A menudo, ya se utilizan para abordar formas únicas de malnutrición, pero con el potencial de abordar sus múltiples formas simultáneamente.

FUENTE: OMS, 2017a.



Agua, saneamiento e higiene

Pese a los avances registrados en la región desde 1990 en la cobertura de fuentes mejoradas de agua potable gracias a la expansión del agua corriente, aún se pueden observar desigualdades en materia de saneamiento y agua potable. Una parte de la población carece de servicios de agua y saneamiento. En el 2015, 18 millones de latinoamericanos y caribeños practicaban la defecación al aire libre y 34 millones continuaban utilizando fuentes no mejoradas de agua para el consumo humano (JMP, OMS y UNICEF, 2016). Además, existen grandes desigualdades por nivel de riqueza en el acceso a saneamiento mejorado y agua potable. En ALC, la cobertura de saneamiento y agua potable es considerablemente menor en los hogares más pobres. Además, la cobertura de saneamiento y fuentes mejoradas de agua potable es menor en los grupos indígenas. Debido a la falta de infraestructuras y a los servicios públicos inadecuados, las condiciones de vida de la población son inapropiadas en las zonas periféricas, como en los barrios pobres de las zonas centrales. En las zonas urbanas centrales, las personas de los quintiles más pobres no pueden acceder a una vivienda segura con un suministro adecuado de agua, saneamiento e higiene. En la periferia, la gente no tiene acceso a agua ni a saneamiento y no cuenta con servicio de recogida de residuos. Es más, las personas que viven en casas autoconstruidas en subdivisiones ilegales e informales, por lo general, deben pagar precios más elevados por el agua (BID, 2009).

El informe del Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento (JMP) puesto en marcha por la OMS y UNICEF (2016) señala que existen diferencias importantes en materia de agua, saneamiento e higiene entre subregiones, países y regiones de un mismo país. Por ejemplo, en Brasil la cobertura de agua corriente en el hogar o local varía según la región. Pese a que, a nivel nacional, el agua corriente en el hogar o local llegaba a más del 80% de los hogares los porcentajes más bajos se registraban en Rondônia (37%), Acre (45%), Pará (46%) y Amapá (56%). La cobertura de saneamiento mejorado también varía considerablemente entre las regiones con la mayor y la menor cobertura. En Honduras, los departamentos de Atlántida y Choluteca cuentan

con una cobertura de saneamiento mejorado que alcanza el 88% de los hogares, mientras que en el departamento de Gracias a Dios, la cobertura solo alcanza al 30%.

Las intervenciones en el sector de la nutrición y del agua, el saneamiento y la higiene están estrechamente vinculadas. La nutrición de las personas resulta afectada por un conjunto de relaciones entre una baja calidad o cantidad de agua, malas instalaciones de saneamiento (o ausencia de ellas) y malas prácticas de higiene. Una ingesta alimentaria inadecuada y las enfermedades e infecciones relacionadas con distintos factores provocan desnutrición. Además, un acceso deficiente al agua, al saneamiento y la higiene puede provocar serios problemas nutricionales, ya sea por casos de diarrea, infecciones o enteropatía ambiental. Todas ellas afectan a la absorción de nutrientes y ponen en riesgo la salud de la población, sobre todo la de los grupos con mayores grados de vulnerabilidad, en este caso los niños y las niñas (IFPRI, 2016; UNICEF y Humanitas, 2018).

En Brasil, el Programa Cisternas de acceso al agua para consumo humano y agua para producción para familias en pobreza extrema en la región semiárida rural. La estrategia de focalización familiar es basada en el Registro Único de Brasil (*Cadástro Único*) y la focalización de los municipios, en datos de inseguridad alimentaria del Ministerio de la Ciudadanía. Entre 2003 y 2016 se construyeron 1,2 millones de cisternas, y la meta de 1 millón se alcanzó en 2014. Esto ha beneficiado a 4,5 millones de personas en la región semiárida. La población está aprendiendo a cultivar de forma sostenible en sus pequeñas parcelas, a través del resurgimiento de métodos tradicionales y especies nativas. Ahorrar y almacenar agua significa que hay menos o ninguna necesidad de usar fertilizantes. También están aprendiendo a conservar la *caatinga* (bosques y matorrales circundantes) y a plantar árboles, mandioca, cactus y otra vegetación autóctona resistente. Para las mujeres, la política es transformadora. Las cisternas se registran a nombre de la mujer jefa de hogar, lo que les confiere propiedad, estatus y responsabilidad. La recolección de agua en el hogar significa que ya no tienen que caminar

kilómetros para buscar agua. Los niños pueden ir a la escuela y las mujeres tienen tiempo libre para otras actividades: participación comunitaria, aprendizaje de nuevas habilidades y cultivo de alimentos, incluidas verduras, plantas nativas y medicinales, y cría de pollos y cabras. Esto brinda a las mujeres una mayor independencia e ingresos, y aumenta la seguridad alimentaria de sus familias (World Future Council, 2020).

Comunicación para el cambio social y de comportamientos para reducir barreras hacia una alimentación adecuada

Más de 40 millones de personas sufren de hambre en ALC. Casi uno de cada tres niños y niñas menores de 5 años padece anemia. Al mismo tiempo, el sobrepeso y obesidad son un problema cada vez más importante en la región. El 60% de la población adulta tiene sobrepeso y el 24%, obesidad. Sin embargo, estos números conducen a preguntas más complejas. ¿Qué comen las personas? ¿Qué elecciones se hacen a la hora de comprar? ¿Cómo se usa el efectivo? ¿Por qué lo hacen? ¿Cómo se puede generar un cambio positivo? Cada comida es una toma de decisión y da cuenta del entorno donde estas decisiones tienen lugar. Sin embargo, lo que se come no solo es responsabilidad individual. En gran medida la decisión es resultado de lo que los sistemas agroalimentarios, las industrias y los supermercados producen y publicitan, así como de los precios y los subsidios.

En los últimos 20 años, la región ha logrado avances significativos en la reducción de la desnutrición. Sin embargo, las familias más pobres aún gastan la mayor parte de sus ingresos en comida y el sobrepeso y la obesidad aumentan en la mayoría de los países. No obstante, las barreras para acceder a alimentos que promueven una alimentación adecuada tienen raíces tanto en la estructura como en las normas sociales, las relaciones de poder y las prácticas.

Las estrategias de comunicación (marketing social, *engagement*, comunicación para el cambio social y de comportamientos) pueden contribuir a generar nuevas "normas" y a activar cambios positivos sobre los entornos alimentarios y las decisiones relacionadas con la alimentación.

En este sentido, los distintos componentes de los programas de protección social o servicios comunitarios reducen barreras físicas, estructurales o de acceso económico a una alimentación saludable. Por otro lado, la comunicación contribuye a reducir las posibles barreras psicosociales (estereotipos, mitos, autoconfianza, hábitos, normas de género) y convertir las dietas saludables en una aspiración.

Las experiencias en este tipo de diseños combinados y el interés por ellas, que trasciende el enfoque más unidireccional de la educación nutricional, han ido creciendo en las organizaciones internacionales, la sociedad civil y los gobiernos nacionales y locales de la región. El giro fundamental, además de integrar estas iniciativas con otros programas y servicios sociales, es que colocan a las poblaciones en el centro de su gestión en tanto sujetos activos en su propia transformación.

En Argentina se llevó a cabo el proyecto *Promoción de estilos de vida saludable en la escuela*, destinado a alumnos de 6 a 12 años de edad de una escuela pública primaria en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba. La intervención educativa interdisciplinaria contó con participación intersectorial y tenía como objetivo promover estilos de vida saludables entre niños en edad escolar por medio de talleres de educación nutricional y un quiosco saludable. En el proyecto participaron un total de 127 niños y niñas de edades comprendidas entre 5 y 14 años. En lo referente al consumo alimentario, se encontró que solo el 24,4% consumía lácteos a diario en el desayuno y el 89% consumía al menos una fruta al día. Por otro lado, el 56,7% de los niños y las niñas prefiere consumir golosinas tres veces por semana o más. La evaluación de la oferta y la demanda posterior a la intervención del quiosco saludable señaló que persistió la preferencia por los snacks, las golosinas y las bebidas azucaradas, pero se incrementó la demanda de cereales-panificados y de frutas (Scruzzi, Cebreiro, Pou y Rodríguez Junyent, 2014). Asimismo, concluyó que, tanto la familia como la comunidad educativa desempeñan un papel importante en la formación de los hábitos alimentarios y se reconoce que la escuela ofrece una oportunidad valiosa para la educación alimentaria y nutricional.

