



Organización de las Naciones
Unidas para la Alimentación
y la Agricultura



FIDA
Invertir en la población rural

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

unicef 



WFP
Programa
Mundial de
Alimentos

2022

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE **PANORAMA REGIONAL DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**HACIA UNA MEJOR ASEQUIBILIDAD
DE LAS DIETAS SALUDABLES**

2022
**AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**

PANORAMA REGIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

**HACIA UNA MEJOR ASEQUIBILIDAD
DE LAS DIETAS SALUDABLES**

Publicado por
la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
el Programa Mundial de Alimentos
y la Organización Panamericana de la Salud

Santiago de Chile, 2023

Cita requerida:

FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es>

Las denominaciones empleadas en este producto informativo y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el estado legal o de desarrollo de cualquier país, territorio, ciudad o área o sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. La mención de empresas específicas o productos de fabricantes, estén o no patentados, no implica que la FAO, el FIDA, el UNICEF, el PMA o la OPS los hayan respaldado o recomendado con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan.

Las designaciones empleadas y la presentación del material en los mapas no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la FAO, del FIDA, del UNICEF, del PMA o de la OPS sobre el estatuto jurídico o constitucional de ningún país, territorio o zona marítima, ni sobre la delimitación de fronteras.

La FAO, el FIDA, el UNICEF, el PMA y la OPS tomaron todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la FAO, el FIDA, el UNICEF, el PMA y la OPS serán responsables de los daños y perjuicios derivados de su uso.

ISBN 978-92-5-137537-2 [FAO]

© FAO, 2023, última actualización 19/01/2023



Algunos derechos reservados. Esta obra se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

De acuerdo con las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la FAO, el FIDA, el UNICEF, el PMA o la OPS refrendan una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la FAO, del FIDA, del UNICEF, del PMA o de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse el siguiente descargo de responsabilidad junto a la referencia requerida: “La presente traducción no es obra de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del Programa Mundial de Alimentos (PMA) o de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). La FAO, el FIDA, el UNICEF, el PMA y la OPS no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en español será el texto autorizado”.

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

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

Ventas, derechos y licencias. Los productos informativos de la FAO están disponibles en la página web de la Organización (<http://www.fao.org/publications/es>) y pueden adquirirse dirigiéndose a publications-sales@fao.org. Las solicitudes de uso comercial deben enviarse a través de la siguiente página web: www.fao.org/contact-us/licence-request. Los productos informativos de la OPS están disponibles en la página web www.paho.org/es y pueden adquirirse por correo electrónico (sales@paho.org). Los productos informativos del PMA están disponibles en la página web <http://es.wfp.org/publicaciones/list> y pueden adquirirse por correo electrónico pma.latinamerica@wfp.org. Los productos informativos del UNICEF están disponibles en la página web <https://www.unicef.org/es>. Las solicitudes de uso comercial deben enviarse a través de la siguiente página web: www.fao.org/contact-us/licence-request. Las consultas sobre derechos y licencias deben remitirse a: copyright@fao.org.

ÍNDICE

PRÓLOGO	vi
AGRADECIMIENTOS	ix
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	x
INTRODUCCIÓN	1
PARTE 1	
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	5
CAPÍTULO 1	
INDICADORES DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA: INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y ÚLTIMOS PROGRESOS CON VISTAS A PONER FIN AL HAMBRE Y GARANTIZAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA	9
1.1 Indicador 2.1.1 de los ODS: prevalencia de la subalimentación	10
1.2 Indicador 2.1.2 de los ODS: la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave según la escala de experiencia de inseguridad alimentaria	16
CAPÍTULO 2	
EL ESTADO DE LA NUTRICIÓN: PROGRESO HACIA LA CONSECUCIÓN DE LAS METAS DE NUTRICIÓN MUNDIALES, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	23
2.1 Retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años	24
2.2 La emaciación o desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años	26
2.3 Sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años	28
2.4 Anemia entre las mujeres de 15 a 49 años	31
CAPÍTULO 3	
INDICADORES NUTRICIONALES ADICIONALES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD	33
3.1 Obesidad en adultos	34
3.2 Prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida	36
3.3 Prevalencia del bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal	39
CAPÍTULO 4	
COSTO Y ASEQUIBILIDAD DE UNA DIETA SALUDABLE: INFORMACIÓN ACTUALIZADA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	41

PARTE 2	
POLÍTICAS PARA MEJORAR LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	47
CAPÍTULO 5	
CÓMO CONTRIBUYEN LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS Y LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS AL COSTO Y LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES	49
5.1 Desafíos socioeconómicos para mejorar la asequibilidad de las dietas saludables	49
5.2 Análisis del costo de una dieta saludable por subregiones y países	62
5.3 Correlación entre la asequibilidad de las dietas saludables con los indicadores socioeconómicos y nutricionales	70
CAPÍTULO 6	
MEJORAR LA ASEQUIBILIDAD A DIETAS SALUDABLES: UNA REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	77
6.1 Aplicar y reorientar las políticas en favor de las dietas saludables	77
6.2 Políticas orientadas a los productores	82
6.3 Políticas comerciales y de mercado	88
6.4 Políticas orientadas a los consumidores para garantizar la asequibilidad de dietas saludables	93
CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXOS	
ANEXO I: Tablas de datos	125
ANEXO II: Glosario	138
ANEXO III : Notas Metodológicas	141
ANEXO IV : Grupos de países	143

CUADROS

1	Prevalencia de la subalimentación (%)	11
2	Número de personas subalimentadas	15
3	Prevalencia de la inseguridad alimentaria	17
4	Aranceles promedios aplicados a diferentes grupos de alimentos (valor de las importaciones ponderado, en porcentaje, por grupos de ingresos de los países).	89

RECUADROS

1	Adaptar el apoyo a la política alimentaria y agrícola para hacer las dietas saludables más asequibles	80
2	Seguridad alimentaria, nutrición y género	87
3	Etiquetado nutricional e impuesto sobre las bebidas azucaradas	95
4	Análisis para subsanar el déficit de nutrientes	96
5	Normativas de alimentación escolar	102

FIGURAS

1	Prevalencia de la subalimentación en el mundo y en América Latina y el Caribe, y número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe	11
2	Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe por subregión	12
3	Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país	14
4	Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país	19
5	Número de personas que padecen inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión	19
6	Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo, 2021	21
7	Prevalencia del retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por subregión	25
8	Prevalencia del retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país	25
9	Prevalencia de la emaciación o desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país (último año disponible)	27
10	Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por subregión	29
11	Prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país	30

12	Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe por subregión	31
13	Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe por país	32
14	Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por subregión	34
15	Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por país	35
16	Prevalencia de obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por sexo y país (2016)	37
17	Prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre niños de 0 a 5 meses de edad en América Latina y el Caribe, por país	38
18	Prevalencia de bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal en América Latina y el Caribe por país	40
19	Variación del coste de una dieta saludable respecto al año anterior en América Latina y el Caribe por subregiones	43
20	Cambio en el número de personas que no se pueden permitir el costo de una dieta saludable en comparación con el año anterior en América Latina y el Caribe, por subregión	44
21	Índice internacional de precios de los alimentos de la fao, 2012-2022	51
22	Inflación general y de alimentos (porcentaje), en América Latina y el Caribe y en el mundo, 2012-2022	52
23	Inflación del índice de precios al consumidor de los alimentos (porcentaje) en América Latina y el Caribe por subregión 2012-2022	53
24	Gasto alimentario promedio por quintil de ingresos en países seleccionados de América Latina y el Caribe por quintil, 2013-2020	54
25	Diferencia en el gasto alimentario debida al aumento de la inflación alimentaria entre los quintiles de ingresos más bajos y más altos (puntos porcentuales) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, abril de 2021-abril de 2022	55
26	Índice de gini promedio por región, 2014-2020	57
27	Evolución del índice de gini en América Latina, 2000-2020	57
28	Crecimiento promedio del pib en América Latina y el Caribe (porcentaje), 2000-2022	58
29	Pobreza y pobreza extrema en América Latina y el Caribe (porcentaje), 1990-2021	59
30	Costo promedio en usd por persona y por día (paridad de poder adquisitivo) de una dieta saludable en el mundo y sus regiones, 2020	64
31	Costo promedio (paridad de poder adquisitivo) de una dieta saludable en América Latina y el Caribe por subregión, 2020	65
32	Costo de una dieta saludable en los países de América Latina y el Caribe, 2020	66
33a	Contribución de los grupos de alimentos al costo de una dieta saludable (porcentaje) por subregión, 2017	67
33b	Contribución de los grupos de alimentos al costo de una dieta saludable (usd) por subregión, 2017	68
34a	Costo promedio por grupos de alimentos en porcentaje por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, 2017	69

34b Costo promedio por grupos de alimentos en usd por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, 2017	69
35 Inasequibilidad de las dietas saludables en América Latina y el Caribe, 2020	71
36 Asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable e indicadores socioeconómicos	73
37 Asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y los indicadores de malnutrición en el mundo, 2020	75
38 Enfoque de sistemas agroalimentarios para que las políticas contribuyan a mejorar la asequibilidad de las dietas saludables	78

PRÓLOGO

En un contexto global de condiciones humanitarias adversas, América Latina y el Caribe enfrenta notables desafíos para erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas. A pesar de los avances logrados en la región para reducir la desnutrición infantil en las últimas décadas, el hambre y la inseguridad alimentaria han ido en aumento desde 2014, alcanzando su nivel más alto durante la pandemia de la COVID-19. Otras formas de malnutrición, como el sobrepeso y la obesidad, también han aumentado en la región en las dos últimas décadas.

Las estadísticas muestran que la prevalencia del hambre en la región aumentó desde un 5,8% en 2015 a un 8,6% en 2021. Esta prevalencia está por debajo del promedio mundial del 9,8% en 2021; sin embargo, el aumento de la proporción de personas que padecieron hambre en la región durante la pandemia fue mayor que el incremento a nivel global. Entre 2019 y 2021, la prevalencia del hambre en la región aumentó un 28%, frente a un incremento del 23% a nivel mundial.

En 2021, la inseguridad alimentaria afectaba al 40% de la población de América Latina y el Caribe, en comparación con la prevalencia mundial del 29,3%. Además, las disparidades específicas de género existentes en la inseguridad alimentaria, donde las mujeres se ven más afectadas que los hombres, muestran una brecha mayor en esta región que en el mundo. Estas preocupantes tendencias en materia de inseguridad alimentaria podrían explicarse, en parte, por el hecho de que la región tiene el mayor nivel de desigualdad del mundo, sumado a que fue fuertemente impactada por la pandemia, la cual afectó desproporcionadamente a las mujeres.

El sobrepeso y la obesidad son especialmente preocupantes en América Latina y el Caribe. La prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años y de la obesidad en adultos está muy por encima de los promedios mundiales y afecta a personas de todos los niveles de ingresos, tanto en zonas rurales como urbanas, incluidos los Pueblos Indígenas. Si esta problemática no se aborda con políticas eficaces, se podrían experimentar efectos de largo alcance, dejando atrás a una gran proporción de la población.

América Latina y el Caribe no sólo registra altos niveles de desigualdad, sino también el mayor costo de una dieta saludable. Este indicador es calculado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), e identifica la dieta saludable de menor costo disponible en cada momento y lugar, y que cumple con las recomendaciones de las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA). En 2020, 131 millones de personas no podían permitirse una dieta saludable en la región. La inasequibilidad de dietas saludables afecta gravemente a la nutrición y la salud de las poblaciones más vulnerables, incluidos los niños, las niñas y las mujeres; está asociada

con el hambre, el retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años y la anemia en mujeres de 15 a 49 años.

Es importante señalar que estas tendencias no tienen en cuenta los efectos del conflicto en curso en Ucrania, que ha influido en los precios de la energía y los fertilizantes, afectando especialmente a los agricultores familiares, así como en los precios de los alimentos. Esta situación afecta de manera desproporcionada a quienes viven en situaciones más vulnerables, con consecuencias que podría llevar a un deterioro de la seguridad alimentaria y nutricional de la población de América Latina y el Caribe, especialmente en los países de menores ingresos, con mayores niveles de desigualdad y conflictos. Los riesgos son particularmente altos para grupos vulnerables como la población rural, las mujeres, los pueblos indígenas y los afrodescendientes.

En la primera parte de esta edición del Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2022 se presentan datos actualizados sobre el costo y la asequibilidad de dietas saludables en la región. Se examina la relación de estos datos con factores socioeconómicos, como la pobreza y la desigualdad de ingresos, e indicadores de nutrición para apoyar la toma de decisiones relativas a las políticas alimentarias y agrícolas. En la segunda parte, se presenta un enfoque de sistema agroalimentario para implementar y reformular tres categorías de políticas: (i) orientadas a los productores, a fin de apoyar y promover la diversificación de la producción de alimentos nutritivos; (ii) orientadas al comercio y mercado de alimentos, para la transparencia de precios y la eficiencia a través de la digitalización; y (iii) políticas orientadas a los consumidores, para apoyar los ingresos y promover dietas saludables entre las poblaciones más vulnerables. Por último, se presentan casos de políticas que se han implementado en la región y que han contribuido a que las dietas saludables sean más asequibles.

Desde luego, no existe una política que pueda proporcionar la solución a esta problemática por sí sola. Lo que se necesita es un conjunto de acciones multisectoriales, cooperación internacional e integración regional, que involucre a todos los sectores y actores del sistema agroalimentario. Los gobiernos nacionales deben liderar la transformación de los sistemas agroalimentarios de la región, promoviendo y garantizando el acceso a dietas saludables para toda la población. Para avanzar en este esfuerzo, el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición y la Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios han sido importantes foros para la integración global y regional de los Estados Miembros, ratificando su compromiso y mostrando la urgente necesidad de avanzar en esta transformación.

Reconocemos las dificultades sociales, económicas y ambientales que afectan a los países de América Latina y el Caribe, así como las restricciones de los escasos recursos

públicos, y el limitado financiamiento internacional. Reiteramos nuestro compromiso de apoyar a los actores gubernamentales y no gubernamentales para implementar políticas e inversiones que fomenten sistemas agroalimentarios eficientes, inclusivos, resilientes y sostenibles, para reducir el costo y aumentar la asequibilidad de las dietas saludables.

A través de esta publicación, invitamos a los actores gubernamentales y no gubernamentales a llevar a la práctica la teoría sustentada en la evidencia para garantizar el derecho a una alimentación adecuada para toda la población de América Latina y el Caribe y acelerar, con más compromiso que nunca, el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

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

Rossana Polastri
**Directora Regional del Fondo
Internacional de Desarrollo
Agrícola (FIDA) de las Naciones
Unidas para América Latina y el
Caribe**

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

Youssef Abdel-Jelil
**Director Regional a.i.,
del Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF) para
América Latina y el Caribe**

Lola Castro
**Directora Regional del
Programa Mundial de Alimentos (PMA)
de las Naciones Unidas para América Latina
y el Caribe**



AGRADECIMIENTOS

El Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2022 ha sido elaborado conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

El proceso de publicación se llevó a cabo bajo la dirección de Daniela Godoy Gabler, con la orientación general de Maya Takagi, ambas de la Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. El desarrollo del informe fue guiado por un comité directivo formado por representantes de las agencias de los cinco socios coeditores: Daniela Godoy Gabler (FAO), Isabel de la Peña (FIDA), Leo Nederveen (OPS/OMS), Paula Veliz (UNICEF), y Carla Mejía (PMA). Israel Ríos (FAO), María Alejandra Martínez (OPS/OMS), Isabela Sattamini (OPS/OMS), Fabio da Silva Gomes (OPS/OMS), Yvette Fautsch (UNICEF) y Maaike Arts (UNICEF) contribuyeron a la coordinación y prestaron apoyo técnico. Los responsables ejecutivos y miembros del personal director de los cinco organismos aportaron valiosos comentarios y la aprobación final del informe.

La primera parte fue redactada por Daniela Godoy Gabler y Sandra Caprile (FAO), con comentarios de Adoniram Sanches, Israel Ríos, Michael Rahija, Maxime Luciene, Fransen Jean y María de España (FAO).

La segunda parte fue redactada por Daniela Godoy Gabler, Sandra Caprile, Rodrigo Pérez, Karla Santos, Jonathan Quintero, Gabriela Fretes y Francisca Valenzuela (FAO), con comentarios y apoyo técnico de Maya Takagi, Eve Crowley, Jorge Meza, Adoniram Sanches, Israel Ríos, Joao Intini, Pablo Rabczuck, Marisa Caipo, Luis Lobo, Maxime Luciene, Fransen Jean, Marygrace Balinos, Claudia Brito, Carolina Trivelli, Sara Granados, David Torres, Jorge González, Najla Veloso, Gabriela Rivas, Farid Seleme, Camilo Navarro y Catalina Ivanovic (FAO). Desde la Sede de la FAO, orientación y apoyo técnico fueron proporcionados por Cindy Holleman, Giovanni Carrasco Azzini y Valentina Conti.

Numerosos colegas de diferentes unidades técnicas y departamentos de la FAO proporcionaron apoyo técnico y valiosas aportaciones. Máximo Torero Cullen, Marco V. Sánchez Cantillo, José Rosero Moncayo y Cindy Holleman, de la sede de la FAO, ofrecieron orientación sobre la estructura y el contenido del informe.

También agradecemos a Giovanni Carrasco Azzini, Valentina Conti, Ana Islas, Olivier Lavagne d'Ortigue, Hernán Muñoz, Lourdes Orlando, Rodrigo Rivera, Jung Eun Sohn, Luana Swensson, Florence Tartanac, Jose Valls y Sara Viviani (FAO), sus valiosos comentarios y aportaciones.

Un equipo de comunicaciones de la FAO -Anne Delannoy, Mariela Ramírez, Maximiliano Valencia, Matías Salas, Diana Rosero, María Elena Álvarez, Esperanza Gatica, Mariana Young y Magdalena Domínguez- se encargó del diseño, la maquetación y la coordinación de la producción de las ediciones en dos idiomas oficiales.

También agradecemos el trabajo de Tal Pinto, Sally Hinds, George Minot, Jeannie Marshall, Marie Jankovic, Paola Murphy y Nicolás Coppellotti en la edición y traducción del texto.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABC/MRE	Agencia Brasileña de Cooperación
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
CBT	Canasta Básica Tributaria
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIF	Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases
COICOP	Consumo individual por finalidades
CONAB	Compañía Nacional de Abastecimiento (Brasil)
ENIGH	Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (Costa Rica)
ENPFE	etiquetado nutricional en la parte frontal del envase
ENT	enfermedades no transmisibles
FAGRAN	Federación Argentina de Graduados en Nutrición
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FAOSTAT	Base de datos estadísticos sustantivos de la Organización
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FIES	escala de experiencia de inseguridad alimentaria
FNDE/MEC	Fondo Nacional para el Desarrollo de la Educación (Brasil)
FPH	Frente Parlamentario contra el Hambre
GABA	guías alimentarias basadas en alimentos
IPC	índice de precios al consumidor
IVA	impuesto sobre el valor agregado
NUCS	especies de cultivos marginadas e infrautilizadas
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAA	Programa de Adquisición de Alimentos (Brasil)

PIB	Producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PROHORT	Programa de Modernización para el Mercado Hortícola (Brasil)
RAES	Red de Alimentación Escolar Sostenible
SECAC	Secretaría Ejecutiva del Consejo Agropecuario Centroamericano
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIECA	Secretaría de Integración Económica Centroamericana
SIMA	Sistema de información sobre el mercado agrícola
SIMMAGRO	Sistema Regional de Inteligencia y Monitoreo de Mercados Agrícolas
SOFI	El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólar de los Estados Unidos

INTRODUCCIÓN

El hambre y la inseguridad alimentaria están aumentando en América Latina y el Caribe

El mundo avanza en la dirección equivocada para acabar con el hambre en 2030. Las consecuencias de la pandemia de la COVID-19, la crisis climática y el conflicto en Ucrania aún impiden avanzar hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 2 para 2030. América Latina y el Caribe no es una excepción; el hambre, la inseguridad alimentaria, el sobrepeso infantil y la obesidad en adultos están empeorando. Los únicos avances recientes a nivel regional hacia las metas de nutrición para 2030 han sido en el ámbito de la lactancia materna exclusiva entre los menores de seis meses y el retraso del crecimiento infantil.

Las perspectivas socioeconómicas para América Latina y el Caribe en 2022 no eran alentadoras. Lamentablemente, el aumento de la tasa de pobreza en el contexto de la pandemia, el nivel elevado de desigualdad de ingresos, el aumento de los precios internacionales de los alimentos y del índice de precios al consumidor (IPC) de alimentos han empeorado la situación en el ámbito de la seguridad alimentaria. Estos factores, que a menudo se dan de forma combinada, han contribuido al aumento de la prevalencia de la inseguridad alimentaria y del costo de una dieta saludable.

En la región, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave, de sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años y de obesidad en adultos son superiores a los promedios mundiales. Además, la región tiene la dieta saludable más costosa en comparación con otras regiones del mundo. La calidad de la dieta es un vínculo fundamental entre la seguridad alimentaria y la nutrición, ya que una dieta de mala calidad puede dar lugar a diferentes formas de malnutrición, como la malnutrición por déficit, las carencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad. Para alcanzar el ODS 2, todas las personas deben tener acceso a una dieta saludable. Sin embargo, las estimaciones actualizadas indican que una dieta saludable es inasequible para 131 millones de personas en América Latina y el Caribe. Las estimaciones del costo y la asequibilidad de una dieta saludable muestran el acceso económico de la población a la dieta que les permite satisfacer los requerimientos nutricionales establecidos por las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) para una vida activa y saludable.

Una dieta saludable consiste en una cantidad adecuada de calorías, así como de nutrientes y micronutrientes esenciales provenientes de diferentes grupos de alimentos. Según la OMS y la FAO, las dietas saludables se basan en una amplia variedad de alimentos no procesados o mínimamente procesados y que sea equilibrada entre todos los grupos de alimentos, incluyendo un mínimo de cinco porciones de frutas y verduras al día. En términos de nutrientes, una dieta se considera saludable cuando el aporte de grasas totales no supera el 30% de las calorías consumidas, el de grasas saturadas no supera el 10% y el aporte de sodio es menor a 2 gramos diarios (equivalentes a 5 gramos de sal). Asimismo, para que una dieta sea saludable se sugiere reducir la ingesta de alimentos y bebidas altamente procesados, grasas trans y azúcares añadidos, mientras que se favorece el consumo de grasas insaturadas y fibra dietética.

Una dieta saludable protege contra la malnutrición en todas sus formas, así como contra las enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes

cerebrovasculares y el cáncer. Esto porque garantiza que se cubran las necesidades específicas de macronutrientes (proteínas, grasas e hidratos de carbono, incluida la fibra alimentaria) y micronutrientes esenciales (vitaminas y minerales) de una persona, en función de su sexo, edad, nivel de actividad física y estado fisiológico. Tomando en cuenta su contexto cultural y sus costumbres alimentarias, así como con los alimentos disponibles localmente.

Sin embargo, el aumento de precios internacionales de alimentos y la inflación del IPC de los alimentos han incrementado los costos y la inasequibilidad de una dieta saludable. Para alcanzar las metas del ODS 2 para 2030, los sistemas agroalimentarios de la región deben transformarse; y aunque la situación fiscal de muchos países de la región supone un reto importante para los gobiernos, es imperativo abordar el costo y la asequibilidad de las dietas saludables. Este informe describe soluciones basadas en la evidencia para lograr este objetivo.

El aumento de precios de los alimentos y la situación socioeconómica afectan la asequibilidad de las dietas saludables

América Latina y el Caribe se enfrentan a un escenario complejo con una inflación alimentaria alta y en aumento, incremento de la pobreza en el contexto de la pandemia de la COVID-19, altos niveles de desigualdad de ingresos y niveles crecientes de hambre, inseguridad alimentaria y obesidad.

La inflación alimentaria, que en la región ha ido en aumento desde 2019, se ha visto agravada por la pandemia de la COVID-19 y por los efectos del conflicto en curso en Ucrania. Las altas tasas de inflación reducen el poder adquisitivo de los hogares, poniendo en riesgo su seguridad alimentaria y limitando su acceso a alimentos nutritivos, especialmente en los quintiles de ingresos más bajos, que destinan una parte considerable de su presupuesto a la compra de alimentos.

América Latina y el Caribe es la región del mundo con el nivel promedio más alto de desigualdad de ingresos. En los países muy desiguales, las desaceleraciones y recesiones económicas afectan de manera desproporcionada a la seguridad alimentaria y la nutrición de los grupos de bajos ingresos. La región se ha enfrentado a varios años de estancamiento y contracción económica desde 2015. En 2019, la pobreza ya afectaba a 186 millones de personas en la región. En 2020, cuando la pandemia de la COVID-19 golpeó al mundo, el producto interno bruto (PIB) de la región disminuyó un 6,8%, y 17 millones de personas más cayeron en la pobreza.

Una dieta saludable registra el costo más elevado en esta región, en comparación con otras regiones del mundo, y el contexto actual está dificultando aún más que la gente pueda permitírsela. Además, el actual conflicto en Ucrania está ejerciendo presión sobre los precios internacionales de los alimentos y de los fertilizantes, afectando a la producción, el comercio, la logística y los mercados energéticos de todo el mundo.

Mientras que en general la región atraviesa esta situación de declive y registra el costo más elevado de dietas saludables, cada subregión y cada país tiene realidades que difieren mucho entre sí. Parte de estas diferencias están relacionadas con la pobreza, el nivel de ingresos y la desigualdad, así como también con la producción, las exportaciones y la dependencia de las importaciones de determinados grupos de alimentos. Para encontrar soluciones adaptadas a contextos específicos, es pertinente analizar y entender estas

diferencias y sus causas. Dadas las tendencias actuales, se necesitan acciones urgentes para mejorar la asequibilidad de las dietas saludables, especialmente para la población más vulnerable.

Las políticas alimentarias y agrícolas pueden contribuir a que las dietas saludables sean asequibles en la región

Transformar los sistemas agroalimentarios es esencial para reducir el costo y mejorar la asequibilidad de las dietas saludables. Las políticas alimentarias y agrícolas formuladas con ese objetivo son esenciales para lograr que las dietas saludables sean asequibles para toda la población.

Las políticas orientadas a los productores y formuladas para aumentar la diversidad de la producción de alimentos podrían ser una forma eficaz de ampliar la oferta y reducir el costo de los alimentos nutritivos. La transparencia del comercio y los mercados también puede ser crucial para reducir los precios de los alimentos al consumidor. Del mismo modo, los programas de protección social dentro de las políticas orientadas a los consumidores son componentes fundamentales de las estrategias de reducción de la pobreza, contribuyendo a la asequibilidad de las dietas saludables y, a su vez, mejorando la seguridad alimentaria y nutricional. La distribución de alimentos en especie —como los programas de alimentación escolar—, los vales para alimentos y las transferencias de efectivo diseñadas con consideraciones sensibles a la nutrición pueden mejorar la asequibilidad de las dietas saludables para la población más vulnerable.

Muchos países de la región tienen la capacidad de garantizar la implementación de políticas orientadas a los productores, al mercado, al comercio y a los consumidores para reducir el costo y mejorar la asequibilidad de las dietas saludables. Hasta el momento, pocas políticas alimentarias y agrícolas se han diseñado con este fin. Como resultado, son los alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutritivo los que están disponibles a un costo muy bajo.

Este informe comparte evidencias sobre las políticas implementadas en la región para hacer las dietas saludables más asequibles y documenta sus logros, fomentando el intercambio de experiencias y la cooperación e integración entre los países de la región.

El informe de este año presenta una actualización de la situación de la seguridad alimentaria y la nutrición en América Latina y el Caribe, incluyendo también estimaciones actualizadas sobre el costo y la asequibilidad de una dieta saludable (Parte 1). Además, la publicación examina el complejo escenario económico y social de la región y su impacto en el costo de las dietas saludables, para luego entregar un examen del costo y la asequibilidad de una dieta saludable a nivel subregional y nacional, incluyendo las asociaciones entre la inasequibilidad de una dieta saludable y los indicadores socioeconómicos y nutricionales (Parte 2). Por último, esta edición del Panorama regional presenta un análisis de algunas políticas alimentarias y agrícolas que se están implementando en la región y que tienen el potencial de apoyar el acceso a dietas saludables.





PARTE 1

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

La pandemia de la COVID-19 causó un estancamiento en las economías de los países de América Latina y el Caribe, provocando profundos cambios que han acentuado las enormes desigualdades ya existentes. La región, que es un importante proveedor de alimentos a nivel mundial, exportando el 40% de su producción de alimentos y representando el 17% por ciento de las exportaciones mundiales totales de alimentos, ha sido una de las más afectadas por la pandemia: aunque sólo representa el 8,4% de la población mundial total, concentró más de un cuarto de las muertes (28%) atribuidas a la COVID-19 (OCDE y FAO, 2022; CEPAL, 2022a).

En 2021, el mundo siguió enfrentando los efectos de la pandemia de la COVID-19. Nuevas variantes virales preocupantes, disparidades mundiales en el acceso a vacunas, escasez de suministros, altos precios de los productos básicos y disminución de la capacidad de respuesta pública debido al aumento de la deuda pública fueron algunos de los desafíos enfrentados (CEPAL, 2022a). La pobreza extrema en la región aumentó del 11,4% en 2019 al 13,8% en 2021 y la recuperación del empleo ha sido lenta. Además, la capacidad de respuesta de la mayoría de los países de la región es limitada. Esto dificultó la recuperación de la región incluso antes del inicio del conflicto en Ucrania (CEPAL, 2022a; CEPAL, 2022b).

Este informe describe el estado de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe en 2021. La persistencia de la pandemia de la COVID-19 y las inciertas consecuencias del conflicto en Ucrania sobre la seguridad alimentaria en el mundo y en la región plantean retos adicionales para alcanzar las dos metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de poner fin al hambre y la malnutrición en todas sus formas de aquí a 2030.



CAPÍTULO 1

INDICADORES DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA: INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y ÚLTIMOS PROGRESOS CON VISTAS A PONER FIN AL HAMBRE Y GARANTIZAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Mensajes clave

- El hambre en el mundo aumentó en 2021, afectando al 9,8% de la población a nivel global. En América Latina y el Caribe alcanzó su mayor prevalencia desde 2006, con un 8,6% de personas que padecen hambre en 2021. Entre 2015 y 2021, la prevalencia del hambre aumentó más en América Latina y el Caribe que en el resto del mundo.
- En 2021, 56,5 millones de personas en la región se vieron afectadas por el hambre. La cifra creció en 13,2 millones desde el estallido de la pandemia de la COVID-19 en 2019.
- Entre 2019 y 2021, el hambre aumentó más en Sudamérica (11 millones de personas adicionales), alcanzando una prevalencia del 7,9%. En Mesoamérica la prevalencia fue del 8,4% (1,6 millones de personas adicionales), y en el Caribe del 16,4% (0,6 millones de personas adicionales).
- La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave es mayor en América Latina y el Caribe comparado con el promedio mundial. En 2021, el 40,6% de la población de la región se enfrentaba a una inseguridad alimentaria moderada o grave, mientras que el 29,3% de la población mundial estaba afectada por la inseguridad alimentaria moderada o grave.
- El aumento de la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave entre 2019 y 2021 fue mayor en América Latina y el Caribe que en el mundo, lo que podría explicarse por los efectos de la pandemia en las economías de los países y porque la región tiene el mayor nivel de desigualdad de ingresos en comparación a otras regiones.
- El número de personas que experimentan inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe aumentó de 205,2 millones en 2019 a 267,7 millones en 2021. Esto se debe principalmente al aumento en Sudamérica, y proporciona evidencia adicional de una situación en deterioro, especialmente para las personas que ya se enfrentan a graves adversidades. La inseguridad alimentaria moderada o grave en 2021 afectó a 177,7 millones de personas en Sudamérica, 61,9 millones en Mesoamérica y 28 millones en el Caribe.
- En 2021, 93,5 millones de personas padecieron inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, un aumento de 29,5 millones en comparación con 2019. La inseguridad alimentaria grave ha aumentado a un ritmo más rápido en Sudamérica, donde se ha triplicado desde 2014, pasando de 22 millones a 65,6 millones de personas.
- En el mundo, la inseguridad alimentaria afecta más a las mujeres que a los hombres. La disparidad en la región es de 11,3 puntos porcentuales y es mayor a la del mundo, donde la brecha es de 4,3 puntos porcentuales.



1.1 INDICADOR 2.1.1 DE LOS ODS: PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN

El indicador de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre la prevalencia de la subalimentación se deriva de datos nacionales sobre el suministro de alimentos, el consumo de alimentos y las necesidades de energía de la población, teniendo en cuenta características demográficas como la edad, el sexo y los niveles de actividad física. Este indicador fue diseñado para captar un estado de privación de energía que dure más de un año, sin reflejar los efectos efímeros de las crisis temporales o la ingesta inadecuada de nutrientes esenciales. La FAO busca continuamente mejorar la precisión de este indicador incorporando nueva información, por lo que la serie histórica completa es actualizada en cada nuevo informe. Por esta razón, sólo debe utilizarse la serie vigente de valores estimados, incluyendo los valores de años anteriores.

El hambre en el mundo va en aumento (**CUADRO 1**). Las estimaciones de la FAO sitúan la prevalencia mundial del hambre entre el 8,9% y el 10,5% en 2021. Considerando el punto medio de este rango estimado, el 9,8% de la población estaba subalimentada en 2021. En otras palabras, aproximadamente uno de cada diez habitantes del mundo se acuesta regularmente con hambre. La subalimentación en América Latina y el Caribe se sitúa actualmente entre el 7,5% y el 9,7%. Considerando el punto medio, en 2021 el hambre afectó al 8,6% de la población de la región, la cifra más alta desde 2006.

El hambre en la región había crecido de forma constante incluso antes de la pandemia de la COVID-19. La prevalencia del hambre aumentó un 22,5% en el mundo entre 2015 y 2021 —1,8 puntos porcentuales— comparado con un aumento del 48,3% en América Latina y el Caribe en el mismo período —2,8 puntos porcentuales (**CUADRO 1**)—. Desde 2014, cuando se encontraba en su tasa más baja, el hambre en América Latina y el Caribe ha aumentado a un ritmo más rápido, en particular entre 2019 y 2021, acercándose al promedio mundial (**FIGURA 1**)

CUADRO 1

Prevalencia de la subalimentación

	2000	2010	2015	2019	2020	2021
Mundo	13,0	8,6	8,0	8,0	9,3	9,8
América Latina y el Caribe	10,8	6,6	5,8	6,7	8,0	8,6
Caribe	18,2	15,2	14,2	15,2	16,5	16,4
Mesoamérica	8,0	7,3	7,5	7,6	8,0	8,4
Sudamérica	11,1	5,5	4,2	5,4	7,1	7,9

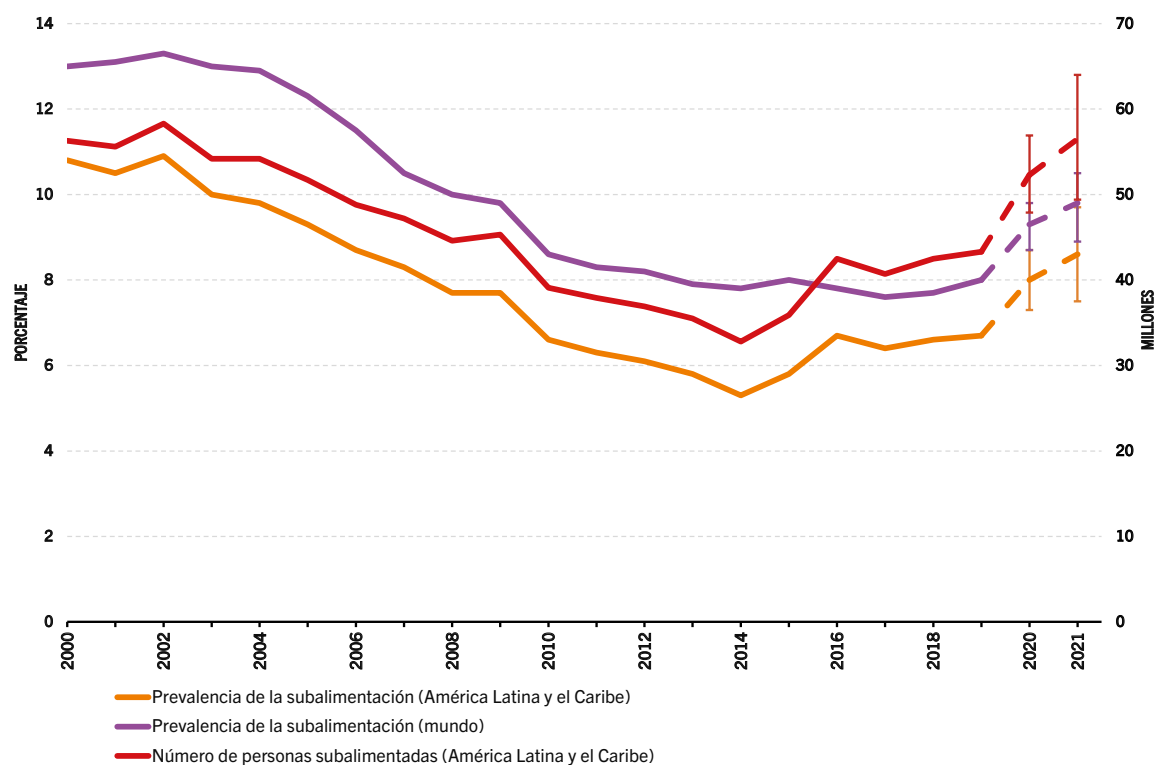
NOTA: Los valores estimados se basan en el punto medio del rango estimado para 2020 y 2021.

FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>).

Acceso: 7 de noviembre de 2022.

FIGURA 1

Prevalencia de la subalimentación en el mundo y en América Latina y el Caribe, y número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe



NOTA: Los valores para 2020 y 2021 son proyecciones. Las barras indican los límites inferior y superior del rango estimado.

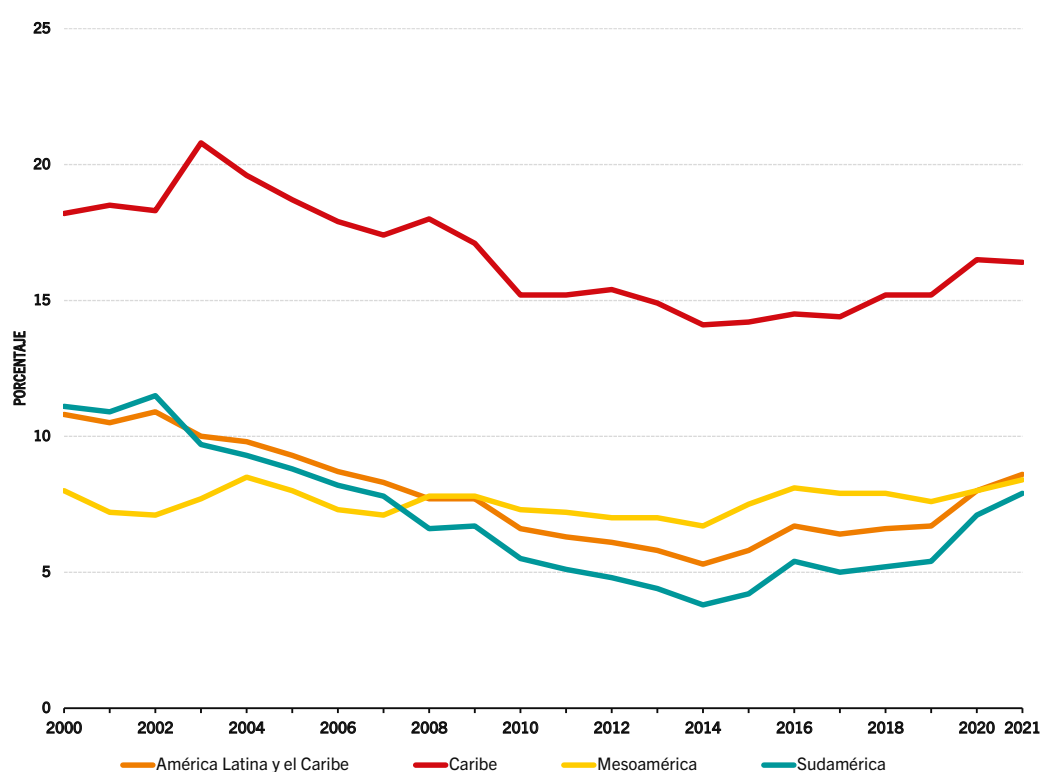
FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>).

Acceso: 7 de noviembre de 2022.

Entre las subregiones de América Latina y el Caribe, como se muestra en la **FIGURA 2**, la subalimentación aumentó más en Sudamérica (2,5 puntos porcentuales) entre 2019 y 2021, alcanzando una prevalencia del 7,9%, la más baja de la región, seguida de cerca por Mesoamérica (8,4%). La subalimentación no creció tanto en Mesoamérica y el Caribe, pero esta última región sigue mostrando la mayor prevalencia de subalimentación de América Latina y el Caribe (16,4%).

FIGURA 2

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe por subregión



NOTA: Los valores estimados se basan en el punto medio del rango estimado para 2020 y 2021.

FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>).

Acceso: 7 de noviembre de 2022.

La subalimentación varía dentro de cada subregión y país (**FIGURA 3**). La mayor cantidad de persona afectadas por el hambre en el Caribe se encuentran en Haití. En el período comprendido entre 2019 y 2021, casi la mitad de su población (47,2%) —alrededor de 5,4 millones de personas— estuvo subalimentada. En comparación, la prevalencia de la subalimentación en el otro extremo del espectro fue de alrededor del 7% en Dominica, Jamaica, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago.

En Mesoamérica, Nicaragua fue el país con mayor prevalencia de subalimentación (18,6%) en el período 2019-2021, seguido de Guatemala (16%) y Honduras (15,3%). Lo que equivale a casi 5 millones de personas con hambre en estos tres países más pequeños (1,2, 2,9 y 1,5, respectivamente). En México, el país más grande de la subregión, la prevalencia de la subalimentación fue del 6,1% (7,8 millones de personas).

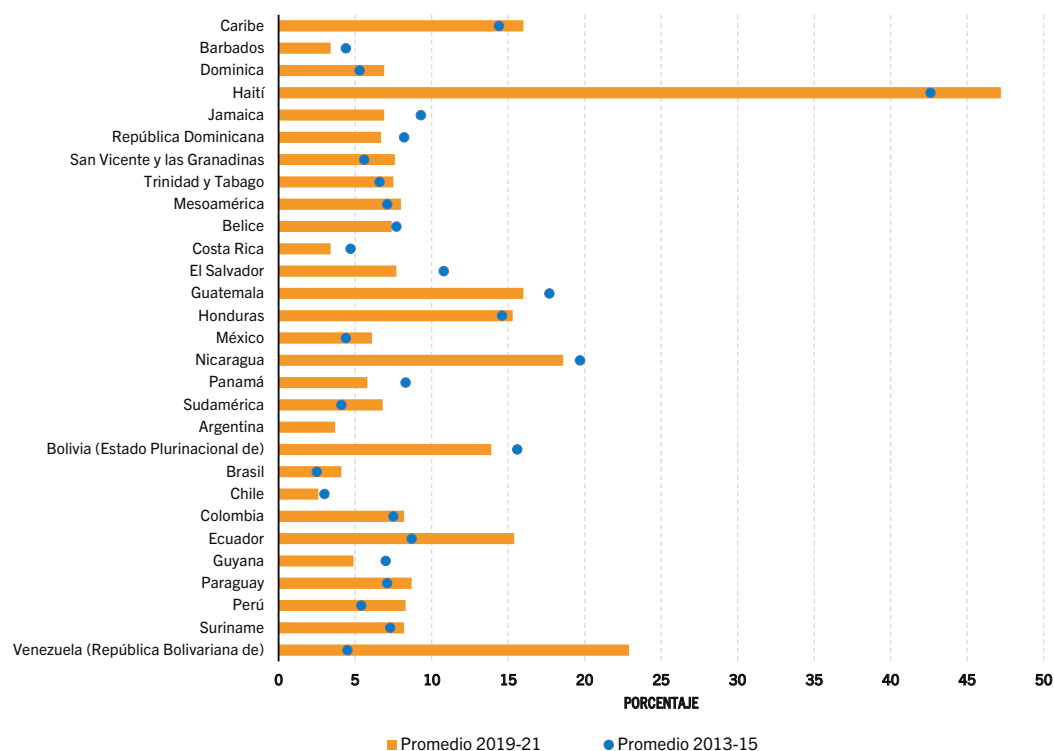
En Sudamérica, la República Bolivariana de Venezuela tuvo la mayor prevalencia de subalimentación (22,9%), que en números absolutos equivale a 6,5 millones de personas, seguida de Ecuador, con el 15,4% (2,7 millones), y Bolivia (Estado Plurinacional de), con el 13,9% (1,6 millones). En Colombia, Paraguay, Perú y Suriname la prevalencia superó el 8%. Cabe destacar que Brasil, un país muy poblado, tuvo una de las tasas más bajas de la región (4,1%), pero el mayor número de personas subalimentadas (8,6 millones).

Una mirada a las tendencias del hambre en los países de la región (**FIGURA 3**) muestra que el hambre aumentó significativamente en la República Bolivariana de Venezuela, en 18,4 puntos porcentuales, es decir, 5 millones más de personas con hambre entre los períodos 2013-2015 y 2019-2021. En esos períodos el hambre aumentó 6,7 puntos porcentuales en Ecuador (1,3 millones), 4,6 puntos porcentuales en Haití (900 000) y 1,6 puntos porcentuales en Brasil (3,4 millones de personas más).

Si se comparan los últimos datos sobre el hambre (período 2019-2021) con el trienio anterior a la pandemia de la COVID-19, 2017-2019, se observa que los países en los cuales más creció la subalimentación fueron Ecuador (3,8 puntos porcentuales), Honduras (2,2 puntos porcentuales) y San Vicente y las Granadinas (2,1 puntos porcentuales). En Colombia, la prevalencia de la subalimentación aumentó en 2 puntos porcentuales (1,1 millones de personas más).

FIGURA 3

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país



NOTA: Para el cálculo de los promedios trienales se utilizaron las estimaciones referidas al punto medio de los rangos estimados para los años 2020 y 2021.
 FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>).
 Acceso: 7 de noviembre de 2022.

En 2021, 768 millones de personas padecieron hambre en el mundo, situándose en la mitad del rango estimado entre 702 y 828 millones de personas. Esto significa 150 millones más de personas con hambre que en 2019 (24%), antes de la pandemia de la COVID-19. En América Latina y el Caribe, 56,5 millones de personas padecieron hambre en 2021, 13,2 millones más (30,5%) que antes de la pandemia en 2019. La mayoría de las personas que padecen hambre en América Latina y el Caribe (34 millones) viven en Sudamérica (**CUADRO 2**).

En Sudamérica la subalimentación aumentó un 47,2% entre 2019 y 2021, es decir, 11 millones de personas más, y un 118% entre 2015 y 2021, duplicando el número de personas con hambre (de 17,2 millones a 34,2 millones). Entre 2019 y 2021 el incremento de la subalimentación en Mesoamérica no fue tan pronunciado como el de Sudamérica: un aumento del 11,8% (1,6 millones de personas más, sumando 15,2 millones). Por último, en 2021, 7,2 millones de personas vivían con hambre en el Caribe, 600 000 más que en 2019 (**CUADRO 2**).

CUADRO 2

Número de personas
subalimentadas

	2000	2010	2015	2019	2020	2021
Mundo	796,2	601,3	588,6	618,4	721,7	767,9
América Latina y el Caribe	56,3	39,1	35,9	43,3	52,3	56,5
Caribe	6,9	6,3	6,1	6,6	7,2	7,2
Mesoamérica	10,8	11,4	12,7	13,6	14,4	15,2
Sudamérica	38,6	21,4	17,2	23,2	30,7	34,2

NOTA: Los valores estimados se basan en el punto medio del rango estimado para 2020 y 2021.

FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>).

Acceso: 7 de noviembre de 2022.

1.2 INDICADOR 2.1.2 DE LOS ODS: LA PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA MODERADA O GRAVE SEGÚN LA ESCALA DE EXPERIENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave basada en la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES, por sus siglas en inglés) es un estimado de la proporción de la población que enfrenta limitaciones moderadas o graves para obtener alimentos suficientes en el transcurso de un año. La inseguridad alimentaria moderada se refiere a una situación en la que los individuos se enfrentan a incertidumbres sobre su capacidad para obtener alimentos y se han visto obligados a reducir, en ocasiones durante un año, la calidad o cantidad de alimentos que consumen, debido a la falta de dinero u otros recursos. La inseguridad alimentaria grave significa que los individuos probablemente se han quedado sin comida, han pasado hambre y, en el caso más extremo, han pasado días sin comer, poniendo su salud y bienestar en grave riesgo¹. La gravedad de la inseguridad alimentaria se mide utilizando los datos recogidos con el módulo de encuesta de la FIES, un conjunto de ocho preguntas que piden a los encuestados un reporte de sus experiencias con el acceso limitado a los alimentos.

Diversos acontecimientos mundiales con efectos significativos sobre la seguridad alimentaria, tales como la pandemia de la COVID-19, las perturbaciones climáticas y los conflictos, han demostrado, en primer lugar, la importancia de vigilar y medir la inseguridad alimentaria y, en segundo lugar, la utilidad de los datos para los gobiernos e instituciones pertinentes. Uno de los puntos fuertes de la FIES es su posibilidad de captar acontecimientos en curso que afectan a los ingresos de personas y hogares, y la capacidad de obtener alimentos a tiempo y en cantidad suficiente para satisfacer sus necesidades diarias.

La prevalencia de la inseguridad alimentaria es mayor en América Latina y el Caribe que en el mundo. Así, el 40,6% de la población de la región enfrentó inseguridad alimentaria moderada o grave en 2021, comparado con el promedio mundial del 29,3%. La prevalencia de inseguridad alimentaria grave también es mayor en la región (14,2%) que en el mundo (11,7%) (**CUADRO 3**). A nivel mundial, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó 8,1 puntos porcentuales entre 2014 y 2021, y 3,9 puntos porcentuales entre 2019 y 2021, mientras que en la región esta prevalencia aumentó 16 puntos porcentuales y 8,9 puntos porcentuales en los mismos períodos, respectivamente².

¹ Es importante señalar que la inseguridad alimentaria moderada o grave calculada por la FIES es una medida diferente a las fases de inseguridad alimentaria aguda de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en fases (CIF), que recoge el *Informe mundial sobre las crisis alimentarias*. La inseguridad alimentaria aguda es esporádica, y se produce cuando las crisis repentinas limitan el acceso de las personas a los alimentos a corto plazo. Se refiere a un momento específico del año, generalmente las últimas cuatro semanas, y abarca sólo algunas zonas del país, generalmente zonas rurales consideradas focos de inseguridad alimentaria, en las que la inseguridad alimentaria no se convertirá en crónica si se recibe asistencia rápidamente.

² Las estimaciones para América Latina y el Caribe de 2014 a 2019 incluyen países del Caribe cuya población combinada representa sólo el 30% de la población de esa subregión, mientras que las estimaciones de 2020 y 2021 incluyen países del Caribe cuya población combinada representa alrededor del 60% y el 65% de la población subregional, respectivamente.

CUADRO 3

Prevalencia de la inseguridad alimentaria

	Inseguridad alimentaria moderada (porcentaje)				Inseguridad alimentaria grave (porcentaje)				Inseguridad alimentaria moderada o grave (porcentaje)			
	2014	2019	2020	2021	2014	2019	2020	2021	2014	2019	2020	2021
Mundo	13,5	16,1	18,6	17,6	7,7	9,3	10,9	11,7	21,2	25,4	29,5	29,3
América Latina y el Caribe	17,1	21,8	26,7	26,4	7,5	9,9	12,8	14,2	24,6	31,7	39,5	40,6
Caribe			31,8	33,5			36,6	30,5			68,4	64,0
Mesoamérica	23,7	20,9	26,8	26,1	6,5	7,3	7,3	8,0	30,2	28,2	34,1	34,1
Sudamérica	13,0	21,5	26,1	25,8	5,4	8,5	12,7	15,1	18,4	30,0	38,8	40,9

FUENTE: FAO. 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre de 2022.

