



FINUT
Fundación Iberoamericana de Nutrición



Nutrición en la primera infancia: estado y desafíos actuales en América Latina y el Caribe



El informe “*Nutrición en la primera infancia: Estado y desafíos actuales en América Latina y el Caribe*” fue elaborado por la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) para la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI).

© Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Dirección del Informe

Mariano Jabonero,

Secretario General de la Organización
de Estados Iberoamericanos (OEI)

Tamara Díaz Fouz,

Directora General de Educación y
Educación Técnico Profesional de la OEI

Coordinación OEI

Susana Mateos Sánchez

María del Carmen Peral Morales

Cristina Alonso Sánchez

Coordinación y revisión FINUT

María José Soto-Méndez,

Ph.D., Dirección Científica de la FINUT

Autoras del Informe

Jennifer Bernal Rivas,

Ph.D., Investigadora invitada FINUT

Ana Fernández Gaxiola

MSc., Colaboradora externa FINUT

Ángela Hernández Ruiz,

Ph.D., Área de Desarrollo de Proyectos, FINUT

Maquetación y diseño

Mónica Vega Bule

Traducción al portugués

Simone do Nascimento (SG OEI)

Revisión texto portugués

Simone do Nascimento (SG OEI) y

Rui Silva (AICK-Porto)

Publicado:

Febrero 2025

ISBN

Español: 978-84-86025-30-4

Portugués: 978-84-86025-46-5

Contacto:

Dirección Gral. de Educación y
Formación Profesional. Secretaría General OEI
educacion@oei.int

Este estudio se publica como contribución a los gobiernos nacionales de los países iberoamericanos, al sistema de cooperación Internacional y a la comunidad educativa en general. Por lo tanto, se autoriza su reproducción siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro. Deseamos que esta publicación supere las expectativas.

Un informe científico-técnico sobre la situación actual y principales desafíos de la nutrición en la primera infancia en América Latina y el Caribe.

El informe “*Nutrición en la primera infancia: estado y desafíos actuales en América Latina y el Caribe*” fue elaborado por la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) para la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI).



Autoras del Informe:

Jennifer Bernal Rivas,
Ph.D., Investigadora Invitada FINUT

Ana Fernández Gaxiola
MSc. Colaboradora externa FINUT

Ángela Hernández Ruiz,
Ph.D. Área de Desarrollo de
Proyectos, FINUT

Coordinación y revisión:

María José Soto-Méndez,
Ph.D. Dirección Científica de la
FINUT

Las denominaciones empleadas en este producto informativo y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la FINUT y/o la OEI, 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 FINUT y/o la OEI los apruebe o recomiende de preferencia a otros de procedencia similar que no se mencionan. Además, las opiniones expresadas en este documento y las conclusiones de esta publicación son de los autores y no representan necesariamente la opinión de la OEI.

En este documento se procuró evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, para facilitar la lectura no se incluye recursos como: @, x, -a/as. Por lo que hubo casos en los que se usó el genérico masculino.



Contenidos

	Lista de siglas y acrónimos	6
	Glosario de términos	8
	Presentación	10
01	Introducción	12
	1.1 Salud materno-infantil como base para el desarrollo infantil	15
	1.2 Formas de malnutrición en la primera infancia en América Latina y El Caribe	16
	1.3 Determinantes de la nutrición materna e infantil	16
	1.4 Efectos o consecuencias de las alteraciones nutricionales	18
	1.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible, inseguridad alimentaria y la malnutrición infantil	19
	1.6 Indicadores y metas nutricionales claves para el desarrollo	20
	1.7 Costos y asequibilidad de la dieta saludable	21
	1.8 ¿A quién va dirigido este informe?	23
02	Justificación	24
03	Objetivos del informe	26
	3.1 Objetivo general	27
	3.2 Objetivos específicos	27
04	Metodología	28
	4.1 Población estudiada	29
	4.2 Tipología de la revisión: diseño	29
	4.3 Fuentes de información y estrategia de búsqueda de la literatura	30
	4.4 Criterios de elegibilidad del estudio y síntesis de datos	32
	4.5 Recopilación de datos	33
	4.6 Extracción y gestión de datos	33
05	Resultados	34
	5.1 Resultados de la estrategia de búsqueda de la revisión	35
	5.2 Efectos de la nutrición materno-infantil	35
	5.2.1 La ventana de los primeros 1000 días	37
	5.2.2 Desnutrición	41
	5.2.3 Sobrepeso y obesidad	49
	5.2.4 Deficiencia de micronutrientes	50
	5.2.5 Doble y triple carga de la malnutrición	60
	5.2.6 Desarrollo infantil temprano	63

5.3.	Determinantes inmediatos de la malnutrición	65
5.3.1	Deficiencias en las prácticas de la lactancia materna	65
5.3.2	Deficiencias en el consumo de alimentos	67
5.3.3	Deficiencias en los cuidados y desarrollo inicial	68
5.4	Determinantes subyacentes de la malnutrición	69
5.4.1	Inseguridad alimentaria en el hogar	69
5.4.2	Factores socioeconómicos y otros que afectan el acceso físico a los alimentos	71
5.4.3	Deficiencias en los conocimientos y prácticas de alimentación adecuadas	73
5.4.4	Deficiencias en los servicios de salud, educación, protección social y saneamiento ambiental	74
5.4.5	Situaciones de conflicto, crisis y emergencias humanitarias	82
5.5.	Determinantes habilitantes o propicios: Gobernanza	84
5.5.1	Políticas, programas y/o intervenciones para mejorar y proteger la alimentación y nutrición infantil en la región latinoamericana	84
5.5.2	Políticas, programas e intervenciones directas	86
5.5.3	Políticas, programas e intervenciones indirectas	94
5.5.4	Estudios de caso de políticas, programas e intervenciones en países seleccionados	99
5.5.5	Políticas, regulaciones e iniciativas para promover entornos saludables	108

06

	Brechas en las evidencias	118
6.1	Ausencia y/o insuficiencia de información en algunos países de la región	119
6.2	Necesidad de formación de capacidades	119
6.3	Ausencia y/o insuficiencia de información actualizada en temas específicos	120
6.4	Ausencia y/o insuficiencia de monitoreo y evaluación a las intervenciones y programas implementados	121

07

	Conclusiones	122
--	---------------------	-----

08

	Recomendaciones	128
--	------------------------	-----

8.1	Recomendaciones para atender los desafíos de la nutrición en la primera infancia en América Latina y el Caribe por ámbito de acción	130
-----	---	-----

09

	Referencias	146
--	--------------------	-----

	Anexos	170
--	---------------	-----



Lista de siglas y acrónimos

AEPI	Atención y Educación de Primera Infancia
ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPN	Bajo Peso al Nacer
CDI	Cuidado para el Desarrollo Infantil
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CI	Cociente Intelectual
ENANI	Encuesta Nacional Brasileña sobre Nutrición Infantil
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (México)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
IMC	Índice de Masa Corporal
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MICS	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
ONGs	Organizaciones No gubernamentales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
pp	Puntos Porcentuales
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SMART	Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas Normalizadas de Seguimiento y Transición
TM	Transferencias Monetarias
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
UN	<i>United Nations</i> (Naciones Unidas)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia



Glosario de términos



- **Alimentación complementaria.**

Es el proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como una sustitución.

Las asociaciones de pediatría, de nutrición, organismos gubernamentales y de Naciones Unidas recomiendan que se inicie a partir de los seis meses de edad, cuando finaliza la lactancia materna exclusiva.

- **Alimentos ultraprocesados.**

Se refiere a formulaciones industriales, principalmente a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, además de aditivos y cosméticos que dan color, sabor o textura para intentar imitar a los alimentos. Poseen un elevado contenido en azúcares libres, grasa total, grasas saturadas y sodio, y un bajo contenido en proteína, fibra alimentaria, minerales y vitaminas, en comparación con los productos, platos y comidas sin procesar o mínimamente procesados.

- **Baja talla o estatura para la edad.**

El retraso del crecimiento, o longitud/talla/estatura baja para la edad, se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es conocida también como la desnutrición crónica o fallo de medro.

- **Bajo peso al nacer.**

Es definido por la OMS como un peso inferior a 2.500 gramos o 5,5 libras al nacer.

- **Causas.**

Se refiere a factores o eventos específicos que directamente provocan un resultado o efecto.

- **Deficiencia de micronutrientes o “hambre oculta”.** Se conoce como la tercera carga de la malnutrición y es un estado

de micronutrientes (vitamina A, hierro, yodo, zinc, etc.) que se encuentra por debajo de las recomendaciones de ingesta o de los niveles adecuados medidos por biomarcadores.

- **Desnutrición aguda o emaciación.**

Situación en la que un niño se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar del indicador peso para la talla (bajo peso para talla) de la Organización Mundial de la Salud. Engloba la desnutrición aguda grave, que incluye la emaciación grave, también conocida como marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor, con o sin presencia de edema, y también a la desnutrición aguda moderada, de acuerdo a la OMS.

- **Determinantes sociales de la salud.**

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

- **Desigualdades.**

Son las diferencias en el acceso, las oportunidades y los resultados entre diferentes grupos sociales, a menudo reflejando injusticia social.

- **Doble carga de la malnutrición.**

Es la coexistencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) junto con la desnutrición (retraso del crecimiento y emaciación), obesidad o enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, en todos los ámbitos poblacionales: país, ciudad, comunidad, hogar e individuo. Algunas entidades reconocen la deficiencia de micronutrientes como una de las cargas de malnutrición, aunque siguen llamándola doble carga en distintas combinaciones.



- **Enfermedades crónicas no transmisibles.**

Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Dentro de este grupo se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, la enfermedad renal crónica, el cáncer y la obesidad. Su desarrollo puede estar relacionado con la dieta.

- **Índice de Masa Corporal (IMC).**

Relación entre la masa corporal de una persona y su estatura, expresada en kilogramos por metro cuadrado. Según los valores propuestos por la OMS, el IMC es uno de los principales recursos para evaluar el estado nutricional.

- **Lactancia materna exclusiva.**

Es un tipo de alimentación donde el bebé solo recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido, a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. La OMS y UNICEF recomiendan que esta práctica se mantenga durante los primeros seis meses de vida, y se sugiere que se inicie en la primera hora de vida después del parto, que sea a libre demanda y se evite el uso de fórmulas infantiles.

- **Malnutrición.**

Se refiere a las deficiencias o excesos en la ingesta de nutrientes, desequilibrio de nutrientes esenciales o una inadecuada utilización de los nutrientes. El término de la malnutrición se refiere a la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, según la OMS.

- **Malnutrición por deficiencia.**

Si la malnutrición se refiere a la deficiencia, se refiere a la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal) y/o a las deficiencias de vitaminas y/o minerales obtenidos de la dieta.

- **Malnutrición por exceso.**

Se refiere a la presencia de sobrepeso y obesidad y/o a los excesos de vitaminas y/o minerales, obtenidos por la dieta y uso de suplementos dietéticos.

- **Obesidad.**

Compleja enfermedad crónica caracterizada por una excesiva acumulación de grasa, perjudicial para la salud. En los menores de cinco años, la obesidad es un peso para la estatura superior a tres desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. La obesidad puede provocar un aumento del riesgo de diabetes de tipo 2 y cardiopatías, puede afectar a la salud ósea y la reproducción y aumenta el riesgo de que aparezcan determinados tipos de cáncer. La obesidad influye en aspectos de la calidad de vida, como el sueño o el movimiento.

- **Seguridad alimentaria y nutricional.**

Estado en que todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social al agua y a los alimentos, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizando un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.

- **Sobrepeso.**

Afección que se caracteriza por una mayor acumulación de grasa. En los niños menores de cinco años, se refiere a un peso para la estatura superior a dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

- **Triple carga de la malnutrición.**

Se presenta cuando, en una misma población, coexisten la sobrealimentación (sobrepeso y obesidad), la desnutrición (retraso del crecimiento, emaciación e insuficiencia ponderal) y las carencias de micronutrientes (también denominada "hambre oculta").



Presentación

En la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), el mayor organismo de cooperación multilateral entre países iberoamericanos de habla española y portuguesa, colaboramos cada día con los gobiernos de nuestros 23 países miembros para favorecer la educación de calidad para todos y todas a lo largo de la vida.

Desde 2018, –y de forma ininterrumpida–, la OEI forma parte del Comité de Dirección ODS4-Educación 2030, en calidad de representante regional de América Latina y el Caribe que tiene por misión hacer seguimiento del cumplimiento del cuarto Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), dedicado a conseguir una educación equitativa y de calidad para todos en el año 2030, sin dejar a nadie atrás. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible están estrechamente relacionados y se apoyan entre sí. De este modo, junto con el ODS 4, destaca para la cuestión que nos ocupa el ODS 2: *poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible*. De esta manera, una de las posibles manifestaciones de la malnutrición recae en edades tempranas y tiene influencia en las trayectorias educativas futuras.

Desde los inicios de la OEI, hace ya 75 años, la primera infancia ha sido un eje central por considerarse una etapa fundamental en la vida. La OEI ha promovido diversas acciones vinculadas con la educación y atención integral de la primera infancia, desde la convicción de que en esta etapa se sientan las bases para el desarrollo y aprendizaje a lo largo de la vida, así como que el acceso a la educación es clave para disminuir posibles desigualdades. Y si estamos hablando de primera infancia, la nutrición en esta etapa del ciclo vital, es uno de los aspectos clave a tener en cuenta para un adecuado desarrollo físico, neurológico, cognitivo, emocional y social. Además, es uno de los elementos fundamentales por los que debemos velar con mayor énfasis en la región iberoamericana, de lo que se desprende la necesidad de seguir impulsando políticas intersectoriales para la mejora de la atención

“El estudio presentado desarrolla de manera detallada cuál es la situación en el momento actual de la nutrición para la primera infancia, así como los desafíos principales a los que nos enfrentamos”.

y educación hacia la primera infancia, sin olvidar el contexto económico y social.

Por tanto, desde la OEI, hemos puesto en marcha el *Programa Regional de Primera Infancia*, cuya finalidad es desarrollar una educación de calidad través de la contribución de las competencias y el fortalecimiento de las políticas públicas.

En este marco, nace la Red Iberoamericana de Administraciones Públicas para la Primera Infancia, que supone un espacio integrado de trabajo colaborativo representado por los 23 países miembros de la OEI, junto con un intercambio de buenas prácticas, así como el desarrollo de ámbitos reales de cooperación Sur-Sur.

El estudio presentado desarrolla de manera detallada cuál es la situación en el momento actual de la nutrición para la primera infancia, así como los desafíos principales a los que nos enfrentamos, de manera más concreta, en la región de América Latina y el Caribe, a través del análisis de la literatura científica disponible al respecto. Con este informe se persigue, –junto con el análisis de los determinantes principales de la nutrición infantil–, identificar cuáles son aquellos programas, intervenciones y políticas públicas para avanzar en la nutrición de la primera infancia.

En definitiva, se trata de aportar una serie de conclusiones finales y recomendaciones para mejorar la situación nutricional de los más pequeños, así

como para atender los retos que tenemos por delante, de manera que podamos abordarlo de un modo satisfactorio, con la voluntad de reducir las brechas existentes en este sentido.

Para la OEI, este informe tiene un importante valor añadido como es servir de insumo, con base científica, a la Red Iberoamericana de Administraciones Públicas Relacionadas con la Primera infancia, creada y coordinada desde nuestra organización como un proyecto regional, modelo de cooperación Sur-Sur capaz de prestar apoyos y colaboraciones reales, es decir, hacer que la cooperación suceda.

Para finalizar, quiero agradecer la generosa colaboración que ha prestado para la realización de este informe la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), sin cuyo apoyo no habría sido posible su elaboración, por su compromiso y rigor en la creación del mismo a través de sus autoras, así como por el papel que desempeña en la mejora de la nutrición en la región iberoamericana.

Desde la Secretaría General de la OEI y sus 19 oficinas nacionales, seguiremos trabajando de manera incansable para ofrecer a la comunidad educativa iberoamericana oportunidades para que se realice el derecho a una educación de calidad para todos y todas, sin dejar a nadie atrás.

Mariano Jabonero,
secretario general de la OEI

Introducción

Durante la primera infancia se sientan las bases para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños y niñas, que afectarán positiva o negativamente su vida adulta. La nutrición durante la primera infancia contempla dos momentos de relevancia biológica: los primeros mil días (Bhutta et al., 2013), que van desde la concepción hasta el segundo cumpleaños; y el periodo comprendido entre los dos a los cinco años.

En este periodo clave para fundar su desarrollo integral (cognitivo, motriz, emocional, social y psicológico) y sentar las bases de su futuro, los menores necesitan recibir alimentos adecuados como la leche materna desde la primera hora de vida (Pérez-Escamilla & Moran, 2023; Victora et al., 2015). Los primeros años de vida tienen un gran impacto en su desarrollo cerebral, salud, felicidad, capacidad de aprendizaje y bienestar, y, más tarde, para subsistir y “ganarse la vida”. Lo que le sucede al niño en los primeros años es crucial para su curso de vida y su trayectoria de desarrollo.

El reflejo de la calidad de vida del recién nacido proviene de la salud de la madre durante la gestación, quien debe cuidar la ganancia de peso, la calidad de la dieta, la exposición a contaminantes que pueden interferir con la salud del bebé y, en general, su bienestar. En la región de ALC existen elevadas disparidades y problemas que deben ser atendidos en esta primera etapa de vida del recién nacido, como la tasa de mortalidad neonatal de 9,3 por cada mil nacidos vivos registrados, que implica que 137.000 niños han fallecido antes del primer mes de vida (PAHO, 2022). A este hecho se suma que casi 1 de cada 10 niños ha nacido con un peso



menor al recomendado (menos de 2.500 gramos). Además, hay disparidades entre los países, con 11,7% en El Caribe, 10,9% en Mesoamérica y 8,8% en Sudamérica de bajo peso al nacer (Unicef, WHO y World Bank Group, 2023).

En las primeras horas después del nacimiento y hasta los primeros veintiocho días de vida del bebé, la leche materna es el gran aliado de la vida, es decir, que las políticas, programas e intervenciones que protejan y promuevan la lactancia materna desde el centro de salud hasta la llegada del bebé a su hogar son parte de la solución en la prevención de enfermedades y hasta de la posible muerte del niño.

La lactancia materna es crucial para la vida. Los niños menores de 36 meses de edad tienen más probabilidades de sobrevivir, crecer y desarrollar completamente su potencial cuando son alimentados con leche humana de sus madres a través de la

lactancia (Victora et al., 2015), debido a la naturaleza dinámica del amamantamiento, las interacciones madre-bebé-ambiente y los componentes vivos únicos de la leche humana (Krebs et al., 2023).

Por este motivo, los entornos sociales y económicos en los que los niños y niñas nacen, crecen, viven y, eventualmente, trabajan, denominados determinantes sociales de la salud (Likhar et al., 2020), deben ser protegidos y cuidados. Poner atención en los determinantes sociales durante la primera infancia es un elemento central de cualquier estrategia de desarrollo social inclusivo (CEPAL, 2023). Sin embargo, a pesar de los avances normativos, científicos y en agendas y políticas sociales dirigidas a la infancia, niñas y niños entre cero a cinco años siguen siendo afectados por la pobreza y vulnerabilidad de manera desproporcionada debido a la poca capacidad de los estados y de la sociedad en general para mejorar los entornos en los que nacen y crecen los niños.

“Los primeros años de vida tienen un gran impacto en su desarrollo cerebral, salud, felicidad, capacidad de aprendizaje y bienestar, y, más tarde, para subsistir y “ganarse la vida”.

La alimentación complementaria adecuada desde los seis meses de vida implica un número suficiente de comidas variadas al día (Alimentación del lactante y el niño pequeño, WHO, 2023); además, la alimentación de calidad debe continuarse durante toda la primera infancia, práctica que es influenciada por los determinantes sociales de la salud, la cual presenta muchos desafíos en la región de ALC. Uno de los indicadores más afectados es la menor talla o estatura o también llamado retraso en el crecimiento. En la región, el número total de niños que viven con una estatura menor para su edad –aunque ha disminuido– es de 6,8 millones en el año 2012 a 5,7 millones para el año 2022 (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023). Destacan las disparidades que desfavorecen especialmente a la subregión de Centroamérica, con las más elevadas prevalencias de baja estatura para la edad o fallo de medro en los niños menores de cinco años de edad, en comparación con las subregiones del Caribe y América del Sur. El bajo peso para la talla o también denominado emaciación (pérdida de peso por falta de alimentos y/o la presencia de una enfermedad) afecta a 0,6 millones de menores de cinco años en la región (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023).

Por el contrario, los excesos nutricionales también se hacen presentes en la región afectando a la vida de 4,2 millones de niños para el año 2022, siendo un 8,6%, comparado con el promedio mundial que se encuentra en el 5,6% (Unicef, 2023; Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023). Este problema, que inicia a partir de los dos años, debe ser reforzado con la mejora y protección de la buena nutrición y la presencia de la actividad física. En este sentido, políticas, programas e intervenciones que mejoren los estilos de vida desde la primera infancia permitirán garantizar el bienestar y la felicidad, así como prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta como la diabetes, la hipertensión o la obesidad, entre otras.

Los niños y las niñas son vulnerables desde el vientre materno a los efectos del cambio climático y más aun los que viven en comunidades de ingresos bajos, pues corren el riesgo elevado de sufrir los daños derivados de este fenómeno. Sus cuerpos y mentes son especialmente afectados por el cambio climático, factores como la contaminación, las enfermedades mortales y las condiciones meteorológicas extremas. Sin embargo, en gran medida se les ha dejado de lado o desatendido en la narrativa y la financiación del cambio climático a escala mundial. Un informe sobre el Índice de Riesgo Climático de la Infancia de 2021 destaca que mil millones de niños corrían un peligro extremadamente elevado de sufrir los efectos de la crisis climática y examinó ocho componentes que son la causa de las perturbaciones y tensiones climáticas y medioambientales, como los ciclones y las olas de calor, así como su vulnerabilidad a esas perturbaciones según su acceso a los servicios esenciales (Unicef, 2021; Unicef, 2023).

1.1 Salud materno-infantil como base para el desarrollo infantil

La salud materno-infantil es un binomio donde la salud de uno impacta irremediablemente en el otro, pues durante el embarazo, parto y puerperio, la salud de las madres y sus hijos están estrechamente relacionadas. La nutrición es parte esencial de la salud materna, la salud del recién nacido y del niño pequeño, por lo que no se justifica su abandono (Horton, 2008).

El embarazo demanda cambios fisiológicos y emocionales para la mujer. Algunas se embarazan de forma no planeada ni deseada durante la adolescencia, lo que conlleva múltiples dificultades:

- El cuerpo aún no está preparado fisiológicamente para el embarazo, la constitución física puede ser aún pequeña.
- Muchas de las mujeres se encuentran estudiando y sin estabilidad económica, por lo que se pueden truncar sus expectativas de vida, pues sus oportunidades de educación y trabajo disminuyen.
- En ocasiones, tienen poco acceso adecuado a métodos anticonceptivos o no los usan, pudiendo embarazarse en un lapso menor a dos años, lo que provoca una descompensación en el organismo.
- Las mujeres embarazadas, así como los niños pequeños, forman parte del grupo más vulnerable de la sociedad. A ello se suma la juventud de la madre adolescente. Es decir, que el riesgo del embarazo en esta etapa es tanto por razones biológicas como sociales (Díaz Sánchez, 2003; IHE, 2008; OPS, 2005). La OMS recomienda que los embarazos no deben ser ni demasiado temprano ni demasiado tarde con respecto a la edad, ni muy cercanos uno de otro o demasiado espaciados para reducir el riesgo de complicaciones del embarazo y otros problemas de salud. Se sugiere esperar de dieciocho a veinticuatro meses, pero menos de cinco años, después del nacimiento de un niño vivo antes de intentar volver a quedarse embarazada (Clínica Mayo, 2024).

“Las mujeres embarazadas, así como los niños pequeños, forman parte del grupo más vulnerable de la sociedad.”

La atención de salud materno-infantil requiere servicios de calidad. Esto implica que sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en las personas, y que ofrezcan los resultados de salud que las comunidades desean (OMS, 2023). Las estrategias para mejorar la salud materno-infantil y la supervivencia suelen incluir intervenciones particulares como la vacunación, terapia de rehidratación oral y tratamiento de infecciones y hemorragia. Más tarde se amplió el portafolio para incluir recursos humanos, financiamiento y administración, pero no la nutrición a través de intervenciones como la promoción de la dieta saludable durante el embarazo, la consejería sobre lactancia materna, la suplementación con vitaminas, hierro y ácido fólico en el embarazo, con vitamina A en el recién nacido, así como la fortificación con zinc, que han mostrado grandes beneficios (OMS, 2019).

1.2 Formas de malnutrición en la primera infancia en América Latina y El Caribe

La malnutrición, caracterizada por los excesos y las deficiencias, afecta a la primera infancia en la región (Unicef, 2020). Por un lado, la epidemia de sobrepeso y obesidad ha sido el resultado de una serie de cambios socioeconómicos, culturales y demográficos que han ocurrido en América Latina y el Caribe (ALC) en las últimas décadas (Corvalán et al., 2017). Las mejoras en las condiciones socioeconómicas, el aumento del empleo de la mujer (CEPAL/OIT 2019), la rápida urbanización (UN, 2015), el crecimiento del consumo de alimentos no saludables, de los servicios alimentarios y el aumento del uso del transporte privado han interactuado de

manera compleja para influir en la dieta, la actividad física y el estado nutricional de los niños de la región. Por otro lado, estos cambios socioeconómicos no han afectado a la población por igual, lo que ha dado lugar a un escenario en el que la desnutrición (principalmente la crónica o retraso en el crecimiento) coexiste con el sobrepeso, la obesidad y las deficiencias de micronutrientes. Más aún, en América Latina, el retraso en el crecimiento es el déficit nutricional más común en niños de 0 a 59 meses (Rivera et al., 2014), aunque varía ampliamente entre los países de la región.

1.3 Determinantes de la nutrición materna e infantil

Los determinantes son factores que influyen o contribuyen a la ocurrencia de la malnutrición (por excesos y deficiencias), pero no necesariamente lo causan de manera directa. Los determinantes pueden incluir una variedad de factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que ocurra un evento o condición. Comprender los determinantes es crucial para diseñar estrategias efectivas de intervención y prevención para abordar los problemas nutricionales en diferentes poblaciones. Las intervenciones deben ser multifacéticas y considerar todos estos determinantes para ser efectivas en mejorar la nutrición y la salud pública.

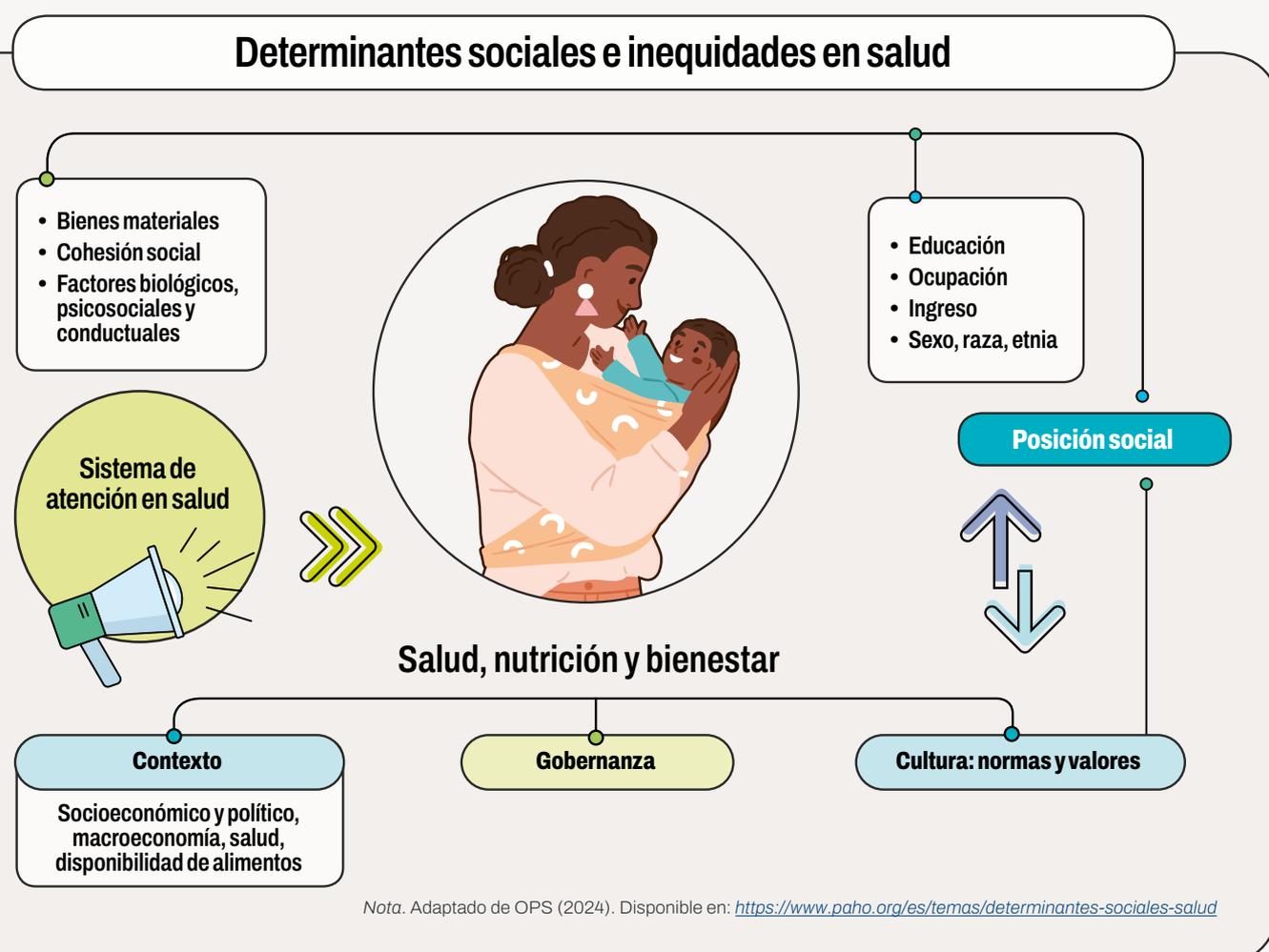
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”* (OPS, 2024). La Figura 1 muestra el marco conceptual de los determinantes sociales

de la salud, que incluyen las políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población (OPS, 2024), incluyendo a los menores de cinco años y sus madres, por lo que hay diferencias en los resultados en materia de salud y nutrición.

Para mejorar la nutrición materno-infantil, Unicef presenta el enfoque de los determinantes que muestran la complejidad y la interrelación de

los factores que interactúan entre sí (Figura 2) y contribuyen a romper el ciclo intergeneracional de malnutrición y pobreza. Estos determinantes afectan a las condiciones de vida y el bienestar general, y son esenciales para comprender la malnutrición de manera integral. En sus diferentes niveles tienen el efecto de influenciar la nutrición materna e infantil. Este informe utiliza como base estos determinantes para contextualizar la situación actual y los principales desafíos de la nutrición en la primera infancia de la región de ALC.

Figura 1 Marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud y nutrición



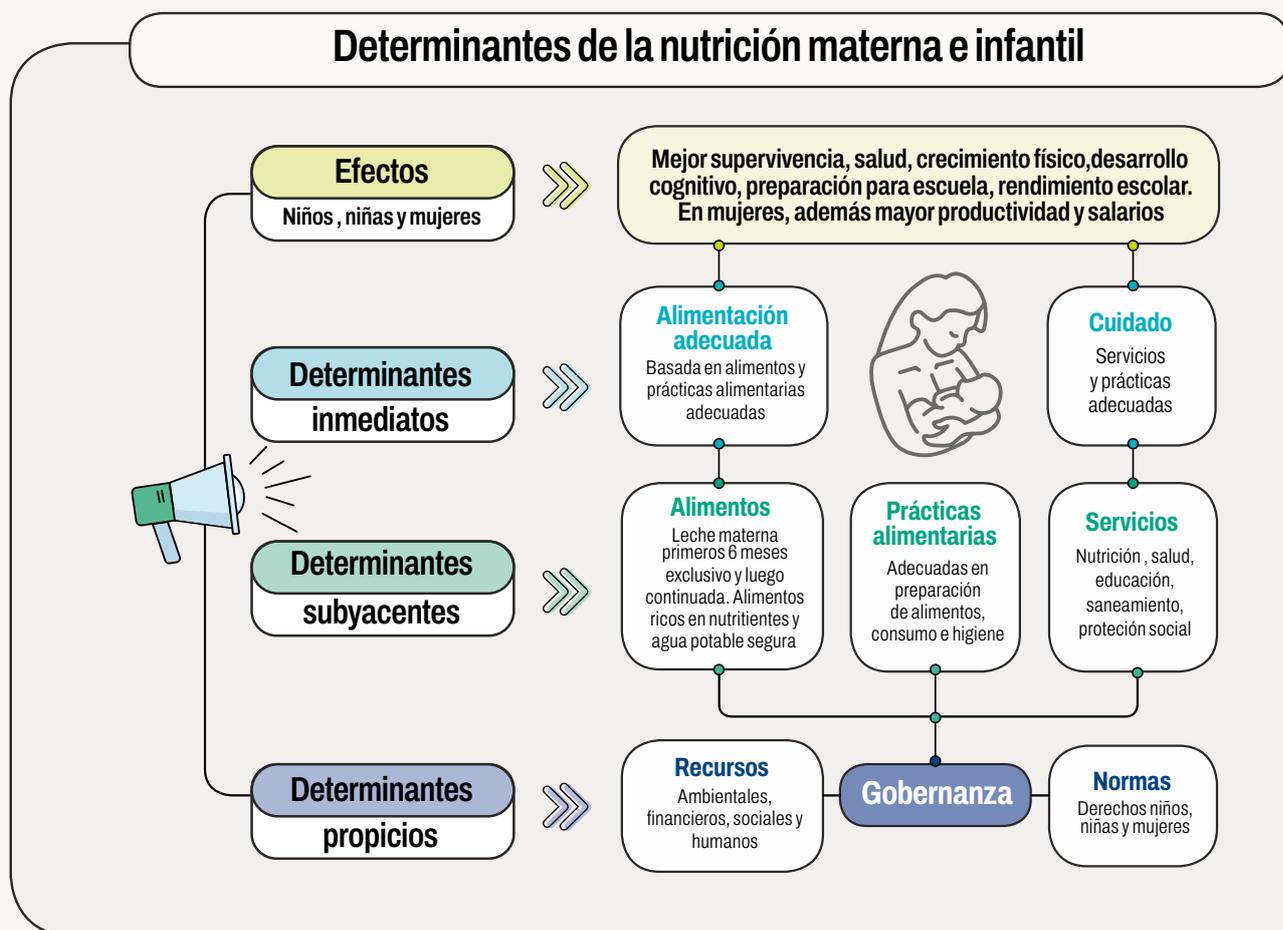
1.4 Efectos o consecuencias de las alteraciones nutricionales

Las alteraciones nutricionales, en los niños y niñas menores de cinco años, pueden causar graves problemas en la salud, crecimiento y desarrollo (físico, motor grueso y fino, cognitivo, emocional y social). Durante la gestación y los primeros dos años de vida, proveer la cantidad y calidad de energía y nutrientes adecuados es esencial para garantizar el máximo potencial del desarrollo cerebral. La falta o inadecuado suministro de nutrientes puede conllevar a un retraso en el crecimiento, kwashiorkor (desnutrición proteico-calórica, con edema o acumulación de líquidos en el cuerpo) y marasmo (emaciación, marcada delgadez y pérdida de grasa corporal),

afectando tanto al desarrollo físico como cognitivo.

La desnutrición y la infección están relacionadas ya que la desnutrición debilita el sistema inmune produciendo infecciones más severas y de más difícil recuperación y la persistencia de las infecciones impide el aprovechamiento biológico de los nutrientes que consumen los niños, lo que agrava el estado de desnutrición (Sinha & Guerrant, 2024). La desnutrición disminuye la capacidad de desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar; a largo plazo representa un riesgo de padecer enfermedades crónicas, incluida la obesidad y, por consiguiente, una baja productividad en la vida adulta. (Solomons & Soto-Méndez, 2024)

Figura 2 Marco conceptual sobre los determinantes de la nutrición materna e infantil



Nota. Adaptado de: Unicef (2020). Disponible en: <https://www.unicef.org/media/111496/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20.pdf>

Las deficiencias de vitaminas y minerales pueden resultar en inadecuadas cantidades de vitamina A, responsables de problemas como la ceguera nocturna y la xeroftalmia (sequedad de la conjuntiva y la córnea, que puede progresar a lesiones más graves si no se trata). Además, la deficiencia de vitamina D y calcio puede ocasionar raquitismo; la falta de ácido fólico y vitamina B12 afecta el desarrollo neurológico y puede causar anemia; la deficiencia de zinc provoca retraso en el crecimiento, problemas inmunológicos y diarrea. Finalmente, la falta de yodo puede causar retraso mental y bocio, siendo este un problema nutricional latente en la cordillera andina, por ejemplo, debido a que las elevadas alturas aumentan el riesgo.

El exceso de peso en niños menores de cinco años es un problema de salud pública creciente a nivel mundial. El sobrepeso u obesidad está caracterizado por un peso para la estatura superior a dos o tres desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (Obesidad y sobrepeso, WHO, 2024). Las causas incluyen una dieta poco saludable, insuficiente actividad física, factores genéticos y socioeconómicos. Esta condición tiene consecuencias inmediatas como problemas metabólicos, cardiovasculares y respiratorios y, a largo plazo, puede llevar a la persistencia de la obesidad en la vida adulta, enfermedades crónicas, problemas psicológicos y sociales.

En general, los desbalances nutricionales en la infancia temprana pueden tener consecuencias severas, como el retraso en el desarrollo cognitivo y motor, mayor riesgo de infecciones, de desarrollo de enfermedades crónicas iniciadas a temprana edad, ocasionando una menor calidad de vida y muerte prematura. El abordaje de la malnutrición requiere

una respuesta integral. Para ello, es esencial considerar los determinantes, las causas y consecuencias para promover intervenciones multisectoriales y sostenibles.

1.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible, inseguridad alimentaria y la malnutrición infantil

La Asamblea General de la ONU adoptó en 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. «Estamos resueltos a poner fin a la pobreza y el hambre en todo el mundo de aquí a 2030, a combatir las desigualdades dentro de los países y entre ellos, a construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, a proteger los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y garantizar una protección duradera del planeta y sus recursos naturales». La Agenda plantea 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. El mayor desafío es la erradicación de la pobreza (primer objetivo de desarrollo sostenible) y afirman que, si no se alcanza, el desarrollo sostenible no es posible (UNSCN, 2014).

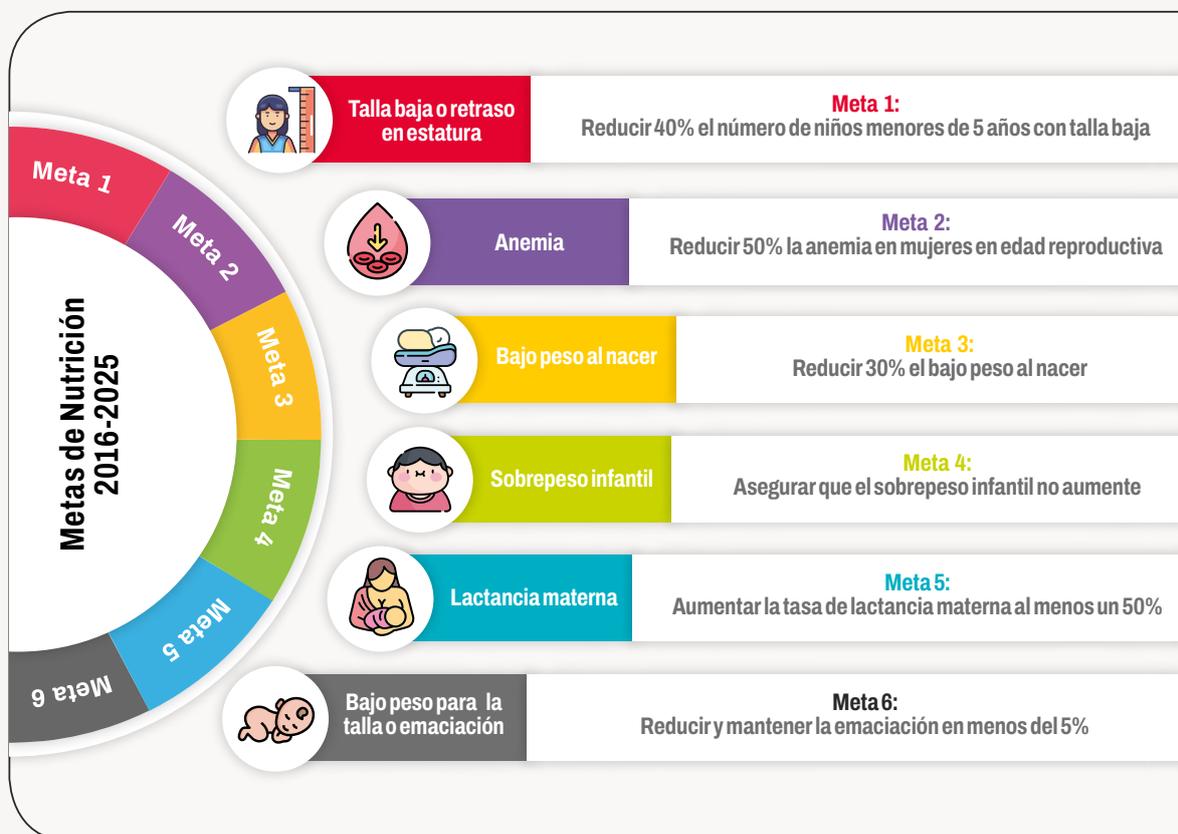
La nutrición es específicamente clave para el ODS 2: “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”. Erradicar el hambre y la inseguridad alimentaria ayuda a la nutrición, ya que esto implicaría asegurar el acceso constante a alimentos adecuados, seguros, diversos y ricos en nutrientes para todos, lo que, a su vez, facilita que los patrones de

alimentación saludables y los sistemas alimentarios saludables se muevan en la agenda política (UNSCN, 2014). Por ello, la nutrición es insumo y resultado de los ODS en su conjunto, por ser un ODS en sí mismo. Las múltiples manifestaciones de la malnutrición no se derivan solo de la falta de alimentos suficientes, saludables e inocuos, sino que deriva a partir de una serie de procesos que interactúan entre sí, como la atención a la salud, la educación, el saneamiento y la higiene, el acceso a los recursos o el empoderamiento, entre otros (UNSCN, 2014). Los 17 objetivos están interrelacionados, se apoyan mutuamente y tienen la misma prioridad. En mayor o menor grado, pueden ser utilizados para proteger y mejorar la nutrición de los menores de cinco años, lo que incluye a la madre durante la gestación.

1.6 Indicadores y metas nutricionales claves para el desarrollo

Alineados con los ODS, existen seis indicadores y metas nutricionales claves que inciden en el desarrollo de la región y en el menor de cinco años. Estos fueron aprobados en la Asamblea Mundial de la Salud con el objetivo de mejorar la salud de madres, infantes y niños pequeños (Figura 3). La mayoría de los países de ALC buscan cumplir con estas metas en la denominada Década de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025), que es el resultado del compromiso de los estados miembros para emprender la aplicación de políticas, programas y mayores inversiones en forma sostenida y coherente durante diez años, con el fin de eliminar todas las formas de malnutrición, en todas partes y sin dejar a nadie detrás (Naciones Unidas,

Figura 3 Metas de Nutrición para la década 2016-2025



Nota. Elaboración propia. Imágenes tomadas y/o generadas en CANVA con Inteligencia Artificial. Indicadores provenientes de OMS (2018). Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025 (Naciones Unidas, 2024).

2024). Estos indicadores y metas permiten hacer seguimiento a los progresos o retrocesos, lo que resulta clave para el desarrollo.

El grupo interinstitucional UNICEF-OMS-BM *Joint Child Malnutrition Estimates* –o llamado en español “Estimaciones de la malnutrición infantil”– actualiza periódicamente en 159 países la prevalencia y cifras para los indicadores de retraso del crecimiento o desnutrición crónica, bajo peso para la talla o emaciación y sobrepeso, lo que permite describir la magnitud y las pautas de la desnutrición y la sobrealimentación.

1.7 Costos y asequibilidad de la dieta saludable

Asegurar una dieta saludable para las madres y los menores de cinco años puede ser un desafío significativo debido a los costos y la asequibilidad de los alimentos nutritivos. En muchas partes del mundo y de América Latina y el Caribe, las familias de bajos ingresos enfrentan dificultades para acceder a alimentos ricos en nutrientes, lo que puede llevar a deficiencias nutricionales y problemas de salud a largo plazo. La disparidad en los precios de los alimentos, la disponibilidad limitada de productos frescos y saludables, el acceso físico a los alimentos de manera inestable y la falta de educación nutricional agravan este problema. La reducción de los costos puede ser una estrategia de elevado costo-efectividad para mejorar el acceso a una dieta equilibrada y saludable para todos los niños.

En primer lugar, los efectos sustanciales, positivos y tempranos de la lactancia materna para los niños, las madres, las familias y la sociedad en general se mantienen a lo largo de la vida con fuertes beneficios económicos. En los

niños menores de cinco años, la falta de lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones internacionales (de manera exclusiva durante los primeros seis meses y continuada hasta los dos años o más) contribuye a 595.379 muertes por diarrea y neumonía al año; y otros 974.956 casos de obesidad infantil (Walters et al., 2019).

Los efectos a largo plazo de la lactancia materna fueron estudiados en una cohorte brasileña desde 1982 (5.914 neonatos) hasta los años 2012-2013 (3.493 adultos seguidos), en Pelotas, Brasil, y se relacionaron los ingresos al llegar a la vida adulta, entre otras variables. Se evaluó si la duración de la lactancia materna se asociaba con el cociente intelectual (CI), los años de estudio y los ingresos a los treinta años. Luego de treinta años de estudio, se demostró que los participantes que fueron amamantados durante doce meses o más tenían puntuaciones de casi cuatro puntos de CI más altas, casi un año de educación y mayores ingresos mensuales, representados en 341 reales brasileños, que aquellos niños que fueron amamantados durante menos de un mes. El CI fue responsable del 72% del efecto en los ingresos de estos adultos (Victoria et al., 2015).

En las mujeres, se estima que la lactancia materna tiene el potencial de prevenir 98.243 muertes por causas mamarias, cáncer de ovario y diabetes mellitus tipo 2. Este nivel de morbilidad y mortalidad, ambos evitables, se traduce en costos de tratamientos para los sistemas de salud mundial de 1.100 millones de dólares anuales. Se estima que las pérdidas económicas derivadas de la mortalidad de los niños prematuros y de las mujeres equivalen a 53.700 millones de dólares en ingresos futuros perdidos cada año (Walters et al., 2019).

A partir de los dos años, los niños y niñas

deben consumir alimentos variados y saludables. Según la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), una dieta saludable son patrones alimentarios que promueven todas las dimensiones de la salud y el bienestar de las personas; tienen una baja presión e impacto ambiental; son accesibles, asequibles, seguros y equitativos; y son culturalmente aceptables, así como los requisitos de las directrices alimentarias y dietéticas elaboradas por el país (FAO y OMS, 2020; Informe de la Nutrición Mundial, 2022). La asequibilidad se mide comparando el costo de una dieta saludable con los niveles de ingresos del país. Si el costo supera el 52% de los ingresos de un hogar medio, la dieta se considera inasequible (Informe de la Nutrición Mundial, 2022). El costo de una dieta saludable aumentó en todo el mundo un 4,3% en comparación con 2020 y un 6,7% en comparación con los niveles anteriores a la pandemia de COVID-19, en 2019. Este incremento se debe al crecimiento general de la inflación en 2020 y 2021, impulsado en parte por los efectos persistentes de la pandemia.

Las dietas deficientes no son solo consecuencia de comportamientos individuales, sino que contribuyen a las influencias ambientales, sociales, económicas, comerciales y culturales. Fundamentalmente, el consumo de una dieta saludable está limitado por la variedad, asequibilidad y aceptabilidad de los alimentos disponibles para la venta (Kickbusch et al., 2016; Russell et al., 2022). Millones de personas no cuentan con los recursos para adquirir alimentos suficientes para satisfacer requerimientos energéticos y nutricionales diarios, a la vez que otras se ven forzadas a migrar hacia



dietas menos nutritivas. Por esta razón, muchas personas están consumiendo más alimentos con un alto contenido en energía, grasa, azúcares añadidos y/o sal, y muchas otras no consumen suficientes verduras, frutas y fibra dietética, por ejemplo. Al mismo tiempo, hay alimentos con un alto contenido de energía clasificados como alimentos poco saludables, como es el caso de productos ultraprocesados y las bebidas azucaradas, pero también como algunos alimentos frescos (Gibney, 2022).

La evidencia sugiere que los alimentos saludables son más difíciles de acceder, más caros y, a menudo, de menor calidad en las zonas rurales, remotas o de bajos ingresos o con un alto porcentaje de minorías en comparación con zonas urbanas o de altos ingresos (Love et al., 2018; Whelan et al., 2018; Pereira et al., 2014; Vilaro & Barnett, 2013). Por estos motivos, estos entornos alimentarios contribuyen a tener tasas más altas de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, así como de inseguridad alimentaria (Garasky et al., 2006; Swinburn et al., 2013).



1.8 ¿A quién va dirigido este informe?

Este informe está dirigido a los *tomadores de decisión en las políticas públicas de alimentación y nutrición* de los países de Estados Iberoamericanos, junto con todos los responsables de diseñar y establecer políticas y programas basados en evidencia para asegurar una nutrición adecuada en la primera infancia, para prevenir y tratar la malnutrición por deficiencias y excesos. Esto incluye la implementación, supervisión y evaluación de iniciativas, la promoción de campañas de sensibilización, la colaboración con organizaciones y el sector privado, la gestión de recursos financieros y la respuesta a emergencias nutricionales. Busca guiar en las decisiones, asegurando que los niños tengan acceso a alimentos nutritivos para promover y potenciar su crecimiento y desarrollo saludable.

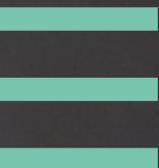
Adicionalmente, este informe sirve de apoyo técnico para:

- A. Profesionales de la salud:** nutricionistas, pediatras y otros profesionales que trabajan directamente con la salud infantil y pueden aplicar los conocimientos en su práctica diaria.
- B. Organizaciones No Gubernamentales (las ONG):** entidades que trabajan en la mejora de la nutrición infantil y pueden utilizar la información para desarrollar y mejorar sus programas y estrategias.
- C. Académicos y educadores:** investigadores y profesores en el campo de la nutrición y salud pública que pueden usar el informe como referencia para estudios y fines de enseñanza.
- D. Agencias Internacionales:** organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Unicef y FAO, que promueven la salud materno-infantil y pueden integrar las recomendaciones en sus iniciativas globales.
- E. Sociedad Civil organizada,** que puede servir de mediadora entre las partes interesadas para el desarrollo de las políticas y programas relacionados con la seguridad alimentaria y la nutrición, así como para reconocer los principales problemas y soluciones entre las comunidades y darlos a conocer a entes gubernamentales u organismos interesados en contribuir a solventar los problemas.

El lenguaje utilizado a lo largo del informe es técnico y a la vez plano (sencillo), a fin de que pueda ser comprendido y utilizado por diversas audiencias para diversos fines.

02

Justificación





Antes del nacimiento y durante la primera infancia, la nutrición es esencial para el bienestar humano. La buena nutrición permite un adecuado desarrollo cognitivo, motor y del sistema inmunológico. Para los niños más pequeños, un buen estado de nutrición evita la muerte y permite que el cuerpo crezca y se desarrolle hasta alcanzar su pleno potencial (Pérez-Escamilla & Moran, 2017).