Tal y como se señaló en la sección anterior, la doble carga de la malnutrición es uno de los principales desafíos para Bolivia, que registra un aumento creciente de los índices de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes. En un esfuerzo conjunto entre la Unidad de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud del país, un programa de televisión digital orientado a adolescentes (PICA) y el Programa Mundial de Alimentos, se desarrolló una estrategia, basada en la producción participativa de contenidos audiovisuales que conectan los temas nutricionales con las motivaciones, las preocupaciones y las aspiraciones de los adolescentes. La estrategia, implementada en dos departamentos del país, El Alto y La Paz, evidenció la brecha existente entre los conocimientos de los adolescentes en materia de alimentación y nutrición, y sus actitudes y comportamientos en torno a la comida procesada, alta en azúcares y grasa. Por tanto, el proceso se concentraría, en entender las causas de raíz de esa brecha y las potenciales motivaciones hacia una transformación positiva de esas prácticas, entendiendo a los adolescentes como impulsores y protagonistas de ese cambio. El programa piloto fue financiado por el Ayuntamiento de Vigo, en España.

Aunque Perú ha recibido reconocimiento por reducir la desnutrición crónica infantil en los últimos 10 años, aún existen retos que afrontar. Como se expuso en la sección anterior, la anemia es un desafío persistente para el desarrollo físico, cognitivo y social de las niñas y los niños, sobre todo de los menores de 3 años. Por otra parte, la obesidad y el sobrepeso siguen aumentando. Los problemas causados por la mala alimentación se acentúan en las zonas más pobres de la sierra y la selva, y tienen consecuencias sobre el futuro de las niñas y los niños. Para afrontarlos, el Gobierno peruano ha puesto en marcha diversas iniciativas entre las que destacan el Plan Nacional para la Reducción y el Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2022 y el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia. En ese contexto, en el 2017 el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social lanzaron en conjunto con el PMA de las Naciones Unidas el programa de televisión *Cocina con Causa*, en alianza con el Instituto de Radio y Televisión del Perú. El programa se ha grabado en distintas locaciones geográficas para representar la diversidad del país. Jóvenes, familias y especialistas en nutrición han presentado soluciones creativas a los desafíos cotidianos en materia de alimentación. Su primera temporada tuvo más de 3 millones de espectadores, con resultados positivos de recordación e intención de mejora. Como parte de la misma estrategia, para complementar a nivel local, jóvenes artistas y personal de los servicios comunitarios de vigilancia nutricional escribieron, produjeron y transmitieron una radionovela para promover una alimentación saludable conectando con mitos, tradiciones, normas sociales de género y otras dinámicas de la vida social y cultural en las comunidades.

RECUADRO 18 LA GASTRONOMÍA COMO FORMA DE PROMOCIÓN DE ALIMENTOS TRADICIONALES, SALUDABLES Y SOSTENIBLES Y COMO MOTOR DE DESARROLLO RURAL

El auge repentino de la gastronomía ha puesto de manifiesto su poder para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional, y el desarrollo rural.

Por un lado, permite rescatar y revalorizar los alimentos y las dietas tradicionales, promoviendo hábitos de consumo saludables e impulsando el uso de productos locales y ecológicos de calidad. Por otro lado, puede ser un instrumento de inclusión productiva y social que conecta a pequeños agricultores familiares con el mercado y la cadena de valor de la gastronomía, la hostelería y el turismo, y ofreciendo opciones de integración laboral a los jóvenes.

Este enfoque de gastronomía social accesible a la clase media y trabajadora permite ofrecer una alternativa saludable a los consumidores, promoviendo alimentos tradicionales y una alimentación equilibrada y sostenible como alternativa al alarmante incremento del consumo de

comida rápida y ultraprocesada en la región.

Por ejemplo, el programa Rural 4 Young People, financiado por el FIDA, pretende mejorar hábitos alimentarios y promover el consumo de alimentos saludables mejorando los conocimientos nutricionales y poniendo en valor los alimentos sanos y nutritivos con identidad cultural. Además, se crean empleos dignos para jóvenes a través de la formación profesional y el establecimiento de emprendimientos sostenibles en los sectores de la gastronomía y la hostelería. El grupo destinatario son 4 800 jóvenes entre 16 y 35 años de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y Honduras, indígenas o afrodescendientes, en situación de pobreza y que viven en zonas rurales y semiurbanas, priorizando la participación de mujeres en un 70%.

FUENTE: FIDA, 2020.

Calidad de los alimentos³⁸ consumidos fuera del hogar

Una ingesta excesiva de azúcares, grasas y sal y, una ingesta inadecuada de proteínas y micronutrientes de alto valor se asocia con el retraso del crecimiento, un aumento de la mortalidad e infecciones en lactantes, niños y niñas. Esto conlleva la reducción de la capacidad de aprendizaje en los niños y niñas y, por ende, de la productividad en la etapa adulta. En los entornos de recursos limitados, la alimentación se basa por lo general en una limitada variedad de productos alimentarios de origen vegetal que pueden carecer de suficientes nutrientes esenciales. Al mejorar las condiciones económicas, la alimentación se modifica y se empiezan a consumir más alimentos de origen animal, grasas y aceites, azúcares y productos altamente procesados. Dicha transición nutricional puede tener consecuencias para la salud más a largo plazo, como el aumento del riesgo de sobrepeso u obesidad y el desarrollo de ENT en etapas posteriores del ciclo de vida (IAEA, 2020).

Los alimentos consumidos fuera del hogar representan una proporción cada vez mayor del consumo de alimentos a nivel mundial, debido a factores como la creciente urbanización, la participación femenina en el mercado laboral y las propias innovaciones en la comercialización, la distribución, el procesamiento y la conservación de los alimentos. La población cuenta con diversas opciones: vendedores ambulantes, restaurantes y tiendas de comestibles, entre otros (Vakis, Genoni, y Farfan, 2015). Las personas que viven en los territorios más rezagados en relación al sobrepeso infantil en general se sitúan en los quintiles medios y bajos según sus ingresos, y viven en ciudades o entornos urbanos. Con frecuencia, el tiempo y la distancia necesarios para desplazarse desde sus hogares a sus lugares de trabajo provoca un mayor consumo de alimentos fuera del hogar, en locales y puestos de comida a precio accesible que habitualmente tienen una baja calidad

³⁸ Se entiende por alimentos de calidad aquellos que promueven una alimentación diversificada, equilibrada y adecuada, que proporcionan la energía y los nutrientes esenciales para el desarrollo y para llevar una vida saludable y activa (IAEA, 2020).

nutricional, lo que puede fomentar el sobrepeso y obesidad.

En la región, la compra de alimentos en la vía pública representa entre 20 y el 30% del gasto familiar urbano y es una importante fuente de empleo. Es más, la venta ambulante es una fuente de ingresos importante para las mujeres, que representan entre el 70 y el 90% de los vendedores (FAO, 1995). En ALC, la Comisión del *Codex Alimentarius* ha adoptado un documento regional de orientación sobre la venta ambulante de alimentos que constituye la base de un código de prácticas de aplicación en los respectivos países bajo la responsabilidad de las autoridades locales (FAO, 1995). ■

En El Salvador, un estudio de la Defensoría del Consumidor (2019) encontró que las personas que consumen comida preparada fuera del hogar lo hacen con una frecuencia alta. Más del 30% de los encuestados indicó que tomaba el desayuno y el almuerzo fuera del hogar entre semana. En cambio, en el caso de la cena la frecuencia de consumo de comida preparada fuera del hogar era de entre dos y tres veces en la semana. Respecto a los alimentos consumidos de preferencia fuera del hogar, las pupusas (tortillas gruesas a base de masa de maíz o de arroz) son las más consumidas para el desayuno y la cena, mientras que para almorzar el pollo es el alimento más consumido. En el caso de las bebidas, las más consumidas son el café para el desayuno, el refresco de frutas para el almuerzo y bebidas gasificadas para la cena. El consumo de agua para acompañar la alimentación fuera del hogar es relativamente bajo. Solo el 14% de los encuestados manifestó que prefería tomar agua con el desayuno. En el almuerzo la cifra alcanzaba el 20% y en la cena, el 19%. En términos monetarios, las personas que consumen alimentos preparados fuera del hogar gastan cada semana un monto que oscila entre 5,05 y 7.50 dólares en el desayuno; 10,05 y 12.50 dólares en el almuerzo y más de 6 dólares en la cena.

