

# 2010

## ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE

EL DESAFÍO DEL HAMBRE:

ÉNFASIS EN LA CRISIS DE LA SUBNUTRICIÓN INFANTIL



INTERNATIONAL  
FOOD  
POLICY  
RESEARCH  
INSTITUTE

**CONCERN**  
worldwide



# 2010

## ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE

EL DESAFÍO DEL HAMBRE:

ÉNFASIS EN LA CRISIS DE LA SUBNUTRICIÓN INFANTIL

IFPRI:

Klaus von Grebmer, Marie T. Ruel, Purnima Menon,  
Bella Nestorova, Tolulope Olofinbiyi,  
Heidi Fritschel, Yisehac Yohannes

Concern Worldwide and Welthungerhilfe:

Constanze von Oppeln, Olive Towey,  
Kate Golden, Jennifer Thompson

Bonn, Washington D.C., Dublin

Octubre de 2010



INTERNATIONAL  
FOOD  
POLICY  
RESEARCH  
INSTITUTE

**CONCERN**  
worldwide



Las causas del hambre y la subnutrición infantil son **predecibles y prevenibles**, y pueden ser atendidas por medios asequibles.

Programa Mundial de Alimentos, 2006

# PRÓLOGO

La seguridad alimentaria global se encuentra bajo presión. A pesar de que los líderes mundiales adoptaron, con el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la tarea de reducir a la mitad la proporción de personas que sufren hambre en el mundo entre 1990 y 2015, no estamos nada cerca de cumplir con dicha meta. El porcentaje de personas subnutridas cayó de un 20 por ciento en 1990–1992 a un 16 por ciento en 2004–2006. No obstante en años recientes el número de personas que padecen hambre ha ido, de hecho, en aumento. En 2009, el número de personas subnutridas superó los mil millones a consecuencia de la crisis de los precios de los alimentos y en medio de la recesión mundial. Estimaciones más recientes del Programa de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO, sugieren que el número habría caído a 925 millones en 2010. Dentro de este sector de la población hay un grupo especialmente vulnerable: las niñas y niños pequeños. La subnutrición sufrida durante los dos primeros años de vida puede poner en riesgo la propia vida del niño y la niña, así como comprometer su desarrollo físico, motor y cognitivo. Para aquellos que sobreviven, la subnutrición en los dos primeros años suele acarrear daños irreversibles a largo plazo. Resulta por lo tanto de particular importancia que emprendamos una acción conjunta para combatir el hambre, especialmente entre los infantes. Esta es la temática central en que hace énfasis el Índice Global del Hambre 2010, publicado de forma conjunta por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), Concern Worldwide, y Welthungerhilfe.

El 2010 es el quinto año en que el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias ha estimado el Índice Global del Hambre (IGH) y analizado este indicador multidimensional del hambre mundial. Esta serie de informes registra la situación del hambre a nivel global y también país por país, centrando la atención de los países y regiones en aquellos aspectos donde la acción es más urgente. De esta forma, estos informes brindan apoyo a los esfuerzos de promoción, diseño y gestión de políticas a nivel nacional e internacional.

Este informe brinda una imagen no del presente sino del pasado. La estimación del IGH tiene limitaciones a causa de la captura


de datos por parte de los gobiernos y agencias internacionales, y con datos de último minuto sobre el hambre mundial simplemente no se cuenta. El IGH 2010 incorpora los datos más recientes a nuestra disposición, y no refleja por tanto el impacto de los eventos económicos más recientes. Esta información, no obstante, sí permite identificar aquellos países y regiones en donde el hambre es más severa y persistente. Los niveles de hambre van de alarmantes a extremos en veintinueve países, y entre las regiones del planeta, Asia Meridional y el África Subsahariana continúan padeciendo los mayores niveles de hambre. Es clave recordar que estos resultados representan el sufrimiento extremo de millones de personas.

El IGH 2010 subraya también un componente fundamental del hambre –la subnutrición en la primera infancia. El capítulo 3 explica cómo una pobre nutrición entre los menores de dos años puede tener consecuencias para toda la vida en cuanto a la salud, la productividad y el desempeño económico. Se discute además cuán urgente es atender la subnutrición en la primera infancia para poder lograr mejoras en la reducción del hambre global.

Esperamos que este informe no solo genere discusión sino que además mueva a la acción en todo el mundo con el fin de hacer frente al hambre, especialmente entre los y las niñas pequeñas.



**Dr. Wolfgang Jamann**  
Secretario General y Director de  
Welthungerhilfe



**Dr. Shenggen Fan**  
Director General del  
Instituto Internacional de  
Investigación sobre  
Políticas Alimentarias



**Tom Arnold**  
Chief Executive  
Concern Worldwide

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 01</b> El concepto del Índice Global del Hambre .....	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 02</b> Tendencias globales, regionales y nacionales .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 03</b> Enfrentando la crisis de la subnutrición en la primera infancia: La ventana de oportunidad de mil días .....	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 04</b> La lucha contra la subnutrición en la primera infancia: Recomendaciones para políticas .....	<b>32</b>
<b>APÉNDICE</b>	
<b>A</b> Fuentes de datos y cálculos para los Índices Globales del Hambre de 1990 y 2010 .....	<b>35</b>
<b>B</b> Datos de referencia para el cálculo de los Índices Globales del Hambre de 1990 y 2010 .....	<b>36</b>
<b>C</b> Bibliografía .....	<b>39</b>
<b>D</b> Socios .....	<b>42</b>

# RESUMEN

Conforme el mundo se acerca al vencimiento del plazo previsto para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – entre los cuales se incluye como meta la reducción, a la mitad, del porcentaje de personas que padecen hambre – el Índice Global del Hambre (IGH) 2010 brinda una panorámica útil y multidimensional del hambre en el mundo. El IGH 2010 muestra cierta mejoría frente al IGH de 1990, con respecto al cual se dio una reducción del 25 por ciento. Sin embargo, este indicador del hambre en el mundo aún se mantiene a niveles que se pueden catalogar como “serios”. Estos resultados no son sorprendentes dado que el número global de personas hambrientas superó los mil millones en 2009.