Durante el transcurso de la vida, conduce a un aprendizaje más eficaz en la escuela, a tener madres mejor alimentadas que dan a luz niños mejor alimentados y a que los adultos tengan más probabilidades de ser productivos y de ganar salarios más altos (Victoria et al., 2015). Una buena nutrición, sostenible, repercute en todo el ciclo de vida y a través de las generaciones. Además, promueve la resiliencia individual ante las crisis e incertidumbres que generan el cambio climático y las marcadas fluctuaciones de precios.

El acceso a las dietas saludables desde el inicio de la vida ha sido el foco de atención en la última década, en particular después de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición en el año 2014 y durante la Década de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, comprendida en el periodo de los años 2016 a 2025 (Herforth et al., 2022). Apenas faltan seis años para que se llegue al plazo establecido de las metas globales de los ODS, y aún falta mucho trabajo por hacer por parte de los gobiernos, el sector privado, la industria de alimentos y la sociedad civil, aunque diversos organismos internacionales y organizaciones

realizan periódicamente informes sobre la situación del estado de nutrición en el mundo, los cuales especifican datos, análisis y reflexiones específicas para la región latinoamericana. Sin embargo, se requiere de mayor colaboración y compromiso por parte de los gobiernos para implementar las acciones contundentes para enfrentar los retos y desafíos de la región y no se cuente simplemente con estadísticas actualizadas sin el desarrollo e implementación de políticas, programas e intervenciones oportunas y dinámicas que permitan solventar la problemática nutricional de los menores de cinco años.

El presente informe presenta la situación actual (2014-2024) y los principales desafíos de la nutrición en la primera infancia en la región latinoamericana, basado en una revisión rápida metodológica de la literatura científica, de la literatura gris y páginas web de organismos gubernamentales, no gubernamentales y de Naciones Unidas, incluyendo los principales retos y desafíos, así como recomendaciones, mostrando las brechas que existen en la evidencia científica.

Objetivos
del informe

03





3.1 Objetivo general

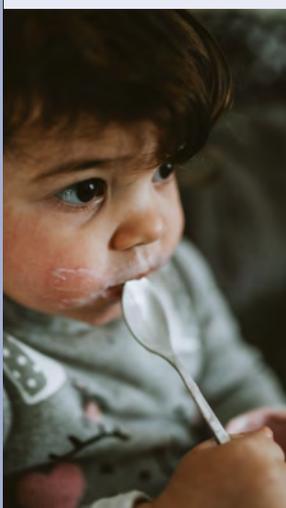
Analizar la situación actual, los determinantes y los principales desafíos de la nutrición de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe, con base en la evidencia en el periodo comprendido entre los años 2014 a 2024.

3.2 Objetivos específicos

1

Brindar una panorámica

de la situación actual de desnutrición, sobrepeso y obesidad y del estado de micronutrientes en menores de cinco años de América Latina y el Caribe.



2

Analizar los principales determinantes

de la nutrición infantil en América Latina y el Caribe obtenidos de la revisión.



3

Identificar las políticas, programas e intervenciones

para mejorar la nutrición infantil implementadas en América Latina y El Caribe de acuerdo con la evidencia disponible.



4

Proporcionar recomendaciones

basadas en la evidencia para mejorar la situación nutricional en los menores de cinco años en América Latina y el Caribe.



04

Metodología





4.1 Población estudiada

La población objeto de este informe son los niños y niñas de ALC menores de cinco años. De acuerdo con la OMS, son lactantes los niños menores de doce meses, y niños pequeños los menores de cinco años (OMS, 2003). Se consideran preescolares los niños de dos a cinco años. Además, incluye como parte de la población a las mujeres en periodo pregestacional y a las madres en periodo de gestación que hayan surgido de la búsqueda de referencias.

4.2 Tipología de la revisión: diseño

Para recopilar las principales evidencias sobre desnutrición, sobrepeso y obesidad, consecuencias de la malnutrición en todas sus formas y la situación actual de la nutrición en menores de cinco años en América Latina, así como la información principal de las estrategias y políticas de salud pública, se ha realizado una revisión con metodología sistemática, revisión rápida (*Rapid Review*) de la literatura científica.

Este tipo de revisión es una forma de síntesis de evidencia que sigue el proceso de una revisión sistemática en la cual algunos pasos son simplificados u omitidos para producir información en un periodo de tiempo más corto respecto a una revisión sistemática tradicional. Es una revisión que se centra en las partes más específicas relacionadas con el objetivo de la investigación (Sutton et al., 2019).

Los principales hallazgos encontrados en esta revisión rápida de la literatura se documentaron siguiendo un protocolo preestablecido para revisiones sobre los elementos de información preferidos para revisiones con metodología sistemática, revisiones sistemáticas y los metaanálisis, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) adaptados a las últimas recomendaciones de 2020 (Page et al., 2021) y algunos ítems, debido al diseño de revisión elegido, revisión rápida.

AND Ecuación 2

```
((((((((((((Nutritional Status[MeSH Terms]) OR (Nutritional Status[Title])) OR (Nutrition Surveys[MeSH Terms])) OR (Nutrition Surveys[Title])) OR (Nutritional Sciences[MeSH Terms])) OR (Nutritional Sciences[Title])) OR (Food Assistance[MeSH Terms])) OR (Food Assistance[Title])) OR (Diet, Food, and Nutrition[MeSH Terms])) OR (Diet, Food,[Title] AND Nutrition[Title])) OR (Nutrition Policy[MeSH Terms])) OR (Nutrition Policy[Title]))))
```

AND Ecuación 3.1

```
((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Latin America[MeSH Terms]) OR (Latin America[Title/Abstract])) OR (Central America[MeSH Terms])) OR (Central America[Title/Abstract])) OR (South America[MeSH Terms])) OR (South America[Title/Abstract])) OR (Caribbean Region[MeSH Terms])) OR (Caribbean Region[Title/Abstract])) OR (Argentina[MeSH Terms])) OR (Argentina[Title/Abstract])) OR (Belize[MeSH Terms])) OR (Belize[Title/Abstract])) OR (Bolivia[MeSH Terms])) OR (Bolivia[Title/Abstract])) OR (Brazil[MeSH Terms])) OR (Brazil[Title/Abstract])) OR (Chile[MeSH Terms])) OR (Chile[Title/Abstract])) OR (Colombia[MeSH Terms])) OR (Colombia[Title/Abstract])) OR (Costa Rica[MeSH Terms])) OR (Costa Rica[Title/Abstract])) OR (Cuba[MeSH Terms])) OR (Cuba[Title/Abstract])) OR (Dominican Republic[MeSH Terms])) OR (Dominican Republic[Title/Abstract])) OR (Ecuador[MeSH Terms])) OR (Ecuador[Title/Abstract])) OR (El Salvador[MeSH Terms])) OR (El Salvador[Title/Abstract])) OR (Guatemala[MeSH Terms])) OR (Guatemala[Title/Abstract])) OR (Jamaica[MeSH Terms])) OR (Jamaica[Title/Abstract])) OR (Haiti[MeSH Terms])) OR (Haiti[Title/Abstract])) OR (Honduras[MeSH Terms])) OR (Honduras[Title/Abstract])) OR (Mexico[MeSH Terms])) OR (Mexico[Title/Abstract])) OR (Nicaragua[MeSH Terms])) OR (Nicaragua[Title/Abstract])) OR (Panama[MeSH Terms])) OR (Panama[Title/Abstract])) OR (Peru[MeSH Terms])) OR (Peru[Title/Abstract])) OR (Uruguay[MeSH Terms])) OR (Uruguay[Title/Abstract])) OR (Venezuela[MeSH Terms])) OR (Venezuela[Title/Abstract])) OR (Trinidad and Tobago[MeSH Terms])) OR (Trinidad[Title/Abstract] AND Tobago[Title/Abstract]))))
```

Filtros utilizados: Filters: in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Infant: birth-23 months, Preschool Child: 2-5 years Sort by: Most Recent.

En la búsqueda complementaria, con la ecuación 1 específica para las cuestiones de lactancia materna, se obtuvieron un total de 581

referencias. De forma complementaria (estrategia de búsqueda complementaria 1), se realizó una búsqueda para todas las cuestiones relacionadas con la lactancia materna. En esta estrategia de búsqueda, se combinó una ecuación 1 con las cuestiones sobre esta temática ((((((Breast Feeding [MeSH Terms]) OR (Breast Feeding [Title])) OR (Breastfeeding [Title]))), junto con la misma ecuación 2 y ecuación 3.1 y los mismos filtros indicados anteriormente (Filters: in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Infant: birth-23 months, Preschool Child: 2-5 years Sort by: Most Recent).

De forma adicional, se realizó otra búsqueda con algunos países que no habían sido incluidos de forma específica en la estrategia de búsqueda principal (ecuación 3.2), sino que habían sido añadidas las regiones generales (Latin America, Central America, South America y Caribbean Region). En esta estrategia de búsqueda se combinó la ecuación 1, la ecuación 2 y la 3.1 fue una nueva ecuación con el nombre concreto de esos países (estrategia de búsqueda complementaria 2), buscados tanto en términos MeSH como en la búsqueda ampliada en el título.

La ecuación 3.2 complementaria fue la siguiente:

```
((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Paraguay[MeSH Terms]) OR (Paraguay[Title/Abstract])) OR (Antigua and Barbuda[MeSH Terms])) OR (Antigua[Title/Abstract] AND Barbuda[Title/Abstract])) OR (Bahamas[MeSH Terms])) OR (Bahamas[Title/Abstract])) OR (Barbados[MeSH Terms])) OR (Barbados[Title/Abstract])) OR (Dominica[MeSH Terms])) OR (Dominica[Title/Abstract])) OR (Grenada[MeSH Terms])) OR (Grenada[Title/Abstract])) OR (Guyana[MeSH Terms])) OR (Guyana[Title/Abstract])) OR (Saint Kitts and Nevis[MeSH Terms])) OR (Saint Kitts[Title/Abstract] AND Nevis[Title/Abstract])) OR (Saint Lucia[MeSH Terms])) OR (Saint Lucia[Title/Abstract])) OR (Saint Vincent and the Grenadines[MeSH Terms])) OR (Saint Vincent[Title/Abstract] AND the Grenadines[Title/Abstract])) OR (Suriname[MeSH Terms])) OR (Suriname[Title/Abstract]))))
```

Se añadieron los mismos filtros indicados anteriormente: (Filters: in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Infant: birth-23 months, Preschool Child: 2-5 years Sort by: Most Recent).

La población objeto de este informe son los niños y niñas de ALC menores de cinco años.

Adicionalmente, se han realizado búsquedas manuales en páginas de los países de ALC y de entidades internacionales de referencia en dichas temáticas. También se ha revisado la lista de referencias finales de cada uno de los documentos seleccionados como resultados que habían sido obtenidos en la estrategia de búsqueda anteriormente indicada. Se han revisado documentos de UNICEF, OMS, OPS, FAO, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, PNUD, CEPAL, Organización Internacional del Trabajo y de los Ministerios de Salud e instituciones gubernamentales relacionadas con los temas de salud y nutrición de los países que forman parte de este informe.

4.4 Criterios de elegibilidad del estudio y síntesis de datos

Como criterios de inclusión se establecieron la selección de referencias sobre las áreas temáticas de principal interés para este informe: desnutrición, sobrepeso y obesidad, consecuencias de la malnutrición en sus distintas formas, situación actual de la nutrición en niños menores de cinco años en América Latina, principales desafíos y retos de la nutrición infantil en la región latinoamericana.

Del mismo modo, también se tratan las estrategias y políticas actuales para mejorar la nutrición infantil en esta región, oportunidades para garantizar una mejor salud desde los primeros años de vida, políticas alimentarias y agrícolas para

mejorar la asequibilidad de las dietas saludables, programas y alianzas de alimentación escolar, estrategias futuras para mejorar la situación actual y desafíos e investigaciones futuras en salud pública.

Se incluyeron referencias de todo tipo documental (revisiones de todo tipo, metaanálisis y estudios originales de todo tipo de diseño epidemiológico, informes y documentos científico-técnicos). Las publicaciones científicas (artículos) se seleccionaron con un máximo de diez años de antigüedad. Las investigaciones deberían haberse realizado en humanos y que hubiesen sido publicadas en inglés, castellano o portugués.

Respecto a los criterios de exclusión, se eliminaron aquellas referencias que no presentaban las zonas geográficas objeto de estudio, las edades de la población no estudiada –como los niños a partir de los cinco años, adolescentes y otras edades–, temas nutricionales, pero enfocados en metodologías, en clínica y bioquímica, otros sobre tecnología o desarrollo de alimentos. Además, se excluyeron todos los documentos relacionados con enfermedades específicas y que describen la malnutrición secundaria a estados de enfermedad de tipo clínico.

La Tabla 1 muestra los países latinoamericanos y del Caribe con los códigos ISO que permiten abreviar el nombre de cada país, para los que se encontraron las referencias indexadas resultado de la búsqueda rápida sistemática y de la literatura gris consultada.

Tabla 1
Países latinoamericanos y del Caribe incluidos en el reporte

Pais	Código ISO	Pais	Código ISO
Antigua y Barbuda	ATG	Haití	HTI
Argentina	ARG	Honduras	HND
Bahamas	BHS	Islas Turcas y Caicos	TCA
Barbados	BRB	Jamaica	JAM
Belice	BLZ	México	MEX
Bolivia	BOL	Nicaragua	NIC
Brasil	BRA	Panamá	PAN
Chile	CHL	Paraguay	PRY
Colombia	COL	Perú	PER
Costa Rica	CRI	República Dominicana	DOM
Cuba	CUB	San Cristóbal y Nieves	KNA
Dominica	DMA	Santa Lucía	LCA
Ecuador	ECU	San Vicente y las Granadinas	TCA
El Salvador	SLV	Surinam	SUR
Granada	GRD	Uruguay	URY
Guatemala	GTM	Trinidad y Tobago	TTO
Guyana	GUY	Venezuela	VEN

Nota. Elaboración propia.

4.5 Recopilación de datos

El proceso de cribado de las publicaciones científicas consideró una primera fase en la que se realizó una revisión detallada de los títulos y, en segundo lugar, de los resúmenes para determinar qué referencias eran potencialmente elegibles. Finalmente, se realizó una selección con base en la revisión a texto completo del documento.

4.6 Extracción y gestión de datos

Se realizó una extracción de los datos más importantes mediante un formulario estandarizado predefinido para poder recopilar la información que era de mayor relevancia para el objetivo de este informe. Las referencias se gestionaron con el programa Mendeley para evitar posibles errores en la selección de documentos.



Resultados

05





5.1 Resultados de la estrategia de búsqueda de la revisión

Después de la aplicación de la estrategia de búsqueda principal conformada por las tres ecuaciones y los filtros, en la base de datos de MEDLINE (PubMed), de forma inicial se obtuvieron un total de 885 referencias.

La aplicación de la estrategia de búsqueda complementaria 1 (ecuación 1 sobre cuestiones de lactancia materna), dio lugar a la recuperación de 581 referencias. La aplicación de la estrategia de búsqueda complementaria 2 (ecuación 3 con países específicos) recuperó un total de siete referencias, de las cuales seis habían sido recuperadas en las estrategias anteriores, y un artículo que no estuvo relacionado con la temática.

De la estrategia de búsqueda principal, de 885 publicaciones científicas, según título, se seleccionaron 575. Posteriormente, se revisaron los resúmenes, quedando 178 referencias. Finalmente, 91 publicaciones fueron consultadas a texto completo e incluidas en este informe. Adicionalmente, se incluyeron 188 publicaciones provenientes de la literatura gris (informes de entidades internacionales, informes de gobierno, referencias conocidas por las autoras, referencias incluidas en los artículos de la revisión, etc.).

La Figura 4, muestra la distribución de las referencias seleccionadas clasificada por países, resultado del cribado. Se observa que los países con mayor número de publicaciones científicas en el tema de nutrición, alimentación, políticas y

programas de nutrición de los menores de cinco años son Brasil (30%), México (19%), Perú (11%), Guatemala (8%), Colombia (6%), Chile (5%), Ecuador (5%) y Argentina (4%), alcanzando un total de 88% del total de países que publican en revistas científicas. Solo Brasil y México abarcan casi la mitad (49%) de las publicaciones que formaron parte de este análisis preliminar. Los países con 1 y 2% del total de las referencias analizadas son Cuba, El Salvador, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Barbados, Brasil, Costa Rica y Venezuela, que, en total, representan el 12% de las publicaciones científicas.

5.2 Efectos de la nutrición materno-infantil

El marco conceptual para la prevención de la malnutrición enfatiza en el efecto o consecuencia final para mejorar la supervivencia, la salud, el crecimiento, desarrollo cognitivo, preparación y rendimiento en la escuela, productividad y mejores salarios, para alcanzar una mayor prosperidad de las madres y sus hijos (Unicef, 2020).

Aunque no forma parte de esta revisión, las mujeres en edad reproductiva poseen un mayor riesgo de sufrir carencias debido a sus elevadas necesidades de micronutrientes. A ello se suma el acceso limitado a alimentos ricos en micronutrientes para muchas personas que viven en situaciones vulnerables. La administración de suplementos de micronutrientes es una intervención eficaz para prevenir y tratar la carencia y mitigar sus efectos adversos sobre la salud, la nutrición y los resultados del embarazo en poblaciones con carencia de micronutrientes (Fernández-Gaxiola et al., 2024).

Este apartado presenta una panorámica de la situación actual de la ventana de los primeros mil días, que incluye a la madre durante el periodo de gestación; de la situación de la malnutrición en los niños menores de cinco años en ALC, con la prevalencia de las distintas formas de la malnutrición, incluyendo desnutrición,

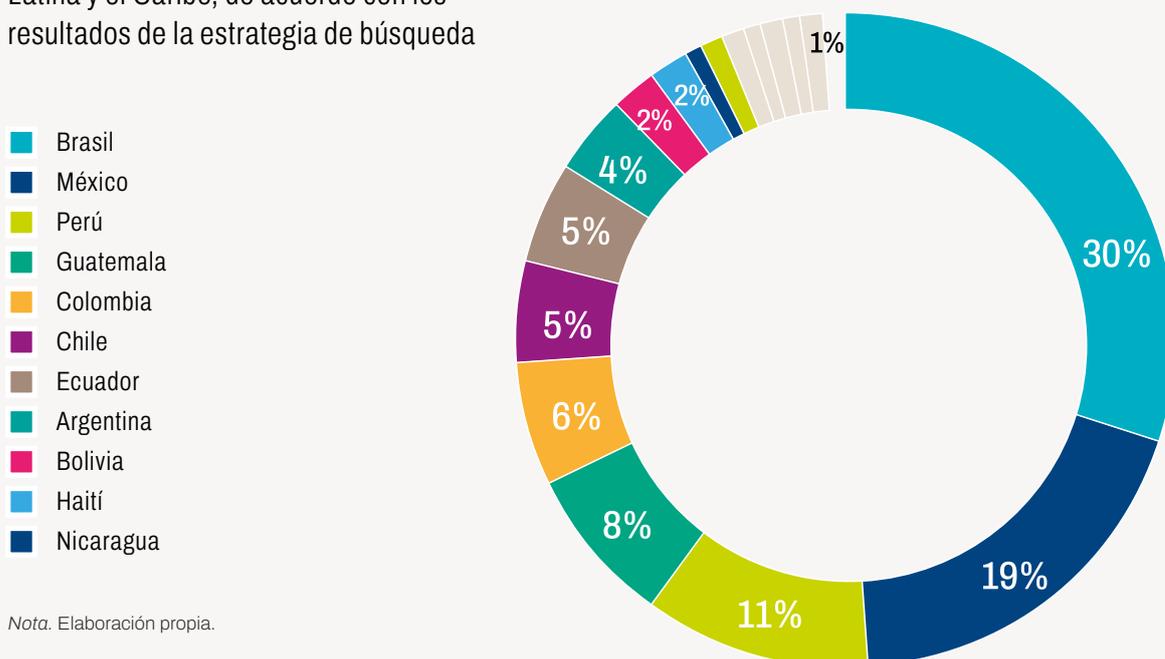
obesidad y deficiencias de micronutrientes. Además, visibiliza los determinantes sociales que afectan al crecimiento y desarrollo del niño desde que se desarrolla en el vientre materno en esta etapa crucial de la vida.

Una estrategia para monitorear un fenómeno es medirlo, lo que permite orientar si se han tomado las medidas y decisiones adecuadas. Es así como la medición del crecimiento de los lactantes y los niños resulta una parte importante de la vigilancia de la salud infantil. El crecimiento inadecuado de los lactantes debido a una mala alimentación conduce a la desnutrición de los niños en muchos países de ingresos bajos y medios, lo que, si continúa más adelante con un aumento de la ingesta de calorías, puede dar lugar a sobrepeso u obesidad (WHO, 2024). El monitoreo del crecimiento del niño se inicia desde el inicio temprano de la gestación.

5.2.1 La ventana de los primeros mil días

Figura 4

Resumen de las publicaciones científicas seleccionadas según los países de América Latina y el Caribe, de acuerdo con los resultados de la estrategia de búsqueda



La ventana de los primeros mil días incluye a la madre desde el primer día de gestación hasta que el niño cumple los dos años de vida. Este periodo es considerado una ventana de oportunidad crucial para crear un futuro más brillante y saludable. Lo bien o mal que se alimente y cuide a las madres e hijos durante este periodo tiene un profundo impacto en la capacidad del niño para crecer, aprender y prosperar. Durante este tiempo el cerebro del niño se desarrolla, sentando las bases de su salud para toda la vida (Why 1000 days, 2024). Una nutrición deficiente en los primeros mil días puede causar daños irreversibles en el cerebro en crecimiento del niño, afectando a su capacidad para ganarse la vida y salir de la pobreza (Unicef, 2019).

Los estudios demuestran que los países que no invierten en el bienestar de los niños en los primeros mil días pierden miles de millones de dólares por una menor productividad económica y mayores costos sanitarios (Thomas, 2022; The World Bank, 2023). La región de ALC no escapa a esta necesidad de inversión.

Durante los primeros 280 días del periodo gestacional, la salud, la nutrición y la ganancia de peso saludable en la mujer son factores determinantes del momento del parto y del peso al nacer del neonato, entre otros.

“De cada diez bebés nacidos, uno es prematuro, y cada 40 segundos muere uno de ellos”.

A. Parto prematuro

Un efecto no deseado al final de la gestación es la ocurrencia de un parto prematuro, que es cuando el nacimiento es antes de las 37 semanas. Tener un niño pretérmino es la principal causa de mortalidad neonatal y se asocia a efectos físicos, de neurodesarrollo y socioeconómicos a largo plazo (Preterm births, WHO, 2023). De cada diez bebés nacidos, uno es prematuro, y cada 40 segundos muere uno de ellos. Las tasas de nacimientos prematuros no han cambiado durante la década de 2010 a 2020 en ninguna región del mundo. En ALC, el parto prematuro ha pasado de 955.900 a 870.000 mujeres que dan a luz antes de la fecha prevista. Las tasas de nacimientos prematuros en estos países oscilan entre el 5,8% en Nicaragua y el 12,8% de Surinam (Women’s Children’s and Adolescent’s Health, WHO, Unicef, UNFPA, 2023). En Chile, los nacimientos prematuros aumentaron del 7% (2002) al 10% (2015), y los nacimientos >40 semanas disminuyeron del 10,7% (2002) al 4,4% (2015) (Garmendia et al., 2021).



Los efectos de los conflictos, el cambio climático y el COVID-19 aumentaron los riesgos para las mujeres y los bebés en todo el planeta (PAHO, 2023). La proporción de nacimientos prematuros que provocan la muerte en los primeros veintiocho días de vida fue del 3% en la región (Women's Children's and Adolescent's Health, WHO, Unicef, UNFPA, 2023).

El parto prematuro tiene múltiples causas, aquellas relacionadas con la nutrición conllevan una ganancia de peso insuficiente o sobrepeso durante el embarazo y aumenta el riesgo de un neonato prematuro. Además, otros factores vinculados a los estilos de vida también desencadenan un parto prematuro, tales como el consumo de drogas ilícitas o lícitas, como beber alcohol, cigarrillos, tabaco y vapear, esta última práctica no es considerada una alternativa segura como sustituto de los cigarrillos durante la gestación (Kim & Oancea, 2020). El vapeo, usado como sustituto del cigarrillo, se ha vinculado a un mayor riesgo de nacimientos con crecimiento fetal restringido en comparación con las madres no usuarias (Wang et al., 2020). Las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años.



“El primer día de vida del neonato resulta el día más riesgoso de la vida de la madre y el niño.”

B. Mortalidad neonatal

El primer día de vida del neonato resulta el día más riesgoso de la vida de la madre y el niño. Uno de los indicadores utilizados para conocer el bienestar de los niños es la mortalidad neonatal. El riesgo de desarrollo de enfermedades y la discapacidad en niños se concentra en los bebés menores de veintiocho días. En Bolivia, la tasa de mortalidad de neonatos es un 70% más alta entre las madres pobres. En Bolivia y Perú, los bebés nacidos en áreas rurales tienen un 50% más de probabilidad de mortalidad que los niños nacidos en zonas urbanas (Save the Children, 2008). En general, en ALC la tasa de mortalidad neonatal fue de 9,3 por cada mil nacidos vivos registrados, alcanzando cerca de 137.000 muertes neonatales (PAHO, 2022). Después de la pandemia de COVID-19, el 50% de los países reportaron la interrupción parcial o severa de los servicios de atención a los recién nacidos, niños enfermos o servicios para atender la malnutrición (PAHO, 2022).

C. Peso al nacer

Un indicador clave de salud pública que refleja las condiciones de salud fetal y predice la salud futura del niño, es el peso al nacer. Esta variable es definida por la OMS como un peso al nacer inferior a 2.500 g (5,5 lb). Resulta un indicador clave asociado al nivel de desarrollo de los países (OMS, 2014), siendo uno de los factores que influye negativamente en el tiempo de estadía y tratamiento hospitalario de los niños cuando son tratados en centros de recuperación nutricional (Santiano et al., 2023).

El bajo peso al nacer (BPN) tiene consecuencias en el corto y largo plazo que afectan a la calidad de vida del niño durante su infancia. Cuanto más bajo sea

el peso, estas consecuencias serán más severas. Se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer. El bajo peso al nacer no solo constituye un importante predictor de morbilidad prenatal; sino que también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, en etapas posteriores de la vida (OMS, 2014).

En la región de ALC existe una prevalencia de bajo peso al nacer del 9,6%, inferior a la estimación mundial del 14,7%. Hay disparidades entre las subregiones. El Caribe, que posee una prevalencia del 11,7%, Mesoamérica con 10,9% y Sudamérica con 8,8% (FAO, 2022), las cuales, desde el año 2000, han tenido pocos cambios y una leve tendencia al aumento. Existen más brechas aún entre los países. En el año 2020, los países con prevalencias mayores al 16% fueron Guyana, Surinam, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. Por el contrario, las menores tasas (<7,5%) han sido reportadas por Chile, Cuba y Argentina. A lo largo de veinte años, desde el año 2000 al año 2020, Perú, Nicaragua, Panamá y Jamaica han disminuido la prevalencia de bajo peso al nacer. En contraste, República Dominicana, Surinam y Santa Lucía han aumentado el número de niños con esta deficiencia (Unicef, WHO and World Bank Group, 2023).

Una revisión sistemática y el metaanálisis de estudios observacionales evidencia resultados adversos perinatales y maternos en ALC, publicados entre los años 2000 y 2019. De más de mil registros, nueve estudios seleccionados indican una prevalencia del 8,5% de

BPN, y diecinueve estudios señalan un 10% de parto prematuro (Blanco et al., 2023). Esta cifra es menor a los reportes de organismos internacionales, que señalan una prevalencia del 9,6% (FAO, 2022).

En Chile, describieron la tendencia del peso al nacer durante los años 2002-2015 y se determinaron los factores durante el control prenatal asociados con bajo y alto peso al nacer (Garmendia et al., 2021). Los nacimientos prematuros aumentaron del 7% (2002) al 10% (2015), y los nacimientos >40 semanas disminuyeron del 10,7% (2002) al 4,4% (2015). Los porcentajes de niños pequeños y grandes para la edad gestacional cambiaron del 10,9% y el 12,7% (2002) al 9,9% y el 13,9% (2015), respectivamente.

En México, el BPN, de acuerdo a datos de país a nivel nacional, estatal y municipal entre los años 2008 a 2017, se demuestra un aumento progresivo del 6,2% (2008) al 7,1% (2017), con mayor incidencia en la capital. Los estados del sureste y centro informaron de la mayor incidencia regional de BPN. A nivel municipal, el número de municipios con incidencia de BPN \geq 8% aumentó en recién nacidos de ambos sexos, y la incidencia de BPN fue mayor a medida que aumentan los índices de marginación (Ancira-Moreno et al., 2021).

En el mundo, de acuerdo con la OMS, el BPN afecta a entre un 15 y un 20% de los recién nacidos (Ancira-Moreno et al., 2021), cifras superiores a las encontradas en los países de ALC. La planificación, el seguimiento y la evaluación de las acciones alimentarias y nutricionales dependen de estimaciones fiables basadas en datos antropométricos adecuados (Santos y Conde, 2024).

D. Ganancia de peso en la mujer embarazada

Si bien la genética juega un rol importante, las evidencias refuerzan también el papel de la epigenética en la ganancia de peso gestacional. Los factores ambientales y genéticos en conjunto mostraron una mayor asociación con la ganancia de peso gestacional que los factores genéticos por sí solos. Así lo han demostrado recientes revisiones llevadas a cabo en Brasil. Llamam la atención hacia la ganancia de peso gestacional dependiente de factores ambientales, como el consumo de alimentos de elevada densidad energética, más que de variantes genéticas, debido a las escasas pruebas científicas entre las variantes del genotipo en países con una alta prevalencia de mujeres de edad reproductiva con sobrepeso y obesidad, como en ALC (Sámano et al., 2024). Adicionalmente, los datos del sistema de información de los niños nacidos vivos en Brasil (n=2.632.314) y del mapeo de alimentos se han enfocado en el estudio del ambiente vinculado al neonato. Destacan entre sus resultados que la mayor oferta de alimentos ultraprocesados y la limitada disponibilidad de alimentos frescos en mujeres aumentan las probabilidades de dar a luz a niños con BPN y pequeños para la edad gestacional, más aún si son mujeres afrodescendientes y de ascendencia mixta (Victor et al., 2023).

Autores chilenos observaron que las mujeres con un índice de masa corporal pregestacional menor a 28 kg/m², ganancia de peso gestacional de menos de 17 kg y preeclampsia (tensión elevada durante el embarazo) tenían una probabilidad del 41% de tener un neonato pequeño para la edad gestacional. Las mujeres con un IMC ≥ 28 kg/m², un aumento de peso gestacional

≥ 17 kg y diabetes gestacional tenían una probabilidad del 44% de tener un neonato grande para la edad gestacional (Garmendia et al., 2021).

Resultados similares han sido reportados por otros autores, que muestran que una ganancia de peso excesiva durante la gestación se asocia a un mayor peso al nacer y una mayor prevalencia y riesgo de peso al nacer superior a 4.500 g, hipertensión inducida por el embarazo, hospitalización durante el embarazo (Goławski et al., 2023, Dude et al., 2021) y una puntuación de Apgar en el primer minuto de vida del recién nacido en el intervalo de 0-7, es decir menor al puntaje de 10 relacionado con un menor riesgo para el neonato (Goławski et al., 2023).

Los patrones dietéticos maternos previos al embarazo también son reportados por el estudio cohorte ProcriAr de Sao Paulo-Brasil, que detalla una asociación de la dieta con el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (Teixera et al., 2020). En esta investigación se observó que el comportamiento dietético de las mujeres antes del embarazo, caracterizado por una ingesta de alimentos hipercalóricos y pobres en nutrientes, era un factor de riesgo para dar a luz a recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Este hallazgo destaca la importancia de la nutrición desde antes del momento de la concepción.

Por consiguiente, la vigilancia de la ganancia de peso saludable y las intervenciones dirigidas a la prevención de la desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencias u excesos en el consumo de micronutrientes (vitaminas y minerales) enfocadas en los primeros mil días de vida son esenciales para garantizar la calidad y el desarrollo del neonato y el niño, inversiones que tendrán efectos en el bienestar del adulto.



5.2.2 Desnutrición

La desnutrición o malnutrición por deficiencia es uno de los principales problemas de salud pública que afecta el desarrollo de la primera infancia, comprometiendo la salud y calidad de vida de miles de niños (Murillo-Llorente et al., 2022). Las seis causas de todas las deficiencias nutricionales se relacionan con: ingesta insuficiente, absorción reducida, gasto incrementado, desnutrición aumentada, utilización inadecuada y requerimientos aumentados (Solomons y Soto-Méndez, 2024).

Los países de ALC enfrentan aún deficiencias nutricionales, las cuales constituyen un problema de salud pública. A pesar de los avances en muchos países de la región, la reducción de la pobreza y la inseguridad alimentaria, persiste la desnutrición y las carencias de micronutrientes esenciales como hierro, vitamina A y zinc. Estos déficits impactan especialmente a los niños y a las mujeres embarazadas, provocando efectos adversos en el desarrollo físico y cognitivo infantil y aumentando su vulnerabilidad a desarrollar enfermedades que son prevenibles.

En la Tabla 2 se presenta la prevalencia de indicadores nutricionales para los niños de la región de ALC para los países que forman parte de este informe. La mayoría de los datos han sido extraídos de las estimaciones que cada dos años son realizadas por el grupo de UNICEF, OMS y el Banco Mundial. Estas instituciones recopilan fuentes de datos nacionales con información sobre malnutrición infantil, con indicadores antropométricos, que incluyen combinaciones entre las variables de talla, peso y edad de los niños menores de cinco años. Con estos datos se generan estimaciones de la prevalencia a nivel nacional del retraso del crecimiento

(baja talla para la edad), la emaciación y emaciación grave (bajo y muy bajo peso para la talla) y el sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal elevado para la edad). Estas fuentes provienen de datos a nivel nacional de cada país, de las encuestas de hogares, como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas Normalizadas de Seguimiento y Transición (SMART) y el Estudio de Medición del Nivel de Vida (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023). Además, en la misma Tabla 2 se muestran los valores marcados con un número como superíndice con las prevalencias de datos más actuales disponibles provenientes de encuestas nacionales y/o estudios destacados realizados en algunos países.

El retraso del crecimiento o talla baja para la edad se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (WHO, 2009). El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano, y afecta a unos 162 millones de niños menores de cinco años. Es el resultado, en gran medida irreversible, de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros mil días de vida. El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades: disminución del desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, mala salud y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes (WHO 2017, Goudet et al., 2019).

En la región ALC, a lo largo de una década desde el año 2012 al año 2022,

el retraso en el crecimiento o baja talla para la edad descendió un 1,2%. Aun así, persisten disparidades entre las subregiones de Latinoamérica y el Caribe: Centroamérica, el Caribe y América del Sur. La subregión de Centroamérica –que incluye a los países de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá– posee las más elevadas prevalencias en el indicador antropométrico de baja estatura para la edad o retraso en el crecimiento/desnutrición crónica en los niños menores de cinco años de edad, en comparación con las subregiones del Caribe y América del Sur (Figura 5). En México, uno de los países que presenta un monitoreo continuo de este indicador, muestra un aumento del 0,2% entre los años 2021 y 2022, cuando se ubicó en el 12,8% (Cuevas-Nasu et al., 2023). Dos estudios nacionales brasileños muestran la evolución del retraso en el crecimiento de los menores de cinco años. El primero, la Encuesta Nacional Brasileña sobre Demografía y Salud de Mujeres y Niños (n=4408 niños) (PNDS 2006) y, el segundo, la Encuesta Nacional Brasileña sobre Nutrición Infantil (n=14.553) (ENANI-2019). Ambos estudios evidencian que la prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de doce meses de edad aumentó del 4,7% al 9%. En los niños menores de 59 meses de edad, fue similar en este periodo entre 2006 y 2019, con una prevalencia de retraso del crecimiento que se mantuvo en el 7% (De Castro et al., 2023).

En la región, el número total de niños que viven con una estatura menor para su edad ha disminuido de 6,8 millones en el año 2012 a 5,7 millones, según las estimaciones realizadas para el año 2022 (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023).

Tabla 2

Prevalencia de indicadores nutricionales en menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe

Pais	Baja talla para la edad o retraso de crecimiento. Prevalencia (año)	Bajo peso para la talla o emaciación. Prevalencia (año)	Exceso de peso o sobrepeso y obesidad.
Argentina	9,5 (2022)	1,7 (2018)	12,6 (2022)
Barbados	6,0 (2022) ¹	6,8 (2012) ¹	12,5 (2022) ¹
Belice	12,0 (2022)	1,8 (2015)	5,9 (2022)
Bolivia	11,1 (2022)	2,0 (2016)	9,0 (2022)
Brasil	7,2 (2022)	3,1 (2019)	10,3 (2022)
Chile	1,6 (2022)	0,3 (2014)	8,8 (2022)
Colombia	10,8 (2015) 11,2 (2022)	1,6 (2016)	6,3 (2016) 6,2 (2022)
Costa Rica	9,5 (2022)	1,8 (2018)	7,6 (2022)
Cuba	7,0 (2022)	2,0 (2019)	10,2 (2022)
Ecuador	22,7 (2022)	3,7 (2019)	11,9 (2022)
El Salvador	10,0 (2022)	2,1 (2014)	6,8 (2022)
Guatemala	43,5 (2022)	0,8 (2021)	4,8 (2022)
Guyana	7,6 (2022)	6,5 (2019)	5,7 (2022)
Haití	19,5 (2022)	3,7 (2017)	3,7 (2022)
Honduras	17,5 (2022)	1,9 (2019)	4,7 (2022)
Jamaica	6,5 (2022)	3,2 (2018)	5,7 (2022)
México	12,6 (2022)	1,7 (2021)	6,9 (2022)
ENSANUT 20222	12,8 (2022) ²	0,8 (2022) ²	7,7 (2022) ²
Nicaragua	14,9 (2022)	2,2 (2012)	8,7 (2022)
Panamá	13,8 (2022)	1,1 (2019)	11,4 (2022)
Paraguay	3,4 (2022)	1,0 (2016)	14,6 (2022)
Perú	10,1 (2022)	0,4 (2021)	9,4 (2022)
República Dominicana	5,6 (2022)	2,2 (2019)	7,6 (2022)
Santa Lucía	2,5 (2012) ³	3,7 (2012) ³	6,3 (2012) ³
Suriname	8,3 (2018) ⁴	5,5 (2018) ⁴	3,5 (2018) ⁴
Trinidad y Tobago	8,8 (2022)	6,4 (2011)	13,9 (2022)
Uruguay	6,1 (2022)	1,4 (2028)	11,5 (2022)
Venezuela	10,5 (2022)	4,1 (2009)	6,9 (2022)

1 CEIC. Barbados Modeled estimated. <https://www.ceicdata.com/en/barbados/social-health-statistics/bb-prevalence-of-overweight-weight-for-height--of-children-under-5-modeled-estimate>. Acceso 14 septiembre 2024.

2 Cuevas-Nasu y cols. (2023). Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. Ensanut 2022. Salud pública de México, 65, s211-s217.

3 Global Nutrition Report. Country Nutrition Profile Saint Lucia. Disponible en: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/latin-america-and-caribbean/caribbean/saint-lucia/>. Acceso 14 septiembre 2024.

4 Organización Mundial de la Salud (2018). Base de datos mundiales sobre el crecimiento infantil y la malnutrición. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/es/datos/suriname/>. Acceso 29 de julio 2024.

Figura 5

Mapa con la prevalencia de baja talla para la edad o retardo en el crecimiento en los niños menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe, según la significancia de salud pública

Porcentaje de prevalencia de la talla baja para la edad en países de América Latina, el Caribe y México

- Muy bajo (<2.5%)
- Bajo (2.5 a < 10%)
- Medio (10 a < 20%)
- Alto (20 a < 30%)
- Muy alto (≥ 30%)
- No incluido

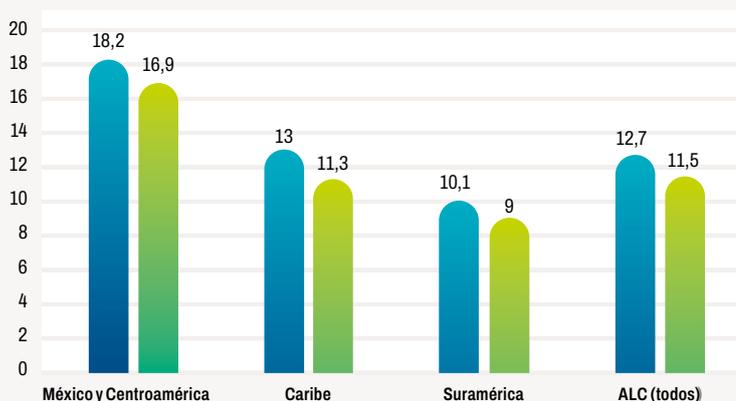
Nota. Elaboración propia.



Figura 6

Prevalencia de baja talla o estatura para la edad o retardo en el crecimiento en los niños menores de cinco años, en las subregiones de Latinoamérica y el Caribe: México y Centroamérica, el Caribe y América del Sur

- 2012
- 2022



Nota. Adaptado de: Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates (2023).

Figura 7

Mapa con la prevalencia de bajo peso para la talla o emaciación en los niños menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe, según la significancia de salud pública

Porcentaje de prevalencia de bajo peso para la talla en países de América Latina, el Caribe y México

- Muy bajo (<2.5%)
- Bajo (2.5 a < 5%)
- Medio (5 a < 10%)
- No incluido

Nota. Elaboración propia.



Figura 8

Mapa con la prevalencia de exceso de peso en los niños menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe, según la significancia de salud pública

Porcentaje de prevalencia de exceso de peso en países de América Latina, el Caribe y México

- Bajo (2.5 a < 5%)
- Medio (5 a < 10%)
- Alto (10 a < 15%)
- No incluido

Nota. Elaboración propia.





La literatura contiene escasos datos sobre las desigualdades en las trayectorias de crecimiento entre los niños nacidos de madres de origen étnico diverso en los primeros cinco años de vida (Benes Matos da Silva et al., 2024). Un estudio con trece encuestas representativas de países latinoamericanos, detalla la relación entre las desigualdades étnicas, el crecimiento y las prácticas alimentarias (Gatica-Domínguez et al., 2020). El retraso en el crecimiento o baja talla para la edad afecta especialmente a la población indígena. De la región, Guatemala puede llegar a presentar prevalencias del 61,4% en la población indígena, aunque el resto de la población no indígena también presenta un retraso en el crecimiento elevado. En Paraguay, la prevalencia de retraso en el crecimiento en la población en general es del 5,6%, sin embargo, es más de cinco veces mayor en los indígenas menores de cinco años, alcanzando un 31,3% (Tabla 3). Como se observa, las brechas no solo se presentan entre países, sino dentro del mismo país, donde las prevalencias pueden llegar a duplicar y hasta quintuplicar al resto de la población.

Perú, un país con grandes disparidades sociales y regionales, evidencia que, en la población infantil de la Comunidad

Indígena Chirikyacu, un 35,29% de los niños entre seis meses y seis años de edad (n=19) padecía de desnutrición, y un 15,7% mostraba baja talla para la edad (Murillo-Llorente et al., 2022). Estas cifras son similares a las presentadas en la Tabla 3 para el país.

En Brasil, una investigación que utilizó una base de datos nacional, muestra cómo es el crecimiento infantil según el grupo étnico-racial materno (n=4.090.271 niños). Destaca que los hijos de madres indígenas presentan tasas de retraso del crecimiento elevadas (26,74%) e insuficiencia ponderal (5,90%), la emaciación y la delgadez resultan más prevalentes entre los niños de madres de ascendencia mixta, asiáticas, afrodescendientes e indígenas que en los menores de madres blancas. Los hijos de madres indígenas, de ascendencia mixta, afrodescendiente y asiáticas son más bajos y pesan menos que los hijos de las madres blancas. El crecimiento (considerando el peso para la edad y la talla para la edad), en las primeras semanas de vida de los niños presentó un fuerte descenso, seguido de un periodo de recuperación (Benes Matos da Silva et al., 2024). Estas cifras de retraso en el crecimiento son mayores que las presentadas en la Tabla 3.

Tabla 3

Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de cinco años según etnia y país en América Latina y el Caribe

País y año	Tamaño de muestra (n)	Retraso del crecimiento (%)	Grupo étnico (%)
Belice, 2015	2418	14,9	Indígena (34,7) Afrodescendiente (8,6) Europea o ascendencia mixta (14,0)
Bolivia, 2008	8325	27,1	Indígena (33,1) Afrodescendiente (-) Europea o ascendencia mixta (16,1)
Brasil, 2006	4389	7,3	Indígena (12,4) Afrodescendiente (7,7) Europea o ascendencia mixta (6,5)
Colombia, 2010	-17.784	12,6	Indígena (27,4) Afrodescendiente (10,3) Europea o ascendencia mixta (11,8)
Ecuador, 2012	8206	24,6	Indígena (41,8) Afrodescendiente (16,9) Europea o ascendencia mixta (23,6)
Guatemala, 2014	12.259	46,7	Indígena (61,4) Afrodescendiente (--) Europea o ascendencia mixta (34,1)
Guyana, 2014	2997	11,3	Indígena (24,4) Afrodescendiente (6,6) Europea o ascendencia mixta (10,7)
Honduras, 2011	10.926	22,7	Indígena (32,4) Afrodescendiente (14,2) Europea o ascendencia mixta (22,2)
México, 2015	7855	12,4	Indígena (25,2) Afrodescendiente (--) Europea o ascendencia mixta (11,2)
Nicaragua, 2006	6584	20,7	Indígena (30,4) Afrodescendiente (--) Europea o ascendencia mixta (20,0)
Paraguay, 2016	4419	5,6	Indígena (31,3) Afrodescendiente (--) Europea o ascendencia mixta (4,9)
Perú, 2016	21.253	13,1	Indígena (33,8) Afrodescendiente (--) Europea o ascendencia mixta (11,5)
Surinam, 2010	2710	8,8	Indígena (12,1) Afrodescendiente (9,3) Europea o ascendencia mixta (8,0)

Nota. Adaptado de: Ethnic inequalities in child stunting and feeding practices: results from surveys in thirteen countries from Latin America Gatica-Domínguez et al. (2020).

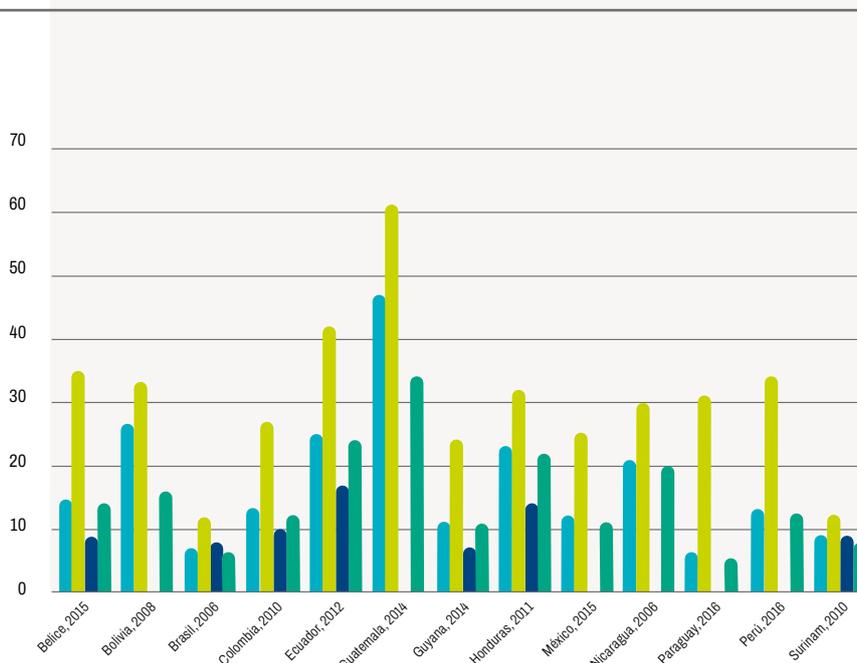
%

Figura 9

Comparación de la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años según etnia y país en América Latina y el Caribe

- Total
- Indígena
- Afrodescendiente
- Resto de la población

Nota. Elaboración propia.



El bajo peso para la estatura o emaciación

consiste en una insuficiencia de peso respecto de la talla. Suele indicar una pérdida de peso acusada que se ha producido recientemente porque no se ha comido lo suficiente o se tiene una enfermedad infecciosa (por ejemplo, una enfermedad diarreica) que ha provocado dicha pérdida. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más elevado de enfermarse y de fallecer (WHO, 2024).

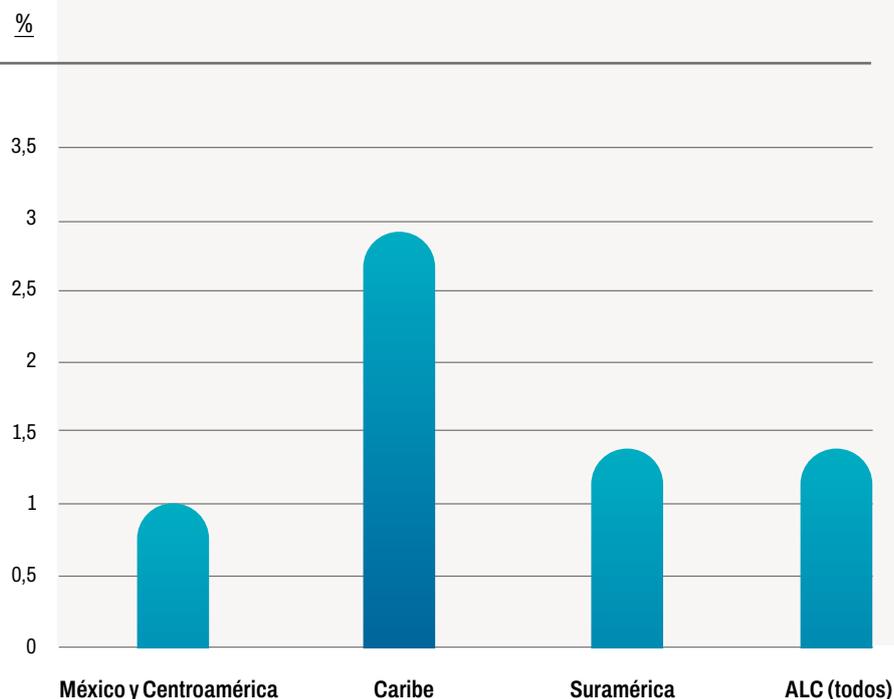
Este indicador de bajo peso para la talla posee prevalencias muy bajas en países como Chile (0,3%) y Perú (0,4%), mientras que son más elevadas en Guyana y Trinidad y Tobago, que tienen prevalencias mayores al 6%. Existen diferencias entre las subregiones de ALC en los menores de cinco años. La estimación por país más reciente

se calculó con datos de estudios entre los años 2012 y 2022. La subregión más desfavorecida es El Caribe, que casi triplica las prevalencias de esta deficiencia en comparación con México y Centroamérica. Del Caribe, Trinidad y Tobago presenta una de las más elevadas prevalencias de emaciación (6,4%), solo antecedido por Guyana (6,5%) (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023). En la Figura 6, pueden visualizarse las diferencias entre las subregiones y los datos de la región de manera global. No se muestra en la figura, pero existe un 0,7% de prevalencias de moderada y severa emaciación, de los cuales un 0,2% es severa. El número total de niños afectados por esta deficiencia en la región es de 0,6 millones de acuerdo a las estimaciones del año 2022 (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023).

Figura 10

Prevalencia de bajo peso para la talla o emaciación en los niños menores de cinco años, en las subregiones de Latinoamérica y el Caribe: México y Centroamérica, el Caribe y América del Sur.

Nota. Adaptado de: Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates (2023).