En Sudamérica, la inseguridad alimentaria moderada o grave afectó al 40,9% de la población en 2021, mientras que en Mesoamérica la prevalencia fue del 34,1%. En el Caribe, el 64% de la población sufrió inseguridad alimentaria moderada o grave, la mitad de la cual (30,5%) experimentó inseguridad alimentaria grave (CUADRO 3).

En 2020, el confinamiento resultante de la pandemia de la COVID-19 provocó una reducción de la actividad económica. La demanda y el empleo disminuyeron, y esto afectó la capacidad de los hogares para generar ingresos. Además, la presencia significativa de empleo informal en la región hizo que una proporción considerable de los hogares fuera más vulnerable a un choque de esta magnitud. Las subregiones y los países se vieron afectados de forma diferente según sus condiciones particulares (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020).

El Caribe³ fue la subregión más afectada por la inseguridad alimentaria durante 2019-2021. Como se puede ver en la FIGURA 4, en Haití, la mayoría de la población (82,5%) sufrió de inseguridad alimentaria moderada o grave en 2019-2021 (estimación promedio de tres años). Durante el mismo periodo, en Jamaica, la mitad de la población se vio afectada (50,3%), y en Trinidad y Tabago, el 43,3%. En Barbados y San Vicente y las Granadinas, más del 30% de la población experimentó inseguridad alimentaria moderada o grave. Granada y Saint Kitts y Nevis mostraron una prevalencia superior al 20%.

En Mesoamérica, la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó significativamente en la mayoría de los países entre los trienios 2014-2016 y 2019-2021. En Guatemala, el incremento fue de 13,2 puntos porcentuales, aumentando la prevalencia a más de la mitad de la población del país (55,9%). La mitad de la población de Honduras también experimentó inseguridad alimentaria moderada o grave, con un aumento de la prevalencia de 8,3 puntos porcentuales.

³ Ver nota 2

La prevalencia en Belice aumentó 6,6 puntos porcentuales entre estos periodos, superando el 40% de la población, mientras que en El Salvador el aumento fue de 4,3 puntos porcentuales y la prevalencia alcanzó el 46,5% de la población en 2019-2021. Por otro lado, en México la inseguridad alimentaria se mantuvo estable, afectando a una cuarta parte de su población en 2019-2021 (FIGURA 4).

En 2020, tanto el Caribe como Mesoamérica se vieron afectados por tormentas tropicales extremas. Estos devastadores desastres naturales tuvieron efectos adversos en la salud, destrozaron los medios de vida de miles de hogares, y destruyeron gran parte de los cultivos de la zona (Klotzbach *et al.*, 2020; Waddell *et al.*, 2021). Junto con las consecuencias limitantes de la pandemia de la COVID-19, esta situación puso aún más en peligro la seguridad alimentaria, al obstaculizar directamente la capacidad de las personas para producir y acceder a los alimentos.

Dentro de Sudamérica, en Perú, alrededor de la mitad de la población experimenta inseguridad alimentaria moderada o grave. En Argentina, Ecuador y Suriname, afecta a casi el 37% de la población. Al igual que en otros lugares, la inseguridad alimentaria también aumentó significativamente en esos tres países entre los trienios 2014-2016 y 2019-2021: en 17,8 puntos porcentuales en Argentina, 17 puntos porcentuales en Paraguay, 16,1 puntos porcentuales en Ecuador, y 13,3 puntos porcentuales en Perú. Cabe destacar que, en Brasil, la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó 10 puntos porcentuales en el mismo período (FIGURA 4).

Desde 2014, la inseguridad alimentaria moderada o grave en la región ha aumentado en 116 millones de personas. Casi la mitad de este aumento se produjo entre 2019 y 2021, pasando de 205,2 millones a 267,7 millones. La subregión principalmente responsable de este aumento es Sudamérica (49,6 millones de personas más en 2021 que en 2019, y 177,7 millones en total) (FIGURA 5).

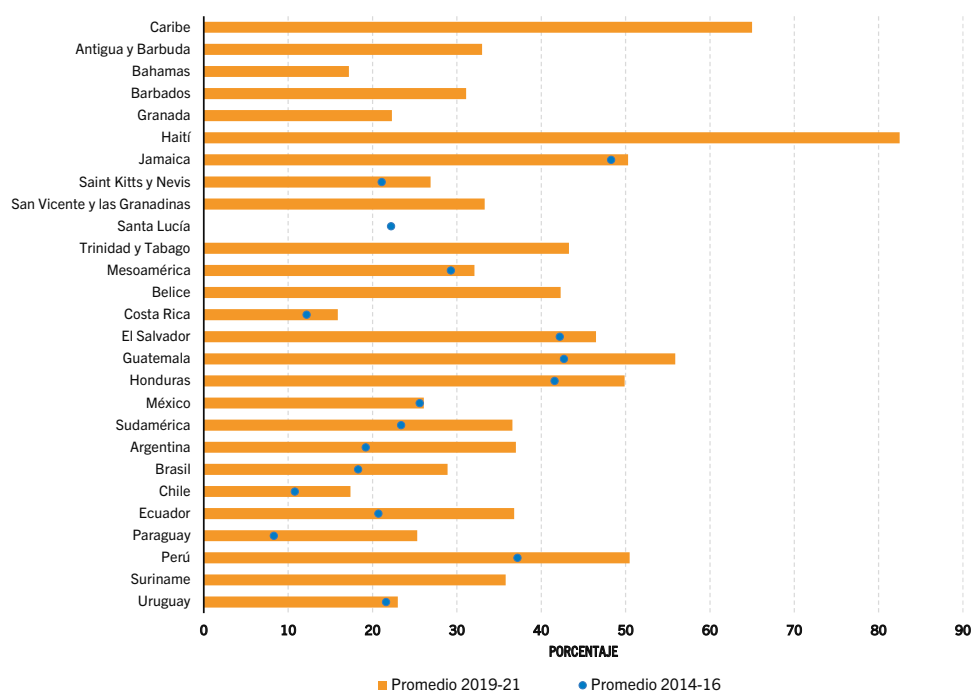
En Mesoamérica, 61,9 millones de personas sufrieron inseguridad alimentaria moderada o grave en 2021. La inseguridad alimentaria se mantuvo mayoritariamente sin cambios en esta subregión entre 2014 y 2019, pero entre 2019 y 2021 la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó en 11,9 millones de personas, como puede verse en la FIGURA 5.

En 2021, 93,5 millones de personas experimentaron inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, un aumento de 29,5 millones desde 2019. La inseguridad alimentaria grave ha aumentado a un ritmo más rápido en Sudamérica, donde se ha triplicado desde 2014, pasando de 22 millones a 65,6 millones de personas.

Entre 2019 y 2021, la inseguridad alimentaria grave aumentó en 29,1 millones en Sudamérica, un aumento del 80% en solo dos años. En Mesoamérica, la inseguridad alimentaria grave no ha subido tanto como en Sudamérica. Entre 2014 y 2021 el aumento fue de 3,6 millones de personas (33%) afectando en 2021 a 14,5 millones de personas.

FIGURA 4

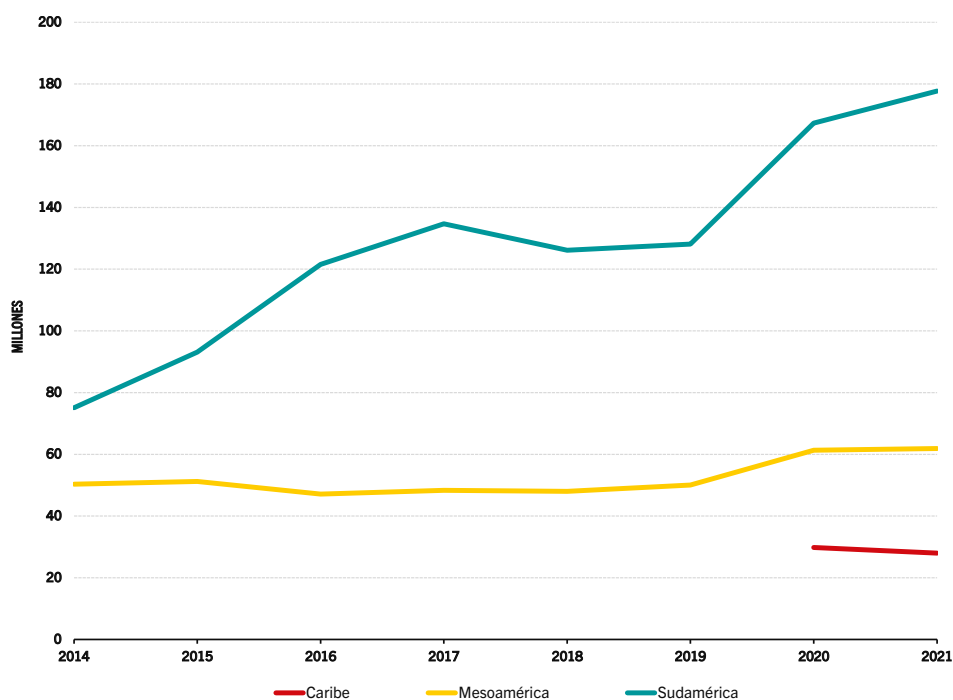
Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país



FUENTE: FAO, 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre de 2022.

FIGURA 5

Número de personas que padecen inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión



FUENTE: FAO, 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre de 2022.

Inseguridad alimentaria entre las mujeres

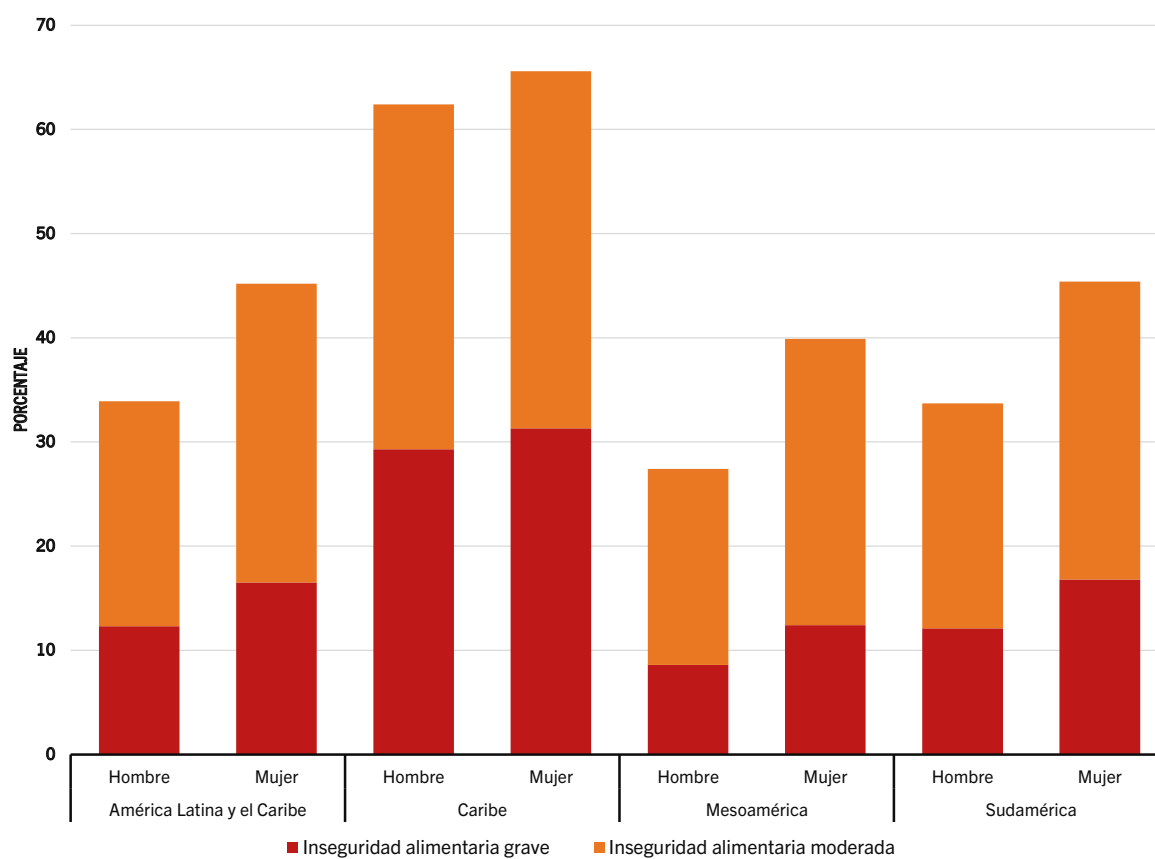
La pobreza, la desigualdad y la exclusión social dejan a las personas, principalmente a los grupos vulnerables —incluidas las mujeres—, en mayor riesgo de inseguridad alimentaria, dietas poco saludables y malnutrición en todas sus formas. Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de padecer inseguridad alimentaria en el mundo. Y las mujeres que viven en zonas rurales, como productoras, se enfrentan a limitaciones aún mayores que los productores hombres para acceder a recursos y servicios productivos, tecnologías, mercados y activos financieros. Además, la pandemia de la COVID-19 ha afectado de forma negativa y desproporcionada a las mujeres en lo que respecta a las oportunidades de empleo y al acceso a alimentos nutritivos. En consecuencia, en los últimos años se ha ampliado la brecha de género en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2021 y 2022).

A nivel mundial, la prevalencia de la inseguridad alimentaria entre las mujeres es mayor que la de los hombres, pero en América Latina y el Caribe la brecha es aún mayor en comparación al mundo y a las otras regiones (4,3 puntos porcentuales en el mundo en 2021, frente a 11,3 puntos porcentuales en la región). La brecha en la región ha ido aumentando significativamente a lo largo de los años, pasando de 4 puntos porcentuales en 2014, a 11,3 puntos porcentuales en 2021, mientras que a nivel mundial el aumento de la brecha de género fue de 2,3 puntos porcentuales en 2014, al 4,3 puntos porcentuales en 2021. En 2021, la inseguridad alimentaria moderada o grave afectó al 45,2% de las mujeres de la región y al 33,9% de los hombres. Entre las subregiones, Mesoamérica muestra la mayor brecha, de 12,5 puntos porcentuales, mientras que en Sudamérica la brecha es de 11,7 puntos porcentuales, y en el Caribe de 3,2 puntos porcentuales (FIGURA 6). Esta disparidad muestra la clara necesidad de incluir una perspectiva de género en las políticas e inversiones que abordan la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2021 y 2022).

América Latina y el Caribe es la región con mayor aumento de la inseguridad alimentaria entre 2019 y 2021. Esto está relacionado con el hecho de que la región fue una de las más afectadas por la pandemia y tiene mayores niveles de desigualdad de ingresos (ver Parte 2). Las recesiones económicas afectan de manera desproporcionada a la seguridad alimentaria de las poblaciones de menores ingresos en los países con mayor desigualdad de ingresos. (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

FIGURA 6

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo, 2021



FUENTE: FAO, 2022. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre de 2022.



CAPÍTULO 2

EL ESTADO DE LA NUTRICIÓN: PROGRESO HACIA LA CONSECUCIÓN DE LAS METAS DE NUTRICIÓN MUNDIALES, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Mensajes clave

- En 2020, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe era del 11,3%, aproximadamente 10 puntos porcentuales por debajo del promedio mundial. Todas las subregiones han logrado avances positivos en la reducción del retraso del crecimiento. Entre 2000 y 2020, Sudamérica redujo el retraso del crecimiento en un 41%, Mesoamérica en un 35% y el Caribe en un 25%. El retraso del crecimiento es especialmente frecuente en la región entre niños y niñas cuyas madres no han recibido educación formal. Los habitantes del quintil de ingresos más bajo están más afectados que los otros cuatro quintiles de ingresos de la región.
- En América Latina y el Caribe, el 7,5% de los niños y niñas menores de cinco años tenían sobrepeso en 2020, es decir, 2 puntos porcentuales por encima de la media mundial (5,7%). En Sudamérica y el Caribe, el sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años ha aumentado en los últimos 20 años alcanzando una prevalencia de 8,2% y 6,6% en 2020, respectivamente. En Mesoamérica la prevalencia es de 6,3%.
- En la región, la anemia afecta al 17,2% de las mujeres de entre 15 y 49 años, un porcentaje significativamente inferior al promedio mundial. En el Caribe, sin embargo, casi el 30% de las mujeres de 15 a 49 años padece anemia.
- Aunque los efectos de la pandemia de la COVID-19 sobre la malnutrición aún no se han revelado del todo, se esperan impactos negativos sobre varias formas de malnutrición. Más recientemente, el conflicto en Ucrania tiene el potencial de impactar en la malnutrición a escala global, debido a la importancia de la Federación de Rusia y Ucrania en la producción y comercialización de trigo, maíz y fertilizantes.

2.1. RETRASO DEL CRECIMIENTO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

El retraso del crecimiento, es decir, una estatura menor a la que corresponde por edad, es un indicador de los varios impactos de la desnutrición, y es causado por una combinación de factores nutricionales y de otro tipo que simultáneamente socavan el desarrollo físico y cognitivo de niños y niñas, aumentando su riesgo de morir por enfermedades infecciosas. El retraso del crecimiento y otras formas de desnutrición en las primeras etapas de la vida también pueden predisponer a niños y niñas a tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT) más adelante.

La prevalencia del retraso del crecimiento disminuyó en todo el mundo y en la región entre 2000 y 2020. Como muestra la **FIGURA 7**, se han logrado avances significativos en la reducción del retraso del crecimiento en la región —una disminución del 37% (equivalente a 6,7 puntos porcentuales) en los últimos 20 años—, aunque últimamente la reducción ha sido más lenta. En 2020, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años en la región fue del 11,3%, más de 10 puntos porcentuales por debajo del promedio mundial, que es del 22% (**FIGURA 7**). El retraso del crecimiento en la región es especialmente frecuente entre niños y niñas cuyas madres no han recibido educación formal y que pertenecen al quintil de menor ingreso (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

Entre 2000 y 2020, Sudamérica consiguió reducir el retraso del crecimiento en un 41% (6,1 puntos porcentuales), Mesoamérica en un 35% (8,9 puntos porcentuales) y el Caribe en un 25% (3,9 puntos porcentuales).

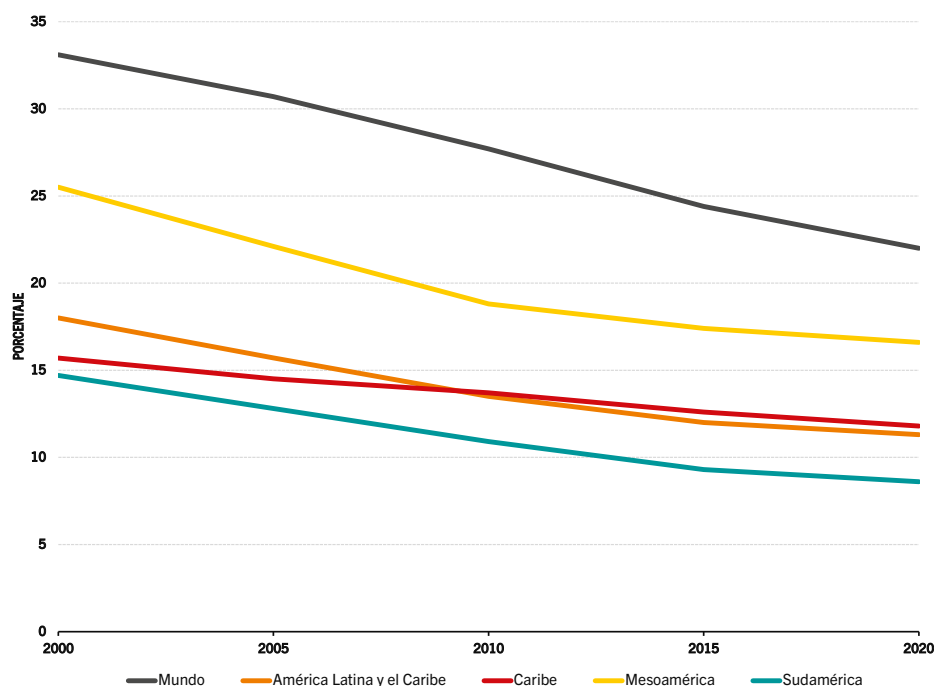
En 2020, la prevalencia del retraso del crecimiento era del 8,6% en Sudamérica, del 16,6% en Mesoamérica y del 11,8% en el Caribe. Mesoamérica muestra las cifras más altas de retraso del crecimiento de la región y la tasa de reducción más lenta desde 2010. Específicamente, entre 2012 (año base para el logro de los ODS) y 2020, el retraso del crecimiento en Mesoamérica se redujo sólo en un 7,8%, mientras que el Caribe logró una reducción del 11,9%, y Sudamérica del 18,6%. En América Latina y el Caribe en su conjunto, el retraso del crecimiento se redujo en un 13,3% entre 2012 y 2020.

La **FIGURA 8** muestra una visión por países, según las estimaciones para 2020. Chile, Paraguay y Santa Lucía muestran la prevalencia más baja, por debajo del 5%. Los países en los que la prevalencia del retraso del crecimiento aumentó entre 2000 y 2020 son Trinidad y Tabago (47%), Costa Rica (15%) y Jamaica (12%). La mayor prevalencia de retraso del crecimiento en la región se dio en Guatemala (42,8%), seguido de Ecuador (23,1%), Haití (20,4%) y Honduras (19,9%). Por su parte, Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Paraguay, Perú y Uruguay mostraron reducciones superiores al 50% en el mismo periodo.

Entre los países que lograron reducir la prevalencia del retraso del crecimiento entre 2012 y 2020, Guyana mostró el mayor avance, con una reducción de 30%, mientras que la disminución fue más de un 20% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana.

FIGURA 7

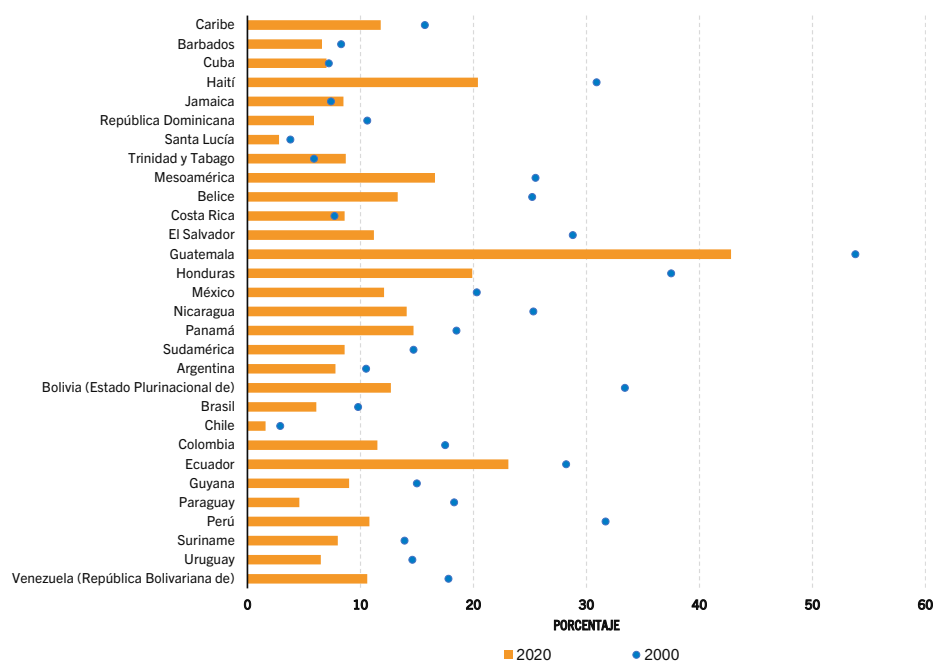
Prevalencia del retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por subregión



FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

FIGURA 8

Prevalencia del retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país



FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

A pesar de los progresos realizados, América Latina y el Caribe no está en vías de alcanzar la meta 2.2 de los ODS (reducir el retraso del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años en un 50% para 2030). En 2020, el retraso del crecimiento siguió afectando a 5,8 millones de niños y niñas menores de cinco años en la región: 2,8 millones en Sudamérica, 2,7 millones en Mesoamérica y 400 000 en el Caribe. Además, los efectos de la pandemia de la COVID-19 y el conflicto en Ucrania sobre la malnutrición aún no se conocen del todo, ya sea por la escasez de datos, por el impacto a largo plazo en algunos resultados nutricionales y porque no es posible conocer el alcance y el impacto de tales condiciones y situaciones en curso. Sin embargo, se esperan efectos negativos sobre el retraso del crecimiento en los países de ingresos bajos y medios, y es importante prestar especial atención a los territorios más rezagados de la región (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2021 y 2022).



2.2. LA EMACIACIÓN O DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑOS Y NIÑA MENORES DE CINCO AÑOS

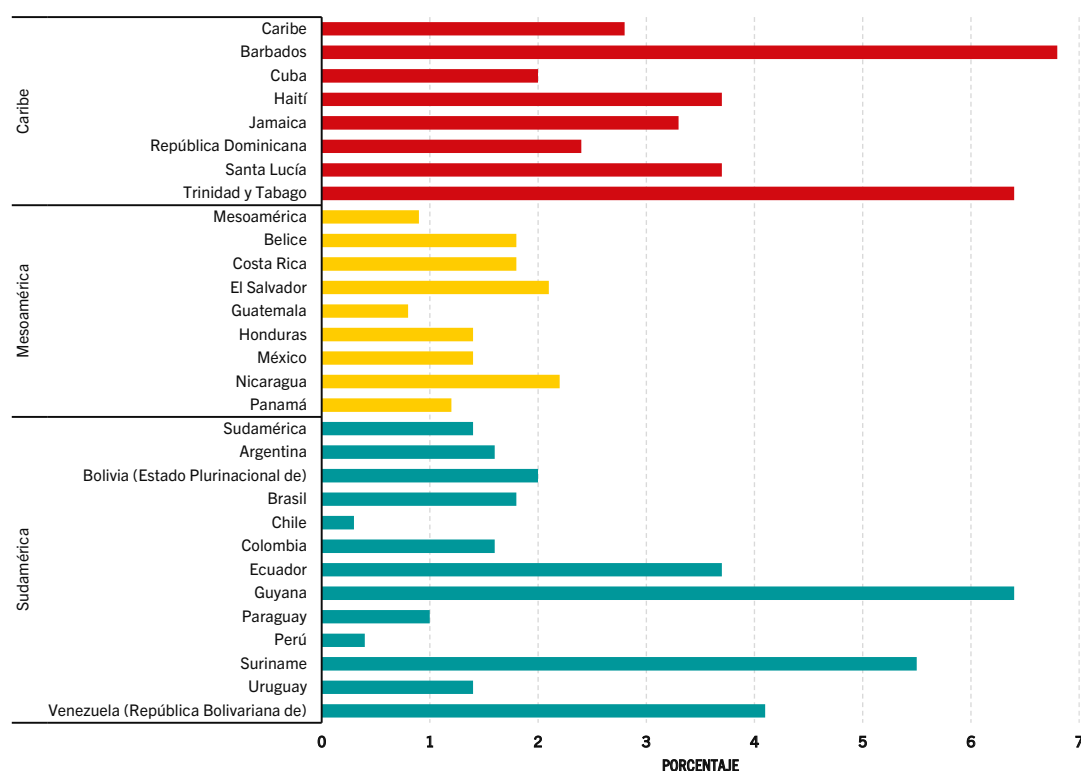
La emaciación o desnutrición aguda es una condición que pone en peligro la vida de niños y niñas. Es causada por una ingesta insuficiente de energía y nutrientes, una mala absorción de energía y nutrientes o una enfermedad frecuente o prolongada. La emaciación o desnutrición aguda es una de las formas más críticas de malnutrición en la primera infancia, ya que se asocia con un alto riesgo de mortalidad si los casos no son identificados y tratados adecuadamente de manera oportuna (OMS, 2022a).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la emaciación o desnutrición aguda es del 1,3% (equivalente a 0,7 millones de niños y niñas menores de cinco años), significativamente inferior al promedio mundial de 6,7%. En cuanto a las subregiones, en 2020, el Caribe tenía una tasa ligeramente superior de 2,8%, la de Sudamérica era de 1,4%, y en Mesoamérica la tasa era inferior al 1%. Si se mantienen estos niveles, la región está en camino de alcanzar la meta de los ODS de mantener la emaciación o desnutrición aguda por debajo del 3% de la población infantil.

Como puede apreciarse en la **FIGURA 9**, los países con niveles de emaciación o desnutrición aguda superior al 3% son Barbados (6,8%), Trinidad y Tabago (6,4%), Guyana (6,4%), Suriname (5,5%), Venezuela (República Bolivariana de) (4,1%) y Ecuador (3,7%).

FIGURA 9

Prevalencia de la emaciación o desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país (último año disponible)



FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

Como se ha indicado anteriormente, los efectos de la pandemia de la COVID-19 sobre la malnutrición aún no se han revelado del todo. Las proyecciones mundiales sobre la emaciación o desnutrición aguda indican que entre 11,2 y 16,3 millones más de niños y niñas menores de cinco años en países de ingresos bajos y medios podrían verse afectados entre 2020 y 2022 (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

2.3. SOBREPESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

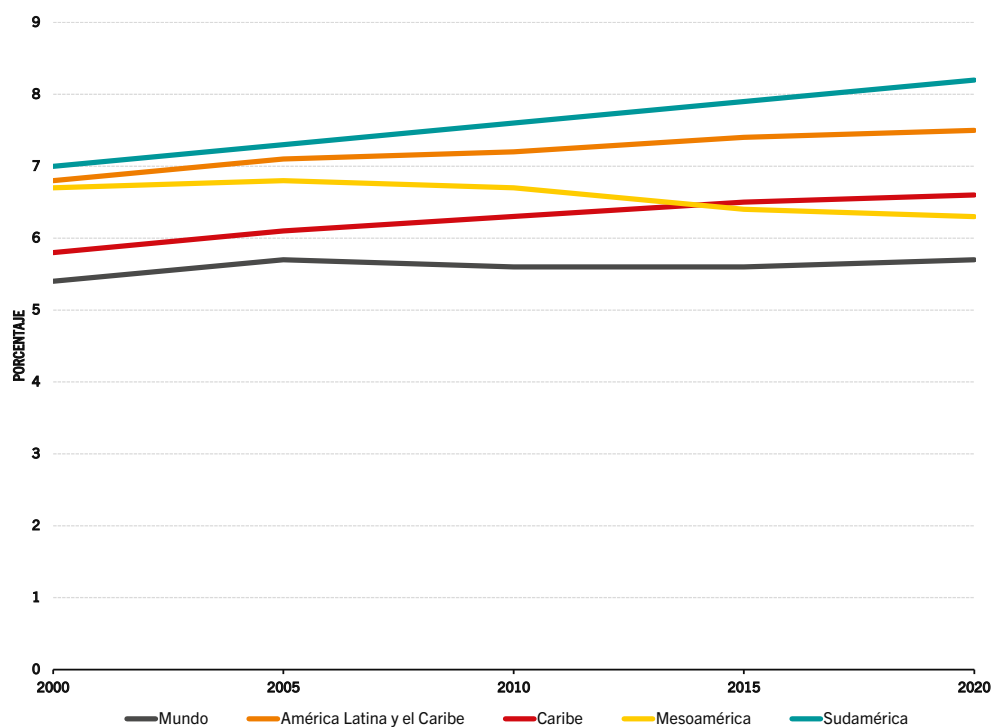
El sobrepeso infantil se define como un peso elevado en relación con la estatura en niños y niñas menores de cinco años. La obesidad es la forma grave de sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad implican impactos en términos de salud tanto inmediatos como potencialmente a largo plazo. Los impactos inmediatos incluyen dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas, hipertensión, marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (OMS, 2014). A largo plazo, tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. El sobrepeso ha ido en aumento en muchos países, acelerado por niveles de actividad física cada vez más inadecuados y por el acceso a alimentos ricos en energía, grasas y azúcares añadidos o sal (OMS, 2021). La obesidad infantil también puede contribuir a causar dificultades cognitivas, conductuales y emocionales; también puede conducir a la estigmatización, la depresión y la reducción del rendimiento escolar (UNICEF, 2019).

En América Latina y el Caribe, el 7,5% de los niños y niñas menores de cinco años (es decir, 3,9 millones) tenían sobrepeso en 2020, casi dos puntos porcentuales por encima del promedio mundial (5,7%). Además, este porcentaje ha ido aumentando en los últimos 20 años. Entre las subregiones, Sudamérica tiene la mayor prevalencia de sobrepeso (8,2%), seguida por el Caribe (6,6%) y Mesoamérica (6,3%). La FIGURA 10 muestra que en Sudamérica y el Caribe, el sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años ha aumentado moderadamente en los últimos 20 años, mientras que en Mesoamérica ha disminuido desde 2010. Es importante destacar que, en la región, no hay diferencias significativas en la prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años entre zonas urbanas y rurales, diferentes quintiles de ingreso, niveles de educación de la madre o género (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

Según las estimaciones de sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años, las tasas más bajas corresponden a Haití (3,7%), Suriname (4%) y Guatemala (5,1%). Argentina, Barbados, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay muestran la mayor prevalencia de la región (más del 10%). La FIGURA 11 muestra que, en la mayoría de los países de la región, el sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años ha tendido a aumentar entre 2000 y 2020. Los países con mayores aumentos fueron Ecuador (5,3 puntos porcentuales), Trinidad y Tabago (5,1 puntos porcentuales), Paraguay (4,8 puntos porcentuales) y Barbados (3,6 puntos porcentuales). En Cuba, Guyana, Honduras y Panamá la prevalencia de sobrepeso aumentó más de 2 puntos porcentuales en el mismo periodo. Seis países de la región consiguieron reducir la prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años entre 2000 y 2020: Belice, Chile, Costa Rica, Guatemala, México y Perú.

FIGURA 10

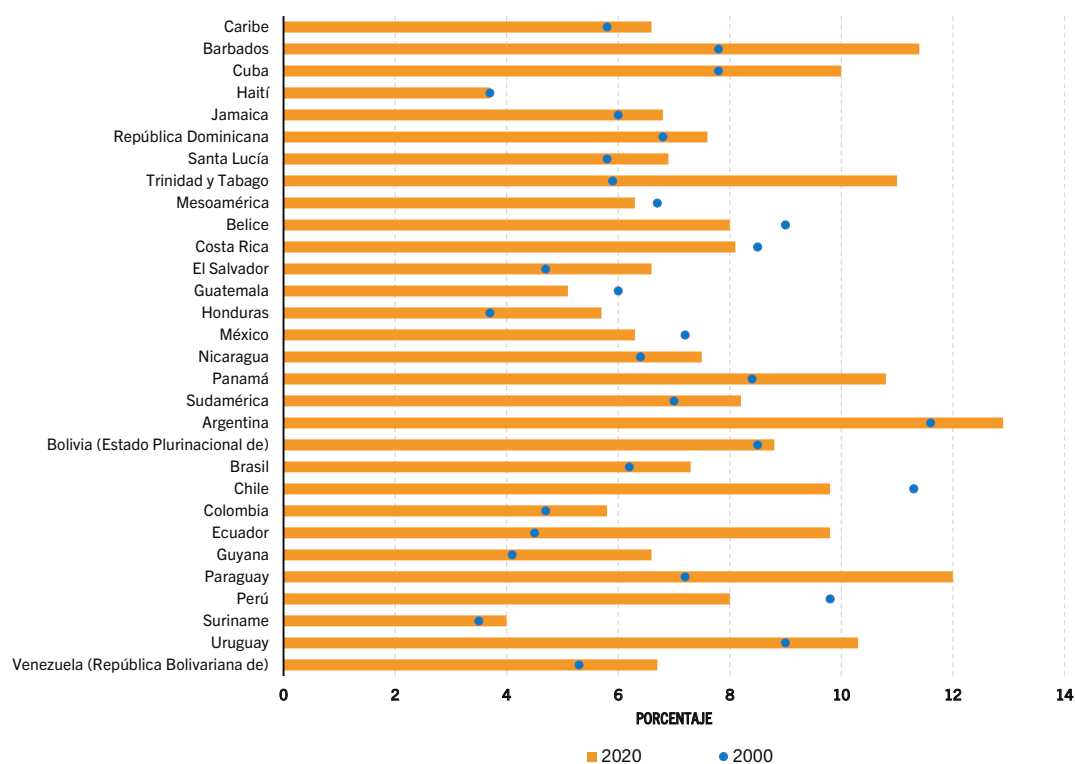
Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe por subregión



FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

FIGURA 11

Prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe por país



FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

Si esta tendencia al alza continúa, América Latina y el Caribe corre el riesgo de no cumplir el ODS 2 —mantener el sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años por debajo del 3% para 2030—.

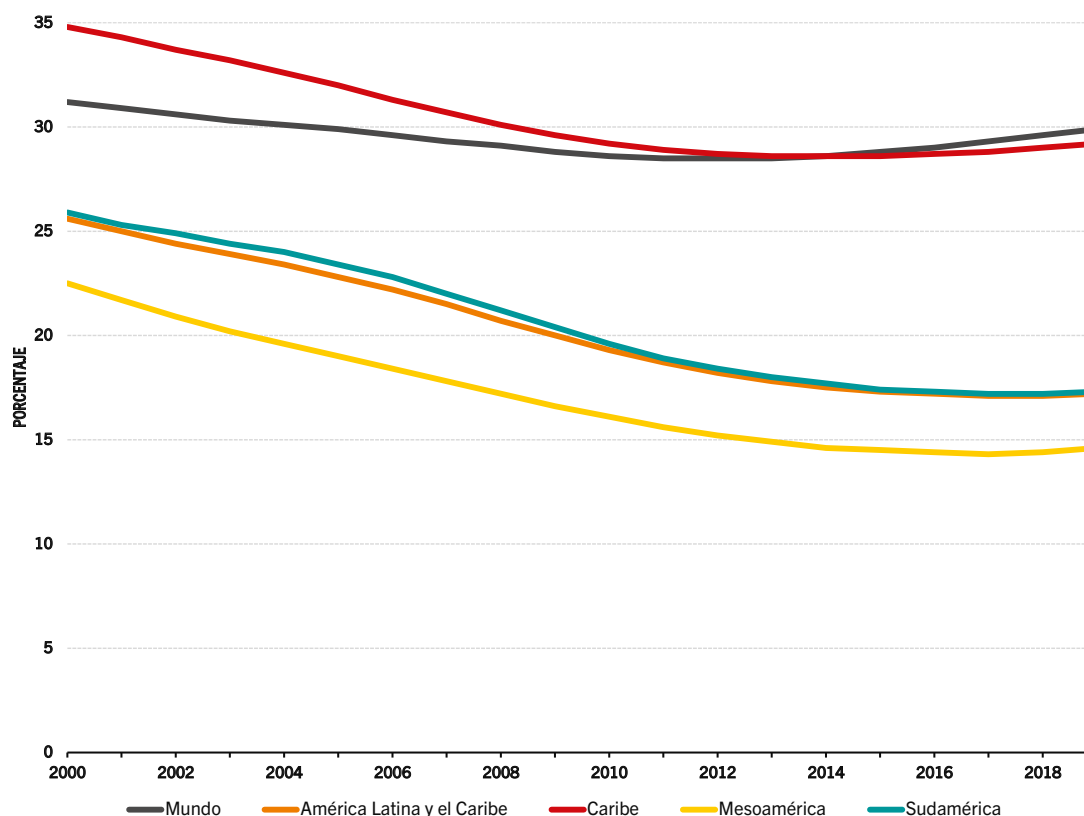
2.4. ANEMIA ENTRE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

La anemia se refiere a niveles bajos de hemoglobina en la sangre. Tiene una gran variedad de causas, pero se considera que la causa más común es la deficiencia de hierro, que resulta de una baja ingesta dietética de hierro, de una mala absorción (por ejemplo, por dietas ricas en fitatos o compuestos fenólicos) o pérdida de este. La anemia afecta gravemente a la salud, y dado que las mujeres embarazadas son un grupo de población con mayores necesidades de hierro, están especialmente expuestas a la anemia, que se asocia a un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil (OMS, 2022a).

La anemia en mujeres de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe fue de 17,2% (equivalente a 29,6 millones de mujeres de 15 a 49 años) en 2019, significativamente por debajo del promedio mundial de 30%. En Sudamérica la anemia afecta al 17,3% de las mujeres de 15 a 49 años, al 14,6% en Mesoamérica y al 29,2% en el Caribe —muy cerca del promedio mundial (FIGURA 12)—.

FIGURA 12

Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe por subregión



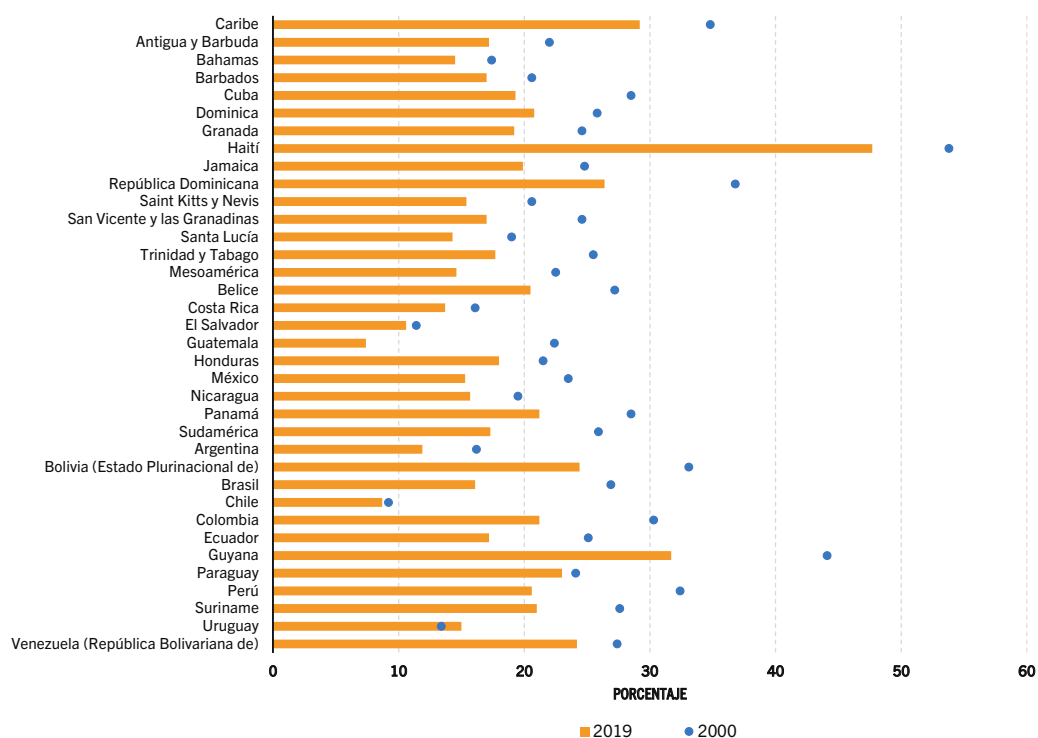
FUENTE: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository* [en línea]. Ginebra. (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo 2021.

La FIGURA 13 muestra que, entre los países de la región, la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años en Haití es la más alta (47,7%), seguida por Guyana (31,7%), y la República Dominicana (26,4%). Los países con las tasas más bajas son Chile (8,7%) y Guatemala (7,4%). Todos los países de la región, excepto Uruguay, lograron reducir la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años entre 2000 y 2019. El progreso más significativo en este sentido lo consiguió Guatemala, con una reducción del 67%. Brasil logró una reducción del 40%, mientras que Colombia, Ecuador, México, Perú, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago redujeron la prevalencia de la anemia en más del 30%.

Aunque la anemia ha disminuido en la región desde el año 2000, la reducción en los últimos años se ha estancado, con pocos avances entre 2012 y 2019, lo que dificulta para la región el cumplimiento del indicador 2.2.3 de los ODS que busca reducir su prevalencia en un 50% para 2030.

FIGURA 13

Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe por país



FUENTE: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository* [en línea]. Ginebra. (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo 2021.

CAPÍTULO 3

INDICADORES NUTRICIONALES ADICIONALES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Mensajes clave

- En América Latina y el Caribe, la obesidad afectó a casi una cuarta parte de la población adulta (24,2%) en 2016, como indica la última medición disponible para este indicador, muy por encima del promedio mundial del 13,1%. La obesidad en adultos presentó un aumento significativo en toda la región entre 2000 y 2016: de 9,5 puntos porcentuales en el Caribe, 8,2 puntos porcentuales en Mesoamérica y 7,2 puntos porcentuales en Sudamérica. La obesidad en adultos prevalece más entre las mujeres que entre los hombres en todos los países de la región, y en 20 países es al menos 10 puntos porcentuales mayor entre las mujeres que entre los hombres.
- En 2020, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida en América Latina y el Caribe era de 37,3%, inferior al promedio mundial (43,8%). La tasa ha disminuido en el Caribe, y aunque Mesoamérica ha hecho progresos significativos en la mejora de esta tasa, todavía está por debajo de la meta de los ODS.
- En América Latina y el Caribe, la prevalencia del bajo peso al nacer, o insuficiencia ponderal, fue del 8,7% en 2015, y aunque no ha variado mucho desde el año 2000, la prevalencia sigue estando muy por debajo del promedio mundial.

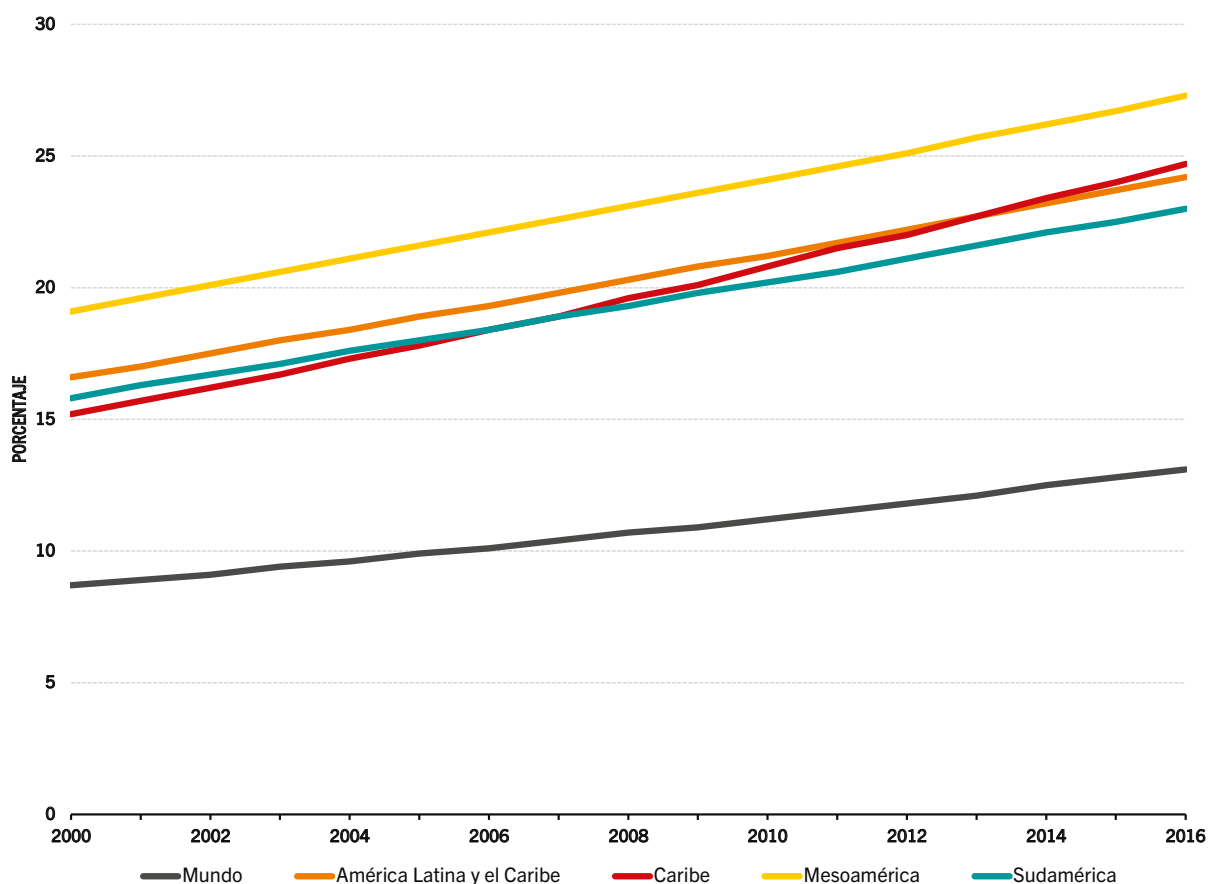
En esta sección se evalúan los progresos realizados en la consecución de otros tres objetivos nutricionales mundiales aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS): la obesidad en adultos, la lactancia materna exclusiva y el bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal.

3.1. OBESIDAD EN ADULTOS

En América Latina y el Caribe, la obesidad (≥ 18 años) afectó al 24,2% de la población adulta en 2016 (equivalente a 106 millones de adultos), muy por encima del promedio mundial (13,1%). La obesidad en adultos muestra un aumento significativo en toda la subregión entre 2000 y 2016: de 9,5 puntos porcentuales en el Caribe, 8,2 puntos porcentuales en Mesoamérica y 7,2 puntos porcentuales en Sudamérica. Mesoamérica muestra la mayor prevalencia de obesidad en adultos (27,3%), seguida por el Caribe (24,7%), y Sudamérica (23%) (FIGURA 14.).

FIGURA 14

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por subregión

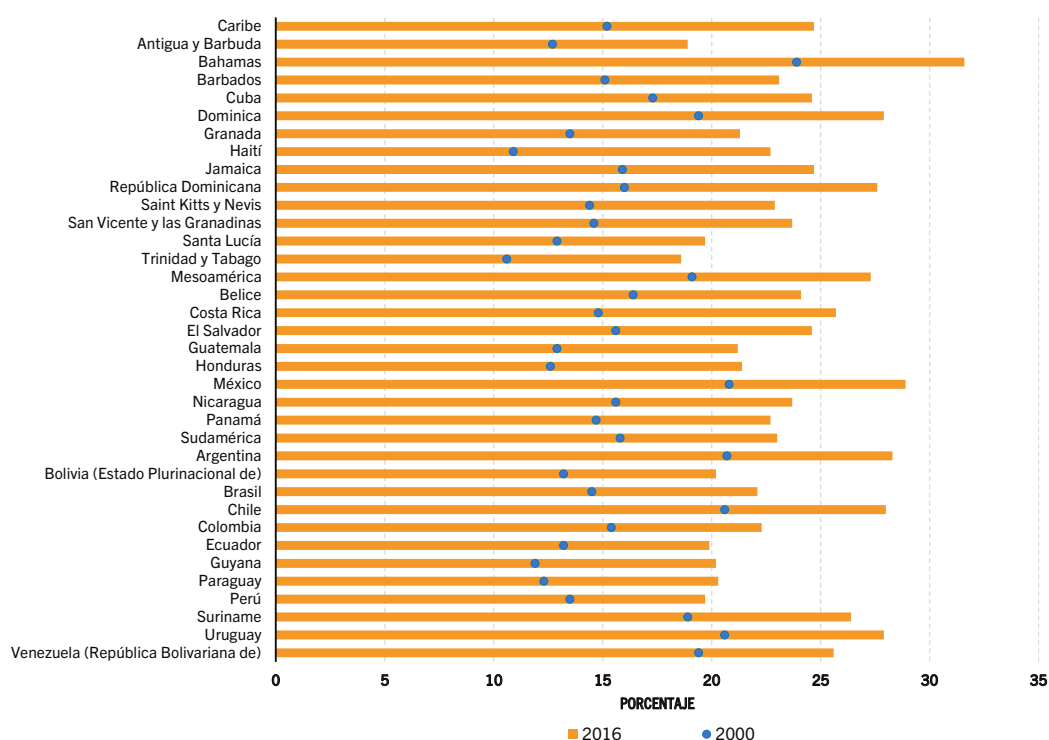


FUENTE: OMS. 2020. Datos. En: *Global Health Observatory* [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>). Acceso: 28 de abril 2020.