Los mayores puntajes regionales en el IGH se obtuvieron en Asia Meridional y en el África Subsahariana, aunque en Asia Meridional los progresos desde 1990 han sido mucho mayores. En dicha región el pobre estatus nutricional, educativo y social de la mujer es uno de los principales factores que contribuye a una alta prevalencia del bajo peso entre niñas y niños menores de cinco años. En contraste, en el África Subsahariana la baja efectividad de los gobiernos, los conflictos, la inestabilidad política y las altas tasas de infección con VIH/SIDA se encuentran entre los principales factores que conducen a una alta mortalidad infantil y a una elevada proporción de personas incapaces de satisfacer sus requerimientos de calorías.

Algunos países han logrado progresos significativos en la mejora de su IGH. Entre 1990 y 2010, las mayores mejoras en el IGH se dieron en Angola, Etiopía, Ghana, Mozambique, Nicaragua y Vietnam.

Por otro lado, hay veintinueve países cuyos niveles de hambre son aún “alarmantes” o incluso “extremadamente alarmantes”. Los países con puntajes “extremadamente alarmantes” en el IGH 2010 – Burundi, Chad, Eritrea y la República Democrática del Congo – se encuentran todos en el África Subsahariana. A su vez, la mayoría de los países con puntajes “alarmantes” en el IGH pertenecen al África Subsahariana y al sur de Asia. El mayor deterioro en los niveles del IGH se dio en la República Democrática del Congo, en gran medida a causa del conflicto y la inestabilidad política.

El desempeño económico y el hambre están correlacionados de forma inversa. Los países con altos niveles de Ingreso Nacional Bruto (INB, también llamado Renta Nacional Bruta o RNB) per capita, que es un indicador importante del desempeño económico, tienden a mostrar bajos puntajes en el IGH 2010, y al contrario, los países con bajos niveles de INB per capita presentan por lo general altos puntajes en el IGH. No obstante estas tendencias no se presentan en todos los casos. Entre los factores que presionan al alza los niveles de hambre de un país, por encima de lo que correspondería esperar de acuerdo con sus niveles de ingreso, se pueden citar los conflictos, las enfermedades, la desigualdad, la débil gobernabilidad y la discriminación de género. En contraste, un crecimiento económico favorable a

los pobres, un desempeño agrícola sólido, y una mayor equidad de género, son factores que ayudan a reducir el hambre por debajo de los niveles que cabría esperar con base en el ingreso.

La alta prevalencia de la subnutrición infantil es uno de los factores que más contribuye a la persistencia del hambre. A nivel mundial, el mayor aporte al puntaje del IGH global se debe al bajo peso infantil. Aunque se trata solamente de uno de los tres elementos que componen el IGH, la proporción de niñas y niños menores de cinco años con bajo peso representa casi la mitad del puntaje total a nivel mundial. La subnutrición infantil no está distribuida de manera uniforme en el planeta, sino que se haya concentrada en unos cuantos países y regiones. Más del 90 por ciento de niñas y niños con retraso en su crecimiento (es decir, niñas y niños cuyo peso es bajo para su edad) viven en África y Asia, donde las tasas de retraso alcanzan el 40 y el 36 por ciento, respectivamente.

Para mejorar su calificación en el IGH, los países requieren acelerar sus progresos en materia de subnutrición infantil. La evidencia reciente muestra que la ventana de oportunidad para la mejora de la nutrición infantil comprende el período que va desde 9 meses antes de nacer hasta los 24 meses de edad (es decir, los mil días que hay desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño o la niña). Se trata del período en que, para su sano desarrollo, los infantes tienen una mayor necesidad de contar con cantidades adecuadas de comida nutritiva, con servicios de salud preventivos y curativos, y con prácticas de atención apropiadas para la edad; y es también el período en que las intervenciones tienen mayores probabilidades de prevenir el establecimiento de la subnutrición. Después de los dos años de edad, los efectos de la subnutrición son mayormente irreversibles.

A fin de reducir la subnutrición infantil, los gobiernos deberían invertir en intervenciones efectivas en pro de la nutrición y centradas en las madres y sus hijos durante esta ventana de oportunidad. Tales intervenciones deberían hacer énfasis en mejorar la nutrición materna durante el embarazo y la lactancia, promover prácticas adecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria del niño amamantado, proveer micro-nutrientes esenciales, promover el uso de la sal yodada y asegurar además una inmunización adecuada. Lograr una amplia cobertura con este tipo de intervenciones podría tener un rápido impacto en la mejora de la nutrición durante la primera infancia. Los gobiernos deberían además adoptar políticas que aborden de manera más amplia las causas subyacentes a la subnutrición, tales como la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a servicios de salud y unas prácticas pobres de cuidado y alimentación infantil, las cuales se ven reforzadas por condiciones de pobreza e inequidad de género. Las estrategias de reducción de la pobreza que hacen énfasis en la reducción de las inequidades son, por tanto, parte de la solución requerida para mejorar la nutrición en la primera infancia, así como también lo son las políticas diseñadas específicamente para mejorar la salud, nutrición y estatus social de mujeres y niñas.