5.2.3 Sobrepeso y obesidad

El *sobrepeso*, en los niños menores de cinco años, es un peso para la estatura superior a dos desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. La obesidad es un peso para la estatura superior a tres desviaciones típicas por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (WHO, 2023 & 2024). Técnicamente, hay una diferencia entre tener sobrepeso y obesidad, ya que, en esta última, la acumulación de grasas es mayor y con consecuencias más severas en la calidad de la vida del niño.

Tanto el sobrepeso como la obesidad son alarmas que se pueden presentar en los niños desde muy temprana edad, que nos indican que hay una ganancia de peso mayor a la esperada al ser comparada con los valores de crecimiento de referencia de la OMS de los niños a nivel mundial, lo que incluye a los menores que viven en países desarrollados y menos desarrollados.

La ganancia de peso se ha mantenido en aumento en las subregiones de los países ALC (Figura 11); para México y Centroamérica y el Caribe el aumento ha sido leve (0,1%); sin embargo, para América del Sur el aumento fue mayor (1,8%). Hay disparidades entre los países, con brechas como la de Paraguay, con 14,7%, y Haití, con 3,7% de exceso de peso (Tabla 2) (Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023).

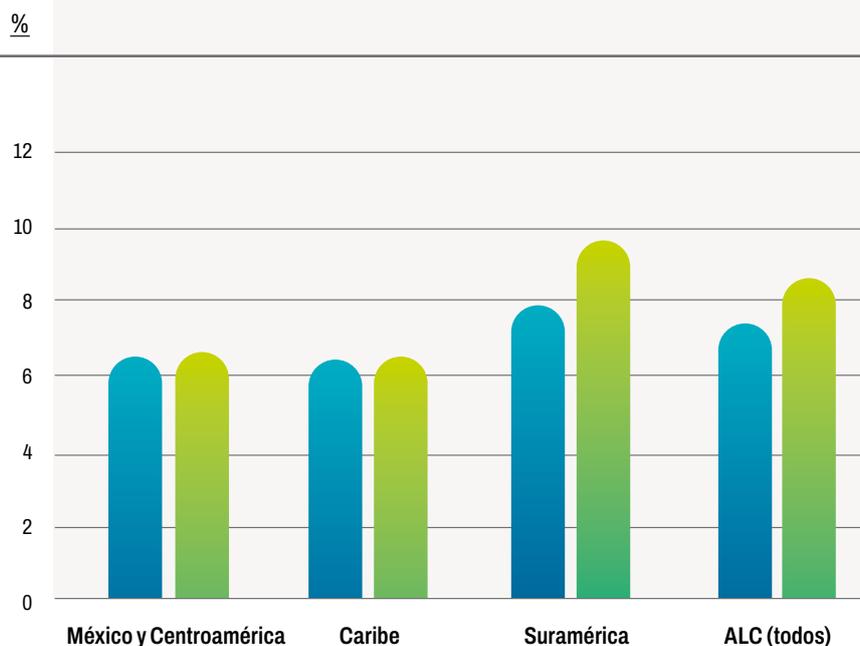
En la región de ALC, la prevalencia de sobrepeso infantil (incluida su forma severa, la obesidad) está por encima del promedio mundial y ha ido aumentando en las últimas dos décadas (Cárdenas-Villareal et al., 2023). En los niños y niñas menores de cinco años, la prevalencia de sobrepeso ha pasado del 6,8% (3,9 millones) en 2000 al 8,6% (4,2 millones) en 2022, comparado al promedio mundial actual del 5,6% (Unicef, 2023, Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, 2023).

Figura 11

Prevalencia de exceso de peso en los niños menores de cinco años, en las subregiones de Latinoamérica y el Caribe: Centroamérica, el Caribe y América del Sur

● 2012 ● 2022

Nota. Adaptado de: Unicef, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates (2023).



En Brasil, según los datos de la Encuesta Nacional Brasileña sobre Demografía y Salud de Mujeres y Niños (PNDS 2006) y de la Encuesta Nacional Brasileña de Nutrición Infantil (ENANI-2019) (De Castro et al., 2023), las tasas de exceso de peso aumentaron del 6% al 10,1%. Datos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, con una serie histórica de doce años (2008 a 2019), evidencian un exceso de peso de más del 30% en todas las regiones del país en los menores de dos años y de al menos uno de cada cuatro niños en las edades entre dos y cinco años (Barancelli et al., 2022).

5.2.4 Deficiencia de micronutrientes

Las deficiencias nutricionales por micronutrientes (vitaminas y minerales) son más frecuentes que los excesos. Se calcula que en el mundo hay más de 2.000 millones de personas con carencias de vitaminas y minerales esenciales, sobre todo de los micronutrientes yodo, hierro y zinc (UNICEF) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina, 2007 & 2019; Ribeiro de Castro et al., 2017; De la Cruz-Góngora et al., 2023).

A. Anemia por deficiencia de hierro

La anemia es la deficiencia nutricional más frecuente en el mundo. Afecta a 1.620 millones de personas en todo el mundo (Vázquez et al., 2019), de los cuales 269 millones se encuentran entre 6 y 59 meses de edad (WHO, 2023), lo que representa un 40% de la población mundial en este rango de edad (WHO, 2024). En 2019, en los países ALC la mediana regional de prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses fue del 16,5%, equivalente a doce millones de niños con anemia. De la región, la prevalencia de anemia en estas edades fue más elevada en Haití, con un 60,1%, y la más baja, en Guatemala, con un 9,8% (PAHO, 2022).

La anemia causó cincuenta millones de años de vida sana perdidos por discapacidad en 2019. En muchos entornos de medianos y bajos ingresos, las causas de anemia más comúnmente reconocidas son por la deficiencia de hierro y la presencia de malaria o paludismo (WHO, 2023).



En el año 2024, la OMS, después de numerosos análisis de datos mundiales, sugirió la modificación de los valores de referencia actuales de la hemoglobina para definir la anemia en el grupo de población de niños de 6 a 23 meses de edad. Este grupo estaba considerado dentro del

grupo de 6 a 59 meses de edad. El valor de referencia sugerido para los menores de veinticuatro meses se estableció en ≥ 105 g/L, para el grupo de edad entre 24 a 59 meses permaneció en 110 g/L (WHO, 2024), los cuales se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4

Puntos de corte de la hemoglobina para definir la gravedad de la anemia en los niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad

Población/significancia del problema	Concentración de hemoglobina			
	Sin anemia	Anemia Leve	Anemia moderada	Anemia severa
6–23 meses (g/L)	≥ 105	95–104	70–94	<70
24–59 meses (g/L)	≥ 110	100–109	70–99	<70
Significancia de la anemia como problema de salud pública (%)	4,9 o menos	5,0 a 19,9	20,0 a 39,9	40 o más

Nota. WHO (2024). Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

El estudio de la OMS de 2024 confirmó que la hemoglobina debe ajustarse en función de la elevación, y que los valores de corte actuales pueden infraajustar la hemoglobina de quienes residen en elevaciones más bajas y sobreajustar la hemoglobina de quienes residen en poblaciones de mayor altitud. Por encima de los 2.500 m, los ajustes pueden variar más según la región debido a las

diferencias epigenéticas conocidas. Los datos de elevaciones superiores a 2.500 m se limitaron principalmente a países de América Central y del Sur. Casi todos los datos de lugares de alturas superiores a los 4.000 m de altitud procedían de Perú (OMS, 2024). En la Tabla 5 se visualizan los ajustes en los niveles de hemoglobina, de acuerdo con la altitud.

Tabla 5
Ajustes de la concentración de hemoglobina (g/L) en incrementos de 500 m de altitud

Rango de elevación (m sobre el nivel del mar)	Ajustes en la concentración de hemoglobina (g/L)
1–499	0
500–999	4
1000–1499	8
1500–1999	0
2000–2499	14
2500–2999	18
3000–3499	21
3500–3999	25
4000–4499	29
4500–4999	33

Nota. WHO (2024). Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

En 2019 se publicó una revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de la anemia en niños de Latinoamérica y el Caribe, así como la eficacia de las intervenciones nutricionales (Vázquez et al., 2019). En este estudio, los autores incluyeron 61 investigaciones de las 917 publicaciones revisadas, que incluían 128.311 niños en edad preescolar de veintiún países de América Latina y el Caribe. Como principales resultados, destaca que la prevalencia de niños con anemia fue un 32,93%. Los que tienen edad preescolar tienen una prevalencia mayor que los niños más grandes. Los resultados del metaanálisis indicaron que la prevalencia de anemia oscilaba entre el 4% en Costa Rica al 70,30% en Haití para niños en edad preescolar. Las intervenciones nutricionales redujeron la prevalencia del 45% al 25%. Por consiguiente, la anemia sigue siendo un problema de salud pública en los niños de estos países.

Una recopilación de reciente publicación de la OPS (PAHO, 2022) unificó los datos sobre anemia por deficiencia de hierro en la región ALC, los cuales se presentan clasificándolos de acuerdo a la significancia de la deficiencia como problema de salud pública, según la categorización de la OMS (WHO, 2024), mostrada en la Figura 6. De 33 países incluidos de la región ALC, Haití es el que presenta resultados de anemia superiores al 40% (identificado con color rojo), evidenciando que es un problema de salud pública severo. En segundo lugar, en veinticuatro países de la región ALC, el problema es moderado, con prevalencias que oscilan entre un 20,0 y un 39,9% (identificado con el color naranja). En tercer lugar, ocho países presentan a la anemia como un problema de salud pública leve, con resultados que oscilan entre un 5,0 y un 19,9% (identificado con color amarillo). Los países que se muestran en el mapa identificado con color gris no están incluidos en el análisis.

Cabe destacar que, en todos los países de ALC, esta deficiencia es un problema de salud pública que oscila entre lo leve y lo severo, debe resolverse y merece atención prioritaria.

En Brasil, dos encuestas transversales de hogares realizadas en los años 2005 y 2015 evidenciaron una prevalencia de anemia del 45,1 y el 27,4% respectivamente. En ambos estudios se observó que los niños menores de veinticuatro meses estaban más afectados de forma significativa que los mayores de esa edad (Vieira *et al.*, 2018). También se observó que, de los niños entre siete y

nueve meses, alrededor del 60% de los lactantes presentaban anemia o anemia ferropénica (De Araujo *et al.*, 2022). La carencia de hierro se asoció al indicador de peso para la talla, lo que demuestra la vulnerabilidad de los lactantes durante la introducción de los nuevos alimentos en la alimentación complementaria. En la Encuesta Nacional Brasileña sobre Demografía y Salud de Mujeres y Niños del año 2006 y la Encuesta Nacional Brasileña de Nutrición Infantil del año 2019 (De Castro *et al.*, 2023), se observó que las tasas de prevalencia de anemia disminuyeron del 20,5% al 10,1%.

Figura 12

Mapa sobre la significancia de la anemia como problema de salud pública en Latinoamérica y El Caribe

Anemia con problemas de salud pública en Latinoamérica y El Caribe

- No incluido
- Severo (40% y más)
- Moderado (20,3 - 39,9%)
- Leve (5,0 - 19,9%)

Nota. Elaboración propia con datos de PAHO, 2022..



En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-19) (De la Cruz-Góngora et al., 2021), mostraron que 28,9% de los niños entre 1 a 4 años tenían anemia y 10% deficiencia de hierro. La más reciente ENSANUT para el año 2022 destaca que la prevalencia de anemia disminuyó a 6.8% en los niños de 1 a 4 años (Mejía-Rodríguez et al., 2023), sin embargo, la deficiencia de hierro fue de 30,6%. Esta se definió cuando la ferritina sérica ajustada por inflamación ($PCR > 5 \text{ mg/L}$) fue $< 12 \text{ } \mu\text{g/L}$ en población de preescolares (De la Cruz-Góngora et al., 2023).

En el Perú, –en dos poblaciones estudiadas en Lambayeque–, la frecuencia de la co-ocurrencia de anemia y retraso del crecimiento en niños de 6-36 meses ($n=688$) fue 30,4% (Gosdin et al., 2018). La anemia se asoció con la edad y el consumo de agua tratada. El retraso del crecimiento se asoció con la edad, el sexo, la diversidad de la dieta, el lavado de manos, el idioma hablado y la riqueza. En otro estudio peruano sobre los factores nutricionales y de enfermedad asociados con la prevalencia de anemia y la respuesta a la suplementación con hierro en niños de Perú (Dorsey & Thompson, 2021), se observó que la mitad de los niños de esta muestra tenían anemia y el 50% de los niños con anemia respondieron a la administración de suplementos de hierro. Se identificaron varios factores asociados con el estado anémico de los niños y la respuesta a la administración de suplementos de hierro. El indicador de peso para la edad más bajo y la estación invernal fueron predictores muy fuertes del estado anémico de los niños y de la falta de respuesta a la administración de suplementos de hierro. Vivir con los abuelos paternos protegía contra la anemia

y la elevación de la proteína C reactiva en el momento de la entrevista final que se asociaba a la falta de respuesta a la administración de suplementos de hierro.

En República Dominicana, –en una zona peri-rural– se evaluó el cribado, diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica y se describió la prevalencia y gravedad de la anemia en lactantes y niños ($n=293$, entre los 9 y los 15 meses de edad) (McKee et al., 2017). Menos de un tercio (29,7%) de los pacientes tenían una prueba de hemoglobina documentada realizada en este rango de edad. De ellos, el 89,6% presentó anemia y en casi la mitad (48,6%) la anemia fue moderada. La gran mayoría (86,5%) de los resultados indican microcitosis. Sin embargo, poco más de la mitad (50,8%) de los pacientes anémicos recibieron tratamiento con hierro.

Estudios realizados en Cuba muestran una deficiencia de hierro en los niños lactantes entre 71,2% y 81,1%, mientras que en los preescolares osciló entre el 38,6% y el 57,6%. (Pita-Rodríguez et al., 2021). En este estudio, se evaluó cómo afecta la inflamación a la medición y de la anemia ferropénica en niños preescolares cubanos, obteniéndose de muestras de suero contenidas en la Encuesta Nacional de Anemia y Deficiencia de Hierro. Como principales resultados, un tercio de los niños en edad preescolar tenían biomarcadores que indican niveles elevados de inflamación.

Esta deficiencia nutricional es la más frecuente encontrada en los estudios revisados, sean de gran escala nacional o a pequeña escala. Si las poblaciones son menores de veinticuatro meses, más pobres, rurales y tienen menos acceso a agua tratada, las prevalencias de la anemia son mayores.

B. Deficiencia de vitamina A

El feto durante su formación acumula vitamina A. Es necesario que se mantengan adecuados niveles de esta vitamina después del parto para conseguir niveles en el hígado del infante suficientes. En el recién nacido, los requerimientos nutricionales de la vitamina A son satisfechos por está acumulación que ocurre desde el embarazo y por el aporte de la leche materna, hasta los seis meses de vida (Mena Valverde et al., 2017).

Cuando hay deficiencia de vitamina A, las cantidades en la sangre disminuyen, también en el ojo, lo que ocasiona dificultades para la visión nocturna o ceguera nocturna y otros problemas degenerativos en la córnea y ojo como la xeroftalmia. Las infecciones, problemas en la piel y problemas de crecimiento en los niños, son frecuentes cuando esta vitamina no está presente en cantidades adecuadas.

En la Encuesta Nacional Brasileña sobre Demografía y Salud de Mujeres y Niños (2006) y la Encuesta Nacional Brasileña de Nutrición Infantil (2019) (De Castro et al., 2023), se observó que las tasas de prevalencia de deficiencia de vitamina A disminuyó de 17,2% a 6%, entre 2006 y 2023.

La última Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (2015), determinó que la deficiencia de vitamina A en 2081 niños y niñas era de 6,2% en el grupo de edad comprendida entre 6 a 23 meses y 21% en los niños con edades entre 24 a 59 meses (Castillo y Suárez-Ortegón, 2023).

La evaluación sobre los efectos de la administración de suplementos con Vitamina A sintéticos en comparación con un placebo (un suplemento falso) o



“Es necesario que se mantengan adecuados niveles de esta vitamina después del parto para conseguir niveles en el hígado del infante suficientes.”

ninguna intervención, se asocia con una reducción clínicamente significativa de la morbilidad y la mortalidad en los niños, de acuerdo a una revisión sistemática recientemente publicada (Imdad et al., 2022). Por ello, la OMS recomienda en los entornos en que la carencia de vitamina A constituye un problema de salud pública, administrar suplementos de vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad como intervención de salud pública para reducir su morbimortalidad, siendo esta recomendación respaldada como evidencia fuerte (OMS, 2011), desde hace más de una década.

C. Deficiencia de vitamina D

Al nacer, los lactantes humanos tienen una cantidad limitada de reservas de vitamina D que reflejan la transferencia de la madre durante el embarazo de esta vitamina (Institute of Medicine of the United States, 2011; Weiler, 2017). Después del nacimiento, el lactante puede obtener vitamina D a través de la leche materna (0,5-1,8 microgramos por litro) y de suplementos (Institute of Medicine of the United States, 2011). La vitamina D se produce en la piel del lactante cuando se expone a la radiación solar ultravioleta beta. Sin embargo, en latitudes superiores a 37 grados norte o sur, la radiación beta es demasiado baja para permitir la producción de vitamina D durante los meses desde finales de otoño hasta principios de la primavera. Además, la pigmentación de melanina de la piel absorbe la radiación beta y, por tanto, limita la capacidad de producir vitamina D de las personas con piel más oscura. El mejor indicador biológico de las reservas corporales de vitamina D de todas las fuentes es la concentración en suero sanguíneo de 25-hidroxivitamina D (25-OH vitamina D) (Weiler, 2017).

La vitamina D es necesaria para mantener el calcio en sangre y la salud ósea. Las consecuencias de la carencia de vitamina D en la infancia se manifiestan clásicamente como huesos blandos malformados (raquitismo), convulsiones debidas al bajo nivel de calcio en la sangre y dificultad para respirar (Weiler, 2017). Los niños de piel oscura, que viven en lugares donde el invierno es largo, los que llevan cubierto todo el cuerpo y/o tienen una exposición a la luz solar que no es suficiente, tienen elevado riesgo de padecer deficiencia de vitamina D (Martínez Agustín et al., 2017).

La población que habita en los países de ALC que tienen climas tropicales, con el sol presente a lo largo del año, tienen menos deficiencias que aquellos que viven en áreas con estaciones invernales y menos luz solar. Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay poseen los más elevados riesgos de padecer esta deficiencia. Sin embargo, el resto de los países, aun teniendo elevada exposición al sol, pero con poblaciones de tez oscura, pueden presentar carencias.

En Chile, durante el año 2021, se observó que los niños con edades entre 4 y 14 años, (n=1134) aparentemente sanos habitantes de tres zonas geográficas del país, tenían 80,4% de deficiencia sérica de 25(OH)D, siendo en 1,7% grave, en 24,6% moderada y en 54,1% leve (Pérez-Bravo et al., 2022). El porcentaje de déficit aumentó en los niños con exceso de peso. Resultados similares se reportaron en los niños de la región chilena de Antofagasta que presentaron carencias de vitamina D en más de 78%, también significativamente mayores (p=0,02) en los niños con sobrepeso (Castillo-Valenzuela et al., 2023).

En niños de Ecuador, se evaluó el nivel de vitamina D en un entorno de bajo nivel socioeconómico en los Andes y se determinó la relación entre el nivel de vitamina D, el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal (n=516, 6 a 36 meses de edad) (Mokhtar et al., 2017). El 18,6% de los niños tenían desnutrición y una concentración sérica indicativa de deficiencia de vitamina D. Los niños con bajo peso tenían el doble de probabilidades de tener deficiencia (valores de 25(OH)D <42,5 nmol/l) y tres veces más probabilidades de padecer retraso en el crecimiento.

El estudio brasilero ENANI-2019 (n=8145 niños) mostró que el 4,3% de los niños presentaba insuficiencia de vitamina D. Entre los niños de 6 a 59 meses es baja y no constituye un problema relevante de salud pública. Aunque al relacionarse con un aumentado índice de masa corporal –más peso para la talla–, sí se observó una elevada prevalencia de esta deficiencia de la vitamina D en 68,8% (Coelho et al., 2022). Los autores concluyen que los niños y adolescentes con sobrepeso tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir carencia de vitamina D.

Los niños de Colombia, según los resultados de la muestra nacional (n=877) y representativa de país de la Encuesta Nacional de Nutrición, muestran que la deficiencia de vitamina D es de 3,5% en las edades entre 6 a 23 meses y 10,7% en las edades entre 24 a 59 meses (Castillo y Suárez-Ortegón, 2023).

En México, la ENSANUT del periodo 2018-19, demostró que los niños mexicanos (n=4691, 1-11 años) tenían una deficiencia de vitamina D (25-OH-D <50 nmol/L) en 27,3% de la muestra preescolar estudiada, lo que se asoció positivamente con un mayor índice de masa corporal (Flores et al., 2021).

La deficiencia de vitamina D es una carencia que es investigada y reportada por pocos países de ALC. En especial, en los lugares con temperaturas bajas y poca exposición a la luz solar, es una deficiencia que se presenta y se asocia a sobrepeso en los menores, de acuerdo con la literatura presentada.

D. Deficiencia de zinc

La deficiencia de zinc en niños menores de cinco años es un problema que debe atenderse en los países ALC porque está muy relacionado con la presencia de enfermedades, mayor susceptibilidad a infecciones debido a un sistema inmunológico debilitado, problemas cutáneos como dermatitis y baja talla para edad. La prevención y tratamiento pasan por asegurar una dieta balanceada, rica en zinc, y la suplementación en áreas con alta prevalencia de deficiencia (NIH, 2024). Algunos de los factores asociados son una dieta inadecuada con pocos o ausentes alimentos ricos en fuentes con zinc, como carne, pescado y productos lácteos. Asimismo, las dietas basadas principalmente en plantas pueden agravar esta deficiencia debido a los fitatos presentes en granos y legumbres, que inhiben la absorción de zinc. Otras condiciones como la diarrea crónica y enfermedades del tracto digestivo pueden reducir la absorción de zinc, mientras que el rápido crecimiento infantil aumenta las necesidades de este mineral.

En Guatemala, en una población de niños con baja talla para edad, se observó que solo el 14,5% de los niños cumplía con los requerimientos de zinc y más aún solo el 2,9% alcanzó la recomendación diaria (Monroy-Valle et al., 2017). En ellos, se observaron episodios de diarrea e infecciones respiratorias 15 días antes de la visita, en el 29,71% y el 45,6% de los niños, respectivamente.

En Colombia, esta deficiencia también ha sido estudiada, según datos de la Encuesta Nacional Colombiana se evidenció una deficiencia de zinc de 7,4% en el grupo de 6 a 23 meses y 28,7% en los niños con edades entre 24 a 59 meses (n=2533 niños y niñas) (Castillo y Suárez-Ortegón, 2023).

“La sal yodada es frecuentemente el vehículo que permite llevar el yodo a la población.”



E. Deficiencia de yodo

Durante los últimos 30 años, la yodación universal de la sal ha sido la estrategia más utilizada para mejorar la ingesta de yodo de la población y prevenir los desórdenes por deficiencia. Las últimas estimaciones indican que, a nivel mundial, el 89% de la población consumía sal con algo de yodo en el año 2020, lo que significa que casi mil millones de personas no consumían sal yodada (Unicef, 2023). Históricamente, para la población habitante de la cordillera andina (Argentina, Chile, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y el occidente de Venezuela), los desórdenes por deficiencia de yodo han sido un problema de salud pública, afectando especialmente a las mujeres embarazadas y a los niños en etapa de crecimiento. Es de recordar, que, en las regiones de elevada altitud, las constantes lluvias hacen que los suelos sean pobres en yodo, ocasionando que los alimentos producidos tengan escaso contenido de este micronutriente. Adicionalmente, las poblaciones, por estar alejadas de las zonas marinas, tienen poco acceso a alimentos del mar, ricos en yodo. Por ello, la sal yodada es frecuentemente el vehículo que permite llevar el yodo a la población.

Esta deficiencia se ha venido solventando en las últimas décadas, por ello, como parte de los resultados de la revisión, no se encuentran datos de la prevalencia de deficiencia de yodo. Muchos de los países de la región se han declarado virtualmente libres de los desórdenes por deficiencia de yodo, con excepción de Haití. Aun así,

aquellos países que formen parte de la cordillera andina como parte de sus políticas y programas en nutrición, deben monitorear los niveles de yodo en niños y mujeres gestantes a fin de descartar deficiencias o excesos que pudieran traer consecuencias graves en el desarrollo cerebral de los niños y en el aborto en la mujer.

En un estudio prospectivo tipo Cohorte en Río de Janeiro, Brasil, se informó que concentraciones urinarias de yodo $<150 \mu\text{g/L}$ (17,2% de la muestra) en la madre se asociaron a una menor longitud del recién nacido. Contrariamente, casi 1 de cada 4 mujeres presentó concentraciones elevadas de yodo en orina, indicativas de exceso de este micronutriente. En estas mujeres, que presentaron concentraciones urinarias de yodo de $\geq 250 \mu\text{g/L}$ (38,7% de la muestra estudiada), se evidenció una mayor prevalencia de diabetes mellitus gestacional e hipertensión arterial (Silva de Morais et al., 2020). Un indicador utilizado en las encuestas epidemiológicas como proxy del nivel bioquímico del yodo es el porcentaje de hogares que consumen sal con yodo. Resultados del Clúster de Nutrición disponible en algunos países latinoamericanos muestran que Brasil, Cuba, Paraguay y Perú cuentan con más de 90% de su población consumiendo sal yodada en sus hogares; Belice, Guatemala y Honduras con más de 80% del cumplimiento; mientras que Guayana y República Dominicana alcanzan a cubrir 42,8% y 32% respectivamente de la población, consumiendo este micronutriente en la sal. En Haití se reportó un cumplimiento de 7,5% de consumo de sal yodada para este periodo. El resto de los países de la región no cuentan con datos derivados del Cluster. Para el periodo 2014-2020 no se disponía de datos recientes suficientes para generar estimaciones para ALC (Unicef, 2024).

F. Múltiples deficiencias de vitaminas y/o minerales

Resulta frecuente que las deficiencias no se presentan aisladas entre sí, sino que vienen acompañadas de varias carencias de vitaminas y minerales. Esto es debido a que el estado nutricional de un niño es el resultado de una dieta y cuidados integrales, donde al ausentarse algún alimento, varios nutrientes no estarán presentes en la dieta de los pequeños. Algunas de las investigaciones revisadas, destacan evidencias de la presencia de múltiples deficiencias presentes, las cuales se comentan a continuación.

En México se ha reportado múltiples deficiencias de micronutrientes, que en el caso de los niños en edad preescolar la incidencia fue 18,5% (De la Cruz Góngora et al., 2021). Las deficiencias de micronutrientes presentadas son la anemia 28,9%; la deficiencia de hierro 10%; la deficiencia de vitamina B12 en 5,1% y la depleción de vitamina A en 4,7% de la muestra estudiada. La situación puede ser más severa para los niños menores de cinco años indígenas mexicanos (Tenek Toco México), debido a que, según estudios, el 41% puede presentar hasta dos tipos de malnutrición, 33,3% de anemia, 10,2% de talla baja y consumo de alimentos deteriorado en zinc (82,1%), vitamina B12 (53,8%), calcio (46,2%), vitamina C (8%) y para hierro (51,3%) (Castañeda-Díaz de León et al., 2018; INSP, 2012).

En el estudio chileno de Castillo-Valenzuela et. al (2023), realizado en una cohorte de niños y adolescentes en 2023, se encontró que los niños de Antofagasta presentaban carencias de cobre (26,4%) y calcio (33,0%), mientras que los niños de Concepción y Santiago presentaban carencias de hierro (26,7%) y zinc (20,8%), respectivamente.

G. Excesos de vitaminas y/o minerales

Los excesos de vitaminas y minerales podrían presentarse en los menores de cinco años, en especial cuando se adiciona a la dieta suplementos nutricionales o se hace uso de la estrategia de fortificación como estrategia para combatir las deficiencias nutricionales. El exceso de vitaminas y minerales en niños menores de cinco años puede causar serios problemas de salud, ya que sus cuerpos aún están en desarrollo y son más vulnerables a las sobredosis de micronutrientes.

Un consumo excesivo de vitamina A, por ejemplo, puede llevar a toxicidad hepática, daño óseo y en casos graves, insuficiencia hepática. La vitamina D en exceso puede causar hipercalcemia (altos niveles de calcio en la sangre), lo que puede afectar a los riñones y a la calcificación de tejidos blandos, incluyendo los vasos sanguíneos. Por otro lado, el exceso de vitamina C puede provocar problemas gastrointestinales como náuseas y aumentar el riesgo de cálculos renales (Medline plus, 2024). Este exceso no ha sido reportado en estudios poblacionales en la región.

En cuanto a los minerales, el exceso de hierro puede ser tóxico para el hígado y otros órganos vitales, mientras que demasiado calcio puede causar hipercalcemia y cálculos renales. El zinc en exceso puede ocasionar problemas gastrointestinales, interferir en la absorción de otros nutrientes y suprimir el sistema inmunológico. Por último, el exceso de yodo puede alterar la función tiroidea, y un consumo elevado de selenio puede llevar a selenosis, una condición que causa pérdida de cabello, problemas gastrointestinales y daño en el sistema nervioso (Medline plus, 2024). Tampoco se han hallado resultados en estos minerales.

Sin embargo, con el yodo se han reportado niveles excesivos de este mineral en las orinas de niños (1 a 2 años $n=1664$, 2-5 años $n=6444$) y madres ($n=9122$) colombianas. Los niños de 1 a 2 años presentaron una mediana de yodo en orina de $368 \mu\text{g/L}$, indicativo de un sobre consumo en más del triple y los de 2 a 5 años $365 \mu\text{g/L}$ (Beer et al., 2024). Los niveles aceptables de yodo en la orina son para los menores de 2 años a $\leq 100 \mu\text{g/L}$ y para los más grande de 100 a $199 \mu\text{g/L}$. La principal consecuencia epidemiológica del exceso de yodo es el hipertiroidismo inducido por este elemento. Se considera que una ingesta diaria de yodo con secreciones urinarias superior a $300 \mu\text{g/l}$ es excesiva y debe desaconsejarse para evitar posibles problemas de salud, en particular el hipertiroidismo inducido por el yodo y la tiroiditis autoinmune (Concentraciones de yodo, OMS, 2014).

Estas situaciones nos alertan hacia la importancia de mantener el equilibrio de estos pequeños nutrientes en la dieta y a través de los programas de suplementación y fortificación de alimentos, que son los mayores contribuyentes al riesgo de desencadenar excesos nutricionales. Por estas razones, es esencial que la ingesta de estos micronutrientes se controle cuidadosamente en los niños pequeños.

5.2.5 Doble y triple carga de la malnutrición

La doble y triple carga de la malnutrición son términos que describen la coexistencia de múltiples formas de malnutrición ya sean por deficiencia, excesos nutricionales y/o enfermedades crónicas no transmisibles en individuos, el hogar y/o la comunidad (WHO, 2017), reflejando la complejidad y los desafíos de los problemas nutricionales contemporáneos.



Una combinación de factores como la pobreza, que limitan el acceso a alimentos nutritivos; la rápida urbanización y la transición nutricional, que aumentan la disponibilidad y el consumo de alimentos de escaso contenido de nutrientes, la presencia de alimentos ultra procesados, ricos en calorías, pero pobres en nutrientes y los cambios en los estilos de vida que reducen la actividad física y aumentan el sedentarismo. Adicionalmente, los sistemas alimentarios, de salud y sanitarios en muchos países de ingresos bajos y medianos, como los de ALC, no están preparados para manejar estas múltiples formas de malnutrición simultáneamente.

A continuación, se detallan los términos de doble y triple carga de la malnutrición:



- **La doble carga de la malnutrición** es la coexistencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) junto con la desnutrición (retraso del crecimiento y emaciación), o enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, en todos los ámbitos poblacionales: país, ciudad, comunidad, hogar e individuo (WHO, 2017; Popkin et al., 2020).
- **La triple carga de la malnutrición** se presenta cuando en una misma población coexisten la sobrealimentación (sobrepeso y obesidad), la desnutrición (retraso del crecimiento, emaciación e insuficiencia ponderal) y las carencias de micronutrientes (también denominada «hambre oculta»). Esta triple carga de desnutrición constituye un importante reto para la salud pública. Para el año 2035 se estima, que uno de cada cinco niños menores de cinco años padecerá

retraso en el crecimiento o baja talla para la edad y el 51% de la población mundial mayor de cinco años será obesa o tendrá sobrepeso (Re, 2023).

La doble carga de la malnutrición en la región está vinculada al consumo de alimentos ultraprocesados, densos en energía, ricos en azúcar, sal y/o grasas y pobres en nutrientes (PAHO, 2015), que son una causa importante de discapacidad y muerte prematura. También, los cambios en la dieta, la urgencia de transformar las cadenas de suministro y los entornos alimentarios para aumentar el acceso a alimentos sanos y todas las formas de malnutrición (HLPE, 2017; PAHO, 2014).

En 2019 se publicó el Panorama regional de la doble carga de la malnutrición junto a ejemplos de respuestas programáticas y políticas de ALC (Grajeda et al., 2019).

El objetivo general fue detener el aumento de la epidemia de obesidad, que crece rápidamente, en niños y adolescentes, mediante un enfoque multisectorial a lo largo de la vida basado en el modelo socio-ecológico y centrado en transformar el actual entorno obesogénico en oportunidades para aumentar la ingesta de alimentos nutritivos y mejorar la actividad física.

Las principales líneas estratégicas de actuación fueron: atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación sana; la mejora de la alimentación escolar y de la actividad física en las escuelas; las políticas fiscales y regulación de la comercialización y el etiquetado de los alimentos; otras acciones multisectoriales y la vigilancia, investigación y evaluación (Grajeda et al., 2019).

Según datos de esta publicación, la región de las Américas ha realizado un progreso rápido e importante en la reducción de la prevalencia de la baja talla para la edad o desnutrición crónica y la emaciación. No obstante, las medias regionales pueden ocultar diferencias muy significativas entre los países y dentro de ellos. Las estimaciones para el año 2022 muestran un 11,5% en desnutrición crónica, 1,4% en emaciación y 8,6% en sobrepeso (Unicef & WHO, 2023).

En varios países de la región ALC se presentan datos de la doble y triple carga de malnutrición. En Brasil, en un estudio publicado en 2017, se utilizaron datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (Pesquisa de Orçamento Familiar -POF-2008-2009), en la que se evaluó el perfil nutricional según los indicadores de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla (n=14.569) (Pereira et al., 2017). Se encontró una mayor asociación de la

delgadez en los niños de las regiones Norte y Nordeste, en las familias con menores niveles de ingresos y en las de color/raza afrodescendiente. El sobrepeso y la obesidad tenían una mayor relación con los niños que vivían en las regiones Sur, Sureste y Centro-Oeste, en los varones, en los de zonas urbanas, en los afrodescendientes/caucásicos, en los de tres años y en los de familias con niveles de ingresos intermedios. El sobrepeso y la obesidad mostraron una distribución heterogénea entre los estados brasileños.

La coexistencia familiar de retraso en el crecimiento infantil (talla baja) y sobrepeso materno en mujeres indígenas en Guatemala (n=2388 niños de 6 a 60 meses y sus madres), fueron objeto de estudio (Lee et al., 2017). Se encontró que los hogares indígenas presentaban niños con baja talla para edad y madres con sobrepeso (15,9 frente a 22,2%), en comparación con los hogares donde no había presencia indígena. Las madres con sobrepeso tenían menos probabilidades de tener hijos con baja talla, en comparación con las madres que tenían un peso adecuado. Sin embargo, las madres con baja estatura y sobrepeso tenían significativamente más probabilidades de tener hijos con retraso del crecimiento y de ser mujeres indígenas que vivían en zonas urbanas o rurales. El orden de prevalencia entre retraso en el crecimiento en niños y madres con exceso de peso en los hogares, fue el siguiente: hogares indígenas urbanos (25,0%), indígenas rurales (21,2%), no indígenas rurales (19,8%) y no indígenas urbanos (10,7%).

Las tendencias de la doble carga de malnutrición en Perú en los últimos 20 años (Pomati et al., 2021), destacan que el porcentaje global de niños que experimentaron doble carga de

“La detección temprana de los problemas en el neurodesarrollo es de suma importancia para el bienestar de los niños y sus familias.”

malnutrición fue del 7% y representa a 90% (~203.600 niños y niñas) de los que tenían retraso en el crecimiento, para el año 2016. Entre los años 1996 y 2016, los niños con desnutrición han experimentado el mayor riesgo de tener una madre con sobrepeso (31% frente a 37%) o una madre con obesidad (6% frente a 17%). Sin embargo, debido a la disminución sustancial en el número absoluto de niños con desnutrición, la doble carga de la malnutrición no ha crecido. Además, todos los niños, independientemente de su propio estado nutricional, tienen ahora más probabilidades de vivir con una madre con sobrepeso u obesidad (Carillo-Larco et al., 2016), un patrón consistente en todos los subgrupos de riqueza, ubicación y educación, y en todas las regiones de Perú.

En los países de la región ALC la doble y triple carga de la malnutrición es un problema latente. Es un reto continuar disminuyendo la desnutrición, –ya sea por baja talla para edad o bajo peso para la talla–, frenar las prevalencias de exceso de peso y las deficiencias de micronutrientes en los menores de cinco años y, así, poder brindar soluciones dentro de un mismo hogar donde algunos miembros de la familia tienen deficiencias y/o excesos nutricionales.

5.2.6 Desarrollo infantil temprano

La detección temprana de los problemas en el neurodesarrollo es de suma importancia para el bienestar de los niños y sus familias, ya que permite acceder a un diagnóstico y tratamiento oportunos. En los países de bajos y medianos ingresos, un gran número de niños menores de cinco años están expuestos a múltiples factores de riesgo, como la pobreza, la desnutrición, los problemas de salud y un ambiente con pobre estimulación, lo cual afecta su desarrollo cognitivo, motor y socio emocional. Por ejemplo, jugar es esencial para promover el desarrollo de la primera infancia, sin embargo, en los últimos años, el juego ha perdido tiempo y espacio (Milteer & Ginsburg, 2012; Liu & Raine, 2017). La creciente urbanización de las comunidades, la falta de seguridad en los espacios públicos, la conveniente disponibilidad de equipos electrónicos y el consecuente uso excesivo de pantallas, así como los horarios repletos de actividades extraescolares, son algunos de los factores que explican lo que muchos padres y madres afirman: que sus hijos e hijas juegan menos que cuando ellos eran niños. La combinación de factores biológicos y ambientales, también conocida como factor naturaleza versus crianza, determina cómo se desarrolla un niño.

Se ha observado que los niños que reciben una intervención temprana presentan, a largo plazo, una mejoría en el cociente intelectual, mejor desempeño escolar, menor índice de criminalidad y, en la edad adulta, una mayor posibilidad de obtener empleo e ingresos más elevados en comparación con aquellos que no la recibieron (Hamilton, 2006). Desde 2010, 17 países de América Latina y el Caribe han calculado el Índice de Desarrollo

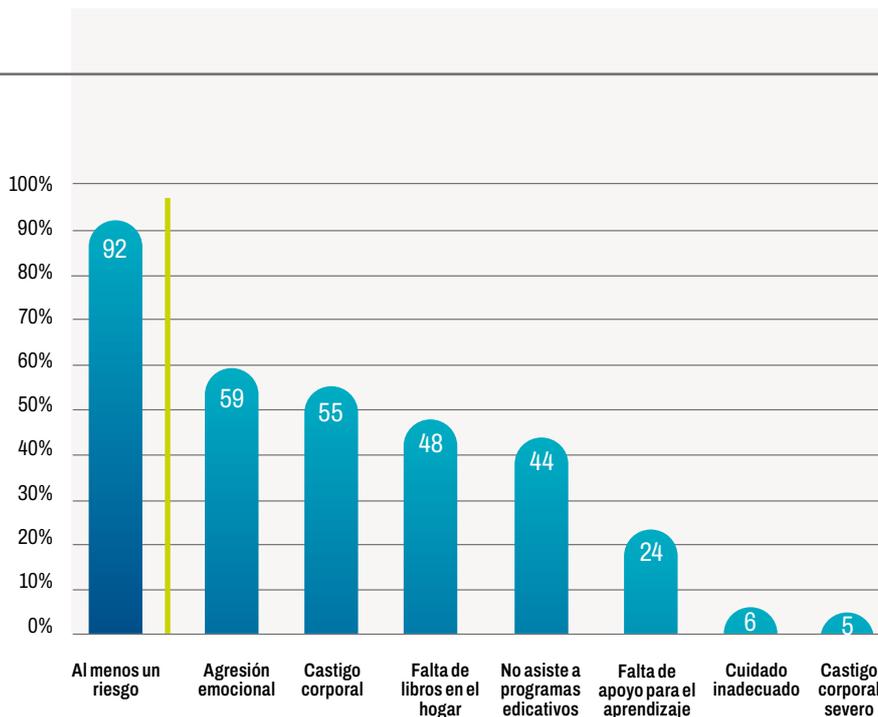
Infantil Temprano. De acuerdo con esto, en la región hay aproximadamente 3,6 millones de niñas y niños entre 3-4 años con rezago y en riesgo de no alcanzar su máximo potencial. Según este mismo índice, ocho de cada diez niños y niñas de 3-4 años (83%) tienen un desarrollo en la primera infancia adecuado. Uno de cada cuatro niñas y niños de 3-4 años (27%) tiene un desarrollo adecuado en el ámbito de alfabetización/habilidades numéricas (Unicef, 2019). La mayoría de ellos viven en los hogares más pobres (32%). Las niñas y niños que viven en áreas rurales tienen 1,8 veces menos posibilidades de lograr un adecuado desarrollo en el ámbito de alfabetización/habilidades numéricas que aquellos de áreas urbanas. Más aún, las niñas y niños de madres menos educadas (primaria o menos), tienen 1,7 veces menos posibilidad de tener un desarrollo adecuado en el ámbito

de alfabetización/habilidades numéricas (Unicef, 2019).

Los riesgos en el desarrollo durante la primera infancia en la región son muchos (Figura 7). Por ejemplo, se estiman 3,2 millones de niñas y niños menores de cinco años en la región sin registro de nacimiento, y estos tienen ocho veces menos posibilidades de asistir a programas educativos para la Primera Infancia. Asimismo, las niñas y niños que participan en programas educativos para la Primera Infancia tienen dos veces mayor posibilidad de alcanzar un desarrollo adecuado para su edad. Las niñas y niños con desnutrición crónica tienen dos veces menos posibilidades de alcanzar un adecuado desarrollo en el ámbito de alfabetización/habilidades numéricas (Unicef, 2019).

Figura 13

Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo adecuado de la primera infancia en Latinoamérica y el Caribe



Nota. Adaptado de: Unicef (2019). Disponible en <https://uni.cf/3XAjv5a>



5.3. Determinantes inmediatos de la malnutrición

Los determinantes inmediatos o causas de la malnutrición, se refieren a los factores o eventos específicos que directamente provocan un resultado o efecto particular (Unicef, 2024), tales como: las deficiencias en la práctica de la lactancia materna, el consumo de alimentos, las enfermedades infecciosas, como diarrea, infecciones respiratorias y otras enfermedades que afectan la absorción de nutrientes.

5.3.1 Deficiencias en las prácticas de la lactancia materna

De acuerdo con la OPS, 5 de cada 10 bebés en ALC no toman leche materna en la primera hora de vida, una medida esencial para salvar la vida de los recién nacidos (PAHO, 2018). La región tiene los promedios globales más altos de lactancia materna, pero aún queda mucho por hacer para alcanzar la meta del 50% de

la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para 2025. En 2021, el 42,6% de los bebés en la región fueron alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los seis meses, por debajo de la estimación mundial del 47,7%, y solo el 32% continuó con la lactancia hasta los 24 meses (FAO, FIDA, OPS, PMA y Unicef, 2023; Unicef, 2023). Al observar cada subregión, Sudamérica mostró la prevalencia más alta con un 46,8%, seguida de Mesoamérica con un 37,7% y el Caribe con un 31,4%.

Los países de la región con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida fueron Perú (63,9%), Bolivia (55,7%) y Guatemala (53,2%). Entre los países que han mejorado según los datos más recientes y en diferentes periodos de tiempo están: Belice con un aumento de 23,9 puntos porcentuales (pp) entre 2006 y 2015; México con 21,5 pp entre 2012 y 2021; Bolivia con

17,1 pp entre 2000 y 2016; Haití con 16,9 pp entre 2000 y 2017; y Colombia con 11,6 pp entre 2000 y 2016. Por el contrario, algunos países mostraron un descenso como Cuba con 0,6 pp entre 2000 y 2019; Perú con 2,7 pp entre 2000 y 2021; Honduras con 4,7 pp entre 2001 y 2019; y Costa Rica con 7,2 pp entre 2011 y 2018 (FAO, FIDA, OPS, PMA y Unicef, 2023).

Las razones por las que una madre no amamanta pueden comprenderse con el modelo conceptual de tres niveles de factores: individual, grupal y social.

Los factores a nivel individual son características o acciones de la madre o del niño, como las habilidades y conocimientos maternos y, a menudo, se asocian con características sociodemográficas. Los factores a nivel individual se relacionan directamente con la madre, el lactante y la «díada madre-lactante». Incluyen la intención de amamantar, sus conocimientos, habilidades y experiencia en la crianza, la experiencia del parto, el estado de salud y el riesgo de las madres y los bebés, y la naturaleza de la interacción temprana con el bebé. Cada uno de estos factores puede influir directamente en el inicio y la duración de la lactancia y a menudo están correlacionados.

Los factores a nivel grupal que influyen en la lactancia materna incluyen el entorno hospitalario y sanitario, donde prácticas como el alojamiento conjunto, el contacto piel con piel y el apoyo profesional en técnicas de lactancia son cruciales; el hogar y el entorno social, donde elementos como el tamaño del hogar, la paridad, el apoyo de la pareja y amigos afectan la disponibilidad de tiempo y energía para amamantar; el entorno

laboral, donde políticas y prácticas que permiten horarios flexibles y la extracción y almacenamiento de leche materna facilitan la combinación de trabajo y lactancia; y el entorno comunitario, que refuerza la lactancia materna como norma mediante instalaciones y políticas de apoyo en lugares públicos como centros comerciales, transporte público y restaurantes.

Los factores sociales que influyen en la lactancia materna incluyen las normas culturales sobre la lactancia, la alimentación infantil y la paternidad; el papel de la mujer en la sociedad y la valoración del trabajo fuera del hogar; el grado de apoyo de los hombres a las madres lactantes; las normas culturales sobre la exposición de los pechos y la sexualidad; y la importancia económica de productos como los sustitutos de la leche materna y los alimentos complementarios en el sistema alimentario. Estos factores proporcionan el contexto en el que se desarrollan las prácticas de alimentación de las madres (Hector et al., 2005).

Las **influencias a nivel grupal y social** pueden interactuar positiva o negativamente con los conocimientos maternos. Por ejemplo, una madre puede estar predispuesta a amamantar, pero un entorno que no la apoye en el hospital puede hacer que decida dejar de hacerlo antes de tiempo. Del mismo modo, incluso si sigue amamantando en el momento del alta hospitalaria, la falta de apoyo en casa o en la comunidad también puede hacer que deje de hacerlo antes de tiempo (Hector et al., 2005).

Como resultado de un análisis de 12.529 niños de Guatemala,

Honduras, México (estado de Chiapas), Nicaragua, Panamá y El Salvador provenientes de la encuesta de referencia de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, se encontró que el 97% de las mujeres de estos países amamantaron a sus hijos al menos una vez, y entre el 65,1% (Nicaragua) y el 79,0% (Panamá) continuaron haciéndolo entre los seis meses y los dos años de edad. La lactancia materna en la primera hora de vida varió según el país, siendo más alta en Panamá (89,8%) y más baja en El Salvador (65,6%). La lactancia materna exclusiva osciló entre un 44,5% en Panamá y un 76,8% en Guatemala. Por cada aumento del 20% en la proporción de pares que amamantaron exclusivamente, hubo un aumento del 11% en la probabilidad de lactancia materna exclusiva (Colombara et al., 2015).

Ningún **factor a nivel individual** se asoció de forma consistente con los indicadores de lactancia materna en general y en todos los países. Sin embargo, un factor a nivel grupal, los efectos de los pares, tuvo una asociación positiva consistente con el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna entre los 6 meses y los 2 años de edad. El aumento de la edad del niño se asoció con un descenso de la lactancia materna exclusiva. El descenso general se produjo a los tres meses y no hubo descensos significativos hasta el quinto mes en Guatemala, Honduras y El Salvador. En este sentido, las intervenciones que pretendan mejorar la lactancia materna exclusiva deben adaptarse al contexto local (Colombara et al., 2015).

5.3.2 Deficiencias en el consumo de alimentos

Las prácticas de alimentación complementaria de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en ALC presentan inadecuaciones nutricionales desde los primeros seis meses de vida, principalmente en términos de frecuencia, consistencia y calidad nutricional de los alimentos.. En ocasiones, una introducción temprana de alimentos, es decir, antes de los seis meses de vida, conlleva inadecuaciones nutricionales.

Así lo refleja un amplio análisis realizado en 18 países de ALC, que evidencia que la alimentación con otros alimentos diferentes a la leche humana es iniciada precozmente, antes de los seis meses de edad. La mayoría de los lactantes de 6 a 8 meses (86%) reciben alimentos complementarios, casi la mitad (48%) de todos los niños de 4 y 5 meses en la región reciben alimentos sólidos y el 86% de los lactantes de 6 a 8 meses reciben alimentos complementarios (De Groot et al., 2021). El inicio del consumo de alimentos sólidos a una edad demasiado temprana los pone en riesgo de abandonar la leche materna prematuramente. Además, la falta de diversidad alimentaria se hace presente en los niños de 6 a 23 meses, manifestándose en una limitación en el número de grupos de alimentos consumidos. Como resultado de este estudio se presenta que el 62% consume cinco de los ocho grupos de alimentos en la región; este indicador varía con cifras que van desde el 19% en Haití, al 84% en Perú.

Se espera que los niños desde temprana edad –después de los seis meses–, consuman la mayor heterogeneidad de grupos de alimentos. En la dieta infantil

faltan grupos de alimentos importantes. El 30% de los niños de 6 a 23 meses en ALC no ingieren alimentos de origen animal y el 20% de los niños de 6 a 23 meses no consume frutas ni verduras. Finalmente, hay poblaciones indígenas que viven en zonas remotas con poco acceso a una dieta variada; por lo tanto, las poblaciones indígenas, incluidos los niños, a menudo corren mayor riesgo de padecer desnutrición y malos resultados de salud (De Groot et al., 2021).

La Encuesta Nacional Brasileña de Nutrición Infantil (ENANI-2019), evidenció dentro de los determinantes inmediatos relacionados con el consumo de alimentos en los niños menores de cinco años, la conformación de que la dieta juega un rol esencial. Por ejemplo, en los niños entre 24 y 59 meses, el consumo de uno a dos grupos de alimentos ultraprocesados (PR= 0,44; IC 95%: 0,25 - 0,81) se asoció con una menor prevalencia de anemia y deficiencia de vitamina A (Kac et al., 2023).

5.3.3 Deficiencias en los cuidados y desarrollo inicial

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Un reporte de la CEPAL (Marco Navarro, 2014) señaló, que la importancia de estandarizar la prestación del cuidado y la educación para la primera infancia, radica en que sus comprobados efectos positivos sobre niños y niñas están estrechamente ligados a su calidad. Asimismo, la perpetuación de desigualdades sociales desde edades tempranas en América Latina, está relacionada con la ausencia del cuidado institucionalizado en los

sectores de bajos ingresos en la mayoría de los países de la región, así como con las notorias diferencias de calidad entre los centros de cuidado y educación a los que acceden los distintos grupos socioeconómicos de la población según su nivel de ingresos (Guardiola y González-Gómez, 2010; CEPAL 2023). También señaló, que el acceso y la calidad de los servicios de cuidado y educación institucionalizados son temas de igualdad para la infancia en el presente, pero de no garantizarse, se está minando la igualdad en el futuro. Los desafíos principales encontrados se relacionaron con la institucionalidad responsable del cuidado de la primera infancia y la educación inicial, por ser diversa e incluir generalmente a varios ministerios y, en ocasiones, consejos u otras entidades de distinta jerarquía (intersectorialidad). Del mismo modo, se suma al problema, en varios casos, la administración descentralizada, lo que plantea importantes desafíos para la integralidad de las políticas de cuidado, así como serios retos para la gestión pública.