La **FIGURA 15** muestra que la obesidad en adultos aumentó en todos los países de la región entre 2000 y 2016 —en más de 10 puntos porcentuales en Costa Rica, Haití y República Dominicana—. Bahamas tenía la mayor prevalencia de obesidad en adultos en 2016 (más del 30%), mientras que la obesidad afectaba a más del 25% de los adultos en Argentina, Chile, Costa Rica, Dominica, México, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

FIGURA 15

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por país



FUENTE: OMS. 2020. Datos. En: *Global Health Observatory* [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>). Acceso: 28 de abril 2020.

La región no está en vías de cumplir el objetivo de la AMS de detener el aumento de la obesidad en 2025. Hacer que las dietas saludables sean más asequibles y disponibles es fundamental para mejorar la alimentación y la nutrición. Además, para reducir la prevalencia de la obesidad en los adultos es importante comprender, junto con las causas fundamentales, quiénes son las personas más afectadas y dónde se encuentran.

Obesidad entre las mujeres

La obesidad en adultos es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres en toda América Latina y el Caribe. En 20 países la prevalencia entre las mujeres es al menos 10 puntos porcentuales mayor que entre los hombres. Entre los países con mayor brecha de género están Jamaica (18,1 puntos porcentuales), Barbados (16,6 puntos porcentuales), Dominica y Granada (ambos con 15,7 puntos porcentuales) y Trinidad y Tabago con una brecha de 15,2 puntos porcentuales (FIGURA 16).

Se observan importantes desigualdades cuando se evalúa la obesidad de los adultos en función de determinadas variables socioeconómicas. Visto por zonas, vemos que las mujeres de las zonas urbanas sufren más de obesidad que las que viven en zonas rurales. Mientras que las mujeres del quintil más pobre sufren menos de obesidad, las mujeres que sólo tienen educación primaria tienen más probabilidades de ser obesas (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).



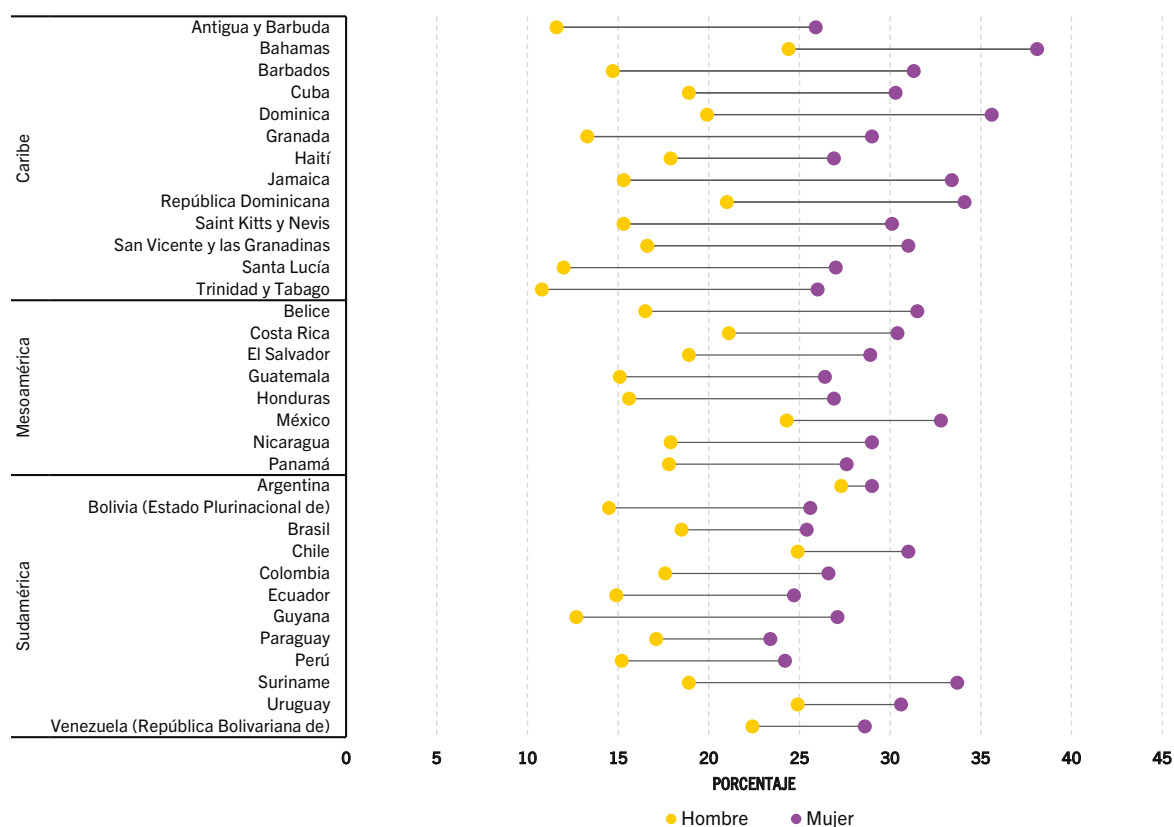
3.2. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida tiene muchos beneficios para el lactante y para la madre. El principal de ellos es la protección del lactante contra las infecciones gastrointestinales. Este beneficio se ha observado no sólo en los países en desarrollo, sino también en los países desarrollados (OMS, 2021). La lactancia materna es una de las prácticas más poderosas para promover la supervivencia y el bienestar de niños y niñas. La lactancia materna protege contra las enfermedades crónicas y potencialmente mortales; promueve un crecimiento saludable y un desarrollo infantil adecuado; favorece el desarrollo saludable del cerebro y se asocia a una mayor inteligencia (UNICEF, 2018).

En 2020, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en América Latina y el Caribe era del 37,3%, por debajo del promedio mundial de 43,8%. Mesoamérica ha hecho un progreso significativo en este sentido, pasando del 21,6% en 2012 al 31,9% en 2020. Aunque se trata de una mejora, este porcentaje más reciente sigue estando muy por debajo del promedio mundial de 44%, y aún más lejos de las metas de la AMS y de los ODS (50 y 70%, respectivamente). En el Caribe, en cambio, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida

FIGURA 16

Prevalencia de obesidad en adultos en América Latina y el Caribe por sexo y país (2016)



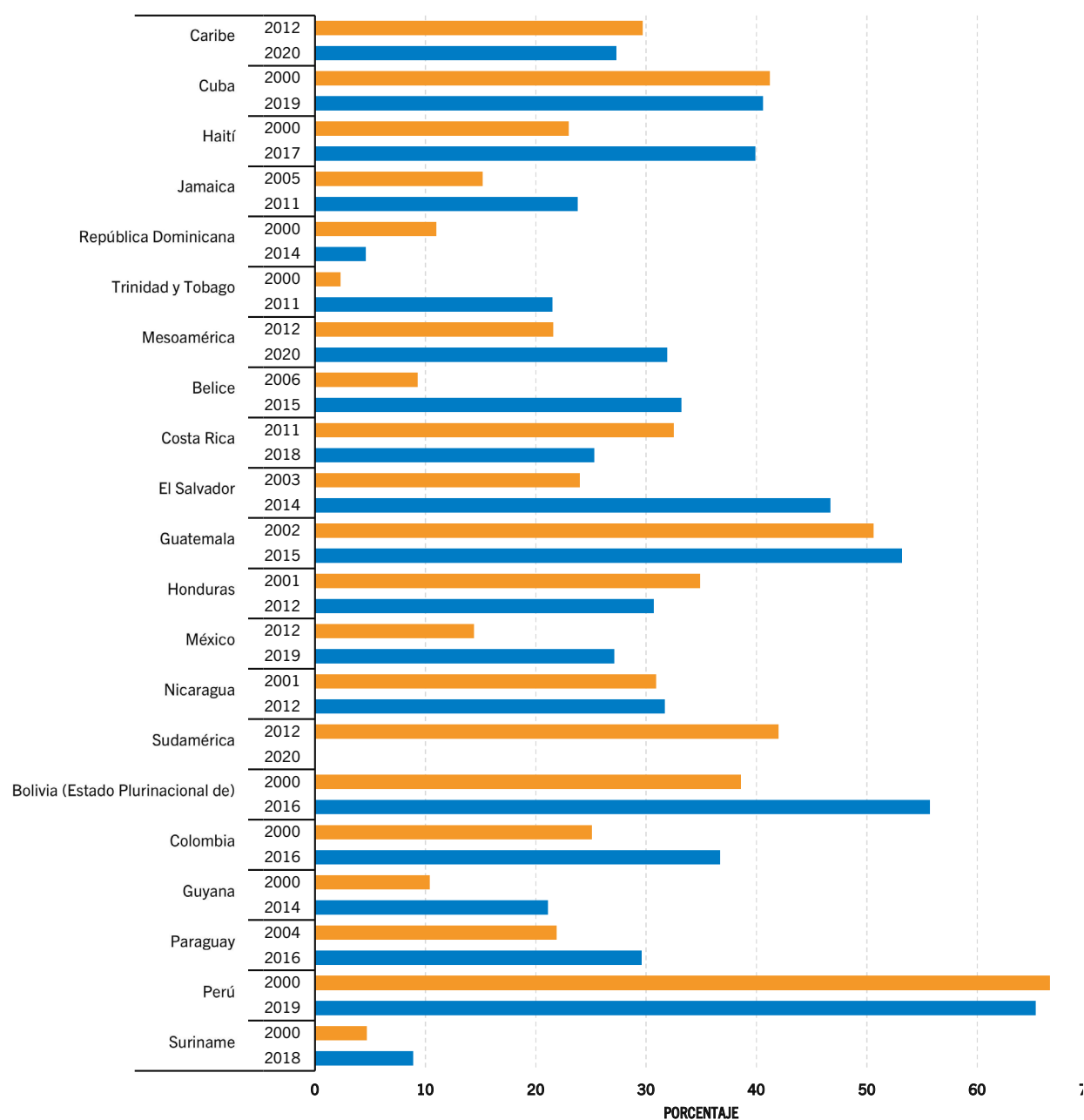
FUENTE: OMS. 2020. Datos. En: *Global Health Observatory* [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>). Acceso: 28 de abril 2020.

disminuyó entre 2012 y 2020, hasta una tasa del 27,3%. En Sudamérica, la tasa se acercó más al promedio mundial, con un 42%.

Como se indica en la **FIGURA 17**, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Perú son los únicos países de la región con tasas de lactancia materna exclusiva superiores al 50% en 2020. Entre los 13 países en los que la tasa de lactancia materna exclusiva aumentó entre 2012 y 2020, Belice registró el mayor incremento (24 puntos porcentuales), seguido de El Salvador (22,7 puntos porcentuales) y Trinidad y Tabago (casi 20 puntos porcentuales). También cabe mencionar el aumento de 15 puntos porcentuales en la lactancia materna exclusiva en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Haití. Por otro lado, la lactancia materna exclusiva disminuyó casi 7 puntos porcentuales en la República Dominicana (entre 2011 y 2018) y Costa Rica.

FIGURA 17

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre niños de 0 a 5 meses de edad en América Latina y el Caribe, por país



FUENTE: UNICEF. 2021. *Alimentación de lactantes y niños pequeños* [en línea]. (disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>). Acceso: 6 de abril 2022.

Se observan algunas diferencias entre algunas variables socioeconómicas. El porcentaje de lactantes menores de seis meses que se benefician de la lactancia materna exclusiva en las zonas rurales es significativamente mayor que en las zonas urbanas. La lactancia materna exclusiva también tiende a ser mayor entre los lactantes cuyas madres tienen un nivel de educación más bajo (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).



3.3. PREVALENCIA DEL BAJO PESO AL NACER O INSUFICIENCIA PONDERAL

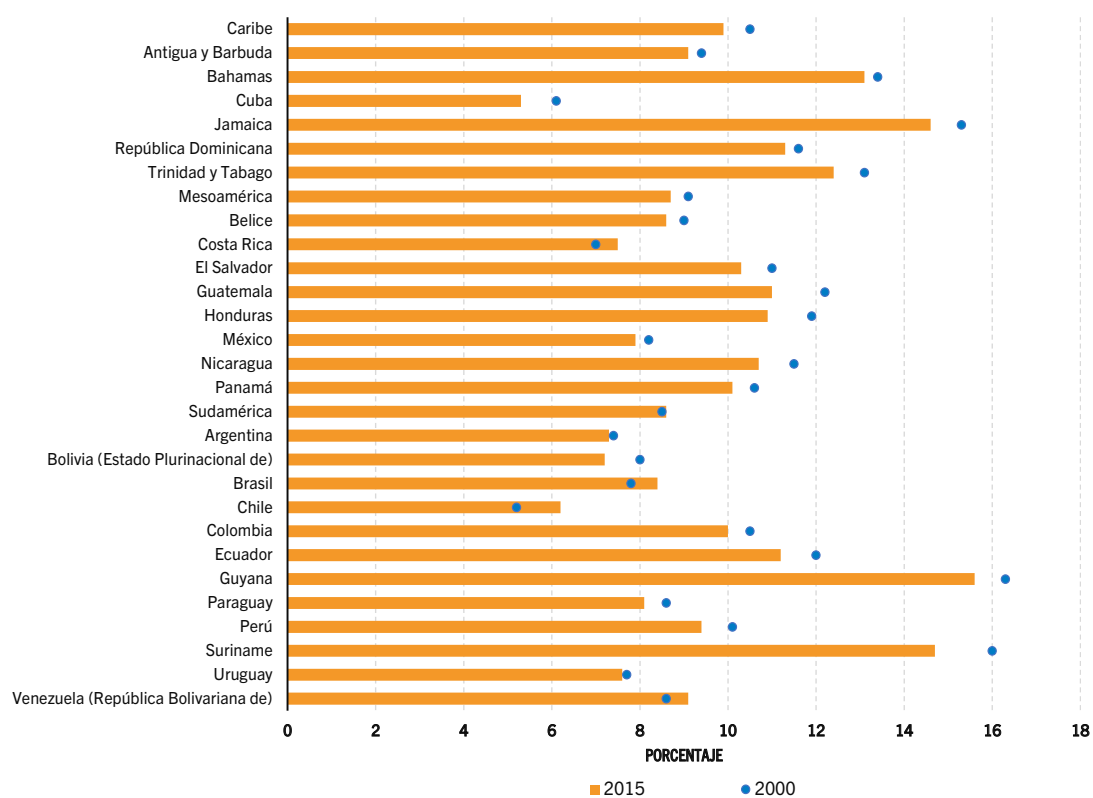
La OMS define el bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal como un peso inferior a 2 500 g, y puede ser causado por una restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad o ambos. El bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo y se asocia a una serie de consecuencias a corto y largo plazo, como la mortalidad y la morbilidad fetal y neonatal, las deficiencias en el crecimiento y el desarrollo cognitivo y un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. Los bebés con bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal tienen aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir que los bebés con un peso superior a 2 500 g (OMS, 2014; OMS, 2022b).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia del bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal fue del 8,7% en 2015. Esta cifra no ha variado mucho desde el año 2000. Aunque la región ha avanzado poco hacia el objetivo de la OMS de reducir el bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal en un 30%, cabe destacar que el promedio de la región está muy por debajo del promedio mundial (14,6%). Entre las subregiones, el Caribe muestra la mayor prevalencia (9,9%), seguido de Mesoamérica (8,7%) y de Sudamérica (8,6%).

Los países con mayor prevalencia de bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal en la región según los últimos datos disponibles (2015), fueron Guyana (15,6%), Suriname (14,7%), Jamaica (14,6%), Bahamas (13,1%) y Trinidad y Tabago (12%), mientras que Chile y Cuba tuvieron tasas inferiores al 7%. Entre 2000 y 2015, la prevalencia del bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal aumentó un 6% en Venezuela (República Bolivariana de), un 7% en Costa Rica, un 8% en Brasil y un 19% en Chile. En cambio, la prevalencia disminuyó en Bolivia (Estado Plurinacional de) (10%) y Cuba (13%) (FIGURA 18).

FIGURA 18

Prevalencia de bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal en América Latina y el Caribe por país



FUENTE: UNICEF y OMS. 2019. *UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015. New global, regional and national estimates of low birthweight*. Nueva York y Ginebra. (disponible en: www.unicef.org/reports/UNICEF-WHO-low-birthweight-estimates-2019).

CAPÍTULO 4

COSTO Y ASEQUIBILIDAD DE UNA DIETA SALUDABLE: INFORMACIÓN ACTUALIZADA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Mensajes clave

- La calidad de la dieta se asocia a la seguridad alimentaria y la nutrición, ya que una mala calidad de la dieta puede estar relacionada con diferentes formas de malnutrición, como el retraso del crecimiento, la anemia, el sobrepeso y la obesidad.
- El costo promedio de una dieta saludable a nivel mundial en 2020 fue de 3,54 USD por persona por día, lo que supone un 3,3% y un 6,7% más que en 2019 y 2017, respectivamente. La región de América Latina y el Caribe presentó el costo más alto de una dieta saludable en comparación con otras regiones, con 3,89 USD por persona por día en 2020, seguido por Asia (3,46 USD), América del Norte y Europa (3,19 USD) y Oceanía (3,07 USD).
- Entre 2019 y 2020, el costo de una dieta saludable en la región aumentó un 3,4%. En el Caribe el aumento fue el más alto (4,1%), mientras que en Mesoamérica el incremento fue la mitad (2,1%), y en Sudamérica el aumento fue del 2,7%.
- En 2020, 131 millones de personas en la región no pudieron permitirse el costo de una dieta saludable. Esto supone un aumento de 8 millones respecto a 2019, y se debe al mayor costo de las dietas saludables en la región, donde el 22,5% de la población no se puede permitir el costo de una dieta saludable. En el Caribe, más de la mitad de la población no se puede permitir una dieta saludable. En Mesoamérica esta cifra es del 27,8%, y en Sudamérica, del 18,4%.

La FAO *et al.* (2020) presentó un análisis de tres dietas de referencia, con niveles crecientes de calidad: una *dieta energéticamente suficiente* que proporciona las calorías diarias adecuadas en relación con las necesidades energéticas; una *dieta nutricionalmente adecuada* que no solo proporciona las calorías adecuadas, sino también las cantidades adecuadas de nutrientes esenciales en una combinación equilibrada de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales esenciales, con ingestas de macronutrientes dentro del Rango Aceptable de Distribución de Macronutrientes (AMDR, por sus siglas en inglés) establecido por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América; y una *dieta saludable* que proporciona las calorías y los nutrientes adecuados, pero que también incluye alimentos más diversificados de varios grupos de alimentos diferentes, como recomiendan las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA)⁴.

Desde el informe *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020* (SOFI), la FAO ha estado monitoreando y reportando anualmente los indicadores sobre el costo y la asequibilidad de una dieta saludable, ya que complementan los indicadores existentes para el seguimiento de los avances hacia el logro del ODS 2. El costo de una dieta saludable se define como el costo de los alimentos con menor precio y disponibles localmente, para satisfacer las necesidades de energía de 2 330 kcal/día, así como los requerimientos de nutrientes establecidos por las GABAs nacionales. Para determinar la asequibilidad, que se mide por el porcentaje y el número de personas que no pueden permitirse el costo de una dieta saludable, el costo se compara con las distribuciones de ingresos específicas del país. Se considera que una dieta saludable es inasequible en un país cuando su costo supera el 52% de los ingresos⁵.

En 2020, América Latina y el Caribe tenía el mayor costo promedio de una dieta saludable en comparación con otras regiones del mundo, con 3,89 USD por persona y día, mientras que el costo promedio de una dieta saludable en todo el mundo era de 3,54 USD.

Como se puede ver en **FIGURA 19**, el costo de una dieta saludable en la región aumentó un 3,4% entre 2019 y 2020⁶. En el Caribe el aumento fue el más alto (4,1%), mientras que en Mesoamérica el aumento fue la mitad, con un 2,1%. En Sudamérica el aumento fue del 2,7%.

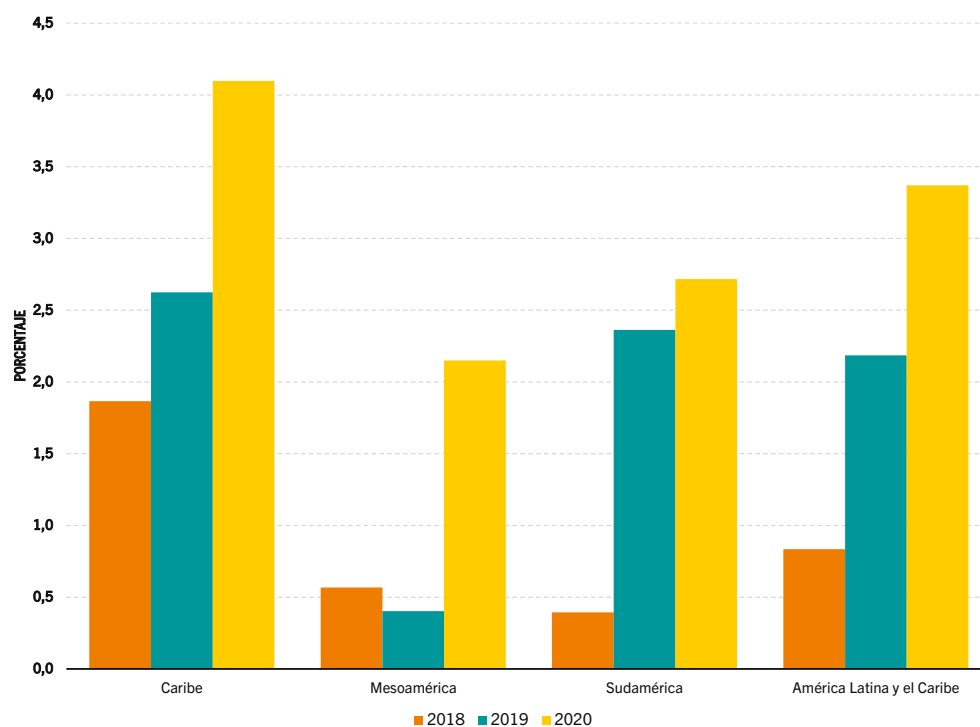
⁴ Para una discusión de los últimos cambios y actualizaciones metodológicas de la FAO sobre los indicadores del costo y la asequibilidad a una dieta saludable, consulte el Cuadro 6 en el informe *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020* (SOFI) y Herforth, A., Venkat, A., Bai, Y., Costlow, L., Holleman, C. & Masters, W.A. 2022. *Methods and options to monitor the cost and affordability of a healthy diet globally. Documento de antecedentes para El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Documento de trabajo sobre economía del desarrollo agrícola de la FAO 22-03*. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc1169en44>

⁵ Este porcentaje representa una parte de los ingresos que puede reservarse de forma creíble para la alimentación, basándose en las observaciones de que la población de los países de ingreso bajo gasta, en promedio, el 52% de sus ingresos en alimentos, según se desprende de los datos de gasto de las cuentas nacionales del PCI de 2017.

⁶ Las estadísticas regionales y subregionales sobre el costo de una dieta saludable incluyen países de América Latina y el Caribe, así como también las siguientes áreas y territorios: Anguila, Aruba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Curazao, Montserrat, Saint Marteen (parte de los Países Bajos) y las Islas Turcas y Caicos.

FIGURA 19

Variación del coste de una dieta saludable respecto al año anterior en América Latina y el Caribe por subregión



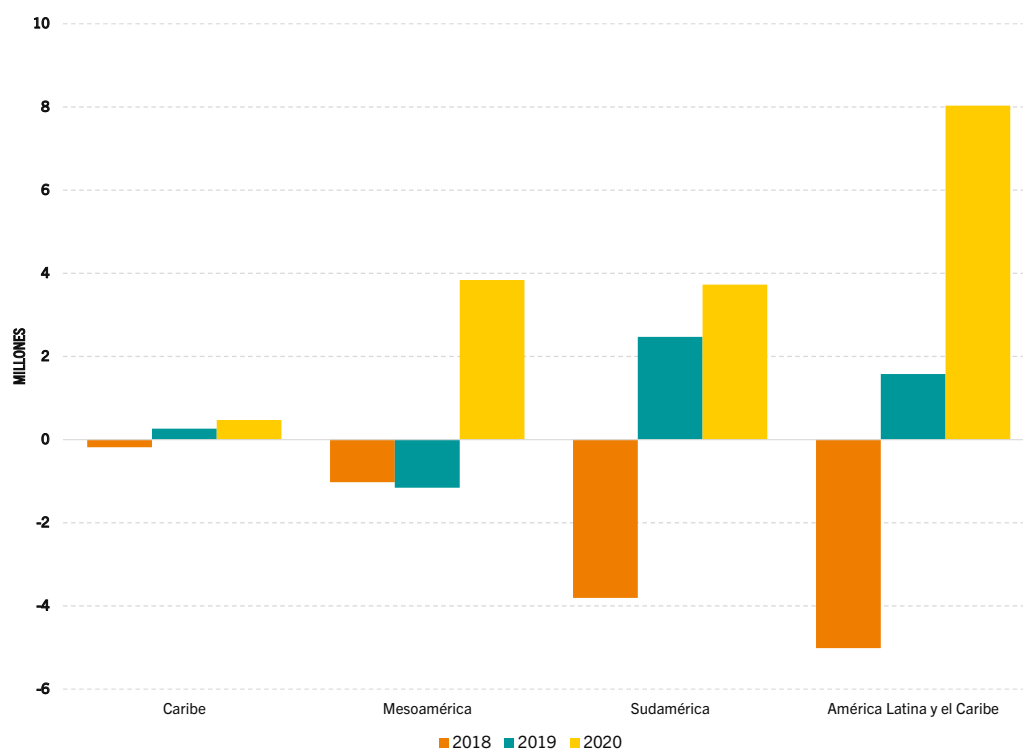
FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (<https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

En 2020, el 42% de la población en el mundo no se podía permitir el costo de una dieta saludable, lo cual representa casi 3 100 millones de personas (ver CUADRO A-12). Debido al mayor costo de una dieta saludable, este porcentaje en América Latina y el Caribe fue del 22,5%, es decir, 131 millones de personas —un aumento de 8 millones con respecto a 2019—. En Sudamérica, se encuentra el 57% de las personas que no se pueden permitir una dieta saludable de América Latina y el Caribe (74,2 millones), seguida de Mesoamérica con 43,1 millones de personas en esta situación y el Caribe con 13,9 millones. Más de la mitad de la población del Caribe (52%) no se puede permitir una dieta saludable, seguida de Mesoamérica (27,8%) y Sudamérica (18,4%).

Como lo muestra la FIGURA 20, entre 2019 y 2020 el número de personas que no se pudieron permitir el costo de una dieta saludable creció en alrededor de 3,8 millones tanto en Sudamérica como en Mesoamérica. En el Caribe, a pesar del aumento significativo del costo de una dieta saludable, el número de personas que no podían costearlas mostró el menor incremento (menos de 500 000 personas). En América Latina y el Caribe, el porcentaje de la población que no puede permitirse una dieta saludable difiere mucho entre las subregiones, así como entre los países (véase la CUADRO A-12). Entre los países del Caribe, la gran mayoría de la población de Haití (85,9%) no puede permitirse una dieta saludable, y en Jamaica más de dos tercios de la población (66,2%) no pueden permitírsela. En la República Dominicana y Santa Lucía, cerca del 20% de la población no puede permitirse una dieta saludable.

FIGURA 20

Cambio en el número de personas que no se pueden permitir el costo de una dieta saludable en comparación con el año anterior en América Latina y el Caribe por subregión



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (<https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

En Mesoamérica, más de la mitad de la población de Honduras (51,3%) no puede permitirse una dieta saludable, como tampoco puede hacerlo más de un tercio de los habitantes de Nicaragua y Belice (35,7 y 36,4%), y más de una cuarta parte en México (26,3%). En Panamá y Costa Rica, menos del 20% de la población no puede permitirse una dieta saludable.

Por último, Suriname (58,8%) y Guyana (43%) son los dos países sudamericanos con mayor porcentaje de personas que no pueden permitirse una dieta saludable. Casi una cuarta parte de la población del Estado Plurinacional de Bolivia no puede permitirse una dieta saludable, mientras que en Brasil, Ecuador y Perú alrededor del 20% de la población no puede. En Chile y Uruguay, en cambio, menos del 4% de la población no puede permitirse una dieta saludable.

Analizar los factores determinantes del costo y la asequibilidad de una dieta saludable, y compartir los datos, las políticas pertinentes a nivel regional, son acciones esenciales para avanzar hacia el ODS 2.





PARTE 2

POLÍTICAS PARA MEJORAR LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Como se ha podido observar en la Parte 1, la región presenta una situación compleja con un número creciente de personas afectadas por la subalimentación, inseguridad alimentaria, sobrepeso y obesidad, y una prevalencia aún significativa de retraso del crecimiento en algunos países. Parte de este problema está relacionado con el aumento del costo de una dieta saludable, lo que lleva a un mayor número de personas en la región que no pueden permitirse una dieta con alimentos nutritivos.

El rápido aumento de los precios de los alimentos en los últimos años incrementó el costo de una dieta saludable en la región. La mayor carga de aquello recae en poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas, los habitantes de zonas rurales y las mujeres. Desde el segundo semestre de 2020, el índice internacional de precios de los alimentos empezó a registrar aumentos sostenidos, y desde entonces no ha logrado volver a los valores registrados antes de la pandemia de la COVID-19. Asimismo, los últimos datos recientes disponibles (junio de 2022), la inflación alimentaria ha seguido aumentando, reduciendo el poder adquisitivo de cada vez más hogares y poniendo en peligro su seguridad alimentaria (FAO, 2022a; FAO, 2022d). La inflación alimentaria promedio en 2021 fue 3,7 puntos porcentuales más alta en la región que en el mundo. Esta tendencia es muy relevante, dado que los precios elevados de los alimentos nutritivos son una barrera crítica para el acceso a dietas saludables (Herforth *et al.*, 2020).



CAPÍTULO 5

CÓMO CONTRIBUYEN LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS Y LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS AL COSTO Y LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES



5.1 DESAFÍOS SOCIOECONÓMICOS PARA MEJORAR LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES

Mensajes clave

- Las perspectivas socioeconómicas para 2022 en América Latina y el Caribe no son alentadoras. En el actual contexto inflacionario, las personas del quintil inferior de ingresos son las más afectadas, que son las que gastan una mayor proporción de su presupuesto en alimentos.
- La pobreza agudizada y la elevada desigualdad de ingresos, agravadas por la ralentización económica y la recesión en los países de América Latina y el Caribe, contribuyen al aumento del número de personas que no pueden permitirse una dieta saludable.
- El conflicto en Ucrania ha incrementado los precios de los principales productos alimentarios, de la energía y los fertilizantes, y está comprometiendo la seguridad alimentaria en todo el mundo. El aumento de los precios del trigo, el maíz y el aceite de girasol dificulta el acceso a alimentos nutritivos que forman parte de dietas saludables en la región, ya que muchos países son importadores netos de estos alimentos. Esto es especialmente cierto en el Caribe, donde casi todos los cereales son importados, lo que hace que la región sea vulnerable a las alzas de precios internacionales.

América Latina y el Caribe enfrenta desafíos inmediatos y urgentes para abordar el escenario actual de seguridad alimentaria y nutrición. En parte debido a la pandemia de la COVID-19, el empleo en la región en 2021 se mantuvo por debajo de los niveles de 2019, lo que afectó directamente los ingresos de los hogares, haciendo más difícil el acceso económico a una dieta saludable (CEPAL y OIT, 2021). Además, los países de la región enfrentan actualmente déficits fiscales y limitaciones presupuestarias significativas. Esto afecta que limitan su capacidad para implementar políticas y programas destinados a mitigar los efectos del aumento de los precios de los alimentos y las dificultades para acceder a una dieta saludable. Según la Comisión Económica para

América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021a; CEPAL, 2022c), la deuda pública en la región aumentó un 20% entre 2019 y 2020, y durante 2021 se mantuvo en los niveles de 2020.

Tras un crecimiento del 6,7% en 2021, la CEPAL (CEPAL, 2022g) estima que el PIB regional crecerá un 3,7% en 2022, y que esta desaceleración continuará durante 2023. Si bien existe cierta variación entre los países, todos muestran signos de declive asociados a reducciones de la demanda interna y a una disminución de la producción local. Para el 2022, se proyecta que la pobreza extrema, uno de los principales motores del hambre y la inseguridad alimentaria severa, aumentará en la región (CEPAL, 2022c; Narayan *et al.*, 2022).

Esta sección ofrece un resumen de la situación socioeconómica de la región, demostrando las dificultades para reducir el costo de una dieta saludable y mejorar su asequibilidad en el contexto actual.

Tendencias recientes de los precios internacionales y regionales de alimentos

Los precios de los alimentos dependen, entre otras cosas, del éxito con que la producción y la cadena de suministro se adaptan a las crecientes limitaciones de recursos derivadas de la desaceleración económica, los conflictos y el cambio climático. En algunas regiones del planeta, estos factores de adversidad pueden poner en peligro la expansión de los rendimientos agrícolas necesaria para satisfacer la creciente demanda, lo que en última instancia ejerce presión sobre los precios (FAO, 2018; FAO, 2016a).

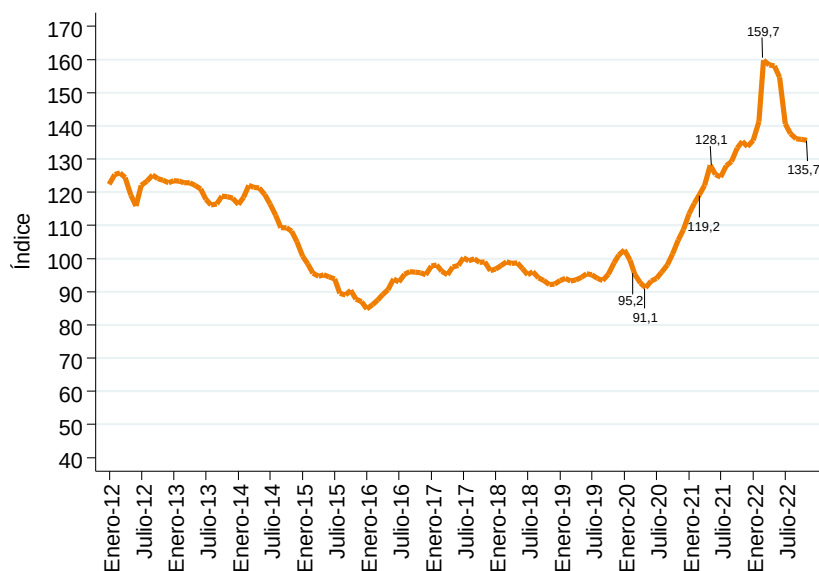
El índice de precios de los alimentos de la FAO proporciona una medida de la variación mensual de los precios internacionales de una canasta de productos alimenticios. En concreto, el índice consiste en un promedio de los índices de precios de cinco grupos de productos básicos —cereales, aceites vegetales, lácteos, carne y azúcar— ponderado por las cuotas medias de exportación de cada uno de los grupos.

Con la interrupción de la producción y de la cadena de suministro en el contexto de la pandemia de la COVID-19, los precios internacionales de los alimentos aumentaron en el segundo semestre de 2020 —impulsados principalmente por la subida de los precios de los aceites vegetales y los cereales— y siguieron subiendo durante 2021. En mayo de 2021, el índice alcanzó 128,1 puntos, es decir, 34 puntos más que en mayo de 2020 (FIGURA 21). Se esperaba que la subida de los precios internacionales de los alimentos fuera transitoria y, de hecho, se desaceleró ligeramente durante algunos meses después de este periodo. Sin embargo, a principios de 2022, los precios internacionales presentaron otro aumento significativo debido al conflicto en Ucrania. En marzo de 2022, el índice internacional de precios de los alimentos alcanzó los 159,7 puntos, el nivel más alto jamás registrado por el índice de precios de los alimentos de la FAO desde 1990 —lo que corresponde a un aumento del 34% en comparación con marzo del año 2021, y del 68% en comparación con el mismo mes de 2020—.

Aunque los precios internacionales de los alimentos disminuyeron entre abril y noviembre de 2022, se mantienen en los niveles más altos registrados en los últimos 11 años, siendo un 0,3% mayor que en noviembre de 2021. Esta situación tiene un fuerte impacto en los precios al consumidor y golpea con especial dureza a los países importadores de productos alimentarios.

FIGURA 21

Índice internacional de precios de los alimentos de la FAO, 2012-2022



FUENTE: FAO. 2022. Índice de precios de los alimentos de la FAO. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/es/). Acceso: 10 de mayo de 2022.

No todos los grupos de alimentos y productos se ven afectados por igual por las alzas de precios. Algunos alimentos, como los cereales básicos, se consideran necesarios y son muy inelásticos, es decir, su demanda no cambia significativamente en función de las variaciones de precios. En cambio, la elasticidad de los precios de los alimentos nutritivos es mayor que la de los alimentos básicos. Esto significa que es posible que el consumo de alimentos nutritivos menos densos en energía, como frutas y verduras, se reduzca para satisfacer las necesidades calóricas sin aumentar el gasto (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

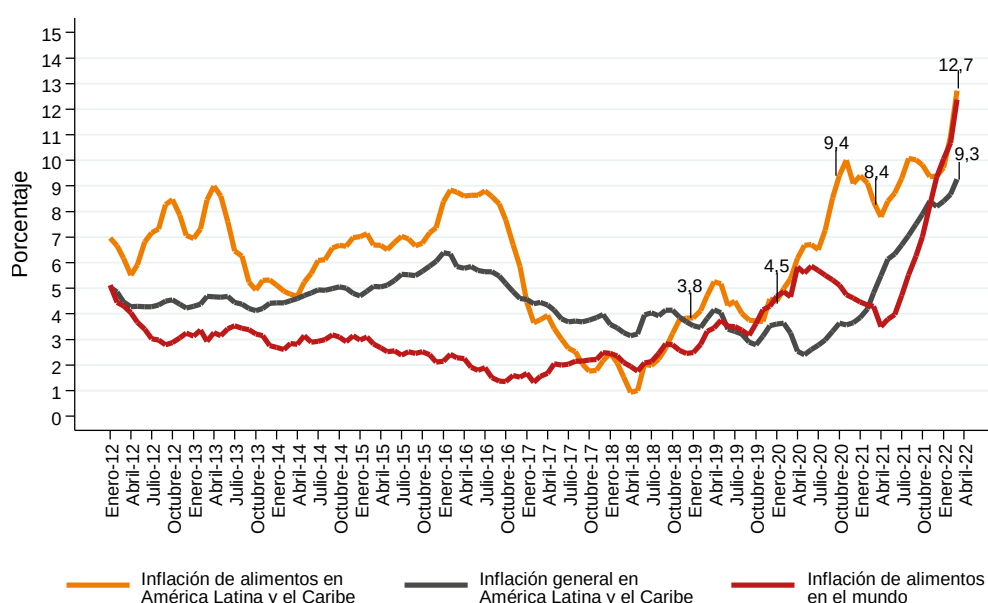
Siguiendo la tendencia mundial, los IPC de los alimentos en América Latina y el Caribe también han aumentado. Si se comparan las tendencias de la inflación del IPC de los alimentos en las distintas regiones, se observan diferencias notables debidas a las diferencias en la producción, las estructuras comerciales y la recuperación económica. El IPC de los alimentos de América Latina y el Caribe registra el mayor incremento de todas las regiones, con un 23,5% entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021, seguido de África, con un 15,5%; Asia, con un 14,8%; y menos de dos dígitos en el resto de las regiones (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

A nivel regional, las tasas de inflación del IPC de los alimentos son superiores a las tasas de inflación del IPC general (FIGURA 22). La tasa de inflación anual del IPC de alimentos en América Latina y el Caribe había ido en aumento incluso antes de la pandemia de la COVID-19 —desde 2012 se había mantenido, en promedio, en un nivel más alto que la inflación general del IPC—. Entre enero de 2018 y enero de 2019, la inflación del IPC de

alimentos creció en 1,4 puntos porcentuales; luego, en el segundo semestre de 2020, mostró un aumento importante y ha continuado su alza desde entonces, manteniéndose muy por encima del promedio mundial. En marzo de 2022, la inflación del IPC general en la región alcanzó el 9,7% y la inflación del IPC de los alimentos se situó en 12,7%, un aumento de más de 4 puntos porcentuales en comparación con marzo de 2021.

FIGURA 22

Inflación general de alimentos (porcentaje), en América latina y el Caribe, 2012-2022



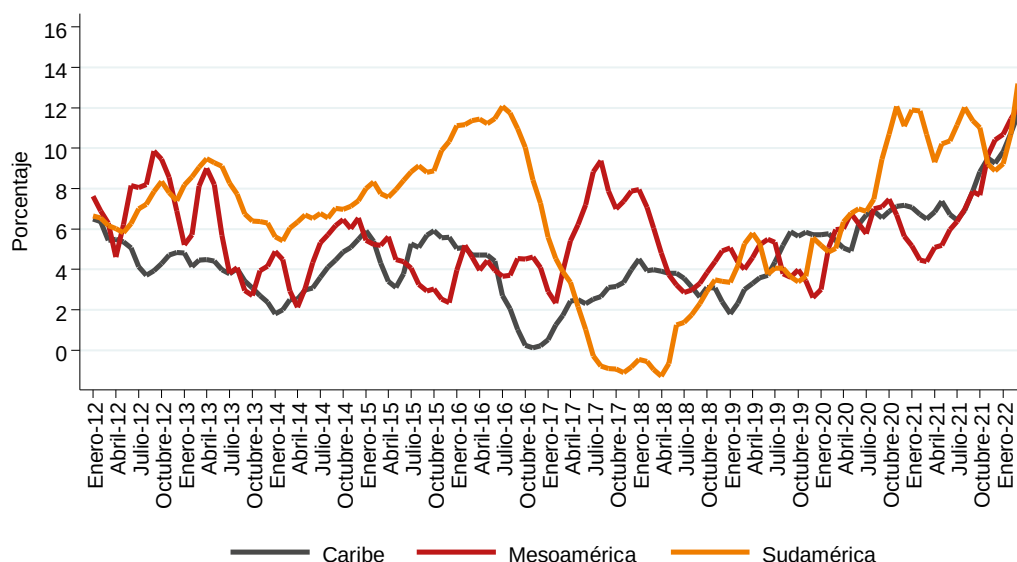
NOTA: La inflación del IPC general y de los alimentos se calcula con los datos de FAOSTAT sobre el índice de precios por país utilizando el gasto en consumo final de los hogares en USD en 2015 de la división de estadística de las Naciones Unidas. No se incluyen la Argentina ni la República Bolivariana de Venezuela. FUENTE: FAO, 2022. FAOSTAT: Índices de Precios al Consumidor. En: FAO. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CP>). Acceso: 15 de Junio 2022.

Dentro de la región, Sudamérica fue la subregión más afectada por el aumento de la inflación del IPC de los alimentos, con un incremento de 5 puntos porcentuales entre agosto de 2020 y agosto de 2021. Sin embargo, las tres subregiones han experimentado un crecimiento similar de la inflación del IPC de los alimentos, desde noviembre de 2021. En marzo de 2022 alcanzó el 13,2% en Sudamérica, el 12% en Mesoamérica y el 11,7% en el Caribe (FIGURA 23).

Las altas tasas de inflación reducen el poder adquisitivo de los hogares, poniendo en riesgo su seguridad alimentaria y limitando su acceso a alimentos nutritivos. Esto afecta especialmente en los quintiles de ingresos más bajos, donde una parte considerable del presupuesto se destina a la compra de alimentos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

FIGURA 23

Inflación del índice de precios al consumidor de los alimentos (porcentaje) en América Latina y el Caribe por Subregión por 2012-2022



NOTA: La inflación del IPC general y de los alimentos se calcula con los datos de FAOSTAT sobre el índice de precios por país utilizando el gasto en consumo final de los hogares en USD en 2015 de la División de Estadística de las Naciones Unidas. No se incluyen la Argentina ni la República Bolivariana de Venezuela. FUENTE: FAO, 2022. FAOSTAT: Índices de Precios al Consumidor. En: FAO. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CP>). Acceso: 15 de Junio 2022.

La creciente inflación alimentaria y su impacto en los grupos de bajos ingresos

Como se ha mostrado anteriormente, el costo de los bienes y los alimentos ha aumentado de forma significativa en la región últimamente, reduciendo el poder adquisitivo de la población que no ha podido lidiar con estos incrementos. Para ilustrar cómo los quintiles de menor ingresos son más afectados por la inflación alimentaria, se presenta el siguiente análisis, centrado en un subconjunto de países⁷.

Durante el periodo comprendido entre abril de 2021 y abril de 2022, se puede observar que el IPC de los alimentos subió casi un 15% en Chile, alrededor de un 13% en Brasil y la República Dominicana y un 11% en Costa Rica, México y Uruguay. Además, en todos estos países el IPC de los alimentos subió a tasas más elevadas que el IPC general. Sin embargo, el Ecuador mostró un incremento menor, del 2,8%, y el Estado Plurinacional de Bolivia un descenso del IPC alimentario del 0,9%, ambos con una inflación general superior a la alimentaria⁸.

⁷ Este análisis muestra países con la información necesaria disponible.

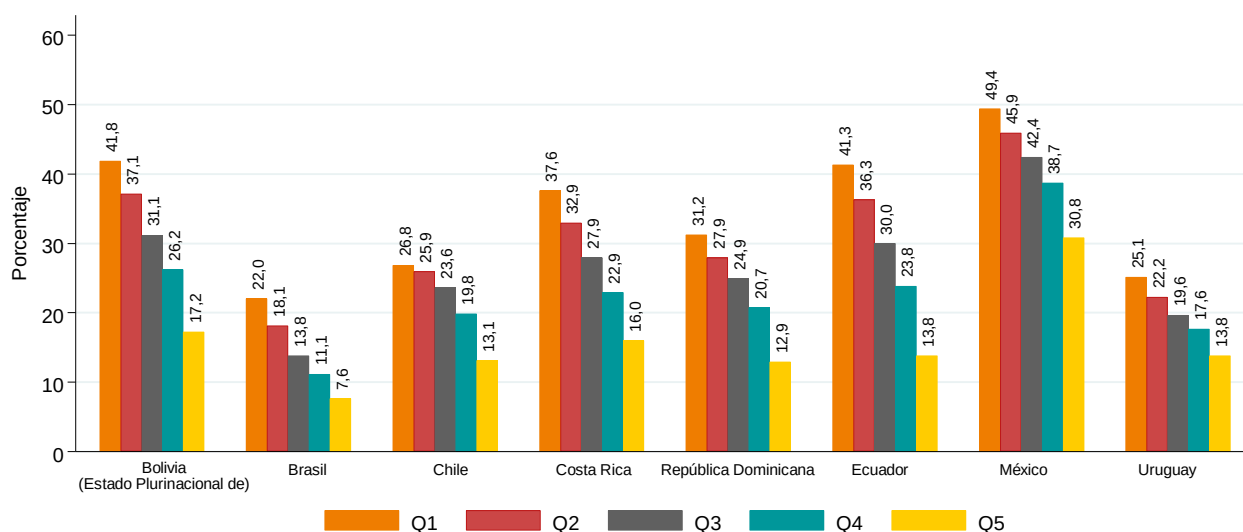
⁸ Datos de bancos centrales nacionales e institutos de estadística.

En Chile, entre enero y abril de 2022, apenas los primeros cuatro meses del año y después de que comenzara el conflicto en Ucrania, el IPC de los alimentos aumentó un 10%, el doble comparado con el crecimiento del IPC general. En el mismo periodo, la inflación alimentaria aumentó un 7% en Brasil y Uruguay, casi un 5% en la República Dominicana y cerca de un 4% en Costa Rica y México.

La elevada inflación alimentaria afecta sobre todo a los grupos de quintiles de ingresos más bajos de la población, que gastan una mayor proporción de sus ingresos en alimentos que los grupos de quintiles de ingresos más altos. En los países de la región que se analizaron, las familias de menores ingresos gastan entre el 22% (en Brasil) y el 49% (en México) de su presupuesto en alimentos, mientras que los quintiles de mayores ingresos gastan menos del 18% en alimentos en ocho de los nueve países analizados (FIGURA 24).

FIGURA 24

Gasto alimentario promedio por quintil de ingresos en países seleccionados de América Latina y el Caribe por quintil, 2013-2020



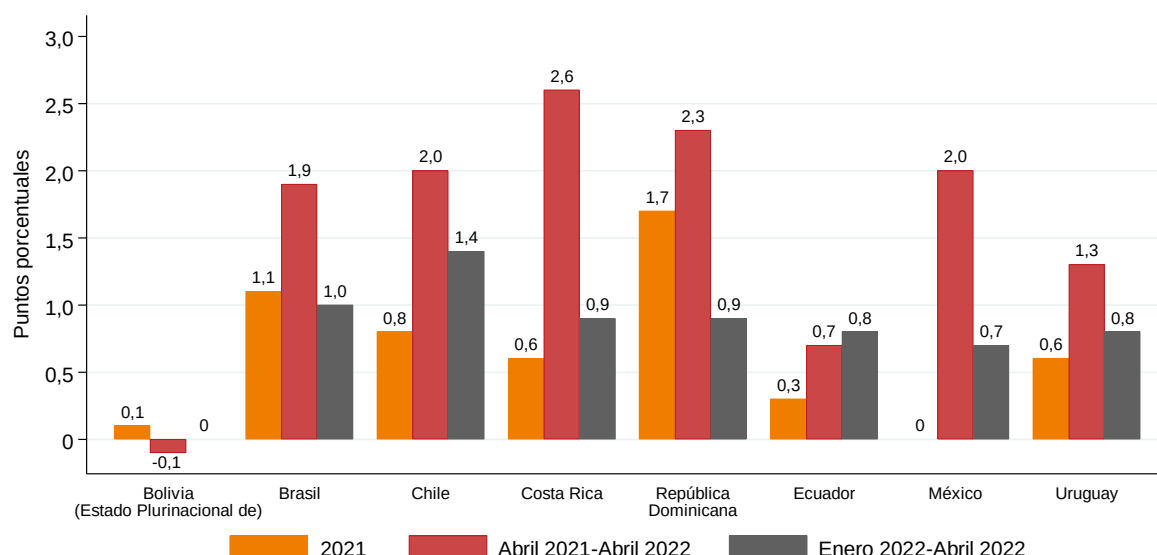
NOTA: Los datos sobre el gasto alimentario corresponden a Brasil (2018), Chile (2017), Costa Rica (2018), Ecuador (2012), Estado Plurinacional de Bolivia (2016), México (2020), República Dominicana (2018) y Uruguay (2017). En el caso de Brasil, el gasto en alimentos se desglosa en cinco grupos diferentes basados en los siete grupos de ingresos presentados en dados.gov.br. La agrupación por quintiles usada para Brasil considera: "hasta R\$1 908" (Q1), "entre R\$1 909 y R\$5 724" (Q2), "entre R\$5 725 y R\$9 540" (Q3), "entre R\$9 541 y R\$23 850" (Q4) y "más de R\$23 850" (Q5).

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de bancos centrales nacionales e institutos de estadística.