BIBLIOGRAFÍA

Aheto, J. M., Keegan, T., Taylor, B. y Diggle, P. J. (2015). Childhood Malnutrition and Its Determinants among Under-Five Children in Ghana. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(6), 552-561. doi:10.1111/ppe.12222

Arias, D., Vieira, P. A., Contini, E., Farinelli, B. y Morris, M. (2017). Agriculture Productivity Growth in Brazil: Recent Trends and Future Prospects. *BM*. doi:https://doi.org/10.1596/29437

Barton, M. (2012). Childhood obesity: a life-long health risk. *Acta Pharmacol Sin.*, 33(2), 189-193. doi:https://doi.org/10.1038/aps.2011.204

Beazley, R., Solórzano, A. y Barca, V. (2019). Protección social reactiva frente a emergencias en América Latina y el Caribe: Principales hallazgos y recomendaciones. Oxford Policy Management en colaboración con el Programa Mundial de Alimentos. Oxford: Oxford Policy Management en colaboración con el Programa Mundial de Alimentos.

Berdegú, J., Reardon, T., Escobar, G. y Echeverría, R. (2001). Opciones para el desarrollo del empleo rural no agrícola en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: BID. Recuperado el 4 de junio de 2020, de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Opciones-para-el-desarrollo-del-empleo-rural-no-agr%C3%ADcola-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Berdegú, J.; Carriazo, F.; Jara, B.; Modrego, F.; Soloaga, I. (2015). Cities, Territories, and Inclusive Growth: Unraveling Urban-Rural Linkages in Chile, Colombia, and Mexico. *World Development*, 73, 56-71. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X14004112>

Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., Gaffey, M., Walker, N., Horton, S., . . . Black, R. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382(9890), 452-477.

BID. (2009). Pobreza en áreas centrales urbanas. Métodos de análisis e intervenciones. Washington D.C.: BID. Recuperado el 3 de agosto de 2020, de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pobreza-en-%C3%A1reas-centrales-urbanas-M%C3%A9todo-de-an%C3%A1lisis-e-intervenciones-Manual-de-consulta-para-profesionales.pdf>

Biermayr-Jenzano, P. (2020). Medidas de protección social para la adopción de dietas sanas y accesibles en América Latina y el Caribe: Una revisión de la literatura. IFPRI. Washington, DC: IFPRI.

BM. (2018). The State of Social Safety Nets 2018. Washington, D.C.: BM. Recuperado el 1 de julio de 2020, de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29115>

BM. (2020). World Development Indicators. Recuperado el 6 de julio de 2020, de DataBank del BM: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>

Bundy, D., Burbano, C., Grosh, M., Gelli, A., Jukes, M. y Drake, L. (2009). Rethinking School Feeding: Social Safety Nets, Child Development, and the Education Sector. Washington, D.C.: WFP y BM. doi:https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7974-5

Cárdenes, I. y Solórzano, A. (2019). Social protection and climate change: WFP Regional Bureau for Latin America and the Caribbean's vision to advance climate change adaptation through social protection. Programa Mundial de Alimentos en colaboración con Oxford Policy Management. Panamá: Programa Mundial de Alimentos en colaboración con Oxford Policy Management.

CEPAL. (2014). Agricultura familiar y circuitos cortos: Nuevos esquemas de producción, comercialización y nutrición. Memoria del seminario sobre circuitos cortos realizado el 2 y 3 de septiembre de 2013. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 4 de agosto de 2020, de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/36832>

CEPAL. (2019). Panorama Social de América Latina 2019. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>

CEPAL. (2020). Observatorio COVID-2019 América Latina y el Caribe: acciones por país. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

CEPAL. (2020a). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 31 de julio de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45782/1/S2000471_es.pdf

CEPAL. (2020b). Medidas de recuperación del sector turístico en América Latina y el Caribe: una oportunidad para promover la sostenibilidad y la resiliencia. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 31 de julio de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45770/1/S2000441_es.pdf

CEPAL. (8 de enero de 2020c). CEPALSTAT. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de Bases de datos y publicaciones estadísticas de CEPAL [en línea]: https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/ESTADISTICASIndicadores.asp

CEPAL. (15 de Setiembre de 2020d). Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL. Obtenido de Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL: <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

CEPAL y FAO. (2020). Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Recuperado el 31 de julio de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf

CEPAL y OPS. (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. CEPAL y OPS.

CEPAL y WFP. (2017). El costo de la doble carga de la malnutrición. Obtenido de <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000110371/download/>

CEPAL, FAO e IICA. (2014). Boletín CEPAL/FAO/IICA. Fomento de circuitos cortos como alternativa para la promoción de la agricultura familiar. CEPAL, FAO e IICA. Recuperado el 2 de julio de 2020, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37152-fomento-circuitos-cortos-como-alternativa-la-promocion-la-agricultura-familiar>

CEPAL, FAO e IICA. (2019). Perspectivas de la agricultura y del desarrollo rural en las Américas: una mirada hacia América Latina y el Caribe 2019-2020. San José. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <https://www.cepal.org/es/comunicados/bioeconomia-llave-desarrollo-rural-america-latina-caribe>

Congreso de Colombia. (6 de agosto de 2020). Ley 2046. Recuperado el 31 de agosto de 2020, de Presidencia de la República de Colombia: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202046%20DEL%206%20DE%20AGOSTO%20DE%202020.pdf>

Correa, N. B. (2019). Pueblos Indígenas y Población afrodescendiente. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 24. Santiago de Chile: FAO. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <http://www.fao.org/documents/card/en/ca5500es>

Correa, T., Fierro, C., Dillman Carpentier, F. R., Smith Taillie, L. y Corvalan, C. (13 de febrero de 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). doi:<https://doi.org/10.1186/s12966-019-0781-x>

CSA. (2015). Vinculación de los pequeños productores con los mercados. Obtenido de <http://www.fao.org/cfs/cfs-home/activities/smallholders/es/>

- Cuadrado, C. y 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. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/calculo-indicadores-impactosocioeconomico-ent-chile.pdf>.
- Cuadrado-Roura, J. y Aroca, P. (2013). Regional problems and policies in Latin America. Berlin, Heidelberg.: Springer-Verlag. Obtenido de <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-39674-8>
- DAES. (2020). Population Databases. Recuperado el 4 de abril de 2020, de Department of Economic and Social Affairs of the UN [en línea]: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/database/index.asp>
- De La O Campos, A. P., Villani, C., Davis, C. y Takagi, M. (2018). Ending extreme poverty in rural areas – Sustaining livelihoods to leave no one behind. Rome: FAO.
- de la Peña, I. y Garrett, J. (2019). Cadenas de valor que tienen en cuenta la nutrición. Guía para el diseño de proyectos. Volumen I. FIDA. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de https://www.ifad.org/documents/38714170/41228208/NSVC_1_s.pdf/c989a122-f1c0-52dd-a548-48368b2e8a15
- Defensoría del Consumidor. (2019). Estudio el consumo de comida preparada fuera de casa. San Salvador. Recuperado el 26 de agosto de 2020, de <https://www.defensoria.gob.sv/wp-content/uploads/2015/04/DEFENSORIA-DIGITAL-ok.pdf>
- Dietz, W. H. (2020). Climate change and malnutrition: We need to act now. *The Journal of Clinical Investigation*, 130(2), 556-558. doi:10.1016/j.ehb.2018.11.001
- Drewnowski, A. (2010). The cost of US foods as related to their nutritive value. *The American Journal of Clinical*, 92(5), 1181-1188. doi:<https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29300>
- Ervin, P. A. y Bubak, V. (2019). Closing the rural-urban gap in child malnutrition: Evidence from Paraguay, 1997–2012. *Economics & Human Biology*, 32, 1-10. doi:10.1016/j.ehb.2018.11.001
- Escobal, J. y Carmen, P. (2016). Combinando protección social con generación de oportunidades económicas: una evaluación de los avances del programa Haku Wiñay. Lima: GRADE.
- Etienne, C. (2013). Equidad en los sistemas de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 81-82.
- FAO. (1995). Comida rápida, económica y también sana. FAO ayuda a mejorar la calidad de la comida de los puestos callejeros. FAO. Recuperado el 21 de agosto de 2020, de http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/es/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FStandards%252FCXC%2B43R-1995%252FCXP_043Rs.pdf
- FAO. (2011). The place of urban and peri-urban agriculture (UPA) in national food security programmes. Roma: FAO. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de <http://www.fao.org/3/i2177e/i2177e00.pdf>
- FAO. (2012a). Estudio de caso Honduras: Las cajas rurales, mecanismos sociales de contingencia y apoyo económico. Roma: FAO. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/faoweb/honduras/docs/Estudio_cajas_rurales.pdf
- FAO. (2012b). Decent rural employment for food security: A case for action. FAO . Rome: FAO.
- FAO. (2013a). Alimentación escolar y las posibilidades de compra directa de la agricultura familiar. Estudio de caso en ocho países. FAO. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <http://www.fao.org/3/a-i3413s.pdf>
- FAO. (2013b). Fortalecimiento de los programas de alimentación escolar en el marco de la Iniciativa América Latina y el Caribe Sin Hambre 2025. Proyecto GCP/RLA/180/BRA. Brasilia: FAO. Recuperado el 4 de julio de 2020, de <http://www.fao.org/3/a-au441s.pdf>

FAO. (2014). Agricultura familiar en América Latina y el Caribe: Recomendaciones de política. SANTIAGO-Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Obtenido de <http://www.fao.org/3/i3788s/i3788s.pdf>

FAO. (2015). El etiquetado de los alimentos. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/foodlabel/es/>

FAO. (2016a). La protección social y la nutrición. FAO. Roma: FAO.