El informe sobre *El estado mundial de la seguridad alimentaria y la nutrición 2024*, reportó que el gasto público en cuidados y alimentación (promedio anual porcentual) es prácticamente nulo en países seleccionados de ingresos bajos y medianos, varios de estos en ALC.

Unicef ha implementado desde 2012 una intervención llamada Cuidado para el desarrollo infantil, en 12 países de la región. Con esta intervención, los profesionales aprenden a acompañar a las familias brindando actividades de juego y de comunicación, que, además de estimular el aprendizaje en los niños y niñas, promueven el cuidado cariñoso y sensible (OPS, 2021).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), analizó 40 programas de desarrollo infantil en 19 países de América Latina, que evidencia que en la región existe una larga ruta por recorrer en la definición, el monitoreo y el cumplimiento de estándares de calidad por parte de los proveedores que se encargan de la operación de los centros que ofrecen servicios de desarrollo infantil (Araujo et al., 2013). Sin embargo, se considera que la región atraviesa por un momento propicio para enfatizar en la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de cuidado y educación para la primera infancia. América Latina se encuentra en una etapa de transición desde un enfoque asistencial e instrumental hacia uno que considera la atención y educación de primera infancia (AEPI) como una etapa con entidad propia, orientada al cuidado y la atención integral de las necesidades de supervivencia, desarrollo psicosocial, aprendizaje y protección. Actualmente el BID financia proyectos en esa área en Colombia, Perú, El Salvador, Argentina y Panamá (IABD).



5.4 Determinantes subyacentes de la malnutrición

Los determinantes subyacentes son factores relacionados con la inseguridad alimentaria como los económicos, sociales y ambientales que van más allá de la falta de alimentos; que crean un entorno que influye significativamente en la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos nutritivos.

5.4.1 Inseguridad alimentaria en el hogar

La seguridad alimentaria es una situación que existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades dietéticas y sus preferencias alimentarias para llevar una vida activa y saludable (Unicef, 2023). Esto implica el acceso, disponibilidad y consumo de alimentos, así como la estabilidad en este abasto en el tiempo (Unicef, 2021).

De acuerdo con el informe sobre el *Panorama regional sobre la seguridad alimentaria y nutricional en ALC de 2023*, se han logrado avances en la lucha contra el hambre y la inseguridad alimentaria en la región, impulsados por mejoras en Sudamérica. Entre 2021 y 2022, se observó una disminución en ambas prevalencias en Sudamérica, mientras que en Mesoamérica la prevalencia del hambre se mantuvo y la de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó levemente. El hambre aún se encuentra en un 0,9% por encima del nivel de 2019, previo a la pandemia de la COVID-19. En el Caribe, ambas prevalencias aumentaron. En 2022, se estimó que el 6,5% de la población en la región padecía hambre y la inseguridad alimentaria

moderada o grave es aún más elevada que la prevalencia mundial (Unicef, 2021).

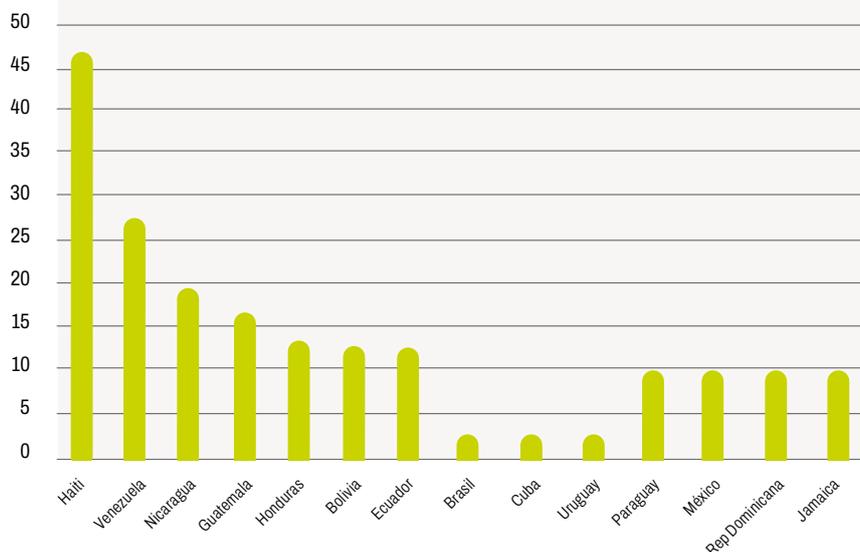
Asimismo, existen diferencias importantes entre países de cada subregión. Por ejemplo, en la subregión del Caribe, Haití experimentó una prevalencia de hambre del 45%, mientras que Barbados y Cuba, mostraron una prevalencia inferior al 2,5%, junto con Dominica, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con prevalencias del 6,7%, 6,3% y 3,1%, respectivamente. En Sudamérica, Bolivia presentó la mayor prevalencia del hambre (19,4%), seguido por Venezuela (17,9%) y Ecuador (13,9%), mientras que Chile y Uruguay presentan una prevalencia de hambre inferior al 2,5% (Unicef, 2021).

La inadecuada disponibilidad, acceso físico, inocuidad, consumo y estabilidad para proveer alimentos para todos los

miembros de un hogar –lo que incluye a los menores de cinco años–, es considerada inseguridad alimentaria, con el consecuente efecto negativo en la seguridad nutricional. Aunque los instrumentos que miden la inseguridad alimentaria han focalizado su estudio y medición desde el hogar (FAO, 2011) hoy en día se enfatiza en el individuo como ente independiente que puede experimentar la falta de alimentos de manera diferente aun perteneciendo a un mismo hogar (Radimer, 1990; Bernal et al., 2015; Fram et al., 2015). Se ha evidenciado que los niños desde muy temprana edad pueden darse cuenta de cuando faltan los alimentos en el hogar e implementar estrategias de afrontamiento para mejorar su propia situación, como visitar a vecinos, abuelos o tener guardados alimentos para momentos de escasez.

Figura 14

Prevalencia de la subnutrición en países de América Latina y el Caribe (promedio 2013-2015)



Nota. Adaptado de FAO (2021). Disponible en: FAO, FIDA, OPS, WFP y Unicef (2021). <https://doi.org/10.4060/cb7497es>

5.4.2 Factores socioeconómicos y otros que afectan el acceso físico a los alimentos

Todos los niños tienen el mismo potencial de crecimiento cuando son amamantados exclusivamente hasta los 4 meses y continúan con la lactancia materna al menos hasta los 12 meses (De Onis et al., 2015). Sin embargo, los determinantes sociales influyen en las condiciones de vida y crecimiento de los niños, creando desigualdades significativas, especialmente entre los más vulnerables y marginados. Estas desigualdades afectan el acceso a alimentos, salud, higiene, y educación, y se reflejan en diferencias en el crecimiento y nutrición de los menores.

La pobreza y la desigualdad económica son causas principales de la malnutrición, limitando el acceso a alimentos nutritivos, salud y educación (Guardiola y González-Gómez, 2010). La desigualdad de ingresos agrava este problema, causando que algunos tengan exceso de alimentos mientras otros carecen de una dieta equilibrada. Factores demográficos y geográficos también influyen en el retraso del crecimiento y deficiencias nutricionales. Diversos estudios muestran que el acceso a una nutrición adecuada durante los primeros años de vida, concretamente en los rangos de 0-12 meses, 12-24 meses y 2-5 años, es crucial para el desarrollo y calidad de vida futura del niño.

El factor socioeconómico es uno de los principales determinantes del acceso a los alimentos. Cuando los hogares cuentan con mayores ingresos se facilita la adquisición de los alimentos. En Brasil, uno de los países de ALC que posee mayores brechas económicas de la región (The World Bank, 2024), evidencia

con datos del estudio de MINA-Brasil, la relación entre el crecimiento lineal, el aumento de peso desde el nacimiento hasta la infancia y la riqueza dentro del hogar (Ford et al., 2023). Los resultados encontraron que el crecimiento lineal fue significativamente mayor (talla para la edad) entre los niños de hogares más ricos, desde el momento del nacimiento. El aumento de peso para la edad a la edad de los cinco años, se encontró en los límites superiores en los niños procedentes de hogares más ricos al nacer y durante la infancia. Similarmente, otros autores confirman que los hijos de madres con mayor vulnerabilidad social mostraron un crecimiento menos favorable (Benes Matos da Silva et al., 2024).

Estos contrastes socioeconómicos brasileños que afectan a la nutrición, son destacados en un estudio más local realizado en Paraíba (Brasil), donde se observa malnutrición por exceso en un 12,8% como uno de los factores asociados con tener una peor situación socioeconómica y no ser beneficiario del programa de protección social denominado Programa Bolsa Familia (De Oliveria et al., 2022). Otros países de la región reportan datos similares, como Chile, donde los niños pertenecientes a bajo nivel socioeconómico tenían significativamente más sobrepeso y obesidad en comparación con los niños de niveles socioeconómicos altos ($p < 0,05$) (Castillo-Valenzuela et al., 2023).

Los alimentos saludables suelen ser más caros y de más difícil acceso que los productos preenvasados y procesados. En concreto, las verduras de hojas verde oscuro y las frutas y verduras ricas en vitamina A, son alimentos relativamente costosos en ALC, mientras

que las meriendas azucaradas y saladas son relativamente baratas (Heady & Alderman, 2019). Por otro lado, la calidad de la alimentación varía según el poder adquisitivo de la familia y la zona de residencia, ya sea urbana o rural. Por ejemplo, el nivel socioeconómico fue un factor determinante de la calidad y la diversidad de la alimentación en un estudio realizado en varios países de América Latina (Gómez et al., 2019; Unicef, Resumen informativo regional, 2021).

Los excesos nutricionales pueden presentar desigualdades según las *características demográficas y geográficas*. En México, en las ENSANUT realizadas desde los años 2012, 2016, 2018 y 2020, evidencian que en menores de 24 meses (n=6719) se observa una prevalencia de sobrepeso + obesidad de 10,3%, mientras que, en el grupo de niños de menor rango de edad, entre los 12 a los 23 meses, el riesgo de sobrepeso aumenta al 26,1%, es decir, es más del doble el exceso de peso (Cárdenas-Villareal et al., 2023). En Brasil, también se encuentran estas diferencias entre las regiones y en los grupos de edad menores de dos años y de 2 a 5 años. En los menores de dos años en la región central oeste, tienen prevalencias de exceso de peso de un 32,9%, menores a los que habitan el noreste, quienes tienen prevalencias de 41,1%. En los niños entre 2 y 5 años, persisten elevadas cifras; entre 24,7% en el norte y 32,9% en el sur. Aunque en casi todas las regiones geográficas las prevalencias son mayores a 24% de acuerdo a los resultados en el año 2018, al compararse con el año 2008 hay una tendencia a la disminución (Barancelli et al., 2022). Otros estudios brasileños también destacan el elevado retraso en el crecimiento, entre 7,9% (De Oliveira et

al., 2022) y 15,1% (Silveira et al., 2020), siendo los factores asociados: la edad del niño menor de dos años, experimentar inseguridad alimentaria y nutricional de moderada a grave en el hogar (De Oliveira et al., 2022) y ser hijos de madres de estatura menor a 1,497 m (Silveira et al., 2020). Se muestran brechas en las deficiencias de algunos micronutrientes al considerar factores demográficos asociados, como el menor número de años de estudio, madres jóvenes, niños menores de 24 meses y tener varios niños menores de cinco años en un mismo hogar. Los resultados son derivados de la Encuesta Nacional Brasileña de Nutrición Infantil (ENANI-2019), que mostró que las madres que tenían siete o menos años de escolarización y edades entre los 20 y 30 años, tenían más probabilidad de tener niños entre 6 y 23 meses con anemia y deficiencia de vitamina A. Asimismo, se observó una mayor prevalencia de carencia de vitamina A en los niños de 6 a 23 meses de la región. La presencia de más de un niño <5 años en el hogar, se asoció con una mayor prevalencia de anemia y deficiencia de vitamina A en niños de 6-23 meses (Kac et al., 2023). En el mismo estudio brasileño ENANI la edad y la región geográfica brasileña fueron los principales predictores de la insuficiencia de vitamina D, siendo de vulnerables los niños entre los 6 y los 23 meses, pertenecer al sexo femenino, vivir en las regiones Sureste, Sur y zona urbana, ubicarse en el segundo tercil de la puntuación de riqueza nacional, durante las estaciones de invierno y primavera y no consumir suplementos de vitamina D (Kac et al., 2023).

En Argentina, el retraso del crecimiento infantil también se ha relacionado

con las disparidades geográficas y socioeconómicas (Nuñez et al., 2020); los valores de prevalencia estimados por departamento oscilaron entre el 12,7% y el 20,9%. La prevalencia global de retraso del crecimiento entre los niños que vivían en la provincia tuvo una disminución relativa de 41,8%.

En ALC, la geografía puede llegar a ser compleja, posee diversas zonas que impactan significativamente la construcción y eficiencia de vías y carreteras. La presencia de montañas, cordilleras, selvas tropicales, llanuras y desiertos plantea desafíos relacionados con la construcción de infraestructura. El acceso a mejores comunicaciones y transporte puede tener un impacto significativo en el estado nutricional de las comunidades, influyendo en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento de los alimentos; determinando los precios para el consumidor y los ingresos del productor (Sepúlveda, 2020). La ausencia de las carreteras, el mal estado y la deficiencia de transporte público, tiene consecuencias en el suministro de productos frescos y en la movilidad de los residentes de los barrios marginales, especialmente de las mujeres (Roy et al., 2023; Alderete et al., 2018).

En Esmeraldas (Ecuador), la construcción de nuevas carreteras ofreció una oportunidad para evaluar el impacto en la nutrición infantil, 10 años después de su construcción. Entre 2004 y 2013, se estudió a 2350 niños menores de cinco años en 28 pueblos con diferentes accesos por carretera. Se encontró que la lejanía de los centros urbanos se asociaba significativamente con el retraso del crecimiento y una mayor prevalencia de anemia. Aunque la prevalencia del retraso

del crecimiento disminuyó con el tiempo, fue mayor en los pueblos cercanos a las carreteras. La emaciación, indicativo de peso insuficiente respecto a la talla, se mantuvo elevada (6%) durante el periodo de estudio (López et al., 2018).

En Colombia, la falta de vías terciarias afecta negativamente a los ingresos de los hogares, a los precios de los alimentos y producción de alimentos, al acceso a la salud y educación, a las condiciones de vida del campesinado y a los demás factores claves para la seguridad alimentaria y humana de los hogares rurales (Sepúlveda, 2020). En el estudio que realizó el seguimiento nutricional por diez años, durante la construcción de la carretera en las 28 comunidades de Ecuador, la prevalencia de sobrepeso fue del 5% y de la obesidad del 1,6%, la cual se mantuvo durante el tiempo del estudio. Sin embargo, aunque no fueron significativos los cambios, la obesidad aumentó más de tres veces durante el periodo en estudio, pasando de 0,5% a 3% (López et al., 2018).

5.4.3 Deficiencias en los conocimientos y prácticas de alimentación adecuadas

El desconocimiento sobre la importancia de una nutrición adecuada y prácticas saludables de cuidado infantil por parte de los progenitores, aumenta la probabilidad de desnutrición, exceso de peso y hambre oculta infantil. También, el desconocimiento sobre las prácticas alimentarias adecuadas e incluso el nivel educativo de las madres, padres y/o cuidadores, son motivos a tener en cuenta.

Un estudio realizado en 18 países (De Groot et al., 2021), demuestra este desconocimiento en prácticas

de alimentación que para muchos profesionales del área de la salud pueden parecer básicas y sencillas. Sin embargo, las evidencias muestran que hay que fortalecer cuestiones como el abandono antes de los seis meses de la lactancia materna y el inicio precoz de la alimentación complementaria, ya que estos temas son especialmente álgidos entre los cuatro y siete meses de edad. Merece señalar también la falta de diversidad de alimentos en la dieta de los menores, que en muchos casos presenta inadecuaciones nutricionales desde su inicio. La falta o insuficiente cantidad de proteínas, frutas y vegetales es un problema relacionado con la falta de conocimiento y de recursos financieros.

Existen en la región bajos niveles de conocimiento de los cuidadores sobre prácticas de alimentación complementaria. El conocimiento de los cuidadores sobre prácticas de alimentación y alimentos apropiados varía y está influenciado por el contexto local, las preferencias y la disponibilidad de alimentos. La alimentación con fórmula y el consumo de alimentos procesados están relacionados con la comodidad, especialmente en ausencia de guarderías, licencia por maternidad y políticas de trabajo flexible (Unicef, 2021).

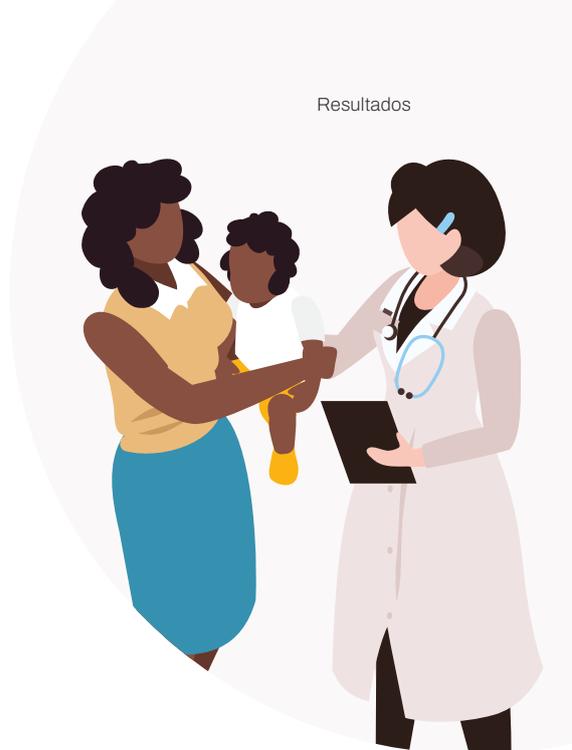
Es crucial señalar que la dieta infantil a menudo carece de grupos de alimentos esenciales, como frutas, verduras y alimentos de origen animal, y con frecuencia no tienen la consistencia adecuada. Además, las poblaciones indígenas que residen en áreas remotas enfrentan un acceso limitado a una dieta variada. Como resultado, estas comunidades, incluidos los niños, están en mayor riesgo de desnutrición y de sufrir problemas de salud relacionados (Unicef, 2021).

5.4.4 Deficiencias en los servicios de salud, educación, protección social y saneamiento ambiental

La ausencia o inadecuada calidad en la provisión de servicios de salud, educación, saneamiento y protección social, puede resultar en la aparición de enfermedades e infecciones relacionadas con la nutrición, diagnóstico y tratamiento tardíos que afectan al estado nutricional de niñas y niños, muchas relacionadas debido al inadecuado consumo y tratamiento del agua potable y a unas condiciones higiénicas adecuadas. La interacción de los factores subyacentes muestra la necesidad de enfoques integrales y multisectoriales para abordar la malnutrición, enfocándose en mejorar estos servicios y las brechas o desigualdades que existen, lo que sin duda alguna beneficiará al crecimiento y bienestar del niño.

La disponibilidad de **servicios de salud** accesibles y de calidad es crucial para prevenir y tratar enfermedades relacionadas con la malnutrición (Unicef, 2020-2030). Proveer una atención prenatal y posnatal en suficiente cantidad y calidad, la asistencia al control de niño sano, el cumplimiento de los esquemas de vacunación, los programas de control de enfermedades infecciosas son esenciales para mantener la salud de las poblaciones vulnerables. Asimismo, proveer de programas de suplementación nutricional con micronutrientes vulnerables durante los primeros años de vida, como la vitamina A, el hierro, el yodo y el zinc, pueden mejorar significativamente el estado nutricional de estas poblaciones.

“Hay un acceso desigual a los servicios de salud. La región se caracteriza por grandes desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad según la condición socioeconómica, la distancia geográfica y la zona de residencia.”

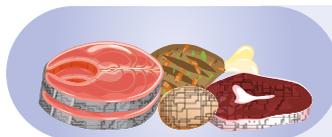
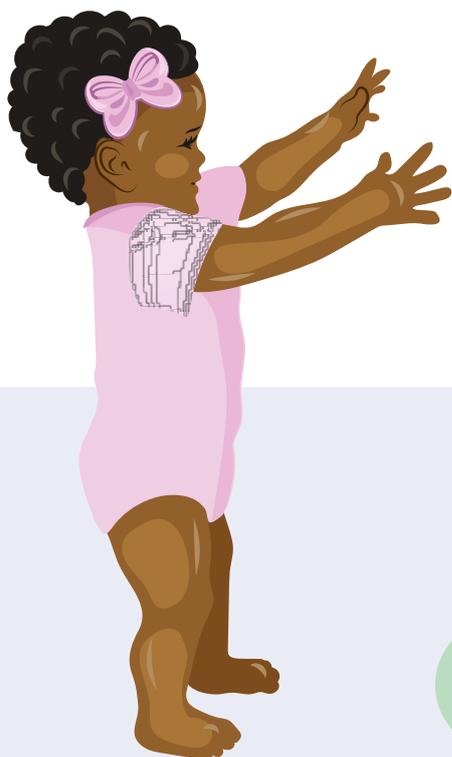


Hay un acceso desigual a los servicios de salud. La región se caracteriza por grandes desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad según la condición socioeconómica, la distancia geográfica y la zona de residencia. Los trabajadores sanitarios de la comunidad pueden desempeñar un papel clave en la prestación de servicios de nutrición a través del sistema de salud, pero hay poca información disponible sobre su eficacia. Muchos países de la región (18 de 18 en un estudio reciente), tienen políticas intersectoriales que promueven una alimentación saludable, pero la efectividad de estas políticas no está clara (Arts et al., 2021).

Persisten grandes desigualdades en el ejercicio pleno del *derecho a la educación* en Latinoamérica y el Caribe, que todavía se encuentra condicionado por el origen social de cada persona; su situación económica; el territorio en el que habita; su etnia; su género; estatus migratorio; y discapacidades, entre otros. Las desigualdades en educación en ALC es un problema que afecta tanto el acceso como a la calidad de los aprendizajes y la finalización de los estudios. Las probabilidades de acceder a experiencias de aprendizaje enriquecedoras son mucho más altas para las familias

urbanas de clase media o alta que para las poblaciones rurales, indígenas o afrodescendientes. En ALC, pertenecer a un hogar de bajos ingresos implica una serie de desventajas al momento de iniciar una trayectoria educativa. Además, si una persona es afrodescendiente o indígena, se reducen significativamente las oportunidades de acceso a una educación inclusiva y de calidad (Unesco, 2021). La escolaridad promedio de las mujeres de ALC es de 8,88, mientras que la de los hombres es de 9,02, es decir, existe una brecha de 0,14 años a favor de los hombres (BID, 2023).

Existen también brechas en la cobertura de los **programas de protección social**. La región ha sido líder mundial en demostrar el potencial de los programas de transferencia de efectivo, principalmente transferencias monetarias condicionadas (TMC) para apoyar las necesidades de salud y nutrición de los niños pequeños, además de vincular los programas de protección social con otros servicios esenciales. El Banco Mundial ha venido ampliando progresivamente el apoyo que brinda a proyectos de protección social en ALC, y entre los ejercicios de 2019 y 2023 benefició con su financiamiento a 73 millones de personas (Banco Mundial, 2023).



- **Entre 2017 y 2022, se sumaron medio millón de niños al programa de Asignación Universal por Hijo de Argentina.** A diciembre de 2020, las mujeres constituían más del 90% de los 2,4 millones de beneficiarios que recibían transferencias.
- **Entre 2001 y 2011, el programa Familias en Acción de Colombia creció hasta alcanzar 2,7 millones de familias.** El impacto a largo plazo (10 años) para los beneficiarios de las zonas rurales, fue una disminución de 6 pp en la desnutrición crónica de los niños y un aumento de 6 pp en la probabilidad de terminar la escuela secundaria.
- **Según datos de 2017, en Honduras, gracias a un programa de TMC, se logró reducir la pobreza en un 8%, disminuir en un 20% la cantidad de niños que realizan trabajos infantiles y aumentar la matrícula escolar entre un 7% y un 10%.** Las madres también pasaron a desempeñar un papel más importante en la crianza de los hijos y en las decisiones presupuestarias del hogar.

- **Desde 2021, en el departamento de Grand'Anse (Haití), en el marco de un programa de protección social, se otorgan mensualmente transferencias monetarias no condicionadas a 22.400 hogares muy vulnerables (el 20% de la población).** Dicho programa se amplió para brindar una respuesta de emergencia a otros 3.000 hogares afectados tras el terremoto de 2021 y las inundaciones de 2023.

Sin embargo, existen brechas en la cobertura de los programas de protección social. La pandemia por COVID-19 dejó en evidencia rezagos y disparidades entre los países y dentro de ellos. En particular, puso de manifiesto los puntos débiles de un sistema social y económico que no ha invertido lo suficiente en derechos como la protección social y la atención de la salud, dejando al descubierto lagunas en la cobertura que ofrece, evidenciando unas prestaciones de protección social inadecuadas y acentuando unas desigualdades ya de por sí profundamente arraigadas (CEPAL, 2024).

El saneamiento ambiental está íntimamente relacionado con la malnutrición.

La falta de acceso a agua potable y a unas condiciones higiénicas adecuadas, aumenta el riesgo de adquirir infecciones y enfermedades prevenibles que afectan a la nutrición. La exposición a partículas finas, –tanto en el medio ambiente como en el ámbito doméstico–, causa alrededor de siete millones de muertes prematuras cada año, de las cuales 543.000 muertes ocurrieron en menores de cinco años en 2016. Más de una de cada cuatro muertes de niños menores de cinco años está directa o indirectamente relacionada con los riesgos medioambientales. En los países con renta baja y media de la Región de las Américas, el 87% de todos los menores de cinco años han estado expuestos a niveles de partículas finas (PM 2,5) por encima de los niveles de las directrices de calidad del aire de la OMS. La contaminación atmosférica ambiental supone enormes costes a la economía mundial, superando los cinco billones de dólares estadounidenses en pérdidas de bienestar (WHO, 2022).

En ALC, una de cada cuatro personas no tiene acceso a agua potable manejada de forma segura, el 87,4% accede por lo menos a un servicio básico, el 1,8% accede a servicios limitados, el 5,4% accede a servicios no mejoradas y el 3,4% de ellos, esto es, más de cinco millones de personas, aún dependen de las aguas superficiales (CEPAL, 2022; OMS y Unicef, 2021). Estas brechas son más pronunciadas en el ámbito rural y en los quintiles más pobres, donde no solo la cobertura, sino que la calidad de los servicios, es deficiente (CEPAL, 2022). En Guatemala, donde el 48% de los niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento, especialmente

la fuente y tratamiento del agua, junto con el tipo de saneamiento, están muy relacionados con la incidencia de baja talla para la edad (Voth-Gaeddert et al., 2018).

Esta revisión rápida no se enfocó en los contaminantes del agua, los alimentos y el ambiente alrededor de la madre y el niño, sin embargo, surgió como un tema emergente de los resultados de la búsqueda. Los contaminantes son sustancias que no se han añadido intencionadamente al agua o a los alimentos. Los procesos de producción de alimentos pueden provocar la entrada de sustancias en los alimentos en cualquier momento: durante su fabricación, manipulación, almacenamiento, elaboración o distribución. Los contaminantes también pueden penetrar en los alimentos desde el medio ambiente. La presencia de estas sustancias en los alimentos debe vigilarse atentamente para evitar que la contaminación afecte a la calidad de los alimentos o los conviertan en nocivos (FAO, OMS, Codex Alimentarius, 2024).

“La falta de acceso a agua potable y a unas condiciones higiénicas adecuadas, aumenta el riesgo de adquirir infecciones y enfermedades prevenibles que afectan a la nutrición.”

El Codex Alimentarius ha establecido 17 niveles máximos para contaminantes como micotoxinas (hongos venenosos producidos por determinados compuestos químicos), metales (como arsénico, plomo y mercurio) y radionucleidos (por ejemplo, en el agua de consumo) (FAO, OMS, Codex Alimentarius, 2024). Ruíz-López y García-Villanova (2020), realizan una clasificación para los contaminantes de alimentos que incluye:

- A. **Contaminantes naturales** (micotoxinas, alcaloides).
- B. **Metales pesados** (arsénico, cadmio, plomo, mercurio).
- C. **Contaminantes de procesos** (acrilamida, furanos).
- D. **Contaminantes medioambientales** (dioxinas, PCBs).
- E. **Residuos** (pesticidas, fármacos veterinarios).

Diversos elementos pueden ser contaminantes del medio ambiente, el aire, la proximidad a industrias contaminantes mineras, centrales nucleares, la cercanía a vertederos municipales y la contaminación por pesticidas. La contaminación del agua y los alimentos para consumo humano es un elemento crítico que puede pasar desapercibido de esta contaminación, aunque afecta negativamente la vida de los seres vivos y el ambiente, incluyendo al menor de cinco años.

En la población de Jujuy (Argentina), un estudio formativo llevado a cabo con madres de niños pequeños que viven con inseguridad alimentaria, destaca que un factor de estrés es la inseguridad que viven con el agua, debido a la contaminación medioambiental. Esta es una preocupación que crece cada vez más en el campo de la salud pública debido a que quienes están más expuestos son los grupos de población desfavorecidos (Alderete et al., 2018).

Los metales pesados se encuentran en el ambiente de forma natural y en ciertos medicamentos, suplementos y alimentos. Además, los químicos usados en la industria y en granjas también pueden contener metales pesados, los cuales pueden terminar en el aire, suelo y agua. La intoxicación por metales pesados puede causar daño a órganos, cambios de comportamiento y dificultades con el pensamiento y la memoria. Los síntomas de intoxicación por metales pesados



dependen del tipo de metal, la cantidad en el cuerpo y la edad. Los niños y bebés que no han nacido tienen mayor riesgo de tener problemas de salud serios a largo plazo debido a la contaminación con metales pesados (Ziarati et al., 2018).

La presencia de metales de alta densidad son tóxicos y muy dañinos para la salud humana, en especial durante el periodo de crecimiento y desarrollo, lo que incluye la vida intrauterina (Herlin et al., 2019; Pierezan et al., 2023). Algunos de estos metales son el plomo, mercurio, cadmio, arsénico, cromo, aluminio, berilio, cobalto, cobre, hierro, manganeso, níquel, platino, selenio, silicio, plata y talio. Como consecuencia, cada vez más investigaciones se enfocan en estudiar cómo estos metales pesados, desde estadios tempranos de la vida, pueden afectar a la calidad de la vida, el crecimiento de los niños y la aparición de enfermedades.

En zonas de ALC, donde hay minas de explotación de metales, se evidencia la contaminación del medio ambiente. En Argentina se ha encontrado en el agua potable concentraciones elevadas de arsénico, un potente tóxico y carcinógeno y, también, litio, boro y cesio. Un estudio tipo cohorte de díadas madre-hijo realizado en el norte de Argentina (n=169), analizó la cantidad de metales tóxicos presentes en la sangre o la orina maternas al final del embarazo y durante el parto en la placenta y la sangre del cordón umbilical. Se encontró una elevada exposición a metales como el boro, litio, arsénico y antimonio, elementos que se asocian a la alteración del ADN, afectando el tamaño de los telómeros maternos o neonatales. Esta asociación fue 10 veces más elevada en los niños que en las niñas (Herlin et al., 2019). La alteración de los telómeros

afecta a la calidad del ADN, por estar ubicados en la región del extremo del cromosoma, donde se encuentran las secuencias repetitivas de ADN que ayuda a protegerlo del desgaste y/o enredos de la cadena del ADN <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Telomero>.

Para la OMS, el mercurio es uno de los diez productos o grupos de productos químicos que ocasionan problemas de salud pública. La exposición al mercurio (incluso a pequeñas cantidades), puede causar graves problemas de salud y es peligrosa para el desarrollo intrauterino y en las primeras etapas de vida. El mercurio puede ser tóxico para los sistemas nervioso e inmunitario, el aparato digestivo, la piel y los pulmones, riñones y ojos. La principal vía de exposición humana es el consumo de pescado y mariscos contaminados con metil-mercurio, compuesto orgánico presente en esos alimentos (WHO, 2017).

En el Amazonas, la población materna consume sus fuentes proteicas de pescado de río, siendo esta una de las principales fuentes de contaminación con mercurio. Se examinaron muestras de cabello de las madres para detectar contaminación con el metal, el consumo de pescado y la nutrición de sus hijos. La relación entre el consumo de pescado y el nivel de mercurio en las madres fue muy elevada, sin embargo, no afectó el estado nutricional en los indicadores de talla para edad, peso para la edad y peso para la talla de los niños, en el momento del parto a los 6, 24 y 59 meses. Aun así, en estas áreas de riesgo, el consumo de estos alimentos debe ser monitoreado para evitar mayor riesgo de contaminación y afectaciones en la salud en una población vulnerable como las madres gestantes y los niños (Cunha et al., 2018).

“Estos escasos estudios encontrados son contundentes en evidenciar que una población vulnerable como la madre y el niño expuestos a los contaminantes ambientales puede ser más susceptible a daños en la salud (Tabla 6).”

En Perú, las comunidades dedicadas a la extracción de oro artesanal, expuestas al metil-mercurio en la dieta, pueden padecer de anemia, enfermedades infecciosas y crónicas. En esta región, se analizó el contenido total de mercurio en el pelo, la hemoglobina y los niveles séricos de micronutrientes en niños (n=83). Se evidenció que el 49% de los menores de cinco años eran anémicos (<11 g/dL), que pocos niños tuvieron retraso en el crecimiento, emaciación o carencia de micronutrientes y que la mediana de mercurio total en el pelo fue de 1,18 µg/g (rango: 0,06-9,70 µg/g). Destaca una asociación inversa entre el mercurio total y la hemoglobina que persistió tras ajustarse los resultados por edad, sexo, antropometría y niveles de vitamina B12. Este estudio aporta pruebas preliminares de que la exposición al metil-mercurio se asocia con una mayor prevalencia de anemia, lo que es especialmente relevante para los niños que viven cerca de las zonas mineras (Weinhouse et al., 2017).

El uso de pesticidas e insecticidas para la producción de alimentos también es un contaminante de las aguas y el suelo. Específicamente, puede afectar al crecimiento el uso de clordecona, un insecticida organoclorado que tiene propiedades hormonales conocidas y la exposición a través de alimentos contaminados durante periodos críticos del desarrollo (gestación y primera infancia).

En un estudio de díadas de madres y niños, la presencia de clordecona en la sangre del cordón umbilical se asoció con un mayor IMC en los niños a los 3 meses, debido a un mayor peso y una menor estatura y, en las niñas, a los 8 y 18 meses, debido sobre todo a una menor estatura. La exposición posnatal a este insecticida se asoció a una menor estatura, peso e IMC a los 3, 8 y 18 meses, sobre todo en las niñas. La exposición a la clordecona puede afectar a las trayectorias de crecimiento en los niños de 0 a 18 meses (Costet et al., 2015).

Otros contaminantes que pudieran afectar el momento del parto (prematuridad), estado nutricional (obesidad), crecimiento y salud (asma) de los niños, son la presencia de parabenos (presentes en cosméticos y productos de aseo personal) y fenoles (usado para fabricar plásticos, presente en productos de limpieza domésticos y en productos como enjuague bucal, lociones antisépticas y pastillas para la garganta).

Estos escasos estudios encontrados son contundentes en evidenciar que una población vulnerable como la madre y el niño expuestos a los contaminantes ambientales puede ser más susceptible a daños en la salud (Tabla 6). Un desafío para los países de ALC es el monitoreo y regulación en el uso extensivo de estas sustancias contaminantes.

Tabla 6

Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de cinco años según etnia y país en América Latina y el Caribe

Factor medioambiental	Impacto en la salud y nutrición de la madre	Impacto en la salud y nutrición del niño
Agua contaminada. Presencia de patógenos, metales pesados y productos químicos.	Infecciones gastrointestinales, intoxicación.	Diarrea, retraso en el crecimiento, enfermedades infecciosas.
Metales pesados. Exposición al plomo, mercurio y arsénico a través de agua, alimentos y aire.	Problemas renales, hipertensión, complicaciones en el embarazo.	Retraso en el desarrollo, daño neurológico, problemas de comportamiento, anemia.
Contaminación por minerales. Exposición en áreas mineras a través del aire, agua y suelo contaminados.	Intoxicación, enfermedades crónicas.	Retraso en el desarrollo, enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
Uso de pesticidas. Exposición en áreas agrícolas y a través de alimentos contaminados.	Trastornos hormonales, complicaciones en el embarazo.	Deficiencias cognitivas, problemas neurológicos, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento, menor peso para la edad.
Contaminación del aire. Emisiones de vehículos, industrias y quema de residuos, uso de fuentes alternativas para cocinar (leña).	Problemas respiratorios, complicaciones en el embarazo.	Asma, enfermedades respiratorias, bajo peso al nacer, trastornos del espectro autista y trastornos de déficit de atención e hiperactividad, menor desarrollo mental y motor.
Humo de tabaco. Exposición al humo de tabaco, incluso el humo de segunda mano.	Complicaciones en el embarazo, enfermedades cardiovasculares, pérdida de peso.	Asma, infecciones respiratorias, bajo peso al nacer.
Ingesta y contacto con plásticos, microplásticos, envases para alimentos y repelentes de grasa (perfluoroalquilo y polifluoroalquilo) en el agua, alimentos y juguetes.	Disruptores endocrinos, riesgo de ganancia de peso, cáncer, daño hepático, alteraciones del sistema inmunológico.	Alteraciones hormonales, riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas.
Productos químicos domésticos. Exposición a productos de limpieza, pintura, cosméticos y químicos utilizados en el hogar.	Trastornos respiratorios, complicaciones hormonales.	Prematuridad, asma, intoxicaciones, dermatitis, menor apetito, incremento de necesidades energéticas. Medicamentos usados en asma (corticosteroides), pueden causar pérdida de masa muscular y retraso del crecimiento.
Residuos industriales Vertido de sustancias tóxicas en el agua y el suelo.	Cáncer, enfermedades crónicas.	Malformaciones congénitas, enfermedades crónicas, daño en el desarrollo.

Nota. Adaptado de: Alderete et al. (2018); Weinhouse et al. (2017); Cunha et al. (2018); WHO, (2017); Herlin et al. (2019); WHO, (2018); Costet et al. (2015); NIH, (2024); Shittu et al. (2023).



5.4.5 Situaciones de conflicto, crisis y emergencias humanitarias

Los conflictos, crisis y emergencias son situaciones inesperadas, provocadas o no por los humanos, como las guerras, conflictos armados, desplazamientos forzados, epidemias y los cada vez más frecuentes desastres naturales, los incendios forestales, sequías, inundaciones y terremotos, entre otros. Cerca de 41 millones de niños y niñas en el mundo son las víctimas principales de este tipo de emergencias y conflictos; los acechan peligros físicos, la muerte, daños en la salud física, violencia sexual, esclavitud, hambre, consecuencias en su salud mental, la pérdida de la familia, dificultades para estudiar y para su adecuado desarrollo (Unicef, 2024).

Los desastres naturales en la región de ALC son cada vez más habituales: huracanes en el Caribe, terremotos en países como México, Perú, Chile, y los cada día más recurrentes incendios forestales, que en Chile dejaron a 3.400 niños y niñas damnificadas en 2017 (Unicef, 2024). Especial mención merece la crisis migratoria de Venezuela, de la cual se estima que entre 1,1 y 1,42 millones de niños y niñas venezolanos han salido del país, de los cuales muchos viven en comunidades de acogida y de tránsito, además de necesitar protección y acceso a los servicios básicos en toda la región de ALC en 2019 (Unicef, 2019; R4V, 2022).

Estas situaciones afectan a los determinantes subyacentes antes mencionados, ya que dificultan o interrumpen el acceso a los alimentos, las prácticas de alimentación, los servicios de salud, educación, protección social y saneamiento ambiental, aumentando los riesgos de toda la población. Sin embargo, los menores de cinco años son la población más desprotegida por la falta de cuidados y el incremento en el riesgo de padecer desnutrición infantil.

La reciente pandemia de COVID-19, evidenció las graves consecuencias experimentadas por las niñas y niños en la primera infancia (0 a 8 años) que afectan a sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje, tras haber pasado al menos la mitad de su vida en condiciones de emergencia sanitaria. Esta crisis ha tenido un impacto devastador en múltiples aspectos de sus vidas. En primer lugar, muchos de ellos han experimentado la pérdida de sus progenitores, cuidadores y personas queridas, además de contraer la enfermedad que les ha producido secuelas. La crisis económica también ha llevado a un abrupto aumento en la condición de pobreza en numerosos hogares, lo que ha afectado a la calidad de vida de estas niñas y niños. Por último, de manera más generalizada, el confinamiento y otras restricciones aplicadas para contener la pandemia han tenido un impacto en su posibilidad de asistir a instituciones educativas, socializar con pares y familiares con los cuales no residía y recibir la atención de salud a la que tienen derecho. Producto de lo anterior, se han observado efectos negativos en su desarrollo cognitivo, lingüístico y motor, especialmente en aquellos pertenecientes a familias en situación de pobreza o cuya situación económica se vio deteriorada producto de la pandemia. Esta situación sin precedentes también afectó el bienestar emocional y la salud de niñas y niños, generando un aumento en los niveles de ansiedad e irritabilidad, así como un incremento en los índices de malnutrición y nuevos riesgos epidemiológicos al no recibir las vacunas, entre otras causas (CEPAL, 2022; CEPAL y Unicef, 2021; Unicef, 2023).

Los efectos de la pandemia se sumaron a desafíos preexistentes, como por ejemplo

la incidencia de la pobreza marcadamente desproporcionada en niñas y niños.

Previo a la llegada del coronavirus, 11,4% de la población total de la región vivía en situación de pobreza extrema en 2019, mientras que 13,1% de niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años estaban en esta misma situación. En el año 2021, esta brecha subió de 1,7 a 5,1 puntos porcentuales (CEPAL, 2023). También se profundizaron las brechas de protección social, con retrocesos en la inversión de políticas sociales dirigidas a la infancia, lo que ha aumentado los riesgos de transmisión intergeneracional de la pobreza (CEPAL, 2022). Las cifras de 2023 indican que mientras el 29% de la población de ALC vive en situación de pobreza, este número sube a 42,5% si solo se consideran niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años (CEPAL, 2023).

La región presenta una de las situaciones de migración infantil más complejas, con flujos migratorios cada vez más grandes e interconectados, a los que se suman desplazamientos internos, la violencia y fenómenos relacionados con el clima; 7 de cada 10 niños y niñas en tránsito tienen menos de 11 años (Unicef, 2023). Millones de niños, niñas, adolescentes y familias de ALC se encuentran en tránsito debido a que han tenido que abandonar sus hogares y comunidades obligados por las condiciones que afrontan en sus países de origen. Algunos emprenden el viaje a causa de la pobreza o el colapso de los servicios esenciales; otros, debido a las devastadoras consecuencias de los fenómenos meteorológicos extremos o a la amenaza de la violencia armada. Cualquiera que sea la razón, estos viajes conllevan frecuentemente riesgos para los niños, las niñas, los adolescentes y las familias en movimiento.

Millones de migrantes no pueden acceder a las vías de migración regulares y seguras porque carecen de documentación oficial, no disponen de medios para pagar el alto costo de la migración regular o no tienen un patrocinador en el país de destino. Esto puede convertir sus viajes en una experiencia peligrosa a través de terrenos traicioneros plagados de traficantes y otros delincuentes. Las familias migrantes también pueden ser detenidas en tránsito o al llegar a su destino y corren el peligro de que los devuelvan a sus países de origen o al último país de tránsito.

Las niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes de Venezuela son muy vulnerables. A menudo, enfrentan diferentes formas de violencia, abuso, abandono y explotación, como la violencia de género, la trata y el tráfico de personas, el reclutamiento por parte de grupos armados, la discriminación y la violencia doméstica (R4V, 2022). Los niños, niñas y adolescentes refugiados y migrantes de la región también afrontan considerables obstáculos para acceder a los servicios de salud, educación, protección social y saneamiento esenciales en los países de tránsito y destino. Al mismo tiempo, muchas comunidades de acogida tratan de satisfacer las necesidades de servicios y protección tanto de la población migrante como de la población nacional, un esfuerzo que ejerce una presión adicional sobre los recursos y la cohesión social (Unicef, La infancia en peligro, 2023). Un riesgo al que están expuestos los menores es el trabajo infantil, que priva a niñas, niños y adolescentes de su niñez, su potencial, su dignidad y que afecta a su desarrollo físico y psicológico (OIT, 2018).

5.5. Determinantes habilitantes o propicios: gobernanza

Para el contexto de una buena nutrición, los determinantes habilitantes, propicios o básicos, como son la gobernanza, los recursos (humanos, financieros, ambientales e infraestructura) y las normas que promueven el derecho a una adecuada nutrición son esenciales. La gobernanza incorpora las decisiones políticas y administrativas, implica la creación y ejecución de políticas y programas que afectan a la disponibilidad, el acceso y la calidad de los alimentos y servicios relacionados con la nutrición (Unicef, 2020). Para los responsables de la formulación de políticas, programas e intervenciones que buscan proteger la nutrición y tratar la malnutrición en los menores de cinco años, es un desafío combatir efectivamente los problemas nutricionales, debido a la doble y triple carga de la malnutrición que se inicia desde los primeros años de vida.

5.5.1 Políticas, programas y/o intervenciones para mejorar y proteger la alimentación y nutrición infantil en la región latinoamericana

Se han desarrollado políticas y programas en la región, planes nacionales de salud y de acción apoyados por los Gobiernos y otras instituciones como los organismos de Naciones Unidas (FAO, Unicef, OPS/OMS, PMA, entre otros), las ONG (como Save the Children, World Vision) y Fundaciones (como la Fundación Iberoamericana de Nutrición-FINUT) que apoyan técnica y/o financieramente como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo en los temas de infancia, acceso a los alimentos, nutrición y formación de capacidades. La mayoría de los países basan sus políticas teniendo como meta alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para los temas de alimentación, nutrición y

bienestar de los menores de cinco años, especialmente:

	ODS 1. Fin de la pobreza.
	ODS 2. Hambre cero.
	ODS 3. Salud y bienestar (incluye servicios de salud materna y neonatal, así como programas de nutrición infantil).
	ODS 6. Agua limpia y saneamiento.

Un estudio sobre las políticas de nutrición que resume información sobre 18 países, reveló que la mayoría de estos posee una o más políticas relacionadas con la nutrición acordes con el *Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna* de la OMS sobre las recomendaciones para el lactante y el niño pequeño. Estas políticas son específicas para atender los problemas de retraso del crecimiento, la desnutrición aguda, la insuficiencia ponderal o la deficiencia de micronutrientes. Algunos de estos países carecen de políticas para combatir la obesidad, a pesar de que es una creciente preocupación en la salud pública de la región (Galicia et al., 2016).

En la Figura 15, se presenta un resumen de las principales políticas, programas y/o intervenciones encontradas en la revisión rápida y de la literatura gris que son o han sido implementadas durante el periodo de la búsqueda de referencias. Estas son apoyadas principalmente por los gobiernos y secundariamente por organismos internacionales, las ONG y Fundaciones. Se consideran directas si están dirigidas al menor de cinco años o indirectas si benefician al entorno del menor; hogar o centro de cuidado.

En los países de ALC se ha trabajado mucho en políticas, programas e intervenciones en los temas de alimentación y nutrición, especialmente desde el año 1974 con la aprobación de la *Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición* en la Conferencia Mundial de la Alimentación, donde se enfatizó el derecho inalienable de todos los hombres, mujeres y niños a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales.

Figura 15 Resumen de las principales políticas, programas o intervenciones dirigidas directa o indirectamente a los menores de cinco años en los países ALC



Nota. Elaboración propia.

5.5.2 Políticas, programas e intervenciones directas

Dentro de las políticas, programas e intervenciones dirigidas directamente a los niños menores de cinco años provenientes de la búsqueda se señalan:

- A. La promoción y protección** de la lactancia materna, los bancos de leche humana y la alimentación complementaria adecuada.
- B. La provisión de alimentos** fortificados especialmente diseñados para niños pequeños (energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales).
- C. La provisión de micronutrientes:** polvos o cápsulas con vitaminas y minerales (mixtos o de un solo nutriente).
- D. El cuidado y atención** del menor de cinco años.
- E. La atención médica gratuita** que incluye consultas médicas, vacunaciones y monitoreo del desarrollo infantil.

a. Promoción y protección de la lactancia materna, los bancos de leche humana y alimentación complementaria adecuada

Para la mayoría de los países estudiados existen programas de protección y promoción de la lactancia materna. Los temas que más destacan es el avance en la legislación de las licencias maternas y paternas posparto, la vigencia e implementación del código de comercialización de los sucedáneos de la leche materna, la iniciativa de los hospitales amigos del niño y la niña, los espacios en centros de trabajo o comerciales para brindar la lactancia y el incremento de los bancos de leche humana.

El Programa Bolsa Familia ha sido y continúa siendo objeto de numerosas investigaciones y evaluaciones. Una de ellas fue la realizada en niños de 6 a 24 meses evaluando la asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la práctica de la lactancia materna (Marçal et al., 2021). Como principales resultados, los autores indicaron que un 11,7% de la muestra presentó sobrepeso y la mayor parte había consumido ultraprocesados. Adicionalmente, encontraron una asociación entre un menor consumo de ultraprocesados en la continuación de la lactancia materna hasta el segundo año y en el primer año. Se destaca la importancia de fortalecer las políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y a la alimentación complementaria saludable dirigidas a poblaciones que presentan dificultades de acceso físico y económico a una alimentación sana y adecuada.

Los bancos de leche humana han seguido un camino de expansión. Existen alrededor de 19 países de Latinoamérica que integran el proyecto de bancos de leche humana: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala,



Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Además, esta red opera en Andorra, España, Portugal y varios países de África. Según la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil, institución que lidera el proyecto, señala que existen cerca de 332 Bancos de Leche Humana en funcionamiento en el mundo, con 67% que opera en Brasil, país líder en América Latina. Además, entre 2009 y 2017 asistieron a 21.034.503 de mujeres y de las que se beneficiaron 2.165.546 recién nacidos. Los litros de leche humana recolectada en ese periodo ascendieron a 1.826.205 y las mujeres donantes fueron 2.129.364 (Secretaría General Iberoamericana, 2021).

Un análisis del panorama regional sobre las tendencias y los factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en ALC evidencia que la alimentación complementaria presenta una falta de diversidad en la dieta e introducción de alimentos complementarios desde los seis meses, que debe ser fortalecida (De Groot et al., 2021). Otro

estudio sobre las políticas de nutrición de 18 países en ALC reveló que la mayoría de ellos (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) tiene una o más políticas relacionadas con la nutrición acordes con las recomendaciones de la OMS para el *Plan de Aplicación Integral* sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (Tirado et al., 2016). Algunas de ellas son políticas específicas para atender el retraso del crecimiento, la desnutrición aguda, la insuficiencia ponderal o la deficiencia de micronutrientes. Sin embargo, 7 de los 15 países del estudio carecen de políticas para combatir la obesidad, los cuales son: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana (Tirado et al., 2016).

En la Tabla 7, se presenta el estado de algunas de estas políticas, programas y/o intervenciones relacionadas con la protección y promoción de la lactancia materna.