La diferencia en el gasto alimentario entre los quintiles de ingresos más bajos y más altos es de 14 puntos porcentuales en Chile y Brasil, más de 18 puntos porcentuales en la República Dominicana y México, 22 puntos porcentuales en Costa Rica, 25 puntos porcentuales en el Estado Plurinacional de Bolivia y 28 puntos porcentuales en el Ecuador. Un simple ejercicio, como comparar el impacto de la inflación alimentaria en el gasto alimentario de los quintiles de ingresos más altos y más bajos, ilustra cómo una

FIGURA 25

Diferencia en el gasto alimentario debida al aumento de la inflación alimentaria entre los quintiles de ingresos más bajos y más altos (puntos porcentuales) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, abril de 2021-abril de 2022



NOTA: Los datos sobre el gasto alimentario corresponden a Brasil (2018), Chile (2017), Costa Rica (2018), Ecuador (2012), Estado Plurinacional de Bolivia (2016), México (2020), República Dominicana (2018) y Uruguay (2017). En el caso de Brasil, el gasto en alimentos se diferencia en cinco grupos diferentes, basados en los siete grupos de ingresos presentados en dados.gov.br. La agrupación por quintiles usada para Brasil considera: "hasta R\$1 908" (Q1), "entre R\$1 909 y R\$5 724" (Q2), "entre R\$5 725 y R\$9 540" (Q3), "entre R\$9 541 y R\$23 850" (Q4), y "más de R\$23 850" (Q5).
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de bancos centrales nacionales e institutos de estadística.

mayor inflación alimentaria afecta desproporcionadamente la capacidad de las familias de bajos ingresos para comprar alimentos (FIGURA 25)⁹.

La FIGURA 25 muestra que la inflación alimentaria afecta desproporcionadamente a las familias del primer quintil (excepto en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde la variación del precio de los alimentos es negativa o cercana a cero). En Chile, entre abril de 2021 y abril de 2022, el gasto alimentario de los hogares de menores ingresos aumentó 2 puntos porcentuales adicionales en comparación con los del quintil de mayores ingresos. Entre enero y abril de 2022, en el mismo país, el gasto alimentario del primer quintil aumentó 1,4 puntos porcentuales más que en el quinto quintil. En tanto, en Costa Rica y la República Dominicana, el aumento adicional del gasto alimentario del primer quintil respecto al quinto quintil fue de más de 2 puntos porcentuales entre abril de 2021 y abril de 2022, y de 0,9 puntos porcentuales entre enero y abril de 2022. En los mismos períodos en México, el aumento fue de 2 y 0,7 puntos porcentuales respectivamente; en Brasil fue de 1,9 y 1,0 puntos porcentuales, y en Uruguay de 1,3 y 0,8 puntos porcentuales.

⁹ Para ello, se multiplica la variación de los precios de los alimentos por la diferencia de gasto alimentario entre los quintiles cinco y uno, como medida del impacto diferencial de la inflación alimentaria en los distintos períodos.

El aumento de la inflación alimentaria afecta en mayor medida a los hogares con menores ingresos. Esto se ve agravado por el hecho de que los precios de los alimentos suben más rápido que los precios generales, lo que hace que los hogares en situación de pobreza y los grupos de población vulnerables, como los pueblos indígenas, los habitantes de zonas rurales y las mujeres, sean aún más vulnerables (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2018). Dado que estos grupos ya han sufrido altos niveles de inseguridad alimentaria, el aumento de los precios de los alimentos les obliga a gastar una proporción aún mayor de sus ingresos en alimentos y a cambiar sus patrones de consumo, aumentando así el riesgo de pasar hambre y sufrir de malnutrición.

El descenso del crecimiento económico, el aumento de la pobreza y la desigualdad de ingresos contribuyen a la inasequibilidad de las dietas saludables

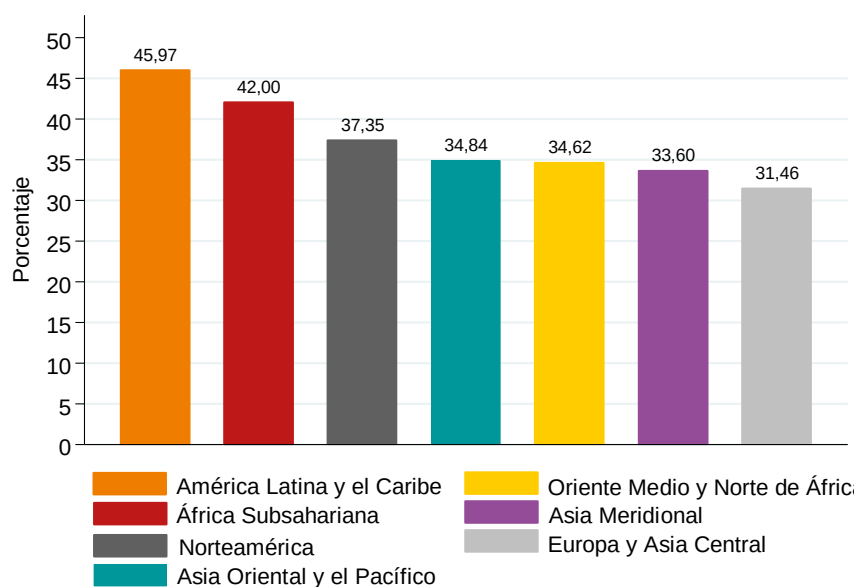
Las causas estructurales de la inseguridad alimentaria y la malnutrición, como la pobreza y la desigualdad, junto con la inflación alimentaria, limitan la capacidad de las personas para acceder a suficientes alimentos nutritivos. La pobreza, el hambre y la inseguridad alimentaria han aumentado en América Latina y el Caribe en los últimos años. Esto puede atribuirse a desigualdades de larga data que crean las condiciones para impactos más fuertes y profundos de choques externos —como los generados por la pandemia de la COVID-19 (Narayan *et al.*, 2022; CEPAL, 2022b)—. Como se analiza en la siguiente sección, el conflicto en Ucrania está elevando aún más los precios de los alimentos y los costos de los fertilizantes en la región, ya que afecta la producción, el comercio, la logística y los mercados energéticos en todo el mundo.

A pesar de varios esfuerzos, especialmente como respuesta a los efectos de la pandemia de la COVID-19, los países de la región siguen estando entre los más desiguales del mundo. América Latina y el Caribe es la región con el mayor nivel medio de desigualdad de ingresos, con un índice de Gini¹⁰ medio del 45,97%, frente a un promedio de 42% en el África Subsahariana y un promedio inferior al 40% en el resto de las regiones del mundo (FIGURA 26). Aunque el índice de Gini calculado por la CEPAL ha tendido a la baja desde principios de la década de 2000, la desigualdad tendió a aumentar durante la pandemia de la COVID-19 (CEPAL, 2022b) (FIGURA 27). Es importante considerar que los impactos globales de la COVID-19 sobre la desigualdad podrían ser mayores en el mediano y largo plazo. Esto puede deberse a una recuperación lenta y desigual en los países en desarrollo y a los impactos que el cierre de escuelas ha tenido sobre el aprendizaje y el desarrollo, así como a las repercusiones que probablemente podrían manifestarse en el futuro (Narayan *et al.*, 2022).

¹⁰ Los valores bajos del coeficiente indican una distribución bastante homogénea, el valor 0 expresa una igualdad perfecta, en la que todos los valores son iguales (es decir, en la que todos tienen los mismos ingresos); los valores altos del coeficiente indican una distribución más desigual; un índice de Gini de 1 (o del 100 %) expresa una desigualdad máxima entre los valores (es decir, sólo una persona tiene todos los ingresos y todas las demás no tienen ninguno).

FIGURA 26

Índice de Gini promedio por región, 2014-2020

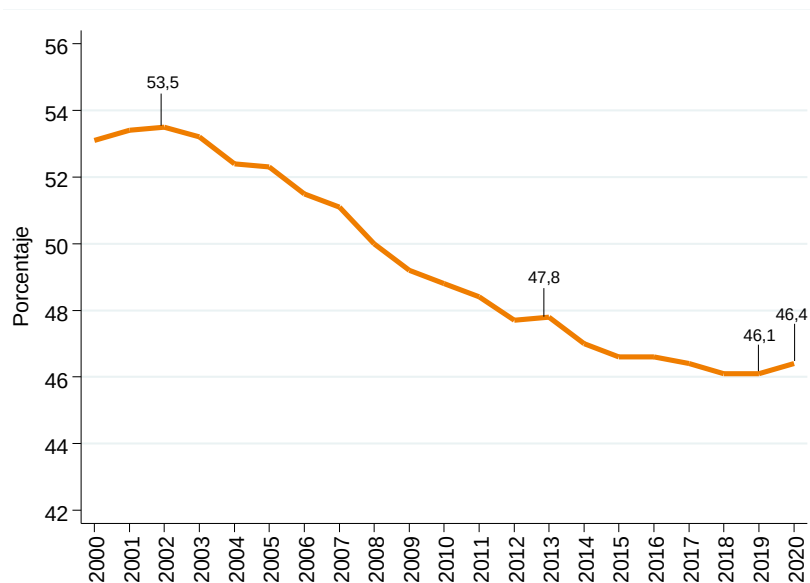


NOTA: El índice de Gini por región se calcula con un promedio simple de los últimos datos disponibles entre 2014 y 2020 de los indicadores del desarrollo mundial. África Subsahariana (41 países), América del Norte (2 países), América Latina y el Caribe (18 países), Asia Meridional (5 países), Asia Oriental y Pacífico (17 países), Cercano Oriente y Norte de África (9 países), Europa y Asia Central (45 países).

FUENTE: Banco Mundial. 2022. Indicadores del desarrollo mundial, Banco de datos. En: *Banco Mundial* [en línea]. Washington, D.C. (disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>). Acceso: 19 de mayo de 2022.

FIGURA 27

Evolución del índice de Gini en América Latina, 2000-2020



FUENTE: CEPAL. 2022. CEPALSTAT: Bases de datos y publicaciones estadísticas. En: *CEPAL* [en línea]. Santiago de Chile. (disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es>). Acceso: 23 de mayo de 2022).

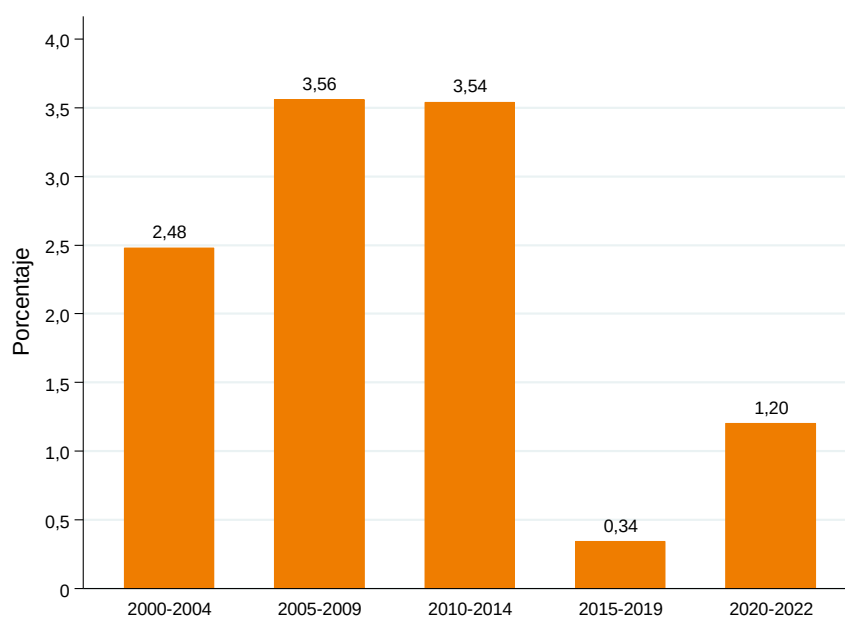
La desigualdad, no sólo en la distribución de los ingresos, sino también en el acceso a servicios relevantes para la nutrición y a infraestructuras sociales y sanitarias, es un concepto fundamental para entender por qué el crecimiento económico por sí solo no reducirá significativamente la pobreza extrema, y tampoco la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas. La desigualdad de ingresos puede dar lugar no solo a la desnutrición, sino también al sobrepeso y la obesidad, ya que un costo más elevado de los alimentos nutritivos lleva a los grupos con mayores niveles de pobreza a recurrir a alimentos de menor precio, densos en energía y con un valor nutricional mínimo (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

En los países muy desiguales, las recesiones económicas afectan de manera desproporcionada a la seguridad alimentaria y nutricional de los grupos de bajos ingresos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019). Cuando la economía se contrae, los ingresos de los hogares disminuyen. Si no se aplican medidas para contrarrestar los efectos de una economía en declive, es probable que los niveles de pobreza aumenten junto con el riesgo de enfrentarse al hambre y la inseguridad alimentaria.

Entre 2000 y 2014, América Latina y el Caribe mostró un notable crecimiento económico —el PIB creció en promedio 3% cada año—, en parte relacionado con el auge de los productos básicos en la década de 2000 (Ocampo, 2007; UNCTAD y FAO, 2017). Este crecimiento y una serie de políticas públicas redujeron la pobreza, la desigualdad y el hambre (FAO y OPS, 2017). Desde 2015, sin embargo, las perspectivas económicas de la región han empeorado: entre 2015 y 2019, el crecimiento promedio anual apenas

FIGURA 28

Crecimiento promedio del pib en américa latina y el caribe (porcentaje), 2000-2022



NOTA: Para el promedio entre 2020-2022, el crecimiento del PIB utilizado para 2022 fue la proyección presentada por CEPAL (2022g). El resto de los datos de crecimiento promedio del PIB provienen de CEPALSTAT.

FUENTE: Elaboración propia a partir de CEPAL. 2022. CEPALSTAT: Bases de datos y publicaciones estadísticas. En: CEPAL [en línea]. Santiago de Chile. (disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=en>). Acceso: 23 de mayo de 2022; CEPAL. 2022. *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2022*. Santiago de Chile. (disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/bp>).

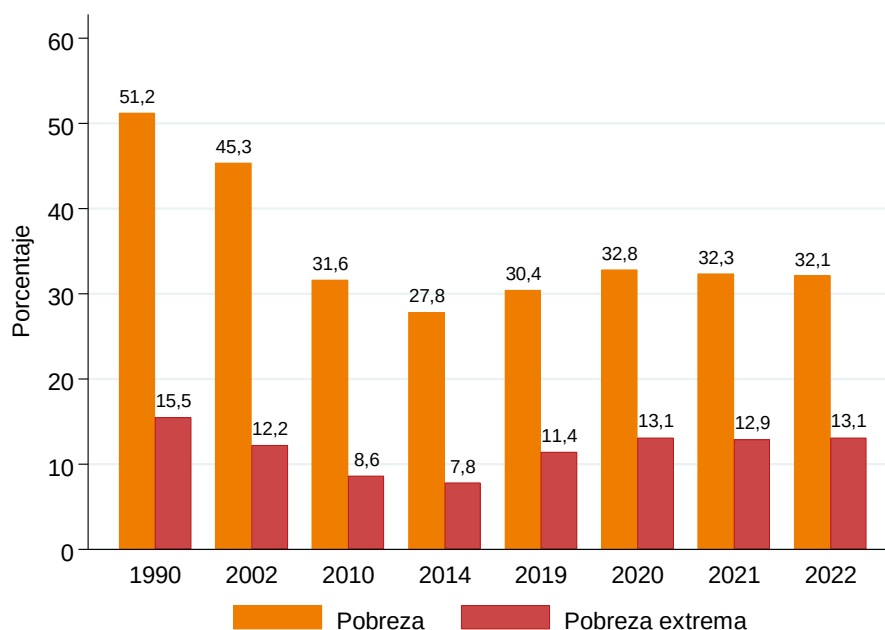
alcanzó el 0,34%. La pandemia de la COVID-19 ha acentuado esta tendencia. Sólo en 2020, el PIB de América Latina y el Caribe disminuyó un 6,8%, llevando a un crecimiento promedio para la región del 1,2% entre 2020 y 2022 (FIGURA 28).

Entre 2015 y 2019, con el estancamiento económico y varios años de contracción, la tasa de pobreza en la región aumentó de 27,8% en 2014 a 32,8% en 2020, mientras que la pobreza extrema aumentó de 7,8% a 13,1% en el mismo período, lo que representa un retroceso de 20 años en la tasa de pobreza extrema (FIGURA 29). Así, en 2019, incluso antes de que la pandemia de la COVID-19 golpeará la región, la pobreza ya afectaba a 186 millones de personas, y la pobreza extrema a 70 millones. En 2020, 17 millones de personas más cayeron en la pobreza, elevando el total a 203 millones, un tercio (32,8%) de la población de la región (CEPAL, 2022b).

Entre 2019 y 2021 la pobreza aumentó de 30,4% a 32,3%, mientras que la pobreza extrema se incrementó de 11,4% a 12,9%. Según las proyecciones de la CEPAL, en 2022 la pobreza disminuirá levemente, afectando al 32,1% de la población, pero seguirá más alta que en los años anteriores a la pandemia. Además, la pobreza extrema afectará a 13,1% de la población en 2022, 1 millón de personas más que en 2020 (CEPAL, 2022b; CEPAL, 2022g) (FIGURA 29).

FIGURA 29

Pobreza y pobreza extrema en América Latina y el Caribe (porcentaje), 1990-2021



NOTA: Los valores para 2020 y 2021 son estimaciones.

FUENTE: CEPAL. 2022. *Panorama Social de América Latina 2022*. Santiago de Chile. (disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/47718>).

El empeoramiento de la pobreza entre los años 2019 y 2021, agravado por la ralentización económica y la recesión en muchos países de América Latina y el Caribe, contribuyó al aumento del número de personas que no pueden permitirse una dieta saludable en todas las subregiones, como se muestra en la Parte 1 (FIGURA 20). A esta situación ya de por sí deteriorada, los efectos del actual conflicto en Ucrania podrían empeorar la seguridad alimentaria y nutricional y hacer que una dieta saludable sea aún menos asequible. En el momento de redactar este informe, aún los efectos del conflicto, que ya ha afectado a los precios internacionales de los alimentos y a la inflación alimentaria en los países de América Latina y el Caribe son inciertos. La siguiente sección analiza cómo este conflicto podría afectar a la seguridad alimentaria y a la asequibilidad de dietas saludables en la región.

Posibles efectos del conflicto en Ucrania en la seguridad alimentaria de América Latina y el Caribe

El conflicto en Ucrania ha colocado al mundo y a la región en una situación compleja e incierta, que plantea riesgos significativos para la agricultura y la seguridad alimentaria. Afecta a la producción, el comercio, la logística, los mercados energéticos y los precios de los alimentos en todo el mundo. Estas interrupciones del suministro alimentario también repercuten en los precios internacionales de los alimentos. Este conflicto ha exacerbado las alzas de precios de los principales productos alimentarios, la energía y los fertilizantes. Las estimaciones preliminares proyectan volatilidad, vulnerabilidad frente a choques y precios más elevados de alimentos y fertilizantes, en un escenario donde la economía mundial crece a un ritmo menor al esperado. Esto es especialmente cierto en América Latina y el Caribe, donde se estima que el crecimiento económico alcanzará 3,7% en 2022 (CEPAL, 2022g).

Ucrania y la Federación de Rusia figuran entre los principales productores y exportadores de productos alimentarios. Representan casi el 80% de las exportaciones mundiales de aceite de girasol, cerca del 30% de las de trigo y alrededor del 20% de las de maíz. En marzo de 2022, inmediatamente después del inicio del conflicto, el índice de precios de los alimentos de la FAO alcanzó su máximo histórico (159,7 puntos), con un aumento del 13% respecto al mes anterior y del 34% en comparación con el mismo mes de 2021. Entre los aumentos, hubo alzas significativas en los precios internacionales del trigo, el aceite de girasol y el maíz (FAO, 2022e; FAO, 2022f). Aunque el índice disminuyó entre abril y noviembre de 2022, el promedio anual de 2022 sigue siendo un 15,2% superior al de 2021 (FAO, 2022a).

Las dificultades para producir y comercializar trigo, maíz y aceite de girasol, así como el aumento de sus precios, han impactado a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe que son importadores netos de estos tres productos básicos. Sólo unos pocos países de la región son exportadores netos de algunos de esos productos básicos — Argentina (trigo, maíz y aceite de girasol), Brasil (maíz), Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala (aceite de girasol), Paraguay (trigo y maíz) y Uruguay (trigo)—, encontrándose menos expuestos a estos efectos del conflicto (WITS, 2022). Por su parte, en el Caribe se importan casi todos los cereales, lo que convierte a esta subregión en la más vulnerable a las alzas de precios internacionales (CEPAL, 2022h).

La Federación de Rusia es un actor fundamental en el mercado mundial de la energía y los fertilizantes. El fuerte aumento de los precios de la energía y los fertilizantes debido al conflicto afectará inevitablemente a la agricultura en todo el mundo, ya que se trata

de una actividad de alto consumo energético (FAO, 2022e). Esto podría tener efectos negativos para la producción agrícola y los precios de los alimentos en América Latina y el Caribe. La región importa cerca del 85% de los fertilizantes utilizados, y la Federación de Rusia es un importante proveedor de este insumo agrícola, ya que representa el 88% de las importaciones de fertilizantes a base de nitrato y fosfato y el 36% de las importaciones de fertilizantes a base de nitrato de fósforo y potasio (CEPAL, 2022h; CEPAL y FAO, 2022). Los fertilizantes rusos representan entre el 10 y el 20% de las importaciones totales de fertilizantes en El Salvador, Nicaragua y Uruguay; entre el 20 y el 30% en Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Panamá y Suriname; entre el 30 y el 50% en Ecuador y Perú; y más del 50% en Honduras (FAO, 2022g).

Como respuesta a las diversas perturbaciones a las que se enfrentan actualmente los países de la región, durante el primer trimestre de 2022 los gobiernos nacionales comenzaron a aplicar medidas para mitigar el alza de los precios de los alimentos y los fertilizantes. La FAO recopiló información sobre las medidas adoptadas por 32 países para hacer frente a la subida de los precios de los alimentos. El análisis indica que las medidas adoptadas con mayor frecuencia fueron recortes arancelarios (en al menos diez países), asistencia alimentaria (nueve países), promoción de la educación alimentaria y nutricional (seis países) e inversión en el seguimiento y análisis de los precios de los alimentos (seis países). En cuanto a las medidas aplicadas para mitigar los elevados precios de los insumos agrícolas, los países recortaron en su mayoría los aranceles sobre estos productos (ocho países). Además, un número significativo de países subvencionó los insumos o a los productores en un intento de mitigar la subida de los precios de los fertilizantes.

Aunque todavía es demasiado pronto para determinar los efectos del conflicto en la seguridad alimentaria y nutricional, la FAO estima que en 2022 el hambre en el mundo puede aumentar entre 7,6 y 13 millones de personas más, y en la región el aumento podría ser de entre 350 000 y 640 000 personas (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022; FAO, 2022g). En consecuencia, es probable que esta situación haga que las dietas saludables sean aún menos asequibles, ya que sus componentes importantes, como los alimentos básicos amiláceos y los aceites vegetales, están menos disponibles y son menos accesibles, tanto física como económicamente.



5.2 ANÁLISIS DEL COSTO DE UNA DIETA SALUDABLE POR SUBREGIONES Y PAÍSES

Mensajes clave

- América Latina y el Caribe presenta un costo más elevado para una dieta saludable en comparación con otras regiones del mundo. Los países caribeños son los que muestran los costos más elevados.
- Los grupos de alimentos más costosos de una dieta saludable son, el promedio, las verduras —en el Caribe y Mesoamérica— y los alimentos proteicos de origen animal —en Sudamérica—.
- El costo de los grupos de alimentos en la región varía entre países con distintos niveles de renta. En promedio, los alimentos de origen animal son menos costosos en países de ingresos altos que son productores de alimentos de origen animal y dependen de cadenas de valor más eficientes. La fruta es menos costosa en los países de ingresos bajos que son exportadores de frutas tropicales, donde la fruta está más disponible, y es más asequible también en los mercados nacionales.

Las dietas saludables contribuyen a prevenir la malnutrición en todas sus formas, incluidas las enfermedades no transmisibles (ENT) relacionadas con la dieta (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). Aunque la composición de una dieta saludable varía entre países y territorios¹¹, el consenso es que las dietas saludables deben contener una selección equilibrada y diversa de alimentos provenientes de varios grupos de alimentos. Una dieta saludable garantiza la satisfacción de las necesidades energéticas, de macronutrientes (proteínas, grasas e hidratos de carbono con fibra alimentaria) y de micronutrientes esenciales (vitaminas, minerales y oligoelementos) de una persona, teniendo en cuenta su sexo, edad, nivel de actividad física y estado fisiológico. Una dieta saludable también debe satisfacer las necesidades de vitaminas y minerales sin un aporte energético excesivo. Una persona promedio debe comer un mínimo de 400 gramos de frutas y verduras al día, restringir la ingesta de grasas, que debe ser inferior al 30% de la ingesta energética total (con no más del 10% de grasas saturadas), elegir grasas insaturadas y eliminar las grasas trans industriales. Además, el azúcar no debe superar el 10% de la ingesta energética total (preferiblemente menos del 5%) y la ingesta de sal debe ser inferior a 5 gramos al día. Asimismo, las dietas saludables se basan en una amplia variedad de alimentos no procesados o mínimamente procesados, equilibrados entre todos los grupos de alimentos, restringiendo los alimentos y bebidas altamente procesados¹² (FAO y OMS, 2019).

¹¹ Cada país establece las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) que describen lo que constituye una dieta saludable en su contexto específico. Las GABA ofrecen consejos generales sobre cómo alcanzar dietas saludables a nivel nacional o local.

¹² Algunas formas de procesamiento pueden dar lugar a densidades muy altas de sal, azúcar añadido y grasas saturadas, y estos productos, cuando se consumen en cantidades elevadas, pueden socavar la calidad de la dieta (GLOPAN, 2016).

Por otro lado, las dietas poco saludables son aquellas que tienen un bajo contenido en una variedad de nutrientes esenciales y, a menudo, un alto contenido en grasas (especialmente grasas trans o saturadas), azúcares o sal (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022). El consumo de dietas poco saludables puede deberse a un acceso reducido a una variedad de alimentos nutritivos¹³ (debido a factores económicos o de otro tipo) o a conocimientos, preferencias, motivaciones y tradiciones. Las dietas de baja calidad, ricas en calorías y pobres en nutrientes y que contienen alimentos muy procesados, están asociadas al sobrepeso, la obesidad, la carencia de micronutrientes y las ENT (Navab, Gharavi y Watson, 2008; Rocha y Libby, 2009; Costa *et al.*, 2019; Gómez-Donoso *et al.*, 2018).

Las dietas poco saludables contribuyen a aumentar la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas. Los estudios muestran que la calidad de la dieta disminuye a medida que aumenta la inseguridad alimentaria (Hanson y Connor, 2014; Mundo-Rosas *et al.*, 2014; Vega-Macedo *et al.*, 2014; Ranjit, Macias y Hoelscher, 2020).

Los alimentos ricos en nutrientes, como las frutas y verduras y los alimentos de origen animal, son más caros que los alimentos básicos (Alemu *et al.*, 2018; Headey, Hirvonen y Hoddinott, 2018). Los altos precios de los alimentos nutritivos suponen riesgos para la salud y la nutrición de la población (Darmon y Drewnowski, 2015; Rehm, Monsivais y Drewnowski, 2015).

Para comprender mejor los factores determinantes del elevado costo de una dieta saludable, este capítulo ofrece una revisión detallada del costo de las dietas saludables a escala regional, subregional y nacional. A continuación, se analiza la composición de una dieta saludable, identificando qué grupos de alimentos son más costosos, y si los costos y la composición de la dieta varían entre subregiones.

El costo de una dieta saludable en América Latina y el Caribe

Se encontró que, específicamente para América Latina y el Caribe, las dietas saludables son cuatro veces más costosas que una dieta energéticamente eficiente¹⁴ (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020), y que casi una cuarta parte de la población de la región (22,5%) no puede permitirse una dieta saludable (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

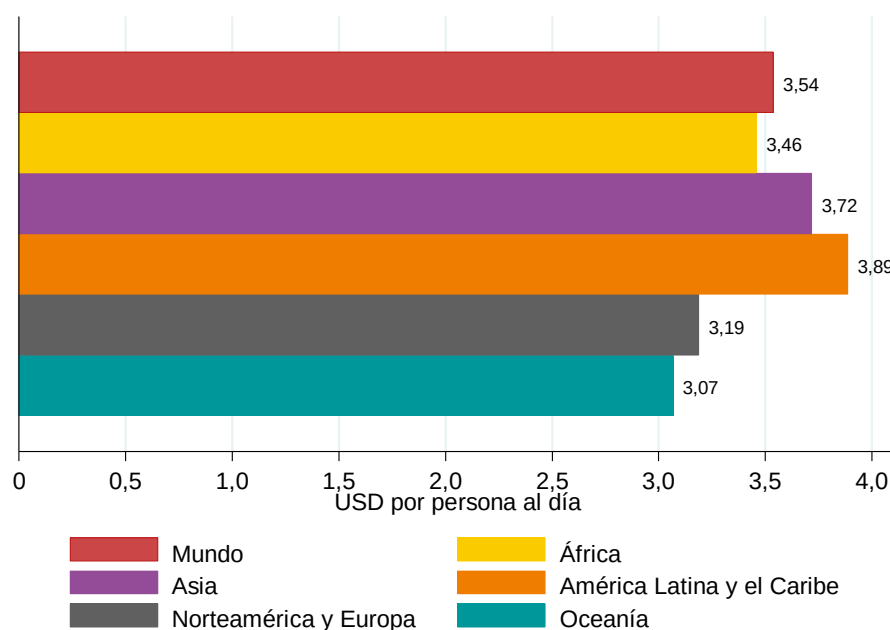
Reducir el costo de los alimentos nutritivos y mejorar el acceso a dietas saludables es fundamental para erradicar el hambre, mejorar la seguridad alimentaria y reducir la malnutrición en todas sus formas. No hacerlo impedirá que los países avancen hacia el ODS 2, que busca eliminar el hambre, lograr la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible para 2030. La malnutrición también está vinculada a la pobreza y a otros resultados de desarrollo, y también obstaculiza la consecución de otros ODS (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

¹³ Los alimentos nutritivos son alimentos seguros que aportan nutrientes esenciales como vitaminas y minerales (micronutrientes), fibra y otros componentes beneficiosos para el crecimiento, la salud y el desarrollo, protegiendo contra la desnutrición. Los alimentos nutritivos sólo contienen cantidades mínimas de grasas saturadas, azúcares libres y sal o sodio; además, no contienen ácidos grasos trans producidos industrialmente, y la sal utilizada está yodada (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

¹⁴ Una dieta energéticamente suficiente proporciona las calorías adecuadas en relación con las necesidades energéticas diarias (para satisfacer una ingesta energética alimentaria de 2 330 kcal). Esta dieta teórica de referencia se definió en El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2002 sólo con fines comparativos y ya no es estimada por la FAO.

FIGURA 30

Costo promedio en USD por persona y por día (paridad de poder adquisitivo) de una dieta saludable en el mundo y sus regiones, 2020



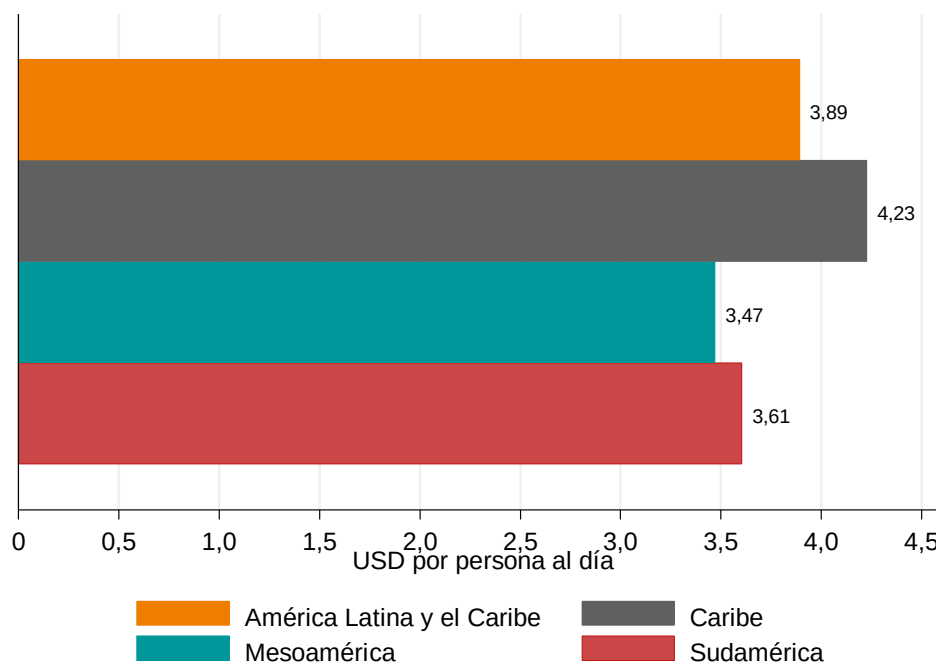
FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

Como se muestra en la Parte 1 (Capítulo 4), no hay ninguna otra región del mundo en la que una dieta saludable sea tan costosa como en América Latina y el Caribe (3,89 USD por persona y día), muy por encima del promedio mundial (3,54 USD) y del promedio de América del Norte y Europa (3,19 USD) (FIGURA 30). Esta situación se explica especialmente por el costo elevado en el Caribe, donde el costo promedio de una dieta saludable alcanza los 4,23 USD, mientras que en Sudamérica es de 3,61 USD y en Mesoamérica de 3,47 USD (FIGURA 31)¹⁵.

¹⁵ Las estadísticas regionales y subregionales sobre el costo de una dieta saludable incluyen a los países de América Latina y el Caribe, así como las siguientes zonas y territorios: Anguila, Aruba, Curaçao, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y Sint Maarten (parte de los Países Bajos). En este informe, sin embargo, el debate sobre el costo de una dieta saludable a nivel de país se centra únicamente en los países de América Latina y el Caribe que aparecen en la Figura 32.

FIGURA 31

Costo promedio (paridad de poder adquisitivo) de una dieta saludable en América Latina y el Caribe por subregión, 2020



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

A nivel subregional, como puede verse en la **FIGURA 31**, una dieta saludable tiende a ser más costosa en el Caribe. Históricamente los países caribeños han dependido de importaciones de alimentos, principalmente de los Estados Unidos de América (Turnbull, 2021; FAO, 2020a). Tal es el caso de Antigua y Barbuda, Granada y Jamaica, que son importadores netos de energía y productos agroalimentarios (CEPAL y FAO, 2020a). La estructura del comercio (en este caso, altamente dependiente de las importaciones) junto con la exposición a los cambios en los precios internacionales y los tipos de cambio, afectan los ingresos, la oferta de alimentos y la estructura de costos (FAO, 2020b). La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia cómo las alteraciones en las cadenas de valor pueden disparar los precios de los alimentos en países dependientes de las importaciones, aumentando el costo de una dieta saludable y reduciendo aún más el porcentaje de la población que puede permitirse este costo (CEPAL y FAO, 2020b; GLOPAN, 2020). En este sentido, los países del Caribe miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM), están trabajando en disminuir su dependencia de las importaciones, con la meta de reducirlas en un 25% para el 2025.

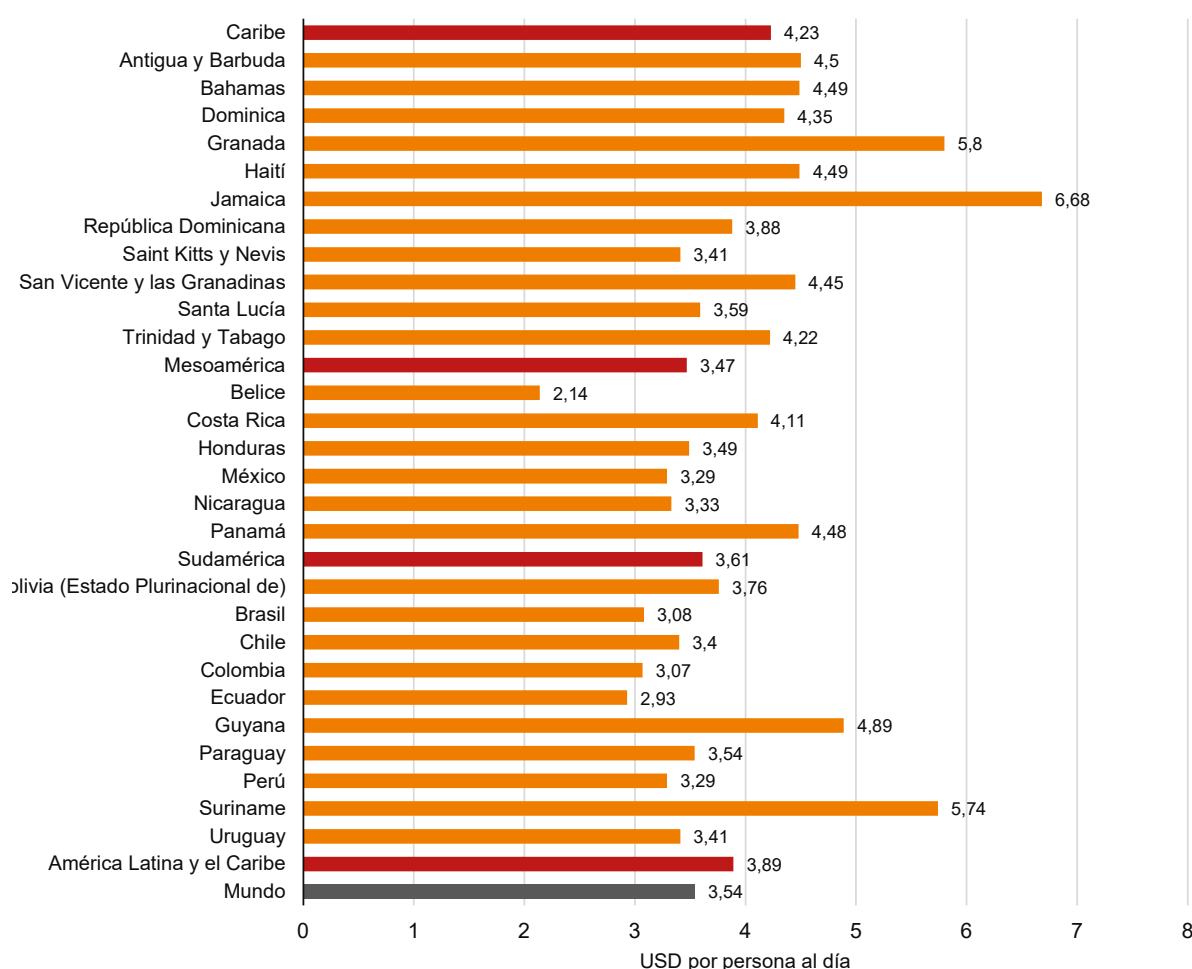
Dentro de los países del Caribe, el costo de la dieta saludable en Jamaica es de 6,68 USD y en Granada 5,8 USD. República Dominicana, Saint Kitts y Nevis y Santa Lucía tienen las dietas saludables menos costosas del Caribe; y, mientras el costo de una dieta saludable en Trinidad y Tabago supera los 4 USD, el porcentaje de personas que no pueden permitirse esta dieta es el más bajo en la subregión (11,6%).

En Mesoamérica, los costos más bajos de una dieta saludable se encuentran en Belice, México y Nicaragua; y aunque que en Costa Rica y Panamá los costos de una dieta saludable son los más altos de la subregión, estos dos países tienen el porcentaje más bajo de personas que no pueden permitírsela.

En Sudamérica, los costos más bajos de una dieta saludable se encuentran en Brasil, Colombia y Ecuador, mientras que países como Suriname y Guyana tienen los costos más altos— 5,74 USD y 4,89 USD, respectivamente (FIGURA 32)—.

FIGURA 32

Costo de una dieta saludable en los países de América Latina y el Caribe, 2020



NOTAS: No se dispone de datos sobre costo y asequibilidad para Barbados, Cuba, El Salvador, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). No se comunican datos para la Argentina debido a que la información es insuficiente o poco fiable para actualizar el costo y la asequibilidad en 2018-2020. FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>)

Costo de una dieta saludable por grupo de alimentos en América Latina y el Caribe

Para entender mejor los determinantes del costo de una dieta saludable es importante analizar la composición de la dieta, identificar qué grupos de alimentos son más costosos y como varían estos costos entre subregiones. La **FIGURA 33A** muestra que las verduras y los alimentos de origen animal son los grupos que contribuyen de forma más significativa al costo de una dieta saludable en las tres subregiones, sobre todo en Mesoamérica. En Sudamérica, el grupo de alimentos de origen animal es el que más contribuye al costo de una dieta saludable, mientras que en el Caribe y en Mesoamérica son las verduras.

Cabe destacar que, en el Caribe, el costo de las frutas contribuye significativamente más al costo de una dieta saludable comparado con las otras dos subregiones; mientras que en Sudamérica el grupo de legumbres, frutos secos y semillas destaca por representar una proporción más elevada en comparación a las otras dos subregiones. Por otro lado, las grasas son el grupo de alimentos que menos contribuye al costo de una dieta saludable, especialmente en Sudamérica (**FIGURA 33A**).

Por otra parte, aunque los alimentos de origen animal representan la principal contribución al costo de una dieta saludable en Sudamérica, no es en esta subregión donde este grupo de alimentos tiene el costo más elevado (**FIGURA 33B**). Estas diferencias se explican en parte por la dependencia de las importaciones, que suele ser mayor en el caso en el Caribe, pero no tanto en Sudamérica. De hecho, en el Caribe, casi todos los grupos de alimentos —excepto las legumbres, frutos secos y semillas— son más caros que en las otras dos subregiones.

FIGURA 33A

Contribución de los grupos de alimentos al costo de una dieta saludable (porcentaje) por subregión, 2017

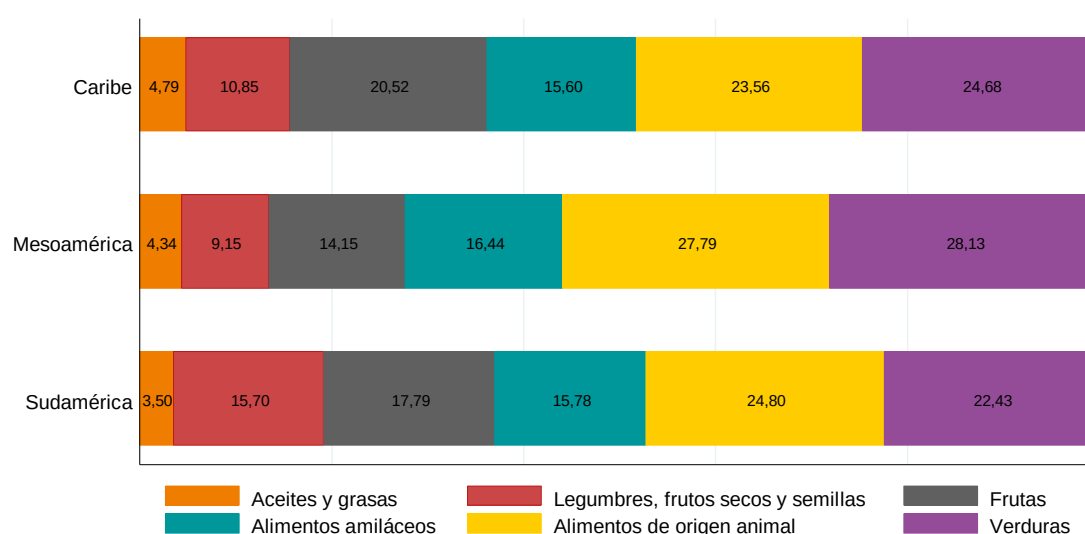
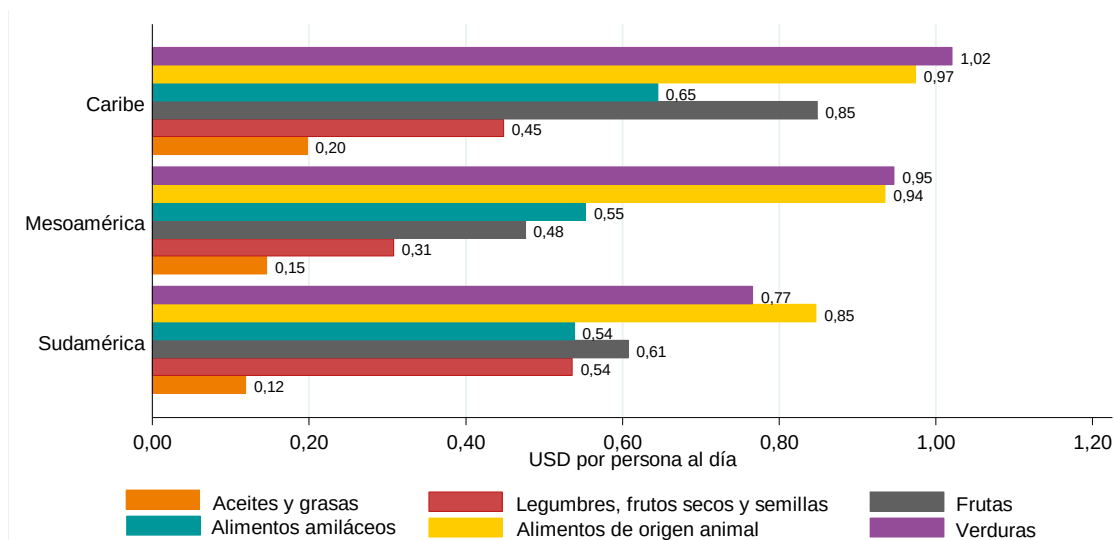


FIGURA 33B

Contribución de los grupos de alimentos al costo de una dieta saludable (usd) por subregión, 2017



NOTA: Para este análisis se utilizaron datos de 2017, que son los últimos disponibles para el costo de los grupos de alimentos de una dieta saludable.
 FUENTE: FAO. (en prensa). FAOSTAT: Costo y asequibilidad de una dieta saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/CAHD>)

El costo de cada grupo de alimentos varía con los distintos niveles de ingresos de cada país en la región (FIGURAS 34A Y 34B). Las frutas y los alimentos de origen animal muestran la mayor variabilidad en el costo. En los países de ingresos altos, el costo de las frutas dentro de una dieta saludable es, en promedio, de 0,69 USD, y contribuye al 20% del costo total. Esta cifra es significativamente superior al costo de la fruta en los países de ingresos bajos (0,38 USD), donde representa sólo el 10% del costo total de una dieta saludable. Esto podría explicarse por el hecho de que muchos países de ingresos bajos y medios son exportadores de frutas tropicales específicas (por ejemplo, Haití, Honduras y Nicaragua) que generan importantes divisas utilizadas para importar alimentos y otros artículos. Al ser exportadores de frutas, pueden tener disponibilidad y acceso a frutas también en los mercados nacionales y a precios más bajos en comparación con otros países de la región que necesitan importar productos frutícolas (FAO, 2020c). Además, en el Caribe hay varios países de altos ingresos importadores de frutas (por ejemplo, Antigua y Barbuda y Bahamas), donde los precios de los alimentos tienden a ser más elevados.

En cambio, cuanto mayor es el nivel de ingresos del país, menor es el costo de los alimentos de origen animal y su contribución al costo total de una dieta saludable (FIGURAS 34A Y 34B). En los países de ingresos altos, el costo promedio de los alimentos de origen animal dentro de una dieta saludable es de 0,77 USD y representa el 22% del costo total, en comparación a 1,58 USD en los países de ingresos bajos, donde representan, en promedio, el 40% del costo total. Esto sugiere que los alimentos de origen animal son más asequibles en los países de ingresos más altos no sólo porque estos producen carne o lácteos, sino también porque pueden contar con cadenas de valor más productivas y eficientes en cada etapa, lo que se traduce en una reducción de las pérdidas y los desperdicios, y en costos finales más bajos. Por ejemplo, Brasil y Uruguay son importantes productores de carne en la región y han reducido los costos de

los alimentos de origen animal a lo largo del tiempo. Asimismo, los países con menores ingresos tienden a producir o exportar menos alimentos de origen animal, y dependen más de las importaciones para acceder a este grupo de alimentos. Esto los expone a cambios en los precios internacionales y a variaciones en el tipo de cambio.

FIGURA 34A

Costo promedio por grupos de alimentos en porcentaje por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, 2017

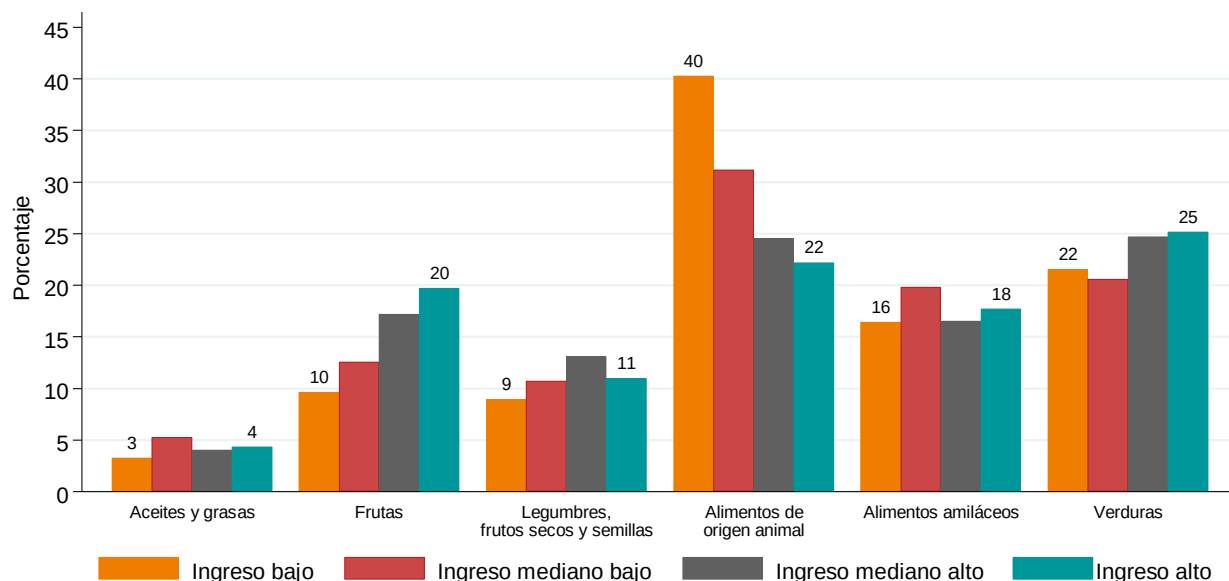
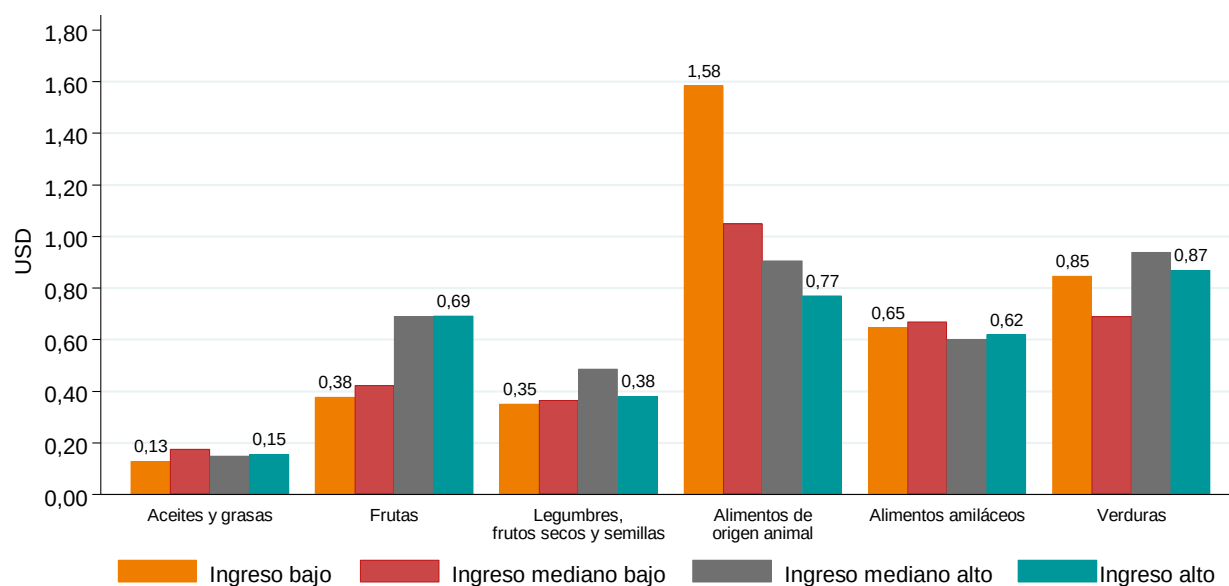


FIGURA 34B

Costo promedio por grupos de alimentos en usd por nivel de ingresos en América Latina y el Caribe, 2017



NOTA: Para este análisis se utilizaron datos de 2017, que son los últimos disponibles para el costo de los grupos de alimentos de una dieta saludable.
 FUENTE: FAO. 2022. FAOSTAT: Costo y asequibilidad de una dieta saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>) Acceso: 22 de agosto de 2022; Banco Mundial. 2022. Indicadores del desarrollo mundial, Banco de datos. En: *Banco Mundial* [en línea]. (disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>). Acceso: 19 de mayo de 2022.