FAO. (14 de abril de 2016b). Circuitos Cortos de Comercialización: una mirada desde el enfoque territorial. Recuperado el 2 de julio de 2020, de Plataforma de Territorios Inteligentes de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: <http://www.fao.org/in-action/territorios-inteligentes/articulos/colaboraciones/detalle/es/c/410218/>

FAO. (2017). Marco de protección social de la FAO. Roma: FAO.

FAO. (2018a). Estudio para Identificar y Analizar Experiencias Nacionales que Fomenten el Bienestar Nutricional en América Latina y el Caribe. Documento técnico. Ciudad de Guatemala: FAO. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de <http://www.fao.org/3/i8901es/I8901ES.pdf>

FAO. (2018b). Panorama de la Pobreza Rural. FAO. Santiago: FAO.

FAO. (2018c). Los 10 elementos de la agroecología: Guía para la transición hacia sistemas alimentarios y agrícolas sostenibles. Roma: FAO. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <http://www.fao.org/3/i9037es/I9037ES.pdf>

FAO. (2019). Informe anual 2018. América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: FAO. Recuperado el 8 de junio de 2020, de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjp1JOBiZbqAhXTH7kGHbutCVIQFjAFegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.fao.org%2F3%2Fca4222es%2Fca4222es.pdf&usg=AOvVaw0T5utL7QegBL129aVVZ2M2>

FAO. (17 de Julio de 2020a). Food security indicators. Recuperado el 20 de julio de 2020, de División de Estadística de FAO: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/ess-fadata/en/#.X3eqAWgzBIU>

FAO. (2020b). Simulating rising undernourishment during the COVID-19 pandemic economic downturn. Roma. Recuperado el 31 de julio de 2020, de <http://www.fao.org/3/ca8815en/CA8815EN.pdf>

FAO. (2020d). Seguimiento de los progresos relativos a los indicadores ODS relacionados con la alimentación y la agricultura correspondiente a 2020. Roma. Obtenido de <file:///C:/Users/sandr/Downloads/sdg-progress-report-es.pdf>

FAO. (2020e). La Iniciativa Mano de la mano de la FAO: un nuevo enfoque. Conferencia Regional de la FAO para Europa. 32.º período de sesiones. Taskent (Uzbekistán), 5-7 de mayo de 2020 (pág. 21). Taskent: FAO. Recuperado el 6 de julio de 2020, de <http://www.fao.org/3/nc347es/nc347ES.pdf>

FAO. (2020f). Mejora de las dietas mediante la agricultura que tiene en cuenta la nutrición. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/news/news-detail/es/c/261499/>

FAO y Academia de Centroamérica. (2016). Estrategias innovadoras de gestión de riesgos en mercados financieros rurales y agropecuarios – Experiencias en América Latina. Roma: FAO y Academia de Centroamérica. Recuperado el 12 de junio de 2020, de <http://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/es/c/1052663/>

FAO y CEPAL. (2020). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 4: riesgos sanitarios; seguridad de los trabajadores e inocuidad. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado el 31 de agosto de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45579/1/ca9112_es.pdf

FAO y CEPAL. (2020a). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 11: impactos y oportunidades en la producción de alimentos frescos. Santiago de Chile: FAO y CEPAL.

FAO y CEPAL. (2020b). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 5: impacto y riesgos en mercado laboral. Santiago de Chile: FAO y CEPAL.

FAO y CEPAL. (2020c). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: El rol de las medidas de protección social. Santiago: FAO y CEPAL.

FAO y CEPAL. (2020d). Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe N° 10: hábitos de consumo de alimentos y malnutrición. Santiago de Chile: FAO. doi:<https://doi.org/10.4060/cb0217es>

FAO y OPS. (2016). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: FAO. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de www.fao.org/2F3%2Fa-i6747s.pdf&usg=AOvVaw1nMHYtWQwdXY-uEzOvTKAU

FAO y WFP. (2020a). FAO-WFP early warning analysis of acute food insecurity hotspots July 2020. Roma. doi:<https://doi.org/10.4060/cb0258en>

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2019). El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutricional en el Mundo: Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma: FAO. Obtenido de <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2020). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020. Transformación de los sistemas alimentarios para que promuevan dietas asequibles y saludables. Roma: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. doi:<https://doi.org/10.4060/ca9692es>

FAO, FIDA, UNICEF, WFP y OMS. (2020). The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Roma: FAO. Recuperado el 4 de agosto de 2020, de <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca9692en>

FAO, OPS, UNICEF y WFP. (2018). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago. Recuperado el 22 de Abril de 2019, de <http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>

FAO, OPS, UNICEF y WFP. (2019). Panorama de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2019. Santiago de Chile. Recuperado el 31 de julio de 2020, de <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>

FIDA. (2009). Proyecto de Desarrollo Sostenible en la Región Semiárida del Estado de Piauí (Proyecto Viva o Semiárido). Recuperado el 21 de septiembre de 2020, de Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola: <https://www.ifad.org/es/web/operations/project/id/1100001486>

FIDA. (21 de septiembre de 2012). Productive Development and Capacity-Building Project. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de IFAD Investing in rural people [en línea]: <https://www.ifad.org/en/web/operations/project/id/1100001619/country/brazil>

FIDA. (3 de septiembre de 2016). Nicaraguan Dry Corridor Rural Family Sustainable Development Project. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de IFAD investing in rural people [en línea]: <https://www.ifad.org/en/web/operations/project/id/2000001242/country/nicaragua>

FIDA. (8 de diciembre de 2018). Project for the Economic and Social Inclusion of Small Rural Producers in Northeast Honduras. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de IFAD Investing in rural people [en línea]: <https://www.ifad.org/en/web/operations/project/id/2000001489>

FIDA. (2019). IFAD Action Plan Nutrition 2019-2025. FIDA. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <https://www.ifad.org/en/document-detail/asset/41237860>

FIDA. (18 de junio de 2020). Back to the Roots: Innovating with sustainable gastronomy. Recuperado el 30 de septiembre de 2020, de IFAD Investing in rural people: <https://www.ifad.org/en/web/latest/photo/asset/41974285>

- Fiolet, T., Srouf, B., Sellen, L., Kesse-Guyot, E., Alles, B. y Méjean, C. (2018). Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*, 1-11. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.bmj.com/content/bmj/360/bmj.k322.full.pdf>
- FMI. (2020). World Economic Outlook Update, June 2020. FMI. Recuperado el 31 de julio de 2020, de <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>
- FONDESAF. (2017). Ficha Programa Nacional de Empleo (PRONAE). San José: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Gatica-Domínguez, G., Mesenburg, M. A., Barros, A. J. y Victora, C. G. (2020). Ethnic inequalities in child stunting and feeding practices: results from surveys in thirteen countries from Latin America. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 53. doi:10.1186/s12939-020-01165-9
- Gatica-Domínguez, G., Victora, C. y Barros, A. J. (2019). Ethnic inequalities and trends in stunting prevalence among Guatemalan children: an analysis using national health surveys 1995–2014. *International Journal for Equity in Health* volume, 18(1), 110. doi:10.1111/awr.12120
- GBD 2017 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)
- Geppert, K. y Stephan, A. (2008). Regional disparities in the European Union: Convergence and agglomeration. *Papers in Regional Science*, 87(2), 193–217. Obtenido de <https://rsaiconnect.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1435-5957.2007.00161.x>
- GTR. (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. UNFPA.
- Guzmán-González, I., Santiago-Cruz, M., Leos-Rodríguez, J. A., González-López, G., Martínez-Damian, M. Á. y Salas-González, J. M. (2005). El papel del empleo rural no agrícola en las comunidades rurales: un estudio de caso en Tepeji del Río, Hidalgo, México. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 2(2), 51–63. Recuperado el 2 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722005000200002
- Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., Cai, H., Cassimatis, T., Chen, K. Y., . . . Zhou, M. (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>
- Hinrichsen, M. B. (2017). Encountering Work: Intergenerational Informality, Child Labor, and Malnutrition in Urban Ecuador. *Anthropology of Work Review*, 38(2), 81–91. doi:10.1111/awr.12120
- HLPE. (2017). Nutrition and Food Systems. A report by The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Obtenido de http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/hlpe/hlpe_documents/HLPE_Reports/HLPE-Report-12_EN.pdf
- HLPE. (2020). Interim Issues Paper on the Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition (FSN) by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Roma: HLPE. Recuperado el 28 de julio de 2020, de <http://www.fao.org/cfs/cfs-hlpe/es/>
- IAEA. (2020). Calidad de la dieta. Recuperado el 26 de agosto de 2020, de Organismo Internacional de Energía Atómica: <https://www.iaea.org/es/temas/calidad-de-la-dieta>
- Ianos, I., Petrisor, A. -I., Zamfir, D., Cercleux, A. -L., Stoica, I. -V. y Talanga, C. (2013). In search of a relevant index measuring territorial disparities in a transition country. Romania as a case study. *DIE ERDE. Journal of the Geographical Society of Berlin*, 144(1), 69–81. doi:10.12854/erde-144-5