Tabla 7

Políticas, programas y/o intervenciones que protegen y promueven la lactancia materna en los países de ALC

Protección, promoción de la lactancia materna	
Brasil	Bancos de leche humana (hay 224 en el país, Secretaría General Iberoamericana, 2021).
Colombia, México, Venezuela y otros países	Iniciativa Hospital Amigo de la Niño y de la Madre (IHAN).
Guatemala	Iniciativa de Espacios Amigos de la Lactancia Materna para centros de trabajo o estudio-IEALM (Unicef, 2024). Plan Nacional de Lactancia Materna. Plan Nacional de la Red de Bancos de Leche Humana, (existen 14 bancos de leche, 2024-2030).
Perú	Política Nacional de Lactancia Materna, Comité de Lactancia del Ministerio de Sanidad, Código Internacional de Mercadeo de los sustitutos de la leche materna, Iniciativa de Facilidades en Salud/ IHAN, Legislación de pago por maternidad.

Nota. Elaboración propia.

b. Provisión de alimentos fortificados especialmente diseñados para niños y niñas

En consonancia con la Estrategia de Nutrición 2020-2030 para prevenir todas las formas de malnutrición en lactantes y niños pequeños, incluidos el retraso del crecimiento, la emaciación y las carencias de micronutrientes, algunas políticas directas van dirigidas a la provisión de alimentos especialmente desarrollados fortificados para la población menor de cinco años. En algunos casos, el desarrollo de estos alimentos se realiza en el mismo país con materia prima o ingredientes locales (por ejemplo, la harina de arroz).

Los Suplementos (*SQ-LNS Small Quantity Lipid-based Nutrient Supplements* por sus siglas en inglés) son complementos nutricionales a base de lípidos (grasas) para usar en la dieta de los niños a partir de seis meses y se incorporan en una pequeña cantidad de pasta alimentaria (unos 20 g por sobre) que aportan 24 micronutrientes y macronutrientes. Se consideran un tipo de fortificación casera, muy parecido a los micronutrientes múltiples en polvo, porque pueden mezclarse con alimentos preparados para lactantes y niños pequeños que pueden consumirse directamente del sobre. Los SQ-LNS están diseñados para complementar la dieta de los niños aportando múltiples micronutrientes con una base alimentaria que también aporta energía, proteínas y ácidos grasos esenciales. Además, previenen la desnutrición y mejoran la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Deben utilizarse como parte del conjunto de herramientas para prevenir la desnutrición y las carencias de micronutrientes (Unicef, 2023 ;Keats et. al.,2021; Gust-Duque et al., 2017).

En Haití, se investigó sobre el consumo de estos suplementos nutricionales a base de lípidos en pequeñas cantidades para la prevención de la malnutrición infantil y la promoción de un desarrollo sano (Dewey et al., 2021). De los 14 ensayos que fueron incluidos en el análisis, un estudio fue realizado en Haití y publicado en 2014. Los niños (n=300) comenzaron a tomar el suplemento basado en lípidos con 6-11 meses (duración de 3-6 meses). La evidencia sugiere que existen importantes beneficios de este tipo de suplementación para la supervivencia, el crecimiento, la anemia y el desarrollo infantil. Debe tenerse en cuenta que la suplementación no es una intervención aislada, ya que siempre debe ir acompañada de mensajes que refuercen la alimentación variada con alimentos sanos de los principales grupos de alimentos. No obstante, parece desempeñar un papel fundamental cuando el acceso a alimentos ricos en nutrientes es limitado por numerosas razones. Según los autores, en la actualidad, no se conoce ninguna otra intervención para niños que haya demostrado en una visión tan global, un impacto sobre todos los resultados mencionados anteriormente. Sin embargo, una limitación que los autores indicaron es que Haití fue el único país que representaba ALC.

La emaciación no es un problema de salud pública en la región, salvo en Haití. En este país, también se han utilizado las fórmulas evidenciadas a nivel internacional como los alimentos terapéuticos listos para usar (Ready-to-Use Therapeutic Food- RUFT en inglés), que es una pasta preparada a base de cacahuets (maní), rica en nutrientes (grasa, proteínas, vitaminas y minerales), que contribuye a mejorar la malnutrición

en los niños y es utilizado especialmente en contextos humanitarios. Los RUFT tal vez se puedan recomendar para grupos específicos, pero no a nivel poblacional.

A continuación, en la Tabla 8 se presentan algunos casos de Colombia, Guatemala,

México y Venezuela donde se han utilizado estos productos como SQ-LNS, RUFT y otros productos fortificados especialmente desarrollados para la población de niños pequeños.

Tabla 8

Políticas, programas y/o intervenciones que protegen y promueven la lactancia materna en los países de ALC

Estrategia Nacional para la prevención de deficiencias de micronutrientes. Provisión de alimentos fortificados desarrollados listos para consumir	
Colombia	Un alimento fortificado desarrollado desde hace 46 años en Colombia y distribuido como un complemento nutricional es la Bienestarina. Se distribuye gratuitamente a las poblaciones más vulnerables del país por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se puede consumir desde los seis meses de edad y posee 19 ingredientes esenciales para el desarrollo cognitivo y corporal de los menores (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, 2024). En un estudio piloto se han utilizado los SQ-LNS en la región de Pasto-Nariño, Colombia.
Guatemala	De acuerdo con la Comisión Nacional para la Fortificación, Enriquecimiento y/o Equiparación de Alimentos del Gobierno de Guatemala (CONAFOR), en este país se fortifica el azúcar con vitamina A, y la sal con yodo y con yodo y flúor y las harinas de trigo con hierro ácido fólico y otras vitaminas del complejo B. Aunque la fortificación sea obligatoria es indispensable el monitoreo de su cumplimiento, ya que la importación o contrabando de productos alimenticios puede reducir la cobertura de esta estrategia.
México	Hasta el año 2019, el programa PROSPERA para la inclusión social contribuyó a fortalecer el cumplimiento de los derechos sociales y coadyuvar a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, a través de acciones que amplían el desarrollo de sus capacidades en alimentación, salud, educación y el acceso a otras dimensiones de bienestar. Para la prevención de la desnutrición infantil se entregaban, de manera bimestral, suplementos alimenticios a niñas y niños de 6 a 59 meses de edad: Nutrisano, Bebida Láctea Nutrisano, Vitaniño). Este programa fue cancelado. Actualmente, funciona el programa "Becas para el Bienestar Benito Juárez de Educación Básica", que atiende a otros grupos poblacionales y tiene otros objetivos.
Venezuela	Nutri Chicha, una bebida en polvo para ser reconstituida a base de arroz, leche, vitaminas y minerales, es utilizada como parte de las políticas de atención alimentaria para atender a la comunidad en vulnerabilidad en la población materno-infantil. Se han distribuido RUTF en casos especiales.

Nota. Adaptado de: (Gust Duque et al., 2017; CONAFOR, 2024; Vizuet Vega et al., 2016; Instituto Nacional de Nutrición, 2024).

c. Provisión de suplementos con micronutrientes: polvos o cápsulas con vitaminas y minerales (mixtos o de un solo nutriente)

La administración de suplementos de micronutrientes es una intervención eficaz para prevenir y tratar la carencia y mitigar sus efectos adversos sobre la salud, la nutrición y los resultados del embarazo en poblaciones con carencia de micronutrientes (Fernández-Gaxiola et al., 2024).

Los polvos de micronutrientes múltiples (PMN), son paquetes de dosis única de polvos que contienen hierro, vitamina A, zinc y otras vitaminas y minerales que pueden mezclarse en cualquier alimento semisólido en el hogar o en cualquier otro punto de uso, para aumentar el contenido de vitaminas y minerales esenciales en la dieta de los lactantes y los niños pequeños durante este período (Suchdev et al., 2020). El uso de PMN que contienen al menos hierro, zinc y vitamina A para la fortificación domiciliar de los alimentos, se asoció con una reducción del riesgo de anemia del 18% y de la deficiencia de hierro del 53%, en niños de seis meses a dos años de edad, en comparación con ninguna intervención. La posibilidad de proporcionar PMN es mejor que la administración de ninguna intervención o placebo y puede ser comparable al uso diario de suplementos de hierro. En el año 2014, las intervenciones con polvos de micronutrientes (PMN) se realizaron en 43 países y llegaron a más de 3.000.000 de niños (Suchdev et al., 2020).

Los gobiernos de los países ALC han desarrollado diversas estrategias para solventar estas cuestiones, que, en el caso de la anemia por deficiencia de hierro, resulta un problema de salud pública que afecta significativamente a los países de

ALC. Para abordar esta problemática, diversos programas de prevención y tratamiento han sido implementados en la región, enfocándose principalmente en una de las estrategias de mayor costo efectividad (Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2012; Miranda et al., 2015; Macollunco-Flores et al., 2018; Mujica et al., 2012; Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Minsal, 2013; Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Quito MCDS, 2013; Ministerio de Salud, Lima: MS, 2017), como lo es la suplementación con hierro. La Tabla 9 presenta una visión general de estos programas, destacando algunas de las iniciativas y estrategias adoptadas en distintos países de ALC para combatir la anemia ferropénica. La información incluye una perspectiva integral sobre los esfuerzos realizados en la región para mejorar la salud y el bienestar de los menores de cinco años.

En México, se ha investigado la suplementación con micronutrientes como parte de los programas de protección social. Un estudio al respecto evidencia que una dosis diaria de cualquier suplemento con micronutrientes se asoció con un crecimiento de la talla de 0,8 cm, además de una disminución de la anemia en los menores de 24 meses de edad. Por consiguiente, estos programas podrían incluir la distribución de suplementos alternativos a menor coste por beneficiario sin comprometer el impacto (Neufeld et al., 2019).

En Brasil, una investigación sobre la cobertura y las acciones educativas relacionadas con el programa nacional de suplementación con vitamina A en niños del estado de Alagoas (Lima et al., 2020), encontró que la cobertura del programa fue del 91,9% en niños de 6 a 11,9 meses y del 38,6% en niños de 12 a 59 meses.

Los factores que se asociaron a una mayor cobertura fueron: edad entre 6-11,9 meses, vivir en zonas rurales y vivir en una casa con ≤ 4 habitaciones. Solo el 26,1% de las madres fueron capaces de mencionar alguna fuente alimentaria de vitamina A y solo el 19,2% eran conscientes de las consecuencias de la deficiencia de vitamina para la salud. Por consiguiente,

la cobertura del Programa Nacional de Suplementación con vitamina A está por debajo de la meta establecida por el Ministerio de Salud (excepto para niños <12 meses). Los factores asociados a una mayor cobertura indican una adecuada focalización del programa.

Tabla 9

Programas para la prevención y el tratamiento de las deficiencias de micronutrientes en países de América Latina y el Caribe

Ejemplos de países con estrategias y programas	
Argentina	El Ministerio de Salud ha establecido los Lineamientos de Prevención y Tratamiento de la Anemia en la Población Materno-Infantil, mediante acciones estratégicas a corto plazo (suplementación, ligadura oportuna del cordón umbilical, lactancia materna), mediano plazo (fortificación de alimentos) y largo plazo (educación alimentaria nutricional, desparasitación, saneamiento ambiental, educación comunitaria).
Bolivia	La prevalencia de anemia se mantiene elevada a pesar de la existencia de programas de alimentación como el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, ejecutado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.
Chile	Implementado un Laboratorio de Micronutrientes para obtener leche fortificada con hierro, eficaz para prevenir la ferropenia en lactantes y preescolares.
Colombia	El Ministerio de Salud y la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos, diseñaron el Programa de Prevención y Reducción de Anemia Nutricional en niños de 6 a 23 meses.
Ecuador	Se articularon ministerios como el Ministerio de Agricultura y Ganadería, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda para generar un Programa de Acción y Nutrición, cuyo objetivo es mejorar la situación de salud y nutrición en niños menores de cinco años.
Guatemala	El amaranto añadido a las tortillas mejoró los niveles de hierro. México: polvo de micronutrientes. Se ha probado el puré de hojas de moringa añadido a la comida para bebés para mejorar los niveles de vitamina A.
Perú	El Ministerio de Salud ha establecido un Plan Nacional para la Reducción 2017-2021, cuyo objetivo es llegar al año 2021 con una disminución considerable de la prevalencia de anemia.

Nota. Adaptado de: Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2012; Miranda et al., 2015; Macollunco-Flores et al., 2018; Mujica et al., 2012; Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Minsal, 2013; Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Quito MCDS, 2013; Organismo Internacional de Energía Atómica, 2020; Neufeld et al., 2019; Ministerio de Salud, Lima: MS, 2017).



Sin embargo, los beneficios potenciales de los programas de suplementación solo se materializan cuando llegan a aquellos que tienen el potencial de beneficiarse, es decir, con una ingesta inadecuada de micronutrientes procedentes de fuentes dietéticas y cuando la calidad del diseño y la ejecución de los programas son suficientes para llegar a esa población de forma oportuna, regular y eficaz para permitir y motivar el consumo (Fernández-Gaxiola et al., 2024).

d. Cuidado y atención integral del menor de cinco años

El cuidado integral del niño menor de cinco años es fundamental para garantizar su desarrollo óptimo en ALC. Este enfoque abarca no solo la atención médica, sino también aspectos emocionales, cognitivos y sociales. El control del niño sano, el monitoreo del crecimiento, el acceso a las vacunas de manera oportuna en centros de salud pública, permiten identificar y prevenir a tiempo problemas de desarrollo y nutrición, contribuyendo a la salud, bienestar y reduciendo la mortalidad infantil. El juego forma parte de una de las actividades esenciales en esta etapa, ya que fomenta el aprendizaje y el desarrollo psicomotor.

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, uno de los ejecutores de las políticas de salud, nutrición, cuidado y atención de los menores, enfatiza identificar, reconocer y sistematizar las mejores prácticas del país en atención, cuidado y promoción del desarrollo integral a la primera infancia, que se enmarca en la Línea Estratégica de Movilización Social de Ley 1804 de 2016 de Cero a Siempre que busca transformar imaginarios en los cuales la niñez efectivamente sea lo primero. En este sentido, se ha establecido un convenio con la Corporación Juego y Niñez. Esta entidad sin ánimo de lucro, establecida en el año de 1999, ha desarrollado la metodología “Niños Aprendiendo, Vivenciando, Experimentando y Socializando” para generar conciencia sobre los derechos de los niños en Colombia, haciendo visible el juego como una experiencia creativa, que permite vivir en forma placentera la interpretación y transformación de la realidad para favorecer las habilidades sociales del ser en el marco del desarrollo humano. El juego es una zona de libertad en constante cambio, donde tiene lugar la cultura y se desarrolla la imaginación. Se origina a partir de las relaciones consigo mismo, con los otros, con el entorno, con el espacio, con el tiempo y el uso de los

objetos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2024, Corporación de Juego y Niñez, 2024). Esta prioridad del juego como parte de la política pública, es clave para el óptimo desarrollo integral de los menores de cinco años.

Para el cuidado diario de los niños en la primera infancia en Colombia, se cuenta con unas guarderías con modalidades comunitarias, donde se ofrecen servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con el fin de dar a los padres de familia y cuidadores la confianza y tranquilidad de que sus hijos tendrán oportunidades para un óptimo crecimiento, que de manera integral significa que pueden disfrutar de una alimentación balanceada y proporcional a sus requerimientos nutricionales, así como espacios para desarrollar las actividades propias de la primera infancia como arte, literatura, juego y exploración del medio. Son denominados Centros de Desarrollo Infantil, Hogares Infantiles, Hogares Empresariales, Hogares Múltiples y Jardines Sociales, modalidad de atención intercultural. Por ejemplo, en la modalidad intercultural, se ofrece cuidado a los niños medio tiempo, durante cinco horas diarias y cinco días a la semana, en espacios concertados con las comunidades, donde se garantiza hasta el 70% del requerimiento nutricional diario bajo ración servida (para niñas y niños durante los días que se presta la atención) o paquete. También, se atiende a las mujeres gestantes a través de las estrategias diseñadas para este tipo de usuarias. Las comunidades ubicadas en territorios con varios contextos geográficos que les permite a los niños asistir de manera periódica y concertada, y otros que facilitan una asistencia con menor periodicidad,

por la dificultad de la dispersión geográfica, razón por la cual se requiere que sea el talento humano intercultural el que se desplace a los diferentes territorios para que brinde a las comunidades la atención integral a través de las estrategias de la modalidad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Modalidad Propia e Intercultural para la Atención a la Primera Infancia. 2024).

En México, la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI), desarrolla una política nacional para garantizar a los menores de seis años el ejercicio efectivo de sus derechos a la supervivencia, desarrollo integral y prosperidad, educación, protección, participación y vida libre de violencia, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y géneros, así como a la diversidad inherente a cada persona. Coordina esfuerzos de diversas instituciones para proporcionar atención integral a los niños menores de seis años, incluyendo servicios de salud, nutrición, educación inicial y protección social. La Ruta Integral de Atenciones forma parte de la política, que consta de un paquete de atenciones y servicios universales mínimos y diferenciados para garantizar la integralidad de la política y la articulación de las atenciones dirigidas a la primera infancia, a sus familias, cuidadores principales, agentes educativos y/o personas cuidadoras principales. Este paquete de servicios está definido desde la perspectiva de derechos de la niña y del niño, que incluye la estimulación del crecimiento y desarrollo, el aprendizaje a través del juego, los ambientes saludables, verdes, libres de toxinas y la prevención de accidentes (Gobierno de México, 2020; SIPINNA, 2020).

5.5.3 Políticas, programas e intervenciones indirectas

De manera indirecta, –como parte de los resultados de la búsqueda–, surgieron las políticas, programas o intervenciones que contribuyen a mejorar la inseguridad alimentaria, incluyendo el acceso a los alimentos y logrando mayores recursos en términos de cantidad y cantidad que llegan a los hogares, los cuales mejoran la alimentación de los menores de cinco años. Entre las iniciativas destacan:

- A. Los alimentos fortificados para el hogar**, que proveen vitaminas y minerales esenciales para prevenir deficiencias nutricionales, una problemática de salud pública común en la región.
- B. La biofortificación de alimentos.**
- C. Las transferencias monetarias condicionadas o no dirigidas a las madres**, han demostrado ser efectivas en la mejora de la nutrición infantil y la asistencia a controles de salud y educación.
- D. La provisión de paquetes alimentarios para las familias** asegura el acceso a alimentos básicos y nutritivos, contribuyendo a un entorno alimentario más seguro y saludable.

“Los principales alimentos seleccionados son: aceite, arroz, azúcar, harina de maíz, harina de trigo, leche y sal.”

a. Alimentos de consumo masivo fortificados para el hogar

Una estrategia de elevado costo efectividad utilizada en muchos países de ALC es la fortificación de alimentos de consumo tradicional, que proveen vitaminas y minerales esenciales para prevenir y tratar las deficiencias nutricionales. Es una estrategia que una vez instalada puede ser de bajo costo, que incluye alimentos que pueden ser consumidos por una elevada proporción de la población, como las madres y los niños menores de cinco años. Esta estrategia ha contribuido a solventar los problemas de deficiencias en micronutrientes como medida de salud y nutrición pública global. Los principales alimentos seleccionados son: aceite, arroz, azúcar, harina de maíz, harina de trigo, leche y sal (Tabla 10). El alimento o vehículo seleccionado para ser fortificado depende de la disponibilidad en el país, la preferencia del consumidor, el micronutriente a ser añadido al alimento y la prevalencia de deficiencia como problema de salud pública.



Tabla 10

Disponibilidad de alimentos de consumo masivo fortificados que pueden contribuir a mejorar la nutrición de los menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe

Estrategia Nacional para la prevención de deficiencias de micronutrientes: alimentos fortificados	
Fortificación de alimentos tradicionales de consumo masivo dirigido al menor de 5 años (Intercambio Global de Datos de Fortificación, 2024)	
Aceite	Bolivia (vitamina A).
Arroz	Nicaragua y Panamá (B1 o tiamina, B3 o niacina, Vit B6, B9 o ácido fólico, B12, hierro, zinc), Costa Rica (B1 o tiamina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, B12, vitamina E, selenio, zinc) y Perú (B1 o tiamina, B3 o niacina, B6, B9, B12, vitamina A, vitamina D, hierro y zinc).
Azúcar	Costa Rica (vitamina A), Guatemala (vitamina A).
Cesta de alimentos con hierro y otros micronutrientes	Costa Rica.
Harina de maíz	México (B1 o tiamina, B3 o Niacina, B9 o ácido fólico, hierro y zinc), Guatemala (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, B12, hierro y zinc), Costa Rica (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, hierro- (bisglicinato ferroso), Brasil (B9 o ácido fólico, hierro), Venezuela (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, hierro y vitamina A).
Harina de trigo	México (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, hierro y zinc), Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica (B1, B2, B3, B9 y hierro-fumarato ferroso), Panamá, República Dominicana, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay, Argentina (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, hierro), Cuba (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B6, B9 o ácido fólico, B12, hierro), Venezuela (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, hierro), Guyana y Surinam (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, hierro y calcio), Colombia (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, hierro, calcio), Brasil y Uruguay (B9 o ácido fólico, hierro), Chile (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, B3 o niacina, B9 o ácido fólico, vitamina D, hierro).
Leche fortificada	Brasil. Programa financiado por el gobierno sobre leche fortificada, con 7,5 mg de hierro, 2.000 IU de vitamina A y 400 UI de vitamina D por litro. Proyecto Leche del Estado-Vivaleite destinado a mejorar las condiciones nutricionales de los niños de renta baja (Costa Rica: leche con hierro (bisglicinato ferroso), vitamina A y ácido fólico).
Sal	Brasil (yodato de potasio), Costa Rica (yodo, flúor), México, Nicaragua, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, República Dominicana (yodo, flúor), Brasil, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Chile, Argentina (yodo).

Nota. Adaptado de: (Martorell et al., 2015; Martorell y López de Romaña, 2017; Kurihayashi et al., 2015).

La capacidad de investigación institucional y la defensa de la fortificación son características de los programas que han tenido más éxito en América Latina. Se ha observado que las asociaciones público-privadas (industria, gobierno y la sociedad civil), pueden ser clave para la sostenibilidad (Martorell y López de Romaña, 2017). Para lograr un impacto mayor, los gestores de programas deben utilizar vehículos de fortificación que sean consumidos por personas que sean vulnerables desde el punto de vista nutricional y añadir fortificantes que tengan buena biodisponibilidad a niveles adecuados respecto al contenido en los alimentos para poder reducir las carencias de micronutrientes. Es esencial un seguimiento y un control de calidad adecuados.

b. Biofortificación de alimentos

La biofortificación se ha proyectado como la solución más sostenible a la malnutrición y el hambre oculta. Los alimentos vegetales constituyen una mayor proporción de la dieta en determinadas poblaciones, por lo que su enriquecimiento con vitaminas y/o minerales es importante para combatir la malnutrición y el hambre oculta. Algunos ejemplos de biofortificación son: la batata naranja, el arroz dorado, el maíz amarillo con vitamina A, el arroz, el trigo y las leguminosas (también llamadas judías, caraotas o granos) con zinc y hierro.

La biofortificación agronómica, el fitomejoramiento y los enfoques transgénicos son algunas de las estrategias utilizadas actualmente en los cultivos alimentarios. Los cereales, las legumbres, las semillas oleaginosas, las verduras y las frutas se han biofortificados con algunas de estas tres estrategias.

El enfoque transgénico es sostenible, eficiente y rápido, por lo que puede resultar adecuado para los programas de biofortificación. También se ha introducido la tecnología ómica para mejorar la eficiencia del enfoque transgénico (Ofori et al., 2022).

Existen escasas evidencias sobre intervenciones a nivel mundial con alimentos biofortificados con micronutrientes esenciales que son un problema de salud pública en los menores de cinco años. Un reciente ensayo controlado y aleatorizado, buscó estudiar el efecto de un cereal biofortificado en niños pequeños. En una muestra de 223 niños de 12 a 18 meses se les ofreció el cereal de mijo perlado. A un grupo se le dio el cereal de mijo biofortificado con hierro y zinc que no presentaba anemia grave al inicio del estudio, y a otro grupo se le ofreció mijo perla sin biofortificación por un periodo de nueve meses. Estos autores concluyen que el consumo diario de alimentos complementarios a base de este cereal biofortificado con hierro y zinc no repercutió significativamente en el estado nutricional ni en el crecimiento de los niños que viven en los barrios marginales urbanos de Bombay (India). Sin embargo, la intervención mejoró el nivel de hemoglobina en los niños varones y en quienes presentaban deficiencia o carencia de hierro al inicio del estudio (Mehta et al., 2022).

En este sentido, es necesario continuar investigando la estrategia de biofortificación que puede ser sostenible, desarrollando alimentos con nutrientes esenciales para los menores de cinco años y aumentando la evidencia de elevada calidad científica en ALC.

c. Provisión de paquetes alimentarios

Esta política que de manera indirecta puede contribuir a mejorar el acceso de alimentos a los niños, es la provisión de paquetes alimentarios que aseguran a las familias un mayor acceso a alimentos

básicos y nutritivos, contribuyendo a un entorno alimentario más seguro y saludable (Tabla 11). Los alimentos que integran estos paquetes alimentarios son distribuidos periódicamente una vez al mes, son de consumo tradicional y se destinan al consumo del hogar completo.

Tabla 11

Provisión de alimentos al hogar que indirectamente beneficia al menor de cinco años: ejemplo de países de ALC

Provisión de paquetes alimentarios para el hogar (dirigidas a hogares con menores de cinco años)

Brasil	Bolsa de Alimentación.
Colombia	Bonos Canjeables por Alimentos, Canastas Alimentarias.
México	Programa de Apoyo Alimentario.
Venezuela	Cajas CLAP (Comité Local de Abastecimiento y Producción).

Se articularon ministerios como el Ministerio de Agricultura y Ganadería, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda para generar un Programa de Acción y Nutrición, cuyo objetivo es mejorar la situación de salud y nutrición en niños menores de cinco años.

Nota. Elaboración propia.

d. Transferencias monetarias

Los programas de transferencias monetarias (TM) tienen su origen en los años noventa en Latinoamérica y el Caribe, expandiéndose a casi todos los países de la región e influenciando a muchos programas emergentes de transferencias monetarias por todo el mundo (Veras Soares, 2019). Según la base de datos sobre las TM organizada por la Comisión Económica para ALC para el año 2015, existían 30 programas de TM en operación en 20 países de la región (Cecchini et al., 2017). Estas ayudas constan de un monto

en dinero que se le otorga a un miembro de la familia, generalmente es la mujer y/o madre, el cual beneficia de manera indirecta al menor de cinco años. En estos hogares aumentan los recursos financieros para la adquisición de alimentos y/o servicios esenciales, generalmente está dirigida a las madres y han demostrado ser efectivas en la mejora de la nutrición infantil. Si es condicionada se solicita la asistencia a controles de salud y educación por parte de embarazadas y/o niños pequeños. Las TM no condicionadas no solicitan ninguno o muy pocos requisitos

a los beneficiarios para ser otorgadas y dependen de los recursos disponibles del gobierno. En la Tabla 12 se mencionan algunos casos de países de ALC que tienen o han tenido TM en los últimos 10 años.

El Programa Bolsa Familia (PBF) está basado en transferencias monetarias condicionadas. Algunas de las principales características del programa son el foco en las familias como beneficiarias con ingreso menor a R\$154,00 (28,3 US\$, junio 2024) mensuales por persona, con prioridad en hogares con niños (incluye a los menores de cinco años) y adolescentes, pago directo a través de una tarjeta bancaria y acceso al programa a través de la inscripción (Gazola-

Hellmann, 2015). El costo es de 0,5% del Producto Interno Bruto de Brasil y el PBF contribuye a reducir en más de 50% la mortalidad infantil causada por problemas de desnutrición y diarrea, así como a aumentar la tasa de aprobación en educación media de 75,7% a 79,7% (Gazola-Hellmann, 2015). De la cohorte en Pelotas (Brasil) de nacidos en el 2004 de familias pertenecientes al PBF, se estudió el efecto de las transferencias monetarias condicionadas en la talla para la edad y el peso para la edad en lactantes brasileños a los 24 meses, obteniéndose que se asoció a una menor baja talla para la edad y de peso para la edad en los niños de 24 meses (Labrecque et al., 2018), es decir, que tenían mejor estatura y estado nutricional.

Tabla 12

Programas de apoyo con transferencias monetarias condicionadas en países de ALC que podrían beneficiar indirectamente a los menores de cinco años

Ejemplos de Transferencias Monetarias	
Brasil	Bolsa Familia, inicialmente denominado Bolsa Escolar, proporciona una prestación a las familias vulnerables, siempre que todos los niños en edad escolar alcancen un 90% de escolar. Fue el primer programa de transferencia de efectivo en relación con la con objetivos específicos en el ámbito de la nutrición. Las transferencias directas de ingresos a la familia se han asociado con la reducción de los déficits antropométricos en la infancia. (Oliveira Assis et al., 2015).
Colombia	Proveer estimulación psicosocial y suplementos de micronutrientes a familias socioeconómicamente vulnerables beneficiarias del programa de transferencias condicionadas Familias en Acción.
Varios países	(México, Nicaragua, Colombia, Honduras, Perú) utilizan estrategias que incluyen TM condicionadas o no, combinadas o no con acciones de educación y salud para reducir la carga de morbilidad y las deficiencias nutricionales producidas por la pobreza.

Nota. Adaptado de: (Padilla y Trujillo, 2015; Labrecque et al., 2018; Oliveira Assis et al., 2015. Attanasio et al., 2014).

5.5.4 Estudios de caso de políticas, programas e intervenciones en países seleccionados

Latinoamérica y el Caribe es la región del mundo que más avanza en políticas públicas de alimentación y nutrición para la población general, lo que impacta también en la primera infancia. En las últimas décadas, los países de Latinoamérica y el Caribe han destacado por la innovación en las políticas públicas relacionadas con la promoción de la alimentación saludable a través de tecnologías comunitarias y medidas normativas orientadas a ampliar y calificar la información que se ofrece a los ciudadanos. La tributación de las bebidas azucaradas, el etiquetado nutricional frontal, la restricción de la publicidad infantil, la regulación de los entornos alimentarios como las escuelas, entre otras políticas (COLANSA, 2022), pueden ser eficaces para mejorar los sistemas alimentarios. Por esto, merecen continuar siendo una prioridad y ser evaluadas.

La evidencia científica sobre la situación y evaluación de las políticas y programas de nutrición que ha surgido de esta revisión, muestra que un 70% de las publicaciones de acuerdo al criterio de búsqueda, están representados por Brasil, México, Perú y Guatemala. A continuación, comentaremos algunas políticas, programas e intervenciones de los países.

A. Caso Brasil

Brasil, es el país de América Latina con mayor población y ocupación territorial que alcanza 216.422.446 millones de habitantes y cerca de la mitad del continente. Presenta grandes desafíos en términos de pobreza y desigualdades sociales del mundo, con marcadas disparidades en términos de ingresos, acceso a servicios y oportunidades. La desigualdad se manifiesta tanto entre las diferentes regiones del país, como dentro de las ciudades, donde existen fuertes contrastes entre las zonas ricas, los barrios marginales y las favelas (Banco Mundial Brazil, 2024). La inseguridad alimentaria en Brasil ha sido un problema grave, especialmente en las regiones del noreste y norte del país. Sin embargo, se han dado avances importantes en la lucha contra el hambre. La inseguridad alimentaria severa se redujo del 8,5%, en el trienio 2020-2022, al 6,6%, en el trienio 2021-2023, lo cual corresponde a una reducción de 18,3 millones a 14,3 millones de brasileños en ese grado de inseguridad alimentaria (FAO, FIDA, OPS, PMA y Unicef, 2023). Para combatir la pobreza y la inseguridad alimentaria, Brasil ha implementado varios programas sociales a lo largo de los años. Entre los más destacados se encuentran:

a. Política Nacional de Alimentación y Nutrición.

La política brasileña establece directrices para la promoción de la alimentación y nutrición adecuadas dirigidas a toda la población. Incluye acciones específicas para la vigilancia del estado nutricional, la promoción de prácticas alimentarias saludables y la prevención de la malnutrición en niños menores de cinco años. De esta política se han derivado

programas como el Hambre Cero, Bolsa Familia, estrategias de promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria, suplementación y fortificación de alimentos, entre otras. Aunque han cambiado los gobiernos, la política que protege la alimentación y nutrición de la población menor se ha mantenido. Se comentarán algunas de estas iniciativas.

b. Hambre Cero (Fome Zero).

Ha sido pionero en la implementación del programa Hambre Cero, una estrategia integral brasileña lanzada en 2003 para superar la situación de inseguridad alimentaria y nutricional en la que vivían millones de brasileños, erradicar el hambre y la pobreza extrema en el país. Este programa es una referencia internacional en cuanto a políticas de seguridad alimentaria, desarrollo rural y lucha contra la pobreza. Incluye acciones en políticas públicas, incluyendo el acceso a la alimentación, la educación nutricional, el fortalecimiento de la agricultura familiar, la ampliación del acceso a alimentos nutritivos a través de un sistema de transferencias condicionadas de efectivo para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables, lo que beneficia a la madre y al niño menor de cinco años (Ministério do Desenvolvimento Agrário do Brasil, 2012).

c. Bolsa Familia.

Este programa fue lanzado durante el primer gobierno del presidente Lula da Silva en el año 2003, siendo aclamado internacionalmente. En 2011, el programa fue citado en un informe de las Naciones Unidas (ONU) para el Consejo Económico y Social (ECOSOC), como ejemplo

para la erradicación de la pobreza. En 2013, la iniciativa fue galardonada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (ISSA) con el primer premio Award for Outstanding Achievement in Social Security, en reconocimiento al éxito del programa en el combate contra el hambre y la promoción de los derechos sociales de la población más vulnerable de Brasil (G20 Brasil, 2024). El programa fue suspendido momentáneamente entre 2021 y 2023, siendo reemplazado por Auxílio Brasil (CEPAL, 2024). Bolsa Familia es un programa de transferencia de ingresos con corresponsabilidades en salud y educación. El apoyo financiero se brinda a las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, condicionando la ayuda al cumplimiento de requisitos como la asistencia escolar de los niños y la vacunación, incluyendo el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años (Gazola Hellman, 2015).

Dentro del programa Bolsa Familia, se encuentra el programa Bolsa de Alimentación (Gobierno de Brasil, Programa Bolsa de Alimentación, 2024), que proporciona un beneficio adicional en efectivo a las familias beneficiarias para la compra de alimentos. Está dirigido a familias que cumplen con las condiciones del programa Bolsa Familia, quienes pueden recibir un monto adicional en efectivo junto con su transferencia regular. El monto del beneficio varía según el número de niños y niñas en la familia y su edad. Las familias pueden usar el beneficio para comprar alimentos en comercios afiliados al programa. Adicionalmente, como parte del Programa Bolsa Familia, se recibe la Caja de Alimentación que incluye la entrega de una caja de alimentos con

productos básicos como arroz, frijoles, harina, leche, aceite y enlatados, una vez al mes.

Otros programas y estrategias en Brasil que protegen y mejoran la nutrición del menor de cinco años, son los siguientes:

A. Programa de promoción de la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria Saludable que apoya la alimentación del niño durante los primeros seis meses de vida y su continuación junto con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más. Engloba campañas educativas y el apoyo a las madres a través de la red de salud pública.

B. Programa de Alimentación Complementaria para niños desnutridos en centros de salud y a través de visitas domiciliarias que proporciona alimentos fortificados y suplementos nutricionales a niños menores de cinco años que presentan desnutrición o están en riesgo de desnutrición.

C. Programa Nacional de Suplementación de vitamina A, enfocado en la prevención de la deficiencia de vitamina A, distribuyendo suplementos a los niños menores de cinco años en áreas de alto riesgo.

D. Estrategia de Fortificación de Alimentos, que incluye la adición de micronutrientes esenciales a alimentos de consumo masivo, como harina de trigo y sal para prevenir deficiencias nutricionales en la población general, incluyendo niños menores de cinco años.



E. Red de Atención a la Salud de niños y adolescentes, parte del Sistema Único de Salud, que incluye programas específicos para la atención integral de la salud infantil, enfocándose en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la vigilancia nutricional de los niños menores de cinco años.

F. Estrategia Crianza Feliz, una iniciativa que promueve el desarrollo integral de la primera infancia en situación de vulnerabilidad social, a través de visitas domiciliarias realizadas por educadoras sociales, brindándoles atención, apoyo y acompañamiento a las familias, embarazadas y niños en temas de salud, la alimentación, el desarrollo emocional y la estimulación temprana (Gobierno de Brasil, Programa Crianza Feliz, Programa de Apoyo al Desarrollo Infantil, 2024).

A pesar de la existencia de estos programas, los desafíos siguen siendo enormes, en especial en la cobertura, la estabilidad económica y la continuidad de las políticas públicas.

B. Caso México

Con una población de casi 130 millones, una rica historia cultural y gran diversidad, una geografía favorable y abundantes recursos naturales, México se encuentra entre las 15 economías más grandes del mundo; la segunda de América Latina. La tasa oficial de pobreza disminuyó de 43,9% en el año 2020 al 36,3% en el año 2022, eliminando de la pobreza a 8,8 millones de mexicanos, aunque la pobreza extrema ha disminuido más lentamente (Banco Mundial México, 2024). México posee una población con 27,6% de inseguridad alimentaria moderada o grave, la segunda más baja prevalencia de la región de ALC en el período 2020-2022. s. En el año 2018, 49,6% de los niños mexicanos estaba en situación de pobreza y, de estos, 40,3% se ubicaba en situación de pobreza moderada y 9,3% experimentaba pobreza extrema. Además, 1 de cada 5 niños carecían de los recursos suficientes para acceder a la canasta alimentaria y se manifestó en que 23,9% de ellos presentó carencia por acceso a una alimentación nutritiva y adecuada (CONEVAL, 2021).

Es uno de los países de la región con datos actuales y continuos sobre la situación de salud y nutrición de los mexicanos. Las políticas de prevención y tratamiento basadas en la evidencia generada, han surgido de las encuestas nacionales de salud y nutrición (ENSANUT) y provenientes de estudios de evaluación del impacto de las políticas en los últimos 25 años (Secretaría de Salud, INSP y Centro Nacional de Evaluaciones y Encuestas, 2024). Los hallazgos procedentes de



las encuestas nacionales de México, –ENSANUT desde el año 2006–, han sido la base para la planificación de políticas públicas para hacer frente al sobrepeso y la obesidad. Como resultado, los niños en edad preescolar, han disminuido las prevalencias de sobrepeso y obesidad, aunque aún se encuentran afectados alrededor de 1.000.000 de niños (Shamah-Levy et al., 2019). Las políticas y programas para la atención, cuidado y protección de la madre y el niño han destacado por tener componentes de monitoreo, evaluación y comunicación, este último incluye la difusión de los resultados a través de revistas científicas de alto impacto. Los temas se han enfocado en contribuir a resolver los principales problemas de



salud pública como son la talla baja, el sobrepeso, la obesidad y las deficiencias de micronutrientes. Encontramos los siguientes programas de intervención:

a. Programas de atención integral,

como el Programa Progres-Oportunidades-Prospera, ahora llamado Programa de Becas para el Bienestar Benito Juárez, que buscan mejorar la educación, salud y nutrición de las familias de escasos recursos, especialmente en áreas rurales. Los problemas de salud pública como la anemia han disminuido gracias al acceso a los programas de asistencia alimentaria llamado Prospera, mejores condiciones dietéticas y socioeconómicas de los niños menores de cinco años beneficiarios (Shamah-Levy et al., 2016).

b. Programa Nacional México

Sin Hambre que atiende las prevalencias de talla baja, bajo peso y de sobrepeso u obesidad en los niños (Quezada-Sánchez et al., 2020).

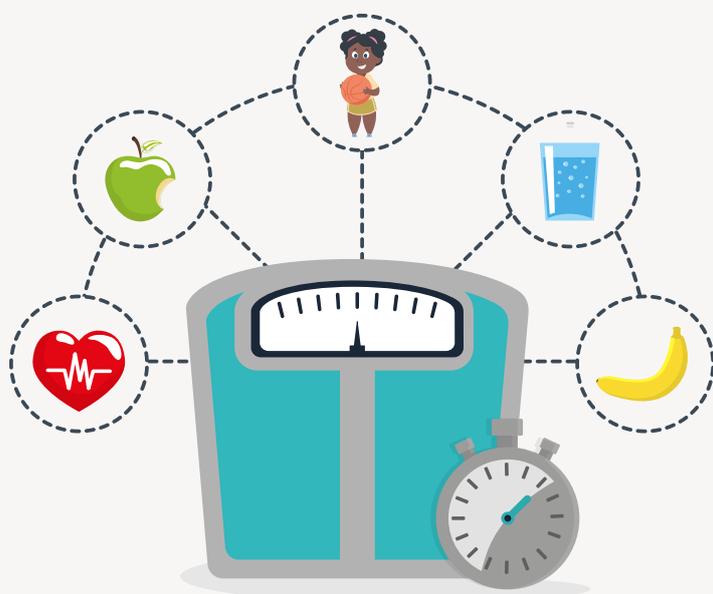
c. La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsiAN)

Se encuentra como parte del programa de transferencias monetarias condicionadas de México, inicialmente denominada Progres, luego Oportunidades, después Prospera, CCT-POP. Fue diseñada para fortalecer el componente de salud y nutrición, atender la transición nutricional y mejorar el estado de salud y nutrición de sus beneficiarios, a través de tres ejes principales nutricional de sus beneficiarios, a través de tres componentes principales como son la adquisición de equipos funcionales a unidades de atención primaria de salud; el suministro gratuito de suplementos de micronutrientes a las mujeres y niños beneficiarios; la aplicación de una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento y un sistema de formación para los proveedores de atención primaria de salud (Theodore et al., 2019). Gracias a los resultados de un estudio formativo sobre la cobertura, la utilización y aceptación del programa, destacan como hallazgos: las ideas erróneas sobre el embarazo y la alimentación infantil, la falta de alineación de las prácticas con las recomendaciones internacionales y la falta de conocimientos sobre nutrición y temas relacionados, entre otros. Conocer estos resultados permiten identificar los comportamientos prioritarios y diseñar mensajes clave para las madres/cuidadores y los proveedores a fin de desarrollar el componente de comunicación para el cambio de comportamiento, en temas de lactancia materna, uso y consumo de suplementos (Theodore et al., 2019).

Debido a que uno de los problemas nutricionales que más prevalece en México es el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, la política pública mexicana propone diez áreas para la acción con enfoque integral dirigida a tres dominios:

1. El ambiente alimentario (mejorar el etiquetado nutricional, la oferta de alimentos y bebidas saludables, entre otras).
2. El sistema alimentario (habilitar políticas y acciones multisectoriales y de suministro de alimentos para garantizar coherencia con la salud).
3. La comunicación para el cambio de comportamiento (informar y concientizar a la población sobre alimentación y nutrición, orientación y consejería, generar destrezas).

Estos niveles de acción permiten implementar intervenciones para prevenir y controlar la obesidad en: el marco legal, el sistema y entorno alimentario y de actividad física, la atención primaria de salud y los cambios de comportamiento a nivel del hogar e individual (Rivera Dommarco et al., 2018).



Para enfrentar el exceso de peso que padece la población infantil, se aplican regulaciones sobre la disponibilidad y venta de alimentos en las escuelas. La leche subsidiada a los hogares de escasos recursos a través del Programa Liconsa logró cambiar a distribuir una leche baja en grasa. Otra medida implementada es la adición de impuestos a los alimentos no saludables. La evidencia indica que los impuestos a bebidas azucaradas son efectivos para disminuir las ventas y sean sustituidas por otras bebidas adquiridas como el agua y la leche. De acuerdo a un estudio, es mayor el impacto si el impuesto es de, por lo menos, 20% del valor de los productos (Wright et al., 2017).

Dentro de los principales retos de la política de desarrollo social en México para el periodo 2018 a 2024, destacan la necesidad de continuar trabajando la elevada prevalencia de pobreza, las brechas en las desigualdades, mejorar los instrumentos de seguimiento, la descentralización y la articulación de las instancias y mecanismos que participan en la planeación, administración y ejercicio del gasto, basada en el enfoque de derechos. Los niños y niñas, al igual que las mujeres, son parte de los grupos considerados como prioritarios por la alta discriminación que viven en el país (CONEVAL, 2021), más aun los que pertenecen a comunidades rurales, en comunidades muy pobres como Chiapas, que necesitan ser priorizados (Perdomo et al., 2019). Recientemente, se han iniciado capacitaciones con la estrategia de protección y cuidado de los primeros mil días de vida.

C. Caso Perú

Perú es un país de renta media con grandes disparidades sociales y regionales. En los últimos años, se han intensificado los programas multisectoriales sostenidos de lucha contra la pobreza en los que participan los gobiernos, los partidos políticos y la sociedad civil. Han incluido objetivos concretos de salud y nutrición y el gasto ha aumentado considerablemente. Logró reducir la pobreza significativamente en dos décadas gracias al crecimiento económico, pero la pandemia de COVID-19 revirtió parte de este progreso, haciendo que cerca de dos millones de personas cayeran en la pobreza. Actualmente, hay más pobreza y vulnerabilidad que antes de la crisis, especialmente en áreas urbanas. Entre 2004 y 2019, la pobreza se redujo del 59% al 20%, pero aumentó al 26% en 2021, debido a la pandemia. Cuatro de cada diez peruanos siguen en riesgo de caer en pobreza y el 70% de los pobres viven en zonas urbanas, aunque la pobreza rural sigue siendo más grave. En el año 2020, en el pico de la pandemia, el 58% de los peruanos reportó haber sufrido al menos un tipo de inseguridad alimentaria y, para diciembre de 2021, los hogares sin suficientes alimentos estaban por encima de nueve puntos porcentuales en relación con el año anterior a la pandemia. (Banco Mundial, Resurgir Fortalecidos: Evaluación de pobreza y equidad en el Perú, 2023).

Perú ha mostrado avances en los temas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Han aumentado las coberturas de las intervenciones sanitarias y disminuido la mortalidad en los menores de cinco años (↓58%), la mortalidad neonatal (↓51%) y la prevalencia del retraso del crecimiento disminuyó a un 17,5%. Las intervenciones

sanitarias esenciales aumentaron del 75,1% al 82,6%, con incrementos más rápidos entre las personas con menos recursos económicos, en las zonas rurales y en la región andina (Huicho et al., 2016). Se distinguen los siguientes programas sociales de complementación alimentaria:

a. Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (denominado JUNTOS),

a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que promueve el acceso a la salud preventiva materno-infantil y a los servicios de escolaridad sin deserción de mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes en los hogares más pobres (Gobierno de Perú, 2024). Este programa de transferencias monetarias condicionadas, ha mostrado una disminución de la malnutrición aguda en niños, pero con un aumento de la prevalencia de anemia en niños (Pérez-Lu et al., 2017). Existen intervenciones para prevenir y tratar la anemia infantil, con una duración de 12 meses dirigidas a niños entre 6 meses y 4 años que pueden mejorar este problema de salud pública. Así lo demuestran los resultados de 256 menores (63%) que completaron un programa preventivo y de tratamiento, el cual encontró un 34% de anemia al inicio, el cual se redujo al 13% (Whitney et al., 2021).

b. Otros programas sociales en el Perú,

Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (Diez-Canseco y Saavedra-García, 2017).

Una evaluación para abordar la malnutrición en niños preescolares, comparó las políticas actuales de 47 indicadores sobre las buenas prácticas de la OMS en cinco áreas de nutrición y

del entorno político propicio, identificando barreras para la aplicación de las políticas gubernamentales. Dentro de los obstáculos encontrados destacan: la falta de regulaciones, un seguimiento inadecuado, las influencias comerciales, insuficientes recursos, cambios de las prioridades debido al surgimiento de la COVID-19 e inestabilidad política. Se priorizaron 12 indicadores de acción en nutrición y 8 en apoyo a la infraestructura. Los expertos señalan la necesidad de mejorar la aplicación de todas las acciones y el fortalecimiento del entorno político (Huayta et al., 2024).

Perú ha mejorado en muchos indicadores de salud y nutrición, sin embargo, aún necesita avanzar en los temas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Cinco acciones centradas en la lactancia materna (incluyendo los permisos de maternidad pagados); la nutrición materna (consumo de suplementos de hierro/ácido fólico, asesoramiento nutricional, retraso del pinzamiento del cordón umbilical); la alimentación complementaria (asesoramiento y consumo de suplementos de hierro); acciones relacionadas a la comercialización de alimentos (limitación de la promoción de alimentos poco saludables en entornos infantiles) y la nutrición preescolar (políticas/normas de nutrición coherentes), son algunas de las acciones priorizadas. (Huayta et al., 2024). Los retos pendientes incluyen seguir trabajando en las desigualdades, en la distribución de la riqueza, la pobreza y el acceso a los servicios básicos, especialmente en las zonas rurales (Huicho et al., 2016), además de priorizar la atención de la salud nutricional de los más pequeños.

B. Caso Guatemala

Guatemala es la mayor economía de América Central en términos de población y de actividad económica para el año 2022. El país ha experimentado un crecimiento estable de 3,5% durante 2010-2019, respaldado por una economía abierta que tuvo una de las menores contracciones económicas de la región de ALC durante la pandemia de la COVID-19. A pesar de los progresos, el país centroamericano tiene una de las tasas de pobreza y desigualdad más altas de ALC, que afectan principalmente a la población rural e indígena. En el año 2023, el 55,1% de la población vivía en pobreza y la economía informal representó el 49% del PIB (Banco Mundial Guatemala, 2024).

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue creada desde el año 2006, pero se actualizó para el período 2022-2037. Dentro de los principios rectores, ejes temáticos y lineamientos para orientar las actividades de Seguridad Alimentaria y Nutricional del país. Entre sus principales actualizaciones está el replanteamiento de la población objetivo, la redefinición de objetivos, el enfoque hacia la malnutrición, no solo la desnutrición, con un énfasis hacia los sistemas alimentarios y de manera transversal el cambio climático (Gobierno de la República de Guatemala, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, 2024). Uno de los enfoques de esta política se centra en mejorar la salud y nutrición de los menores de cinco años a través de:

a. Programa Ventana de los 1000 días.

También integra la Política Pública de Desarrollo Integral de la Primera Infancia y la iniciativa La Gran Cruzada

por la Nutrición (2020-2024), dirigida a reducir la desnutrición crónica, anemia, y mejorar la seguridad alimentaria en poblaciones vulnerables, como niños, mujeres en edad fértil, y comunidades rurales e indígenas. Este enfoque incluye un paquete integrado de intervenciones que abarca nutrición, salud, agua y saneamiento, educación y desarrollo infantil. Las intervenciones prioritarias a nivel individual incluyen: suplementación nutricional, control prenatal, atención calificada del parto y promoción de la lactancia materna.

b. FA-MCHN, PROCOMIDA

Sobre el crecimiento lineal (retraso del crecimiento) y diferencia de longitud para la edad entre niños de 1 a 24 meses (Olney et al., 2018). El programa PROCOMIDA fue implantado en Guatemala por Mercy Corps y estuvo a disposición de los beneficiarios durante los primeros mil días. Como principales resultados, redujo significativamente el retraso del crecimiento a la edad de un mes en los grupos que recibían las raciones familiares (completa + mezcla de maíz y soja, o raciones reducidas + mezcla de maíz y soja, y raciones completas + micronutrientes en polvo, en comparación con el control). El impacto del retraso del crecimiento aumentó a la edad de 24 meses en los tamaños de ración familiar (completa + mezcla de maíz y soja y ración familiar reducida + micronutrientes en polvo), en relación con el control. En el caso de la mezcla de maíz y soja, los tamaños de ración familiar completa en comparación con los tamaños de ración familiar reducida o ninguna redujeron significativamente el retraso del crecimiento. La mezcla de maíz y soja redujo el retraso del crecimiento significativamente más que el suplemento

nutricional a base de lípidos a la edad de 24 meses (Olney et al., 2018).