5.3 CORRELACIÓN ENTRE LA ASEQUIBILIDAD DE LAS DIETAS SALUDABLES CON INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y NUTRICIONALES

Mensajes clave

- En la región, 131 millones de personas no pueden permitirse una dieta saludable. Más del 50% de la población no puede permitirse una dieta saludable en el Caribe, el 28% en Mesoamérica y cerca de un 20% en Sudamérica.
- La inasequibilidad de una dieta saludable observada en toda la región está asociada a diferentes indicadores socioeconómicos, especialmente a los niveles de ingresos de los países, la incidencia de la pobreza y la desigualdad de ingresos.
- La inasequibilidad de una dieta saludable está asociada a la prevalencia de hambre, la prevalencia de retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años y la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años.

Una vez descritos los costos de una dieta saludable, es importante valorar qué significa la asequibilidad de una dieta saludable. En general, entendemos que una dieta saludable es asequible cuando un individuo dispone de recursos económicos suficientes para acceder a ella, teniendo en cuenta sus ingresos en relación con el costo de esta dieta saludable. Dado que su costo se estima a partir de la versión menos costosa de una dieta saludable, ésta es asequible (o inasequible) cuando un individuo dispone de recursos económicos suficientes (o insuficientes) para acceder a esos alimentos¹⁶. El indicador de asequibilidad mide el porcentaje de la población que no puede permitirse una dieta saludable, y también muestra la desigualdad de acceso a una dieta saludable dentro de los países. Al comparar entre países y subregiones, es importante tener en cuenta también los precios relativos con respecto a otras opciones no saludables o menos saludables, y el ingreso promedio del país.

Este capítulo describe la asequibilidad de una dieta saludable en las subregiones y en los países de la región. También muestra la asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y los indicadores socioeconómicos a nivel nacional —como el ingreso nacional, las tasas de pobreza y los niveles de desigualdad de ingresos—, así como los resultados nutricionales.

¹⁶ Como se destacó en el Capítulo 4, la asequibilidad de una dieta saludable se define cuando una persona tiene suficientes recursos económicos para gastar hasta el 52% de sus ingresos en los alimentos necesarios para comprar la versión menos costosa de una dieta saludable, reservando el 48% de los ingresos para otros gastos. Este porcentaje representa una parte de los ingresos que puede reservarse de forma creíble para la alimentación, basándose en las observaciones de que la población de los países de ingresos bajos (LICs, por sus siglas en inglés) gasta, en promedio, el 52% de sus ingresos en alimentos, según se desprende de los datos de gasto de las cuentas nacionales del IPC de 2017.

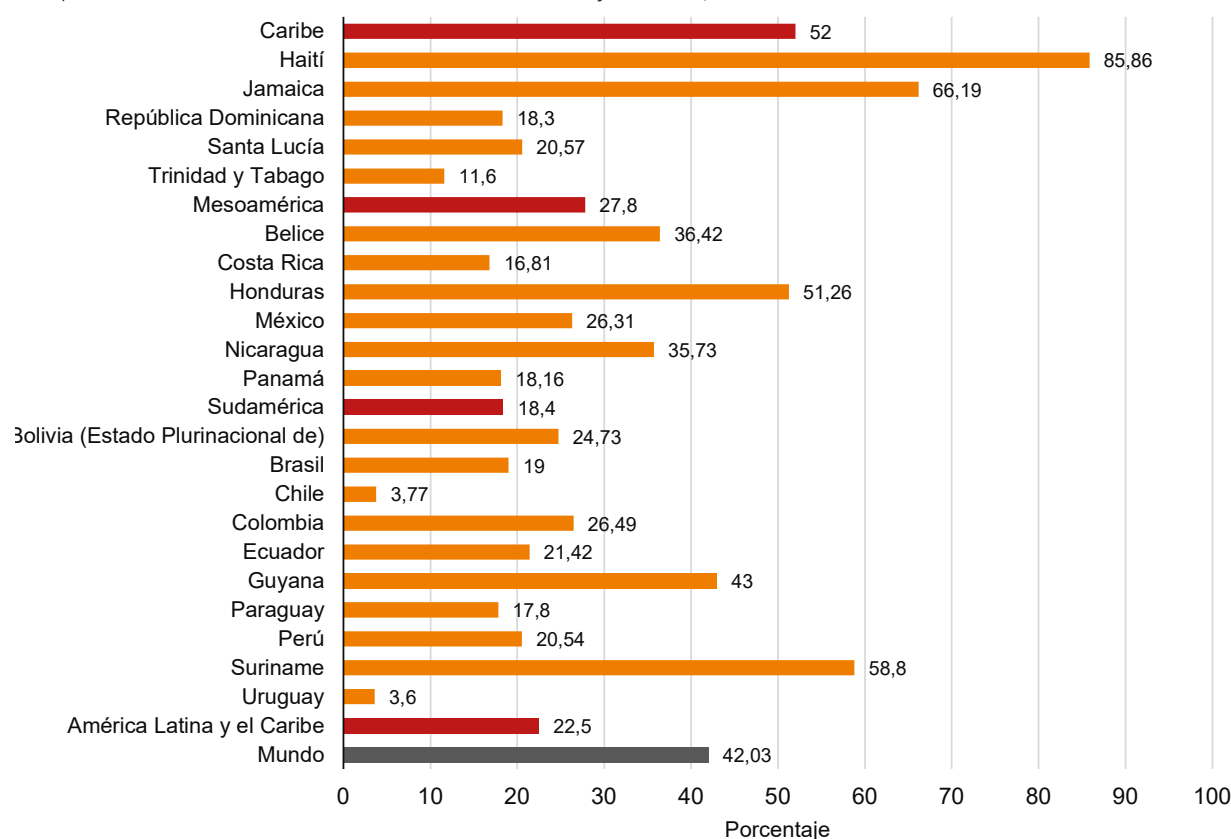
Inasequibilidad de una dieta saludable en América Latina y el Caribe

Como se muestra en la Parte 1, 131 millones de personas (22,5%) en América Latina y el Caribe no podían permitirse una dieta saludable en 2020. En el Caribe, el 52% de la población no puede permitirse una dieta saludable, mientras que en Mesoamérica esta proporción es del 27,8% y en Sudamérica del 18,4%.

En cuanto a la asequibilidad por países, en el Caribe la situación más preocupante se registra en Haití, donde más del 80% de la población no puede permitirse una dieta saludable, mientras que en República Dominicana y Santa Lucía alrededor del 20% de la población no puede permitirse esta dieta (FIGURA 35). En Mesoamérica, una dieta saludable es más asequible en Costa Rica y Panamá, donde menos del 20% de la población no puede permitírsela, mientras que en Honduras esta proporción representa más del 50% de la población. En Sudamérica, una dieta saludable es más asequible en Uruguay, Chile y Paraguay. No obstante, cabe mencionar que en Sudamérica una dieta saludable es, en general, más asequible que en las demás subregiones, con algunas excepciones: en Guyana y en Suriname el porcentaje de población que no puede permitirse una dieta saludable equivale al porcentaje del Caribe.

FIGURA 35

Inasequibilidad de las dietas saludables en América Latina y el Caribe, 2020



FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

Indicadores socioeconómicos relacionados con la inasequibilidad de una dieta saludable

Aunque no es posible realizar un análisis de la asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y los indicadores socioeconómicos a nivel regional debido a la insuficiencia de datos, sí es posible hacerlo a nivel mundial. Esta sección muestra, a nivel global, la asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y el nivel de ingresos de los países, la desigualdad de ingresos y las tasas de pobreza.

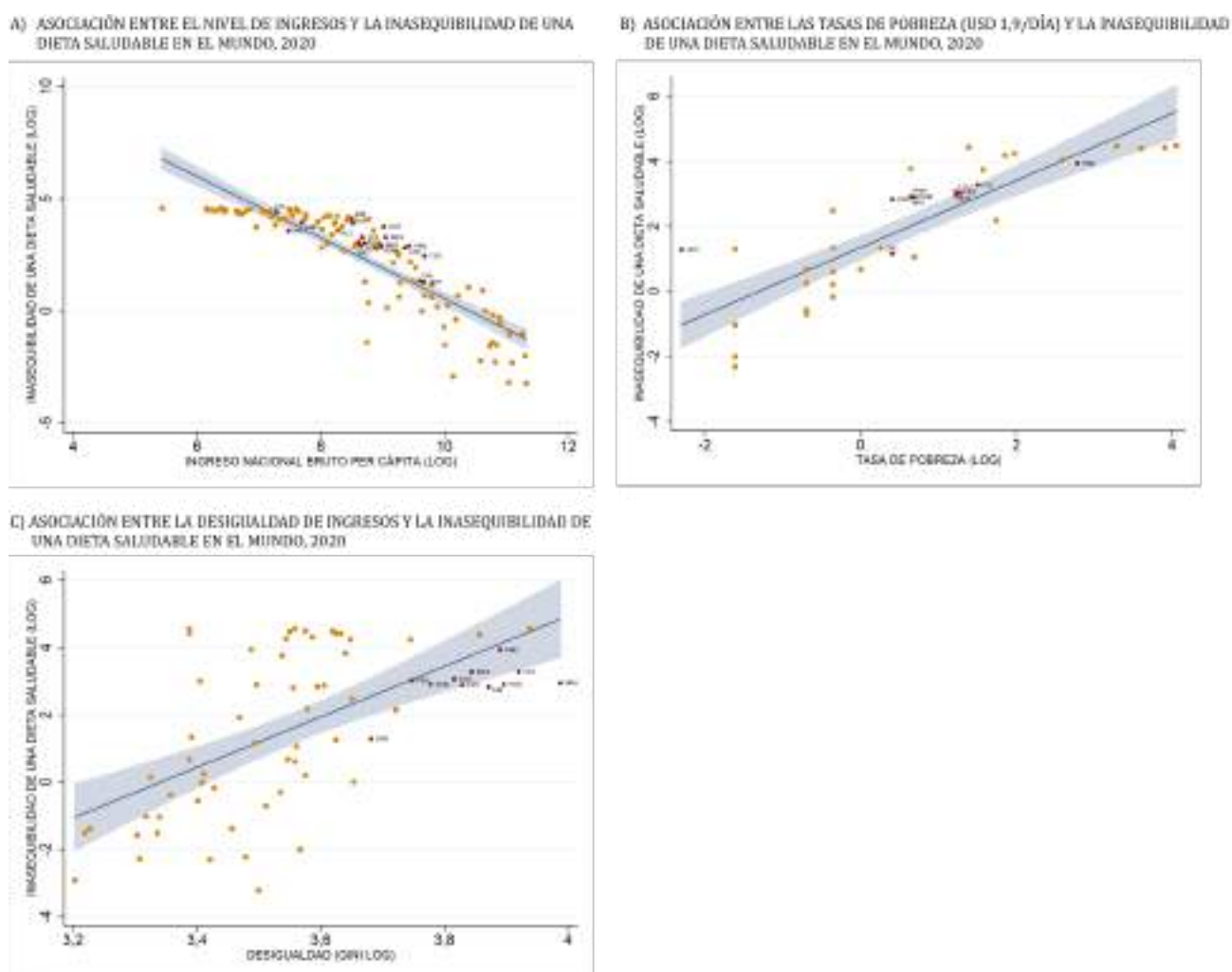
En cuanto al nivel de ingresos del país, medido como ingreso nacional bruto per cápita, se encontró una clara asociación negativa con la inasequibilidad de dietas saludables (FIGURA 36A), lo que muestra que a medida que aumenta el ingreso nacional per cápita de un país, disminuye el porcentaje de inasequibilidad de las dietas saludables. Países como Chile, Trinidad y Tabago y Uruguay, en el extremo derecho de la distribución de ingresos, son los que presentan los porcentajes más bajos de población que no puede permitirse dietas saludables, mientras que países como Haití, Honduras y Nicaragua (en el extremo izquierdo de la distribución de ingresos) presentan la mayor inasequibilidad observada en la región.

La FIGURA 36B muestra que la pobreza y la inasequibilidad, como era de esperar, están asociadas positivamente; en otras palabras, cuando la tasa de pobreza aumenta, también lo hacen los niveles de inasequibilidad de una dieta saludable. En Haití, que muestra la tasa de pobreza más alta de la región, la inasequibilidad de una dieta saludable afecta al 86% de su población. Asimismo, Honduras tiene una de las tasas de pobreza más altas de la región y se encuentra entre los países de la región con mayor inasequibilidad (52%).

Asociar la desigualdad de ingresos (medida por el índice de Gini) y la imposibilidad de costear una dieta saludable (FIGURA 36C) muestra una tendencia ineludible: en los países muy desiguales, una dieta saludable suele ser más costosa y de más difícil acceso (Hoffman y Centeno, 2003; Lustig, 2017). Resulta interesante notar que los países de la región, coloreados en rojo, se encuentren entre los más desiguales y presentan una mayor inasequibilidad en comparación con otros países del mundo.

FIGURA 36

Asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable e indicadores socioeconómicos



NOTA: La Figura muestra un análisis de regresión simple entre (A) el ingreso nacional bruto per cápita (2020); (B) el índice de pobreza a 1,90 USD al día, como porcentaje de la población (2015); y (C) el índice de Gini (2018) (eje horizontal), y la inasequibilidad de una dieta saludable (2020) (eje vertical) en el mundo. Los valores más altos en el eje vertical reflejan niveles más altos de inasequibilidad de una dieta saludable expresada como porcentaje del gasto medio en alimentación de un país medido en 2020. Todas las variables se expresan en logaritmos. R-cuadrado indica el porcentaje de varianza en la inasequibilidad de una dieta saludable explicada por la variable en el eje horizontal y la línea representa un ajuste lineal. Los países de América Latina y el Caribe están marcados en color rojo.

FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

Este análisis muestra que en los países con altos ingresos y menores tasas de pobreza —ambos con una fuerte correlación— las dietas saludables son más asequibles, pero una menor desigualdad de ingresos también es relevante porque permitiría que más personas tuvieran acceso a una dieta saludable.

Indicadores de malnutrición relacionados con la inasequibilidad de una dieta saludable

Esta sección presenta un análisis de la inasequibilidad de una dieta saludable y la relación con los indicadores de hambre y malnutrición: como la prevalencia de subalimentación, la prevalencia anemia entre las mujeres de 15 a 49 años, prevalencia de retraso del crecimiento, prevalencia de sobrepeso entre los niños y niñas menores de cinco años y prevalencia de la obesidad en los adultos.

No es sorprendente que, en los países donde la prevalencia de la subalimentación es alta, la proporción de la población que no puede permitirse una dieta saludable también lo sea. Países como Haití, Honduras y Jamaica se encuentran situados en la parte superior derecha de la FIGURA 37A (con una alta prevalencia de subnutrición y una alta proporción de inasequibilidad), mientras que países como Chile y Uruguay se encuentran en el otro extremo del gráfico, con niveles más bajos para ambos indicadores.

La FIGURA 37B muestra que los países con mayores niveles de inasequibilidad también están asociados a tasas más elevadas de retraso del crecimiento. Además, en los países con más alto costo de una dieta saludable, la prevalencia de retraso del crecimiento es más de 5 puntos porcentuales por sobre los países con una dieta saludable de costo medio, y casi 10 puntos porcentuales más que los países con una dieta saludable de bajo costo. Al igual que la prevalencia de la subalimentación, Chile y Haití representan realidades opuestas, mientras que el país sudamericano muestra los niveles más bajos de retraso del crecimiento e inasequibilidad, el país caribeño presenta los más altos niveles de la región en ambos indicadores.

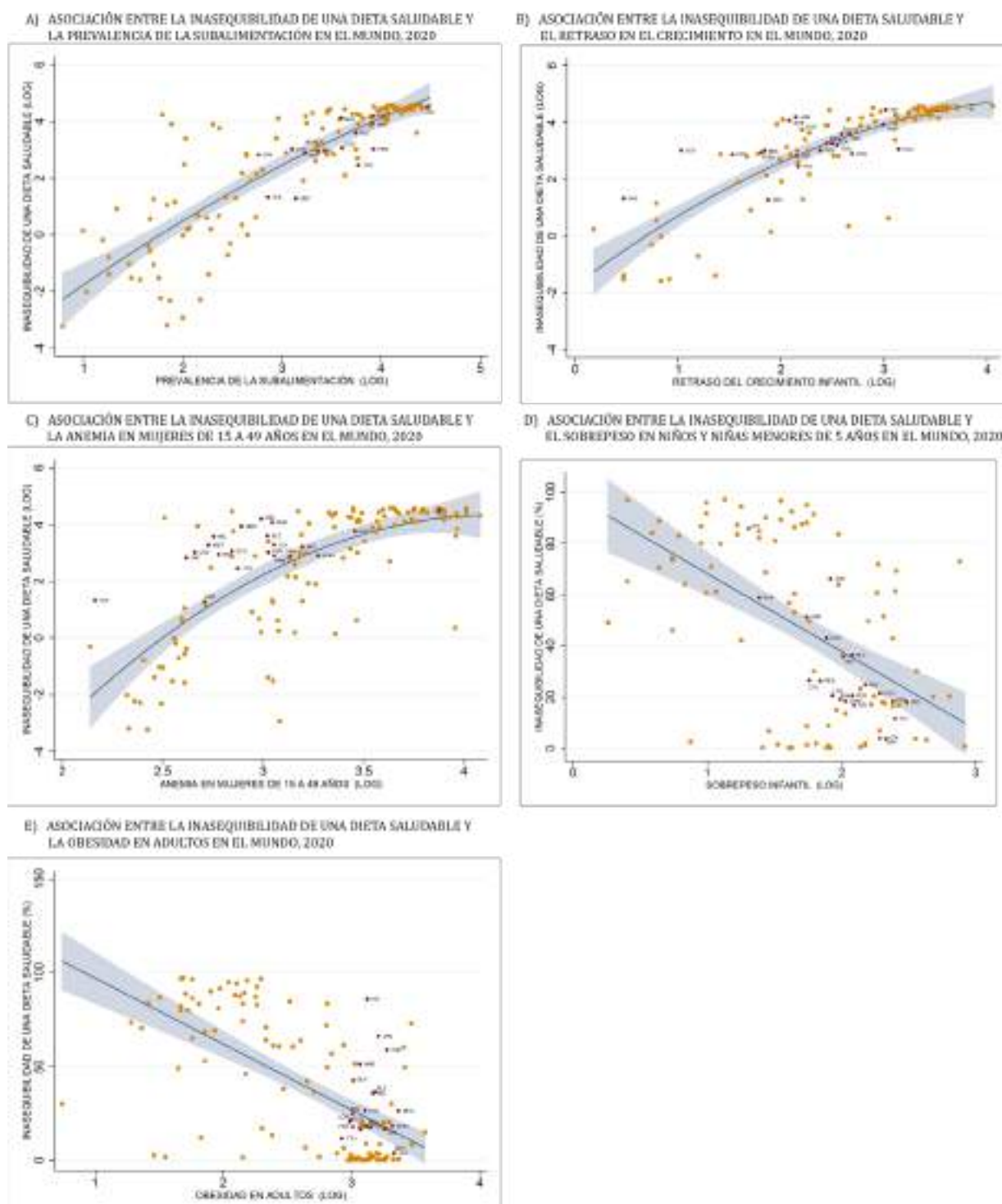
La asociación entre la anemia en mujeres de 15 a 49 años y la inasequibilidad de dietas saludables también es positiva. La anemia es más prevalente en los países donde el porcentaje de población que no puede permitirse una dieta saludable es mayor —como Haití y Honduras y Guyana (FIGURA 37C).

Por último, la asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y el sobrepeso y la obesidad no es evidente. La FIGURA 37D muestra que los países con un alto porcentaje de población que no puede permitirse una dieta saludable presentan niveles más bajos de sobrepeso entre niños y niñas menores de cinco años. Este patrón está potencialmente relacionado con los niveles de ingresos de esos países, ya que los países más ricos presentan menos inasequibilidad pero más sobrepeso. Lo mismo ocurre con la prevalencia de la obesidad en la población adulta (FIGURA 37E).

Chile, Costa Rica y Uruguay tienen los niveles más bajos de inasequibilidad de una dieta saludable y, a la vez, las tasas más altas de obesidad en adultos de la región. Estos resultados concuerdan con investigaciones recientes sobre las diferentes etapas de la llamada “transición hacia la obesidad”, en la que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad aumenta sustancialmente a medida que los países se desarrollan y crece el PIB per cápita. Estos efectos probablemente explican los resultados para Chile y Uruguay que son países de altos ingresos. La “transición hacia la obesidad” también describe la situación de los países desarrollados en la que la prevalencia de

FIGURA 37

Asociación entre la inasequibilidad de una dieta saludable y los indicadores de malnutrición en el mundo, 2020



NOTA: La figura muestra un análisis de regresión simple entre (A) la prevalencia de subalimentación promedio de 3 años (2019-2021); (B) la prevalencia de retraso del crecimiento en niños menores de cinco años (2020); (C) la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años (2019); (D) la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años (2020); y (E) la prevalencia de obesidad en la población adulta (2016) (eje horizontal), y la inasequibilidad de una dieta saludable (2020) (eje vertical) en el mundo. Los valores más altos en el eje vertical reflejan niveles más altos de inasequibilidad de una dieta saludable expresada como porcentaje del gasto promedio en alimentación de un país medido en 2020. Todas las variables se expresan en logaritmos. R-cuadrado denota el porcentaje de la varianza de la variable en el eje horizontal explicada por la inasequibilidad de una dieta saludable, la línea para A, B y C representa un ajuste cuadrático y la línea para D y E representa un ajuste lineal. Los países de América Latina y el Caribe están marcados en color rojo.

FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO, (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>). Los datos para el gráfico (A) se basan en: FAO, 2022. FAOSTAT: Datos de seguridad alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma, (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/ES>). Acceso: 15 de junio de 2022; los datos para el gráfico (B) se basan en: UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2021. Malnutrición. En: UNICEF [en línea]. (disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>). Acceso: 27 de mayo de 2022; los datos para el gráfico (C) se basan en: OMS, 2021. The Global Health Observatory: Women and Health. En: OMS [en línea]. (disponible en: www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/women-and-health). Acceso: 26 de mayo de 2022; los datos para el gráfico (D) se basan en: OMS, 2021b. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: OMS [en línea]. (disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>). Acceso: mayo de 2022; y los datos para el gráfico (E) se basan en: OMS, 2017. The Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: Risk factors. En: OMS [en línea]. (disponible en: www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors). Acceso: 26 de mayo de 2022.

la obesidad en el estrato socioeconómico más bajo, supera la prevalencia en el estrato socioeconómico más alto (Jaacks *et al.*, 2019). Esto significa que, a pesar de tener mayor prevalencia de obesidad en el país, ésta se concentra más entre las personas con menores ingresos. Sin embargo, cabe señalar que el desarrollo económico y el estatus socioeconómico no son las únicas variables que influyen en el aumento de peso (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

En general, la inasequibilidad de una dieta saludable parece estar estrechamente correlacionada con la tasa de pobreza, el nivel de ingresos del país y, en cierta medida, con los niveles de desigualdad de ingresos. Estos análisis muestran que los países con mayores niveles de pobreza y desiguales tienden a presentar mayores niveles de inasequibilidad. Asimismo, los datos muestran que la inasequibilidad de una dieta saludable está significativamente asociada a los indicadores de hambre y malnutrición. Aunque los resultados de este ejercicio son válidos a nivel global, sugieren cómo la inasequibilidad de una dieta saludable puede estar asociada con la prevalencia de indicadores de hambre y malnutrición en América Latina y el Caribe. Esto se traduciría en una mayor prevalencia de subalimentación, retraso del crecimiento entre niños y niñas menores de cinco años, y anemia entre las mujeres de 15 a 49 años. Por el contrario, y probablemente debido a una correlación con el ingreso, los países con mayor proporción de personas que no pueden permitirse una dieta saludable tienden a presentar menores niveles de sobrepeso y obesidad, especialmente entre los adultos.

Los patrones de consumo de alimentos son complejos y dependen de muchas variables, entre ellas el precio de los alimentos y el costo de las dietas. En general, nuestros resultados indican que el riesgo de padecer hambre y diversas formas de malnutrición aumenta cuando las personas no pueden permitirse dietas saludables. Por lo tanto, las políticas dirigidas a mejorar su asequibilidad no sólo ayudan a erradicar el hambre y abordar la inseguridad alimentaria u problemas de nutrición y salud relacionados con la dieta de los países de la región.

La región se enfrenta a un escenario complejo caracterizado por una inflación alimentaria alta y en aumento, pobreza creciente, altos niveles de desigualdad de ingresos. Estos factores se han visto agravados por la pandemia de la COVID-19 y por los efectos del conflicto en curso en Ucrania, que están ejerciendo una mayor presión sobre el ya elevado costo de las dietas saludables en la región. Es probable que estos factores amenacen la capacidad de las personas para permitirse incluso la versión menos costosa de una dieta saludable.

Dadas estas tendencias actuales, se necesitan acciones urgentes para mejorar la asequibilidad de las dietas saludables, especialmente para la población más vulnerable. Asimismo, se necesitan medidas para contrarrestar los efectos de la disminución del crecimiento y los niveles persistentes de pobreza y desigualdad, mediante políticas orientadas a los productores, a la comercialización y a los consumidores de alimentos.

El siguiente capítulo ofrece una visión general de las políticas ya aplicadas en la región sobre las cuales podemos aprender. Para mejorar la asequibilidad a una dieta saludable, puede ser útil analizar, comprender y repensar estas iniciativas.

CAPÍTULO 6

MEJORAR LA ASEQUIBILIDAD A DIETAS SALUDABLES: UNA REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



6.1 APLICAR Y REORIENTAR LAS POLÍTICAS EN FAVOR DE LAS DIETAS SALUDABLES

Mensajes clave

- Para aumentar la asequibilidad de las dietas saludables, se requiere promover la reducción de los precios de los alimentos nutritivos y abordar las limitaciones de ingresos de las poblaciones más vulnerables que no tienen un acceso físico y económico adecuado a una dieta saludable.
- Un enfoque de sistema agroalimentario permite la identificación, análisis y reorientación de las políticas asociadas a las cadenas de suministro, entornos alimentarios y comportamiento de los consumidores que contribuyan a mejorar la asequibilidad de las dietas saludables.
- También se necesita transformar los sistemas agroalimentarios para que sean más eficientes, inclusivos, resilientes y sostenibles, procurando que las cadenas de suministro de alimentos, los entornos y los comportamientos alimentarios de las personas faciliten la reducción del costo de una dieta saludable, su acceso físico y económico, así como el consumo de alimentos nutritivos que componen este tipo de dieta.
- Es crucial aumentar y mejorar la eficiencia y eficacia de las inversiones en políticas alimentarias y agrícolas a lo largo del sistema agroalimentario en tres áreas principales: políticas orientadas a los productores de alimentos, al comercio y a los mercados, y a los consumidores de alimentos.
- En la región, existen ejemplos de implementación de políticas que demuestran de qué forma las políticas alimentarias y agrícolas pueden fomentar la asequibilidad de las dietas saludables.

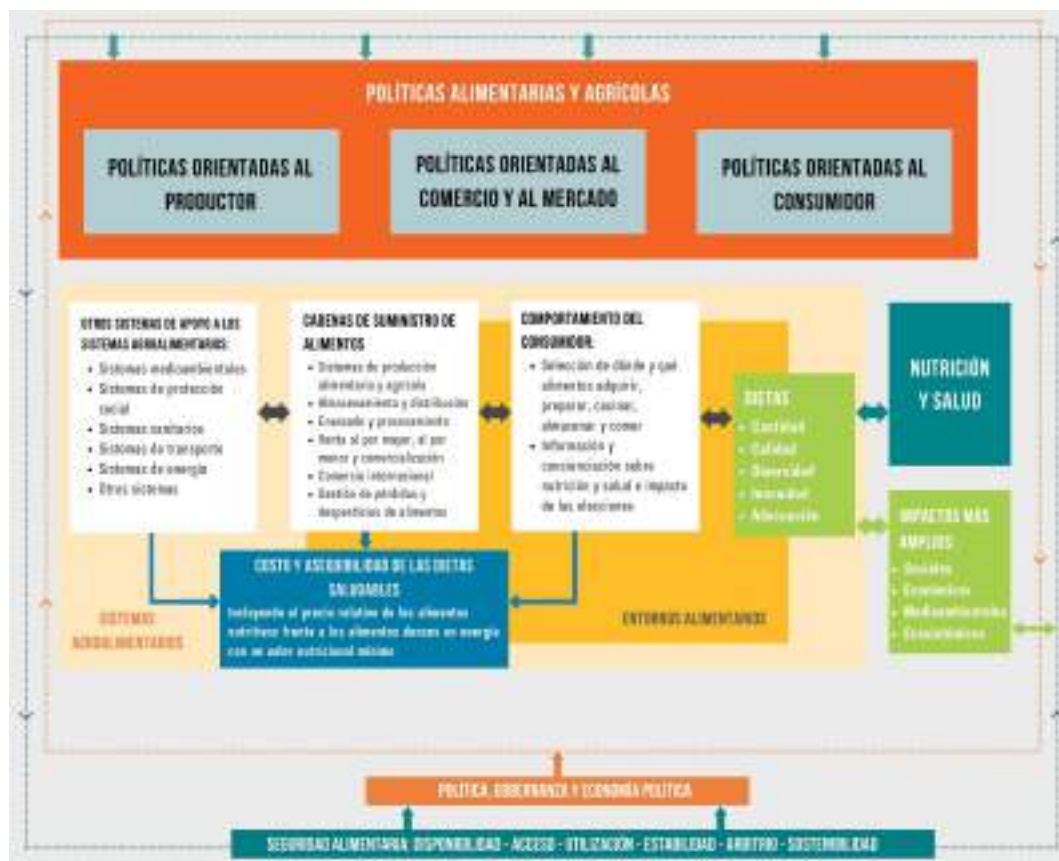
Los sistemas agroalimentarios abarcan toda la gama de actores y sus actividades interrelacionadas de valor añadido que intervienen en la producción, la agregación, la transformación, la distribución, el consumo y la eliminación de los productos alimentarios. Comprenden todos los productos alimentarios procedentes de la producción agrícola y ganadera, la silvicultura, la pesca y la acuicultura, así como los entornos económicos, sociales y naturales más amplios en los que se insertan estos diversos sistemas de producción (FAO, FIDAOMS, PMA y UNICEF, 2022). Un enfoque

global basado en los sistemas agroalimentarios es crucial para identificar cómo las políticas pueden contribuir a que las dietas saludables sean asequibles para toda la población (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022). Los factores del alto costo de los alimentos nutritivos se encuentran “a lo largo de los sistemas agroalimentarios, comenzando con la producción y considerando las cadenas de suministro y los entornos alimentarios, así como el comportamiento de los consumidores y la economía política —incluidos los bajos niveles de productividad—.

En la cadena de suministro de alimentos, el almacenamiento inadecuado de los alimentos, la deficiente infraestructura vial y la limitada capacidad de conservación de los alimentos muy perecederos provocan pérdidas de alimentos e ineficiencias a lo largo de la cadena. Eso encarece el costo de los alimentos en general, incluyendo los alimentos nutritivos que constituyen una dieta saludable. Además, muchas personas no pueden acceder físicamente a los mercados de alimentos, especialmente a los de frutas y verduras frescas, lo cual representa una barrera considerable para acceder a dietas saludables. Por su parte, las políticas comerciales, principalmente las medidas comerciales proteccionistas, tienden a incentivar la producción nacional de alimentos básicos (arroz y maíz) en detrimento de los alimentos nutritivos (frutas y verduras) (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

FIGURA 38

Enfoque de sistemas agroalimentarios para que las políticas contribuyan a mejorar la asequibilidad de las dietas saludables



FUENTE: Adaptado de FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639en>).

Las políticas alimentarias y agrícolas pueden desempeñar un papel importante para que las dietas saludables sean más asequibles, si abordan los factores que impulsan el elevado costo de los alimentos nutritivos en los diferentes componentes de los sistemas agroalimentarios, como puede observarse en la **FIGURA 38** (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

El enfoque de sistemas agroalimentarios es esencial para comprender el nexo entre las políticas alimentarias y agrícolas, y el costo y la asequibilidad de las dietas saludables. En este capítulo se han seleccionado políticas orientadas a los productores, al comercio y mercado, y a los consumidores, que han sido implementadas en distintos países de la región. Sin embargo, como se analizó en el capítulo anterior, la incierta recuperación económica regional, el aumento de la pobreza, el nivel de desigualdad de ingresos y la elevada inflación suponen un formidable desafío para el objetivo de invertir más en políticas como las analizadas en este capítulo.

Las ayudas mundiales al sector de la alimentación y la agricultura alcanzaron un promedio de casi 630 000 millones de USD anuales entre 2013 y 2018, incluyendo políticas orientadas a los productores¹⁷.

En la actualidad, los gobiernos de la región disponen de menos recursos para enfrentar estos desafíos. Se necesita orientar estos recursos para lograr los objetivos de seguridad alimentaria y nutricional y, en particular, para apoyar las dietas saludables —considerando que América Latina y el Caribe es la región que presenta el costo más elevado de una dieta saludable en el mundo—. Como se analizó en el capítulo anterior, la inasequibilidad de una dieta saludable se asocia con mayores tasas de hambre, anemia entre las mujeres de 15 a 49 años y retraso del crecimiento entre niños y niñas menores de cinco años. Por lo tanto, lograr dietas saludables asequibles es una contribución esencial para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional en la región.

La presente edición de este informe se centra en la identificación y el análisis de las experiencias de políticas en la región, con lo que surge una pregunta importante: ¿cómo pueden los gobiernos lograr más, sin la necesidad de hacer inversiones significativas, sino trabajando con los limitados recursos de que disponen? La edición de 2022 de *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo* presenta un análisis global sobre cómo reorientar el apoyo a las políticas alimentarias y agrícolas, para reducir el costo de los alimentos nutritivos y hacer las dietas saludables más asequibles, lo que podría ser una alternativa en el difícil escenario actual de la región. Para ello, un riguroso análisis muestra diferentes escenarios en los que se reasigna el apoyo alimentario y agrícola, y estima los impactos sobre diferentes resultados, como la prevalencia de la subalimentación, la asequibilidad de una dieta saludable, la pobreza extrema y los ingresos agrícolas, entre otros. Este estudio global considera también a América Latina y el Caribe, y sus principales conclusiones se discuten en el **RECUADRO 1**.

¹⁷ Este apoyo incluye también intervenciones comerciales y de mercado y políticas orientadas a los consumidores, que se analizan en las secciones siguientes. Para más detalles, véase FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc0639es>).

RECUADRO 1

Adaptar el apoyo a la política alimentaria y agrícola para hacer las dietas saludables más asequibles

Adaptar las políticas alimentarias y agrícolas existentes en todas las regiones del mundo para promover la producción de alimentos nutritivos contribuiría a hacer que una dieta saludable fuera más asequible. El informe *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022* presenta un análisis de la adaptación de tres tipos diferentes de políticas, a partir de un escenario de referencia en 2030, para mejorar el acceso a dietas saludables. Estos escenarios son:

- i. Adaptación de las subvenciones fiscales a los productores*, excluidas las ayudas fiscales concedidas colectivamente a la agricultura a través de los servicios públicos generales**.
- ii. Adaptación de los incentivos a los precios*** mediante medidas aduaneras y el control de los precios de mercado en apoyo de las dietas saludables.
- iii. Adaptación de las subvenciones fiscales de los productores a los consumidores.****

A nivel regional —para América Latina y el Caribe^a y las Américas^{b, c}—, los efectos de la adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas pueden tener impacto en el costo y consumo de una dieta saludable, similares a los del escenario global. El Cuadro A muestra que trasladar los subsidios fiscales de los productores a los consumidores y reorientar los subsidios fiscales a los productores para apoyar las dietas

CUADRO A

Impacto en América Latina y el Caribe y en las Américas de la adaptación de tres tipos de apoyo a las dietas saludables para 2030 (cambio porcentual con respecto a la línea de base)

Para la región de las Américas	Traslado de subvenciones fiscales de los productores a los consumidores	Subvenciones fiscales a los productores	Medidas aduaneras
Cambio en el costo de las dietas actuales	-1,23	-0,54	0,09
Cambio en el costo de una dieta saludable	-5,69	-3,52	0,34
Cambio en el consumo per cápita de productos lácteos	0,94	0,00	0,15
Cambio en el consumo per cápita de grasas y aceites	-1,60	-1,72	0,08
Cambio en el consumo per cápita de azúcar y edulcorantes	0,56	-1,13	0,01
Cambio en el consumo per cápita de frutas y verduras	0,78	1,79	-0,36
Para la región de América Latina y el Caribe	Traslado de subvenciones fiscales de los productores a los consumidores	Subvenciones fiscales a los productores	Medidas aduaneras
Cambio en el costo de las dietas actuales	-0,54	-0,52	0,00
Cambio en el costo de una dieta saludable	-3,07	-3,04	0,14
Cambio en el consumo per cápita de productos lácteos	1,87	0,07	0,30
Cambio en el consumo per cápita de grasas y aceites	1,67	-1,72	0,22
Cambio en el consumo per cápita de azúcar y edulcorantes	-0,79	-1,28	0,06
Cambio en el consumo per cápita de frutas y verduras	1,94	2,56	-0,37

FUENTE:FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. (disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc0639es>).

saludables en la región tiene un efecto en la reducción del costo de una dieta saludable (-3,07% y -3,04% para América Latina y el Caribe, respectivamente). Además, el informe señala que el traslado de los subsidios fiscales de los productores a los consumidores tendría el mayor impacto en el aumento de la asequibilidad de las dietas saludables para América Latina y el Caribe (1,21 puntos porcentuales). Estas medidas también se traducirían en un aumento significativo del consumo de frutas y verduras en América Latina y el Caribe (1,94%), así como en una disminución del consumo de azúcar y edulcorantes (-0,79%).

Si bien este análisis proporciona una orientación útil sobre el posible impacto de una reasignación de los recursos fiscales y una adaptación de las políticas agrícolas y alimentarias, con el fin de contribuir a la asequibilidad de las dietas saludables, aún es necesario investigar más sobre las posibles repercusiones que pueden existir a nivel nacional en términos de impactos económicos, ambientales y de comportamiento de consumo.

* Las subvenciones fiscales a los productores son transferencias presupuestarias esencialmente de los contribuyentes a los agricultores individuales y pueden concederse en función de i) la producción (es decir, transferencias realizadas en función del nivel de la cantidad de producción de un producto básico agrícola específico), ii) el uso de insumos (es decir transferencias realizadas para reducir el costo de insumos variables, como semillas y fertilizantes), iii) el uso de otros factores de producción (por ejemplo, capital, mano de obra o tierra), o iv) criterios no relacionados con los productos básicos para los que no se requiere producción (por ejemplo, subvenciones vinculadas a resultados medioambientales o paisajísticos o pagos a tanto alzado a todos los agricultores sujetos a condicionalidad).

** El apoyo a los servicios generales se refiere a los gastos públicos (o transferencias presupuestarias) para la provisión de bienes públicos o colectivos. Como tales, estos gastos no se dirigen a agentes individuales, como productores, procesadores, comerciantes o consumidores, pero pueden beneficiar a largo plazo a la producción, la transformación, el comercio y el consumo de productos básicos agrícolas.

*** Estas intervenciones aumentan o reducen los precios nacionales en relación con el precio en la frontera; como tales, pueden generar incentivos (o desincentivos) de precios para los agricultores. Las medidas aduaneras se refieren a políticas que pueden afectar a las importaciones (por ejemplo, aranceles, contingentes arancelarios y medidas no arancelarias) y a las exportaciones (por ejemplo, impuestos, prohibiciones o licencias a la exportación, o subvenciones o créditos a la exportación). Las medidas de control de los precios de mercado se refieren a políticas como los precios administrados (a los que los gobiernos adquieren los alimentos de los agricultores) y las políticas de precios mínimos al productor.

**** Las subvenciones fiscales a los consumidores son transferencias presupuestarias del gobierno (y más concretamente de los contribuyentes) a intermediarios (por ejemplo, procesadores, comerciantes, entre otros) o consumidores finales de alimentos. Estas transferencias tienen por objeto reducir el costo de adquisición de los alimentos (subvenciones alimentarias), aumentar los ingresos de los consumidores (por ejemplo, transferencias de efectivo) o facilitar el acceso directo a los alimentos (por ejemplo, transferencias de alimentos en especie y programas de alimentación escolar).

a América Latina y el Caribe incluye todos los países de esta región excepto los países de renta alta, que se incluyen en el grupo Américas.

b Las Américas incluyen los países de renta alta de América Latina y el Caribe (Chile, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay), además de Canadá y los Estados Unidos de América.

c La clasificación de los países y subregiones en este Recuadro es distinta a la clasificación utilizada a lo largo de este informe, ya que el análisis aquí presentado está basado en un modelo de simulación global que incluye múltiples regiones, vínculos sectoriales y económicos a nivel internacional.

Siguiendo el enfoque propuesto en la **FIGURA 38**, las políticas que se analizan en este capítulo se agrupan en tres categorías: orientadas a los productores, orientadas al mercado y el comercio y orientadas a los consumidores. Estas políticas se encuentran entre aquellas analizadas en el **RECUADRO 1**, y su análisis es un primer paso hacia la transformación de los sistemas agroalimentarios en América Latina y el Caribe.

6.2 POLÍTICAS ORIENTADAS A LOS PRODUCTORES

Mensajes clave

- La diversidad de los alimentos que consumen las personas es un elemento clave de la calidad de la dieta. La diversificación de la producción de alimentos debe incorporarse en cualquier estrategia diseñada para hacer las dietas saludables asequibles para todas las personas. Las buenas prácticas en América Latina y el Caribe muestran que aumentar la producción y productividad de alimentos más diversos puede lograr que los alimentos nutritivos sean más accesibles a los consumidores.
- Las políticas o programas que apoyan la producción de alimentos de los agricultores familiares y a pequeña escala, y que vinculan su producción a programas alimentarios o mercados locales a través de cadenas de suministro de alimentos más cortas, pueden aumentar los ingresos de los agricultores y, al mismo tiempo, reducir el costo de los alimentos nutritivos para los consumidores.
- Además, los esfuerzos por diversificar la producción de alimentos deben incluir en la incorporación de cultivos marginados e infrautilizados. En la región se ha demostrado que los programas que apoyan a productores indígenas para cultivar estos alimentos y entregar a los programas de alimentación escolar han mejorado sus ingresos, al tiempo que han aumentado la diversidad de la dieta de sus familias y comunidades.

Las políticas orientadas a los productores están dirigidas a apoyar la producción agrícola primaria, la transformación de alimentos, la distribución y la logística relacionada (transporte, almacenamiento, entre otros). Esta categoría incluye también medidas de apoyo a la gestión de los recursos naturales y a los cambios y ajustes institucionales y organizacionales. El apoyo orientado a los productores incluye la compra pública a los agricultores, el suministro de insumos productivos a los agricultores a pequeña escala, el refuerzo de los servicios de extensión, entre otros (FAO, 2015).

El apoyo actual a la política alimentaria y agrícola difiere según los grupos de alimentos y los productos básicos. Según *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022*, el arroz, el azúcar y diferentes tipos de carne se encuentran entre los productos básicos más apoyados por las subvenciones fiscales a los productores en todo el mundo, incluyendo la agricultura familiar y a pequeña escala. Estas medidas no siempre están alineadas con la necesidad de apoyar las dietas saludables, y pueden desincentivar la producción de alimentos más nutritivos y diversos, como las frutas, verduras y legumbres, entre otros (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

La calidad de la dieta comprende cuatro aspectos clave: variedad o diversidad (dentro de un grupo de alimentos o entre grupos de alimentos), idoneidad (nivel suficiente de nutrientes o de grupos de alimentos en función de las necesidades), moderación

(alimentos y nutrientes que deben consumirse con moderación) y equilibrio general (composición de la ingesta de macronutrientes) (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). En este sentido, la diversidad dietética es un elemento clave de la calidad de la dieta y está estrechamente relacionada con la seguridad alimentaria y nutricional.

La agricultura familiar desempeña un importante rol en la seguridad alimentaria a través de la provisión estable de alimentos —gracias a la integración de las zonas rurales y urbanas—, satisfaciendo las necesidades de alimentos nutritivos como las frutas y las verduras en los mercados mayoristas de una gran proporción de los países en desarrollo (FAO, 2020c). Dado que los agricultores familiares poseen conocimientos para producir alimentos nutritivos y culturalmente adecuados (FAO y FIDA, 2019), contribuyen a que los habitantes de las ciudades también puedan acceder a una dieta equilibrada, ya que los alimentos producidos por este subsector en general son mínimamente procesados, conservando así la mayoría de sus propiedades físicas, químicas, sensoriales y nutricionales inherentes (FAO, 2020c).

El consumo de una mayor variedad de alimentos de todos los grupos se asocia a un menor riesgo de ingesta insuficiente de varios micronutrientes esenciales y deficiencias relacionadas. Consumir una gran variedad de alimentos no procesados o mínimamente procesados, equilibrados en todos los grupos de alimentos, al tiempo que se restringen los alimentos y bebidas altamente procesados a lo largo de la vida, es un principio clave de las dietas saludables y ayuda a prevenir todas las formas de malnutrición (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

La agricultura familiar también cumple un valioso rol al preservar el patrimonio cultural relacionado con los conocimientos tradicionales para producir alimentos. Asimismo, la agricultura familiar es muy importante en la dinamización económica de los territorios rurales, generando entre el 57% y el 77% del empleo agrícola en América Latina y el Caribe (FAO y BID, 2007) y contribuyendo entre el 27% y el 67% de la producción alimentaria de la región (FAO, 2014).

A continuación, se presenta la experiencia de dos políticas que se centraron en el fortalecimiento de la agricultura familiar y las cadenas cortas de suministro de alimentos, creando vínculos entre la agricultura familiar y las iniciativas de compra pública. Estas políticas, orientadas a los productores de pequeña escala de la región, contribuyeron a la diversificación de la producción y el consumo de alimentos nutritivos para apoyar las dietas saludables.

Mejora de la diversificación mediante el apoyo a la agricultura familiar y planes de abastecimiento local

El Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (Plan MANÁ), en Colombia, fue diseñado para contribuir a mejorar el estado nutricional de la población antioqueña, en particular de los niños y niñas menores de seis años, y garantizar el acceso a suficientes alimentos seguros y nutritivos (Gobernación de Antioquia, 2016). El Plan MANÁ cumplió su objetivo de aumentar el consumo de alimentos cultivados en huertos familiares y promover empresas sostenibles de agricultura familiar. El programa tuvo tres componentes (FAO y MANÁ, 2016):

- i. Emprendimientos de agricultura familiar para aumentar la producción y la rentabilidad de los cultivos, incrementar los ingresos de las familias rurales y estimular el consumo de frutas y verduras para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional.
- ii. Planes locales de abastecimiento, implementados en base al análisis previo del comportamiento de los sistemas de abastecimiento relacionados con los alimentos de la canasta básica en Antioquia.
- iii. Fortalecer las instituciones mediante el desarrollo de capacidades de los empleados gubernamentales, las organizaciones de productores, las instituciones rurales y los expertos locales, para poner en marcha programas de seguridad alimentaria y nutricional.

Estas actividades buscaban principalmente fomentar el compromiso con los trabajadores públicos de varias oficinas municipales, estudiantes universitarios de ciencias agrícolas, expertos y especialistas independientes, diferentes actores del sistema agroalimentario, representantes de asociaciones comunitarias y laborales, y otras partes interesadas con el Plan MANÁ (FAO y MANÁ, 2014; FAO, 2016b).

Los resultados del plan fueron positivos. Se crearon 38 emprendimientos de huertas familiares, promoviendo la asociatividad entre los productores. Además, 1 600 productores crearon empresas dedicadas a siete mercados: compostaje, semillas, plántulas, arroz, frijoles, hortalizas y tomates. Para cada cadena productiva y asociaciones de productores, el equipo técnico elaboró modelos de intervención con buenas prácticas agrícolas centradas en mejoras técnico-agronómicas y en el fortalecimiento de la gestión socio-empresarial y comercial (FAO, 2016b). El Plan MANÁ contribuyó a acortar las cadenas de valor de los alimentos, permitiendo a los productores vender sus productos directamente a los consumidores, lo que mejoró significativamente los ingresos de los productores (principalmente a través de la venta de hortalizas), a la vez que redujo el costo de los alimentos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020).

Antes del proyecto, los miembros de un hogar comían un promedio de 122,9 gramos de frutas y verduras al día (una ración y media). Después del proyecto, el consumo de frutas y verduras aumentó en 77,8 gramos, casi una ración completa. Este notable crecimiento en el consumo de alimentos nutritivos puede atribuirse sin duda a la disponibilidad de alimentos cultivados y disponibles en el hogar, concretamente frijoles, arroz y verduras. La evaluación del proyecto mostró que las familias participantes pudieron permitirse dietas saludables sin aumentar su gasto en alimentos nutritivos, debido a la mayor disponibilidad de alimentos cultivados en casa y a los mayores ingresos relacionados con las cadenas de valor alimentarias más cortas. El ahorro medio creció en los hogares y se situó en torno a los 20 USD al mes.

Parte de la estrategia de seguridad alimentaria y nutricional del proyecto consistía en promover la diversificación de la dieta y el aprovechamiento de la producción para la dieta. Estas acciones se complementaron con formación sobre cómo preparar las verduras, junto con educación nutricional básica (FAO, 2016b).

Una implementación exitosa de este programa requirió reforzar la gobernanza y las capacidades institucionales, con foco en el establecimiento planes locales de abastecimiento y emprendimientos de agricultura familiar. Sin embargo, esta experiencia demostró que la agricultura familiar tiene el potencial de mejorar los ingresos de los hogares y, al mismo tiempo, aumentar el consumo de frutas y verduras.

Fomento de cultivos marginados e infrautilizados para conectar la agricultura familiar con los programas de adquisición de alimentos

El Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) de Brasil se puso en marcha en 2003, en el contexto del Programa Hambre Cero, como parte de un marco político nacional integrado de seguridad alimentaria (Delgado, Conceição y Oliveira, 2005). El programa contribuye a garantizar el derecho a una alimentación adecuada fomentando la producción diversificada de cultivos, conectando la oferta de la agricultura familiar con una demanda pública diversificada y trabajando para rescatar, recuperar y comercializar productos regionales y locales marginados. Un ejemplo es la producción y comercialización de especies de cultivos marginados e infrautilizados (NUCS, por sus siglas en inglés)¹⁸, de los cuales algunos nunca se habían comercializado.