# 01



La subnutrición es la **principal amenaza** para la salud y el bienestar, no sólo en los países de ingreso medio y bajo, sino también globalmente

Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, 2006



# EL CONCEPTO DEL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE

El Índice Global del Hambre (IGH) es una herramienta adaptada y desarrollada ulteriormente por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, IFPRI, para medir y dar seguimiento de manera comprehensiva al hambre en el mundo.<sup>1</sup> El IGH integra tres indicadores relacionados con el hambre y vinculados entre sí – la proporción de personas subnutridas en la población, la prevalencia del bajo peso infantil, y la tasa de mortalidad infantil (ver el recuadro de las páginas 8 y 9 para obtener más información sobre la estimación del IGH y para revisar distintas definiciones del concepto de hambre).<sup>2</sup> El IGH busca crear conciencia sobre las diferencias regionales y entre países en relación con el hambre, y servir además como mecanismo propulsor de acciones para erradicar el hambre. El IGH, que está dirigido a una amplia gama de destinatarios – entre los que se incluyen formuladores de políticas, donantes, organizaciones no gubernamentales, educadores, medios de comunicación y el público en general –, aporta nuevos puntos de vista y evidencias con respecto a los factores determinantes del hambre, y destaca éxitos y fracasos en su combate.

El IGH del presente año es un reflejo de los datos disponibles para el período 2003-2008 – que son a su vez los datos globales más recientes de que se dispone para los tres componentes del IGH – razón por la cual no toman en cuenta los cambios más recientes en la situación del hambre. Para algunos países que padecen de problemas de hambre entre moderados y severos, tales como Afganistán, Irak, Papúa Nueva Guinea y Somalia, se dispone de datos insuficientes para la estimación del IGH. Se requiere de datos más actualizados y de mayor cobertura con respecto al hambre a nivel de país para poder contar con un análisis más completo y reciente del estado global del hambre. A pesar de la existencia de abundantes herramientas tecnológicas para la recolección y análisis de datos de forma casi instantánea, aún se tienen enormes brechas de tiempo a la hora de informar sobre las estadísticas vitales relativas al hambre. La recolección de datos de alta calidad con respecto al consumo de alimentos sigue siendo una tarea tediosa y dilatada que requiere de habilidades especializadas.

El IGH 2010 y el IGH 1990<sup>3</sup> que se presentan en este informe incluyen los datos revisados más recientes para cada uno de los componentes, y los datos utilizados para la estimación de alguno de los componentes del IGH en los casos en los que no se dispuso de una fuente original de datos. En comparación con los datos del informe IGH 2009, el componente de mortalidad infantil para el IGH de 1990 se revisó en esta ocasión para reflejar las actualizaciones más recientes publicadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF). Además, para la estimación de la prevalencia del bajo peso en la niñez tanto para el IGH 1990 como el IGH 2010, se utilizaron en esta ocasión los datos revisados sobre disponibilidad de calorías de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Aunque estas mejoras en la calidad de los datos subyacentes significan una mejora en la calidad del IGH, esto también significa que los valores del IGH 2010, y los valores revisados del IGH 1990, tanto a nivel de país, región y globales, no son comparables con los valores del IGH calculados en ocasiones anteriores (para más información sobre las estimaciones anteriores del IGH, ver von Grebmer et al. 2009; von Grebmer et al. 2008; IFPRI/Welthungerhilfe/Concern 2007; Wiesmann 2006a, b; y finalmente Wiesmann, Weingärtner y Schöninger 2006).

Los datos sobre la proporción de subnutridos en la población corresponden al período 2004-2006 (FAO 2009); los datos sobre mortalidad infantil son de 2008 (UNICEF 2009a); y los datos sobre bajo peso infantil corresponden al año más reciente disponible por país para el período 2003-2008 (OMS 2010a; UNICEF 2010; y MEASURE DHS 2010). Los datos para el IGH 1990 corresponden al período 1988-92. La información sobre la proporción de subnutridos en la población proviene del período 1990-1992 (FAO 2009); los datos sobre mortalidad infantil son de 1990 (UNICEF 2009a); y la información sobre bajo peso infantil corresponden a 1988-1992 (OMS 2010a). En el Apéndice A se presenta información de referencia más detallada en relación con las fuentes de datos y los cálculos relativos a los IGH de 1990 y 2010.

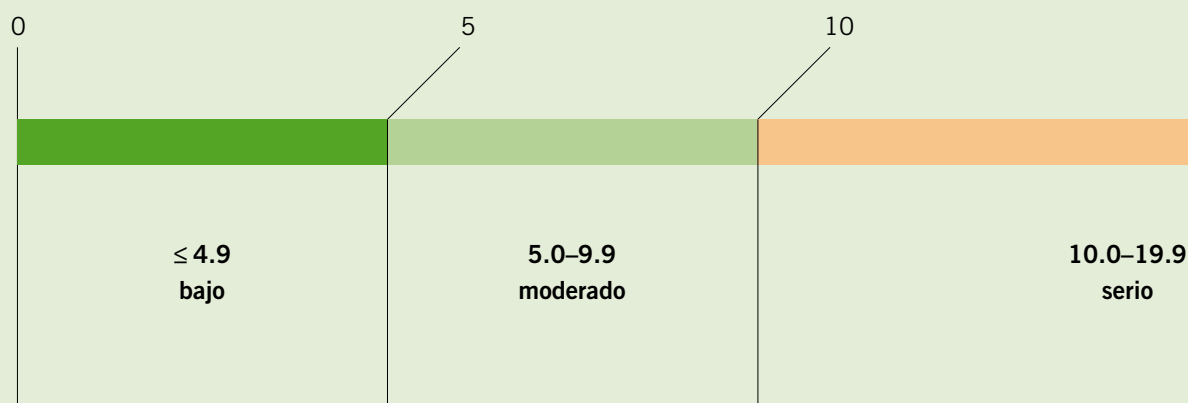
El IGH 2010 se estimó para un total de 122 países cuya información estaba disponible para los tres componentes y para los cuales la medición del hambre resulta relevante (algunos países de ingreso alto se excluyen del cálculo del IGH porque la prevalencia del hambre en ellos es muy baja).