El país ha sido estudiado frecuentemente como caso en sus políticas nacionales de nutrición y la gran cruzada por la nutrición (Tschida et al., 2021). La ampliación de la cobertura de las intervenciones nutricionales de alimentación complementaria, el saneamiento y la lactancia materna, son las intervenciones de mayor impacto basadas en la evidencia, sin embargo, solo contribuyen a una leve mejora en el retraso del crecimiento de los niños en Guatemala (0,4%), por lo que es muy poco probable que se cumpla el objetivo nacional para el 2024 o con los ODS para el 2030. Por ello, se debe:

1. Aumentar las estrategias para tratar los determinantes sociales del retraso del crecimiento en lugar de un enfoque centrado en intervenciones específicas de nutrición.
2. Fortalecer las políticas nutricionales y sociales multisectoriales para tratar los determinantes estructurales del retraso del crecimiento.

En el Anexo 1, se muestran algunos ejemplos de países de ALC, con otras políticas y/o programas para mejorar, promover y/o proteger directamente la alimentación y nutrición del menor de cinco años. En el Anexo 2, se presenta un listado de los organismos gubernamentales en algunos de los países ALC relacionados con la protección y el cuidado de los menores de cinco años. Generalmente, el cuidado integral y atención de salud se encuentran a cargo de los ministerios de salud y/o organismos de bienestar y desarrollo social.

5.5.5 Políticas, regulaciones e iniciativas para promover entornos saludables

Las políticas, regulaciones e intervenciones, aparte de ser enfocadas en el nivel individual, deben considerar el entorno al que están expuestos los niños menores de cinco años es clave para prevenir la malnutrición y favorecer su crecimiento y desarrollo. Por ello, en esta etapa crítica del desarrollo infantil, muchos países no solo abarcan los programas de alimentación en la primera infancia, fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales, campañas de educación nutricional ya comentados anteriormente; sino otras políticas, regulaciones e intervenciones para la regulación de la comercialización y marketing de los productos no saludables dirigidos a esta población vulnerable. La meta es garantizar una dieta equilibrada y un acceso adecuado a los alimentos nutritivos, especialmente dirigidas a prevenir los excesos nutricionales y la ganancia de peso desde temprana edad.

Las regulaciones buscan facilitar la producción, promoción, adquisición y consumo de alimentos frescos y preparaciones culinarias saludables y dificultar la promoción de alimentos y bebidas ultraprocesados. El principal objetivo es garantizar el derecho de las personas a una alimentación saludable a través de una información clara y adecuada. Se trata de un gran reto para la región, que cada día ve en aumento las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (COLANSA, 2021).

Se comentarán cuatro casos sobre iniciativas que se han convertido en políticas, regulaciones y/o estándares que los países de ALC y en otros países, que se han utilizado para guiar las buenas prácticas de alimentación desde el inicio

de la vida, es decir, las que benefician a los menores de cinco años. Estas son: la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (IHAN), el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y el impuesto a las bebidas azucaradas. Existen muchas otras políticas, regulaciones e iniciativas, pero en este documento comentaremos únicamente estas.

a. Iniciativa Hospitales Amigos del Niño

La Iniciativa Hospitales amigos del niño (IHAN), –en algunos países denominados “Hospitales Amigos del Niño y la Madre”–, fue lanzada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Se creó con el objetivo de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad. La lactancia materna está asociada a beneficios a corto y largo plazo para la salud tanto de la madre como del niño. Para la madre, la lactancia ayuda a prevenir el cáncer de mama y ovarios, así como algunas enfermedades cardiovasculares. Para el niño, la lactancia contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad, en particular durante el período neonatal, y aumenta su cociente de inteligencia. Ha quedado evidenciado que la IHAN incrementa las tasas de lactancia materna exclusiva, reduce la incidencia de enfermedades del aparato digestivo y de eccema atópico durante el primer año de vida y mejora el cociente de inteligencia y el desempeño académico de los niños (OPS, 2016).

Una evaluación del estado de la IHAN, en los Estados Miembros de la OPS en ALC, donde participaron 25 de 33 países miembros y un territorio, representando el 88% de la población total de la región,

participaron en el estudio (OPS, 2016). Dentro de los principales resultados, destaca que el número de maternidades que han sido certificadas como amigas del niño desde el comienzo de la iniciativa en 1991, se ubicó entre ningún Hospital Amigo del Niño en Antigua y Barbuda, Granada, Puerto Rico.

y St. Kitts y 320 en Brasil. En términos generales, el 8% de las maternidades de los 26 países y el territorio entrevistados ha recibido la certificación amigo del niño desde el año 1991. Los retos más comunes señalados para la implementación de la IHAN en estos países fueron:

A. La resistencia al cambio y una falta de identificación con la iniciativa por parte del personal médico y las instancias normativas.

B. Los problemas de recursos humanos relacionados con una dotación inadecuada de personal, una rotación constante del personal y falta de tiempo y financiamiento para la capacitación.

C. La presión a favor del uso de sucedáneos y violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

D. Los problemas relacionados con la ejecución, como la falta de recursos financieros para apoyar la iniciativa, dificultades para cumplir algunos de los “Diez Pasos” de la IHAN (en especial el inicio temprano de la lactancia, el alojamiento conjunto de las madres y los niños y el establecimiento de grupos de apoyo comunitarios).

E. Los retos relacionados con las personas que viven con VIH.

F. Los desafíos relacionados con el proceso de recertificación (ya sea por la ausencia de dicho proceso, o por dificultades para llevar a cabo las recertificaciones de forma sistemática).

Para aprovechar el potencial de la IHAN para mejorar los resultados en materia de salud de la madre y el niño, los países necesitan asumir un compromiso político y financiero sostenido con la iniciativa a múltiples niveles y deben estar dispuestos a proporcionar los recursos humanos y los fondos requeridos (OPS, 2016).

La Tabla 13 muestra los países participantes en el estudio sobre los Hospitales Amigo del Niño en países de ALC. En ella, al lado del nombre del país, entre paréntesis, se presenta el número de Hospitales Amigos del Niño que al menos alguna vez se han certificado con la IHAN. Recientemente, en el año 2023, Antigua y Saint Kitts y Nevis certificaron su primer Hospital con la IHAN (Ministry of Health, 2023; PAHO, 2023).

Tabla 13

Países participantes en el estudio sobre los Hospitales Amigo del Niño (IHAN) en países de ALC

Caribe	América del Sur	México, Centroamérica y Panamá
Antigua y Barbuda (1 ¹)	Argentina (65)	Costa Rica (10)
Barbados (1)	Bolivia (14)	El Salvador (25)
Dominica y San Vicente (1)	Brasil (320)	Guatemala (9)
República Dominicana (1 ²)	Chile (23)	México (38)
Granada (12)	Ecuador (141)	Nicaragua (19)
Haití (8)	Guyana (3)	
Jamaica (10)	Paraguay (18)	
Puerto Rico (0)	Perú (8)	
Saint Kitts y Nevis (1 ³)	Uruguay (54)	
San Vicente y las Granadinas (1)	Venezuela (19)	
Trinidad y Tobago (1)		

1 Ministry of Health, Wealth and the Environment. <https://health.gov.gd/elementor-18071/> Acceso 10 septiembre 2024.

2 Now Grenada. General Hospital PAHO-certified as baby friendly. <https://nowgrenada.com/2019/09/general-hospital-paho-certified-as-baby-friendly/> Acceso 10 septiembre 2024.

3 PAHO. Joseph Nathaniel France General hospital St. Kitts and Nevis is certified as Baby-Friendly. <https://www.paho.org/en/news/24-3-2023-joseph-nathaniel-france-general-hospital-st-kitts-and-nevis-certified-baby-friendly>. Acceso 10 septiembre 2024.

b. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (en adelante el Código) fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud (cuerpo político de la Organización Mundial de la Salud) en 1981, es decir cuenta con 43 años, con el objetivo de proteger a todas las madres y a sus bebés de las prácticas inapropiadas de la comercialización de las fórmulas comerciales infantiles, prohibiendo la promoción de las mismas, así como de los biberones y tetinas. Busca además asegurar que las madres reciban información adecuada por parte del personal de salud (IHAN, Unicef, 1981).

Aunque la iniciativa se ha expandido en el mundo, incluyendo a países de ALC, empezó con un auge que ha ido descendiendo. Un reciente reporte sobre

la *Comercialización de sucedáneos de la leche materna: aplicación nacional del código internacional*, informe de situación 2022 (WHO, Unicef, IBFAN, 2022), evidencia que la mayoría de los países de ALC han creado leyes que prohíben al menos algunas formas de promoción de los sucedáneos de la leche materna, sin embargo, aún hay ausencias en las legislaciones de los países. Las disposiciones para prevenir los conflictos de intereses e incluso formas obvias de promoción, anuncios públicos, no están adecuadamente cubiertas.

De manera más detallada, este reporte analiza la situación jurídica del Código promulgado en la región, en un total de 35 países, que incluyó además a los países de ALC a México, Estados Unidos y Canadá. A continuación, se comenta el estado de cada país:

Brasil y Panamá son los países que han adoptado 75% y más de la legislación. Disponen de medidas que cubran claramente toda la gama de sucedáneos de la leche materna, que incluye los productos lácteos destinados a un uso de al menos 36 meses.

Bolivia y Brasil prohíben la distribución de material informativo o educativo de fabricantes o distribuidores.

Brasil y México, tienen legislación que cubre toda la gama de sucedáneos de la leche materna.

Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela, tienen legislaciones que prohíben la publicidad de los sucedáneos de la leche materna.

Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, El Salvador, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela, prohíben el uso de dispositivos promocionales en puntos de venta.

Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela, prohíben el uso de centros sanitarios para la promoción.

Panamá y Venezuela prohíben los regalos o incentivos al personal sanitario o a los sistemas de salud.

Argentina, Brasil, México, Perú y Venezuela, prohíben la inclusión de alegaciones nutricionales y de salud en el etiquetado de los productos.

Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Panamá y Venezuela, prohíben la distribución de suministros gratuitos o de bajo coste en el sistema sanitario.

Panamá posee restricciones legales sobre el patrocinio industrial de reuniones de profesionales sanitarios o grupos científicos.

Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela, prohíben las imágenes idealizadoras en las etiquetas.

Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Uruguay, especifican claramente quién es el responsable gubernamental de supervisar el cumplimiento de la legislación.

Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Perú, Trinidad y Tobago y Venezuela, tienen definidas sanciones por infracciones al Código.

Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Canadá, Cuba, Dominica, Grenada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas, Suriname y Estados Unidos de América, no poseen legislación del Código.

Algunas de las necesidades en la región para optimizar la aplicación del Código que surgieron del reporte (WHO, Unicef, IBFAN, 2022) mencionados en la Tabla 14, podrían acelerar la protección de la lactancia materna y la salud de madres y bebés.

Tabla 14
Necesidades en la región para optimizar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

Voluntad política de alto nivel.
Restricciones a los grupos de presión de la industria.
Medidas de rendición de cuentas.
Mecanismos de control y aplicación.
Educación sobre el Código.
Inversión en recursos humanos y financieros.

Nota. WHO (2022). Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code | Status report 2022. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048799>. Acceso 10 septiembre de 2024.

El alcance del monitoreo de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna es variado en la región. Por ejemplo, en Uruguay, el monitoreo de 2019 verificó una baja prevalencia de promociones de preparados para lactantes en puntos de venta, pero se observaron actividades de promoción de otros productos alimenticios incluidos en el alcance del Código. También se constató la necesidad de aumentar los controles sobre la venta de sucedáneos en sitios online, particularmente de aquellas ventas que no corresponden a farmacias y que

venden productos usados o importados directamente desde el exterior. La mayor prevalencia de violaciones a las disposiciones del Código se observó en las etiquetas de los productos incluidos en el alcance del Código (PAHO, 2019).

Mientras, en Colombia, el monitoreo de 2021 verificó violaciones en las estrategias de promoción en puntos de venta como descuentos a consumidores, exhibidor especial tanto físico como virtual, impulsador de producto en punto de venta, regalos con la venta y ventas especiales (Asociación Colombiana de Educación al Consumidor & International Baby Food Action Network, 2021). En Chile, el monitoreo de 2017 mostró que las farmacias en cadena son las que más transgreden el Código mediante las rebajas de productos y su posición destacada dentro del local, la publicidad dentro de almacenes minoristas es poco frecuente, pero muy frecuente en internet (PAHO, 2017).



c. Licencias de maternidad y paternidad

La iniciativa de modificar la legislación laboral para incrementar la licencia de maternidad a 24 semanas, incluir a las mujeres del sector formal e informal, y ampliar la licencia de paternidad para impulsar la igualdad de género (IPC-IG & Unicef, 2020), ha resultado cada vez más importante dada la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, que dificulta que las mujeres dejen de trabajar durante un período remunerado para dedicarse al cuidado de sus hijos, y puede conducir a cambios en los patrones de alimentación y cuidado infantil (Théodore et al., 2019).

Se estima que las tasas de empleo informal en ALC son más altas entre las mujeres (54,3%) que entre los hombres (52,3%), ambas en 2016. Aunque, dado que hay más hombres en el mercado de trabajo, ellos tienen mayor representación en el empleo informal. La ampliación de la seguridad social a los trabajadores

especialmente vulnerables, –como los que trabajan en el servicio doméstico–, es fundamental para mejorar la cobertura de protección de la maternidad. Como sector con mayor presencia femenina (el 93% de los trabajadores son mujeres), el trabajo doméstico también es en gran medida informal (la tasa de informalidad en América Latina para ese grupo se estimaba en 77,5% en 2013). Sin embargo, los países de la región han implementado una serie de estrategias de formalización para mejorar esta situación. Para el año 2016, 18 países habían establecido la afiliación obligatoria a la seguridad social de los trabajadores domésticos. Los trabajadores rurales son otro grupo que presenta importantes deficiencias en la cobertura de la seguridad social. Algunos países, como Ecuador, Brasil y Costa Rica han buscado implementar sistemas especiales para los trabajadores agrícolas (Unicef, 2020).

d. Impuesto a las bebidas azucaradas

Uno de los principales problemas en los menores de cinco años, es la barrera de alcanzar los seis meses de lactancia materna exclusiva y el inicio de una alimentación complementaria antes de lo recomendado. En este sentido, la introducción de bebidas con azúcar en los niños ha sido reportada como un problema, según un estudio realizado en 805 niños, entre 1 y 3 años de 10 países de LAC: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. La edad media de introducción de las bebidas azucaradas fue de 9,6 meses, práctica que se llevó a cabo hasta un máximo de 12 meses en todos los países. Los niños con una duración más corta de la lactancia materna total, empezaron a consumir bebidas azucaradas casi dos meses antes y a





consumir alimentos azucarados con más de dos meses antes que los niños que tenían una mayor duración de la lactancia materna (Feldens et al., 2023; Ledesma et al., 2016).

En vista del aumento del consumo de azúcar, varios países han adoptado estrategias regulatorias para reducir la accesibilidad, la disponibilidad y el atractivo de las bebidas azucaradas y los alimentos no saludables o ultraprocesados (Bergallo et al., 2018). Como consecuencia de estas inadecuadas prácticas de alimentación que favorecen el desarrollo de la ganancia de peso y la obesidad desde tempranas edades, se han creado numerosas intervenciones y desde los últimos diez años se producen regulaciones sobre las bebidas azucaradas. En varios países de ALC, se han adoptado los impuestos como parte de estrategias más amplias para mejorar la salud pública. El reporte sobre alimentos y bebidas ultraprocesadas en ocho países de ALC, señala que las ventas de estos productos crecieron en todos los países asociándose con el aumento de peso y la obesidad; las ventas per cápita de los alimentos y bebidas envasadas se mantuvieron esencialmente sin cambios, con un ligero aumento de 0,3%, mientras

que las ventas de alimentos y bebidas ultraprocesadas crecieron en 8,3% (OPS, 2019). De acuerdo con este reporte, las bebidas ultraprocesadas representan un tercio de la energía total de todos los productos ultraprocesados y los azúcares libres representaron el 43% de la energía total, resultante de las ventas de productos ultraprocesados. Los 89 productos ultraprocesados, incluidos en el análisis, excedieron los niveles recomendados de azúcares libres, grasa total, grasas saturadas o sodio, y dos tercios de esos productos superaron el nivel recomendado de dos o tres de estos nutrientes críticos. La mayoría de las ventas de productos ultraprocesados correspondió a las bebidas gaseosas (22%), las galletas o los bizcochos (18%), así como a los jugos y a las bebidas azucaradas, y los dulces y los panes industriales considerados conjuntamente (22%).

En la Tabla 15, se presentan algunas de las principales regulaciones y estándares implementados en ALC para mejorar los entornos alimentarios. Dentro de las medidas regulatorias impositivas destacan las dirigidas a las bebidas gaseosas, también conocidas como

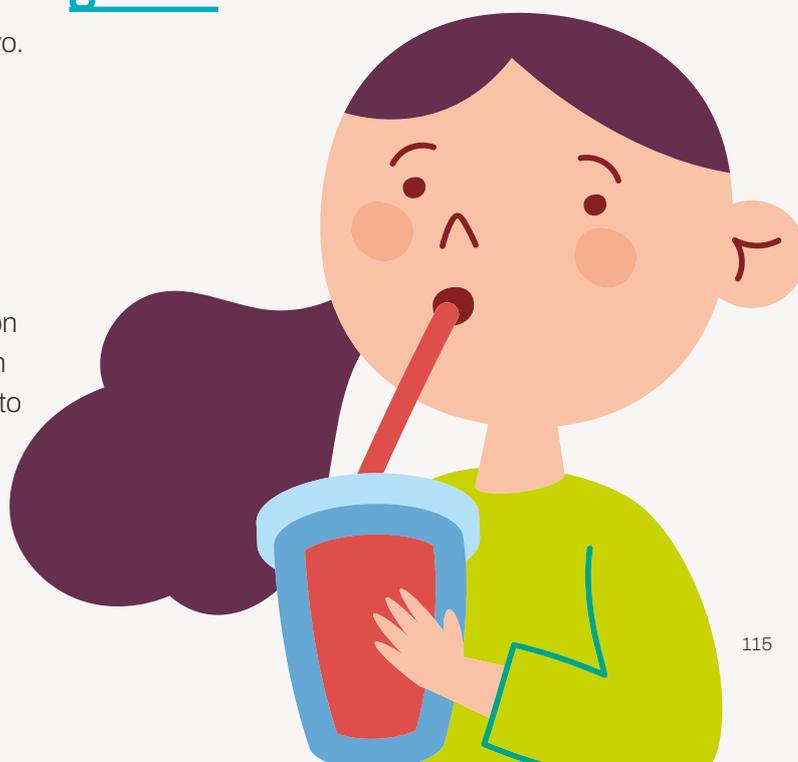
“impuestos al azúcar” o “impuestos a las bebidas azucaradas”, son políticas fiscales implementadas por varios países para reducir el consumo de productos con alto contenido de azúcar, como las gaseosas. Estas medidas buscan combatir problemas de salud pública, como la obesidad, la diabetes y otras enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de azúcares. El objetivo principal de estos impuestos es desincentivar el consumo de bebidas no saludables al aumentar su precio. A su vez, los gobiernos pueden utilizar los ingresos generados por estos impuestos para financiar programas de salud pública, campañas educativas sobre nutrición o mejorar los sistemas de atención médica.

En México, por ejemplo, la alta disponibilidad y acceso a bebidas azucaradas contrasta con la dificultad para conseguir agua potable de forma gratuita. En muchos espacios de recreo, cultura y deporte, el agua embotellada suele ser más costosa que las bebidas azucaradas, incluso después del impuesto de 10% añadido a partir del 2014 a las bebidas azucaradas. Los estudios con financiamiento de la industria sugieren que el impuesto no ha sido efectivo, alegando que su efecto sobre calorías, compras y consumo fue muy pequeño y no significativo. Por otra parte, los estudios que no tienen patrocinio de la industria, muestran una reducción del 7% al 12% en el consumo de bebidas azucaradas después del primer año de implementación del impuesto, y de 7,3% a 8,7% en el segundo año. Estas reducciones fueron mayores en hogares con nivel socioeconómico bajo una disminución del consumo de estas bebidas y un aumento en la demanda de agua embotellada, mostrando el impacto positivo de estas regulaciones (Rivera Dommarco et al., 2018).

En Perú, se encontró una asociación positiva entre el consumo de snacks y bebidas azucaradas y el riesgo de sobrepeso en niños (n=1813) a lo largo de cuatro años de estudio. La prevalencia inicial (basal) de sobrepeso en los menores fue del 22% y durante el periodo de estudio, se logró seguir a 1414 niños. En ellos se encontró que quienes consumían bebidas azucaradas y aperitivos a diario tuvieron un aumento de peso cercano a los 2 kilos, en comparación con los que nunca consumieron estos productos. El riesgo de presentar sobrepeso se duplica con el consumo de estos alimentos no saludables (Alviso-Orellana, 2018).



“En México, la alta disponibilidad y acceso a bebidas azucaradas contrasta con la dificultad para conseguir agua potable gratis.”



“La política de subsidios a los alimentos saludables posee estudios que mostraron sistemáticamente un aumento significativo de la compra de frutas y verduras subvencionadas.”

Sobre el efecto de estas políticas de impuesto a los alimentos no saludables y/o bebidas azucaradas, son muy pocos los países de la región que han reportado resultados. Los metaanálisis que incluyen otras regiones del mundo, sobre si las bebidas carbonatadas disminuyen significativamente las compras de bebidas con impuesto, indica que un aumento del precio del 10% inducido por el impuesto reduciría las compras de barras de acero inoxidable en un 16% aproximadamente. Esta evidencia es catalogada como moderada. Más aún, el efecto de los impuestos en la compra de alimentos

con grasas saturadas es muy escaso. Contrariamente, la política de subsidios a los alimentos saludables posee estudios que mostraron sistemáticamente un aumento significativo de la compra de frutas y verduras subvencionadas, los cuales aún necesitan una evidencia de mayor rigor (WHO, 2024).

Este tipo de políticas también suelen complementarse con otras intervenciones como la regulación del etiquetado de productos, prohibiciones de publicidad dirigida a niños y promoción de alternativas más saludables, con el fin de generar un entorno alimentario más saludable.

En el Anexo 3 se muestra un resumen de algunas medidas del plan de acción para la prevención de la obesidad en niños y niñas en ALC.



Tabla 15

Impuesto a las bebidas azucaradas y/o alimentos ultraprocesados en países de América Latina y el Caribe

Ejemplos de países de ALC con legislación de impuestos para bebidas azucaradas y/o alimentos ultraprocesados	
BARBADOS	Impuesto especial del 10% a las bebidas azucaradas, incluyendo gaseosas, bebidas a base de jugos y bebidas deportivas; se exceptúan los jugos 100%, agua de coco y leches naturales. Implementado en agosto de 2015.
BERMUDAS	Impuesto ad valorem del 50% al azúcar, bebidas azucaradas, dulces y solubles. Exime gaseosas dietéticas, jugos 100% naturales y té helados dietéticos. Implementado en octubre de 2018.
CHILE	Impuesto ad valorem del 18% a las bebidas azucaradas que contienen >6,25 g de azúcar/100 mL; incluye todas las bebidas no alcohólicas con edulcorantes añadidos. Exime los jugos 100% de frutas y las bebidas a base de lácteos. Impuesto ad valorem del 10% a las bebidas con <8,25 g de azúcar/100 mL. Implementado en octubre de 2014. Actualizado en febrero de 2022.
COLOMBIA	Ley 2277 de 2022 en el Título V denominado "Impuestos Saludables". Se establecieron impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas y a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos, sodio o grasas saturadas. Para los años 2023 y 2024, el impuesto aumenta dependiendo de la cantidad de azúcares añadidos por cada 100 ml de la bebida: a. <6 g de azúcares añadidos, no hay impuesto, esta cantidad es más estricta para el año 2025, que pasa a ser <5 g sin impuesto. b. Si la cantidad de azúcares añadidos es =>6 g y <10 g, para el año 2023 fue de 18 pesos colombianos, para el año 2024 fue de 28 pesos y para el año 2025 será 38 pesos el impuesto. c. Si los azúcares añadidos =>10 g años 2023 al 2025, impuesto de 35, 55 y 64 pesos colombianos respectivamente.
DOMINICA	Impuesto especial del 10% a los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, incluidos los refrescos y las bebidas energéticas. Implementado en septiembre de 2015.
ECUADOR	Impuesto ad valorem del 10% a los refrescos con <25 g de azúcar/L y a todas las bebidas energéticas, independientemente del contenido de azúcar, \$0.0018 por gramo de azúcar en bebidas con >25 g de azúcar/L. Exentos: productos lácteos y sus derivados, aguas minerales y jugos que tengan un 50% de contenido natural. Implementado en mayo de 2016.
MÉXICO	Impuesto a todas las bebidas con azúcar añadido, excepto las leches o yogures. Implementado desde en enero de 2014.
PERÚ	Impuesto ad valorem del 25% a las bebidas que contienen >6 g de azúcar/100 ml (aumento tasa anterior del 17%). Impuesto del 17% a las bebidas con 0,5-6 g de azúcar/100 mL (sin cambios). Impuesto de 12% a bebidas con <0,5 g de azúcar/100 mL (disminución tasa anterior del 17%). Exento: agua natural, 100% jugo, leche natural, yogures bebibles. Implementado en mayo 2018. Actualizado en junio de 2019.

Nota. Global Food Research Program, (2022); DIAN, (2022).

Brechas en las evidencias

06





6.1 Ausencia y/o insuficiencia de información en algunos países de la región

Sobre la revisión de las referencias encontradas con la estrategia de búsqueda rápida y de la literatura gris, se evidencia que hay varios países (ej. Bolivia, Venezuela, algunas islas del Caribe, entre otros), en los cuales existe ausencia o insuficiencia de estudios vigentes.

Se detectaron problemas para acceder a las páginas web oficiales que no aparecen o se encuentran “caídas o desactualizadas” y/o la existencia de informes oficiales que no están disponibles, aun cuando se hayan realizado estudios, por lo que resulta un desafío encontrar información sobre las políticas, programas e intervenciones vigentes.

El tema de la transparencia y oportunidad de la información en la salud y nutrición en los menores de cinco años es esencial. A manera de ejemplo, si la información sobre un indicador tan sensible como la talla baja para edad en los menores de cinco años es publicado con mucha dilación (más de cinco años), se perderá la oportunidad de mejorar el crecimiento de un grupo de niños que puede ser potenciado con políticas, programas e intervenciones que le permitan lograr una mejor estatura en su vida. La mayor estatura o talla se ha relacionado con mejores ingresos en la vida adulta.

6.2 Necesidad de formación de capacidades

La necesidad de formación de capacidades en diferentes niveles en temas de alimentación y nutrición para menores de cinco años, es un aspecto crucial para asegurar el desarrollo integral de los niños y su salud, nutrición y bienestar a largo plazo. Este enfoque requiere la participación de varios actores, incluidos los padres, madres, abuelos y cuidadores; profesionales de la salud; educadores en guarderías y escuelas y formuladores de políticas, cada uno con roles y responsabilidades específicas.

Mención aparte merecen los profesionales de la salud que, por considerarse bien preparados y con un nivel de estudios elevados, no son prioritarios en la continua capacitación, sin embargo, necesitan constante actualización con base a las evidencias nuevas. Los médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y otros especialistas, juegan un papel fundamental en la orientación de las

familias sobre la nutrición infantil. Su formación y motivación continua es esencial para proveer asesoramiento basado en evidencia, implementar programas de intervención para prevenir y tratar la malnutrición infantil en todas sus formas; capacitación para realizar monitoreo y seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, identificando problemas nutricionales a tiempo.

La capacitación de los formuladores de políticas en temas de alimentación y nutrición infantil es una inversión crítica para el desarrollo y bienestar de la población más joven. La capacitación les proporciona las herramientas necesarias para:

- **Comprender la ciencia de la nutrición materno-infantil:** conocer los fundamentos científicos de la nutrición y el desarrollo en los primeros cinco años de vida (incluyendo la gestación), y cómo estos impactan en la salud a largo plazo.
- **Interpretar datos y evidencia:** desarrollar habilidades para analizar estudios y datos epidemiológicos que orienten la toma de decisiones informadas.
- **Diseñar políticas integrales:** crear políticas que aborden las múltiples dimensiones de la nutrición infantil, incluyendo aspectos socioeconómicos, culturales y de acceso a alimentos.

A través de una formación integral, estos actores pueden crear un entorno político y regulatorio que favorezca la salud y el desarrollo óptimo de los menores de cinco años. Al estar capacitados, los formuladores de políticas no solo son más capaces de diseñar e implementar intervenciones efectivas, sino que también pueden liderar y coordinar esfuerzos intersectoriales que aseguren un enfoque integrado y sostenible

para enfrentar los desafíos nutricionales que afectan a los niños. Sin una formación adecuada, pueden carecer de la comprensión necesaria para evaluar la importancia de la nutrición infantil, lo que podría resultar en decisiones inadecuadas o insuficientes.

6.3 Ausencia y/o insuficiencia de información actualizada en temas específicos

Hay avances en términos de investigación, sin embargo, aún son necesarias más investigaciones científicas en temas como:

- **Detección y manejo de signos de alarma o de riesgo durante el embarazo** y manejo de la ganancia de peso adecuada durante el embarazo en contextos de barrios pobres urbanos y rurales.
- **Las prácticas de la lactancia materna en el día a día**, con énfasis en los periodos donde hay mayor abandono de la práctica.
- **La transición entre la lactancia materna y la alimentación complementaria**, para comprender por qué en algunos grupos (como los indígenas y comunidades rurales) se extiende la lactancia materna exclusiva por más de seis meses, lo que aumenta el riesgo de desnutrición en el niño.
- **La interrupción de la lactancia materna** debido a la incorporación de bebidas (llamadas agüitas, atoles, aromáticas e incluso café).
- **El manejo de la presión social que experimentan las madres** que amamantan y aquellas que deciden no amamantar.
- **El efecto de las intervenciones nutricionales sobre el retraso del crecimiento** en niños menores de cinco años de edad que residen en contextos de barrios pobres,

urbanos y rurales. La certeza de la evidencia es muy baja a moderada debido a la falta de representatividad de las intervenciones nutricionales (principalmente la administración de suplementos), la duración del seguimiento, la edad de los niños (menos de un año), la corta duración y la limitada cobertura geográfica. Estas deficiencias dejan vacíos significativos en la investigación.

- **La exposición de la madre y el niño menor de cinco años a contaminantes ambientales**, la susceptibilidad en los efectos en la salud, la nutrición, el crecimiento y desarrollo. Aparte de la investigación, es necesario que los países de ALC inicien y/o mantengan un monitoreo y regulación en el uso extensivo de estas sustancias contaminantes.
- **Los factores determinantes de la ganancia de peso en los niños y niñas desde temprana edad**, –aunque algunos ya han sido ampliamente estudiados–, y otros aspectos del ambiente poco explorados como los cambios en la infraestructura de los ambientes que permitan conocer cómo se interrelacionan con la excesiva ganancia de peso. La doble y triple carga de la malnutrición se hacen presentes tanto en los hogares urbanos como en los rurales.
- **Comprender mejor los facilitadores y las principales dificultades que se presentan para conseguir políticas de nutrición adecuadas para aplicar programas de nutrición eficaces a nivel local, nacional e internacional, tanto en el ámbito comunitario como en el clínico.**

Países como Brasil, que poseen una trayectoria en políticas que mejoran la

nutrición de la población vulnerable, reconocen avances, pero aún hay numerosos desafíos y obstáculos comunes relacionados con objetivos poco claros sobre el alcance de los programas, dificultades para evaluar la eficacia y la calidad durante la implantación en el mundo real, interrupción o falta de financiación y falta de seguimiento y la evaluación, lo que afecta a la sostenibilidad de los programas (Venancio & Buccini, 2023). Los investigadores destacan que la investigación de implementación de alta calidad debe convertirse en una prioridad para mejorar los progresos en estas cuestiones en Brasil.

6.4 Ausencia y/o insuficiencia de monitoreo y evaluación a las intervenciones y programas implementados

Hay avances en términos de programas para la primera infancia, sin embargo, aún son necesarias más evidencias sobre sus efectos sobre el estado de nutrición e impactos a largo plazo. De manera general, la región carece de evaluaciones rigurosas, establecidas con la frecuencia adecuada, recursos establecidos y que se utilicen para informar a los tomadores de decisión. Estas evaluaciones pueden ser internas o externas para dar mayor transparencia al uso de los recursos, pero ambas son fundamentales para fortalecer las acciones que existen y actualizar a medida que el contexto cambia, afectando el estado de nutrición. Los datos sobre el estado de micronutrientes son escasos, de manera que la magnitud y distribución no se conoce.

Conclusiones





La alimentación es un derecho humano fundamental, ya que, sin una alimentación saludable, la mente y el cuerpo no pueden funcionar bien. Cuando no hay una buena nutrición desde el inicio de la vida, los cimientos de la vida económica, social y cultural se ven socavados. Los resultados encontrados muestran que millones de niños en la región continúan sin desarrollar su potencial por no dar cumplimiento a este derecho.

La evidencia científica aquí encontrada demuestra que se requieren mayores esfuerzos para mejorar la calidad, cobertura y garantía de las políticas, programas e intervenciones para mejorar y proteger la nutrición y salud del menor de cinco años y de las mujeres embarazadas. Conocer el impacto que la malnutrición tiene durante la primera infancia y su alcance para toda la vida y el bienestar puede contribuir a que los tomadores de decisiones reconozcan esta etapa de la vida como una prioridad en las políticas públicas.

La revisión de la literatura durante el periodo 2014-2024 que aquí se presenta muestra que los principales problemas de malnutrición que viven los niños y niñas en América Latina y el Caribe durante la primera infancia son el bajo peso al nacer,

el retraso en el crecimiento o baja talla para la edad y la anemia por deficiencia de hierro. Otros problemas de menor proporción son la emaciación o bajo peso para la talla y la elevada ganancia de peso, este último especialmente después de los dos años de vida. Otras deficiencias están focalizadas geográficamente, como la deficiencia de vitamina D, que representa un problema en las latitudes del sur o la deficiencia de yodo en los países que tienen Cordillera Andina –esta última necesita que se reinicie el monitoreo y evaluación que se realizaba antes de la declaración de muchos países como libres de los desórdenes por deficiencia de yodo, debido al riesgo latente por las elevadas altitudes–. Por otra parte, la deficiencia de vitamina A y zinc pueden llegar a ser un problema de importancia en regiones de economía muy deprimida.

“Conocer el impacto que la malnutrición tiene durante la primera infancia y su alcance para toda la vida y el bienestar puede contribuir a que los tomadores de decisiones reconozcan esta etapa de la vida como una prioridad en las políticas públicas.”

En relación con el cumplimiento de las metas globales de nutrición, la región de ALC se encuentra “fuera de curso” (Nutrition International, 2024). El análisis del costo actual de no tomar acciones para mejorar la nutrición –específicamente de no lograr estas metas– se estima en pérdidas económicas de 71 mil millones USD al año por la desnutrición, asociado con la falta de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, el bajo peso al nacer, los problemas de retraso del crecimiento y la anemia por deficiencia de hierro y en mujeres en edad reproductiva. La falta de acción se estima que puede ocasionar 18.500 muertes infantiles, 13.700 muertes maternas por cáncer y diabetes mellitus tipo 2 y 16 millones de pérdidas de cociente intelectual anualmente (Nutrition International, 2023).

Las políticas, programas e intervenciones que promueven y protegen la lactancia materna tanto exclusiva como continuada deben ser más contundentes y constantes. En muchos países, solo durante la semana mundial de la lactancia materna se posiciona el tema, siendo el foco de atención por entes gubernamentales y no gubernamentales. Sin embargo, una vez cesa este momento, llega a silenciarse

el tema. Hasta ahora, en los países de la región, solo 4 de cada 10 bebés menores de seis meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe. De continuar este camino, no se alcanzará la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de lograr que el 70% de los niños y niñas sean amamantados de manera exclusiva para el año 2030 (Unicef, 2023).

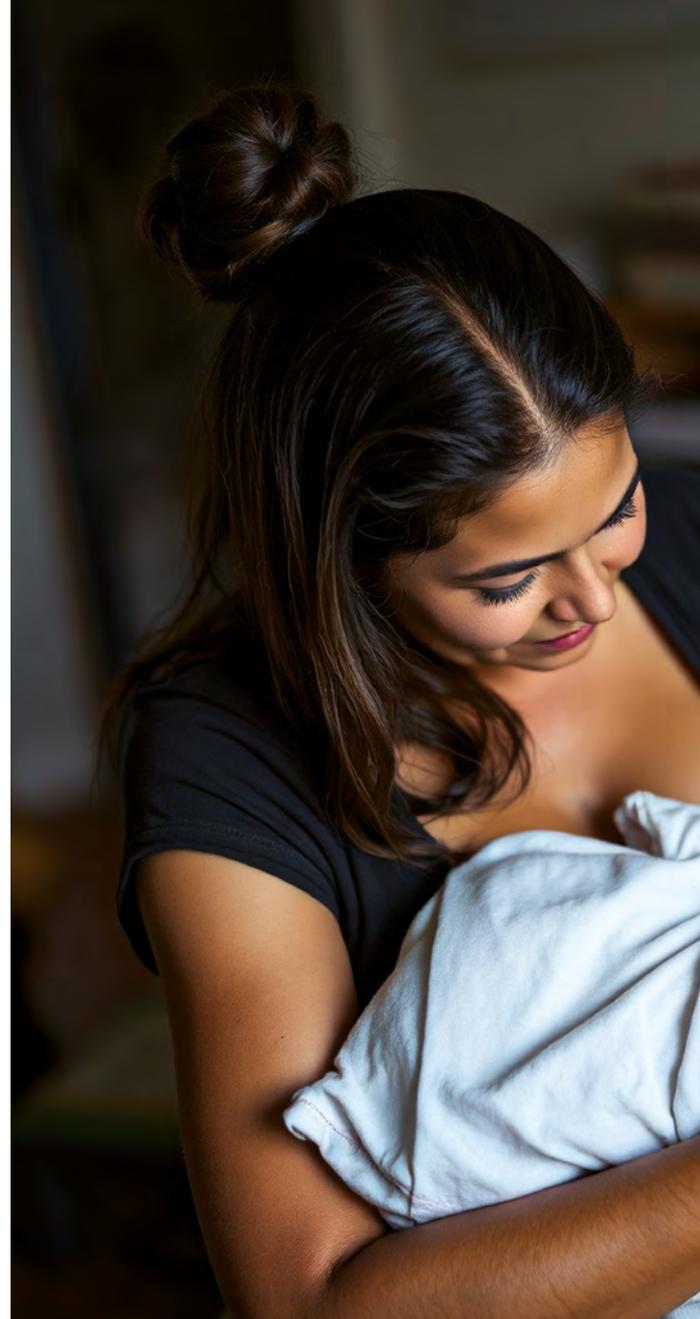
Considerando el curso de vida desde la concepción hasta los seis años de vida del niño, este resulta un periodo amplio, en el que los requerimientos de energía, nutrientes, las formas de alimentación y las destrezas que el niño adquiere van variando rápidamente. Por ello, se desagrega este quinquenio en dos periodos: el ampliamente mencionado, que son los primeros mil días (Bhutta et al., 2013), que van desde la concepción hasta los dos años; y los segundos mil días, es decir, el periodo que va desde los tres a los cinco años, aproximadamente, resulta útil para el manejo de las necesidades específicas de cada etapa.

En los primeros mil días se necesita reforzar la implementación de las políticas, programas e intervenciones con enfoque de salud y énfasis en estos temas:

- **Las estrategias para mejorar la salud materno-infantil** y la supervivencia suelen incluir intervenciones particulares como la vacunación, terapia de rehidratación oral y tratamiento de infecciones y hemorragia, pero pocas incluyen a la nutrición a través de intervenciones como la promoción de la dieta saludable durante el embarazo, la detección de signos de alarma durante el embarazo, la consejería sobre lactancia materna, la suplementación de vitaminas, hierro y ácido fólico en el embarazo y con vitamina A en el recién nacido y la fortificación con zinc, que han mostrado grandes beneficios (OMS, 2019). La nutrición es parte esencial de la salud materna, la salud del recién nacido y del niño pequeño (Horton, 2008).
- **Protección y promoción de la lactancia materna**, desde la primera hora de vida y su exclusividad hasta los seis meses. Si todos los niños de cero a veintitrés meses estuvieran amamantados de forma óptima, cada año se les podría salvar la vida a más de 820.000 niños de menos de cinco años. La lactancia materna mejora el cociente intelectual y la asistencia a la escuela, además de asociarse a mayores ingresos en la vida adulta (WHO, 2023).
- **Prácticas inmediatas que protegen la nutrición del recién nacido en el postparto y siguientes meses**, como el pinzamiento retardado del cordón umbilical y el apego precoz entre la madre y el bebé.
- **Introducción de la alimentación complementaria**, ni muy temprana ni muy tardía, con división de las fases según la edad, de acuerdo con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de Unicef y la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2003).
- **Incorporación del niño a la dieta familiar**. A partir del primer año de vida y hasta los dos años, el niño debe comenzar a integrarse en la alimentación familiar, favoreciendo una dieta variada y saludable.
- **Incorporar los programas de suplementación con micronutrientes para combatir la anemia y otras deficiencias nutricionales**. En casos necesarios, incluir la fortificación casera de nutrientes.
- **Programas continuos de vacunación y desparasitación**, para proteger la salud general de los niños y reducir los riesgos que afectan su capacidad para absorber nutrientes.
- **La adopción de políticas como el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Protección de la Maternidad** (N.º 183) o la recomendación N.º191 que complementa dicho convenio, postulando una mayor duración de la baja y mayores beneficios (Alimentación del lactante y el niño pequeño, WHO, 2023).
- **El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna** y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (Alimentación del lactante y el niño pequeño, WHO, 2023).
- **La aplicación de los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”**, especificados en la iniciativa “Hospitales Amigos del Niño”, tales como el apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones; o el apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria (Alimentación del lactante y el niño pequeño, WHO, 2023).

En los siguientes mil días, es decir, hasta poco antes de los cinco años del niño, se necesita reforzar la implementación de las políticas, programas e intervenciones con enfoque de salud y énfasis en estos temas:

- Adquisición y establecimiento de hábitos alimentarios saludables, reforzando la dieta basada en alimentos frescos, variados y de la mesa familiar, limitando el consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas y, además, protegiendo el inicio preescolar de la influencia del ambiente.
- Iniciativas para la prevención del sobrepeso y la obesidad, que se encuentran en aumento en la región, por lo que algunos países han adoptado medidas para reducir la exposición a alimentos ultraprocesados y fomentar hábitos alimenticios saludables. Algunos ejemplos son el etiquetado de alimentos, el impuesto a alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, la regulación de la publicidad de productos no saludables dirigidos a los niños o la promoción de actividad física desde una edad temprana para combatir la obesidad infantil, como parte de un enfoque integral de salud.
- Incorporación de Programas Comunitarios y de Educación Nutricional, que brindan cuidado integral y capacitan a familias y cuidadores para mejorar la alimentación de los niños.



Un aspecto esencial es la educación y formación profesional en salud para promover prácticas de salud y nutrición que favorezcan el bienestar del niño en la primera infancia. Es fundamental capacitar y motivar continuamente a profesionales de la salud que están en estrecho contacto con los niños, como el ginecólogo-obstetra, personal de enfermería y pediatras. Los ginecólogos y enfermeros tienen un rol clave en la implementación del pinzamiento tardío del cordón umbilical, el apego precoz y la lactancia materna en la primera hora de vida, mientras que los pediatras son profesionales claves en quienes hay que reforzar la importancia de la lactancia



materna exclusiva y la adecuada introducción de la alimentación complementaria. Estos profesionales de la salud, además, deben reconocer el rol indispensable del nutricionista-dietista en la prevención y tratamiento de la malnutrición en todas sus formas, para que se apoyen en ellos y realicen remisiones oportunas de los niños.

Asimismo, es necesario crear sensibilización y capacitar al personal que trabaja en entidades públicas relacionadas con la nutrición infantil (ministerios de salud, ministerios de desarrollo social, institutos nacionales de nutrición). Deben estar capacitados

en el desarrollo e implementación de las políticas, programas e intervenciones relacionadas con la nutrición durante la primera infancia. Es clave la intersectorialidad e interdisciplinariedad durante estas capacitaciones.

En el contexto de la protección ambiental, a los niños en la primera infancia se les debe asegurar la salud y el futuro ambiental, promoviendo el uso de envases y productos para bebés y niños pequeños –como teteros y biberones– que sean biodegradables y no contengan microplásticos, los cuales pueden representar riesgos de intoxicación y actuar como disruptores endocrinos, contribuyendo al desarrollo de enfermedades como la obesidad. Asimismo, el contexto de biodiversidad geográfica de ALC favorece el desarrollo y uso de alimentos locales, que forman parte de la cultura, preferencia y, además, permiten fortalecer las economías de la región. Estos siempre deben ser considerados como la primera opción al instaurar políticas, programas e intervenciones, a fin de favorecer el desarrollo local.

Finalmente, muchos de los vacíos de información existentes se pueden remediar incluyendo esta información en las encuestas nacionales, que ya levantan información de manera constante y previamente establecida. Se requiere de un llamado urgente para el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de los programas y estrategias de nutrición en la región, puesto que desperdiciar recursos en intervenciones innecesarias o ineficaces es tan grave como descuidar los problemas.

Recomendaciones





Las recomendaciones propuestas consideran el desafío de la doble y triple carga de la malnutrición como una oportunidad única para una acción integrada donde se atiendan las deficiencias, excesos dietéticos y nutricionales, dado que los impulsores y soluciones son compartidos en muchos casos (WHO, 2017).

Las recomendaciones incluyen acciones de *triple propósito*, cuya función es contribuir a mejorar la nutrición, abordando intervenciones, programas y/o políticas con el potencial de atender todas las formas de malnutrición. Cabe mencionar que, al realizar la revisión de literatura, algunos organismos hacían recomendaciones con respecto a ciertos temas, y se consideró relevante incluirlas en las siguientes secciones haciendo referencia a sus documentos originales.

Las 10 recomendaciones presentadas fueron formuladas con base en los resultados encontrados en esta revisión. Al igual que los resultados, las recomendaciones se presentan siguiendo el marco conceptual de

las causas de la malnutrición. Cada recomendación incluye el ámbito de acción, la población objetivo, el tipo de acción y los sectores prioritarios a involucrar.



8.1 Recomendaciones para atender los desafíos de nutrición en la primera infancia en América Latina y el Caribe por ámbito de acción

1

Recomendación

Proteger los derechos de la primera infancia, en particular el derecho a la alimentación, y la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra la niña y la mujer.

Ámbito	Derechos-proteger los derechos de salud materno-infantil y de la infancia.
Población objetivo	Padres, madres, abuelos/as, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud, tomadores de decisión, gobiernos, instituciones, organismos de derechos humanos, organismos de la sociedad civil.
Tipo de acción	Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).
Sectores prioritarios	Legislativo, Económico, Salud, Educación, Agricultura, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación (público y privado).

La OEI desarrolla iniciativas regionales con el objetivo de apoyar los procesos locales y regionales para la consolidación de sociedades abiertas, incluyentes y garantes de derechos con el objetivo final de fortalecer la ciudadanía iberoamericana, la democracia y la igualdad. Atender las causas subyacentes del hambre y de la malnutrición requiere de un enfoque de género y de igualdad, sobre todo para no dejar a los más vulnerables y marginados atrás. Más aún, el derecho a una alimentación adecuada es un derecho humano. Un enfoque de la seguridad alimentaria y la nutrición basado en los derechos humanos es decisivo para enfrentarse a las causas subyacentes del hambre y de la malnutrición (FAO, 2024).

La Convención sobre los Derechos del Niño establece los derechos que es preciso convertir en realidad para que los niños puedan desarrollar todo su potencial. La Convención ofrece una visión del niño como individuo y como miembro de una familia y una comunidad, con derechos y responsabilidades apropiados para su edad y su etapa de desarrollo. Al reconocer los derechos de la infancia de esta manera, la Convención concibe al niño como un ser integral. La Convención reconoce la dignidad humana fundamental de todos los niños y la urgente necesidad de velar por su bienestar y su desarrollo. Deja clara la idea de que todos los niños deben tener derecho a una calidad de vida básica, en lugar de ser un privilegio que pocos disfrutaban (UNICEF, 1989). En la práctica, Los Derechos del Niño se traducen en acciones con gran impacto sobre el bienestar de niños y niñas. En el cuidado de la primera infancia, el enfoque de derechos supone programas más integrados, que aborden los problemas desde varios frentes: nutrición, vacunas, atención neonatal, entre otros (UNICEF, 1989).

El derecho a la alimentación es un derecho incluyente. No es simplemente un derecho a una ración mínima de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. Es un derecho a todos los elementos nutritivos que una persona necesita para vivir una vida sana y activa, y a los medios para tener acceso a ellos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2010). *“El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.”* El relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación destaca que los elementos del derecho a la alimentación incluyen:

- El alimento debe estar disponible, y ser accesible y adecuado. Estos son la principal causa del hambre en el mundo. No es que no haya suficientes alimentos o se produzcan suficientes alimentos.
- El derecho a la alimentación no es lo mismo que un derecho a ser alimentado. Implica tener condiciones de dignidad. Se espera que las personas satisfagan sus propias necesidades con su propio esfuerzo y utilizando sus propios recursos. Una persona debe vivir en condiciones que le permitan comprar o producir alimentos.
- El derecho a la alimentación adecuada no es lo mismo que el derecho a una alimentación segura. El derecho a la alimentación adecuada es más que el derecho a la alimentación segura. Se entiende en ocasiones que el derecho a la alimentación adecuada se refiere

a las normas relativas a los alimentos disponibles en el mercado, que deben ser sanos. Esto es demasiado limitado. El derecho a la alimentación requiere que la alimentación adecuada esté disponible y sea accesible. Lo adecuado se refiere a la cantidad, la calidad y su carácter apropiado, tomando en cuenta los aspectos culturales y la fisiología de la persona (por ejemplo, sexo, edad y salud).

- El derecho a la alimentación está vinculado con el derecho a la salud, el derecho al agua, el derecho a la vida, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho al trabajo y a la seguridad social, la libertad de asociación, entre otros.

Las mujeres tienen necesidades concretas de dieta, en particular con respecto a su salud reproductiva. La violación del derecho a la alimentación adecuada de las mujeres en edad de procrear, incluidas las adolescentes, puede provocar complicaciones que amenacen su vida durante el embarazo o el parto. La malnutrición de las mujeres durante el embarazo y la lactancia puede dar como resultado además la malnutrición, así como el deterioro físico y mental de sus hijos.

El artículo 12 de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* dispone que se debe garantizar a las mujeres nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. No obstante, cabe señalar que el derecho a la alimentación es pertinente a todas las mujeres, no solo en su relación con su papel de madres o con su función reproductiva.

Con la recomendación 2 se puede incidir en los determinantes habilitantes o propicios de la malnutrición.

2

Recomendación

Proteger y promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y continuada hasta los dos años. Promover una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad.

Ámbito	Salud y alimentación.
Población objetivo	Padres, madres, abuelas/os, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud, tomadores de decisión, gobiernos, instituciones, organismos de la sociedad civil.
Tipo de acción	Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).
Sectores involucrados	Legislativo, Laboral, Salud, Educación, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación, Industria alimentaria.

Por todos los beneficios a la salud y nutrición del recién nacido y de los niños menores de 6 meses, y a la madre, a la sociedad y al ambiente se debe proteger y promover la lactancia materna. Esto contribuiría a las metas de nutrición sobre aumentar la lactancia materna a al menos 50%. A mediano plazo, esto también puede contribuir a alcanzar otras metas de nutrición, cómo reducir el retraso de crecimiento y reducir el sobrepeso infantil.