En las escuelas, el PAA garantiza la disponibilidad de alimentos ecológicos locales frescos en los comedores. Los datos muestran que esta intervención contribuye a mejorar la asistencia, el rendimiento y el bienestar de los escolares (Ortega, de Jesus y Só, 2006). El programa priorizó la diversidad de NUCS para dietas más saludables y una mejor nutrición, incorporando estas especies en los sistemas de producción y consumo, y vinculándolos a los programas nacionales de compra pública de alimentos (Hunter *et al.*, 2019). Alimentos como la harina de palma *babassu*, los piñones, el aceite de coco, la harina de nuez *baru*, el *cupuaçu*, los palmitos, el *umbu*, el maxixe y el *jambú*, entre otros, se sirven ahora con más frecuencia en las escuelas y en las organizaciones de asistencia social (Weitzman, 2021).

Las comunidades indígenas de la región norte de Brasil son proveedores clave de NUCS para el PAA. Como resultado, el programa está revitalizando y conservando alimentos marginados durante generaciones, valorizando así los alimentos, conocimientos y culturas tradicionales, al tiempo que empodera a las comunidades indígenas (en particular a las mujeres) y reafirma sus identidades.

Los estudios de evaluación de impacto atestiguan que el programa mejoró la diversidad dietética de los productores, así como la cantidad y calidad de los alimentos producidos. El fomento de la producción agrícola familiar a través del PAA tuvo efectos positivos en la producción para el autoconsumo familiar, en particular de frutas y verduras frescas (Zimmermann y Ferreira, 2008). El uso de alimentos nutritivos subutilizados en el PAA está mejorando el acceso de los brasileños a una dieta saludable y diversa, al tiempo que protege el patrimonio cultural tradicional y la biodiversidad. Además de ayudar a combatir el hambre y la malnutrición, la promoción de los NUCS en todo el país también contribuye a que los sistemas alimentarios sean más resilientes al cambio climático (Biodiversity International, 2017).

¹⁸ Las NUCS son especies poco conocidas que han sido ignoradas por los investigadores agrícolas, los fitomejoradores y los responsables del diseño de políticas. Son variedades silvestres o semidomesticadas y especies forestales no madereras que no suelen comercializarse como productos básicos (Padulosi, Thompson y Rudebjer, 2013).

Algunos de los NUCS adquiridos por el PAA proceden de prácticas forestales gestionadas de forma sostenible, como los de la cadena de valor de la palma de babassu (aceite y harina). Los productores de castaña de Pará del estado de Acre, en la Amazonia, tienen garantizada la venta de su producción al PAA y han visto cómo el precio de las castañas casi se duplicaba. Estas compras garantizadas aseguran a los productores mayores ingresos gracias a prácticas sostenibles e incentiva la conservación de los bosques. El PAA promueve la comercialización de alimentos agroecológicos y orgánicos para proporcionar alimentos sanos y sin pesticidas a grupos socialmente vulnerables. Para ello, se ofrece una prima de precio del 30% a los productos respetuosos con el medio ambiente.

Como parte de la implementación, a partir de 2011 todas las propuestas de compra pública requerían la inclusión de un mínimo de 40% de mujeres proveedoras. En 2015, la participación de las mujeres en las modalidades del PAA alcanzó más del 45%, consolidando efectivamente la valorización de su trabajo, el aumento de sus ingresos y la garantía de su inclusión socioeconómica, y visibilizando el papel de la mujer en las zonas rurales (CONAB, 2016) (**RECUADRO 2**). A pesar de su éxito, el PAA aún enfrenta desafíos para involucrar a los agricultores familiares que viven en situación de pobreza y extrema pobreza, además de aquellos que pertenecen a pueblos indígenas y a otros grupos vulnerables.

En este contexto, FIDA apoya proyectos en Brasil de apoyo a los agricultores familiares con mayores niveles de pobreza, para fomentar la producción y el desarrollo de capacidades a través de la asistencia técnica, y permitir así el acceso al PAA.

RECUADRO 2

Seguridad, nutrición y género

Según los datos presentados en este informe, la inseguridad alimentaria y la obesidad no han afectado por igual a hombres y mujeres en la región (véase el capítulo 1.1). Esta creciente disparidad se ha hecho más evidente desde que se cuenta con datos desagregados por sexo, aumentando de manera más pronunciada entre 2019 y 2021 en el contexto de la pandemia de la COVID-19. Crisis que tuvo efectos en los empleos, ingresos y actividades productivas de las mujeres.

El impacto de la pandemia de la COVID-19 provocó una fuerte salida de trabajadores del mercado laboral. En el caso de las mujeres, esta salida formó parte de un retroceso de 18 años en sus niveles de participación en la población económicamente activa a nivel regional. La tasa de participación femenina se redujo del 51,8% en 2019 al 47,7% en 2020, mientras que la masculina cayó del 75,5% al 70,8%. Una de cada dos mujeres está excluida del mercado laboral, mientras que uno de cada cuatro hombres está excluido (CEPAL, 2022b).

El acceso económico y físico es una de las dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional. Para garantizar y apoyar el acceso inclusivo, se necesitan políticas, planes y programas de seguridad alimentaria y nutricional que tengan en cuenta las cuestiones de género. Una interesante intervención creada en 2011 por el Centro de Tecnologías Alternativas de Zona da Mata (CTA-ZM)* en colaboración con FIDA y el Movimiento de Mujeres de Zona da Mata y Minas, se llevó a cabo en el nordeste de Brasil, donde, como en tantos otros lugares del mundo, el trabajo de las mujeres rurales es a menudo invisible. Su contribución a sus hogares en términos de tareas domésticas, trabajo en la agricultura y otros sectores económicos es inmensa, pero en muchas ocasiones pasa desapercibida.

La *Guía Metodológica de los Cuadernos Agroecológicos* ofrece orientaciones sistemáticas sobre cómo implementar y utilizar cuadernos de bitácora agroecológicos** que miden la producción diaria en los huertos familiares. La intervención del proyecto entregó estos cuadernos a las mujeres, los cuales actúan como una herramienta político-pedagógica para empoderar a las mujeres rurales, visibilizando y concientizando sobre la importancia de su trabajo para los ingresos y la dieta familiar (Cardoso *et al.*, 2019).

Ochocientas setenta y nueve mujeres rurales, de 7 estados y 112 municipios, del Nordeste de Brasil utilizaron los cuadernos entre agosto de 2019 y febrero de 2020 para anotar cada contribución que hacían al presupuesto familiar mediante la producción de alimentos de sus huertos familiares. Las agricultoras produjeron 1 228 tipos diferentes de productos, la mayoría de los cuales eran alimentos. En un año, la valorización de la producción de estas mujeres llegó a más de 237 000 USD***, con un promedio de 64 USD mensuales por hogar. Los cuadernos también mostraron que el 60% de sus productos se vendían puerta a puerta y sólo el 39% en la comunidad o en mercados de barrio.

Esta herramienta demostró ser un instrumento eficaz para valorar la importante y, hasta ahora, casi invisible contribución económica de estas mujeres. Y esta experiencia muestra cómo la disponibilidad de alimentos nutritivos diversificados que consumen los hogares, mejora directamente el acceso económico a dietas saludables.

* El Centro de Tecnologías Alternativas de la Zona da Mata (CTA-ZM) es una organización sin ánimo de lucro con más de 30 años de experiencia en la promoción de la agroecología para la agricultura familiar en la región de la Zona da Mata de Minas Gerais.

** Proyecto Dom Helder Câmara (PDHC) Fase II; Proyecto Dom Távora; Proyecto Paulo Freire (PPF); Procace; Proyecto Pró-Semiarido (PSA); y Proyecto Viva o Semiárido (PVSA).

*** Convertido a USD utilizando el tipo de cambio de junio de 2020.

6.3 POLÍTICAS COMERCIALES Y DE MERCADO

Mensajes clave

- La eficiencia y transparencia de la comercialización y oferta de alimentos puede actuar como un elemento facilitador de la seguridad alimentaria y nutricional y, en particular, para la asequibilidad a una dieta saludable.
- Una mayor transparencia de la oferta de alimentos y sus precios en los mercados mediante el uso de plataformas digitales reduce las asimetrías entre los distintos actores de la cadena de distribución, facilitando la selección de alimentos nutritivos para los consumidores, quienes pueden acceder fácilmente a la información si las plataformas digitales se pueden acceder a través de sitios web o a través de aplicaciones para los dispositivos móviles.
- Las plataformas que disponen de bases de datos con estadísticas diarias de seguimiento de precios —a nivel de productores y consumidores de alimentos nutritivos—, alertas de precios que pueden estar fuera de rango, y georreferenciación de zonas de producción y mercados, facilitan la información disponible para productores, consumidores y responsables de la toma de decisiones.

Las políticas comerciales son un conjunto de normativas y herramientas que los gobiernos utilizan para poner en práctica las relaciones económicas internacionales, a través de acuerdos comerciales y medidas comerciales, como aranceles, cuotas, restricciones, subsidios, normas sanitarias y fitosanitarias, entre otras. Las políticas comerciales y de mercado buscan, entre otros objetivos, salvaguardar la seguridad alimentaria mundial, abordar las repercusiones entre los objetivos económicos y medioambientales, y fortalecer la resiliencia del sistema agroalimentario mundial ante crisis, como conflictos, pandemias y condiciones meteorológicas extremas (FAO, 2022h).

Las medidas aduaneras pueden afectar la disponibilidad, precio y asequibilidad de las dietas saludables, influyendo en las elecciones de los consumidores (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022). Como se puede ver en el CUADRO 4, hay una diferencia en los aranceles aduaneros aplicados a la importación de los distintos grupos de alimentos entre los países según su nivel de ingreso. Así, los países de ingreso bajo y medio bajo aplican un arancel mayor a las importaciones de frutas y verduras que el aplicado al azúcar, los productos de confitería y los alimentos altamente procesados, lo cual también podría estar incidiendo en el mayor precio de frutas y verduras. Además, es importante destacar que mientras que los países de ingreso alto aplican aranceles a la importación de frutas y verduras que promedian el 5,2%, los países de ingresos bajos establecen un 19,0%, es decir, los aranceles promedio de estos alimentos en los países de menores ingresos son 3,7 veces más altos que en los países de mayores ingresos. Los aranceles agrícolas siguen siendo relativamente altos, especialmente en

los países de ingresos medios y bajos, lo cual, sumado a las medidas no arancelarias como las medidas sanitarias y fitosanitarias, contribuyen a que los costos del comercio agrícola sean relativamente más altos (FAO, 2022i), impactando en su precio relativo o al consumidor. Esto podría asociarse a un mayor costo de frutas y verduras y, por lo tanto, menor asequibilidad de una dieta saludable, especialmente para las personas más vulnerables.

CUADRO 4

Aranceles promedios aplicados a diferentes grupos de alimentos (valor de las importaciones ponderado, en porcentaje, por grupos de ingresos de los países).

Grupos de países por nivel de ingreso	Alimentos básicos procesados	Alcornoque y cereales	Frutas y hortalizas	Alimentos y bebidas (total)
Países de ingresos bajos	13,8	13,4	10,0	11,5
Países de ingresos medianos bajos	14,7	9,9	11,1	8,6
Países de ingresos medianos altos	7,3	11,1	8,3	6,6
Países de ingresos altos	6,3	6,2	5,2	7,6

NOTA: N = 181 países. Los datos son intersectoriales y reflejan principalmente los valores de 2020. En algunos casos sobre los que falta información, se toman los datos de 2019 (14 casos), 2018 (5 casos) o 2017 (6 casos) a fin de aprovechar al máximo la muestra. Los valores se han redondeado al primer decimal.

FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. FAO, Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc0639es>).

Para reducir la incertidumbre y aumentar la previsibilidad y estabilidad del comercio agroalimentario internacional, la transparencia y la confianza entre socios comerciales es fundamental. Una de las herramientas de las políticas comerciales son los sistemas de información que promueven la comercialización de alimentos e insumos. La información oportuna y completa sobre las condiciones del mercado y las normas que afectan el acceso a los mercados es crucial para aumentar la participación de las empresas agrícolas en el comercio internacional. Permite también identificar posibles cuellos de botella y obstáculos, para ofrecer soluciones y alternativas. Todo esto tiene como resultado una mejora en la productividad y la competitividad, y fomenta el crecimiento económico, la seguridad alimentaria y la reducción de la pobreza (Avesani, Kobuta y Mukhtar, 2021).

El acceso limitado a las tecnologías de la información y los niveles inadecuados de innovación son algunos de los factores que afectan negativamente la disponibilidad de información de mercado oportuna, afectando la toma de decisiones por parte de las diversas partes interesadas dentro de los sistemas agroalimentarios (Von Braun *et al.*, 2021). Promover estrategias de transformación digital puede cerrar esta brecha, creando oportunidades para mercados agroalimentarios más eficientes y transparentes (Trípoli, 2021).

Las plataformas digitales son sistemas virtuales que las empresas adoptan o desarrollan como herramienta comercial para facilitar la integración entre consumidores y productores, y para simplificar las operaciones financieras u organizativas de la empresa (Sotomayor, Ramírez y Martínez, 2021). Para aprovechar el comercio digital es necesario

crear entornos propicios que faciliten la adopción de la tecnología, la innovación y el desarrollo, incluyendo componentes básicos como reformas de las políticas públicas, acceso al financiamiento, infraestructura digital adecuada, reducción de la brecha digital y desarrollo del capital humano (Trípoli, 2021). Para garantizar la adopción de tecnologías digitales, es importante tener en cuenta factores prácticos adecuados a los distintos contextos, como el acceso a internet, las infraestructuras de comunicación rurales y los conocimientos locales.

En 2011 se puso en marcha una plataforma interinstitucional, el Sistema de información sobre el mercado agrícola (SIMA)¹⁹, para mejorar la transparencia de los mercados de alimentos y la respuesta en favor de la seguridad alimentaria. El sistema también proporciona una plataforma para coordinar acciones en tiempos de incertidumbre en el mercado. Al mejorar la transparencia y la coordinación de las políticas en los mercados internacionales de alimentos, el SIMA ha contribuido a evitar alzas inesperadas de los precios, reforzando así la seguridad alimentaria mundial (SIMA, 2022).

A continuación, se analizan dos iniciativas diseñadas para aumentar la transparencia de los mercados y el comercio, poner la información a disposición de todos y promover el uso de tecnologías digitales para facilitar el acceso a esa información. La primera está siendo desarrollada por la Compañía Nacional de Abastecimiento de Brasil (CONAB), que pretende modernizar los procesos de gestión técnica y operativa de los mercados mayoristas. El segundo ejemplo es un sistema de monitoreo de mercados agrícolas implementado por los miembros del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

Programa de modernización del mercado hortícola por la Compañía Nacional de Abastecimiento

Para estimular la producción de productos hortícolas y aumentar su oferta a precios razonables, en 1970 se puso en marcha en Brasil el Programa de Apoyo a la Producción y Comercialización de Productos Hortícolas (PROHORT) (Banco Central do Brasil, 1982). Entre 1990 y 2012, el sector hortofrutícola –estimulado por la expansión del mercado debida tanto al crecimiento demográfico (33%) observado en Brasil en ese período, como a las ganancias reales de ingresos– avanzó en la modernización e incorporación de tecnologías (Camargo y Camargo, 2017). En 2014, se creó una base de datos estadísticos también llamada PROHORT (CONAB, 2022) para mejorar la transparencia de los mercados de alimentos. Los centros de abastecimiento, y otros mercados proveedores se incorporaron a esta plataforma tecnológica. Esto se realizó utilizando un proceso metodológico acreditado según las normas nacionales para ofrecer información de mercado a intervalos regulares y otras herramientas de gestión para orientar los procedimientos administrativos y las políticas gubernamentales (Ministério de Estado da Agricultura, Pecuária e abastecimento, 2014).

En la actualidad, PROHORT es una iniciativa público-privada liderada por la CONAB²⁰ en asociación con la Asociación Brasileña de Centrales de Abastecimiento (ABRACEN), cuyos objetivos son:

¹⁹ El AMIS está compuesto por los miembros del G20 más España y otros siete grandes países exportadores e importadores de productos agrícolas. En conjunto, los participantes en el AMIS representan una gran parte de la producción mundial, del consumo y de los volúmenes comerciales de los cultivos seleccionados, generalmente entre el 80 y el 90%.

²⁰ La CONAB es el órgano oficial del Gobierno de Brasil para la administración y gestión de las políticas agrícolas y de abastecimiento.

- i) desarrollar e integrar bases de datos estadísticos;
- ii) generalizar la información generada, reduciendo las asimetrías entre los mayoristas y el público;
- iii) modernizar los procesos de gestión técnico-operativa y administrativa de los centros de abastecimiento; y
- iv) generar conocimientos para desarrollar el sector hortofrutícola a escala nacional e internacional.

La CONAB cuenta con una base de datos con más de 20 000 registros seriados distribuidos en todas las dependencias federales que permiten realizar análisis de mercado, consulta de series históricas e identificación de regiones productivas, entre otros estudios técnicos. El PROHORT permite monitorear diariamente los precios más recientes de 48 productos hortofrutícolas a nivel mayorista, federal, municipal y micro y mesorregional en centrales de abasto. Esta información se comparte automáticamente a través de una plataforma digital (que puede descargarse para dispositivos móviles y a través del sitio web). La plataforma digital permite guardar consultas favoritas y consultar los valores de un mismo producto en diferentes centros, entre otras funcionalidades (CONAB, 2021). La información se muestra por medio de tablas y gráficos, que muestran los precios diarios publicados en los últimos 30 días. El boletín *Hortigranjeiro*, publicado mensualmente en Internet por la CONAB, permite a los consumidores encontrar los precios de frutas y verduras.

Ventajas de un sistema de monitoreo de los mercados agrícolas: Sistema Regional de Inteligencia y Monitoreo de Mercados Agrícolas

El Sistema Regional de Inteligencia y Monitoreo de Mercados Agrícolas (SIMMAGRO) es una plataforma en línea que proporciona información diaria sobre los precios mayoristas, el comercio y la producción de 40 productos en Centroamérica y la República Dominicana. SIMMAGRO fue desarrollado por la Red Regional de Información de Mercados del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). Los miembros del SICA son Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, Panamá y la República Dominicana. SIMMAGRO cuenta con el apoyo de la Secretaría de Integración Económica Centroamericana (SIECA) y la Secretaría del Consejo Agropecuario Centroamericano (SECAC), y con la asistencia técnica y financiera en curso de la FAO.

La Red Regional de Información de Mercados y SIMMAGRO contribuyen a la transparencia de los mercados agrícolas en beneficio de todos los actores de la cadena comercial, aumentando la capacidad de monitoreo de los precios de alimentos nutritivos en los países (Bai *et al.*, 2021). SIMMAGRO proporciona información actualizada de precios (mayoristas, minoristas y al productor) de los productos más comercializados en la región, como el maíz, frijol y arroz, que provienen principalmente de la agricultura familiar y comercial, y que son estratégicos para la seguridad alimentaria y la agricultura familiar (Red Regional de Información de Mercados, 2021). La disponibilidad de información anima a los usuarios a captar las diferencias de precios espaciales y temporales (FAO, 2011). El sistema también puede proporcionar alertas de precios fuera de rango que revelan posibles prácticas especulativas en la venta de productos y pueden afectar los ingresos de los productores, así como el poder adquisitivo de los consumidores.

SIMMAGRO también proporciona información sobre el comercio internacional y los volúmenes de producción de estos 40 cultivos estratégicos. Adicionalmente, el sistema

contribuye a mejorar las interacciones entre los diferentes agentes gubernamentales y los integrantes de las cadenas de producción y distribución (FAO y FLAMA, 2022), estimulando mecanismos para una mayor integración comercial en la región del SICA a través de la SIECA y la SECAC (FAO y FLAMA, 2022).

Para fortalecer SIMMAGRO, la FAO proporciona apoyo continuo a través de una serie de proyectos e iniciativas. Estos incluyen la ampliación de la base de datos subregional de precios de productos agrícolas y su integración con información sobre producción y comercio, la creación y gestión de un sitio web para el monitoreo, el análisis y la difusión de los precios de estos productos, la capacitación del personal de las entidades miembros de la red de información de mercados de la subregión, y mejoras tecnológicas y apoyo continuo. SIMMAGRO beneficia a los responsables de la toma de decisiones de los sectores público y privado al proporcionar información sobre precios de mercado, comercio y producción (FAO, 2020d) para mejorar los costos y la disponibilidad de alimentos para los consumidores.

6.4 POLÍTICAS ORIENTADAS A LOS CONSUMIDORES PARA GARANTIZAR LA ASEQUIBILIDAD DE DIETAS SALUDABLES

Mensajes clave

- Los programas de protección social son fundamentales para la reducción de la pobreza, el trabajo digno y medios de vida. Además constituyen un elemento fundamental de cualquier estrategia orientada a aumentar la asequibilidad de las dietas saludables, especialmente para la población más vulnerable.
- Las políticas de protección social sensibles a la nutrición o diseñadas teniendo en cuenta la nutrición, como las transferencias de alimentos en especie, los programas de alimentación escolar, los vales de comida o las transferencias de efectivo con educación alimentaria y nutricional, pueden mejorar el acceso a alimentos nutritivos.
- Entre ellos, los programas de alimentación escolar pueden proporcionar un mejor acceso a alimentos nutritivos. Un marco jurídico sólido, la inclusión de compras públicas procedentes de la agricultura familiar y el aumento de la presencia de la cultura gastronómica local en los menús escolares pueden contribuir a que los niños y niñas tengan un acceso más amplio a dietas saludables.
- Además, políticas fiscales bien diseñadas disminuyendo el precio relativo de los alimentos nutritivos en relación a aquellos de alta densidad energética y mínimo valor nutritivo, puede contribuir a la asequibilidad de dietas saludables, sin afectar la recaudación fiscal.
- También, para transitar de la asequibilidad de una dieta saludable al consumo de éstas, las políticas requieren deben crear entornos y comportamientos alimentarios que promuevan dicho consumo. Por ejemplo, el etiquetado nutricional en la parte frontal del envase puede desincentivar el consumo de alimentos con una alta densidad energética y un valor nutricional mínimo.

La asequibilidad de las dietas saludables no sólo depende del costo de los alimentos nutritivos, sino también de los ingresos disponibles. Por lo tanto, aumentar los ingresos y garantizar el bienestar de la población, en particular de los más vulnerables, que deben destinar la mayor parte de sus ingresos en alimentos, es un elemento clave de cualquier estrategia encaminada a la asequibilidad de las dietas saludables para todos.

El costo de alimentarse de manera saludable sigue siendo demasiado alto para la población más vulnerable. En consecuencia, los objetivos de reducción de la pobreza y la desigualdad de ingresos también son importantes para alcanzar la seguridad alimentaria, ya que están directamente vinculados con un mejor acceso económico a los alimentos y, por lo tanto, a dietas saludables.

Los mecanismos de protección social son una de las opciones políticas que tienen los gobiernos para reducir la pobreza y la desigualdad de ingresos. En relación a la seguridad alimentaria y nutricional en particular, las transferencias de alimentos en especie, los programas de alimentación escolar, los cupones de alimentos y las transferencias de efectivo, pueden hacer las dietas saludables potencialmente más asequibles, y son mecanismos que se aplican ampliamente en la región (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022). Si estos mecanismos se diseñan tomando en cuenta consideraciones sensibles a la nutrición, pueden tener mejores resultados a la hora de aumentar el acceso económico a alimentos nutritivos para los consumidores de menores ingresos.

A nivel mundial, los programas de alimentación escolar han contribuido a mejorar el acceso a alimentos nutritivos entre los estudiantes de bajos ingresos (FAO y AMEXCID, 2020), y a hacer más asequibles las dietas saludables para la población (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020). América Latina y el Caribe es la segunda región del mundo con mayor cobertura de programas de alimentación escolar (78 millones de niños y niñas), solo superada por Asia meridional (107 millones de niños y niñas) (WFP, 2020). La mayor parte del financiamiento en la región procede de los presupuestos nacionales (WFP, 2020).

De manera general, los programas de protección social ganaron importancia durante la pandemia de la COVID-19 (WFP, 2020; Laborde *et al.*, 2021). En América Latina y el Caribe, casi todos los países aplicaron una o más medidas de asistencia social en este período (Gentilini *et al.*, 2020). Aunque las medidas de protección social de emergencia no siempre están diseñadas para ser instrumentos sensibles a la nutrición, son herramientas importantes en tiempos de crisis, para evitar que disminuyan los niveles de ingresos de los hogares y garantizar el acceso económico a los alimentos. Según la base de datos de la CEPAL (2022i) que incluye programas de protección social no contributiva para América Latina y el Caribe, 21 países han implementado programas relacionados con transferencias monetarias condicionadas.

Considerando el alto costo de una dieta saludable en la región, los programas de asistencia alimentaria deben centrarse en la calidad nutricional y no sólo en la cantidad de alimentos entregados (Laborde *et al.*, 2021). Mejorar la focalización, utilizar condiciones para estimular la participación, fortalecer los objetivos y las acciones de nutrición, y optimizar la nutrición de las mujeres, el tiempo, la salud física y mental, y el empoderamiento de las mujeres (Ruel, Alderman y Grupo, 2013) (**RECUADRO 2**, en la sección anterior) son formas de mejorar la sensibilidad nutricional de los programas de protección social. Asimismo, la aplicación de políticas complementarias en favor de entornos alimentarios más saludables mejora los hábitos y las decisiones en materia de alimentación (**RECUADRO 3**) ya que los patrones de consumo dependen no sólo del costo de alimentos nutritivos, sino también de las preferencias y conocimientos en relación con el impacto de las dietas poco saludables en la salud. En otras palabras, las decisiones de los consumidores dependen de sus motivaciones, capacidades y oportunidades (Kissick, Keats y LeBlanc, 2021), así como de la parte del presupuesto familiar que se destina a la alimentación. La inclusión de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento de los consumidores influye favorablemente en la eficacia de los programas de transferencias monetarias (Malney, Alderman y Gentilini, 2022), al igual que la educación alimentaria y nutricional mejora la eficacia de otras políticas de protección social. Por estas razones, se requiere analizar distintas formas de mejorar

RECUADRO 3

Etiquetado nutricional e impuesto sobre bebidas azucaradas

En varios países de la región se han implantado el etiquetado nutricional en la parte frontal del envase (ENPFE) y los impuestos sobre las bebidas azucaradas. El etiquetado nutricional como el ENPFE es una información precisa, estandarizada y comprensible sobre el contenido de los alimentos que se incluye en el empaquetado para facilitar la elección de alimentos nutritivos (OMS, 2004). Por otro lado, los impuestos son una forma para los gobiernos de recuperar los costos directos e indirectos que surgen del consumo excesivo de bebidas azucaradas (UNICEF, 2021b).

Diez países de América Latina y el Caribe han promulgado leyes o reglamentos sobre ENPFE. Siete de estos países han implementado, o están en proceso de implementar, advertencias nutricionales con octógonos negros (Argentina, Chile, Colombia, México, Perú, la República Bolivariana de Venezuela, y Uruguay) (FAO, OPS y UNICEF, 2022). Ecuador tiene un sistema de semáforo, que no necesariamente se coloca en la parte frontal del envase; Brasil aplicará un sistema con rectángulos negros y una lupa; y el Estado Plurinacional de Bolivia ha aprobado un sistema de semáforo, pero aún no lo ha implementado (FAO, OPS y UNICEF, 2022).

Las advertencias nutricionales con octógonos negros reducen eficazmente la intención de compra de productos con exceso de calorías, azúcar, sodio y grasas saturadas ^{1,2}, ayudan a los consumidores a tomar decisiones más saludables³, y contribuyen a la reformulación de los productos alimenticios (Zancheta Riccardo *et al.*, 2021). Todos estos beneficios no afectan a los puestos de trabajo, los sueldos, los salarios, la producción física ni los beneficios del sector de producción de alimentos (Corvalán *et al.*, 2021; FAO, OPS y UNICEF, 2022). El ENPFE podría ser eficaz para reducir el consumo de energía, lo que conllevaría una disminución de la prevalencia de la obesidad y, por tanto, un ahorro de recursos fiscales en costos sanitarios (Basto-Abreu *et al.*, 2020).

Por su parte, 21 de los 33 países de América Latina y el Caribe aplican impuestos especiales a las bebidas azucaradas (OPS y OMS, 2022). Los impuestos especiales pueden utilizarse para aumentar los precios minoristas (Banco Mundial, 2020; Andreyeva *et al.*, 2022; OPS y OMS, 2020); reducir la demanda de bebidas azucaradas gravadas entre un 15%⁴ (Andreyeva *et al.*, 2022) y un 24% (OPS y OMS, 2020; Banco Mundial, 2020; Cawley *et al.*, 2019); provocando una disminución en su consumo (OPS, 2015). Los impuestos sobre las bebidas azucaradas, además, mejoran la salud de la población y generan ingresos para el presupuesto público (Banco Mundial, 2020; OPS y OMS, 2020).

Una evaluación realizada en México mostró que, tras la implementación de los impuestos sobre las bebidas azucaradas en 2014, no se observó una disminución del empleo en los sectores asociados a la medida, ni en el sector manufacturero ni en las tiendas comerciales de venta de alimentos y bebidas y, en general, las tasas de desempleo nacional no aumentaron (Guerrero-López, Molina y Colchero, 2017).

¹ En Perú, la investigación encontró que los consumidores de entre 22 y 40 años entienden fácilmente los octógonos negros sobre el semáforo con una cantidad diaria orientativa (58,4% frente a 38,7 %, respectivamente) (Valverde-Aguilar *et al.*, 2018).

² En Chile, las compras de cereales y bebidas azucaradas disminuyeron un 25% y un 9%, respectivamente (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile, 2018).

³ En Uruguay, un estudio demostró que el 58% de los participantes cambiaron su decisión de compra al ver los octógonos (UNICEF y Universidad de la República, 2020).

⁴ Los artículos incorporados a esta revisión sistemática incluyen algunos países de América Latina y el Caribe: México, Chile y Barbados.

Considerando que los impuestos reducirían el consumo de bebidas azucaradas, un estudio de simulación de Colchero, Paraje y Popkin (2021) demostró que el bienestar económico de un país podría mejorar gravando alimentos y bebidas de alta densidad energética y mínimo valor nutricional.⁵ Los autores simularon el impacto de gravar los alimentos y bebidas con etiquetas de advertencia del ENPFE en Chile. Los investigadores estimaron los ingresos en tres escenarios fiscales: impuestos del 10, 20 o 30%, en los que los ingresos podrían alcanzar entre 528 millones de USD (impuesto del 10%) y 950 millones de USD (impuesto del 30%).

La evidencia sugiere que cuando el precio de los alimentos con exceso de calorías, azúcar, sodio y grasas saturadas se somete a altos niveles de impuestos, las ventas de estos productos disminuyen, en un grado proporcional al impuesto recaudado. Un impuesto sobre estos alimentos de 2,53 USD por kilo de grasas saturadas (0,0025 USD por gramo) reduciría ligeramente la ingesta de grasas saturadas (Navarro-Rosenblatt, Kuhn-Barrientos y García-Celedón, 2021). De hecho, existen pruebas sustanciales sobre algunos de los efectos de la aplicación de estas políticas (ENPFE e impuestos a las bebidas azucaradas). Sin embargo, es importante analizar el impacto de la implementación de estas políticas en relación con la asequibilidad de dietas saludables a nivel nacional. Recopilar y generar más pruebas para supervisar y evaluar la aplicación de las políticas es crucial para promover un conjunto completo de políticas destinadas a garantizar dietas saludables para todos (FAO, 2022j y OPS, 2022).

⁵ La simulación incluía seis grupos de alimentos y bebidas etiquetados (con una etiqueta de advertencia basada en la normativa) y no etiquetados (sin etiqueta de advertencia): 1) bebidas sin etiquetar, 2) bebidas etiquetadas, 3) productos a base de cereales sin etiquetar, 4) productos a base de cereales etiquetados, 5) carne y pescado etiquetados, y 6) snacks dulces y postres etiquetados.

RECUADRO 4

Análisis para subsanar el déficit de nutrientes

El análisis para subsanar el déficit de nutrientes (*Fill-the-Nutrient-Gap* en inglés) tiene como objetivo apoyar la identificación de estrategias para aumentar la disponibilidad, el acceso y la elección de alimentos nutritivos y así mejorar la ingesta de nutrientes (Bose *et al.*, 2019). Este análisis se llevó a cabo en la República Dominicana para comprender mejor las brechas de nutrientes en el país y buscar formas de mejorar la nutrición entre la población a través de políticas y programas públicos existentes o nuevos. El análisis se realizó en los programas “Supérate” y “Quédate en Casa”.

El principal hallazgo fue que, en este país, una dieta nutricionalmente adecuada* que aporte calorías y nutrientes suficientes era entre tres y cinco veces más costosa que una dieta energéticamente suficiente. Esto significa que uno de cada tres hogares no tenía acceso económico a una dieta adecuada en nutrientes. La transferencia recibida a través de los programas “Quédate en casa” y “Supérate” cubría entre el 34% y el 57% del costo mensual de una dieta adecuada en nutrientes modelada para un hogar de cinco miembros. Sin embargo, si hubiera un enriquecimiento masivo obligatorio del arroz, el costo de una dieta adecuada en nutrientes disminuiría hasta el punto de que las transferencias de “Quédate en casa” y “Supérate” cubrirían entre el 45% y el 67% del costo de una dieta adecuada en nutrientes.

Una estrategia de enriquecimiento del arroz contribuiría a cubrir las necesidades de micronutrientes de los grupos vulnerables, como los menores de dos años, las adolescentes y las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La mayor reducción del costo de una dieta adecuada en nutrientes se observa en el caso de las adolescentes y las mujeres lactantes, que son muy vulnerables a la malnutrición debido a sus elevados requerimientos nutricionales. En el caso de las adolescentes, el enriquecimiento podría reducir el costo de una dieta adecuada en nutrientes hasta en un 48%, además de reducir su vulnerabilidad a las carencias de micronutrientes.

* El costo de la dieta adecuada en nutrientes que se analiza aquí sigue el enfoque metodológico utilizado por PMA (2019) y no es equivalente al costo de una dieta saludable, como se analizó en las secciones anteriores. En este caso, se calcula utilizando un hogar que normalmente incluye cinco personas, y se expresa como promedio per cápita. La inasequibilidad se mide por la proporción de hogares, en este caso en la República Dominicana, en los que el gasto alimentario no es suficiente para permitirse una dieta adecuada en nutrientes en su entorno local.

la sensibilidad nutricional de los programas de protección social dependiendo de los contextos nacionales (**RECUADRO 4**).

Tres ejemplos analizados a continuación demuestran efectos positivos sobre la asequibilidad de dietas saludables. El primero es un programa de protección social que consiste en la entrega de un bono para alimentos que ayudó a las familias más vulnerables a mantener su acceso a alimentos nutritivos durante la pandemia. El segundo corresponde a las mejoras del contenido nutricional de los menús de los programas de alimentación escolar de la región. El tercero se refiere a la política fiscal para aumentar los impuestos sobre los alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutritivo y reducir los impuestos sobre los alimentos nutritivos.

Tarjeta “Alimentar” para hogares vulnerables

El Plan Argentina contra el Hambre (PACH) fue creado antes de la pandemia de la COVID-19, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, cuyo objetivo es garantizar la seguridad alimentaria de toda la población, con especial atención en los sectores de mayor vulnerabilidad económica y social (Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, 2020).

El objetivo original del programa “Alimentar” era aumentar los ingresos de los hogares y promover el consumo frecuente de alimentos nutritivos. Se trata de una transferencia de efectivo concedida a hogares social y económicamente vulnerables para garantizar que tuvieran acceso económico a una gama diversa de alimentos²¹ —excluidas las bebidas alcohólicas— y para mejorar el acceso a alimentos nutritivos, especialmente en hogares con niños y niñas de hasta 14 años. Los hogares reciben un subsidio mensual que tras el inicio de la COVID-19, los fondos para enfrentar la pandemia se transferían electrónicamente a los titulares de las tarjetas. Los beneficiarios del programa recibían una tarjeta con dinero si cuidaban a un niño o niña, o una tarjeta especial para alimentos si cuidaban a dos o más menores de seis años, o si los fondos se destinaban para una persona con discapacidad o para una mujer embarazada. El sistema de tarjetas de comida cubría el 27,7% de una canasta básica de alimentos, y el 11,5% de una canasta básica total²² para un hogar promedio (SIEMPRO, 2020). En 2021, el programa contaba con más de cuatro millones de beneficiarios (FAO, 2022i) y en febrero de 2021, los subsidios aumentaron un 50%²³ (SIEMPRO, 2021).

Los estudios muestran que, en un entorno inflacionario con un aumento de los precios de los alimentos, las familias beneficiarias del programa tuvieron acceso a más o la misma cantidad de alimentos que antes, pero de mayor variedad y calidad. La ingesta de frutas y lácteos aumentó entre los beneficiarios de la tarjeta alimentaria, especialmente entre los niños (Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, 2021).

Un año después de la implantación del programa “Alimentar”, un estudio realizado conjuntamente por la FAO, la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN) y el Ministerio de Desarrollo Social investigó el consumo de alimentos entre

²¹ A partir de 2021, los hogares pudieron utilizar el vale para comprar alimentos y otros bienes.

²² La canasta básica total se calcula a partir de la canasta básica de alimentos incluyendo bienes y servicios no alimentarios, como ropa, transporte, educación, salud, entre otros.

²³ La tarjeta básica pasó de 4 000 ARS a 6 000 ARS, mientras que la tarjeta especial pasó de 6 000 ARS a 9 000 ARS.

los beneficiarios del programa. Se diferenciaron una lista de 13 grupos de alimentos y bebidas según fueran “recomendados” o “no recomendados”, de acuerdo con las guías alimentarias para la población argentina. El estudio mostró que los alimentos recomendados por el programa representaban la mitad de todas las compras (la carne y los lácteos eran los alimentos más comprados). Las compras de alimentos no recomendados por el programa incluían principalmente refrescos y otras bebidas azucaradas, harinas y cereales azucarados. El estudio reveló que, en la mayoría de los hogares, y de forma homogénea en todas las provincias, eran principalmente las madres quienes supervisaban la toma de decisiones en materia alimentaria y quienes compraban los alimentos para toda la familia. Esta tarea, de acuerdo a los participantes en el estudio, fue considerada como “trabajo de mujeres” o “trabajo de madres” por ser ellas quienes están en el hogar y cuidan a sus hijos, aunque casi el 70% de las mujeres dijo tener un trabajo remunerado en el momento de la entrevista (FAO, FAGRAN y Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, 2022).

El mismo estudio muestra que ciertas condiciones, como la proximidad al hogar, el precio y la posibilidad de utilizar la tarjeta de alimentos para pagar, fueron los principales criterios para seleccionar a los vendedores de alimentos (FAO, FAGRAN y Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, 2022). Contar con la tarjeta “Alimentar” permitió planificar las compras en los lugares más convenientes. En particular, aumentaron las compras de productos lácteos y cárnicos en supermercados y mayoristas, principalmente porque estos vendedores ofrecen mejores precios o los productos se pueden comprar a granel. El estudio demostró que los beneficiarios suelen buscar buenos precios y ofertas especiales de frutas y verduras en fruterías cercanas a su domicilio.

Algunas personas beneficiarias optaron por comprar frutas y verduras a otros canales comerciales, como supermercados o mayoristas que ofrecen mejores precios o que venden a granel, debido a la ausencia de mercados al aire libre, o porque no sabían cuándo se instalaban. Los beneficiarios señalaron que los supermercados y los mercados al aire libre no siempre aceptaban la tarjeta alimentaria como pago válido, o añadían un recargo por este método de pago (FAO, FAGRAN y Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, 2022).

Algunas recomendaciones que pueden contribuir al éxito en la implementación de este tipo de políticas incluyen limitar o excluir alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutricional, posicionar la educación alimentaria y nutricional como un componente esencial, así como también, dar continuidad al monitoreo y evaluación del programa (FAO, 2022I).

Recientemente, el Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina anunció un aumento de un 40 por ciento, respecto al mes anterior, en los montos asignados a los beneficiarios a partir de diciembre de 2022. Este aumento tiene por objetivo aminorar el impacto inflacionario y, quienes requieran inscribirse, no necesitan realizar trámites debido al cruce de información que realiza la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) para determinar quiénes pueden acceder a la tarjeta “Alimentar” (Estado Argentino, 2022).

Menús nutritivos en programas de alimentación escolar

Los programas de alimentación escolar se han asociado tradicionalmente con beneficios

para la salud, la nutrición y la educación. También existen beneficios potenciales que abarcan al menos cuatro sectores principales: salud, educación, protección social y agricultura. Un análisis de costos y beneficios de los programas de alimentación escolar en 14 países, entre ellos Brasil, Chile, Ecuador y México (Verguet *et al.*, 2020) mostró que los beneficios potenciales de la inversión en capital humano ascendían a 180 000 millones de USD; en salud y nutrición a 24 000 millones de USD; y en educación a 156 000 millones de USD. Además, los beneficios potenciales en términos de protección social se estiman en 7 000 millones de USD, así como un potencial de 23000 millones de USD para la economía agrícola (Verguet *et al.*, 2020).

Recientemente, la FAO y la Universidad de West Indies (2021) llevaron a cabo un análisis de costos y beneficios de los programas de alimentación escolar en los países del Caribe²⁴. Los resultados para Dominica, Jamaica y Saint Kitts y Nevis mostraron que los beneficios eclipsan los costos: la relación costo-beneficio en los tres países fue en promedio de 1,50 USD, lo que significa que, por cada dólar gastado, el retorno es de 1,5 USD. En Dominica, la relación era de 1,64 USD, mientras que en Jamaica era ligeramente superior, de 1,67 USD. Por último, Saint Kitts y Nevis, con 1,76 USD, presentó la mejor relación costo-beneficio de los países caribeños estudiados. El estudio también concluyó que el programa de alimentación escolar de Saint Kitts y Nevis se ha beneficiado de su carácter centralizado y de la economía de escala (el programa alimenta a un gran número de estudiantes). Asimismo, la elevada relación costo-beneficio está relacionada con el elevadísimo salario mínimo²⁵ en este país, y la sensibilidad de la relación costo-beneficio al valor de un salario básico²⁶ (FAO y Universidad de West Indies, 2021).

En el contexto de la consolidación de los Programas de Alimentación Escolar en América Latina y el Caribe, la Red de Alimentación Escolar Sostenible (RAES), creada en 2018, es un ejemplo de cooperación internacional desarrollado por la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC/MRE) y el Fondo Nacional para el Desarrollo de la Educación (FNDE/MEC), con el apoyo de la FAO. La RAES ayuda a los países de la región en la implementación de sus programas de alimentación escolar, ayudando a garantizar que sean adecuados y que puedan cumplir con el derecho humano a la alimentación. En América Latina y el Caribe, 21 países forman parte de la RAES, que organiza cursos de capacitación, presta asistencia técnica y organiza talleres de intercambio. Hasta 2021, se reporta que la metodología de escuelas sostenibles ha sido implementada en 15 países, 536 municipios y 23 385 escuelas, beneficiando a cerca de 1 668 739 estudiantes y a más de 9 356 agricultores familiares, quienes proporcionan el aprovisionamiento local (FAO, ABC/MRE y FNDE/MEC, 2022).

En línea con el Marco de la FAO para la Alimentación y Nutrición Escolar (FAO, 2019), la metodología de escuelas sostenibles ayuda a que la alimentación escolar sea más eficiente y eficaz a nivel nacional. Para aplicarla efectivamente, los países

²⁴ La metodología utilizada para este estudio, conocida como beneficio neto anual, incorpora el principio de Kaldon-Hicks. Este considera, en teoría, que las personas podrían ser compensadas, aunque esta compensación no se produzca necesariamente. Esta metodología es útil para determinar si las transferencias directas e indirectas de dinero a grupos vulnerables pueden mejorar el bienestar de la sociedad en su conjunto.

²⁵ Saint Kitts y Nevis tiene el salario mínimo más alto del mundo (FAO y Universidad de las Indias Occidentales, 2021).

²⁶ El análisis del beneficio neto anual del estudio requiere el uso del “salario básico” de un país para evaluar el aumento de productividad que puede derivarse de una mejor salud y rendimiento educativo o académico gracias a un programa de alimentación escolar.

deben identificar qué escuelas incluirán uno o más de los siguientes componentes del programa: gobernanza y actos nacionales y locales (**RECUADRO 5**); una comunidad educativa activa (participación social); menús escolares adecuados y nutritivos; acciones de educación alimentaria y nutricional escolar a través de huertos escolares pedagógicos; adaptación de cocinas, cafeterías y almacenes; y compra directa de alimentos a agricultores familiares.

Algunos países del Caribe están elaborando menús más saludables y sabrosos para los programas de alimentación escolar. En varios países de la subregión, algunos chefs prestan sus conocimientos a los programas de alimentación escolar modificando el aspecto de los alimentos nutritivos para hacerlos más apetecibles a los niños y niñas. Antigua y Barbuda ha hecho algunos ajustes para servir platos de la cocina local, ofreciendo incluso una alternativa vegetariana. Los chefs intentaron introducir verduras, como las espinacas, de manera original para mejorar la receptividad, pero sin éxito, lo que plantea el desafío de que un aumento en la asequibilidad de dietas saludables no solo requiere la incorporación de alimentos nutritivos, sino que también se asocia con la aceptabilidad de la preparación de los alimentos que se sirven en las escuelas. En el caso de Antigua y Barbuda, la decoración del lugar se utiliza para influir positivamente en la aceptación de las frutas y verduras caribeñas (FAO y Universidad de West Indies, 2021).

En Santa Lucía, los menús se adaptan previa consulta con los cocineros, los directores de las escuelas o los profesores encargados de los programas de alimentación, con el fin de aumentar el uso de productos locales más fácilmente aceptados por los niños y niñas (FAO y Universidad de West Indies, 2021).

En Jamaica y en Saint Kitts y Nevis, los cocineros de las escuelas incorporaron al menú carne procedente del matadero de la isla y añadieron frutas y verduras de producción local. En Granada, como los niños y niñas empiezan a consumir verduras en las guarderías infantiles, las aprecian a medida que crecen. Los mayores de seis meses reciben productos locales hasta que cumplen tres años, y empiezan a asistir a los programas gubernamentales de educación infantil (FAO y Universidad de West Indies, 2021).

En San Vicente y las Granadinas, el gobierno ha puesto en marcha un programa para mejorar la producción de alimentos que contribuye a la seguridad alimentaria y nutricional de la población y proporciona un suministro local de alimentos para los programas descentralizados de alimentación escolar. En ellos se forma y contrata a mujeres de la comunidad como cocineras y ayudantes de cocina para preparar y servir comidas en las escuelas primarias. Su participación ha mejorado la aceptabilidad de los alimentos entre los estudiantes, reducido el desperdicio de alimentos y garantizado que los estudiantes reciban cantidades adecuadas de alimentos (FAO y Universidad de West Indies, 2021).

En la República Dominicana con el apoyo de FAO, se han incorporado mejoras para aumentar la calidad nutricional de los menús escolares, entre ellas la reducción del sodio y las grasas, y la exclusión de los néctares por su alto contenido en azúcar, al tiempo que se trabaja en un piloto de compras públicas a la agricultura familiar para la entrega de frutas para sustituir a estos últimos.

La compra pública a la agricultura familiar es otro componente importante que promueve la inclusión de alimentos nutritivos en los menús escolares. Varios países

de América Latina están aplicando medidas para incluir las compras a pequeños productores y agricultores familiares en los programas de alimentación escolar.

Al comprar directamente a la agricultura familiar, los programas de alimentación escolar pueden contribuir al desarrollo económico local y servir como punto de entrada para la promoción de una mejor dieta (Swensson y Tartanac, 2020; FAO, PNUD y PNUMA, 2021; OMS, 2021d). La demanda predecible de las escuelas y otras instituciones públicas — como los hospitales locales— pueden mejorar los medios de vida de los agricultores, así como de la comunidad en general.

La compra pública a la agricultura familiar puede mejorar el acceso de los escolares y otros consumidores a dietas saludables y promover sistemas alimentarios más sostenibles. También tiene el potencial de disminuir la pobreza rural al estimular el desarrollo de mercados, proporcionar una fuente regular y fiable de ingresos a los agricultores familiares y ayudar a estos a superar las barreras que les impiden mejorar su productividad (PMA, FAO, FIDA, NEPAD, GCNF y PCD, 2018; Singh y Fernandes, 2018; Swensson y Tartanac, 2020; FAO, PNUD y PNUMA, 2021). Por ejemplo, desde 2009, los municipios brasileños deben, por ley, comprar al menos un 30% de productos procedentes de explotaciones familiares para alimentar a sus alumnos.

Es importante señalar que la compra pública no es intrínsecamente inclusiva y debe responder también a requisitos de transparencia. Aunque dirigirse a los agricultores familiares a través de estos sistemas puede fomentar el desarrollo económico local y reducir la pobreza, la capacidad de producción de los agricultores de bajos ingresos puede ser limitada. La compra inclusiva puede incluir a actores vulnerables o marginados respondiendo a sus necesidades específicas (FAO, 2015). En El Salvador, el desarrollo de un Comité Técnico Nacional, que reúne a múltiples organismos, identificó las barreras a la participación de los productores a pequeña escala. El cambio de ciertos requisitos contractuales (que requerían de seis meses a dos años de demora, desde la licitación hasta la compra real del producto) y el avance hacia la compra directa, ha hecho posible la participación de los pequeños productores (FAO, 2015). En 280 escuelas de El Salvador (5,4% de las escuelas que reciben comidas escolares), se ha implementado un proyecto para fortalecer las comidas escolares mediante la compra de alimentos a productores locales, incorporando frutas, verduras y huevos. Cabe destacar que los padres afirman que estos programas de alimentación escolar les ahorran 0,50 USD diarios (Raboso y González, 2021).

Los cambios en los programas de alimentación escolar en El Salvador se lograron mediante la implementación de menús culturalmente apropiados, nutritivos y adecuados, cuyos ingredientes se compran directamente a los agricultores familiares. Uno de los cambios más significativos en El Salvador es la mayor diversidad de alimentos en las comidas escolares, que ahora incluyen frutas, verduras, legumbres, carnes, pescados, lácteos y granos de cereales comprados a agricultores familiares (Raboso y González, 2021).

Canasta Básica Tributaria con elementos nutricionales

En 2019, Costa Rica promulgó el Decreto N° 41615-MEIC-H, norma que aprobó la Canasta Básica Tributaria (CBT). Esta canasta establece una tarifa reducida al 1% del

RECUADRO 5

Normativas de alimentación escolar

En América Latina y el Caribe, diez países han promulgado leyes y reglamentos sobre alimentación escolar: Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay. En Panamá, en 2019 se promulgó la Ley 115, que crea el programa “Estudiar sin hambre”. Debe prestarse especial atención a la coherencia normativa en ámbitos que van más allá de la alimentación y la nutrición en las escuelas y que están regulados por sus propios conjuntos legislativos, en particular la seguridad alimentaria, la contratación pública y las normas nutricionales. Garantizar los vínculos y la coherencia entre ellas es una de las tareas clave de cualquier ley de alimentación y nutrición escolar y de su aplicación (FAO, 2020e).

En Ecuador, la nueva Ley de Alimentación Escolar (2020) incluye alimentos naturales, frescos y variados, teniendo en cuenta la interculturalidad de la población estudiantil y el desarrollo de la economía local y la agricultura familiar. El gobierno regional de Manabí ha desarrollado, con el apoyo de la FAO, un nuevo programa de abastecimiento descentralizado que supera los retos impuestos por los sistemas de abastecimiento centralizados, vinculando la alimentación escolar a la producción local y la agricultura familiar. Como resultado de esta iniciativa piloto, se han entregado más de 82 000 raciones de frutas locales a los estudiantes, beneficiando a los agricultores familiares, incluidas las mujeres productoras (Zambrano y Benavides, 2021; FAO, 2021b; FAO, 2022k). La iniciativa se está ampliando a otras regiones del país.