- IFPRI. (2016). *Nourishing millions: Stories of change in nutrition*. Washington, D.C.: IFPRI. Recuperado el 8 de junio de 2020, de <https://www.ifpri.org/publication/nourishing-millions-stories-change-nutrition>
- Ijarotimi, O. S. (2013). Determinants of Childhood Malnutrition and Consequences in Developing Countries. *Current Nutrition Reports*, 2(3), 129-133. doi:10.1007/s13668-013-0051-5
- INSP y WFP. (2020). Estudio sobre el efecto de la contingencia por COVID-19 en el consumo y compra de alimentos. Recuperado el 16 de Noviembre de 2020, de https://analytics.wfp.org/t/Public/views/MexicoEstudiosobreelefectodelacontigenciaCOVID-19enelconsumoycompradealimentosdeadultosmexicanos/Dashboard?iframeSizedToWindow=true&:embed=y&:showAppBanner=false&:display_count=no&:showVizHome=no&:origin=viz_share_
- Intini, J., Jacq, E. y Torres, D. (2019). Transformar los sistemas alimentarios para alcanzar los ODS. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 12. Santiago de Chile: FAO.
- JMP, OMS y UNICEF. (2016). *Desigualdades en materia de saneamiento y agua potable en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 1 de julio de 2020, de <https://www.unicef.org/lac/informes/desigualdades-en-materia-de-saneamiento-y-agua-potable-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
- Jones, N. R., Conklin, A. I., Suhrcke, M. y Monsivais, P. (October de 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>
- Kang, J., Jeong, B., Cho, Y., Song, H. R. y Kim, K. A. (2011). Socioeconomic Costs of Overweight and Obesity in Korean Adults. *Journal of Korean Medical Science*, 1533-1540. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230011/pdf/jkms-26-1533.pdf>.
- Knight, J. A. (2011). Diseases and Disorders Associated with Excess Body Weight. *Annals of Clinical Laboratory Science*, 107-121. Obtenido de [https://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753\(18\)30331-4/fulltext](https://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753(18)30331-4/fulltext)
- Köbrich Gruebler, C., Bravo Peña, F. y Cano Silva, I. (2015). Guía para el desarrollo de circuitos cortos en un área urbana: Modelo tienda de alimentos campesinos. Santiago de Chile: INDAP. Recuperado el 4 de agosto de 2020, de <https://www.indap.gob.cl/docs/default-source/default-document-library/archivo-orig67044decae640c827dff0000f03a80.pdf?sfvrsn=0>
- Latzer, Y. y Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1(7). Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081713/>
- Lim, S., Shin, S. M., Nam, G. E., Jung, C. H. y Koo, B. K. (30 de junio de 2020). Proper Management of People with Obesity during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 29(2), 84-98.
- Longhi, F., Gómez, A., Zapata, M. E. y Paolasso, P. (2018). La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: Un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva*, 14, 33-50. doi:10.18294/sc.2018.1176
- Lowder, S. K., Sánchez, M. V. y Bertini, R. (2019). Farms, family farms, farmland distribution and farm labour: What do we know today? *FAO Agricultural Development Economics Working Paper 19-08*. Obtenido de <http://www.fao.org/3/ca7036en/ca7036en.pdf>
- Mamani Ortiz, Y., Luizaga Lopez, J. M. y Illanes Valverde, D. E. (2019). Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: La doble carga entre la desnutrición y obesidad. *Gaceta Médica Boliviana*, 42(1), 17-28.
- Masibo, P. K. (2013). Trends and Determinants of Malnutrition among Children Age 0-59 Months in Kenya (KDHS 1993, 1998, 2003 and 2008-09). *DHS Working Paper N89*.

Millenium Project. (n.a). Urban development: promoting jobs, upgrading slums, and developing alternatives to new slum formation. n.a: Millenium Project.

Modrego, F. y Berdegú, J. (2015). A Large-Scale Mapping of Territorial Development Dynamics in Latin America. *World Development*, 73, 11-31. doi:10.1016/j.worlddev.2014.12.015

Molina Barrera, V., Mejicano Robles, G., Alfaro Villatoro, N., Rivas Siliézar, R., Hernández-Garbanzo, Y., Rapallo Fernández, R. y Ríos-Castillo, I. (2018). Intervenciones de Fomento al Bienestar Nutricional en América Latina y el Caribe: oportunidades para fortalecer las políticas y programas de alimentación y nutrición. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 24(4). Recuperado el 4 de junio de 2020, de <http://www.renc.es/noticias.asp?cod=58&page=&sec=&v=2&buscar=Intervenciones%20de%20Fomento%20al%20Bienestar%20Nutricional%20en%20Am%20E9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe:%20oportunidades%20para%20fortalecer%20las%20pol%20EDticas%20y%20programas%20de%20alimentac>

Niebuhr, A. y Stiller, S. (2003). Territorial disparities in Europe. *Intereconomics*, 38, 156-164. doi:10.1007/BF03031767

OCDE y FAO. (2019). OCDE-FAO Perspectivas Agrícolas 2019-2028. Roma: FAO. doi:<https://doi.org/10.1787/7b2e8ba3-es>

OECD, FAO y UNCDF. (2016). *Adopting a Territorial Approach to Food Security and Nutrition Policy*. Paris: OECD Publishing.

OMS. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Ginebra. Obtenido de https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

OMS. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>

OMS. (2014a). Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/

OMS. (2014b). Low Birth Weight Policy Brief. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149020/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1

OMS. (2016). Global Health Observatory data repository. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de World Health Organization [en línea]: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>

OMS. (2017). National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Ginebra: OMS. Recuperado el 17 de septiembre de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255197/9789241512381-eng.pdf?sequence=1>

OMS. (2017a). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento. OMS. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?ua=1

OMS. (2017b). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo referente al sobrepeso en la infancia. OMS. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255732/WHO_NMH_NHD_14.6_spa.pdf?ua=1

OMS. (2017b). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo referente al sobrepeso en la infancia. OMS. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255732/WHO_NMH_NHD_14.6_spa.pdf?ua=1

OMS. (2017c). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre emaciación. OMS. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_wasting/es/

- OMS. (2019). World Health Statistics 2019. Recuperado el 31 de julio de 2020, de Health statistics and information systems [online]: <https://www.who.int/healthinfo/en/>
- OMS. (2020). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Datos y cifras. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OPS. (2017). Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C: OPS. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-spanish.pdf>.
- OPS. (2019). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones. Washington, D.C.: OPS. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>
- OPS. (2020). Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Ortiz, J., Van Camp, J., Wijaya, S., Donoso, S. y Huybregts, L. (2014). Determinants of child malnutrition in rural and urban Ecuadorian highlands. *Public Health Nutrition*, 17(9), 2122–2130. doi:10.1017/S1368980013002528
- Osorio, A. M., Romero, G. A., Bonilla, H. y Aguado, L. F. (2018). Socioeconomic context of the community and chronic child malnutrition in Colombia. *Revista de Saúde Pública*, 52. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000394
- Pearce, J. y Langley-Evans, S. C. (2013). The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 37, 477–485.
- PNUD. (2017). Desarrollo Rural Integral en cinco municipios de la cuenca alta del río Cuilco departamento de San Marcos, Guatemala. Recuperado el 2 de julio de 2020, de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Guatemala: https://www.gt.undp.org/content/guatemala/es/home/ourwork/crisispreventionandrecovery/projects_and_initiatives/desarrollo-rural-integral-en-cienco-municipios-de-la-cuenca-alta-/#gsc.tab=0
- Poti, J. M., Braga, B. y Quin, B. (2017). Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health—Processing. *Current Obesity report*, 6(4), 420-431. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787353/>
- Pravana, N. K., Piryani, S., Chaurasiya, S. P., Kawan, R., Thapa, R. K. y Shrestha, S. (2017). Determinants of severe acute malnutrition among children under 5 years of age in Nepal: a community-based case-control study. *BMJ Open*, 7(8). doi:10.1136/bmjopen-2017-017084.
- Ramírez, E. (2019). Empleo rural no agrícola en América Latina. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 18. Santiago de Chile: FAO. Recuperado el 12 de junio de 2020, de <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca5098es>
- Rapallo, R. y Rivera, R. (2019). Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 11. Santiago de Chile: FAO. Recuperado el 4 de agosto de 2020, de <http://www.fao.org/3/ca5449es/ca5449es.pdf>
- RIMISP. (en línea). Programa Transformando Territorios. Recuperado el 3 de junio de 2020, de Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural: <https://rimisp.org/proyecto/programa-transformando-territorios/>
- Rodríguez-Pose, A. y Ezcurra, R. (2010). Does decentralization matter for regional disparities?: a cross-country analysis. *Journal of Economic Geography*, 10(5), 619-644.