<sup>1</sup> Para obtener información de referencia sobre el concepto, véanse Wiesmann (2004) y Wiesmann, von Braun, y Feldbrügge (2000).

<sup>2</sup> Para una medida multidimensional de pobreza, véase el índice desarrollado por la Iniciativa sobre Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford (OPHI, por sus siglas en inglés) para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Alkire y Santos 2010).

<sup>3</sup> El año 1990 se eligió para la comparación porque el mismo se utiliza también como punto de referencia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

## ¿QUÉ ES EL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE?

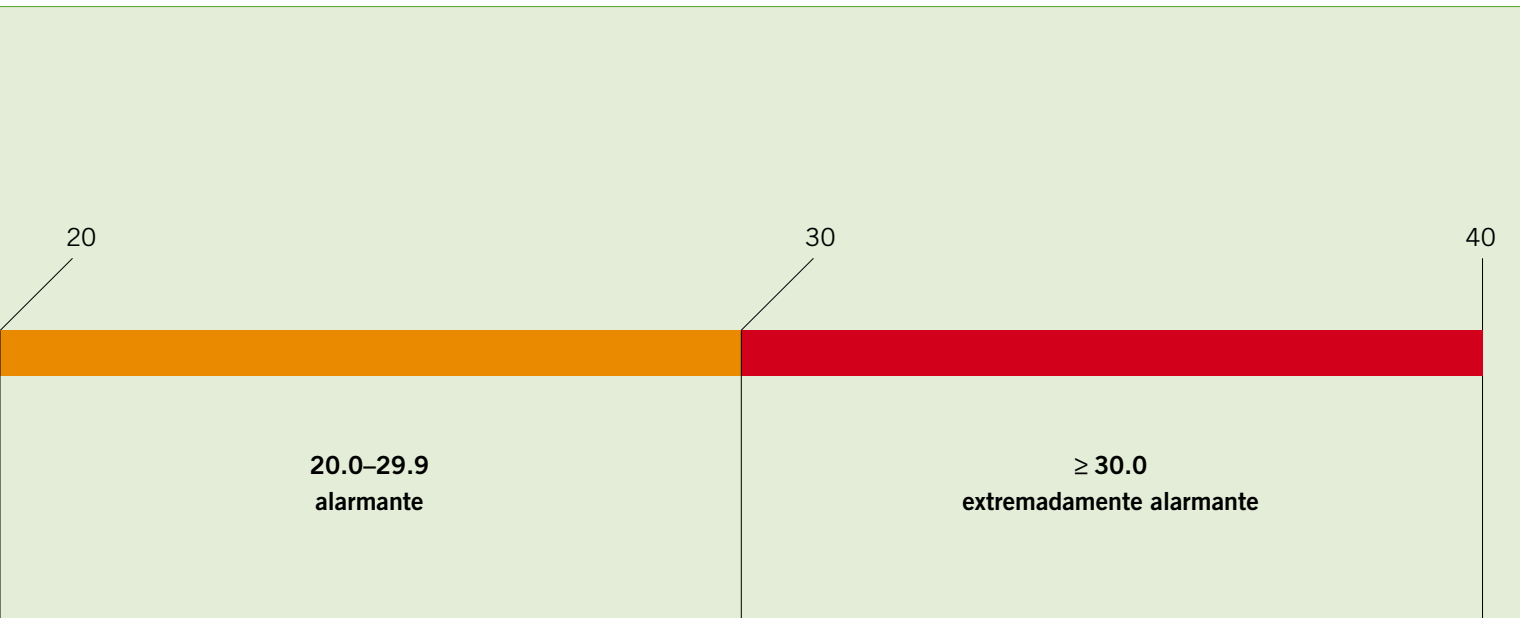


El IGH se basa en un enfoque multidimensional para la medición y seguimiento del hambre. El IGH integra tres indicadores a los que se les asigna una misma ponderación:

1. La proporción de personas subnutridas como porcentaje de la población (la cual refleja qué parte de la población tiene una ingesta insuficiente de energía en su dieta);
2. La prevalencia del bajo peso en niñas y niños menores de cinco años (la cual indica qué proporción entre los niños y niñas sufren de bajo peso para su edad); y
3. La tasa de mortalidad infantil entre niñas y niños menores de cinco años (la cual refleja, de forma parcial, la sinergia fatal que se da entre una ingesta inadecuada de alimentos y un ambiente insano).

El enfoque multidimensional del IGH ofrece varias ventajas. Por un lado, captura varios aspectos del hambre en un único índice numérico, el cual brinda una rápida panorámica sobre un problema complejo. El mismo da cuenta de la situación nutricional, no sólo de la población como un todo, sino también de un grupo fisiológicamente vulnerable – los infantes – para quienes la carencia de nutrientes acarrea altos riesgos de enfermedad, de pobre desarrollo físico y cognitivo, e incluso de muerte. Además, al combinar indicadores que han sido medidos en forma independiente, reduce los efectos de los errores aleatorios de medición.

El índice clasifica a los países con respecto a una escala de 100 puntos en la que 0 representa la mejor calificación posible (sin hambre) y 100 por consiguiente la peor situación. No obstante, ninguno de ambos extremos se alcanza en la práctica. Valores por debajo de 5.0 reflejan bajos niveles de hambre; valores entre 5.0 y 9.9 reflejan niveles moderados de hambre; valores entre 10.0 y 19.9 indican problemas serios; valores entre 20.0 y 29.9 son alarmantes; y valores de 30.0 o superiores son extremadamente alarmantes.