Durante más de 12 años, la FAO, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXID) han impulsado, con la asistencia técnica permanente de prestigiosas instituciones nacionales e internacionales, numerosas plataformas de legisladores en 21 parlamentos nacionales y cuatro parlamentos regionales de América Latina y el Caribe. Estos esfuerzos se han dirigido a convencer a los legisladores para que prioricen en sus agendas la lucha contra el hambre y la malnutrición en todas sus formas y aprueben leyes que ayuden a cumplir el ODS 2, Hambre Cero. La Ley de Alimentación Escolar de Guatemala de 2017 fue aprobada gracias a los esfuerzos del Frente Parlamentario contra el Hambre (FPH) y el apoyo de la cooperación brasilera y FAO.

El capítulo nacional del FPH en Guatemala no sólo trabajó para garantizar la promulgación de la Ley de Alimentación Escolar, sino también para supervisar su aplicación, con el apoyo de la FAO, el FIDA y el PMA, y fomentar la participación de las comunidades. Incluso utilizaron un “Frente Móvil”, un vehículo que recorrió el país informando a la población sobre la ley.

La Ley de Alimentación Escolar en Guatemala establece que el 50% de los alimentos deben proceder de agricultores familiares. El programa de alimentación escolar está descentralizado y funciona a través de la asociación de padres de cada escuela, que es responsable de la compra de alimentos para la escuela. Este modelo descentralizado proporciona flexibilidad y permite la auditoría social y la participación de la comunidad. Desarrollar menús diversos y nutritivos adaptados a la producción agrícola y a la cultura de cada región es esencial para fomentar el abastecimiento de los agricultores familiares locales, al tiempo que se proporciona a los niños y niñas acceso a una dieta equilibrada y saludable.

En septiembre de 2021, la ley en Guatemala fue actualizada por el Decreto 12/2021, que dispuso un incremento presupuestario para mantener en funcionamiento los programas de alimentación escolar, aunque las escuelas cerraran, por cualquier motivo, y extendió el beneficio a otros niveles educativos.

Por esta razón, el programa cubrirá a 3,6 millones de estudiantes en 2023. Otra nueva norma estableció que el Estado debe proveer alimentos y bebidas nutritivas a los estudiantes, garantizando así la seguridad alimentaria y nutricional (Congreso de la República de Guatemala, 2021; Méndez y Paredes, 2021).

Mientras tanto, en la República Dominicana se ha elaborado un proyecto de ley sobre alimentación escolar que se presentará al Congreso Nacional. Para la revisión y validación del anteproyecto ha sido de vital importancia la participación de los diferentes actores del sistema educativo nacional, incluyendo la representación estudiantil. Los componentes de la medida son: marco institucional, articulación y participación intersectorial; producción y adquisición de alimentos; sostenibilidad de la alimentación escolar; alimentación saludable; nutrición, seguridad, preparación de alimentos; financiamiento; rendición de cuentas y sanciones.

impuesto al valor agregado para los bienes listados en esta canasta, a diferencia de otros bienes y servicios no listados que tienen el 13% del impuesto sobre el valor agregado (IVA). El objetivo de la CBT es brindar protección económica, a través de una tasa reducida del IVA a alimentos, bienes y servicios básicos, a la población más vulnerable del país.

La introducción del IVA y la creación de una CBT con criterios nutricionales podrá reducirla brecha entre los precios de los alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutricional y los alimentos nutritivos que contribuyen a dietas saludables (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020).

El Ministerio de Salud de Costa Rica desarrolló una metodología para seleccionar los alimentos nutritivos que se incluyen en la CBT, tarea facilitada por el apoyo técnico de UNICEF y la FAO (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020). El viernes 11 de noviembre de 2022 se publicó en Costa Rica, mediante el Decreto N° 43790-H-MEIC-S (Presidencia de la República de Costa Rica, 2022), una nueva canasta tributaria compuesta por criterios técnicos para la selección de alimentos, componentes nutricionales de todos los grupos de alimentos y garantía de una dieta balanceada.

La CBT está gestionada por los ministerios de Hacienda, de Economía, Industria y Comercio, y de Salud, y está diseñada en función del consumo efectivo de bienes y servicios esenciales por parte de los dos deciles de menores ingresos, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) que proporciona datos y medidas de consumo, gastos e ingresos de los hogares.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y la FAO (2020) estimó la elasticidad ingreso de la demanda de productos que pueden formar parte de la CBT²⁷. Reveló cuánto

²⁷Para este análisis, se han utilizado los 11 grupos de alimentos y bebidas de la clasificación del consumo individual por finalidades (COICOP, por sus siglas en inglés) porque corresponden a las principales categorías alimentarias de interés. Los grupos de la COICOP, más que los grupos nutricionales, se utilizan para obtener un balance económico que represente el consumo de un individuo. Los porcentajes de gasto alimentario se calcularon para cada hogar sumando los gastos de cada grupo y dividiéndolos por el gasto total de las 11 categorías. También se estimaron las elasticidades precio no compensadas, que consideran la influencia de los precios y el ingreso en la maximización de la utilidad de los diferentes grupos de alimentos para los hogares costarricenses, utilizando la ENIGH 2018 y empleando un modelo de cuadrático de demanda casi ideal (QUAIDS, por sus siglas en inglés). La medición de las elasticidades precio es fundamental porque:

- i) permite conocer en qué medida reacciona la demanda de alimentos a las variaciones de precios;
- ii) permite anticipar las variaciones de las cantidades demandadas como consecuencia de cambios en la política fiscal;
- iii) permite medir los posibles efectos de sustitución y complementariedad entre grupos de alimentos; y
- iv) de las políticas fiscales (Dal et al., 2022).

varía la cantidad demandada de un alimento en respuesta a cambios en el IVA (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020; Dal *et al.*, 2022). El estudio concluyó que las categorías de alimentos más elásticas (aquellas en las que el consumo disminuye cuando suben los impuestos o los precios) fueron el pan, los cereales, los refrescos y los jugos de frutas, las verduras, así como la leche, el queso y los huevos. Y en el caso del grupo de la carne, las cantidades consumidas también disminuyen al subir los precios.

La investigación también concluyó que existen efectos de sustitución entre los siguientes grupos: frutas, aceites y grasas, pan y cereales. Esto significa que un aumento del precio del pan y los cereales contribuye a aumentar el consumo de fruta. En cambio, un aumento del precio de la fruta incrementará el consumo de aceites y grasas. Si subiera el precio de la fruta, además de disminuir el consumo, también descendería el de verduras y pescado, mientras que aumentaría el de azúcar, y el de aceites y grasas (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020).

Existe un efecto de sustitución entre la leche, el queso y los huevos, y los aceites y grasas. Esto significa que el aumento del precio de la leche, el queso y los huevos contribuye a aumentar el consumo de aceites y grasas. Por el contrario, el consumo de aceites y grasas, y de dulces y chocolates, disminuye cuando aumenta el precio del pan y los cereales, ya que son bienes complementarios (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020).

En términos de recaudación fiscal, el estudio indica algunas compensaciones. La incorporación de alimentos a la CBT ya establecida (disminuyendo la presión fiscal sobre los consumidores del 13% al 1%) tendría un impacto negativo en la recaudación fiscal, independientemente de las características nutricionales de los alimentos. Mientras que excluir alimentos de la CBT (aumentando su carga impositiva del 1 al 13%) tendría un impacto positivo en la recaudación de impuestos (Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO, 2020).

Para manejar las repercusiones de la recaudación fiscal y mejorar al mismo tiempo la asequibilidad de las dietas saludables en la población, una opción a explorar es incluir los alimentos nutritivos en la CBT, y aplicarles un IVA reducido, y al mismo tiempo aplicar un IVA incrementado a los alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutritivo.

El complejo contexto de estancamiento económico, aumento de la pobreza, desigualdad de ingresos y altos niveles de inflación alimentaria requiere respuestas políticas eficaces y eficientes para apoyar a la población más vulnerable, muchos de los cuales enfrentan a graves limitaciones para acceder a dietas saludables.

En este capítulo se han analizado algunas medidas aplicadas en América Latina y el Caribe que pueden desempeñar un papel clave para que las dietas saludables sean asequibles para toda la población. Este capítulo ha mostrado cómo la mejora de la diversificación de la producción de la agricultura familiar, la creación de planes locales de abastecimiento y su vinculación con los mecanismos de compra pública, pueden aumentar la asequibilidad de las dietas saludables. Asimismo, este capítulo confirmó la importancia de los sistemas de información comercial y de mercado para aumentar la transparencia de los precios y la disponibilidad de alimentos, con el fin de fomentar mejores decisiones por parte de productores y consumidores. Además, garantizar

el acceso a alimentos nutritivos a través de programas de protección social como los cupones de alimentos y los programas de alimentación escolar —diseñados con consideraciones nutricionales— o implementar la CBT para alimentos nutritivos con el fin de aplicar un impuesto reducido sobre el valor añadido, son políticas que pueden aumentar la asequibilidad de las dietas saludables.

Éstas son sólo algunas políticas entre muchas otras intervenciones que pueden aplicarse a nivel de los productores, del mercado y del comercio o de los consumidores, para reducir el costo y mejorar la asequibilidad de las dietas saludables. No obstante, estos ejemplos, aunque adaptados a contextos nacionales diferentes, comparten características importantes que pueden ser tomadas en cuenta por los países de América Latina y el Caribe. Su implementación en los países de la región ya ha demostrado en varios casos tener impactos positivos en la seguridad alimentaria y nutricional, y también puede desempeñar un papel clave hacia el objetivo de apoyar las dietas saludables.

Aprovechar las similitudes de algunos países y subregiones para promover el diálogo, la integración y la cooperación regional para avanzar en acciones concretas, especialmente en el complejo contexto actual, puede ayudar a la región a retomar el camino hacia la consecución del ODS 2. Un mensaje clave de *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022* es que los países pueden hacer más con la misma cantidad de recursos. Si se formulan y aplican con objetivos de seguridad alimentaria y nutricional, las políticas analizadas en este informe pueden sin duda formar parte del necesario cambio de políticas en la región para transformar los sistemas agroalimentarios, lo que constituye un paso esencial para erradicar el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas.

CONCLUSIONES

Como se muestra en este informe, la prevalencia de la subalimentación esta en aumento desde 2015 —cuando los países acordaron por primera vez erradicar el hambre para 2030 como una de las metas de los ODS—. En América Latina y el Caribe 56,5 millones de personas padecieron hambre en 2021. Esto supone un aumento de 13,2 millones personas respecto a 2019 y de 20,6 millones respecto a 2015.

La inseguridad alimentaria moderada o grave en el mundo ha aumentado constantemente desde 2014. En América Latina y el Caribe eha crecido mas rapidamente que en el resto del mundo. Además, la inseguridad alimentaria moderada o grave en la región supera el promedio mundial (29,3%) en 11,3 puntos porcentuales, y la brecha entre hombres y mujeres también es mayor (4,3 puntos porcentuales en el mundo en 2021, frente a 11,3 puntos porcentuales en la región).

El costo promedio de una dieta saludable en la región se estima en 3,89 USD, el más alto en comparación con otras regiones del mundo y también superior al promedio global (3,54 USD). Más de 131 millones de personas en América Latina y el Caribe no podían permitirse una dieta saludable en 2020.

Las múltiples formas de malnutrición siguen siendo un desafío en la región. La prevalencia del retraso del crecimiento infantil a nivel regional ha disminuido en los últimos 20 años, alcanzando el 11,3% en 2020 —la mitad de la prevalencia mundial (22%)—. La prevalencia del bajo peso al nacer ha aumentado en el Caribe y Sudamérica en los últimos 20 años, y es superior a la meta del 3% de los ODS. Sin embargo se ha avanzado poco para frenar el aumento de la obesidad en adultos, más bien, la prevalencia en la región aumentó de 8,7% en 2000 al 24,2% en 2016, mostrando un incremento en todas las subregiones.

Este informe profundiza en los desafíos actuales del acceso a una dieta saludable en la región. El aumento de la pobreza en el contexto de la pandemia de la COVID-19, el lento crecimiento del PIB, la gran desigualdad de ingresos y la elevada inflación alimentaria están haciendo que las dietas saludables sean aún menos asequibles. Además, los aumentos de los precios de los alimentos y los fertilizantes a causa del conflicto en Ucrania han afectado a la región y, a pesar de la caída de los precios internacionales de los alimentos en los últimos meses, su nivel sigue estando por sobre los niveles de 2021. Y la inflación de los precios de los alimentos al consumidor en la región sigue siendo alta, afectando principalmente a las poblaciones más vulnerables.

La región registra el costo más alto del mundo de una dieta saludable, pero difiere mucho según las subregiones y los países. Un análisis exhaustivo muestra que las diferencias de costo están relacionadas con la producción, las exportaciones y la dependencia de las importaciones de grupos de alimentos específicos. En general, los alimentos de origen animal son menos caros en los países que producen y exportan proteínas de origen animal; del mismo modo, la fruta tiende a ser menos costosa en los países que son exportadores netos de frutas tropicales, mientras que es más costosa en el Caribe, por ejemplo, donde los países dependen en gran medida de las importaciones de fruta para una dieta saludable. Los países con altos niveles de pobreza, menores ingresos y mayor desigualdad registran mayor inasequibilidad de una dieta saludable. En general, los resultados indican que cuando menos personas pueden

permitirse una dieta saludable, mayor es la prevalencia del hambre, de la anemia entre las mujeres de 15 a 49 años y del retraso del crecimiento.

Se necesitan acciones urgentes para mejorar la asequibilidad de las dietas saludables, especialmente para la población más vulnerable. Numerosos factores determinan los precios de consumo de los alimentos nutritivos por lo que los gobiernos deben considerar las soluciones más rentables y eficientes, teniendo en cuenta el contexto del país y los limitados recursos disponibles.

Mejorar el acceso económico a alimentos nutritivos requerirá la transformación de los sistemas agroalimentarios con el apoyo de diversas medidas. Las políticas orientadas a los productores, al comercio y al mercado, y a los consumidores —como las aplicadas por algunos países de América Latina y el Caribe— pueden contribuir a que las dietas saludables sean asequibles para todas las personas. Los ejemplos de políticas orientadas a los productores de los países de la región tienen como objetivo aumentar la diversidad de la producción alimentaria hacia alimentos nutritivos, lo que puede reducir el costo de las dietas saludables. Estas últimas han mejorado la diversidad de la producción centrándose en el fortalecimiento de la agricultura familiar y acortando las cadenas de suministro de alimentos, y creando vínculos entre la agricultura familiar y las iniciativas de compra pública. Apoyar a los agricultores familiares puede mejorar los ingresos familiares de los productores y reducir el costo de los alimentos nutritivos —como frutas y verduras—.

Los países de la región están utilizando la tecnología para aumentar la transparencia y la eficiencia de los mercados, monitoreando la disponibilidad y los precios de los alimentos. La modernización de la gestión técnica y operativa de los mercados mayoristas y la implementación de un sistema digital de monitoreo de los mercados internacionales para todos los actores de los sistemas agroalimentarios, pueden mejorar el funcionamiento de los mercados de alimentos, lo que puede conllevar una reducción de los costos de los alimentos nutritivos.

La asequibilidad de una dieta saludable no sólo depende del costo de los alimentos nutritivos, sino también de los ingresos de los consumidores. Los mecanismos de protección social son una de las opciones políticas que los gobiernos de la región han aplicado con éxito para reducir la pobreza en las últimas décadas. Si se diseñan teniendo en cuenta la nutrición, estos mecanismos pueden mejorar la calidad de la dieta. Además, unas políticas fiscales bien diseñadas podrían hacer que los alimentos nutritivos fueran más asequibles que los alimentos de alta densidad energética y mínimo valor nutricional. El esfuerzo por promover y mejorar el consumo de dietas saludables es complejo y depende de muchas otras variables, por lo que es importante considerar políticas del entorno alimentario como el ENPFE.

Aunque se trata de pasos importantes, la región necesita medidas y acciones más específicas para reducir el costo de una dieta saludable. Analizar los efectos que algunas políticas, como las incluidas en este informe, tienen sobre el costo y la asequibilidad de las dietas saludables es un primer paso para abordar los factores que impulsan el costo de las dietas saludables en la región. Sin embargo, se necesitan más estudios y evaluaciones para saber cómo las políticas pueden reducir más eficazmente el costo de las dietas saludables y hacer que sean asequibles para todos.

La asequibilidad de dietas saludables es un desafío para todos los sectores y actores del sistema agroalimentario. Los gobiernos, las organizaciones internacionales, la academia, la sociedad civil y el sector privado deben aunar esfuerzos y trabajar juntos durante los años restantes del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) y la Agenda 2030. De lo contrario, la meta de erradicar el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas en América Latina y el Caribe seguirá estando fuera de nuestro alcance.

BIBLIOGRAFIA

Agostini, C., Corvalán, C., Cuadrado, C., Martinez, C. & Paraje, G. 2018. *Evaluación y Aplicación de Impuestos a los Alimentos con Nutrientes Dañinos para la Salud en Chile*. www.researchgate.net/publication/323692690_Evaluacion_y_Aplicacion_de_Impuestos_a_los_Alimentos_con_Nutrientes_Daninos_para_la_Salud_en_Chile

Agostini, C., Corvalán, C., Cuadrado, C., Martinez, C. y Paraje, G. 2018. *Evaluación y Aplicación de Impuestos a los Alimentos con Nutrientes Dañinos para la Salud en Chile*. (disponible en: www.researchgate.net/publication/323692690_Evaluacion_y_Aplicacion_de_Impuestos_a_los_Alimentos_con_Nutrientes_Daninos_para_la_Salud_en_Chile).

Alemu, R., Block, S., Headey, D., Bai, Y. y Masters, W. 2018. *Why are nutritious foods so expensive? Economic development and the cost of nutritious diets*. (Documento de conferencia). (disponible en: <https://ageconsearch.umn.edu/record/281163/files/Alemu,%20Block,%20Headey,%20Bai%20and%20Masters.pdf>).

Agricultural Market Information System (AMIS). 2022. *Agricultural Market Information System*. En: AMIS [en línea]. (Disponible en www.amis-outlook.org/mobile/about/en). Acceso : 3 de octubre de 2022.

Andreyeva, T.M., Maple, K., Marinello, S., Moore, T.W. y Powell, L.M. 2022. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(6): e2215276. (disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792842>).

Avesani, C., Kobuta, I. y Mukhtar, A. 2021. *Enhancing transparency in agrifood trade. Nota de orientación sobre política comercial*, no. 45. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb7210en>).

Bai, Y.C., Costlow, L., Ebel, A., Laves, S., Ueda, Y., Volin, L., Zamek, M., Herforth, A. y Masters, W.A. 2021. *Review: Retail consumer price data reveal gaps and opportunities to monitor food systems for nutrition*. *Food Policy*, 104(102148). (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2021.102148>).

Banco Central do Brasil. 1982. Carta Circular N°22 – *Documento normativo revogado pela Circular 699*, de 02/06/1982. Brasilia, Banco Central do Brasil. (disponible en: https://normativos.bcb.gov.br/Lists/Normativos/Attachments/49903/C_Circ_0222_v2_L.pdf).

Banco Mundial. 2020. *Taxes on Sugar-Sweetened Beverages: Summary of International Evidence and Experiences*. Washington, D.C., Banco Mundial. (disponible en: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/33969>).

Banco Mundial. 2022a. World Development Indicators. En: *Banco Mundial* [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>). Acceso: 19 de mayo de 2022.

Basto-Abreu, Torres-Alvarez, R., Reyes-Sánchez, F., González-Morales, R., Canto-Osorio, F., Colchero, M.A., Barquera, S., Rivera, J.A. y Barrientos-Gutierrez, T. 2020. *Predicting obesity reduction after implementing warning labels in Mexico: A modelling study*. PLoS Medicine: e1003221. (disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003221>).

Bose, I., Baldi, G., Kiess, L. y de Pee, S. 2019. *The “Fill the Nutrient Gap” analysis: An approach to strengthen nutrition situation analysis and decision making towards multisectoral policies and systems change*. Maternal & Child Nutrition, 15(3): e12793. (disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12793>).

Camargo Filho, W.P. y Camargo, F.P. 2017. *A quick review of the production and commercialization of the main vegetables in Brazil and the world from 1970 to 2015*. Horticultura Brasileira, 35, 160–166. (disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-053620170202>).

Cardoso, E., Jalil, L., Telles, L. Alvarenga, C. y Weitzman, R. 2019. *Methodological Guide for the Agroecological Logbook*. Recife, Brasil, Semear International. (disponible en: http://portalsemear.org.br/wp-content/uploads/2021/07/guia-metodologico_miolo_EN.pdf).

Cawley, J., Thow, A.M., Wen, K. y Frisvold, D. 2019. *The Economics of Taxes on Sugar-Sweetened Beverages: A Review of the Effects on Prices, Sales, Cross-Border Shopping, and Consumption*. Annual Review of Nutrition, 39; 317–338. (disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-082018-124603>).

Colchero, M., Paraje, G. y Popkin, B. 2021. *The impacts on food purchases and tax revenues of a tax based on Chile’s nutrient profiling model*. PLoS ONE, 16(12): e0260693. (disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260693>).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2018. *Medición de la pobreza por ingresos: actualización metodológica y resultados*. Metodologías de la CEPAL, No. 2, Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/44314-medicion-la-pobreza-ingresos-actualizacion-metodologica-resultados).

CEPAL. 2022a. *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/47922-impactos-sociodemograficos-la-pandemia-covid-19-america-latina-caribe).

CEPAL. 2022b. *Panorama Social de América Latina 2022*. Santiago, CEPAL. (disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947_es.pdf).

CEPAL. 2022c. *Repercusiones en América Latina y el Caribe de la guerra en Ucrania ¿cómo enfrentar esta nueva crisis?* Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/47912-repercusiones-america-latina-caribe-la-guerra-ucrania-como-enfrentar-esta-nueva).

CEPAL. 2022d. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2022: dinámica y desafíos de la inversión para impulsar una recuperación sostenible e inclusiva*. Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/48077-estudio-economico-america-latina-caribe-2022-dinamica-desafios-la-inversion).

CEPAL. 2022e. CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. En: CEPAL [en línea]. (disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es>). Acceso: 23 de mayo de 2022.

CEPAL. 2022f. *Se profundiza la desaceleración de América Latina y el Caribe: en 2022 se espera un crecimiento regional de 1,8% en promedio*. En: CEPAL [en línea]. (disponible en: www.cepal.org/es/comunicados/se-profundiza-la-desaceleracion-america-latina-caribe-2022-se-espera-un-crecimiento). Acceso: 9 de mayo de 2022.

CEPAL. 2022g. *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2022*. Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/bp).

CEPAL. 2022h. *Efectos económicos y financieros en América Latina y el Caribe del conflicto entre la Federación de Rusia y Ucrania*. Santiago, CEPAL. (disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947_es.pdf).

CEPAL. 2022i. Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. En: CEPAL. (disponible en: <https://dds.cepal.org/bpsnc/inicio>). Acceso: 6 de octubre de 2022.

CEPAL y FAO. 2020a. *Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: Comportamiento del comercio durante la crisis*. Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/45924-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-12-comportamiento).

CEPAL y FAO. 2020b. *Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: Hábitos de consumo de alimentos y malnutrición*. (Boletín No. 10). Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/45794-sistemas-alimentarios-covid-19-america-latina-caribe-ndeg-10-habitos-consumo).

CEPAL, FAO y PMA. 2022. *Hacia una seguridad alimentaria y nutricional sostenible en América Latina y el Caribe en respuesta a la crisis alimentaria mundial*. Santiago, CEPAL. (disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/48531-seguridad-alimentaria-nutricional-sostenible-america-latina-caribe-respuesta-la).

CEPAL y OIT. 2021. *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe* noviembre 2021. Santiago, CEPAL. (disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47510>).

Compañía Nacional de Abastecimiento de Brasil (CONAB). 2016. *Resultado das Ações da Conab em 2015*. Brasília: Gerência de Acompanhamento e Controle das Ações da Agricultura Familiar. En: CONAB [en línea]. Brasília. (disponible en: www.conab.gov.br/agricultura-familiar/execucao-do-paa/historico-de-execucao-do-paa). Acceso: 4 de octubre de 2022.

CONAB. 2021. *Boletim Prohort: Preços de frutas e hortaliças seguem em alta no país*. En: CONAB [en línea]. Brasília. (disponible en: www.conab.gov.br/ultimas-noticias/4328-boletim-prohort-precos-de-frutas-e-hortalicas-seguem-em-alta-no-pais). Acceso 4 de octubre de 2022.

CONAB. 2022. PROHORT. En: CONAB [en línea]. Brasília. (www.conab.gov.br/info-agro/hortigranjeiros-prohort). Acceso 4 de octubre de 2022.

Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) y FAO. 2017. *Commodities and Development Report 2017 Commodity Markets, Economic Growth and Development*. Nueva York y Ginebra, FAO. (disponible en: https://unctad.org/system/files/official-document/suc2017d1_en.pdf).

Congreso de la República de Guatemala. 2021. *Decreto número 12-2021*. Diario de Centro América, 15 de octubre de 2021. Guatemala. (disponible en: www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/decretos/ab019-12-2021.pdf). Acceso 13 de junio de 2022.

Corvalán, C., Correa, T., Reyes, M. y Paraje, G. 2021. *Impacto de la ley chilena de etiquetado en el sector productivo*. Santiago, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb3298es>).

Costa, C., Rauber, F., Leffa, P., Sangalli, C., Campagnolo, P. y Vitolo, M. 2019. *Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood*. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 177–184. (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.11.003>).

Dal, E., Rivera, R., Morales, C. y Madrigal, M. 2022. *Fiscal Reform in Costa Rica: Price Elasticities of Major Food Categories to Inform Decision-Making*. *Frontiers in Nutrition*. (disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.836501>).

Darmon, N. y Drewnowski, A. 2015. *Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis*. *Nutrition Reviews*, 73(10): 643– 660. (disponible en: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv027>).

Delgado, G., Conceição, J. y Oliveira, J. 2005. *Avaliação do programa de aquisição de alimentos da agricultura familiar*. Brasília, IPEA, 2005. Brasília, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (disponible en: <https://econpapers.repec.org/paper/ipeipetds/1145.htm>).

Drewnowski, A., Moterrosa, E., de Pee, S., Frongillo, E.A. y Vandevijvere, S. 2020. *Shaping Physical, Economic, and Policy Components of the Food Environment to Create Sustainable Healthy Diets*. *Food and Nutrition Bulletin*, 41(2_Suppl) 74s–86s. (disponible en: <https://doi.org/10.1177/0379572120945904>).

- Estado Argentino.** 2022. Tolosa Paz presidió el Consejo Federal de Desarrollo Social 2022. En: *Ministerio de Desarrollo Social* [en línea]. Buenos Aires. (disponible en: www.argentina.gob.ar/noticias/tolosa-paz-presidio-el-consejo-federal-de-desarrollo-social-2022). Acceso 22 de diciembre de 2022.
- FAO.** 2011. *Safeguarding food security in volatile global markets* (pp. 509–528). Roma. (disponible en: www.fao.org/3/i2107e/i2107e.pdf).
- FAO.** 2014. *Agricultura Familiar en América Latina y el Caribe: Recomendaciones de Política*. Roma. (disponible en: www.fao.org/uploads/media/Family%20Agriculture%20in%20Latin%20America.pdf).
- FAO.** 2015. *Food and Agriculture Policy Classification*. Roma. (disponible en: www.fao.org/fileadmin/templates/fapda/docs/FAPDA_policy_classification_April2015.pdf).
- FAO.** 2016a. *El estado mundial de la pesca y la acuicultura. Contribución a la seguridad alimentaria y la nutrición para todos*. Contribución a la seguridad alimentaria y la nutrición de todos. Roma. 224p. (disponible en: www.fao.org/3/i5555s/i5555s.pdf).
- FAO.** 2016b. *Evaluación ex-post del Proyecto Contribución a la seguridad alimentaria de las familias vulnerables de Antioquia*. Roma. (disponible en: www.fao.org/documents/card/es/c/dde9909c-ca85-4f88-94bd-3988b30adb41).
- FAO.** 2018. *The future of food and agriculture - Alternative pathways to 2050*. Summary version. Roma. (disponible en: www.fao.org/publications/card/es/c/l8429EN).
- FAO.** 2019. *FAO School Food and Nutrition Framework*. Roma. 36pp. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/CA4091EN).
- FAO.** 2020a. *El comercio agrícola en la región de América Latina y el Caribe: estado, desafíos y oportunidades*. Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. (36° período de sesiones). Roma. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/NC776ES).
- FAO.** 2020b. *COVID-19: Channels of transmission to food and agriculture*. Roma. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/ca8430en>).
- FAO.** 2020c. *Frutas y verduras – esenciales en tu dieta. Año Internacional de las Frutas y Verduras*. Documento de antecedentes. Roma. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb2395es>).
- FAO.** 2020d. *Fortalecimiento del Sistema Regional de Inteligencia y Monitoreo de Mercados Agrícolas (SIMMAGRO)*. (Proyecto TCP/SLM/3604). Roma. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/CA9127ES).
- FAO.** 2020e. *Legislar para una alimentación y nutrición escolar adecuada*. (Nota de orientación jurídica para parlamentarios en América Latina y el Caribe No. 3). Roma. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/CB0442ES).

FAO. 2021. *Fresh fruit in the schools of Portoviejo*. En: FAO [en línea].

Roma. (disponible en: www.fao.org/urban-food-agenda/news-events/news-detail/en/c/1458679). Acceso: 29 de abril de 2022.

FAO. 2022a. Índice de precios de los alimentos de la FAO. En: FAO [en línea].

Roma. (disponible en: www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/es/) Acceso: 10 de mayo de 2022.

FAO. 2022b. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible

en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>). Acceso: 15 de junio de 2022.

FAO. 2022c. Cost and Affordability of a Healthy Diet (CoAHD). En: FAO [en línea].

Roma. (disponible en: www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD). Acceso: 22 de agosto de 2022.

FAO. 2022d. Índices de Precios al Consumidor. En: FAO [en línea]. Roma.

(disponible en: www.fao.org/faostat/es/#data/CP). Acceso: 17 de octubre de 2022.

FAO. 2022e. *Repercusiones del conflicto entre Ucrania y la Federación de Rusia en la seguridad alimentaria mundial y asuntos conexos en relación con el mandato de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).*

Consejo de la FAO. 170º período de sesiones, CL 169/3. Roma. (disponible en: www.fao.org/3/nj164es/nj164es.pdf).

FAO. 2022f. FPMA - Seguimiento y análisis de los precios alimentarios. En: FAO [en

línea]. Roma. (disponible en: www.fao.org/giews/food-prices/regional-roundups/es). Acceso: 11 de mayo de 2022.

FAO. 2022g. Information Note: *The importance of Ukraine and the Russian Federation for global agricultural markets and the risks associated with the war in Ukraine.*

Roma. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/cb9013en).

FAO. 2022h. Políticas y programas. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en:

www.fao.org/nutrition/politicas-programas/es). Acceso: 14 de octubre de 2022.

FAO. 2022i. *El estado de los mercados de productos básicos agrícolas 2022.*

La geografía del comercio alimentario y agrícola: enfoques de políticas para lograr el desarrollo sostenible. Roma. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0471es>).

FAO. 2022j. La FAO participó del diálogo “Políticas Sociales: balance de las

respuestas en un escenario de emergencia”. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: www.fao.org/argentina/noticias/detail-events/en/c/1502368). Acceso: 12 de mayo de 2022.

FAO. 2022k. *School feeding in Portoviejo*, Ecuador.

[vídeo en línea]. (publicado el 12 de julio de 2022 en el canal de vídeo de la FAO, disponible en: www.youtube.com/watch?v=RQLLhzhgReY&ab_channel=FoodandAgricultureOrganizationoftheUnitedNations).

FAO. 2022l. *Percepciones y estrategias en el proceso de compra de alimentos y bebidas en hogares que reciben la Tarjeta Alimentar en seis provincias de Argentina durante el 2021*. Roma. (disponible en: www.fao.org/3/cc1668es/cc1668es.pdf).

FAO, Agencia Brasileña de Cooperación del Ministerio de Relaciones Exteriores (ABC/MRE) y Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación del Ministerio de Educación de Brasil (FNDE/MEC). 2022. *El estado situacional de las Escuelas Sostenibles 2021* (Resumen ejecutivo). Brasilia, FAO. (disponible en: <https://redraes.org/el-estado-situacional-de-las-escuelas-sostenibles-2021-resumen-ejecutivo>).

FAO, Alianza de Bioversity International y CIAT, y Editora da UFRGS. 2021. *Public food procurement for sustainable food systems and healthy diets – Volume 1*. Roma. (<https://doi.org/10.4060/cb7960en>).

FAO, FAGRAN y Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina. 2022. *Percepciones y estrategias en el proceso de compra de alimentos y bebidas en hogares que reciben la Tarjeta Alimentar en 6 provincias de la Argentina durante el 2021*. Roma, FAO (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc1668es>).

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2019. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/CA5162ES>).

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

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2021. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una nutrición mejorada y dietas asequibles y saludables para todos*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb4474es>).

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2020. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados*. Santiago, FAO. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/cb2242es).

FAO, OPS y UNICEF. 2022. *Etiquetado Nutricional en la Parte Frontal del Envase en América Latina y el Caribe*. Nota Orientadora. Santiago, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc1545es>).

FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2018. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*. Santiago, FAO. (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/CA2127ES).

FAO, PNUD y PNUMA. 2021. *A multi-billion dollar opportunity - Repurposing agricultural support to transform food systems*. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb6562en>).

FAO y AMEXCID. 2020. *Systematization of the sustainable school feeding model and proposition of recommendations as way forward to the government of Belize*. Roma, FAO. (disponible en: www.southsouth-galaxy.org/wp-content/uploads/2021/09/210520-bz-sistematizacioncompressed.pdf).

FAO y FIDA. 2019. *Decenio de las Naciones Unidas para la Agricultura Familiar 2019-2028. Plan de acción mundial*. Roma, FAO (disponible en: www.fao.org/documents/card/en/c/ca4672es).

FAO y FLAMA. 2022. *Incremento de los precios de los alimentos y las acciones adoptadas por los países y por los mercados mayoristas de América Latina y el Caribe*. Nota técnica corta. Santiago.

FAO y MANÁ. 2014. *Criterios de planeación técnica y económica para realizar la segunda fase del estudio de abastecimiento y demanda de alimentos agropecuarios producidos por la agricultura familiar (economía campesina) en Antioquia con base en los Términos de Referencia elaborados por MANÁ-FAO*. Medellín, FAO. (disponible en: www.fao.org/fileadmin/user_upload/faoweb/colombia/docs/Propuesta_Fase_II_Abastecimiento_2014.pdf).

FAO y MANÁ. 2016. *Sistemas de Abastecimiento Alimentario. Bases para la inclusión de la Agricultura Familiar. Propuesta para modelos de abastecimiento alimentario*. Medellín, FAO. (disponible en: www.fao.org/3/i5234s/i5234s.pdf).

FAO y Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. 2021. *Promoción de cadenas de valor de frutas y verduras para mejorar el suministro y el consumo*. Santiago, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb7954es>).

FAO y OPS. 2017. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2017*. Santiago, FAO. (disponible en: www.fao.org/3/i7914s/i7914s.pdf).

FAO y OMS. 2019. *Dietas saludables sostenibles – Principios rectores*. Roma, FAO y OMS. (disponible en: www.fao.org/documents/card/es/c/CA6640ES).

FAO y Universidad de West Indies. 2021. *A review of school feeding programmes in the Caribbean Community. Saint Augustine, Trinidad and Tobago*, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb4650en>).

Gentilini, U., Almenfi, M., Orton, I. y Dale, P. 2020. *Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures*. World Bank, Washington, DC. World Bank. (disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33635>).

GLOPAN. 2016. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres. (disponible en: www.glopan.org/wp-content/uploads/2019/06/ForesightReport.pdf).

GLOPAN. 2020. *COVID-19: safeguarding food systems and promoting healthy diets*. Policy Brief No. 14. GLOPAN, Londres. (disponible en: www.glopan.org/resources-documents/covid-19).

Gobernación de Antioquia. 2016. *Antioquía con seguridad alimentaria y nutricional: Plan MANÁ (Colombia)*. (disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/dubai/14/bp0011.html>).

Gómez-Donoso, C., Martínez-González, M., Gea, A., Murphy, K., Parletta, N, y Bes-Rastrollo, M. 2018. *A food-based score and incidence of overweight/obesity: The Dietary Obesity-Prevention Score (DOS)*. *Clinical Nutrition*, 38(6): 2607–2615. (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.003>).

Graziano da Silva, J., Jales, M., Rapallo, R., Díaz-Bonilla, E., Girardi, G., del Grossi, M., Luiselli, C., Sotomayor, O., Rodríguez, A., Rodrigues, M., Wander, P., Rodríguez, M., Zuluaga, J. and Pérez, D. 2021. *Food systems in Latin America and the Caribbean – Challenges in a post-pandemic world*. Panamá, FAO y CIDES. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb5441en>).

Guerrero-López, C., Molina, M. y Colchero, M.A. 2017. Employment changes associated with the introduction of taxes on sugar-sweetened beverages and nonessential energy-dense food in Mexico. *Preventive Medicine*, 105(Supplement), S43–S49. (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.001>).

Hanson, K. y Connor, L. 2014. *Food insecurity and dietary quality in US adults and children: a systematic review*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 684–692. (disponible en: <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.084525>).

Headey, D., Hirvonen, K. y Hoddinott, J. 2018. *Animal Sourced Foods and Child Stunting*. *American Journal of Agricultural Economics*, 100(5), 1302–1319. (disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajae/aay053>).

Herforth, A., Bai, Y., Venkat, A., Mahrt, K., Ebel, A. y Masters W.A. 2020. *Cost and affordability of healthy diets across and within countries*. Background paper for the State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Agricultural Development Economics Technical Study No. 9. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb2431en>).

Hoffman, K. y Centeno, M. 2003. *The Lopsided Continent: Inequality in Latin America*. *Annual Review of Sociology*, 29: 363–390. (disponible en: www.jstor.org/stable/30036972).

Hunter, D., Borelli, T., Beltrame, D.M.O., Oliveira, C.N.S., Coradin, L., Wasike, V.W., Wasilwa, L., Mwai, J., Manjella, A., Samarasinghe, G.W.L., Madhujith, T., Nadeeshani, H. V. H., Tan, A., Ay, S. T., Güzelsoy, N., Lauridsen, N., Gee, E. y Tartanac, F. 2019. *The potential of neglected and underutilized species for improving*

diets and nutrition. Planta, 250, 709–729. (disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31025196>).

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile. 2018. Ley de Etiquetado: *Cambios en composición de alimentos y de conductas tras su implementación*. INTA, Noticias. (disponible en: <https://inta.cl/evaluacion-de-panel-de-expertos-nacional-e-internacional-revela-cambios-en-composicion-de-alimentos-y-conductas-de-las-personas-tras-implementacion-de-la-ley-de-etiquetado>).

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC). 2019. *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018: informe de gastos / 1ª ed.* Buenos Aires, INDEC. (disponible en: www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho_2017_2018_informe_gastos.pdf).

Jaacks, L.M., Vandevijvere, S., Pan A., McGowan, C.J., Wallace, C., Imamura, F., Mozaffarian, D., Swinburn, B. y Ezzati, M. 2019. *The Obesity Transition: Stages of the global epidemic*. *Lancet Diabetes Endocrinology*. (disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9)).

Kissick, C., Keats, S. y LeBlanc, C. 2021. *Stepping Up – Everyone around the table for better nutrition and healthy diets. STEP 2. Shaping the enabling environment*. Roma, FAO y GAIN. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb1411en>).

Klotzbach, P.J., Wood, K.M., Bell, M.M., Blake, E.S., Bowen, S.G., Caron, L-P., Collins, J.M., Gibney, E.J., Schreck III, C.J. y Truchelut, R.E. 2022. *A Hyperactive End to the Atlantic Hurricane Season October–November 2020*. *Bulletin of American Meteorological Society*, E110–E128. (disponible en: <https://doi.org/10.1175/BAMS-D-20-0312.1>).

Laborde, D., Gautam, M., Martin, W., Piñeiro, V. y Vos, R. 2021. *Repurposing agricultural policy support for climate change mitigation and adaptation. Task Force 2: Climate Change, Sustainable Energy & Environment, G20 Italy 2021*. (disponible en: www.t20italy.org/wp-content/uploads/2021/09/TF2-4.pdf).

Laborde, D., Herforth, A., Headey, D. y de Pee, S. 2021. *COVID-19 pandemic leads to greater depth of unaffordability of healthy and nutrient-adequate diets in low- and middle-income countries*. *Nature Food*, (2): 473–475. (disponible en: <https://doi.org/10.1038/s43016-021-00323-8>).

Lustig, N. 2017. *Fiscal Policy inequality and the poor in the developing world*. New Orleans, Tulane University. (disponible en: <http://repec.tulane.edu/repec/pdf/tul1612r.pdf>).

Manley, J., Alderman, H. y Gentilini, U. 2022. *More evidence on cash transfers and child nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *National Library of Medicine*. (disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008233>).

Méndez, R. y Paredes, R. 2021. *Cobertura del Programa de alimentación escolar llegaría a 3,6 millón de estudiantes*. Congreso de la República de Guatemala. (disponible en: www.congreso.gob.gt/noticias_congreso/7233/2021/4).

Ministerio de Desarrollo Social. 2020. Resolución 8/2020. Buenos Aires.
(disponible en: www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/224514/20200113).

Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina. 2021. *La Tarjeta Alimentar: principales resultados a un año de su implementación*. Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina. (disponible en: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/la_tarjeta_alimentar_-_principales_resultados_a_un_año_de_su_implementacion.pdf).

Ministerio de Salud de Costa Rica y FAO. 2020. *Canasta Básica Tributaria con Alimentos seleccionados por Consumo y Elementos Nutricionales*. (disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vigilancia-nutricional/canasta-basica/6008-canasta-basica-tributaria-con-alimentos-seleccionados-por-consumo-y-elementos-nutricionales-diagramado/file).

Mundo-Rosas, V., de la Cruz-Góngora, V., Jiménez-Aguilar, A. y Shamah-Levy, T. 2014. *Diversidad de la dieta y consumo de nutrimentos en niños de 24 a 59 meses de edad y su asociación con inseguridad alimentaria*. *Salud pública de México*, s39–46. (disponible en: www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v56s1/v56s1a7.pdf)

Narayan, A., Cojocar, A., Agrawal, S., Bundervoet, T., Davalos, M., Garcia, N., Lakner, C., Gerszon Mahler, D., Talledo, V.M., Ten, A. y Yonzan, N. 2022. *Policy Research Working Paper: COVID-19 and Economic Inequality: Short-Term Impacts with Long-Term Consequences*. Policy Research Working Papers. (disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36848/COVID-19-and-Economic-Inequality-Short-Term-Impacts-with-Long-Term-Consequences.pdf?sequence=5>).

Navab, M., Gharavi, N. y Watson, A. 2008. *Inflammation and metabolic disorders*. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11(4): 459–464. (disponible en: <https://doi.org/10.1097/mco.0b013e32830460c2>).

Navarro-Rosenblatt, D., Kuhn-Barrientos, L. y García-Celedón, P. 2021. *¿Cuál es el efecto de los impuestos a alimentos sólidos “altos en” sobre el consumo de ellos en la población general? Síntesis rápida de evidencia*. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia; Departamento ETESA/SBE; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281512/sre_importantes-a-alimentos-solidos-altos-en-nutrientes-criticos_2021.pdf).

Ocampo, J.A. 2007. *The macroeconomics of the Latin American economic boom*. CEPAL Review, 93. (disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/11229>).

OCDE y FAO. 2022. OCDE-FAO Perspectivas Agrícolas 2022-2031. Paris, OECD. (disponible en: <https://doi.org/10.1787/820ef1bb-es>).

Ortega, A.C., de Jesus, C.M. y da Silva Só, L.L. 2006. *O PAA-leite na Bahia e em Minas Gerais: uma avaliação preliminar de seus modelos de implementação*. *Cadernos do CEAM*, 5(24), 57–89.

Padulosi, S., Thompson, J. y Rudebjer, P. 2013. *Fighting poverty, hunger and malnutrition with neglected and underutilized species (NUS): needs, challenges and the way forward*. Roma, Bioversity International. (disponible en: www.bioversityinternational.org/e-library/publications/detail/fighting-poverty-hunger-and-malnutrition-with-neglected-and-underutilized-species).

Presidencia de la República de Costa Rica. 2022. Decreto N°43790-H-MEIC-S. Aprobado: San José, 11 Noviembre 2022. Diario Oficial La Gaceta Costa Rica, Alcance N° 243 a La Gaceta N° 216 (disponible en: www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/11/11/ALCA243_11_11_2022.pdf).

OMS. 2004. *Global Strategy on diet, physical activity and health*. Ginebra, OMS. (disponible en: www.who.int/publications/i/item/9241592222).

OMS. 2014. *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer*. Ginebra. (disponible en: www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5).

OMS. 2017. The Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: Risk factors. En: OMS [en línea]. (disponible en: www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors). Acceso: 26 de mayo de 2022.

OMS. 2022a. Malnutrition. En: OMS [en línea]. Ginebra. (disponible en: www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1). Acceso: 18 de agosto de 2021.

OMS. 2020a. Alimentación sana. En: OMS [en línea]. Ginebra. (disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet). Acceso: 26 de mayo de 2022.

OMS. 2020b. Global Health Observatory (GHO) data repository. En: OMS [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>). Acceso: 2 de mayo de 2022.

OMS. 2021a. Global anaemia estimates, Edition 2021. En: Global Health Observatory (GHO) data repository [en línea]. Ginebra. (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-men-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-men-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo de 2021.

OMS. 2021b. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: OMS [en línea]. Ginebra. (disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding). Acceso: 26 de mayo de 2022.

OMS. 2021c. *Women and Health*. En: OMS [en línea]. (disponible en: www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/women-and-health). Acceso: 26 de mayo de 2022.

OMS. 2021d. *Action Framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet*. Ginebra, OMS. (disponible en: www.who.int/publications/i/item/9789240018341).

OMS. 2022b. Nutrition landscape information system: Low birthweight. En: OMS [en línea]. Ginebra. (www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight). Acceso: 20 de junio de 2022.

OPS. 2015. *Taxes on Sugar-sweetened Beverages as a Public Health Strategy: The Experience of Mexico*. México, OPS. (disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18391/9789275118719_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

OPS y OMS. 2021. *La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas*. Washington, D.C., OPS. (disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53562>).

OPS y OMS. 2022. *Indicadores de los impuestos a las bebidas azucaradas en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., OPS. (disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56727>).

Raboso, C.E. y González, J.U. 2021. *Avances de la metodología de escuelas sostenibles en los programas de alimentación escolar en Mesoamérica - Estudio de caso en El Salvador, Guatemala y Honduras - 2021*. Panamá, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb4986es>).

Ranjit, N., Macias, S. y Hoelscher, D. 2020. *Factors related to poor diet quality in food insecure populations*. *Translational Behavioral Medicine*, 1297–1305. (disponible en: <https://academic.oup.com/tbm/article/10/6/1297/6075148>).

Red Regional de Información de Mercados. 2021. Sistema Regional de Inteligencia y Monitoreo de Mercados Agrícolas. En: SIMMAGRO [en línea]. (disponible en: www.simmagro.sieca.int/public/#/home). Acceso: 25 de abril de 2022.

Rehm, C., Monsivais, P. y Drewnowski, A. 2015. *Relation between diet cost and Healthy Eating Index 2010 scores among adults in the United States 2007–2010*. *Preventive Medicine*, 73; 70–75. (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.019>).

Rocha, V. y Libby, P. 2009. *Obesity, inflammation, and atherosclerosis*. *Nature Reviews Cardiology*, 399–409. (disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2009.55>).

Ruel, M. y Alderman, H. 2013. *Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?* National Library of Medicine. (disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60843-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60843-0)).

Singh, S. y Fernandes, M. 2018. *Home-grown school feeding: promoting local production systems diversification through nutrition sensitive agriculture*. *Food Security*, 10(1), 111–(119). <https://doi.org/10.1007/s12571-017-0760-5>.

SIEMPRO. 2020. Reporte de Monitoreo Tarjeta Alimentar – 4° trimestre 2020. *Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales*. (www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/reporte_de_monitoreo_tarjeta_alimentar_4tdeg_2020.pdf).

SIEMPRO. 2021. Reporte de Monitoreo Tarjeta Alimentar – 1° trimestre 2021. *Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales*. (disponible en: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/reporte_de_monitoreo_de_tarjeta_alimentar_1o_2021vf.pdf).

Sotomayor, O., Ramírez, E. y Martínez, H. 2021. *Digitalización y cambio tecnológico en las mipymes agrícolas y agroindustriales en América Latina*. (Documentos de Proyectos). Santiago, CEPAL y FAO. (<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46965>).

Swensson, L. y Tartanac, F. 2020. *Public food procurement for sustainable diets and food systems: The role of the regulatory framework*. *Global Food Security*, 25: 100366. (disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2020.100366>).

Tripoli, M. 2021. *Aprovechar el comercio digital en favor de sistemas agroalimentarios eficientes, inclusivos, resilientes y sostenibles*. Nota de orientación sobre política comercial, no. 40. Roma, FAO. (disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb7251es>).

Turnbull, D. 2021. Food Security in the Caribbean. En: *IICA* [en línea]. (disponible en: <https://blog.iica.int/blog/food-security-caribbean>). Acceso: 19 de mayo de 2022.

UNICEF. 2018. *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child*. Nueva York, UNICEF. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child>).

UNICEF. 2019. *Prevention of overweight and obesity in children and adolescents: UNICEF programming guidance*. Nueva York, UNICEF. (disponible en: www.unicef.org/documents/prevention-overweight-and-obesity-children-and-adolescents).

UNICEF. 2021a. Infant and young child feeding. En *UNICEF* [en línea]. Nueva York. (disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding#:~:text=WHO%20and%20UNICEF%20recommend%3A,years%20of%20age%20or%20beyond.). Acceso: 28 de junio de 2022.

UNICEF. 2021b. *Sugar-Sweetened Beverage Taxation*. Nota de política. (disponible en: [www.unicef.org/media/116681/file/SugarSweetened%20Beverage%20\(SSB\)%20Taxation.pdf](http://www.unicef.org/media/116681/file/SugarSweetened%20Beverage%20(SSB)%20Taxation.pdf)).

Universidad Nacional de Córdoba. Sin fecha. *Plan Argentina contra el hambre*. (disponible en: <https://nutricion.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/16/2020/02/MATERIAL-PARA-CAPACITACI%C3%93N.pdf>).

UNICEF y OMS. 2019. *UNICEF-WHO Low Birthweight Estimates: Levels and trends 2000–2015*. En: *UNICEF* [en línea]. Nueva York. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/unicef-who-low-birthweight-estimates-levels-and-trends-2000-2015>). Acceso: 28 de abril de 2022.

UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *Malnutrition*. En: *UNICEF* [en línea]. Nueva York. (disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>). Acceso: 27 de mayo de 2022.

UNICEF y Universidad de la República. 2020. *Efectos inmediatos de la implementación del rotulado nutricional frontal en Uruguay*. Montevideo, UNICEF. (disponible en: www.unicef.org/uruguay/media/3256/file/Efectos%20inmediatos%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20rotulado%20nutricional%20frontal%20en%20Uruguay.pdf).

Valverde-Aguilar, M., Espadín-Alemán, C.C., Torres- Ramos, N.E. y Liria-Domínguez, R. 2018. *Preferencia de etiquetado nutricional frontal: octágono frente a semáforo GDA en mercados de Lima, Perú*. Acta Médica Peruana, 35(3). (disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300002).

Vega-Macedo, M., Shamah-Levy, T., Peinador-Roldán, R., Méndez-Gómez Humarán, I. y Melgar-Quinónez, H. 2014. *Inseguridad alimentaria y variedad de la alimentación en hogares mexicanos con niños menores de cinco años*. Salud pública de México, s21–30. (disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700005).