- Salvati, L., Venanzoni, G. y Carlucci, M. (2016). Towards (spatially) unbalanced development? A joint assessment of regional disparities in socioeconomic and territorial variables in Italy. *Land Use Policy*, 51, 229-235. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264837715003567>
- Schnabel, L., Kesse-Guyot, E., Allès, B., Touvier, M., Srour, B. y Hercberg, S. (2019). Association Between Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Mortality Among Middle-aged Adults in France. *JAMA Internal Medicine*, 490-498. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://jamanetwork.com/journals/amainternalmedicine/article-abstract/2723626>.
- Scruzzi, G., Cebreiro, C., Pou, S. y Rodríguez Junyent, C. (2014). Salud escolar: una intervención educativa en nutrición desde un enfoque integral. *Cuadernos.info*, 35, 39-53. doi:10.7764/cdi.35.644
- SECOTEC. (2016). Catastro Nacional de Ferias Libres. Santiago de Chile. Recuperado el 12 de junio de 2020, de <https://www.catastroferiaslibres.cl/#inicio>
- Secretaria do Desenvolvimento Rural. (2018). Viva O Semiárido. Recuperado el 21 de septiembre de 2020, de Secretaria do Desenvolvimento Rural: <http://www.sdr.pi.gov.br/viva-o-semiarido/>
- Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, A., Dávila, M. y Alarcón, J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: Tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 104-112.
- Swinnen, J. y McDermott, J. (2020). COVID-19 and global food security. (J. Swinnen, & J. McDermott, Edits.) Washington, D.C.: IFPRI.
- Tasnim, T. (2018). Determinants of Malnutrition in Children Under Five Years in Developing Countries: A Systematic Review. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(6), 333. doi:10.5958/0976-5506.2018.00574.0
- Tette, E. M., Sifah, E. K., Nartey, E. T., Nuro-Ameyaw, P., Tete-Donkor, P. y Biritwum, R. B. (2016). Maternal profiles and social determinants of malnutrition and the MDGs: What have we learnt? *BMC Public Health*, 16(1), 214. doi:10.1186/s12889-016-2853-z
- Trendov, N., Varas, S. y Zeng, M. (2019). Digital technologies in agriculture and rural areas. Roma: FAO.
- UN SG y UNSDG. (2020). El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe.
- UNICEF. (2013). IMPROVING CHILD NUTRITION: The achievable imperative for global progress. Obtenido de https://www.unicef.org/publications/files/Nutrition_Report_final_lo_res_8_April.pdf
- UNICEF. (2015). UNICEF's approach to scaling up nutrition for mothers and their children. United Nations Children's Fund (UNICEF).
- UNICEF. (2019). Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
- UNICEF. (2019a). Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- UNICEF. (2019b). UNICEF programming guidance: Prevention of overweight and obesity in children and adolescents. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://gallery.mailchimp.com/fb1d9aabd6c823bef179830e9/files/a745b3da-8f7c-40e3-b99d-924cdd27ec08/Overweight_Guidance_2019_v3.pdf

- UNICEF. (2019c). El Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. América Latina y el Caribe. UNICEF. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de <https://www.unicef.org/lac/media/8441/file/PDF%20SOWC%202019%20ESP.pdf>
- UNICEF. (2020). Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period. UNICEF Programming Guidance. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de https://mcusercontent.com/fb1d9aabd6c823bef179830e9/files/12900ea7-e695-4822-9cf9-857f99d82b6a/UNICEF_Programming_Guidance_Complementary_Feeding_2020_Portrait_FINAL.pdf
- UNICEF y Humanitas. (2018). Fortalecimiento de la resiliencia a través de los sectores de Nutrición y WASH. Análisis de políticas, acciones y oportunidades. UNICEF. Recuperado el 1 de julio de 2020, de <https://www.unicef.org/lac/informes/fortalecimiento-de-la-resiliencia-trav%C3%A9s-de-los-sectores-de-nutrici%C3%B3n-y-wash>
- UNICEF, OMS y BM. (Marzo de 2020). Malnutrition. Recuperado el 31 de julio de 2020, de UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women [online]: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- UNSCN. (s.f.). La sensibilidad nutricional de políticas agrícolas y alimentarias. Sinopsis de estudios de caso en ocho países. Ginebra: UNSCN. Recuperado el 5 de agosto de 2020, de https://www.unscn.org/files/Publications/Country_Case_Studies/EXE_BDEF_Synopsis_CCS_ES.pdf
- Vakis, R., Genoni, M. E. y Farfan, G. (8 de julio de 2015). You are what (and where) you eat : capturing food away from home in welfare measures. Washington, D.C. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de World Bank Blogs: <http://documents.worldbank.org/curated/en/269121467991958460/You-are-what-and-where-you-eat-capturing-food-away-from-home-in-welfare-measures>
- Vargas, O. S. (2012). La desnutrición infantil en una comunidad indígena Ngäbe de Costa Rica en el marco de los determinantes de la salud. *Nutricion Hospitalaria*, 83–84. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000900005
- Vas, P., Hopkins, D., Feher, M., Rubino, F. y Whyte, M. (30 de junio de 2020). Diabetes, obesity and COVID -19: A complex interplay. *Diabetes Obesity and Metabolism*, 1-5.
- Villareal, F. (2017). Inclusión financiera de pequeños productores rurales. Santiago: CEPAL.
- Vorley, B. (2013). Meeting small-scale farmers in their markets: understanding and improving the institutions and governance of informal agrifood trade. IIED/HIVOS/Mainumby. Recuperado el 17 de septiembre de 2020, de <https://pubs.iied.org/pdfs/16548IIED.pdf>
- WFP. (2014). Alimentación Complementaria Escolar de Bolivia: Estudio de Caso. WFP. Recuperado el 2 de julio de 2020, de wfp.org/es
- WFP. (2017). Análisis Costo – Beneficio Alimentación Complementaria Escolar de Bolivia (estudio de caso en 15 municipios). La Paz: WFP. Recuperado el 2 de julio de 2020, de <https://historias.wfp.org/5-datos-de-la-alimentaci%C3%B3n-escolar-en-bolivia-2f7a284394a7>
- WFP. (2017a). Cómo La Alimentación Escolar Contribuye a Las Metas de Desarrollo Sostenible. Una Colección de Evidencias. Roma: WFP. Recuperado el 1 de julio de 2020
- WFP. (2019). The impact of school feeding programmes. WFP. Recuperado el 6 de julio de 2020, de <https://www.wfp.org/publications/impact-school-feeding-programmes>
- WFP. (2020). WFP Global Response to COVID-19: June 2020. Roma. Recuperado el 29 de junio de 2020, de <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000117304/download/>

WHO/NMH/NHD/14.5. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Ginebra. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1#:~:text=Entre%20las%20consecuencias%20del%20bajo,de%20la%20vida%20\(4\).](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1#:~:text=Entre%20las%20consecuencias%20del%20bajo,de%20la%20vida%20(4).)

Wiggins, S. y Espinoza, A. (2016). La articulación entre programas de desarrollo agropecuario y protección social: Estudio de caso en Perú. FAO. Roma: FAO.

Wiggins, S. y Keats, S. (2015). The rising cost of a healthy diet: Changing relative prices of foods in high-income and emerging economies. Londres: ODI. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://www.odi.org/publications/8877-rising-cost-healthy-diet-changing-relative-prices-foods-high-income-and-emerging-economies>

Winder-Rossi, N. y Faret, P. (2019). Garantías mínimas de protección social para el desarrollo incluyente de la economía rural en América Latina y el Caribe. FAO. Santiago: FAO.