## CONCEPTOS DE HAMBRE

La terminología al uso para referirse a distintos conceptos de hambre puede ser confusa. “Hambre” se entiende usualmente como referida a las molestias asociadas con la falta de comida. La FAO la define específicamente como el consumo por debajo de 1,800 kilocalorías por día – el mínimo requerido por la mayoría de la gente para vivir una vida saludable y productiva. El término “subnutrición” significa deficiencias de energía, de proteínas, o de vitaminas y minerales esenciales, cualquiera de ellas o sus posibles combinaciones (ver el recuadro de la página 22 para una descripción adicional de la subnutrición infantil). La subnutrición es el resultado de una ingesta inadecuada de alimentos – ya sea en términos de cantidad o de calidad – o de una pobre utilización de los nutrientes ingeridos a causa de infecciones u otras enfermedades, o incluso de la combinación de ambos factores. La “malnutrición” se refiere más ampliamente tanto a la subnutrición (un problema de deficiencias) como a la sobrenutrición (un problema de desequilibrios en la dieta, por ejemplo por el consumo excesivo de calorías en relación con los requerimientos, ya sea con o sin una baja ingesta de alimentos ricos en micronutrientes). Ambas condiciones contribuyen a una mala salud. En este informe, “hambre” hace referencia al índice derivado de los tres indicadores que se describen en la página 8.



El IGH mundial de 2010 muestra una mejoría con respecto al IGH mundial de 1990. Sin embargo, el índice de hambre en el mundo permanece en un nivel caracterizado como **serio**.

# TENDENCIAS GLOBALES, REGIONALES Y NACIONALES

El IGH del mundo<sup>1</sup> de 2010 muestra una mejoría con respecto al IGH mundial de 1990, al reducirse de 19.8 a 15.1, es decir, una reducción de casi una cuarta parte (ver la figura abajo). La proporción de menores de cinco años con bajo peso en el IGH mundial bajó 2.6 puntos, y también mejoraron la tasa de mortalidad y la proporción de menores con bajo peso. Sin embargo, el índice de hambre en el mundo sigue siendo serio. De hecho, la cantidad total de personas que sufren hambre, según la FAO, sobrepasó los 1.000 millones en 2009, aunque las nuevas estimaciones sugieren que este número podría haber caído a 925 millones en 2010 (FAO 2009; FAO 2010a).

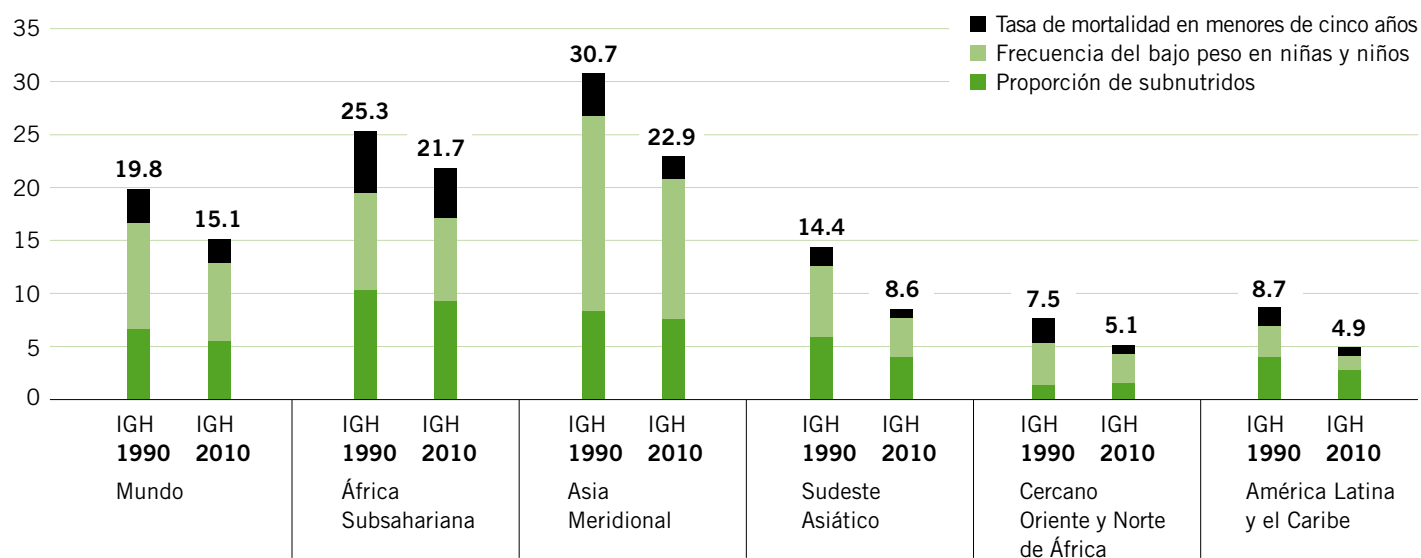
La situación varía enormemente según la región y el país. El IGH de 2010 cayó un 14 % en África Subsahariana en comparación al IGH de 1990, mientras que en Asia Meridional cayó un 25 %, y en el Cercano Oriente y el Norte de África cayó un 33 %. El progreso fue especialmente importante en el Sudeste Asiático y América Latina y el Caribe, donde la caída en el IGH fue de más del 40 %.

Los mayores puntajes del IGH por región son para Asia Meridional, con 22.9, y África Subsahariana con 21.7, pero Asia Meridional ha mostrado mucho progreso desde 1990, y además, las causas del problema del hambre en ambas regiones son diferentes. En Asia Meridional los principales factores que contribuyen a la mayor

frecuencia de menores de cinco años con bajo peso son el bajo estatus social, educativo y nutricional de las mujeres. En contraste, en África Subsahariana los principales factores que determinan la alta mortalidad infantil y la alta proporción de personas que no puede satisfacer sus requerimientos calóricos son: la baja efectividad gubernamental<sup>2</sup>, los conflictos, la inestabilidad política, y las altas tasas de contagio con VIH/SIDA.