Reforzar la consejería sobre lactancia y el acompañamiento social, intervenciones educativas en las mujeres (individual) y su entorno es factores políticos (grupal y social), desde las mujeres embarazadas y las mujeres en el periodo postparto, en especial alrededor de los 3 meses de edad del infante, cuando el descenso de la lactancia materna exclusiva es mayor. A continuación, se detallan medidas que apoyan esta recomendación.

En el entorno Individual:

a. Educación y asesoramiento personalizado, con sesiones sobre lactancia materna ajustadas a las necesidades individuales de cada madre, abordando preocupaciones específicas y proporcionando estrategias prácticas y resolución de los problemas cuando se amamanta a los 3 meses.

b. El seguimiento debe ser continuo, regular y personalizado. **c.** Reducir el acceso a los biberones y fórmulas lácteas. **d.** Establecimiento de rutinas de lactancia, en consonancia con las actividades de la madre y las necesidades del niño.

En el entorno Grupal:

a. Establecer grupos de apoyo a la lactancia, donde las madres puedan compartir experiencias, recibir consejos y motivación de otras madres que están amamantando.



b. Involucrar a la pareja, familia u otras personas relacionadas con la madre y el niño. **c.** Promover el alojamiento conjunto, para facilitar la lactancia a demanda y el contacto piel con piel.

En el entorno Social.

a. Crear y/ fortalecer una política de derechos de maternidad, que proteja la maternidad en línea con la Convención y recomendación de la Organización Internacional del Trabajo.

b. Reforzar las medidas regulatorias establecidas en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. **c.** Promover tiempos de licencia de maternidad y paternidad adecuadas y pagadas, para facilitar que las madres y padres pasen más tiempo con sus bebés sin la presión de regresar rápidamente al trabajo. **d.** Crear entornos de trabajo amigables con la lactancia (similares al del Hospital amigo de la madre y el niño), que permitan a las madres extraer y almacenar leche materna, así como ofrecer horarios flexibles y períodos de descanso

adecuados. **e.** Promover campañas de concienciación pública para educar al público sobre los beneficios de la lactancia materna y reducir el estigma asociado con el amamantamiento en público.

Cabe mencionar que, de acuerdo con los documentos revisados durante esta revisión, los resultados para la salud y el desarrollo del niño en la región podrían mejorar sustancialmente con la revitalización de la iniciativa Hospital Amigo del Niño. Así mismo, esta recomendación puede favorecerse si se incluye **a)** fortalecer la correcta implementación y monitoreo del Código ayuda a garantizar que los padres y cuidadores estén protegidos de información inapropiada y engañosa; y **b)** modificar la legislación laboral para incrementar la licencia de maternidad a 24 semanas, incluir a las mujeres del sector formal e informal, y ampliar la licencia de paternidad para impulsar la igualdad de género.

Con la recomendación 3 se puede incidir en los determinantes inmediatos y subyacentes de la malnutrición durante la primera infancia.

3

Recomendación

Proteger la disponibilidad, acceso y asequibilidad de alimentos saludables para los grupos marginados y vulnerables.

Ámbito	Salud y alimentación, Agricultura -redes de suministro de alimentos, Comercio.
Población objetivo	Padres, madres, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud, tomadores de decisión, gobiernos, instituciones, organismos de la sociedad civil.
Tipo de acción	Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/ obesidad).
Sectores involucrados	Legislativo, Agricultura, Economía, Laboral, Salud, Educación, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación.

Con esta Tres hechos justifican esta recomendación. Primero, ALC es la única región en la que la prevalencia de hambre disminuyó entre los años 2021 y 2022. Sin embargo, se mantiene por encima de los niveles registrados previo a la pandemia, y superó las cifras de 2015, año en que se lanzó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El porcentaje de la población subalimentada aumentó del 5,6% a 6,5% entre 2019 y 2020, durante la pandemia, y la misma prevalencia se registró en el año 2022. El hambre muestra diversos patrones en la región. En el año 2022, Sudamérica representó el 62% de las personas con hambre en la región, mientras que en el año 2014 sólo constituía el 47% del total regional. Por su parte, en Mesoamérica, 9,1 millones de personas padecieron hambre en el año 2022, lo que representa el 21% de las personas subalimentadas de la región, en comparación con el 36% en el año 2014. Entre el periodo 2014 y 2019, se experimentó una disminución de 2,3 millones en el número de personas que padecían de hambre en la subregión. Sin embargo, entre 2019 y 2022, no se observaron cambios significativos en la cantidad de personas subalimentadas en esta subregión.

Segundo, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en la región sigue siendo alta, alcanzando un 37,5%, casi 8 puntos porcentuales por encima del nivel mundial. Además, la prevalencia en 2022 supera en 6 puntos porcentuales a la registrada en 2019, lo que equivale a 44 millones de personas adicionales que sufrieron de inseguridad alimentaria moderada o grave en la región.

Tercero, y no menos relevante, ALC es la región con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel global. La región experimentó un aumento en la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años entre los años 2000 y 2022, y en la prevalencia de la obesidad en adultos entre 2000 y 2016. Además, ambas prevalencias superan las tasas mundiales estimadas, al mismo tiempo que, algunos países de la región todavía presentan una alta prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años. Aunado a esto, se sabe que la sobrealimentación no es solo el resultado de la elección individual de alimentos, sino que también es el resultado de factores como la pobreza, el acceso limitado a alimentos saludables, la publicidad de alimentos poco saludables y de bajo costo, la falta de opciones de actividad física en las comunidades, entre otros. Recientemente, la OMS ha resaltado los determinantes comerciales de la salud, mismos que contribuyen a la promoción de los entornos obesogénicos.

La obesidad en ALC se puede ver como un fenómeno geopolítico, que requiere reconocer que las decisiones políticas y económicas a nivel nacional e internacional tienen un impacto significativo en los patrones de alimentación, la disponibilidad de alimentos y los entornos obesogénicos. Factores como la globalización, los acuerdos comerciales, las políticas agrícolas y los sistemas de producción de alimentos influyen en la calidad de la dieta y en la accesibilidad de los alimentos saludables. Además, los determinantes sociales y económicos de la obesidad varían entre países y regiones, lo que requiere un análisis contextualizado de las desigualdades en salud y los factores políticos que contribuyen a ellos.

Con la recomendación 4 se puede incidir en los factores estructurales subyacentes de la inseguridad alimentaria, reducir el costo de los alimentos saludables y contribuir a reorientar los entornos alimentarios.



4

Recomendación

Colaborar con los programas nacionales de protección social, para que incluya objetivos de nutrición efectivos en reducir las prevalencias de malnutrición y hambre en la primera infancia.

Ámbito Salud y alimentación, Protección Social, Desarrollo Social.

Población objetivo Padres, madres, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud, tomadores de decisión, gobiernos, instituciones y organismos de la sociedad civil.

Tipo de acción Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).

Sectores involucrados Legislativo, Laboral, Salud, Educación, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación.

De acuerdo con la FAO, el apoyo que los gobiernos de ALC han dado a los sectores más vulnerables a través de los sistemas de protección social ha sido clave para que la región sea la que más avances ha registrado en la lucha contra el hambre en las últimas décadas. ALC es una de las regiones con mayor cobertura de los instrumentos de protección social sobre el quintil más pobre de la población, con una cobertura del 62,3% en promedio en el periodo 1998-2014, aunque hay heterogeneidad entre los países. Las políticas de protección social de los Gobiernos de la región han evolucionado desde el establecimiento de redes de contención para los casos más críticos a sistemas integrales de protección. A nivel de programas, además de consolidar las iniciativas más emblemáticas, como las transferencias condicionadas de ingresos, los países han empezado a fortalecer las iniciativas para prevenir que las familias recaigan en la pobreza.

Las transferencias condicionadas operan en 21 países de la región apoyando a 129 millones de personas, cerca del 21% de la población total. Además, 28 países tienen políticas o programas de alimentación escolar. A pesar de que éstos han tenido impactos positivos en la nutrición, el acceso a la educación y la salud, la agricultura familiar y las economías locales; esta revisión hizo evidente que los impactos en los últimos años no han sido evaluados o dichas evaluaciones no están disponibles, o no han sido suficientes para disminuir la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes en LAC.

Resulta necesario potenciar las sinergias entre la protección social y la nutrición, principalmente con acciones sensibles a la nutrición que atiendan a las principales problemáticas de nutrición durante el embarazo y la primera infancia.

Con la recomendación 5 se puede incidir en los determinantes inmediatos de la malnutrición durante la primera infancia.

5

Recomendación

Promover la educación nutricional con un enfoque de cambio de comportamiento, para mejorar las prácticas de alimentación y los estilos de vida saludables durante la primera infancia.

Ámbito	Educación, Comunicación para el cambio social y conductual - dieta impulsada por una alimentación adecuada y prácticas dietéticas para niños y mujeres.
Población objetivo	Mujeres embarazadas y en edad fértil, padres, madres, abuelas, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud.
Tipo de acción	Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).
Sectores prioritarios	Salud, Educación, Agricultura y Alimentación, Protección social, Organizaciones no gubernamentales y Sociedad civil.

La OEI abarca proyectos educativos desde el nivel infantil hasta nivel superior, con especial interés a la mejora de la calidad educativa y la promoción de la innovación, la investigación y la evaluación en todos los niveles, el desarrollo de la labor docente y el fomento de una educación inclusiva. En este contexto, la educación nutricional sería innovadora, inclusiva e impulsora de la promoción de la salud y nutrición y del cambio de comportamiento.

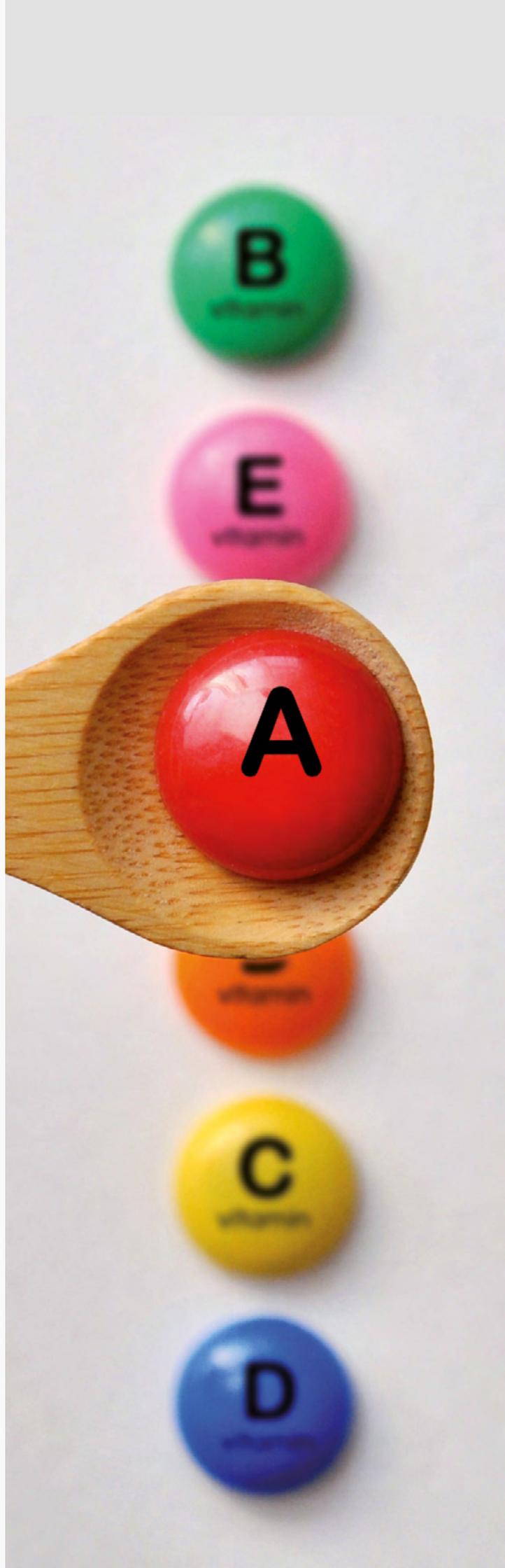
La educación nutricional es cualquier combinación de estrategias educativas, acompañadas de apoyos ambientales, diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de opciones alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición que conduzcan a la salud y el bienestar. La educación nutricional se imparte a través de múltiples lugares e implica actividades a nivel individual, comunitario y político (Piscopo, 2018).

La educación nutricional puede impactar en los determinantes inmediatos de la malnutrición, incluyendo las prácticas dietéticas y las prácticas de cuidados a la salud de los niños y mujeres (Goudet et al., 2019). Para estar bien alimentados, los niños y sus padres y cuidadores deben de tener acceso a una cantidad suficiente de alimentos inocuos y de calidad, pero no es probable que el centrarse exclusivamente en la seguridad alimentaria sea suficiente para resolver el problema de la malnutrición; mejoras en estas áreas no se traducen de forma automática en mejoras en el estado de nutrición. Para evitar las cargas económicas y sociales de la malnutrición es necesario educar a la población en el consumo de alimentos adecuados, no solo en el consumo de más o menos alimentos. La población debe saber qué es una dieta saludable y cómo deben elegirse opciones alimentarias saludables (FAO, 2011). La promoción de patrones alimentarios

saludables y sostenibles debe ser una prioridad para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones, así como para fomentar el desarrollo social y económico sostenible (FAO, 2011). La educación nutricional para la primera infancia incluye educación sobre la lactancia materna (para niños de 0 a 6 meses), educación sobre la alimentación complementaria (para niños de entre 6 a 24 meses) y educación sobre la alimentación saludable (para niños de 2 a 5 años).

La modificación de la dieta se puede lograr por medio de intervenciones de cambio de comportamiento, ya que es en esta etapa (preescolar) donde la mayoría de los comportamientos alimenticios se están formando y se pueden cambiar o sustituir por saludables. Si bien, el cambio de conducta depende de varios factores de políticas, entornos, seguridad alimentaria, etc., existe evidencia que sugiere que el cambio de conducta permanente se basa en mejorar la intención de cambio que se compone de constructos tales como conocimiento, autoeficacia, habilidad y actitud, por ejemplo, los cuales se pueden mejorar por medio de metodologías demostrativas y modeladoras de la conducta con un enfoque lúdico y donde los niños puedan manejar alimentos mientras aprenden de una forma participativa. De igual manera, resulta necesario un enfoque de cambio de comportamiento en los padres, cuidadores, maestros y profesionales de la salud, ya que existen creencias, actitudes, prácticas, incluso conocimientos que se requieren aumentar, modificar y/o eliminar para que las recomendaciones sobre la dieta saludable sean efectivas.

Con la recomendación 6 se puede incidir en los determinantes subyacentes y habilitantes de la malnutrición en la primera infancia.



6

Recomendación

Impulsar programas o la inclusión de un componente de suplementación con vitaminas y minerales, para la reducción de las deficiencias de micronutrientes en la primera infancia.

Ámbito	Salud y nutrición.
Población objetivo	Mujeres embarazadas y niños y niñas de 6 a 60 meses. Se puede ampliar a mujeres en edad fértil en algunos contextos vulnerables.
Tipo de acción	Acción de doble propósito, pues tiene el potencial de incidir en las deficiencias de vitaminas y minerales y el retraso en el crecimiento, principalmente durante los primeros 1.000 días.
Sectores prioritarios	Legislativo, Salud, Protección Social y Alimentación.

La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes son los principales impulsores de la mortalidad infantil y en la niñez y son causas del deterioro del potencial humano de cientos de millones de niños cada año. Invertir en nutrición en los primeros 1000 días desde la concepción no solo apoya la salud, la educación y la productividad de las personas a lo largo de toda la vida, sino que también es clave para romper el ciclo intergeneracional de la malnutrición y mejorar las vías de desarrollo equitativas para los países de ingresos bajos y medianos.

La suplementación es una intervención eficaz para la prevención y tratamiento de deficiencias y para mitigar los efectos adversos de la deficiencia. Existe vasta evidencia de su impacto en mujeres embarazadas con micronutrientes múltiples y niños de 6 a 24 meses con suplementos basados en lípidos y polvos de micronutrientes. Su impacto incluye diversos beneficios a corto plazo. En las mujeres embarazadas en su estado de micronutrientes y el resultado del embarazo. Para niños en el estado de micronutrientes, y para algunas formulaciones y tipos de suplementos en el crecimiento y desarrollo. A largo plazo, estos se convierten en beneficios económicos para el individuo, las familias y las naciones.

Algunos estudios sugieren que la suplementación puede ser costo efectiva. Esto se logra cuando existe potencial biológico para responder a la suplementación. Así mismo, es necesario que los programas sean diseñados e implementados para lograr el consumo regular por tiempos suficientes para realizar estos beneficios, lo que refiere como el potencial programático.

Con la recomendación 7 se puede incidir en los determinantes inmediatos de la malnutrición durante la primera infancia.

7

Recomendación

Empoderar a las madres, familias y comunidades para apoyar el crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas. Impulsar el autocuidado y cuidado, evitar enfermedades y buscar atención oportuna de proveedores de salud.

Ámbito Cuidados y autocuidado impulsados por servicios y prácticas adecuadas de salud y desarrollo para niños y mujeres.

Población objetivo Padres, madres, abuelas/os, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, profesionales de la salud y maestros.

Tipo de acción Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).

Sectores prioritarios Salud, Educación, Protección social, Bienestar-Desarrollo de la infancia y familia.

Los niños necesitan buenos cuidados. Su supervivencia a lo largo de la infancia depende de los adultos, que se dan cuenta de cuándo tienen hambre o están enfermos, y son capaces de satisfacer sus necesidades. Un buen cuidado también significa mantener a los niños a salvo de cualquier daño, y brindarles amor, atención y muchas oportunidades para aprender. Desde el nacimiento, los niños construyen lazos con adultos especiales y miran en ellos para aprender habilidades importantes. Lo que los niños aprenden de estas relaciones ayuda a prepararlos para la vida (UNICEF & WHO, 2012). El cuidador es la persona más importante para el niño pequeño. El cuidador alimenta y vigila sobre el niño, le da afecto, se comunica con el niño y responde a las necesidades del niño. Si el niño está enfermo, el cuidador suele ser la persona que lleva al niño a un centro de salud. El principal cuidador del niño es la madre, quien lo está amamantando, pero también puede ser el padre, un familiar, un amigo u otra persona. También puede haber varios cuidadores, como suele ser la práctica en muchas comunidades.

Los niños se vuelven más capaces a medida que crecen. Aprenden a hablar, caminar y correr. Aprenden a pensar y a resolver problemas. Este aprendizaje les ayuda a tener un buen desempeño en la escuela y, cuando crezcan, a contribuir a sus familias y comunidades. Los cuidados que se les brindan a los niños ayudan también a su desarrollo. En este sentido, las madres, padres y cuidadores, y todas las personas cercanas a los niños deben proporcionar ideas para jugar y actividades de comunicación para ayudar a los niños a aprender. La alimentación, vestirse y otras tareas diarias brindan muchas oportunidades para que los adultos jueguen y se comuniquen con sus hijos.



Estas actividades y juegos también ayudan a los niños a crecer. Por lo tanto, son especialmente importantes para los recién nacidos de bajo peso y niños con desnutrición. Estudios han descubierto que la atención adicional a través del juego y la comunicación, así como a través de la alimentación receptiva, estimula el crecimiento de los bebés de bajo peso y niños mal alimentados.

Los bebés de bajo peso y los niños mal alimentados también tienen dificultad de aprendizaje. Pueden ser tímidos y alterarse fácilmente, más difíciles de alimentar, y es menos probable que jueguen y se comuniquen. Debido a que estos niños son menos activos, es posible que sean menos capaces de obtener la atención de los adultos que los cuidan. Como resultado, con el tiempo, las madres y otros cuidadores tienen menos probabilidades de alimentarlos, jugar o comunicarse frecuentemente con ellos.

Los niños mal alimentados, enfermos y discapacitados tienen necesidades especiales para el cuidado. Sus familias también pueden necesitar ayuda para entender cómo, Los niños comunican

su hambre, malestar y necesidades. El juego y la comunicación también pueden ayudar a los cuidadores. Después de dar a luz, por ejemplo, a algunas madres les resulta difícil involucrarse y participar en el cuidado de sus bebés recién nacidos, pueden estar enfermas o abrumadas con sus responsabilidades. Aparecen tristes y cansadas. No están interesadas en otras personas y no se unen a otras actividades familiares. En cambio, prestar mucha atención a sus bebés, jugar con ellos y ver cómo responden a su atención ayuda a las madres y cuidadores a ser más activos y felices. Las actividades de juego y comunicación ayudan a los cuidadores a sentirse más importantes en la vida de sus hijos.

En resumen, todos los niños crecerán más sanos con la atención adicional durante las actividades de juego y comunicación, y serán más capaces de aprender. Sus familias estarán felices de ver cómo crecen sus hijos y aprenden nuevas habilidades.

Con la recomendación 8 se puede incidir en los determinantes habilitantes o propicios de la malnutrición durante la primera infancia.

8

Recomendación

Identificar, valorar y promover las prácticas culturales de selección y preparación de alimentos saludables (principalmente naturales locales y mínimamente procesados), con énfasis en la recuperación de la biodiversidad, las tradiciones culinarias, las prácticas familiares y comunitarias saludables y sostenibles.

Ámbito

Cultura, desarrollo social, cohesión social.

Población objetivo

Padres, madres, abuelas/os, cuidadores, niños y niñas en edad preescolar, maestros, profesionales de la salud, cultura, educación, agricultura, economía, entre otros.

Tipo de acción

Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).

Sectores prioritarios

Salud, Educación, Agricultura, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación, Gobierno local-municipal.

La OEI trabaja en la promoción de la cultura iberoamericana poniendo en valor la enorme riqueza y diversidad cultural de nuestra región y apoyando a sus industrias culturales y creativas. En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia elevada sobre las elecciones de la población, cómo preparan sus alimentos y sus prácticas alimentarias. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. Atender la malnutrición implica conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde se interviene, de manera que se pueda ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos (FAO, 2002).

La primera infancia es fundamental para el desarrollo de hábitos alimentarios. Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en ocasiones festivas o los que consumían lejos de casa con amigos y familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos comieron durante la infancia raramente no son aceptados posteriormente.

Con la recomendación 9 se puede incidir en los determinantes inmediatos y subyacentes de la malnutrición durante la primera infancia.

9

Recomendación

Adoptar y promover un enfoque de salud, que favorezca la alimentación y nutrición, en todas las políticas públicas en todos los niveles de acción (regional, nacional, estatal y local).

Ámbito Ciencias, políticas y gobernanza.

Población objetivo Tomadores de decisión, gobiernos, instituciones, organismos de la sociedad civil.

Tipo de acción Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).

Sectores involucrados Legislativo, Económico, Laboral, Salud, Educación, Comercio, Medio Ambiente y Protección Social.



La OEI apoya a las administraciones nacionales de Iberoamérica a estructurar políticas públicas con la vista puesta en el desarrollo científico y tecnológico. En este contexto, se recomienda que la OEI apoye políticas públicas con un enfoque de “Salud en todas las políticas”. Este enfoque considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria (OMS, 2015). De esta forma, se puede incidir en los determinantes habilitantes o propicios de la malnutrición.

En línea con los principios de Alma Ata, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, Salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo que busca mejorar salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política (OPS). Como ejemplo, la OPS trabaja con los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales, a que:



- Aboguen por la salud y la promoción de la equidad en materia de salud como una prioridad y tomen medidas eficaces en relación con los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la equidad en materia de salud;
 - Adopten medidas eficaces, incluidas, cuando proceda, las relacionadas con la legislación vigente, las estructuras, los procesos y los recursos, que permitan establecer políticas públicas que tengan en cuenta y aborden sus repercusiones sobre la salud, la equidad en materia de salud y los determinantes de la salud, y lleven a cabo mecanismos para medir y dar seguimiento a los determinantes y las disparidades de salud;
 - Desarrollen y mantengan, cuando proceda, la capacidad y aptitudes institucionales adecuadas y sostenibles para lograr, mediante acciones en todos los sectores, mejores resultados desde la perspectiva de la salud y la equidad en materia de salud;
 - Utilicen las herramientas pertinentes para identificar, evaluar, promover y fortalecer la participación y las actividades multisectoriales en pro de la salud, incluidos, según corresponda, comités interministeriales, presupuestos y contabilidad integrados, y análisis de las repercusiones sobre la salud;
 - Fortalezcan la diligencia y la rendición de cuentas debidas, y aumenten la transparencia de la toma de decisiones y el compromiso;
 - Involucren, según corresponda, a las comunidades locales y los actores de la sociedad civil en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores, incluidos mecanismos para la participación de las comunidades y la participación pública;
 - Contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 al hacer hincapié en que las políticas de sectores diferentes del sector de la salud tienen repercusiones importantes en los resultados en materia de salud, y determinar las sinergias entre los objetivos de las políticas en el sector de la salud y en otros sectores;
 - Impulsen la participación activa de las autoridades de otros sectores en los temas de salud.
- Con la recomendación 10 se puede incidir en los determinantes inmediatos y subyacentes de la malnutrición en la primera infancia.

10

Recomendación

Evitar el conflicto de intereses. Monitoreo, evaluación y presupuesto.

Ámbito	Salud, alimentación y nutrición.
Población objetivo	Tomadores de decisión, gobiernos, instituciones, organismos de la sociedad civil e industria.
Tipo de acción	Acción de triple propósito, pues tiene el potencial de incidir en todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales, y sobrepeso/obesidad).
Sectores involucrados	Legislativo, Privado, Salud, Medio Ambiente, Protección Social y Alimentación.

Las políticas de salud y alimentación deben de protegerse frente a los intereses de la industria de alimentos y bebidas. La existencia de un conflicto de interés no significa necesariamente que se haya producido una acción inadecuada o un acto de corrupción, si no indica que hay un riesgo de que ocurran acciones inapropiadas. Por lo tanto, resulta fundamental identificar los potenciales conflictos de interés y sus riesgos asociados y gestionarlos de manera efectiva para evitar su impacto negativo en la salud pública, la justicia social y la transparencia. Se requiere garantizar que las políticas y acciones públicas se lleven a cabo con estándares de integridad, transparencia y ética.

Así mismo, resulta entonces fundamental monitorear y evaluar la implementación de políticas públicas, programas, intervenciones y regulaciones para la prevención, reducción y control de todas las formas de malnutrición en niñas y niños durante la primera infancia con la finalidad de analizar sus avances y logros, medir sus resultados. Un gran porcentaje de las políticas y programas encontrados en esta revisión no han sido monitoreados y/o evaluados o sus evaluaciones o se encuentran disponibles de manera que los impactos, directos e indirectos, se desconocen o no se han fortalecido de manera adecuada para continuar los resultados esperados.

Referencias

09



- Alderete, E., Sonderegger, L., & Pérez-Stable, E. J. (2018). Emerging themes in food security: environmental justice, extended families and the multiple roles of grandmothers. *International Journal for Equity in Health*, 17, 1-11.
- Alviso-Orellana C., Estrada-Tejada D., Carrillo-Larco RM., y Bernabé-Ortiz, A. (2018) Sweetened beverages, snacks and overweight: findings from the Young Lives cohort study in Peru. *Public Health Nutrition*, 21(9):1627-1633. doi: 10.1017/S1368980018000320.
- Ancira-Moreno, M., Monterrubio-Flores, E., Hernández-Cordero, S., Omaña-Guzmán, I., Soloaga, I., Torres, F., Reyes, M., Burrola-Mendez, Y., & Morales-López, A. (2021). Incidence of low birth weight in Mexico: A descriptive retrospective study from 2008–2017. *PLoS ONE*, 16. Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256518>
- Araujo, M.C., Lopez Boo, F., y Puyana, J.M. (2013). *Overview of Early Childhood Development Services in Latin America and the Caribbean*. <http://dx.doi.org/10.18235/0012788>
- Arias Ortiz, E., Giambruno, C., Morduchowicz, A., y Pineda, B. (2023). El estado de la educación en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/es/el-estado-de-la-educacion-en-america-latina-y-el-caribe-2023>
- Asociación Colombiana de Educación al Consumidor & International Baby Food Action Network. (2021). *Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*.
- Attanasio, O. P., Fernández, C., Fitzsimons, E. O. A., Grantham-McGregor, S. M., Meghir, C., & Rubio-Codina, M. (2014). Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: Cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5785>
- Banco Mundial. (2022). Número de muertes de menores de 5 años - Latin America & Caribbean. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DTH.MORT?locations=ZJ>. Acceso 15 septiembre 2024.
- Banco Mundial. (2023). *Dos décadas transformando vidas a través de Programas de Protección Social en América Latina y el Caribe*. <https://www.bancomundial.org/es/results/2024/06/04/social-protection-programs-latin-america-and-caribbean>
- Banco Mundial. (2023). *Resurgir fortalecidos: Evaluación de pobreza y equidad en el Perú*. Oficina de Lima, Perú: Grupo Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2024). *Datos Brasil*. <https://datos.bancomundial.org/pais/brasil?view=chart> Acceso 3 septiembre 2024.
- Banco Mundial. (2024). *El Banco Mundial en Guatemala*. <https://www.bancomundial.org/es/country/guatemala/overview> Acceso 4 septiembre 2024.
- Banco Mundial. (2024). *México: panorama mundial*. <https://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview> Acceso 3 septiembre 2024
- Barancelli, M. D. C., Gazolla, M., & Schneider, S. (2022). Characterization of the prevalence of excess weight in Brazil. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13462-9>
- Beer, R. J., Herrán, O. F., & Villamor, E. (2021). Median urinary iodine concentration in Colombian children and women is high and related to sociodemographic and geographic characteristics: results from a nationally representative survey. *The Journal of Nutrition*, 151(4), 940-948.

- Benes Matos da Silva, H., Ribeiro-Silva, R. de C., Freitas de Mello e Silva, J., Chis Ster, I., Rebouças, P., Goes, E., Ichihara, M. Y., Ferreira, A., M. Pescarini, J., Leovigildo Fiaccone, R., S. Paixão, E., & L. Barreto, M. (2024). Ethnoracial disparities in childhood growth trajectories in Brazil: a longitudinal nationwide study of four million children. *BMC Pediatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04550-3>
- Bergallo, P., Castagnari, V., Fernández, A., y Mejía, R. (2018). Regulatory initiatives to reduce sugar sweetened beverages (SSBs) in Latin America, *PLOS ONE*, 13.
- Bernal, J., Frongillo, E. A., Herrera, H. A., & Rivera, J. A. (2014). Food insecurity in children but not in their mothers is associated with altered activities, school absenteeism, and stunting. *The Journal of Nutrition*, 144(10), 1619-1626.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., & Black, R. E. (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.
- Blanco, E., Marin M., Nuñez L., Retamal E., Ossa X., Woolley K. E., Oludotun, T., Bartington, S. E., Delgado-Saborit, J.M., Harrison, R., Ruiz-Rudolph, P., & Quinteros, M.E. (2022). Adverse pregnancy and perinatal outcomes in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 46: 21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.21>
- Bonvecchio Arenas, A., González, W., Théodore, F. L., Lozada-Tequeanes, A. L., Garcia-Guerra, A., Alvarado, R., Fernández-Gaxiola, A. C., Rawlinson, C. J., de la Vega, A. V., & Neufeld, L. M. (2019). Translating Evidence-Based Program Recommendations into Action: The Design, Testing, and Scaling Up of the Behavior Change Strategy ESIAN in Mexico. *Journal of Nutrition*, 149, 2310S-2322S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz229>
- Cárdenas-Villarreal, V. M., Hernandez-Barrera, L., Castro-Sifuentes, D., Guevara-Valtier, M. C., & Trejo-Valdivia, B. (2023). Trends in overweight and obesity in children under 24 months of age in Mexico (2012-2020): analysis of four national health surveys. *Cadernos de Saude Publica*, 39(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN046123>
- Carrillo-Larco, R. M., Miranda, J. J., & Bernabé-Ortiz, A. (2016). Impact of food assistance programs on obesity in mothers and children: A prospective cohort study in Peru. *American Journal of Public Health*, 106 (7), 1301–1307. American Public Health Association Inc. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303191>
- Castañeda-Díaz de León, A., Aradillas-García, C., y Luevano-Contreras, C. (2018). Malnutrición y cobertura de programas, un estudio piloto en niños indígenas tenek en Tocoay, México. *Salud Pública de México*, 60(4), 378. <https://doi.org/10.21149/9108>
- Castillo, A. N., & Suarez-Ortegón, M. F. (2023). Dual burden of individual malnutrition in children 1–4 years: Findings from the Colombian nutritional health survey ENSIN 2015. *Pediatric Obesity*, 18(6), e13020.
- Castillo-Valenzuela, O., Duarte, L., Arredondo, M., Iñiguez, G., Villarroel, L., & Pérez-Bravo, F. (2023). Childhood Obesity and Plasma Micronutrient Deficit of Chilean Children between 4 and 14 Years Old. *Nutrients*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/nu15071707>
- Castro, I. R. R. D., Normando, P., Farias, D. R., Berti, T. L., Schincaglia, R. M., Andrade, P. G., Bertoni, N., De Aquino, E. M., Dos Anjos, L.A., Siqueira, C., Citelli, M., Fioruzi, F., Campos, L.F., Jordao, A. A., Cabral de Lira, P.I., Kac, G., Brazilian Consortium on Child Nutrition; Vertulli, L.B., & Alves-Santos, N. H. (2023). Factors associated with anemia and vitamin A deficiency in Brazilian children under 5 years old: Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00194922.

- Cecchini, S., Villatoro, P., y Mancero, X. (2017). El impacto de las transferencias monetarias no contributivas sobre la pobreza en América Latina. *Revista CEPAL 134*: 7-32.
- CEPAL. (2022). Saravia Matus, S., Gil, M., Sarmanto, N., Blanco, E., Llavona, A., y Naranjo, L. *Brechas, desafíos y oportunidades en materia de agua y género en América Latina y el Caribe*. Recursos Naturales y Desarrollo. N.º211 (LC/TS.2022/170), Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL. (2023). *Primera infancia en la pospandemia en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/primera-infancia-la-pospandemia-america-latina-caribe>
- CEPAL. (2024). *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*. <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=>
- CEPAL/Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2019). *Evolución y perspectivas de la participación laboral femenina en América Latina*. *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*. N.º21 (LC/TS.2019/66), Santiago, 2019.
- Clínica Mayo. (2024). *Planificación Familiar*. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/family-planning/art-20044072>.
- Coelho, S. R., Faria, J. C. P., Fonseca, F. L. A., De Souza, F. I. S., & Sarni, R. O. S. (2022). Is There an Association between Vitamin D Concentrations and Overweight in Children and Adolescents? *Journal of Tropical Pediatrics*, 68(3). <https://doi.org/10.1093/tropej/fmac033>
- Colombara, D. V., Hernández, B., Gagnier, M.C., Johanns, C., Desai, S. S., Haakenstad, A., McNellan, C. R., Palmisano, E. B., Ríos-Zertuche, D., Schaefer, A., Zúñiga-Brenes, P., Zyznieuski, N., Iriarte, E., & Mokdad, A. H. (2015). Breastfeeding practices among poor women in Mesoamerica. *The Journal of Nutrition*. doi:10.3945/jn.115.213736
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2022). S. Saravia Matus et al. *Brechas, desafíos y oportunidades en materia de agua y género en América Latina y el Caribe*. Recursos Naturales y Desarrollo, N° 211 (LC/TS.2022/170), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2023). *Primera infancia en la pospandemia en América Latina y el Caribe* <https://www.cepal.org/es/enfoques/primera-infancia-la-pospandemia-america-latina-caribe>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2024). *Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*. <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=6> Acceso 3 septiembre 2024.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL / Organización Internacional del Trabajo, OIT (2019). *Evolución y perspectivas de la participación laboral femenina en América Latina*, *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 21 (LC/TS.2019/66), Santiago, 2019.
- Comisión Nacional para la Fortificación, Enriquecimiento y/o Equiparación de Alimentos del Gobierno de Guatemala. CONAFOR (2024). <https://pp.centramerica.com/main.asp?clc=326>.
- Comunidad de Práctica Latinoamérica y Caribe Nutrición y Salud. COLANSA. (2022). *Comunidad de práctica Latinoamérica y Caribe, Nutrición y Salud. Informe anual 2021-2022*. <https://colansa.org/wp-content/uploads/2022/03/Colansa-Relatorio-2021-22-Espanhol.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL (2021). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020*. Ciudad de México.
- Corporación de Juego y Niñez. (2024). *Acerca de Juego y Niñez*. <https://juegoyninez.org/quienes-somos/>.

- Corvalán, C., Garmendia, M.L., Jones-Smith, J., Lutter, C. K., Miranda, J. J., Pedraza, L. S., Popkin, B. M., Ramirez-Zea, M., Salvo, D., & Stein, A.D. (2017). Nutrition status of children in Latin America. *Obesity reviews*, 18 (2), 7-18. doi: 10.1111/obr.12571
- Costet, N., Pelé, F., Comets, E., Rouget, F., Monfort, C., Bodeau-Livinec, F., Langaniza, E.M., Bataille, H., Kadhel, P., Multigner, L., & Cordier, S. (2015). Perinatal exposure to chlordecone and infant growth. *Environmental research*, 142, 123-134.
- Cuevas-Nasu, L., Muñoz-Espinosa, A., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2023). Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s211-s217.
- Cunha, M. P., Marques, R. C., & Dórea, J. G. (2018). Influence of maternal fish intake on the anthropometric indices of children in the Western Amazon. *Nutrients*, 10(9), 1146.
- De Araújo, L. K. A. R., Faria, J. C. P., & Sarni, R. O. S. (2022). Iron deficiency anemia in infants in Sousa (PB), Brazil: an association with nutritional status. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 68(12), 1698–1704. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220761>
- De Castro, I. R. R., Farias, D. R., Berti, T. L., Andrade, P. G., Dos Anjos, L. A., Alves-Santos, N. H., de Aquino Lacerda, E. M., de Freitas, M. B., Kac, G., Boccolini, C. S., Vertulli Carneiro, L. B., Normando, P., & Schincaglia, R. M. (2023). Trends of height-for-age Z-scores according to age among Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cadernos de Saude Publica*, 39. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN087222>
- De Groot, R., Gassmann, F., Dietrich, S., Timar, E., Jaccoud, F., Giuberti, L., Bordon, G., Arts, M., Fautsch, Y., Veliz, P., y Mora, M. L. (2021). *Resumen informativo regional: tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en América Latina y el Caribe*. Universidad de Maastricht y Unicef. <https://www.unicef.org/lac/media/30206/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Regional.pdf>
- De la Cruz-Góngora, V., García-Guerra, A., Shamah-Levy, T., Villalpando, S., Valdez-Echeverría, R., & Mejía-Rodríguez, F. (2023). Estado de micronutrientos en niños, niñas y mujeres mexicanas: análisis de la Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65, s231-s237.
- De La Cruz-Góngora, V., Martínez-Tapia, B., Shamah-Levy, T., & Villalpando, S. (2021). Nutritional status of iron, vitamin B12, vitamin A and anemia in Mexican children: results from the Ensanut 2018-19. *Salud Publica de Mexico*, 63(3), 359–370. <https://doi.org/10.21149/12158>
- De Oliveira, M. M., Dos Santos, E. E. S., Bernardino, Í. de M., & Pedraza, D. F. (2022). Factors associated with nutritional status of children under five years old from Paraíba, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(2), 711–724. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46652020>
- De Onis, M. (2015). 4.1 The WHO child growth standards. *Pediatric Nutrition in Practice*, 113, 278-294.
- Dewey, K. G., Stewart, C. P., Wessells, K. R., Prado, E. L., & Arnold, C. D. (2021). Small-quantity lipid-based nutrient supplements for the prevention of child malnutrition and promotion of healthy development: Overview of individual participant data meta-analysis and programmatic implications. *American Journal of Clinical Nutrition*, 114, 3S-14S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab279>

- Díaz Sánchez, V. (2003). *El embarazo de las adolescentes en México*. http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:el-embarazo-de-las-adolescentes-enmexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81 20
- Díez-Canseco, F., & Saavedra-García, L. (2017). Social programs and reducing obesity in Peru: Reflections from the research. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(1), 105–112. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2772>
- Dirección de Impuestos y Aduanas, DIAN. (2022). *Impuestos saludables*. <https://www.dian.gov.co/aduanas/Paginas/Impuestos-Saludables.aspx>
- Dorsey, A. F., & Thompson, A. L. (2021). Child, caretaker, and community: Testing predictors of anemia and response to iron supplementation in Peruvian preschool-aged children. *American Journal of Human Biology*, 33(6). <https://doi.org/10.1002/ajhb.23538>
- Dude, A. M., Grobman, W., Haas, D., Mercer, B. M., Parry, S., Silver, R. M., Wapner, R., Wing, D., Saade, G., Reddy, U., Iams, J., & Kominiarek, M. A. (2021). Gestational weight gain and pregnancy outcomes among nulliparous women. *American Journal of Perinatology*, 38(02), 182-190.
- FAO. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Colección FAO: Alimentación y nutrición N.º 29 de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Roma. <https://www.fao.org/4/W0073S/w0073s00.htm#Contents>
- FAO. (2011). *La importancia de la educación nutricional*. Roma. <https://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>
- FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. (2023). *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias*. Santiago. Capítulo 3. <https://doi.org/10.4060/cc8514es>
- FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2021). *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cb7497es>
- FAO y OMS. (2020). *Dietas saludables sostenibles. Principios rectores*. Roma. <https://doi.org/10.4060/ca6640es>
- FAO, OMS y Codex Alimentarius. (2024). *Contaminantes*. <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/themes/contaminants/es/>
- FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago.
- FAO. *Portal de apoyo a las políticas y a la gobernanza*. <https://www.fao.org/policy-support/policy-themes/right-to-food/es/>
- Feldens, C. A., Alvarez, L., Acevedo, A. M., Cepeda, V., Chirife, M. T., Gálvez, C. A., Dezan-Garbelini, C., Gudiño-Fernández, S., Martignon, S., Pérez, V., Paiva, S.M., Zambrano, O., Zelada, D., & Villena, R. (2023). Early-life sugar consumption and breastfeeding practices: a multicenter initiative in Latin America. *Brazilian Oral Research*, 37, e104.
- Fernández-Gaxiola, A. C., Neufeld, L. M., & García-Guerra, A. (2024). Considerations for Correction of Micronutrient Deficiencies Through Supplementation in Pregnant Women and Children Under-5 in Latin America. *Food and Nutrition Bulletin*, 45 (1):03795721231219824
- FINUT. (2020). Buenas prácticas en la producción en la producción, almacenamiento y manejo para evitar la contaminación de cereales. En MD. Ruíz-López, y B, García-Villanova B. (Eds.). *Papel de los cereales de grano entero en la salud*. ILSI Nor-Andino. Granada, España.

- Flores, M. E., Rivera-Pasquel, M., Valdez-Sánchez, A., De la Cruz-Góngora, V., Contreras-Manzano, A., Shamah-Levy, T., & Villalpando, S. (2021). Vitamin D status in Mexican children 1 to 11 years of age: an update from the Ensanut 2018-19. *Salud Publica de Mexico*, 63(3), 382–393. <https://doi.org/10.21149/12156>
- Ford, K. J., Lourenço, B. H., Cobayashi, F., & Cardoso, M. A. (2020). Health outcomes of the Bolsa Familia program among Brazilian Amazonian children. *Revista de Saude Publica*, 54. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001519>
- Fram, M. S., Bernal, J., & Frongillo, E. A. (2015). The measurement of food insecurity among children: review of literature and concept note. Innocenti Working Paper N°2015-08, Unicef, Office of Research, Florence.
- G20 Brasil. (2024). Alianza Global contra el hambre y la pobreza. Lucha contra el hambre y la pobreza: Brasil presenta programa Bolsa Familia ante los países del G20. <https://www.g20.org/es/noticias/lucha-contr-el-hambre-y-la-pobreza-brasil-presenta-programa-bolsa-familia-ante-los-paises-del-g20>
- Galicia, L., López de Romaña, D., Harding, K.B., De-Regil, L.M., & Grajeda, M. (2016). Tackling malnutrition in Latin America and the Caribbean: challenges and opportunities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 138–146.
- Garasky, S., Morton, L. W., & Greder K. A. (2006). The effects of the local food environment and social support on rural food insecurity. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 1(1) 83–103.
- Garmendia, M. L., Mondschein, S., Montiel, B., & Kusanovic, J. P. (2021). Trends and predictors of birth weight in Chilean children. *Public Health*, 193, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.019>
- Gatica-Domínguez, G., Mesenburg, M. A., Barros, A. J. D., & 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). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01165-9>
- Gazola Hellmann, A. (2015). *¿Cómo funciona Bolsa Familia? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*. ONU, ReDeSoc, CEPAL. <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4297>.
- Gibney, M. J. (2022). Ultra-processed foods in public health nutrition: the unanswered questions. *British Journal Nutrition*, 129(12), 1-4. doi: [10.1017/S0007114522002793](https://doi.org/10.1017/S0007114522002793)
- Global Database. (2022). *Based on Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Demographic and Health Surveys (DHS) and other nationally representative household surveys, 2015–2021*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/iodine/>
- Global Food Research Program. (2022). *University of North Carolina at Chapel Hill*. https://www.globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2022/02/Sugary_Drink_Tax_maps_2022_02.pdf
- Gobierno de Brasil. (2024). *Programa Bolsa de Alimentación*. <https://govbrasil.infocursosya.site/bolsa-de-alimentacion-%f0%9f%9f%a1/> Acceso 17 julio 2024.
- Gobierno de Brasil. (2024). *Programa de apoyo al desarrollo infantil*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/politica/noticia/2016-10/lanzado-programa-brasileno-de-apoyo-al-desarrollo-infantil>. Acceso 3 septiembre 2024.
- Gobierno de Brasil. *Programa Crianza Feliz*. <https://govbrasil.infocursosya.site/programa-crianza-feliz-%f0%9f%92%9b/>. Acceso 17 julio 2024.

- Gobierno de Guatemala, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (2024). *Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. PESAN 2023-2032. <https://portal.sesan.gob.gt/wp-content/uploads/2023/07/PESAN-2023-2032.pdf>. Acceso 17 julio 2024.
- Gobierno de México. (2020). *Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia* (ENAPI). <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/estrategia-nacional-de-atencion-a-la-primera-infancia-enapi>. Acceso 9 septiembre 2024.
- Gobierno de México (2024). *Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia* (ENAPI). <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/estrategia-nacional-de-atencion-a-la-primera-infancia-enapi>. Acceso 12 julio 2024.
- Gobierno de Perú. (2024). *Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS*. <https://www.gob.pe/institucion/juntos/institucional>. Acceso 4 septiembre 2024.
- Gobierno de la República de Guatemala, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (2024). *¿En qué consiste la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional? 2022-2037*. <https://portal.sesan.gob.gt/mdocuments-library-2/polsan/>. Acceso septiembre 4 de 2024.
- Gołowski, K., Giermaziak, W., Ciebiera, M., & Wojtyła, C. (2023). Excessive gestational weight gain and pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(9), 3211.
- Gómez, G., Fisberg, R.M., Nogueira, A., Hermes, C., Kovalskys, I., Fisberg, M., Herrera-Cuenca, M., Cortés, L.Y., Yépez, M.C., Pareja, R.G., Rigotti, A., Guajardo, V., Zalzman, I., Chinnock, A., Murillo, A.G., & Brenes, J.C. (2019). *Diet Quality and Diet Diversity in Eight Latin American Countries: Results from the Latin American Study of Nutrition and Health (ELANS)*. *Nutrients*, *11*.
- Gosdin, L., Martorell, R., Bartolini, R. M., Mehta, R., Srikantiah, S., & Young, M. F. (2018). The co-occurrence of anaemia and stunting in young children. *Maternal and Child Nutrition*, *14*(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12597>
- Goudet, S. M., Bogin, B. A., Madise, N. J., & Griffiths, P. L. (2019). Nutritional interventions for preventing stunting in children (birth to 59 months) living in urban slums in low- and middle- income countries (LMIC). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*. doi: [10.1002/14651858.CD011695.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011695.pub2).
- Grajeda, R., Hassell, T., Ashby-Mitchell, K., Uauy, R., & Nilson, E. (2019). Regional Overview on the Double Burden of Malnutrition and Examples of Program and Policy Responses: Latin America and the Caribbean. *Annals of Nutrition and Metabolism*, *75*(2), 139–143. <https://doi.org/10.1159/000503674>
- Guardiola, J., y González-Gómez, F. (2010). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. *Nutrición Hospitalaria*, *25*(3), 38-43.
- Gust Duque, T., Bernal, I. J., Gonzalez, W., Vossenaar, M., Bonvecchio, A., Pelto, G., & Tumilowicz, A. (2017). Investigating Attributes Caregivers Associate with Complementary Feeding to Promote Small Quantity Lipid-Based Nutrient Supplement (SQ-LNS) In Colombia: Formative Research for The Spoon Project. *Annals of Nutrition and Metabolism* *71*, 301.
- Hamilton S. (2006). Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. *J Fam Pract*, *55*, 415-422.
- Headey, D. & Alderman, H. (2019). The Relative Caloric Prices of Healthy and Unhealthy Foods Differ Systematically across Income Levels and Continents. *The Journal of Nutrition*, *149*, 2020–2033.