World Future Council. (25 de agosto de 2020). Brazil's Cisterns Programme. Obtenido de FuturePolicy.org: <https://www.futurepolicy.org/healthy-ecosystems/biodiversity-and-soil/brazil-cisterns-programme/>

ANEXO 1

INDICADORES ODS 2. DATOS ANUALES PARA EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUBREGIONES

Subalimentación

	Prevalencia				Millones			
	2000	2014	2019	2030	2000	2014	2019	2030
Mundo	13.2	8.6	8.9	9.8	808.6	628.9	687.8	841.4
América Latina y el Caribe	11.1	5.6	7.4	9.5	57.7	34.5	47.7	66.9
Caribe	21.0	17.0	16.6	14.4	8.0	7.2	7.2	6.6
América Latina	10.3	4.7	6.7	9.1	49.8	27.3	40.5	60.3
Mesoamérica	8.0	7.1	9.3	12.4	10.9	11.9	16.6	24.5
Sudamérica	11.2	3.8	5.6	7.7	38.9	15.4	24.0	35.7

Inseguridad alimentaria

	Inseguridad alimentaria grave (%)		Inseguridad alimentaria grave (millones de personas)		Inseguridad alimentaria moderada o grave (%)		Inseguridad alimentaria moderada o grave (millones de personas)	
	2014	2019	2014	2019	2014	2019	2014	2019
Mundo	8.3	9.7	602	746	22.4	25.9	1633.5	2001.1
América Latina	6.9	9.5	39.8	57.7	22.6	31.7	129.9	191.7
Mesoamérica	10.4	14.1	17.3	25	31.8	39.3	53	69.7
Sudamérica	5.5	7.6	22.5	32.6	18.8	28.5	76.9	122

Malnutrición infantil

	Prevalencia							Millones						
	Retraso en el crecimiento			Emaciación	Sobrepeso en menores de 5 años			Retraso en el crecimiento			Emaciación	Sobrepeso en menores de 5 años		
	1990	2000	2019	2019	1990	2000	2019	1990	2000	2019	2019	1990	2000	2019
Mundo	39.3	32.4	21.3	6.9	4.9	4.9	5.6	252.8	199.5	144	47	31.4	30.3	38.3
América Latina y el Caribe	22.7	16.8	9	1.3	6.2	6.6	7.5	12.8	9.5	4.7	0.7	3.5	3.8	3.9
Caribe	20.8	15.3	8.1	2.9	4.2	5.1	7	0.8	0.6	0.3	0.1	0.2	0.2	0.2
Mesoamérica	31.9	23.7	12.6	0.9	5.4	5.9	6.9	5.1	3.9	2	0.1	0.9	1	1.1
Sudamérica	18.9	13.8	7.3	1.3	6.8	7.1	7.9	6.8	5	2.4	0.4	2.5	2.6	2.6

ANEXO 2

PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN Y MILLONES DE PERSONAS AFECTADAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PROYECCIONES AL 2030

	Prevalencia de subalimentación (%)	Número de personas subalimentadas (millones)
Belice	7.7	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9.2	1.2
Dominica	6.2	-
Ecuador	3.7	0.7
El Salvador	3.9	0.3
Guatemala	14.4	3
Guayana	4.7	-
Haití	44.1	5.6
Honduras	9.7	1.1
Jamaica	5.1	0.2
México	12.3	17.2
Nicaragua	14.2	1
Panamá	3.1	0.2
Paraguay	6.4	0.5
Perú	3.8	1.3
San Vicente y las Granadinas	4.6	-
Surinam	5.8	-
Venezuela (República Bolivariana de)	61.7	20.5

FUENTE: Herramienta de proyección de la prevalencia de la subnutrición <http://www.fao.org/publications/sofi/2020/es/>

ANEXO 3

FUENTES DE INFORMACIÓN APARTADO 2.1.

Indicadores de retraso en el crecimiento y sobre peso en países de América Latina y el Caribe.

País	Año de la información	Fuente
Argentina	2005	*Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)-WHO
Barbados	2012	*Barbados Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) - UNICEF
Belize	2015	*Belize Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) - UNICEF
Bolivia	2016	Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Brazil	2007	*Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS) - UNICEF
Chile	2019	Mapa Nutricional de la Junta de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB - Ministerio de Educación
Colombia	2010	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)
Costa Rica	2016	Informe de resultados "Censo Escolar de Peso-Talla"- Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública.
República Dominicana	2013	*Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) - UNICEF
Ecuador	2018	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) - Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)
El Salvador	2014	Encuesta Nacional De Salud De Indicadores Múltiples Por Conglomerados (MICS) - Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC)
Guatemala	2015	VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Guyana	2014	*Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)-UNICEF
Haití	2017	*Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) - UNICEF
Honduras	2012	*Encuesta Nacional de Salud y Demografía - UNICEF
Jamaica	2014	*Survey of Living Conditions - UNICEF
México	2012	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición "ENSANUT"- Instituto Nacional de Salud Pública
Nicaragua	2012	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud - Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSAL)
Panamá	2008	*Encuesta de Niveles de Vida - UNICEF
Paraguay	2016	* Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) - UNICEF
Perú	2018	* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - UNICEF
Suriname	2018	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) - Ministry of Social Affairs and Public Housing
Trinidad y Tobago	2011	* Multiple Indicator Cluster Survey - UNICEF

Nota: Los datos corresponden a recálculos realizados por las agencias internacionales (*UNICEF-**WHO) utilizando información nacional.

Argentina: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Densidad de población (hab/km ²)	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa ruralidad	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Edad promedio (años)	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
*PIB	2014	Cuentas Nacionales - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa de pobreza	2018	Incidencia de la pobreza y la indigencia - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa de personas con estudios superiores	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa de participación laboral	2014	Mercado de Trabajo- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Tasa de desempleo	2014	Mercado de Trabajo- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Tasa de trabajadores agrícolas	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Tasa de población con acceso a agua potable	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2010	Ceso Nacional - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

*Expresados en usd del 2019

Bolivia: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2016	Población Estimada y Proyectada por Departamento - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Densidad de población (hab/km ²)	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa ruralidad	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
*PIB	2016	Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de pobreza	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de pobreza extrema	2016	Encuesta de Hogares - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Años de escolaridad promedio	2016	Encuesta de Hogares - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de personas con estudios superiores	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de participación laboral	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de desempleo	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de trabajadores cuenta propia	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de trabajadores asalariados	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de población con acceso a agua potable	2012	Censo de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Número de centros de salud disponibles	2020	Ministerio de Salud
Médicos / 1000 habitantes	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Índice de Gini en ingresos hogar	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de embarazo adolescente	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2012	Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) - Instituto Nacional de Estadística (INE), Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

*Expresados en usd del 2019

Chile: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Densidad de población (hab/km ²)	2015	Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa ruralidad	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Edad promedio (años)	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
*PIB	2017	Banco Central de Chile
Tasa de pobreza	2017	Encuesta Nacional de Empleo (CASEN)- Ministerio de Desarrollo Social
Tasa de pobreza extrema	2017	Encuesta Nacional de Empleo (CASEN)- Ministerio de Desarrollo Social
Años de escolaridad promedio	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de personas con estudios superiores	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de participación laboral	2017	Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de desempleo	2017	Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de trabajadores cuenta propia	2017	Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de trabajadores agrícolas	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2017	Encuesta Nacional de Empleo (CASEN)- Ministerio de Desarrollo Social
Tasa de población con acceso a agua potable	2017	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Número de centros de salud disponibles	2020	Ministerio de Salud
Ingresos de Agricultores	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Médicos / 1000 habitantes	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Índice de Gini en ingresos hogar	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de embarazo adolescente	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)

*Expresados en usd del 2019

Colombia: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2018	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa ruralidad	2018	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Edad promedio (años)	2018	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
*PIB	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
*PIB pc	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de pobreza	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de personas con estudios superiores	2018	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de desempleo	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2005	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Tasa de población con acceso a agua potable	2018	Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Ingresos de Agricultores	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Médicos / 1000 habitantes	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Índice de Gini en ingresos hogar	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de embarazo adolescente	2017	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2018	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

*Expresados en usd del 2019

Costa Rica: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Densidad de población (hab/km ²)	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa ruralidad	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Edad promedio (años)	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Años de escolaridad promedio	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de participación laboral	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de desempleo	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de trabajadores agrícolas	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de población con acceso a agua potable	2011	Censos Nacional de Población y de Vivienda- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

Ecuador: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Densidad de población (hab/km ²)	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa ruralidad	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Edad promedio (años)	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de pobreza	2014	Encuesta Condiciones de Vida (ECV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de pobreza extrema	2015	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de participación laboral	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de desempleo	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de trabajadores cuenta propia	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2010	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de población con acceso a agua potable	2010	Censo de Población y Vivienda (CPV) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
Número de centros de salud disponibles	2020	Ministerio de Salud Pública
Ingresos de Agricultores	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Médicos / 1000 habitantes	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de embarazo adolescente	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)