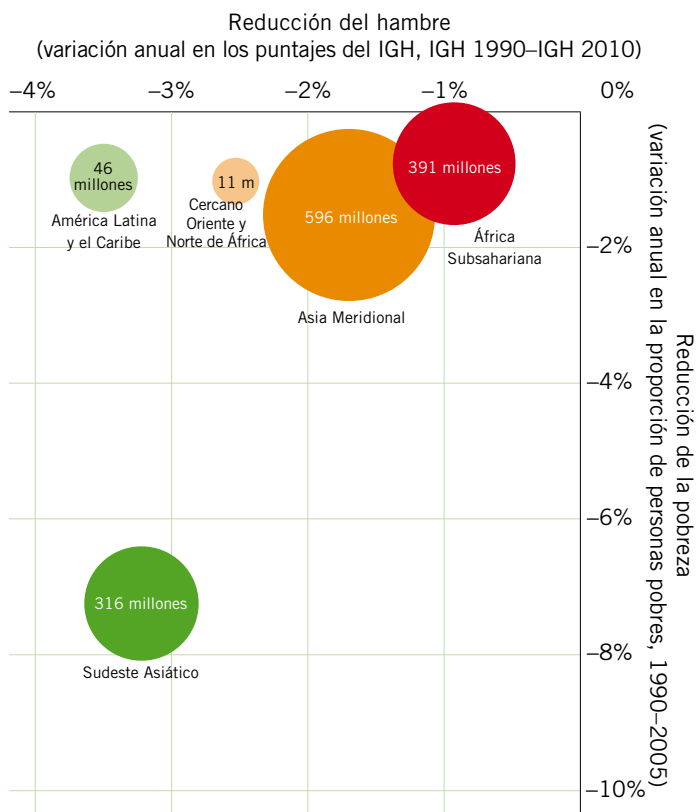
El progreso en la reducción del problema del hambre – medida a través de la reducción anual en los puntajes del IGH – a menudo se halla estrechamente asociado con la reducción en la pobreza (ver la figura en la parte superior de la página 12). Este hallazgo no es ninguna sorpresa, dado que la pobreza es uno de los factores clave que causan subnutrición, bajo peso y mortalidad infantil. En Asia Meridional, región que alberga la mayor cantidad de personas pobres, la pobreza y el hambre están decreciendo lentamente y prácticamente al mismo ritmo. Sin embargo, la reducción en el hambre algunas veces sobrepasa a la reducción en la pobreza, y viceversa. Por ejemplo, en el Sudeste Asiático la pobreza cayó casi un 8 % en un año, mientras que el IGH se redujo sólo un 3 %. Por otra parte, en América Latina y el Caribe la pobreza se redujo sólo un 1 % mientras que el IGH se redujo un 3.5 %.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL IGH 1990 (CON BASE EN DATOS DE 1988–1992) Y DEL IGH 2010 (CON BASE EN DATOS DE 2003–2008)



Nota: Para el IGH de 1990, los datos referidos a la proporción de subnutridos corresponden a 1990–92; los datos de frecuencia del bajo peso en niñas y niños son del último año en que los datos estaban disponibles en el período 1988–92; y los datos sobre mortalidad infantil corresponden a 1990. Para el IGH de 2010, los datos referidos a la proporción de subnutridos corresponden a 2004–06; los datos de frecuencia de bajo peso en niñas y niños son del último año en que los datos estaban disponibles en el período 2003–08; y los datos sobre mortalidad infantil corresponden a 2008.

## REDUCCIÓN DEL HAMBRE Y LA POBREZA POR REGIÓN

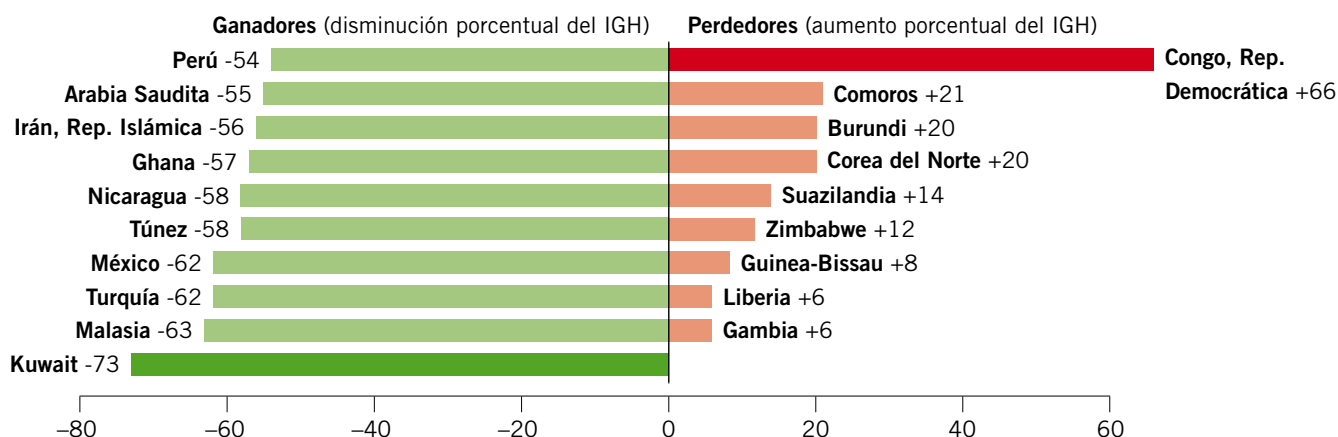


Fuente: Datos sobre pobreza a partir del trabajo de Chen y Ravallion (2008).  
Nota: El año de referencia utilizado para el IGH 2010 en los cálculos de la variación anual es 2006. El tamaño de las burbujas representa a los millones de personas pobres en cada región en 2005.