- Hector, D., King, L., Webb, K., & Heywood, P. (2005). Factors affecting breastfeeding practices. Applying a conceptual framework. *New South Wales public health bulletin*, 16(4), 52-55.
- Herforth, A., Venkat, A., Bai, Y., Costlow, L., Holleman, C., & Masters, W.A. (2022). *Methods and options to monitor the cost and affordability of a healthy diet globally. Background paper for The State of Food Security and Nutrition in the World*. FAO Agricultural Development Economics Working Paper 22-03. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc1169en>
- Herlin, M., Broberg, K., Igra, A. M., Li, H., Harari, F., & Vahter, M. (2019). Exploring telomere length in mother–newborn pairs in relation to exposure to multiple toxic metals and potential modifying effects by nutritional factors. *BMC medicine*, 17, 1-11.
- Hernández Licona, G., De la Garza, T., Zamudio, J., & Yaschine, I. (2019). *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*. Ciudad de México: CONEVAL.
- High Level Panel of Experts, E. (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Rome.
- Horton R. (2008). Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. *Lancet*, 19 371(9608). doi:10.1016/s0140-6736(07)61869-8
- Huayta, V. M. R., Pradeilles, R., Creed-Kanashiro, H. M., Rousham, E., Delgado, D., Pareja, R., Landais, E., Verdezoto, N., Haycraft, E., & Holdsworth M. (2024) Identifying priority double-duty actions to tackle the double burden of malnutrition in infants and young children in Peru: Assessment and prioritisation of government actions by national experts. *PLoS One*, 19(5):e0303668. doi: 10.1371/journal.pone.0303668
- Huicho, L., Segura, E. R., Huayanay-Espinoza, C. A., de Guzman, J. N., Restrepo-Méndez, M. C., Tam, Y., Barros, A. J. D., Victora, C. G., Herrera-Perez, E., Huamaní, C., Vásquez, T., & Hernandez, P. (2016). Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A Countdown to 2015 country case study. *The Lancet Global Health*, 4(6), e414–e426. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00085-1)
- Imdad, A., Mayo-Wilson, E., Haykal, M. R., Regan, A., Sidhu, J., Smith, A., & Bhutta, Z. A. (2022). *Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age*. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi 10.1002/14651858.CD008524.pub4. Acceso el 17 de septiembre de 2024.
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, IHAN. (2024). *Código Internacional de Mercadeo de los sustitutos de la leche materna, promoción de espacios para la lactancia en el sector laboral. Estrategia para los 1000 días*. <https://www.ihan.es/producto/iniciativa-para-la-humanizacion-de-la-asistencia-al-nacimiento-y-la-lactancia-para-las-unidades-neonatales-neo-ihan/>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, IHAN y Unicef (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. <https://www.ihan.es/codigo-internacional-de-comercializacion-de-sucedaneos-de-leche-materna/> Acceso 10 septiembre de 2024.
- Informe de la Nutrición Mundial. (2022). *Compromisos más firmes para una acción más decidida*. Bristol (Reino Unido).
- Informe monitoreo al CICCSLM COLOMBIA (2021). <https://educarconsumidores.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-monitoreo-al-CICCSLM-Colombia-2021web.pdf>

- Institute of Health Economics, IHE. (2008). *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A synopsis of the evidence*. Canada, 274. 22
- Institute of Medicine (U.S.) (2011). *Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium. Dietary Reference Intakes: calcium and vitamin D*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. (2024). *Bienestarina Más* ®. <https://www.icbf.gov.co/bienestarina-mas-r-0> Acceso el 16 septiembre 2024.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2024). Modalidad Propia e Intercultural para la Atención a la Primera Infancia. <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/modalidades-de-atencion/modalidad-propia>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2024). Primera Infancia. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/primera-infancia> Acceso 9 de septiembre 2024.
- Instituto Nacional de Nutrición (2024). *Nutri Chicha*. INN, Caracas, Venezuela. <http://www.inn.gob.ve/> Acceso 19 julio 2024.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados por entidad federativa, San Luis Potosí. Cuernavaca: INSP.
- IPC-IG y UNICEF. (2020). *Maternidad y paternidad en el lugar de trabajo en América Latina y el Caribe — políticas para la licencia de maternidad y paternidad y apoyo a la lactancia materna*. Brasilia y Ciudad de Panamá: Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia—Oficina Regional para América Latina y el Caribe. https://www.unicef.org/lac/media/13931/file/Maternidad_y_paternidad_en_el_lugar_de_trabajo_en_ALC.pdf
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A., y Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 18-25.
- Kac, G., Da Veiga, M.C., Alves-Santos, N.H., De Castro, I.R.R., & Batista, M. (2023). Trajectory of child food and nutrition policies. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(2) e00094822.
- Keats, E. C., Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Imdad, A., Black, R. E., & Bhutta, Z. A. (2021). Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. *Lancet Child Adolescent Health*, 5(5), 367-384. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30274-1
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*, 4, e895–6. 7.
- Kim, S. & Oancea, S. C. (2020). Electronic cigarettes may not be a “safer alternative” of conventional cigarettes during pregnancy: evidence from the nationally representative PRAMS data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-9.
- Krebs, N. F., Belfort, M. B., Meier, P. P., Mennella, J. A., O'Connor, D. L., Taylor S. N., & Raiten, D. J. (2023). Infant factors that impact the ecology of human milk secretion and composition—a report from “Breastmilk Ecology: Genesis of Infant Nutrition (BEGIN)” Working Group 3. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 117, S43-S60.
- Kurihayashi, A. Y., Augusto, R. A., Escaldelai, F. M. D., & Martini, L. A. (2015). Estado nutricional de vitaminas A e D em crianças participantes de programa de suplementação alimentar. *Cadernos de Saude Publica*, 31(3), 531–542. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082814>

- Labrecque, J. A., Kaufman, J. S., Balzer, L. B., Maclehose, R. F., Strumpf, E. C., Matijasevich, A., Santos, I. S., Schmidt, K. H., & Barros, A. J. D. (2018). Effect of a conditional cash transfer program on length-for-age and weight-for-age in Brazilian infants at 24 months using doubly-robust, targeted estimation. *Social Science and Medicine*, 211, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.040>
- Ledesma, N. I., Sepúlveda, D. M., Cárdenas, D. L., y Manjarrés Correa, L. M. (2016). Ingesta de energía y nutrientes en niños de 2-4 años que asisten al programa “Buen Comienzo”, Medellín (Colombia). *Nutrición hospitalaria*, 33, 1052-1061. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.566>
- Lee, J., Houser, R., Must, A., Palma, P., & Bermudez, O. (2017). Association of the Familial Coexistence of Child Stunting and Maternal Overweight with Indigenous Women in Guatemala. *Maternal and Child Health Journal*, 21(11), 2102–2113. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2325-9>
- Likhar, A., Baghel, P., & Patil, M. (2022). Early childhood development and social determinants. *Cureus*, 14(9).
- Lima, R. B. M., Ferreira, H. S., Cavalcante, A. L., Santos, L. G. M. L., Vieira, R. C. S., & Assunção, M. L. (2020). Coverage and educational actions related to the national vitamin A supplementation program: a study in children from the state of Alagoas. *Jornal de Pediatria*, 96(2), 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.08.006>
- Liu, J. & Raine, A. (2017). Nutritional status and social behavior in preschool children: the mediating effects of neurocognitive functioning. *Maternal & child nutrition*, 13(2), e12321.
- Lopez, V. K., Dombecki, C., Trostle, J., Mogrovejo, P., Castro Morillo, N., Cevallos, Woldstick, J., Jones, A.D., & Eisenberg, J. N. (2018). Trends of child undernutrition in rural Ecuadorian communities with differential access to roads, 2004–2013. *Maternal & child nutrition*, 14(3), e12588.
- Lourenço, B. H., Rodrigues, C. Z., Damasceno, A. A. de A., Cardoso, M. A., & Castro, M. C. (2023). Autocorrelação do crescimento linear e ganho de peso do nascimento à infância Estudo MINA-Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 57(2), 1-14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005628>
- Love, P., Whelan, J., Bell, C., Grainger, F., Russell, C., Lewis, M., & Lee, A. (2018). Healthy diets in rural Victoria cheaper than unhealthy alternatives, yet unaffordable. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 15.
- Macollunco-Flores, P. T., Ponce-Pardo, J. E., & Inocente-Camones, M. Á. (2018). Programas nacionales para la prevención y tratamiento de anemia ferropénica en los países de Sudamérica. *Salud Publica de México*, 60(4), 386-7. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9237>
- Marçal, G. D. M., Mendes, M. M. E., Fragoso, M. D. G. M., Florêncio, T. M. D. M. T., Bueno, N. B., & Clemente, A. P. G. (2021). Association between the consumption of ultra-processed foods and the practice of breast-feeding in children under 2 years of age who are beneficiaries of the conditional cash transfer programme, Bolsa Família. *Public Health Nutrition*, 24(11), 3313–3321. <https://doi.org/10.1017/S136898002000244X>
- Marco Navarro F. (2014). *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: Igualdad para hoy y mañana*. CEPAL Serie Políticas Sociales. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/a9225b86-40a8-489c-9904-424e0ee926d5/content>
- Mártinez Agustin, O., Sánchez de Medina López-Huerta, F., y Suárez Ortega, M. D., (2017). Vitamina D. En: *Tratado de Nutrición. Bases Fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición*. Gil A, Coord. Fontana L, Sánchez de Medina F. 3a edición. Editorial Panamericana.

- Martorell, R., Ascencio, M., Tacsan, L., Alfaro, T., Young, M. F., Addo, O. Y., Dary, O., & Flores-Ayala, R. (2015). Effectiveness evaluation of the food fortification program of Costa Rica: Impact on anemia prevalence and hemoglobin concentrations in women and children. *American Journal of Clinical Nutrition*, *101*(1), 210–217. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.097709>
- Martorell, R. & López de Romaña, D. L. (2017). Components of Successful Staple Food Fortification Programs: Lessons from Latin America. In *Food and Nutrition Bulletin*, *38*(3), 384–404. <https://doi.org/10.1177/0379572117707890>
- McKee, S. G., Close, R., & Lowenthal, E. (2017). Evaluation of Iron Deficiency Anemia in a Pediatric Clinic in the Dominican Republic. *Annals of Global Health*, *83*(3–4), 550–556. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.07.004>
- MedlinePlus. (2024). *Sobredosis de multivitamínicos*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002596.htm> Acceso 26 agosto, 2024.
- Mehta, S., Huey, S. L., Ghugre, P. S., Potdar, R. D., Venkatramanan, S., Krisher, J. T., Ruth, C.J., Chopra, H.V., Thorat, A., Thakker, V., Johnson, L., Powis, L., Raveendran, Y., Haas, J.D., Finkelstein, J.L., & Udipi, S.A. (2022). A randomized trial of iron-and zinc-biofortified pearl millet-based complementary feeding in children aged 12 to 18 months living in urban slums. *Clinical Nutrition*, *41*(4), 937-947.
- Mejía-Rodríguez, F., Mundo-Rosas, V., García-Guerra, A., Mauricio-López, E. R., Shamah-Levy, T., Villalpando, S., & De la Cruz-Góngora, V. (2023). Prevalencia de anemia en la población mexicana: análisis de la Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, *65*, s225-s230.
- Mena Valverde M. C., Ortega Ganta, R. M., y Carvajales, P. A. (2017) *Vitamina A. Tratado de Nutrición Bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición*. Tomo I. Editorial Panamericana. Madrid.
- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., Council on Communications and Media Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Mulligan, D. A., Ameenuddin, N., Brown, A., Christakis, D.A., Cross, C., Falik, H.L., Hill, D.L., Hogan, M.J., Estin, A., Ó'Keeffe, G.S., & Swanson, W. S. (2012). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: Focus on children in poverty. *Pediatrics*, *129*(1), e204-e213.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2023). *Proyecto para la reducción acelerada de la malnutrición en el Ecuador*. INTI, 2014-2015; Quito MCDS.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021*. Lima: MS.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Presidencia de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud. (2007). *2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Indicadores Seleccionados de Salud y Nutrición Población Materno-Infantil*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. (2019). Presidencia de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud. *2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Indicadores Seleccionados de Salud y Nutrición Población Materno-Infantil*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, República de Argentina. (2024). *2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Indicadores seleccionados*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-seleccionados>
- Ministerio de Salud. (2012). *Lineamientos de prevención y tratamiento de la anemia en la población materno-infantil*. Buenos Aires: MS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estrategias para la prevención y reducción de la anemia nutricional*. Boletín Electrónico para los actores del Sistema de Salud de Colombia. Bogotá: Minsalud.

- Ministério do Desenvolvimento Agrário do Brasil (2012). *Fome Zero: A experiência Brasileira*. <https://www.fao.org/4/i3023s/i3023s.pdf> Acceso 3 septiembre 2024.
- Ministry of Health, Wealth and the Environment. <https://health.gov.ag/elementor-18071/> Acceso 10 septiembre 2024.
- Miranda, M., Olivares, G., Manuel, Durán-Pérez., J., y Pizarro, A. (2015). Prevalencia de anemia y estado nutricional de escolares del área periurbana de Sucre, Bolivia. *Revista chilena de nutrición*, 42(4), 324-327. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400001>
- Mokhtar, R. R., Holick, M. F., Sempértegui, F., Griffiths, J. K., Estrella, B., Moore, L. L., Fox, M. P., & Hamer, D. H. (2018). Vitamin D status is associated with underweight and stunting in children aged 6-36 months residing in the Ecuadorian Andes. *Public Health Nutrition*, 21(11), 1974–1985. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002816>
- Monroy-Valle, M., Coyoy, W., De León, J., & Flórez, I. D. (2017). Dietetic determinants of zinc consumption in stunted children under five in Maya communities from Guatemala. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 451–458. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2276>
- Mujica, M., Brito, A., Castillo, A., Olivares, M., & Hertrampf, E. (2012). Consumo y valoración social de la leche purita fortificada y del cereal Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). *Revista Chilena de Nutrición*, 39(4):173-9. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000400010>
- Murillo-Llorente, M. T., Montagud-Hidalgo, P., Pérez-Murillo, J., Legidos-García, M. E., Palau-Ferré, A., & Pérez-Bermejo, M. (2022). Nutritional Assessment of the Infant Population of the Chirikyacu Indigenous Community of Peru. *Nutrients*, 14(24). <https://doi.org/10.3390/nu14245217>
- Naciones Unidas (2024). *Decenio de las Naciones Unidas sobre la Acción en Nutrición 2016-2025*. <https://www.un.org/nutrition/es>. Acceso 10 julio 2024.
- National Institutes of Health. Office of Dietary Supplements (2022). Zinc. <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Zinc-DatosEnEspañol/> Acceso 18 de junio 2024.
- National Institutes of Environmental Health Sciences, NIH (2024). Nutrición, Salud y Medio Ambiente. <https://www.niehs.nih.gov/health/topics/enfermedades/nutricion> Acceso 9 de julio de 2024.
- Neufeld, L. M. (2019). Diseño y fortalecimiento programático basado en evidencia: el caso de nutrición en el programa Progresas-Oportunidades-Prospera. En G. Hernández Licona, G., T. De la Garza., J. Zamudio, J. & I. Yaschine. (coords.) *El Progresas-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*. Ciudad de México: CONEVAL.
- Neufeld, L. M., García-Guerra, A., Quezada, A. D., Théodore, F., Bonvecchio Arenas, A., Islas, C. D., Garcia-Feregrino, R., Hernandez, A., Colchero, A., & Habicht, J. P. (2019). A Fortified Food Can Be Replaced by Micronutrient Supplements for Distribution in a Mexican Social Protection Program Based on Results of a Cluster-Randomized Trial and Costing Analysis. *Journal of Nutrition*, 149, 2302S-2309S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz176>
- Nutrition International. (2023). *The cost of inaction: The price of unmade progress towards the global nutrition targets. Undernutrition is costing latin america and the caribbean \$71 billion per year*. <https://www.nutritionintl.org/wp-content/uploads/2023/12/Cost-of-Inaction-Latin-America-Brief-FINAL-Digital.pdf>
- Nutrition International. (2024). *Nutrition International launches the Cost of Inaction tool to highlight the urgent need for action against malnutrition*. <https://www.nutritionintl.org/news/all-news/nutrition-international-launches-cost-of-inaction-tool/>

- Nuñez, P. A., Fernández, M. S., Turjanski, P., Pérez, A., Rivero, M. R., De Angelo, C., Salomón, O. D., & Cueto, G. (2020). Substantial reduction in child stunting is differentially associated to geographical and socioeconomic disparities in Misiones Province, Argentina. *Tropical Medicine and International Health*, 25(7), 874–885. <https://doi.org/10.1111/tmi.13400>
- Ofori, K. F., Antoniello, S., English, M. M., & Aryee, A. N. (2022). Improving nutrition through biofortification—A systematic review. *Frontiers in nutrition*, 9, 1043655.
- Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, OHCHR. *El derecho a la alimentación adecuada*. Folleto informativo N.º 34. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>
- Oliveira Assis, A. M., Ribas de Farias Costa, P., Monteiro da Silva, M. Da C., Leila Portela de Santana, M., Costa Dias Pitangueira, J., Fonseca, N. S. dos S., Maria da Conceição Pinheiro, S., & Maria Chaves dos Santos, S. (2015). Efectividad del programa de transferencia de ingreso Bolsa Alimentação (PBA) sobre la variación del incremento del peso y de la talla de niños en el nordeste del Brasil. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 689–697. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7909>
- Olney, D. K., Leroy, J., Bliznashka, L., & Ruel, M. T. (2018). PROCOMIDA, a food-assisted maternal and child health and nutrition program, reduces child stunting in Guatemala: A cluster-randomized controlled intervention trial. *Journal of Nutrition*, 148(9), 1493–1505. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy138>
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2018) *Trabajo infantil y migración*. <https://www.ilo.org/es/programa-internacional-para-la-erradicacion-del-trabajo-infantil-ipecc/sectores-y-areas-de-trabajo/trabajo-infantil-y-migracion>. Acceso 15 septiembre 2024.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acceso 15 de septiembre 2024.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2011). *Directriz: Administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños 6–59 meses de edad*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Concentraciones de yodo en orina para establecer estado nutricional de yodo en poblaciones*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130836/WHO_NMH?sequence=1 Acceso 14 septiembre 2024.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,nacer%20inferior%20a%202500%20g>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). *Health in all policies. Training manual*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2018). *Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025*. Ginebra. Licencia: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2019). *Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022). *Contaminación del aire ambiente (exterior)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health). Acceso 15 agosto 2024.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2023). *Prioritizing quality of care in maternal health* (who.int). Acceso 1 agosto 2024.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2023). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Acceso 16 junio 2024.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2024). Salud en todas las políticas. <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas#:~:text=Salud%20en%20todas%20las%20pol%C3%ADticas%20%28HiAP%29%20es%20un,salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20y%20la%20equidad%20sanitaria> Acceso 10 septiembre 2024.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, OMS y UNICEF. (2021). *The JMP global database*. <https://washdata.org/data/household#!/dashboard/new>. Acceso 16 septiembre 2024.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2005). *Las bases para la salud materno-infantil*. <http://www.ops.org.sv/content/view/173/2>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016). *La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>. Acceso 10 septiembre 2024.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones*. Washington, D.C: OPS; 2019 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51523/9789275320327_spa.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2021). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano*. <https://www.paho.org/es/documentos/cuidado-carinoso-sensible-para-desarrollo-primera-infancia-marco-para-ayudar-ninos-ninas>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2024). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> Acceso el 01 de julio de 2024.
- Organismo Internacional de Energía Atómica. (2020). *¿Cómo pueden usarse las técnicas nucleares para combatir las deficiencias de vitaminas y minerales en niños mexicanos y guatemaltecos?* <https://www.iaea.org/es/newscenter/news/resolver-deficiencias-vitaminas-minerales-mexico-guatemala>. Acceso 15 septiembre 2024.
- Padilla, A. de J. y Trujillo, J. C. (2015). Evaluación del programa de crecimiento y desarrollo y el cuidado del Niño en Colombia: Sus efectos en la región Caribe. *Cadernos de Saude Publica*, 31(10), 2099–2109. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153514>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
- Pan American Health Organization, PAHO (2014). *Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents for 2014-2019*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49138/obesity-plan-of-action-child_eng_2015.pdf

- Pan American Health Organization, PAHO (2015). *Ultraprocessed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications*. Washington.
- Pan American Health Organization, PAHO. (2017). *Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Santiago, Chile*. <https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-al-codigo-internacional-comercializacion-sucedaneos-leche-materna-santiago>
- Pan American Health Organization, PAHO. (2018). *Leche materna desde la primera hora de vida*. <https://www.paho.org/es/noticias/31-7-2018-leche-materna-desde-primer-hora-vida#:~:text=Actualmente%252C%2520solo%2520el%252038%2525%2520de%2520los%2520beb%252C3%25A9s%2520son,-contin%252C3%25BAa%2520con%2520la%2520lactancia%2520hasta%2520los%252024%2520meses>
- Pan American Health Organization, PAHO. (2019). *Resumen-monitoreo de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna-URY*. <https://www.paho.org/es/documentos/resumen-monitoreo-cumplimiento-codigo-internacional-comercializacion-sucedaneos-leche>
- Pan American Health Organization, PAHO. (2022). *OPS llama a trazar una hoja de ruta con políticas públicas que mejoren los resultados de la salud de los recién nacidos de la región*. <https://www.paho.org/es/noticias/25-2-2022-ops-llama-trazar-hoja-ruta-con-politicas-publicas-que-mejoren-resultados-salud>
- Pan American Health Organization, PAHO (2022). *Anemia in women of reproductive age, and children under-five years in the Region of the Americas*. ENLACE data portal. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health, Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/enlace/anemia-women-and-children>. Acceso 13 junio 2024.
- Pan American Health Organization, PAHO. (2023). *Joseph Nathaniel France General hospital St. Kitts and Nevis is certified as Baby-Friendly*. <https://www.paho.org/en/news/24-3-2023-joseph-nathaniel-france-general-hospital-st-kitts-and-nevis-certified-baby-friendly>. Acceso 10 septiembre 2024.
- Pan American Health Organization, PAHO. (2023). <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
- Peña, F. M., Dinamarca, B. L., & Berkovic, J. K. (2020). Evaluation of the chilean program “vida sana 2017” in participants under 20 years of age after 6 months of intervention. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 559–567. <https://doi.org/10.20960/nh.02970>
- Perdomo, C. D., Rodríguez, E. R., Magallanes, H. C., Flores Navarro, H. E., Matul Pérez, S. E., & Moyano, D. (2019). Impact of a community program for child malnutrition. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(4), 411–421. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.901>
- Pereira, I. F. D. S., Andrade, L. D. M. B., Spyrides, M. H. C., & Lyra, C. D. O. (2017). Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: Evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(10), 3341–3352. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.25242016>
- Pereira, R. F., Sidebottom, A. C., Boucher, J. L., Lindberg, R., Werner, R. (2014). Peer Reviewed: Assessing the Food Environment of a Rural Community: Baseline Findings From the Heart of New Ulm Project, Minnesota, 2010–2011. *Preventing Chronic Disease*, 11.
- Pérez-Bravo, F., Duarte, L., Arredondo-Olguín, M., Iñiguez, G., & Castillo-Valenzuela, O. (2022). Vitamin D status and obesity in children from Chile. *European Journal of Clinical Nutrition*, 76(6), 899–901. <https://doi.org/10.1038/s41430-021-01043-9>

- Pérez-Escamilla, R. y Moran, V.H. (2017). The role of nutrition in integrated early child development in the 21st century: contribution from the Maternal and Child Nutrition journal. *Maternal and Child Nutrition*, 13(1), 3-6. doi: [10.1111/mcn.12387](https://doi.org/10.1111/mcn.12387)
- Pérez-Lu, J. E., Cárcamo, C., Nandi, A., & Kaufman, J. S. (2017). Health effects of 'Juntos', a conditional cash transfer programme in Peru. *Maternal and Child Nutrition*, 13(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12348>
- Pierezan, M. D., Dalla Nora, F. M., & Verruck, S. (2023). Correlation between as, Cd, Hg, Pb and Sn concentration in human milk and breastfeeding mothers' food consumption: a systematic review and infants' health risk assessment. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 63(26), 8261-8274.
- Piscopo., S. (2018). *Reference Module in Food Science || Nutrition Education*. doi:[10.1016/B978-0-08-100596-5.22087-8](https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100596-5.22087-8)
- Pita-Rodríguez., G. M., Chávez-Chong, C., Lambert-Lamazares, B., Montero-Díaz, M., Selgas-Lizano, R., Basabe-Tuero, B., Alfonso-Sagué, K., & Díaz-Sánchez, M. E. (2021). Influence of Inflammation on Assessing Iron-Deficiency Anemia in Cuban Preschool Children. *MEDICC Review* (23).
- Pomati, M., Mendoza-Quispe, D., Anza-Ramirez, C., Hernández-Vásquez, A., Carrillo Larco, R. M., Fernandez, G., Nandy, S., Miranda, J. J., & Bernabé-Ortiz, A. (2021). Trends and patterns of the double burden of malnutrition (DBM) in Peru: a pooled analysis of 129,159 mother-child dyads. *International Journal of Obesity*, 45(3), 609-618. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00725-x>
- Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 395(10217), 65-74.
- Quezada-Sánchez, A. D., García-Guerra, A., Galindo-Gómez, C., García-Morales, C., Molina-Vélez, D., & Palacio-Mejía, L. S. (2020). Mala nutrición a nivel municipal en población preescolar mexicana y cobertura del programa nacional México sin hambre. *Salud Publica de México*, 62(3), 279-287. <https://doi.org/10.21149/10605>
- R4V. (2022). *Estudio sobre el estado de situación de niñas, niños y adolescentes refugiados y migrantes de Venezuela y su vínculo con el trabajo infantil en América Latina. Casos: Chile, Colombia, Ecuador y Perú/Organización internacional del Trabajo; Servicio de Principios y derechos fundamentales en el trabajo (FUNDAMENTALS)*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Lima: OIT.
- Radimer, K. L. (1990). *Understanding hunger and developing indicators to assess it*. Cornell University.
- Re, C. (2023). The triple burden of malnutrition. *Nature Food* 4(925).
- Ríos, N. I. L., Herrera, D. M. S., Sánchez, D. L. C., & Correa, L. M. M. (2016). Ingesta de energía y nutrientes en niños de 2-4 años que asisten al programa "Buen Comienzo", Medellín (Colombia). *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1052-1061. <https://doi.org/10.20960/nh.566>
- Rivera, J. A., Pedraza, L. S., Martorell R, Gil A. (2014). Introduction to the double burden of undernutrition and excess weight in Latin America. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6): 1613S-1616S.
- Rivera Dommarco, J. A., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González de Cosío Martínez, T., Aguilar Salinas, C. A., Hernández Licona, G., y Barquera, S. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, México.

- Roy, A. S., Mazaniello-Chézol, M., Rueda-Martinez, M., Shafique, S., & Adams, A. M. (2023). Food systems determinants of nutritional health and wellbeing in urban informal settlements: A scoping review in LMICs. *Social Science & Medicine*, 322, 115804.
- Russell, C., Whelan, J., & Love, P. (2022). Assessing the cost of healthy and unhealthy diets: a systematic review of methods. *Current Nutrition Reports*, 11(4), 600-617.
- Ruíz-López, M.D. y García-Villanova, B. (2020). Buenas prácticas en la producción, almacenamiento y manejo para evitar la contaminación de cereales. Capítulo 12. En FINUT, ILSI Nor-Andino. (Eds.). *Papel de los cereales de grano entero en la salud*. Informe científico FINUT 02.
- Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Chico-Barba, G., Gamboa, R., Mendoza-Flores, M. E., Robles-Alarcón, F. J., Pérez-Martínez I., & Monroy-Muñoz, I. E. (2024). Gestational Weight Gain: Is the Role of Genetic Variants a Determinant? A Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(5), 3039.
- Santiano, F. E., Fernandez- Muñoz, J. M., Pistone- Creydt, V., Zoppino, F. C. M., López-Fontana, C. M., & Carón, R. W. (2023). Inpatient and outpatient treatment by specialist infant nutrition centres in Argentina effectively reduced child malnourishment. *Acta Paediatrica*, 112(5), 1074-1081.
- Santos, I. K. S. dos, & Conde, W. L. (2024). Quality of anthropometric data of children under 5 years in the Brazilian National Food and Nutrition Surveillance System, 2008-2020. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT070523>
- Save the Children. (2008). *Estado MUNDIAL DE LAS MADRES 2008. Reduciendo las desigualdades en la supervivencia de los niños menores de 5 años*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/estado_mundial_madres_2008_0.pdf. Acceso 30 mayo 2024.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Centro Nacional de Evaluaciones y Encuestas. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. <https://ensanut.insp.mx/> Acceso 1 agosto, 2024.
- Secretaría General Iberoamericana. (2021). *Bancos de Leche Humana: salvando vidas de millones de bebés iberoamericanos*. <https://www.segib.org/bancos-de-leche-humana-salvando-vidas-de-millones-de-bebes-iberoamericanos/> Acceso 19 julio 2024.
- Sepúlveda, S. (2020). *Seguridad Alimentaria y Nutricional: incidencia de las vías terciarias en la seguridad humana y seguridad alimentaria en los hogares rurales de Colombia para 2015*. [Tesis]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/80408/1022387606.2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
- Shamah-Levy, T., Méndez-Gómez-Humarán, I., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., & Villalpando, S. (2016). Food assistance programmes are indirectly associated with anaemia status in children <5 years old in Mexico. *British Journal of Nutrition*, 116(6), 1095–1102. <https://doi.org/10.1017/S0007114516003019>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Humarán, I. M., Avila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2019). The Mexican national health and nutrition survey as a basis for public policy planning: Overweight and obesity. *Nutrients*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/nu11081727>

- Shittu, E., Lakhanpaul, M., Vigurs, C., Sarkar, K., Koch, M., Parikh, P., & Campos, L. C. (2023). A rapid systematic scoping review of research on the impacts of water contaminated by chemicals on very young children. *Science of The Total Environment*, 891, 164604.
- Silva de Moraes, N., Ayres Saraiva, D., Corcino, C., Berbara, T., Schtscherbyna, A., Moreira, K., Vaisman, M., Alexander, E. K., & Teixeira, P. (2020). Consequences of iodine deficiency and excess in pregnancy and neonatal outcomes: a prospective cohort study in Rio de Janeiro, Brazil. *Thyroid*, 30(12), 1792-1801.
- Silveira, V. N. D. C., Padilha, L. L., & Frota, M. T. B. A. (2020). Malnutrition and associated factors among quilombola children under 60 months of age in two cities of the state of Maranhão, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2583-2594.
- Sinha P, Guerrant RL. (2024) The Costly Vicious Cycle of Infections and Malnutrition. *J Infect Dis*. 14;229(6):1611-1613. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad513>.
- SIPINNA. Sistema Nacional de protección integral para el niño, niña y adolescente (2020). *Ruta integral de atenciones para la primera infancia*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/619586/Infografi_a_RIA-2020.pdf. Acceso 9 septiembre 2024.
- Solomons, N.W. y Soto-Méndez (2024). Desnutrición por deficiencia de energía y nutrientes. Capítulo 1. En A. Gil (Ed.). *Nutrición y enfermedad*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- Suchdev, P. S., Jefferds, M. D., Ota, E, da Silva Lopes K, De-Regil L. (2020). *Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD008959.pub3
- Sutton, A., Clowes, M., Preston, L., & Booth, A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information and Libraries Journal*, 36, 3, 202–222. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hir.12276>
- Swinburn, B., Sacks, G., Vandevijvere, S., Kumanyika, S., Lobstein, T., Neal, B., Barquera, S., Friel, S., Hawkes, C., Kelly, B., L'Abbé, M., Lee, A., Ma, J., Macmullan, J., Mohan, S., Monteiro, C., Rayner, M., Sanders, D., Snowdon, W., & Walker, C. (2013). INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obesity Reviews*, 14:1–12
- Teixeira, J. A., Hoffman, D. J., Castro, T. G., Saldiva, S. R. D. M., Francisco, R. P. V., Vieira, S. E., & Marchioni, Di. M. (2021). Pre-pregnancy dietary pattern is associated with newborn size: Results from ProcriAr study. *British Journal of Nutrition*, 126(6), 903–912. <https://doi.org/10.1017/S0007114520004778>
- Théodore, F., Bonvecchio, A., García-Guerra, A., Blanco García, I., Alvarado, R., Rawlinson C.J., Neufeld, L.M., & Peltó, G.H. (2019). Socio cultural influences on poor nutrition and program utilization of Mexico's conditional cash transfer program. *The Journal of Nutrition*, 149, 2290S–2301S. doi:10.1093/jn/nxz181
- The World Bank. (2023). *The World Bank and nutrition*. <https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/overview#1>.
- The World Bank. (2024). *Índice de Gini Brazil*. <https://datosbancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2022&locations=BR&start=2021> Acceso 18 junio 2024.

- Thomas, B. (2022). From evidence to action: uniting around nutrition in the 1000-day window. *American Journal of Public Health*, 112(S8). DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307063>
- Tirado, M. C., Galicia, L., Husby, H. M., Lopez, J., Olamendi, S., Pia Chaparro, M., González, M., & Grajeda, R. (2016). Mapping of nutrition and sectoral policies addressing malnutrition in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 114-123.
- Tschida, S., Cordon, A., Asturias, G., Mazariegos, M., Kroker-Lobos, M. F., Jackson, B., Rohloff, P., Flood, D., & Finding, K. (2021). Projecting the Impact of Nutrition Policy to Improve Child Stunting: A Case Study in Guatemala Using the Lives Saved Tool. *Global Health: Science and Practice*. www.ghspjournal.org
- United Nations. (2015). *World urbanization prospects: the 2011 revision, data tables and highlights*. New York; 2013.
- United Nations (2021). *The 17 goals*. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2021 <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>. Acceso 17 Junio 2024.
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2019). *Identificar las desigualdades para actuar: El Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe* <https://www.unicef.org/lac/media/6451/file/Identificar%20las%20desigualdades%20para%20actuar:%20El%20Desarrollo%20de%20la%20Primera%20Infancia%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2019). *The changing face of malnutrition*. <https://features.unicef.org/state-of-the-worlds-children-2019-nutrition>
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2020). *Para cada infancia, nutrición. Estrategia de Nutrición de UNICEF para 2020—2030*. New York, UNICEF. <https://www.unicef.org/media/111496/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20.pdf> Acceso 16 julio 2024.
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2021). *La crisis climática es una crisis de los derechos de la infancia*. https://www.unicef.org/media/105541/file/UNICEF_climate%20crisis_child_rights_crisis-summary-ES.pdf
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2023). *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, El cambio climático está transformando la infancia: Un suplemento del Índice de Riesgo Climático de la Infancia*. UNICEF, Nueva York, noviembre 2023 <https://www.unicef.org/lac/informes/el-cambio-climatico-esta-transformando-la-infancia>
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2023). *Siete de cada diez niños y niñas en movimiento en América Latina y el Caribe tienen menos de 11 años*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/siete-de-cada-diez-ninos-y-ninas-en-movimiento-en-america-latina-y-el-caribe>. Acceso 15 de septiembre de 2024.
- United Nations Children's Fund, UNICEF. (2023). *Small Supplements for the Prevention of Malnutrition in Early Childhood (Small Quantity Lipid Nutrient Supplement)*. Brief Guidance Note. Version 1.0. UNICEF, New York.
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2023). *Solo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna>

- United Nations Children's Fund, Unicef. (2024). *Crisis y emergencias*. <https://www.unicef.org/chile/crisis-y-emergencias>. Acceso 11 julio 2024.
- United Nations Children's Fund, Unicef. *Convención de los derechos del niño*. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino#informacion>
- United Nations Children's Fund, Unicef. *Cuidado para el desarrollo infantil*. <https://www.unicef.org/lac/cuidado-para-el-desarrollo-infantil>
- United Nations Children's Fund, Unicef. *Desigualdades en materia de saneamiento y agua potable en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/media/1496/file/PDF%20Desigualdades%20en%20materia%20de%20saneamiento%20y%20agua%20potable%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20.pdf>
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2024). *Desnutrición infantil*. <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil#:~:text=Las%2520causas%2520de%2520la%2520desnutrici%2520n,el%2520nivel%2520educativo%2520de%2520madres%2520>
- United Nations Children's Fund, Unicef. (2024). *Iodine*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/iodine/>
- United Nations Children's Fund, UNICEF (2021). *Resumen informativo regional. Tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/media/30206/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Regional.pdf>
- United Nations Children's Fund, UNICEF. (2023). *La Infancia en peligro: La niñez migrante en América Latina y el Caribe. En esta región se registra una de las mayores y más complejas crisis de migración infantil del mundo* <https://www.unicef.org/es/infancia-peligro/ninez-migrante-america-latina-caribe>
- United Nations Children's Fund, UNICEF and World Health Organization, WHO. (2012) *Care for child development: improving the care of young children*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75149/9789241548403_eng_Participant_Manual.pdf?sequence=13
- United Nations Children's Fund, UNICE, World Health Organization, WHO, and World Bank Group. (2023). *Levels and trends in child malnutrition*. Joint Malnutrition Estimates, 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/368038/9789240073791-eng.pdf?sequence=1>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation, Unesco. (2021). *Desigualdades educativas en América Latina. Tendencias, políticas y desafíos*. <https://buenosaires.iiep.unesco.org/es/publicaciones/desigualdades-educativas-en-america-latina>
- United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECALC) (2015). *Economic and Social Panorama of the Community of Latin American and Caribbean States, 2014*. Santiago, Chile; 2015.
- United Nations General Assembly (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution 70/1. Seventieth United Nations General Assembly, New York, 21 October 2015. New York: United Nations General Assembly. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
- United Nations System Standing Committee on Nutrition, UNSCN (2014). *Obesidad en adultos, prevalencia de lactancia materna, prevalencia bajo peso al nacer*. Final_Nutrition and_the_SDGs.pdf

- United Nations System Standing Committee on Nutrition, UNSCN. (2015) Nutrition and the post 2015 Sustainable Development Goals. Technical note. October 2014. *Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible* (un.org). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Vázquez, L. I., Valera, E., Villalobos, M., Tous, M., & Arija, V. (2019). Prevalence of anemia in children from latin america and the caribbean and effectiveness of nutritional interventions: Systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 11 (1) <https://doi.org/10.3390/nu11010183>
- Venancio, S. I., & Buccini, G. (2023). Implementation of strategies and programs for breastfeeding, complementary feeding, and malnutrition of young children in Brazil: advances and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, 39. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN053122>
- Veras Soares, F. (2019). Los programas de transferencias monetarias condicionadas y los retos de la inclusión productiva y laboral: aprendizajes relevantes para el programa POP a partir de la experiencia latinoamericana. En G. Hernández Licona, T. De la Garza, J. Zamudio, e I. (Eds.). *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*. Ciudad de México: CONEVAL
- Victor, A., Gotine, A. R. M., Falcão, I. R., Ferreira, A. J., Flores-Ortiz, R., Xavier, S. P., ... & Barreto, M. L. (2023). Association between food environments and fetal growth in pregnant Brazilian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 661.
- Victora, C. G., Horta, B. L., De Mola, C. L., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Goncalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*, 3(4), e199-e205.
- Vieira, R. C. D. S., Livramento, A. R. S. Do, Calheiros, M. S. C., Ferreira, C. M. X., Santos, T. R. Dos, Assunção, M. L. De, & Ferreira, H. D. S. (2018). Prevalence and temporal trend (2005-2015) of anaemia among children in Northeast Brazil. *Public Health Nutrition*, 21(5), 868–876. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003238>
- Vilaro, M. J. & Barnett, T. E. (2013). The rural food environment: a survey of food price, availability, and quality in a rural Florida community. *Food Public Health*, 3:111–8.
- Vizuet Vega, N. I., Shamah Levy, T., Gaona Pineda, E. B., Cuevas Nasu, L., & Méndez Gómez-Humarán, I. (2016). Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa PROSPERA en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 782–789. <https://doi.org/10.20960/nh.370>
- Voth-Gaeddert, L. E., Stoker, M., Cornell, D., & Oerther, D. B. (2018). What causes childhood stunting among children of San Vicente, Guatemala: Employing complimentary, system-analysis approaches. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 221(3), 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2018.01.001>
- Walters, D. D., Phan, L. T. H, Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan*, 34 (6), 407-417. doi: 10.1093/heapol/czz050

- Wang, X., Lee, N. L., & Burstyn, I. (2020). Smoking and use of electronic cigarettes (vaping) in relation to preterm birth and small-for-gestational-age in a 2016 US national sample. *Preventive medicine, 134*, 106041.
- Weiler Hope, A. (2017). *Vitamin D Supplementation for Infants. Biological, behavioural and contextual rationale*. e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). WHO. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3004951>
- Weinhouse, C., Ortiz, E. J., Berky, A. J., Bullins, P., Hare-Grogg, J., Rogers, L., Morales, A. M., Hsu-Kim, H., & Pan, W. K. (2017). Hair mercury level is associated with anemia and micronutrient status in children living near artisanal and small-scale gold mining in the Peruvian Amazon. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 97*(6), 1886.
- Whelan, J., Millar, L., Bell, C., Russell, C., Grainger, F., Allender, S., Love, P. (2018). You can't find healthy food in the bush: poor accessibility, availability and adequacy of food in rural Australia. *International Journal Environmental Research and Public Health, 5*:2316.
- Whitney, R., Centrone, W. A., Mamani, H. S., Falkenstein, K., Levine, R. S., Harris, J., Hazlitt, M., & Lim, C. A. (2021). Impact of a collaborative childhood anaemia intervention programme in Peru. *Tropical Medicine and International Health, 26*(6), 680–686. <https://doi.org/10.1111/tmi.13564>
- Why 1000 days. Disponible en: <https://thousanddays.org/why-1000-days/>
- Wilkinson, RG. & Marmot M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. (World Health Organization).
- Women's Children's and Adolescent's Health, WHO, Unicef, UNFPA. (2023). *Born too soon: decade of action on preterm birth*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>
- World Health Organization, WHO. (2009). *WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A joint statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf, página consultada el 4 junio de 2024)
- World Health Organization, WHO. (2017). *Double-duty actions. Policy brief*. Geneva: World Health Organization; 2017. WHO/NMH/NHD/17.2
- World Health Organization, WHO. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento* [Global nutrition targets 2025: stunting policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (8WHO/NMH/NHD/14.3). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0
- World Health Organization, WHO. (2018). *Contaminación atmosférica y salud infantil: prescribir aire limpio*. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (WHO/CED/PHE/18.01). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization, WHO. (2022). *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code | Status report 2022*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240048799>. Acceso 10 septiembre de 2024.
- World Health Organization, WHO. (2023). *Anaemia key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anaemia> Acceso 13 junio 2024.

- World Health Organization, WHO. (2023). *Alimentación del lactante y el niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> Acceso el 17 septiembre 2024.
- World Health Organization, WHO. (2023). *Preterm births*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acceso 16 septiembre 2024.
- World Health Organization, WHO. (2024). *Anaemia*. https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1 Acceso 13 junio 2024.
- World Health Organization, WHO. (2024). *Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization, WHO. (2024). *Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations*. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization, WHO. (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Acceso 18 de julio 2024.
- World Health Organization, WHO. (2017). *Double-duty actions for nutrition: policy brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.2>
- World Health Organization, WHO. *Crecimiento infantil*. https://www.who.int/es/health-topics/child-growth#tab=tab_1. Recuperado el 4 de junio de 2024
- World Health Organization, WHO. *Global action plan on child wasting a framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/es/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=kwashiorkor&wordsMode=AnyWord> Julio 15, 2024
- World Health Organization, WHO. *Malnutrición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. Recuperado en 4 de junio de 2024.
- Wright, A., Smith, KE., & Hellowell, M. (2017). Policy lessons from health taxes: A systematic review of empirical studies. *BMC Public Health*, 17(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4497-z>
- Ziarati, P., Shir Khan, F., Mostafidi, M., & Zahedi, M. T. (2018). An overview of the heavy metal contamination in milk and dairy products. *Acta scientific pharmaceutical sciences*, 2(7), 1-14.



Anexos





Anexo 1. Ejemplos de países de ALC, políticas y/o programas para mejorar, promover y/o proteger directamente la alimentación y nutrición del menor de cinco años

1. Políticas que protegen la nutrición infantil de manera integral

Bolivia	Servicio Integral que atiende gratis a embarazadas, menores de dos años, adultos mayores y personas con discapacidad.
Brasil	<p>Programa de Salud de la Familia (Programa Saúde da Família - PSF) (Padilla & Trujillo, 2015). El Programa Bolsa Familia (PBF) se inició en el año 2003, siendo uno de los programas que más continuidad ha tenido en Brasil, a lo largo de más de 20 años. El Programa Bolsa Familia es una iniciativa gubernamental de transferencia directa de ingresos dirigida a familias en situación de pobreza y extrema pobreza. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de estas familias, asegurar que los niños asistan a la escuela y accedan a servicios de salud. El programa ofrece beneficios económicos que varían según la composición y necesidades de la familia y requiere el cumplimiento de condiciones relacionadas con la educación y la salud (Gazola Hellman, 2015).</p> <p>Brasil en el año 2017, se convirtió en el primer país en adoptar tres compromisos muy importantes sobre la década de acción sobre nutrición (FAO, 2016). Estos compromisos fueron la prevención de la obesidad, la reducción del consumo de bebidas azucaradas y el aumento de la ingesta de fruta y verdura. Brasil, también, se ha comprometido en aplicar políticas intersectoriales relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional, la reformulación de los alimentos (reducción de nutrientes críticos como el sodio, el azúcar y la grasa), prevención de enfermedades cardiovasculares, recomendaciones alimentarias, los microcréditos a los agricultores y las transferencias a las familias de recursos limitados con el objetivo de mejorar la seguridad alimentaria (Grajeda y cols., 2019). Brasil posee un enfoque multisectorial, intersectorial y cuenta con la cooperación entre países y agencias. Las instituciones responsables de estas políticas son el Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, entre otros (Grajeda y cols., 2019).</p>
Colombia	Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia en desarrollo del programa “Buen Comienzo”, garantiza la atención a 24.000 niños y niñas de 2 a 4 años durante 11 meses en la modalidad entorno institucional, brindando cuidado, atención y alimentación adecuada, moderada y variada, a través del suministro de dos comidas principales y una merienda que cubren el 73% de la recomendación calórica (Ríos y cols., 2016). Familias en Acción es otro de los programas gubernamentales que tiene como objetivo promover la educación materna y mejorar el estado nutricional de los niños durante la primera infancia (Padilla & Trujillo, 2015).

<p>Guatemala</p>	<p>Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el periodo de los años 2022-2037 que tiene como objetivo atender a la población de menores de cinco años, con el Programa Ventana de los 1000 días. Así mismo, cuenta con una Política Pública de Desarrollo Integral de la Primera Infancia y ha creado “La gran cruzada por la nutrición” (2020-2024), cuyo objetivo es mejorar la salud y nutrición de la población guatemalteca, con énfasis en la niñez menor de cinco años de edad, preescolares y escolares, mujeres en edad fértil, población rural e indígena, en pobreza y pobreza extrema. Este programa prioriza: 1. La desnutrición crónica y anemia; 2. La morbilidad y mortalidad materna e infantil; 3. La seguridad alimentaria y nutricional; 4. Los servicios básicos de salud (suministro de medicamentos e insumos esenciales) y 5. Las enfermedades infecciosas y crónicas. Posee, además, un paquete integrado de intervenciones que además de nutrición (desnutrición y exceso de peso) y salud, incluyen componentes de agua y saneamiento, educación y desarrollo en la primera infancia (INCAP, 2024).</p>
-------------------------	--

II. Políticas que protegen la nutrición infantil de manera integral

<p>Guatemala</p>	<p>A nivel Individual prioriza: a. Parejas en edad fértil (incluye suplementación con hierro, ácido fólico y evaluación del estado nutricional. b. Control prenatal completo y de calidad (evaluación del estado nutricional, suplementación con hierro y ácido fólico. c. Parto y recién nacidos: atención calificada del parto, clampeo oportuno del cordón umbilical, lactancia materna inmediata, apego precoz, uso de oxitocina posparto, contacto piel con piel, método Madre Canguro y desarrollo infantil temprano. d. Niños y niñas 1 a 6 meses. Lactancia materna exclusiva, vacunación, control de crecimiento y desarrollo, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), consejería en el cuidado infantil y estimulación para el desarrollo. e. Niños y niñas de 6 meses a menos de 5 años: suplementación con vitamina A (6 a 12 meses), alimentación complementaria y lactancia materna continuada (6 a 24 meses), alimento complementario fortificado (6 a 24 meses), desparasitación (a partir de 1 año), promoción y control del crecimiento y desarrollo, vacunación, suplementación con micronutrientes espolvoreados, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), consejería en el cuidado y desarrollo infantil, atención de diarreas, neumonía y desnutrición aguda.</p> <p>A nivel Familiar: intervenciones sensibles a la nutrición, empoderamiento e interculturalidad, educación en higiene, salud y nutrición, consumo de alimentos fortificados, disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos, control de vectores, cocinas mejoradas en hogares, agua segura intradomiciliaria, sistema de disposición de excretas y residuos domiciliarios.</p>
-------------------------	---

<p>Perú</p>	<p>Política Nacional Multisectorial de Salud 2030, que incluye como objetivo prioritario la promoción de comportamientos saludables como la alimentación saludable, dirigida a mejorar el estado nutricional de la población. Esta política multisectorial está alineada con el plan de reducción y control de la anemia materno-infantil y la desnutrición crónica infantil y con las acciones gubernamentales dirigidas a reducir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes, como la Ley de promoción de la alimentación saludable para niños y adolescentes, la Estrategia Nacional de Nutrición (CRECER) y la Iniciativa de Nutrición Infantil (propuesta por entes no gubernamentales y agencias de cooperación internacional). Las políticas y objetivos declarados respecto a la DBM en Perú aún no han sido implementados, por lo que es necesario reorientar las políticas públicas para abordar la DBM (Huayta y col., 2024). Dentro de esta política se encuentra el Programa vaso de leche que consiste en mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de los más pobres a través de la entrega de leche para los desayunos. Su primera prioridad son los niños menores de seis años, gestantes y madres que dan de lactar. Gobiernos locales. (Diez-Canseco & Saavedra-García, 2017). En un estudio sobre este programa, los niños expuestos casi todos los meses al vaso de leche tenían 65% menos riesgo de tener obesidad en comparación con los niños que no participaban en el programa (Carillo-Larco y cols., 2016). Otro, dirigido a los menores, es el Programa Nacional de Alimentación Qali Warma, que tiene como objetivo mejorar la alimentación de los niños desde los tres años de edad, matriculados en instituciones educativas públicas. Desayunos y almuerzos planificados según región, que son preparados y distribuidos por los comités de compra, conformados por docentes, padres de familia y la comunidad educativa. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Diez-Canseco & Saavedra-García, 2017).</p>
<p>Venezuela</p>	<p>Posee un sistema de Misiones Sociales que atiende a sectores necesitados y pobres de la población, incluyendo a los menores de cinco años. La misión Niño Jesús está enfocada en mejorar la atención prenatal y posnatal para reducir la mortalidad materna e infantil. Proporciona atención médica gratuita a las madres y sus hijos, incluyendo consultas médicas, vacunaciones y monitoreo del desarrollo infantil. Busca garantizar que toda mujer embarazada tenga un parto digno, en condiciones adecuadas y promover un adecuado estado nutricional de la mujer en edad fértil en especial a la gestante y al niño (Torres, 2011).</p>



Anexo 2.

Organismos o sistemas gubernamentales que tienen la responsabilidad de velar por el cuidado y atención de salud de los menores de cinco años.

Organismos o sistemas gubernamentales encargados del cuidado de los menores de cinco años. Guarderías, atención médica gratuita, incluyendo consultas médicas, vacunaciones y monitoreo del desarrollo infantil

Argentina	Plan Nacional de la Primera Infancia y Programa SUMAR.
Barbados	Ministerio de Salud y Bienestar.
Brasil	Sistema Único de Salud.
Bolivia	Sistema Único de Salud.
Chile	Sistema Público de Salud (FONASA), Programa Nacional de Salud de la Infancia.
Colombia	Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social, Código de Niñez y Adolescencia (CNA - Ley 7739).
Cuba	Sistema Nacional de Salud Cubano.
Ecuador	Sistema Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública.
El Salvador	Sistema Nacional Integrado de Salud.
Guatemala	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Guyana	Ministerio de Salud.
Honduras	Sistema de Salud Pública, Estrategia Nacional de Desarrollo Infantil Temprano.
México	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Seguro Popular (ahora INSABI), Secretaría de Salud.
Nicaragua	Ministerio de Salud, atención integral a la niñez desde el nacimiento hasta los nueve años.
Panamá	Ministerio de Salud de Panamá, Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, Plan Maestro de Salud Durante la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia de Panamá 2018–2025.
Perú	Seguro Integral de Salud.
República Dominicana	Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, Programa de Atención Integral a la Primera Infancia. Cédula de Salud del Niño y la Niña Menores de cinco años.
Uruguay	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Venezuela	Ministerio de salud y Desarrollo Social.



Anexo 3.

Resumen de las medidas del plan de acción para la prevención de la obesidad en niños y niñas

Medidas plan de acción para la prevención de la obesidad en niños y niñas

Ecuador publica periódicamente los resultados del seguimiento de la aplicación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

Barbados, Colombia, Nicaragua y Uruguay han certificado o recertificado al menos el 50% de sus servicios de salud materna como Baby Friendly en los últimos cinco años.

Barbados, Chile, Dominica, México y Ecuador han aplicado impuestos a las bebidas azucaradas.

Chile, Ecuador y México han aprobado una normativa sobre la comercialización de alimentos y bebidas dirigida a los niños.

Chile y Ecuador han establecido normas para el etiquetado frontal de los envases.

Diecinueve países han creado incentivos a nivel nacional para apoyar los programas de agricultura familiar.

Dieciocho países han introducido medidas para mejorar los precios relativos y/o la accesibilidad a alimentos saludables.

Colombia y México han informado de forma periódica la prevalencia de la obesidad en niños, así como sobre el consumo de alimentos y los patrones alimentarios.

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (3), de la OPS, que establece los compromisos unánimes de los Estados Miembros de la OPS para ejecutar un conjunto de políticas, leyes, reglamentos e intervenciones efectivos destinados a transformar el actual entorno obesogénico y detener el rápido avance de la epidemia de obesidad en la Región de las Américas (OPS, 2019).



Bravo Murillo 38 28015
Madrid, España

Tel.: +34 91 594 43 82

Fax: +34 91 594 32 86

www.oei.int



Organización de Estados
Iberoamericanos



@EspacioOEI



@Espacio_OEI



Organización de Estados
Iberoamericanos