El Salvador: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2007	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa ruralidad	2007	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Edad promedio (años)	2007	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de pobreza	2014	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de pobreza extrema	2006	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de participación laboral	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de desempleo	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2007	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de población con acceso a agua potable	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Ingresos de Agricultores	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Médicos / 1000 habitantes	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Tasa de embarazo adolescente	2015	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)

Guatemala: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Densidad de población (hab/km ²)	2018	Banco de Guatemala
Tasa ruralidad	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de pobreza	2014	Instituto Alianza Nacional Contra la Pobreza (ICOP)
Tasa de pobreza extrema	2014	Instituto Alianza Nacional Contra la Pobreza (ICOP)
Años de escolaridad promedio	2014	Informe Nacional de Desarrollo Humano
Tasa de personas con estudios superiores	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de participación laboral	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de desempleo	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de población con acceso a agua potable	2018	Censo Nacional de Población y de Vivienda - Instituto Nacional de Estadística (INE)
Número de centros de salud disponibles	2020	Ministerio de Salud
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2002	Instituto Nacional de Estadística (INE)

Guyana: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tasa de pobreza	2015	Sekhani R.(2017). FellowPoverty Facts. Guyana Budget & Policy Institute and Center for Nwe Economic Studies. Georgetown-Guyana

Haití: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tasa de pobreza	2014	Fondo Monetario Internacional (FMI)
Tasa de pobreza extrema	2014	Fondo Monetario Internacional (FMI)

Honduras: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2013	Flores M. (2017). Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Honduras 2001-213. Boletín N° 3 de Estructura y Dinámica de la Población Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

México: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Densidad de población (hab/km ²)	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa ruralidad	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Edad promedio (años)	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
*PIB	2015	García R. (2018). La medición de la actividad económica y el desempeño a nivel estatal en México. Foco Económico.
Tasa de pobreza	2018	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de pobreza extrema	2018	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Años de escolaridad promedio	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de personas con estudios superiores	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de desempleo	2017	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2017	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de trabajadores cuenta propia	2017	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de trabajadores agrícolas	2017	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Tasa de población con acceso a agua potable	2010	Censo de Población y Vivienda- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

*Expresados en usd del 2019

Panamá: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tasa de pobreza	2017	Ministerio de Desarrollo Social
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2010	Ministerio de Economía y Finanzas

Perú: Indicadores socioeconómicos, demográficos y otros.

Indicador	Año de la información	Fuente
Tamaño poblacional	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Densidad de población (hab/km ²)	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa ruralidad	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Edad promedio (años)	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
*PIB	2018	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de pobreza	2010	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de pobreza extrema	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Años de escolaridad promedio	2018	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de personas con estudios superiores	2018	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de participación laboral	2017	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de participación mujeres en mercado laboral	2017	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de trabajadores cuenta propia	2017	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de trabajadores asalariados	2017	Encuesta Nacional de Hogares - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de población indígena o afrodescendiente	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tasa de población con acceso a agua potable	2017	Censo Nacional de Población y Vivienda - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Número de centros de salud disponibles	2018	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Ingresos de Agricultores	2016	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)
Médicos / 1000 habitantes	2018	Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP)

*Expresados en usd del 2019

ANEXO 4

¿CÓMO IDENTIFICAMOS LOS TERRITORIOS REZAGADOS? BREVE DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Para todos los indicadores considerados, se establecerá como territorio rezagado a aquel en que el indicador en cuestión se encuentre por sobre el promedio nacional. Así, sea Y_{ij} un indicador dado (ej. desnutrición crónica) para el territorio i del país j , \bar{Y}_j el promedio de dicho indicador y σY_j la desviación estándar del mismo

indicador en el país j . En primera instancia se considerará territorio (TRY_{ij}) rezagado para dicho indicador particular a aquel territorio en que la diferencia entre el indicador al nivel del territorio y el promedio nacional, dividido por la desviación estándar del mismo indicador sea mayor a la unidad. Esto si

$$TRY_{ij} = \frac{(Y_{ij} - \bar{Y}_j)}{\sigma Y_j} > 1$$

Esto implica que, para ser considerado como territorio rezagado, no solo dicho territorio debe tener un indicador que se encuentre por sobre el promedio ($TRY_{ij} > 0$), sino que dicho indicador debe encontrarse más de una desviación estándar por arriba del promedio. Es importante notar que, al hacer esta conversión de la información, para cada país se obtiene un promedio igual a cero y una desviación estándar igual a uno. Por tanto, esto permite comparar entre territorios en distintos países, en función de su desviación respecto de la media de su propio país.

A modo de comparación, también se muestra cuál es el número de territorios rezagados si la regla de clasificación que se usa es $TRY_{ij} > 0$, la que, si

bien sigue la misma lógica de clasificación, es menos exigente.

La anterior medida es conveniente por cuanto permite comparar entre territorios para países con niveles dispares de desnutrición, pobreza y de otros indicadores de desarrollo. A modo de ejemplo, en el ejercicio desarrollado por FAO y CEPAL (2018) países como Chile quedan excluidos por ser considerados de renta alta y lo mismo sucede para territorios que si bien puedan tener niveles de desnutrición más altos que el promedio de su propio país, no pasan el primer filtro asociado a altos niveles de NBI en áreas rurales

2020

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

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LOS TERRITORIOS MÁS REZAGADOS

Durante 2019, el 7,4% de la población de América Latina y el Caribe vivió con hambre, lo que equivale a 47,7 millones de personas. La situación se ha ido deteriorando durante los últimos 5 años, con un aumento de 13,2 millones de personas con subalimentación. De mantenerse esta tendencia, se aleja la posibilidad de cumplir la meta Hambre Cero del Objetivo 2 (ODS2) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se estima que, en 2030, en la región el hambre afectará a 67 millones de personas, una cifra que no contempla las repercusiones de la pandemia de COVID-19.

La población afectada por inseguridad alimentaria ha seguido aumentando en América Latina durante los últimos 5 años. En 2019, casi un tercio de la población, o lo que es lo mismo, 191 millones de personas, se vieron afectadas por inseguridad alimentaria moderada o grave.

En la región desciende el retraso de crecimiento infantil y aumenta el sobrepeso en las niñas y los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica se redujo de 22,7% en 1990 a 9% en 2019, un porcentaje inferior al promedio mundial de 21,3%. En cuanto al sobrepeso infantil aumentó del 6,2% al 7,5% en el mismo período, situándose por encima del promedio mundial de 5,6%.

La información reciente sobre la malnutrición en los países de la región muestra que cerca de uno de cada 5 territorios está muy rezagado, ya sea por retraso del crecimiento o por sobrepeso en niños menores de 5 años.

Los más altos niveles de rezago por retraso en el crecimiento se encuentran en áreas rurales. En ellas se registran niveles elevados de pobreza, bajos ingresos, baja escolaridad, un mayor grado de informalidad en el empleo, un menor acceso a servicios y una mayor proporción de población indígena y afrodescendiente.

El sobrepeso en menores de 5 años parece distribuirse geográficamente de forma más homogénea. No obstante, los territorios más rezagados tienden a concentrarse en áreas urbanas, de mayores ingresos, menor pobreza, mayor acceso a servicios y mayor formalidad laboral.

A pesar de que algunos determinantes asociados a cada una de las cargas de la malnutrición son distintos, ciertos territorios padecen simultáneamente rezagos tanto por retraso en el crecimiento como por sobrepeso. En general, estas zonas tienden a ser más rurales y a presentar altos niveles de pobreza.

Aunque aún se desconoce la dimensión real del impacto de la pandemia del coronavirus, esta amenaza con acrecentar estas diferencias y las brechas entre territorios rezagados y no rezagados. La pandemia golpea de forma particularmente acentuada a las poblaciones y a los territorios más vulnerables, donde hay un mayor número de empleos informales, los ingresos son menores y los alimentos saludables escasean. Las áreas identificadas como rezagadas, especialmente por desnutrición, serían las más afectadas.

Abordar la problemática de la seguridad alimentaria y nutricional de los territorios rezagados requiere intervenciones multidimensionales, que aborden de manera integrada las diversas causas de la malnutrición, y que ofrezcan una respuesta coordinada entre diversas dimensiones del desarrollo. El Panorama, describe algunas de las principales intervenciones de política que se desarrollan en la región entorno a tres grupos de medidas enfocadas en: 1) mejorar y promover el acceso económico a una alimentación adecuada, 2) mejorar el acceso físico a los alimentos y para producir alimentos que promuevan una alimentación adecuada y 3) mejorar el uso y la calidad de los alimentos.

ISBN 978-92-5-133665-6



9 789251 336656

CB2242ES/1/12.20