Entre 1990 y 2010, pocos países fueron capaces de reducir sus puntajes del IGH en 50 % o más (ver el mapa en la página 13). Alrededor de una tercera parte de los países lograron progresos modestos, reduciendo sus puntajes del IGH entre un 25 y un 49.9 %, y otra tercera parte redujo sus puntajes del IGH entre 0 y 24.9 %. Solamente un país de África Subsahariana – Ghana – está entre los diez países que mejoraron en mayor medida su puntaje del IGH desde 1990 (ver la figura abajo). El destacable progreso en la reducción del hambre en el caso de Kuwait se debe principalmente al nivel inusualmente alto de hambre mostrado en 1990, cuando Irak invadió el país. El segundo país con mejor desempeño, Malasia, redujo el hambre a través de una dramática reducción en la frecuencia de niñas y niños con bajo peso (ver el apartado en la página 13).

Entre los nueve países en los que el IGH aumentó (todos en África Subsahariana, excepto Corea del Norte), la República Democrática del Congo mostró el peor desempeño por mucho, con un aumento en el IGH de más del 65 %. Los conflictos y la inestabilidad política han aumentado el problema del hambre en ese país (ver el apartado en la página 13), al igual que en Burundi, Comoros, Guinea-Bissau y Liberia. En Suazilandia, la alta frecuencia de VIH/SIDA, acompañado de un alto grado de desigualdad, ha minado severamente la seguridad alimentaria, a pesar de contar con una mayor renta nacional. En el caso de Corea del Norte, las tendencias negativas en el crecimiento económico y la producción de alimentos han aumentado la tasa de subnutrición. En Gambia, la subnutrición se deterioró en parte debido a la reducción en los fondos destinados a la protección social de las familias vulnerables. En Zimbabwe, considerado anteriormente el granero de África, el colapso económico ha aumentado la proporción de niñas y niños con bajo peso y la mortalidad infantil (para información

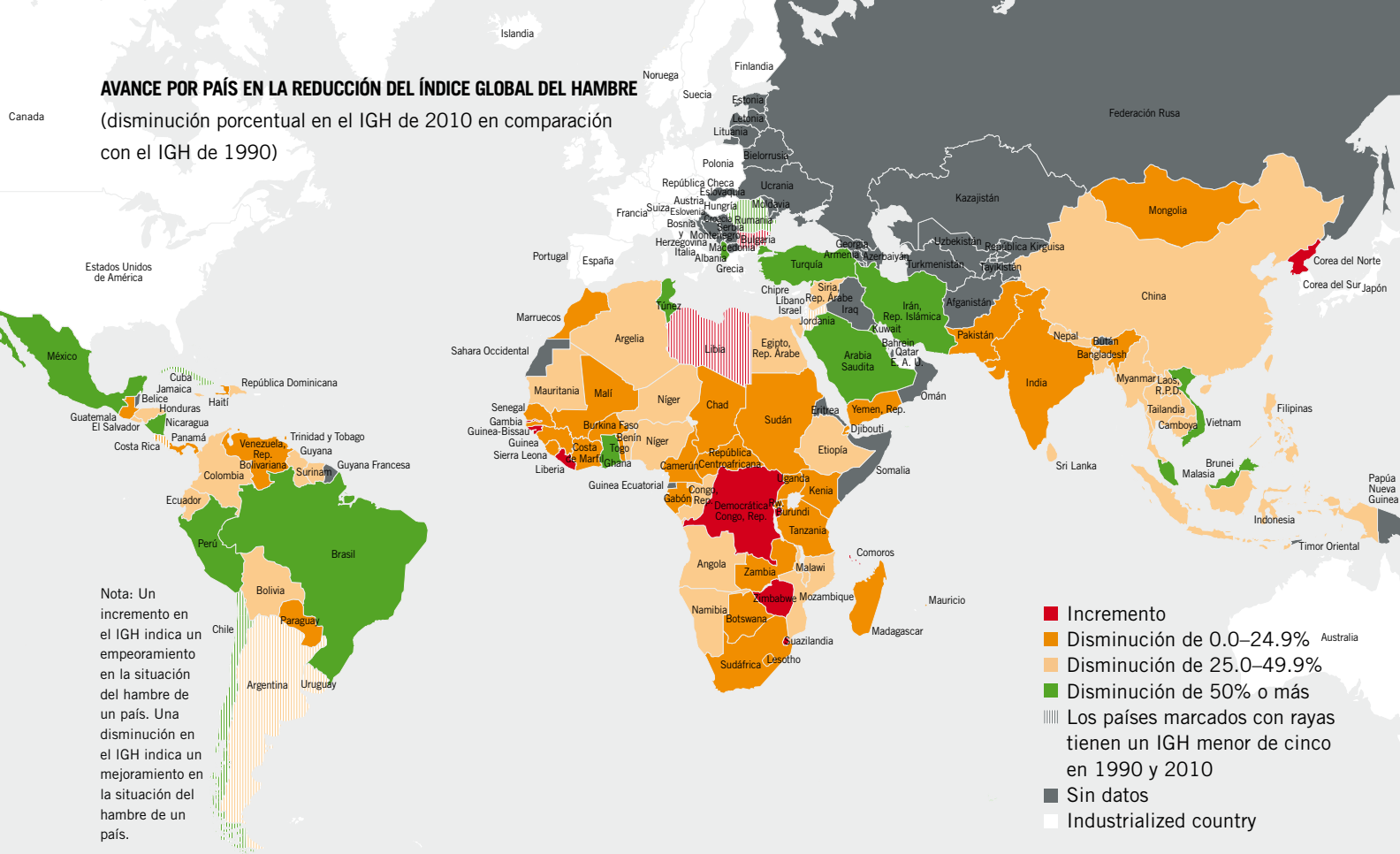
## GANADORES Y PERDEDORES EN EL IGH DESDE 1990 A 2010



Nota: Se excluyen los países con un IGH menor de cinco tanto en 1990 como en 2010.