Verguet, S., Limasalle, P., Chakrabarti, A., Husain, A., Burbano, C., Drake, L. y Bundy, D.A.P. 2020. *The Broader Economic Value of School Feeding Programs in Low- and Middle-Income Countries: Estimating the Multi-Sectoral Returns to Public Health, Human Capital, Social Protection, and the Local Economy*. Front Public Health, 3(8): 587046. (disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.587046>).

Von Braun, J., Afsana, K., Fresco, L. y Hassan, M. 2021. *Science for transformation of food systems: Opportunities for the UN Food Systems Summit. Papers by the Scientific Group and its partners in support of the UN Food Systems Summit*. En: J. A. Von Braun, ed. *Science and Innovations for Food Systems Transformation and Summit Actions* (pp. 1–26). (disponible en: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/publication/science-transformation-food-systems-opportunities-un-food-systems-summit_en).

Waddell, S., Jayaweera, D., Mirsaeidi, M., Beier, J., y Kumar, N. 2021. *Perspectives on the Health Effects of Hurricanes: A Review and Challenges*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5): 2756. (disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052756>).

Weitzman, R. 2021. *Innovative Practices in Rural Gender Transformation: Lessons from Brazil and Uruguay*. Roma, FIDA. (disponible en: <http://portalsemear.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Pr%C3%A1ticas-inovadoras-em-g%C3%AAnero-FIDA-vers%C3%A3oING.pdf>).

WFP, FAO, FIDA, Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD), Fundación Mundial para la Nutrición Infantil (GCNF) y Asociación para el Desarrollo Infantil (PCD). 2018. *Home-Grown School Feeding. Resource Framework*. Technical Document. Roma, WFP. (disponible en: www.wfp.org/publications/home-grown-school-feeding-resource-framework).

WFP. 2020. *El Estado de la Alimentación escolar a nivel mundial 2020*. Roma, WFP. (disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000124233.pdf>).

WITS. 2022. *World Integrated Trade Solution*. En: *Banco Mundial* [en línea]. Ginebra. (disponible en: <https://wits.worldbank.org/>). Acceso: 16 de mayo de 2022.

Zambrano, M. y Benavides, J. 2021. Podcast Episodio 8 - *Manta: How to Scale-Up Local Food Procurement*. En: *One Planet* [en línea]. Manta, Ecuador. (disponible en: www.oneplanetnetwork.org/news-and-events/news/power-public-plate-podcast-episode-8-manta-how-scale-local-food-procurement). Acceso: 10 de junio de 2022.

Zancheta Riccardo, C., Corvalán, C., Smith Taillie, L., Quitral, V. y Reyes, M. 2021. *Changes in the Use of Non-nutritive Sweeteners in the Chilean Food and Beverage Supply After the Implementation of the Food Labeling and Advertising Law*. *Frontiers in Nutrition*, 8: 773450. (disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.773450>).

Zapata, M.E., Rovirosa, A. y Carmuega, E. 2016. *La mesa argentina en las últimas dos décadas. Cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes (1996–2013)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. (disponible en: www.cesni.org.ar/archivos/biblioteca/LA-MESA-ARGENTINA-EN-LAS-ULTIMAS-DOS-DECADAS.pdf).

Zimmermann, S. y Lopes Ferreira, A.P. 2008. *Aun hay tiempo para el sol: pobreza rurales y programas sociales*. Rio de Janeiro, Actionaid. (disponible en: www.academia.edu/es/5153995/AUN_HAY_TIEMPO_PARA_EL_SOL_POBREZAS_RURALES_Y_PROGRAMAS_SOCIALES_BRASIL_VENEZUELA_GUATEMALA_UNA_MIRADA_DESDE_LO_LOCAL).

Zimmermann, S. y Lopes Ferreira, A.P. 2008. *El programa de adquisición de alimentos de la agricultura familiar en Mirandiba-PE*. En: G. Scotto, ed. *Aun hay tiempo para el sol: pobreza rurales y programas sociales*. Rio de Janeiro: Actionaid. (www.academia.edu/es/5153995/AUN_HAY_TIEMPO_PARA_EL_SOL_POBREZAS_RURALES_Y_PROGRAMAS_SOCIALES_BRASIL_VENEZUELA_GUATEMALA_UNA_MIRADA_DESDE_LO_LOCAL).

ANEXOS

ANEXO I TABLAS DE DATOS

CUADRO A-1

Prevalencia de la subalimentación (porcentaje)

	2000–2002	2004–2006	2009–2011	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021
Mundo	13,1	12,2	8,9	7,9	7,8	8,3	9,0
América Latina y el Caribe	10,7	9,3	6,9	5,9	6,6	7,1	7,8
Caribe	18,3	18,7	15,9	14,3	14,9	15,6	16,0
Mesoamérica	7,4	7,9	7,4	7,5	7,8	7,9	8,0
Sudamérica	11,2	8,8	5,7	4,5	5,2	5,9	6,8
Argentina	3,0	3,7	3,1	<2,5	3,4	3,5	3,7
Barbados	6,4	6,1	4,3	4,3	4,1	3,7	3,4
Belice	5,8	5,7	6,5	7,8	6,7	6,8	7,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27,9	26,8	20,4	14,3	12,1	11,9	13,9
Brasil	10,7	6,5	3,7	<2,5	<2,5	2,6	4,1
Chile	3,4	3,1	3,4	3,1	2,7	2,6	2,6
Colombia	8,7	11,2	12,9	6,5	6,2	7,2	8,2
Costa Rica	4,7	4,4	4,6	4,1	3,2	3,4	3,4
Cuba	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5
Dominica	3,7	5,4	4,8	5,3	5,7	6,5	6,9
Ecuador	21,0	22,4	12,3	9,0	11,6	13,7	15,4
El Salvador	7,2	9,1	10,5	10,6	8,4	8,3	7,7
Guatemala	22,2	18,9	16,4	17,3	16,2	16,3	16,0
Guyana	6,5	7,1	8,7	6,8	5,4	5,0	4,9
Haití	50,7	52,9	44,4	42,4	45,4	46,4	47,2
Honduras	21,9	22,3	15,8	14,5	13,1	13,3	15,3
Jamaica	7,4	7,4	9,7	9,7	8,1	7,5	6,9
México	3,3	4,4	4,8	5,0	6,0	6,0	6,1
Nicaragua	27,5	23,3	20,0	19,0	17,4	17,5	18,6
Panamá	24,5	21,6	10,9	8,1	6,0	5,4	5,8
Paraguay	10,5	9,5	7,7	7,4	7,8	8,2	8,7
Perú	21,5	18,8	8,7	5,9	7,6	8,1	8,3
República Dominicana	20,4	19,2	13,0	7,4	6,1	7,0	6,7
San Vicente y las Granadinas	13,4	7,9	5,8	5,9	5,5	6,6	7,6
Suriname	11,8	9,7	7,3	7,8	8,0	8,0	8,2
Trinidad y Tabago	10,0	11,1	8,2	6,8	7,0	7,3	7,5
Uruguay	3,6	3,9	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5
Venezuela (República Bolivariana de)	14,9	8,4	<2,5	11,3	22,7	24,9	22,9

FUENTE: FAO. 2022. FAOSTAT: Datos sobre seguridad alimentaria. (www.fao.org/faostat/en/#data/FS). Acceso: 7 de noviembre 2022

CUADRO A-2

Número de personas subalimentadas (millones)

	2000–2002	2004–2006	2009–2011	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021
Mundo	816,7	798,9	620,6	581,8	594,1	643,5	702,7
América Latina y el Caribe	56,7	51,6	40,8	37,1	42,2	46,0	50,7
Caribe	7,0	7,4	6,5	6,1	6,4	6,8	7,0
Mesoamérica	10,2	11,6	11,7	12,6	13,7	13,9	14,4
Sudamérica	39,5	32,6	22,6	18,4	22,1	25,3	29,3
Antigua y Barbuda							
Argentina	1,1	1,4	1,3	n.r.	1,5	1,6	1,7
Bahamas							
Barbados	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Belize	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2,4	2,5	2,0	1,6	1,4	1,4	1,6
Brasil	18,9	12,1	7,3	n.r.	n.r.	5,4	8,6
Chile	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
Colombia	3,5	4,8	5,8	3,1	3,1	3,6	4,2
Costa Rica	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Cuba	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Dominica	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Ecuador	2,7	3,1	1,8	1,5	2,0	2,4	2,7
El Salvador	0,4	0,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5
Granada							
Guatemala	2,6	2,5	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9
Guyana	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Haití	4,4	4,9	4,4	4,5	5,0	5,2	5,4
Honduras	1,5	1,7	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5
Jamaica	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
México	3,3	4,7	5,5	6,1	7,6	7,7	7,8
Nicaragua	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2
Panamá	0,8	0,7	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Paraguay	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
Perú	5,8	5,2	2,5	1,8	2,4	2,6	2,7
República Dominicana	1,8	1,7	1,3	0,8	0,6	0,7	0,7
Saint Kitts y Nevis							
San Vicente y las Granadinas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Santa Lucía							
Suriname	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Trinidad y Tabago	0,1	0,1	0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,1
Uruguay	0,1	0,1	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Venezuela (República Bolivariana de)	3,7	2,2	n.r.	3,4	6,6	7,1	6,5

NOTA: n.r. = datos no comunicados porque la prevalencia es inferior al 2,5%.

FUENTE: FAO. 2022. FAOSTAT: Datos sobre seguridad alimentaria. (www.fao.org/faostat/en/#data/FS). Acceso: 7 de noviembre 2022.

CUADRO A-3

Prevalencia de la inseguridad alimentaria (porcentaje)

	Inseguridad alimentaria moderada o grave				Inseguridad alimentaria grave			
	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021
Mundo	21,8	24,8	26,6	28,1	7,7	8,9	9,7	10,7
América Latina y el Caribe	27,6	32,0	34,2	37,3	7,9	9,7	10,7	12,3
Caribe	n.d.	n.d.	64,8	65,0	n.d.	n.d.	35,2	33,6
Mesoamérica	29,3	27,8	29,9	32,1	6,4	6,8	7,2	7,5
Sudamérica	23,4	30,6	32,9	36,6	6,0	8,4	9,7	12,1
Antigua y Barbuda	n.d.	n.d.	n.d.	33,0	n.d.	n.d.	n.d.	7,1
Argentina	19,2	35,8	35,8	37,0	5,8	12,9	12,6	13,0
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	17,2	n.d.	n.d.	n.d.	3,4
Barbados	n.d.	n.d.	n.d.	31,1	n.d.	n.d.	n.d.	7,4
Belice	n.d.	35,7	39,0	42,3	n.d.	6,1	6,0	6,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)								
Brasil	18,3	20,6	23,5	28,9	1,9	1,6	3,5	7,3
Chile	10,8	15,3	17,3	17,4	2,9	3,6	3,6	3,8
Colombia								
Costa Rica	12,2	14,5	15,3	15,9	1,8	2,4	2,6	2,8
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dominica								
Ecuador	20,7	29,2	32,7	36,8	6,0	9,9	11,6	12,8
El Salvador	42,2	42,2	45,1	46,5	13,8	14,6	15,1	14,7
Granada	n.d.	23,6	23,6	22,3	n.d.	8,3	8,3	7,5
Guatemala	42,7	45,2	49,7	55,9	16,1	18,1	19,2	20,7
Guyana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Haití	n.d.	n.d.	82,7	82,5	n.d.	n.d.	48,8	45,2
Honduras	41,6	40,9	45,6	49,9	14,2	14,0	14,6	17,9
Jamaica	48,3	45,8	48,4	50,3	25,3	23,0	23,3	23,1
México	25,6	23,0	24,6	26,1	3,6	3,7	3,9	3,7
Nicaragua								
Panamá								
Paraguay	8,3	21,3	24,0	25,3	1,2	4,1	5,2	5,6
Perú	37,2	44,9	47,8	50,5	13,5	18,0	19,2	20,5
República Dominicana								
Saint Kitts y Nevis	21,1	21,1	24,0	26,9	8,1	8,1	7,2	6,4
San Vicente y las Granadinas	n.d.	33,3	33,3	33,3	n.d.	10,3	10,3	10,3
Santa Lucía	22,2	n.d.	n.d.	n.d.	4,5	n.d.	n.d.	n.d.
Suriname	n.d.	n.d.	n.d.	35,8	n.d.	n.d.	n.d.	7,2
Trinidad y Tabago	n.d.	n.d.	n.d.	43,3	n.d.	n.d.	n.d.	10,2
Uruguay	21,6	23,2	23,5	23,0	6,8	6,4	6,7	7,3
Venezuela (República Bolivariana de)								

NOTA: n.d. = datos no disponibles.

FUENTE: FAO. 2022. FAOSTAT: Datos sobre seguridad alimentaria. (<https://www.fao.org/faostat/en/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre 2022.

CUADRO A-4

Número de personas en situación de inseguridad alimentaria (millones)

	Inseguridad alimentaria moderada o grave				Inseguridad alimentaria grave			
	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021	2014–2016	2017–2019	2018–2020	2019–2021
Mundo	1609,1	1888,9	2053,0	2187,4	569,3	675,4	751,5	830,2
América Latina y el Caribe	172,4	205,5	221,7	243,8	49,2	62,3	69,4	80,4
Caribe	n.d.	n.d.	28,1	28,3	n.d.	n.d.	15,3	14,6
Mesoamérica	49,5	48,8	53,1	57,8	10,9	12,0	12,7	13,5
Sudamérica	96,6	129,6	140,5	157,7	24,8	35,6	41,4	52,3
Antigua y Barbuda	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1
Argentina	8,3	15,9	16,0	16,7	2,5	5,7	5,7	5,9
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1
Barbados	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1
Belice	n.d.	0,1	0,2	0,2	n.d.	<0,1	<0,1	<0,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)								
Brasil	37,5	43,1	49,6	61,3	3,9	3,4	7,5	15,4
Chile	1,9	2,9	3,3	3,3	0,5	0,7	0,7	0,7
Colombia								
Costa Rica	0,6	0,7	0,8	0,8	<0,1	0,1	0,1	0,1
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dominica								
Ecuador	3,4	5,0	5,7	6,5	1,0	1,7	2,0	2,3
El Salvador	2,7	2,7	2,9	3,0	0,9	0,9	1,0	1,0
Granada	n.d.	<0,1	<0,1	<0,1	n.d.	<0,1	<0,1	<0,1
Guatemala	6,9	7,8	8,7	10,0	2,6	3,1	3,4	3,7
Guyana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Haití	n.d.	n.d.	9,3	9,4	n.d.	n.d.	5,5	5,2
Honduras	3,8	3,9	4,4	4,9	1,3	1,3	1,4	1,8
Jamaica	1,4	1,3	1,4	1,5	0,7	0,7	0,7	0,7
México	31,2	29,0	31,3	33,7	4,4	4,6	4,9	4,8
Nicaragua								
Panamá								
Paraguay	0,6	1,5	1,7	1,8	<0,1	0,3	0,4	0,4
Perú	11,3	14,4	15,5	16,6	4,1	5,8	6,2	6,8
República Dominicana								
Saint Kitts y Nevis	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
San Vicente y las Granadinas	n.d.	<0,1	<0,1	<0,1	n.d.	<0,1	<0,1	<0,1
Santa Lucía	<0,1	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1	n.d.	n.d.	n.d.
Suriname	n.d.	n.d.	n.d.	0,2	n.d.	n.d.	n.d.	<0,1
Trinidad y Tabago	n.d.	n.d.	n.d.	0,6	n.d.	n.d.	n.d.	0,1
Uruguay	0,7	0,8	0,8	0,8	0,2	0,2	0,2	0,3
Venezuela (República Bolivariana de)								

NOTA: n.d. = datos no disponibles.

FUENTE: FAO. 2022. FAOSTAT: Datos sobre seguridad alimentaria. (<https://www.fao.org/faostat/en/#data/FS>). Acceso: 7 de noviembre 2022.

CUADRO A-5

Prevalencia del retraso del crecimiento entre niños y niñas menores de cinco años (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Mundo	33,1	30,7	27,7	24,4	22,9	22,4	22,0
América Latina y el Caribe	18,0	15,7	13,5	12,0	11,6	11,4	11,3
Caribe	15,7	14,5	13,7	12,6	12,1	11,9	11,8
Mesoamérica	25,5	22,1	18,8	17,4	17,1	16,8	16,6
Sudamérica	14,7	12,8	10,9	9,3	8,8	8,7	8,6
Argentina	10,5	9,0	8,0	7,8	7,7	7,7	7,8
Barbados	8,3	8,0	7,9	7,2	6,8	6,6	6,6
Belice	25,2	22,8	19,0	15,6	14,1	13,7	13,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	33,4	28,8	22,4	17,2	14,2	13,4	12,7
Brasil	9,8	7,5	6,6	6,1	6,1	6,1	6,1
Chile	2,9	2,3	2,0	1,8	1,6	1,6	1,6
Colombia	17,5	15,4	13,3	12,4	11,8	11,6	11,5
Costa Rica	7,7	6,6	6,7	7,5	8,2	8,4	8,6
Cuba	7,2	7,3	7,1	7,1	7,1	7,0	7,0
Ecuador	28,2	27,9	25,4	23,3	23,5	23,4	23,1
El Salvador	28,8	23,0	17,6	13,5	12,0	11,6	11,2
Guatemala	53,8	53,0	49,1	46,2	44,7	43,6	42,8
Guyana	15,0	16,9	16,0	11,9	10,0	9,5	9,0
Haití	30,9	27,6	25,1	22,3	21,2	20,7	20,4
Honduras	37,5	30,4	24,1	21,9	20,9	20,4	19,9
Jamaica	7,4	6,2	6,4	7,5	8,1	8,3	8,5
México	20,3	16,4	13,5	12,4	12,4	12,2	12,1
Nicaragua	25,3	21,6	18,4	16,0	14,7	14,4	14,1
Panamá	18,5	20,7	20,9	18,1	16,0	15,4	14,7
Paraguay	18,3	16,5	11,5	7,3	5,5	5,0	4,6
Perú	31,7	28,0	21,8	15,0	12,1	11,4	10,8
República Dominicana	10,6	9,0	8,4	7,4	6,6	6,2	5,9
Santa Lucía	3,8	3,1	2,8	2,6	2,7	2,7	2,8
Suriname	13,9	10,9	9,1	8,5	8,3	8,2	8,0
Trinidad y Tabago	5,9	7,0	8,2	8,6	8,7	8,7	8,7
Uruguay	14,6	12,2	9,8	7,8	6,9	6,7	6,5
Venezuela (República Bolivariana de)	17,8	16,7	13,6	11,2	10,7	10,6	10,6

FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *Levels and Trends in Child Malnutrition*. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Key findings of the 2021 edition. (<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

CUADRO A-6

Prevalencia de la emaciación o desnutrición aguda entre niños y niñas menores de cinco años (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Mundo							6,7
América Latina y el Caribe							1,3
Caribe							2,8
Mesoamérica							0,9
Sudamérica							1,4
Argentina		1,2				1,6	
Belice				1,8			
Colombia	1,0	1,6	0,9				
Costa Rica					1,8		
Cuba	2,4					2,0	
Ecuador						3,7	
Guatemala	3,7			0,8			
Guyana	12,1						
Haití	5,5						
Jamaica	3,0		4,8				
México				1,0		1,4	
Paraguay		1,1					
Perú	1,1	1,0	0,7	0,6	0,5	0,4	
República Dominicana	1,5						
Suriname	7,0		5,0		5,5		
Trinidad y Tabago	5,2						
Uruguay					1,4		
Venezuela (República Bolivariana de)	3,9	4,8					

FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *Levels and Trends in Child Malnutrition*. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Key findings of the 2021 edition. (<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

CUADRO A-7

Prevalencia de sobrepeso entre niños y niñas menores de cinco años (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Mundo	5,4	5,7	5,6	5,6	5,7	5,7	5,7
América Latina y el Caribe	6,8	7,1	7,2	7,4	7,4	7,5	7,5
Caribe	5,8	6,1	6,3	6,5	6,6	6,6	6,6
Mesoamérica	6,7	6,8	6,7	6,4	6,3	6,3	6,3
Sudamérica	7,0	7,3	7,6	7,9	8,1	8,1	8,2
Argentina	11,6	12,1	12,3	12,5	12,8	12,9	12,9
Barbados	7,8	9,1	10,4	11,2	11,4	11,4	11,4
Belice	9,0	9,4	9,2	8,6	8,2	8,1	8,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8,5	9,0	9,1	8,9	8,9	8,9	8,8
Brasil	6,2	6,5	6,8	7,1	7,2	7,2	7,3
Chile	11,3	11,3	10,6	10,1	9,9	9,9	9,8
Colombia	4,7	4,8	5,1	5,4	5,6	5,7	5,8
Costa Rica	8,5	8,6	8,4	8,2	8,1	8,1	8,1
Cuba	7,8	8,6	9,0	9,5	9,8	9,9	10,0
Ecuador	4,5	5,3	6,6	8,3	9,3	9,6	9,8
El Salvador	4,7	5,3	5,8	6,3	6,5	6,5	6,6
Guatemala	6,0	5,9	5,5	5,2	5,1	5,1	5,1
Guyana	4,1	4,9	5,6	6,3	6,5	6,5	6,6
Haití	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7
Honduras	3,7	4,2	4,8	5,3	5,5	5,6	5,7
Jamaica	6,0	6,8	7,2	7,2	7,0	6,9	6,8
México	7,2	7,2	6,9	6,5	6,4	6,3	6,3
Nicaragua	6,4	6,8	7,1	7,3	7,4	7,5	7,5
Panamá	8,4	9,3	9,9	10,5	10,7	10,8	10,8
Paraguay	7,2	8,3	9,6	10,9	11,6	11,8	12,0
Perú	9,8	9,5	9,0	8,4	8,1	8,1	8,0
República Dominicana	6,8	7,4	7,8	7,7	7,7	7,7	7,6
Santa Lucía	5,8	6,1	6,4	6,6	6,8	6,8	6,9
Suriname	3,5	3,6	3,7	3,9	4,0	4,0	4,0
Trinidad y Tabago	5,9	7,3	8,9	10,4	10,9	10,9	11,0
Uruguay	9,0	9,4	9,6	10,0	10,2	10,3	10,3
Venezuela (República Bolivariana de)	5,3	5,6	6,2	6,6	6,7	6,7	6,7

FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *Levels and Trends in Child Malnutrition*. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Key findings of the 2021 edition. (<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

CUADRO A-8

Prevalencia de la anemia entre las mujeres de 15 a 49 años (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019
Mundo	31,2	29,9	28,6	28,8	29,3	29,6	29,9
América Latina y el Caribe	25,6	22,8	19,3	17,3	17,1	17,1	17,2
Caribe	34,8	32,0	29,2	28,6	28,8	29,0	29,2
Mesoamérica	22,5	19,0	16,1	14,5	14,3	14,4	14,6
Sudamérica	25,9	23,4	19,6	17,4	17,2	17,2	17,3
Antigua y Barbuda	22,0	19,6	17,1	16,6	16,9	17,0	17,2
Argentina	16,2	15,5	13,4	12,1	11,9	11,8	11,9
Bahamas	17,4	15,5	13,9	13,4	13,7	14,1	14,5
Barbados	20,6	19,1	17,3	16,7	16,7	16,8	17,0
Belice	27,2	24,5	21,9	20,6	20,5	20,5	20,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	33,1	32,6	30,0	26,7	25,1	24,6	24,4
Brasil	26,9	24,2	19,9	16,8	16,3	16,2	16,1
Chile	9,2	8,3	7,9	8,0	8,3	8,5	8,7
Colombia	30,3	27,5	23,3	21,1	20,9	21,0	21,2
Costa Rica	16,1	14,1	12,4	12,6	13,0	13,3	13,7
Cuba	28,5	25,1	21,0	19,5	19,3	19,2	19,3
Dominica	25,8	22,0	20,6	19,9	20,1	20,4	20,8
Ecuador	25,1	21,4	18,3	17,0	17,0	17,1	17,2
El Salvador	11,4	10,5	10,0	9,9	10,1	10,4	10,6
Granada	24,6	21,6	19,6	18,7	18,8	19,0	19,2
Guatemala	22,4	17,7	12,9	8,9	7,9	7,6	7,4
Guyana	44,1	40,3	35,9	32,7	32,0	31,8	31,7
Haití	53,8	50,8	48,2	47,4	47,5	47,6	47,7
Honduras	21,5	18,4	16,8	16,9	17,3	17,6	18,0
Jamaica	24,8	22,0	20,0	19,4	19,5	19,6	19,9
México	23,5	19,8	16,8	15,1	15,0	15,1	15,3
Nicaragua	19,5	15,2	13,5	13,9	14,6	15,1	15,7
Panamá	28,5	26,2	23,0	21,3	21,1	21,2	21,2
Paraguay	24,1	23,8	22,2	22,4	23,0	23,0	23,0
Perú	32,4	27,4	22,0	20,1	20,2	20,4	20,6
República Dominicana	36,8	33,0	28,9	27,3	26,6	26,5	26,4
Saint Kitts y Nevis	20,6	18,6	17,0	14,9	14,8	15,1	15,4
San Vicente y las Granadinas	24,6	20,7	18,0	16,9	16,7	16,8	17,0
Santa Lucía	19,0	17,0	14,9	13,7	13,9	14,1	14,3
Suriname	27,6	24,5	21,1	20,2	20,5	20,7	21,0
Trinidad y Tabago	25,5	21,8	18,8	17,4	17,4	17,5	17,7
Uruguay	13,4	14,2	13,3	13,8	14,4	14,7	15,0
Venezuela (República Bolivariana de)	27,4	25,0	21,3	21,9	23,0	23,7	24,2

FUENTE: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. *Global Health Observatory (GHO)*. ([www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age(-))). Acceso: 25 de mayo 2021.

CUADRO A-9

Prevalencia de la obesidad entre los adultos (porcentaje)

	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Mundo	8,7	9,9	11,2	12,1	12,5	12,8	13,1
América Latina y el Caribe	16,6	18,9	21,2	22,7	23,2	23,7	24,2
Caribe	15,2	17,8	20,8	22,7	23,4	24,0	24,7
Mesoamérica	19,1	21,6	24,1	25,7	26,2	26,7	27,3
Sudamérica	15,8	18,0	20,2	21,6	22,1	22,5	23,0
Antigua y Barbuda	12,7	14,4	16,2	17,5	18,0	18,4	18,9
Argentina	20,7	23,0	25,3	26,8	27,3	27,8	28,3
Bahamas	23,9	26,2	28,5	30,0	30,5	31,0	31,6
Barbados	15,1	17,4	19,8	21,4	22,0	22,5	23,1
Belice	16,4	18,7	21,0	22,5	23,0	23,6	24,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	13,2	15,2	17,4	18,8	19,3	19,7	20,2
Brasil	14,5	16,8	19,2	20,6	21,1	21,6	22,1
Chile	20,6	22,8	25,1	26,5	27,0	27,5	28,0
Colombia	15,4	17,4	19,5	20,9	21,4	21,9	22,3
Costa Rica	14,8	18,0	21,4	23,6	24,3	25,0	25,7
Cuba	17,3	19,4	21,7	23,1	23,6	24,1	24,6
Dominica	19,4	21,8	24,5	26,2	26,8	27,3	27,9
Ecuador	13,2	15,2	17,2	18,5	19,0	19,4	19,9
El Salvador	15,6	18,4	21,1	22,8	23,4	24,0	24,6
Granada	13,5	15,7	18,1	19,6	20,2	20,7	21,3
Guatemala	12,9	15,3	17,8	19,5	20,0	20,6	21,2
Guyana	11,9	14,3	16,8	18,4	19,0	19,6	20,2
Haití	10,9	13,9	17,7	20,2	21,0	21,8	22,7
Honduras	12,6	15,0	17,8	19,5	20,1	20,8	21,4
Jamaica	15,9	18,4	21,1	22,9	23,5	24,1	24,7
México	20,8	23,3	25,8	27,3	27,8	28,3	28,9
Nicaragua	15,6	17,9	20,4	22,0	22,5	23,1	23,7
Panamá	14,7	17,2	19,6	21,1	21,6	22,2	22,7
Paraguay	12,3	14,7	17,2	18,7	19,2	19,8	20,3
Perú	13,5	15,3	17,3	18,5	18,9	19,3	19,7
República Dominicana	16,0	19,3	23,0	25,3	26,1	26,9	27,6
Saint Kitts y Nevis	14,4	16,7	19,3	21,0	21,6	22,3	22,9
San Vicente y las Granadinas	14,6	17,2	20,0	21,8	22,4	23,1	23,7
Santa Lucía	12,9	14,8	16,5	18,0	18,5	19,1	19,7
Suriname	18,9	21,2	23,5	24,9	25,4	25,9	26,4
Trinidad y Tabago	10,6	12,9	15,3	16,9	17,4	18,0	18,6
Uruguay	20,6	22,8	25,1	26,5	27,0	27,5	27,9
Venezuela (República Bolivariana de)	19,4	21,4	23,3	24,4	24,8	25,2	25,6

FUENTE: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository* [en línea]. Ginebra. (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo 2021

CUADRO A-10

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre los lactantes de 0 a 5 meses de edad (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2019	2020
Mundo				37,1			43,8
América Latina y el Caribe				34,1			37,3
Caribe				29,7			27,3
Mesoamérica				21,6			31,9
Sudamérica				42,0			n.d.
Barbados				19,7			
Belice					33,2		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	38,6			64,3			
Colombia	25,1	46,8	42,9				
Cuba	41,2		48,6			40,6	
Guatemala					53,2		
Guyana	10,4						
Haití	23,0			39,3			
Honduras				30,7			
Jamaica		15,2					
México				14,4	30,1	27,1	
Nicaragua				31,7			
Perú	66,6	63,3	68,3	67,4	62,7	65,3	
República Dominicana	11,0		8,0				
Santa Lucía				3,5			
Suriname	4,7		2,8				
Trinidad y Tabago	2,3						

FUENTE: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: Global Health Observatory (GHO) data repository [en línea]. Ginebra. (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo 2021.

CUADRO A-11

Prevalencia de bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
Mundo	17,5	16,4	15,3	15,0	14,8	14,7	14,6
América Latina y el Caribe	8,8	8,8	8,8	8,7	8,7	8,7	8,7
Caribe	10,5	10,3	10,1	10,1	10,0	10,0	9,9
Mesoamérica	9,1	8,9	8,8	8,8	8,7	8,7	8,7
Sudamérica	8,5	8,7	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6
Antigua y Barbuda	9,4	9,3	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1
Argentina	7,4	7,5	7,2	7,1	7,1	7,2	7,3
Bahamas	13,4	13,3	13,3	13,2	13,2	13,2	13,1
Belice	9,0	8,8	8,7	8,7	8,6	8,6	8,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8,0	7,7	7,4	7,3	7,3	7,3	7,2
Brasil	7,8	8,2	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4
Chile	5,2	5,7	5,9	6,0	6,1	6,2	6,2
Colombia	10,5	10,3	10,1	10,0	10,0	10,0	10,0
Costa Rica	7,0	6,8	7,1	7,3	7,4	7,4	7,5
Cuba	6,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,2	5,3
Ecuador	12,0	11,6	11,4	11,3	11,3	11,2	11,2
El Salvador	11,0	10,6	10,5	10,4	10,4	10,3	10,3
Guatemala	12,2	11,6	11,3	11,2	11,1	11,0	11,0
Guyana	16,3	15,9	15,8	15,8	15,7	15,7	15,6
Honduras	11,9	11,5	11,2	11,0	11,0	10,9	10,9
Jamaica	15,3	15,0	14,8	14,7	14,7	14,6	14,6
México	8,2	8,0	7,9	8,0	7,9	7,9	7,9
Nicaragua	11,5	11,2	10,9	10,8	10,8	10,7	10,7
Panamá	10,6	10,4	10,2	10,2	10,1	10,1	10,1
Paraguay	8,6	8,4	8,2	8,2	8,2	8,1	8,1
Perú	10,1	9,8	9,6	9,5	9,5	9,4	9,4
República Dominicana	11,6	11,6	11,5	11,4	11,4	11,3	11,3
Suriname	16,0	15,4	15,0	14,9	14,8	14,7	14,7
Trinidad y Tabago	13,1	12,9	12,6	12,5	12,5	12,4	12,4
Uruguay	7,7	8,7	8,2	7,9	7,8	7,7	7,6
Venezuela (República Bolivariana de)	8,6	8,8	8,5	8,6	8,7	8,8	9,1

FUENTE: UNICEF. 2021. Alimentación de lactantes y niños pequeños [en línea]. (disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>). Acceso: 6 de abril 2022.

CUADRO A-12

Asequibilidad de una dieta saludable

	Número de personas que no pueden permitirse una dieta saludable (millones)				Porcentaje de personas que no pueden permitirse una dieta saludable (porcentaje)			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Mundo	3 049,1	2 973,8	2 961,9	3 074,2	42,9	41,5	40,9	42,0
América Latina y el Caribe	126,7	121,7	123,2	131,3	22,4	21,2	21,3	22,5
Caribe	13,4	13,2	13,5	13,9	51,5	50,3	50,8	52,0
Mesoamérica	41,5	40,5	39,3	43,1	27,7	26,7	25,6	27,8
Sudamérica	71,8	68,0	70,5	74,2	18,4	17,2	17,7	18,4
Anguila	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Antigua y Barbuda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Argentina	4,8	n.d.	n.d.	n.d.	11,0	n.d.	n.d.	n.d.
Aruba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Belice	0,1	0,1	0,1	0,1	39,4	37,4	37,0	36,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	3,4	3,3	2,9	2,9	30,2	28,6	25,4	24,7
Brasil	38,1	36,0	37,0	40,4	18,3	17,2	17,5	19,0
Islas Vírgenes Británicas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islas Caimán	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islas Turcas y Caicos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	0,6	0,6	0,6	0,7	3,4	3,3	3,3	3,8
Colombia	12,1	12,1	12,7	13,5	24,7	24,3	25,3	26,5
Costa Rica	0,8	0,8	0,8	0,9	16,2	16,6	16,6	16,8
Curaçao	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dominica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ecuador	3,2	3,3	3,7	3,8	18,9	19,4	21,1	21,4
Granada	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Guyana	0,4	0,4	0,3	0,3	47,8	45,5	42,9	43,0
Haití	9,1	9,2	9,5	9,8	82,7	82,7	84,6	85,9
Honduras	5,1	5,1	5,0	5,1	53,7	53,2	50,9	51,3
Jamaica	1,9	1,9	1,9	2,0	64,7	64,3	65,0	66,2
México	32,6	31,4	30,3	33,9	26,1	24,9	23,7	26,3
Montserrat	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicaragua	2,1	2,2	2,3	2,4	32,2	34,4	35,5	35,7
Panamá	0,9	0,8	0,8	0,8	21,1	18,5	18,0	18,2
Paraguay	1,4	1,3	1,3	1,3	20,1	18,7	17,9	17,8
Perú	7,5	6,7	6,7	6,8	23,7	20,9	20,6	20,5
República Dominicana	2,2	1,9	1,8	2,0	21,2	18,1	17,1	18,3
Saint Kitts y Nevis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
San Vicente y las Granadinas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Santa Lucía	0,0	0,0	0,0	0,0	20,2	20,1	20,3	20,6
Sint Maarten (parte holandesa)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suriname	0,3	0,3	0,3	0,3	57,6	55,5	56,1	58,8
Trinidad y Tabago	0,1	0,1	0,2	0,2	10,7	10,8	11,0	11,6
Uruguay	0,1	0,1	0,1	0,1	2,7	2,9	3,2	3,6

FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. (<https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

CUADRO A-13

Costo de una dieta saludable (USD por persona y por día)

	2017	2018	2019	2020
Mundo	3,314	3,350	3,425	3,537
América Latina y el Caribe	3,656	3,687	3,767	3,894
Caribe	3,886	3,958	4,062	4,229
Mesoamérica	3,368	3,387	3,400	3,473
Sudamérica	3,417	3,431	3,512	3,607
Anguila	3,717	n.d.	n.d.	n.d.
Antigua y Barbuda	4,112	4,302	4,391	4,504
Argentina	3,340	n.d.	n.d.	n.d.
Aruba	3,418	3,620	3,907	4,138
Bahamas	4,276	4,387	4,364	4,488
Belice	2,476	2,321	2,221	2,140
Bolivia (Estado Plurinacional de)	3,551	3,648	3,769	3,755
Brasil	2,809	2,800	2,882	3,084
Islas Vírgenes Británicas	3,235	3,153	3,313	3,337
Islas Caimán	2,928	2,874	2,714	2,765
Islas Turcas y Caicos	2,809	2,897	2,973	3,095
Chile	3,053	3,180	3,213	3,402
Colombia	2,863	2,893	2,930	3,065
Costa Rica	3,961	4,000	4,041	4,110
Curaçao	2,866	2,988	3,144	3,328
Dominica	4,000	4,146	4,236	4,345
Ecuador	2,788	2,816	2,861	2,928
Granada	5,382	5,536	5,625	5,796
Guyana	4,629	4,742	4,828	4,889
Haití	3,930	4,075	4,275	4,490
Honduras	3,360	3,415	3,404	3,486
Jamaica	5,975	6,141	6,398	6,681
México	2,993	3,071	3,075	3,293
Montserrat	4,883	n.d.	n.d.	n.d.
Nicaragua	3,191	3,245	3,279	3,335
Panamá	4,225	4,268	4,382	4,476
Paraguay	3,430	3,511	3,519	3,543
Perú	3,084	3,061	3,248	3,285
República Dominicana	3,521	3,608	3,744	3,884
Saint Kitts y Nevis	2,998	3,179	3,310	3,405
San Vicente y las Granadinas	4,131	4,232	4,293	4,454
Santa Lucía	3,263	3,399	3,517	3,594
Sint Maarten (parte de los Países Bajos)	4,462	4,730	4,770	5,360
Suriname	4,969	5,223	5,336	5,739
Trinidad y Tabago	3,928	4,028	4,083	4,224
Uruguay	3,073	3,170	3,254	3,414

NOTA: Los datos de costos no están disponibles para Barbados, Cuba, El Salvador, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). nd = no se informan datos de Argentina debido a información insuficiente o poco confiable para actualizar el costo en 2018–2020. *Las estadísticas regionales y subregionales sobre el costo de una dieta saludable incluyen los países de América Latina y el Caribe enumerados en esta tabla, así como las siguientes áreas y territorios: Anguila, Aruba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Curazao, Montserrat, Sint Marteen (parte de los Países Bajos) y las Islas Turcas y Caicos. **El costo de una dieta saludable incluye Argentina.

FUENTE: FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. (<https://doi.org/10.4060/cc0639es>).

ANEXO II

GLOSARIO

Subalimentación

La subalimentación se define como la condición de un individuo cuyo consumo habitual de alimentos es insuficiente para proporcionar, en promedio, la cantidad de energía alimentaria necesaria para mantener una vida normal, activa y saludable. Este indicador se reporta como una prevalencia, y se denomina “prevalencia de subalimentación”, un estimado de la proporción de personas de la población total que se encuentran en condición de subalimentación.

FUENTE: FAO. 2022b. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: www.fao.org/faostat/es/#data/FS). Acceso: 15 de junio de 2022.

Inseguridad alimentaria según la escala de experiencia de inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria medida por el indicador de la FIES se refiere al acceso limitado a los alimentos, para las personas o los hogares, debido a limitaciones de dinero u otros recursos. La gravedad de la inseguridad alimentaria se mide usando los datos obtenidos mediante el módulo de la encuesta FIES, que consta de ocho preguntas que piden a los encuestados un reporte sobre las condiciones y experiencias típicamente asociadas con el acceso limitado a los alimentos. Con el propósito de monitorear anualmente los ODS, las preguntas refieren a los 12 meses previos a la encuesta.

La FAO proporciona estimaciones de inseguridad alimentaria en dos niveles diferentes de gravedad: inseguridad alimentaria moderada e inseguridad alimentaria grave. Las personas afectadas por la inseguridad alimentaria moderada se enfrentan a la incertidumbre sobre su capacidad para obtener alimentos y se han visto obligadas a reducir, en ocasiones a lo largo de un año, la calidad o cantidad de alimentos que consumen debido a la falta de dinero u otros recursos. La inseguridad alimentaria grave se refiere a situaciones en las que las personas probablemente se han quedado sin comida, han pasado hambre y, en el caso más extremo, han pasado días sin comer. La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave se mide sumando la prevalencia de inseguridad alimentaria en ambos niveles.

FUENTE: FAO. 2022b. Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO [en línea]. Roma. (disponible en: www.fao.org/faostat/es/#data/FS). Acceso: 15 de junio de 2022.

Retraso del crecimiento, emaciación o desnutrición aguda, y sobrepeso en niños y niñas menores de cinco años

Retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años: Estatura (centímetros) para la edad (meses) < -2 desviaciones estándar de los Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La baja estatura para la edad es un indicador que da cuenta de los efectos acumulados de la desnutrición y las infecciones desde, e incluso antes de nacer. Puede ser el resultado de una deprivación nutricional de largo plazo, infecciones recurrentes y falta de agua e infraestructuras de saneamiento. Los niños y niñas con retraso del crecimiento corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades y morir. El retraso del crecimiento suele afectar negativamente el desarrollo cognitivo y físico de niños y niñas, provocando un bajo desempeño escolar y una capacidad intelectual reducida.

Los valores de corte en la prevalencia, significativos para la salud pública son los siguientes: muy bajo <2,5%; bajo $\geq 2,5\%$ y <10%; medio $\geq 10\%$ y <20%; alto $\geq 20\%$ y <30%; muy alto $\geq 30\%$.

Emaciación o desnutrición aguda: Peso (kilos) para la estatura (centímetros) < -2 desviaciones estándar de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. El bajo peso para la estatura es un indicador de pérdida de peso aguda o de falta de aumento de peso, y puede ser el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos o de enfermedades infecciosas, especialmente la diarrea. La emaciación indica malnutrición aguda, y aumenta el riesgo de muerte en la infancia asociado a enfermedades infecciosas como la diarrea, la neumonía y el sarampión.

Los valores de corte en la prevalencia, significativos para la salud pública son los siguientes: muy bajo <2,5%; bajo $\geq 2,5\%$ y <5%; medio $\geq 5\%$ y <10%; alto $\geq 10\%$ y <15%; muy alto $\geq 15\%$.

Sobrepeso: Peso (kilos) para la estatura (centímetros) > +2 desviaciones estándar de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. Este indicador da cuenta de un aumento de peso excesivo en relación con la estatura, generalmente debido a una ingesta energética que supera los requerimientos de energía de un niño. El sobrepeso y la obesidad infantil se asocian a una mayor probabilidad de sobrepeso y obesidad en la adultez, lo que puede llevar a varias enfermedades no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Los valores de corte en la prevalencia, significativos para la salud pública son los siguientes: muy bajo <2,5%; bajo $\geq 2,5\%$ y <5%; medio $\geq 5\%$ y <10%; alto $\geq 10\%$ y <15%; muy alto $\geq 15\%$.

FUENTE: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2021. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (edición de 2021)*. (disponible en: <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021>).

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva para infantes menores de seis meses de vida se define como una alimentación basada solamente en leche materna, sin recibir alimentos o bebidas adicionales, ni siquiera agua. La lactancia materna exclusiva es una piedra angular de la supervivencia de los bebés y es el mejor alimento para los recién nacidos, en tanto la leche materna da forma al microbioma del bebé, fortalece el sistema inmune y reduce el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. La lactancia materna también beneficia a las madres, porque previene las hemorragias posparto y favorece la involución uterina, disminuye el riesgo de anemia por deficiencia de hierro y de varios tipos de cáncer, aportando también beneficios psicológicos.

FUENTE: UNICEF. 2021. *Alimentación de lactantes y niños pequeños* [en línea]. (disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>). Acceso: 6 de abril 2022.

Bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal

El bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal es inferior a 2 500 gramos (menos de 5,51 libras), independientemente de la edad gestacional. El peso de un recién nacido es un indicador importante de la salud y la nutrición de la madre y el feto.

FUENTE: UNICEF y OMS. 2019. *UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015. New global, regional and national estimates of low birthweight*. Nueva York, y Ginebra, Suiza. (disponible en: www.unicef.org/reports/UNICEF-WHO-low-birthweight-estimates-2019).

Obesidad en adultos

El índice de masa corporal (IMC) es la relación entre el peso y la estatura que se utiliza habitualmente para clasificar el estado nutricional de los adultos. Se calcula dividiendo el peso corporal en kilogramos por la raíz cuadrada de la estatura corporal en metros (kg/m²). Son obesas las personas con un IMC igual o superior a 30 kg/m².

FUENTE: OMS. 2020b. En: *Global Health Observatory* [en línea]. (disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>). Acceso: 28 de abril 2020.

Anemia en mujeres de 15 a 49 años

Definición: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una concentración de hemoglobina inferior a 120 g/L para las mujeres no embarazadas y en período de lactancia, e inferior a 110 g/L para las mujeres embarazadas, ajustado por la estatura y el historial de tabaquismo.

Los valores de corte en la prevalencia, significativos para la salud pública son los siguientes: no es un problema de salud pública <5%; leve 5-19,9%; moderado 20-39,9%; grave ≥40%.

FUENTE: WHO. 2021. *Vitamin and Mineral Nutrition Information System (VMNIS)*. OMS. (disponible en: www.who.int/teams/nutrition-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system). Acceso: 25 de mayo 2021. OMS. 2021a. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. Global Health Observatory (GHO). (disponible en: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-\(-\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age-(-))). Acceso: 25 de mayo 2021.

Costo y asequibilidad de una dieta saludable

El costo de una dieta saludable se define como el costo necesario para comprar los alimentos menos caros disponibles localmente para satisfacer las necesidades energéticas de 2 330 kcal/cápita/día, y los estándares nutricionales determinados por las GABA a nivel nacional en todo el mundo, con suficiente diversidad y cantidad entre y dentro de los grupos de alimentos. El costo final es la suma de los alimentos menos caros de los seis grupos de alimentos identificados en una dieta saludable: frutas, verduras, alimentos básicos amiláceos, alimentos de origen animal, legumbres, frutos secos y semillas, y aceites y grasas. Para cada país, el costo de una dieta saludable se compara con las distribuciones de ingresos específicas disponibles en la Plataforma de análisis de Pobreza y Desigualdad (PIP, por sus siglas en inglés) del Banco Mundial <https://pip.worldbank.org/home>. Esto permite estimar los dos indicadores de asequibilidad que miden, respectivamente, el porcentaje y el número de personas de un país que no pueden permitirse el costo de una dieta saludable porque su presupuesto para alimentos está por debajo del costo estimado.

FUENTE: FAO. (en prensa). FAOSTAT: Costo y asequibilidad de una dieta saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. (disponible en: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/CAHD>). Acceso: 22 de agosto de 2022.

ANEXO III

NOTAS METODOLÓGICAS

Para las notas específicas de cada país, véanse los cuadros A.1.1 y A.1.2 en FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma, FAO. www.fao.org/documents/card/es/cc0639es

Prevalencia de la subalimentación

Se incluyeron las estimaciones regionales cuando estas dieran cuenta de más del 50% de la población. Las estimaciones nacionales son reportadas como promedios móviles trienales para controlar la escasa fiabilidad de algunos de los parámetros subyacentes, como la variación interanual en el stock de materias primas alimentarias, uno de los componentes de las Hojas de Balance Alimentario anuales de la FAO, para la cual la información completa y confiable es escasa. Los agregados regionales y globales se presentan como estimaciones anuales debido a que no se espera que posibles errores de estimación tengan correlación entre países.

Inseguridad alimentaria

Se incluyeron las estimaciones regionales cuando estas dieran cuenta de más del 50% de la población. Para reducir el margen de error, las estimaciones nacionales se presentan como promedios trienales.

Las estimaciones de la FAO refieren al número de personas que residen en hogares en los que se ha comprobado que al menos un adulto sufre inseguridad alimentaria.

Los resultados a nivel de los países se presentan sólo para aquellos países cuyas estimaciones se basan en datos nacionales oficiales o como estimaciones provisionales, basadas en datos de la FAO recolectados a través de la Encuesta Mundial Gallup, en países cuyas autoridades nacionales competentes no expresaron objeción alguna a que se publicaran. Es importante notar que el consentimiento para publicar no implica necesariamente la validación de la estimación por parte de las autoridades nacionales competentes y, además, que la estimación está sujeta a revisión tan pronto como se disponga de datos adecuados de fuentes nacionales oficiales. Los agregados globales, regionales y subregionales se basan en datos recogidos en aproximadamente 150 países.

Las estimaciones para América Latina y el Caribe de 2014 a 2019 incluyen países del Caribe cuya población combinada representa sólo el 30% del total de la población de esa subregión, mientras que las estimaciones de 2020 y 2021 incluyen países del Caribe cuya población combinada representa alrededor del 60% y el 65%, respectivamente, de la población subregional.

Retraso del crecimiento infantil, emaciación o desnutrición aguda y sobrepeso

La recolección de datos de las encuestas de hogares sobre la estatura y el peso de niños y niñas fue limitada en 2020 debido a las medidas de distanciamiento físico necesarias para evitar la diseminación de la COVID-19. Sólo cuatro encuestas nacionales incluidas en la base de datos se llevaron a cabo (al menos parcialmente)

en 2020. Por lo tanto, las estimaciones sobre el retraso del crecimiento, la emaciación o desnutrición aguda y el sobrepeso en niños y niñas se basan casi por completo en los datos obtenidos antes de 2020; por lo tanto, no consideran el impacto de la pandemia de la COVID-19.

En cuanto a las estimaciones regionales de emaciación o desnutrición aguda infantil, los valores corresponden a las estimaciones previstas en el modelo para el año 2020 únicamente. La emaciación o desnutrición aguda es una condición grave que puede cambiar a menudo y rápidamente a lo largo de un año calendario. Esto dificulta la generación de tendencias confiables en el tiempo con los datos disponibles, por lo que este informe sólo proporciona las estimaciones globales y regionales más recientes.

Lactancia materna exclusiva

Se incluyeron las estimaciones regionales cuando estas dieran cuenta de más del 50% de la población.

Costo y asequibilidad de una dieta saludable

El costo de una dieta saludable se estima en 2017 (año de referencia) utilizando los últimos datos de precios al por menor disponibles en el Programa de Comparación Internacional (PCI) dirigido por el Banco Mundial. Para actualizar las series en los años 2018-2020, en los que no se dispone de datos del PCI, el indicador de costo de 2017 se infló utilizando los datos de FAOSTAT para el IPC de cada país, y los datos de los Indicadores del desarrollo mundial (IDM) para los tipos de cambio de la paridad de poder adquisitivo. En cuanto a los indicadores de asequibilidad, las distribuciones de ingresos en la plataforma de Pobreza y Desigualdad del Banco Mundial (PIP, por sus siglas en inglés) están actualmente disponibles para los años 2017, 2018 y 2019, pero no están disponibles para el año 2020. Por lo tanto, el porcentaje de personas que no pueden permitirse el costo de una dieta saludable en 2020 se calculó utilizando el costo de la dieta de 2020, inflado por el IPC, y las correspondientes distribuciones de ingresos de 2019 disponibles en la PIP. Por lo tanto, mientras que las estimaciones de asequibilidad en 2020 reflejan las perturbaciones en los precios de los alimentos inducidos por la pandemia de la COVID-19, las perturbaciones en los ingresos aún no se capturan. Los agregados regionales y nacionales que indican la proporción de personas que no pueden permitirse el costo de una dieta saludable se expresan como porcentajes ponderados, utilizando ponderaciones de población.

ANEXO IV

GRUPOS DE PAÍSES

La FAO utiliza la metodología de clasificación nacional y regional M49, disponible en <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49>.

En este informe, “Mesoamérica” se refiere a la clasificación “Centroamérica” de M49.

Los grupos son:

- Sudamérica: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Venezuela (República Bolivariana de), Suriname y Uruguay.
- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago.
- Mesoamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

ISBN 978-92-5-137537-2



9 789251 375372

CC3859ES/1/01.23