## AVANCE POR PAÍS EN LA REDUCCIÓN DEL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE

(disminución porcentual en el IGH de 2010 en comparación con el IGH de 1990)



adicional sobre la relación entre desempeño económico y hambre, ver el apartado en la página 14).

Algunos países tuvieron un notable progreso absoluto en la mejora de su IGH. Entre 1990 y 2010, los IGH de Angola, Etiopía, Ghana, Mozambique, Nicaragua y Vietnam mostraron las mejoras más

amplias –de más de 13 puntos– en sus índices. Sin embargo, en la República Democrática del Congo y Burundi el IGH aumentó en 16 y 7 puntos respectivamente.

Veintinueve países poseen aún niveles de hambre que son “alarmantes” o “extremadamente alarmantes” (ver el mapa en las

### EL RÁPIDO MEJORAMIENTO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN MALASIA

La frecuencia de subnutrición y la tasa de mortalidad infantil en Malasia han sido bajas por muchas décadas, pero la frecuencia del bajo peso en niñas y niños menores de cinco años ha sido considerablemente mayor. Sin embargo, de 1990 a 2005, la proporción de niñas y niños con bajo peso se redujo drásticamente, de 22.1 % a 7.0 %. Esta impresionante disminución en el bajo peso en niñas y niños puede ser atribuida al rápido crecimiento económico, así como a las intervenciones nutricionales tanto por parte del gobierno como de entidades no gubernamentales, dirigidas prioritariamente a mujeres y niñas y niños pequeños. Históricamente, la salud y la nutrición han sido prioridades para el gobierno, y en forma más reciente, el país ha implementado planes nacionales integrales sobre nutrición. Las principales intervenciones en nutrición incluyen ayuda alimentaria para las familias de menores pobres y subnutridos, programas de alimentación suplementaria para menores que asisten a educación preescolar y primaria, suplementos con micronutrientes para madres embarazadas, y actividades de educación en nutrición (Khor 2005).

### INSEGURIDAD ALIMENTARIA AGUDA Y PERSISTENTE EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

La República Democrática del Congo tiene la proporción de personas subnutridas más alta –tres cuartas partes de la población– y una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo. Desde 1990, la subnutrición ha empeorado significativamente en el país. El prolongado conflicto civil que se inició a finales de la década de 1990 produjo un colapso económico, desplazamientos masivos de personas, y un estado crónico de inseguridad alimentaria. La disponibilidad y el acceso a los alimentos se deterioraron conforme la producción de alimentos cayó, y las áreas remotas del país llegaron a estar aún más aisladas como consecuencia de una infraestructura muy pobre. La República Democrática del Congo está buscando ahora la forma de reconstruirse y recuperarse. Si el país basa su recuperación principalmente en la ayuda de emergencia, que contribuiría poco a construir sostenibilidad a largo plazo, entonces continuará en una situación de seguridad alimentaria precaria (FAO 2010b). Se requiere de la ampliación de programas con importantes componentes de desarrollo, que integren la seguridad alimentaria, la nutrición y la salud, de manera que los mismos se conviertan en la práctica normal en el país (Rossi et al. 2006).

## DESEMPEÑO ECONÓMICO Y HAMBRE

El desempeño económico y los niveles de hambre están correlacionados en forma inversa. Los países con altos niveles de ingreso nacional bruto (INB) per cápita – una importante medida del desempeño económico – tienden a mostrar puntajes bajos del IGH 2010, y a la inversa, los países con bajos niveles de INB per cápita tienden a presentar altos puntajes del IGH (ver las figuras en las páginas 15 y 16).

Sin embargo, muchos países se desvían de los puntajes de IGH previstos a partir de sus niveles de ingreso. Los países con puntajes de IGH por encima de la línea prevista (conformada a partir de los datos de 119 países) se desempeñan peor de lo que sugieren sus niveles de ingreso; los países con puntajes del IGH por debajo de la línea prevista se desempeñan mejor de lo que sugieren sus niveles de ingreso. En África Subsahariana, muchos países presentan puntajes del IGH 2010 considerablemente mayores de lo que su INB per cápita podría sugerir; algunos ejemplos son Angola, Botswana, Burundi, la República Democrática del Congo, Djibouti y Eritrea (ver la figura en la parte superior de la página 15). En todos estos

países, excepto Botswana, sus puntajes relativamente deficientes son causados, al menos en parte, por los efectos de la guerra y los conflictos. En Botswana, la alta desigualdad y los altos niveles de contagio con VIH/SIDA han causado altos niveles de hambre en relación con su INB per cápita. Otros países, tales como Ghana y Uganda, presentan puntajes del IGH 2010 menores a lo que se podría esperar basados en su INB per cápita. En las últimas dos décadas ambos países han reducido el hambre a través, en parte, de un crecimiento económico que ha favorecido a los pobres, y de mejoras en la producción agrícola a cause de una ampliación en las inversiones.

En Asia Meridional y el Sudeste Asiático, países como Bangladesh, India, Pakistán y Timor Oriental están entre los que presentan niveles de hambre considerablemente mayores a lo que su INB podría sugerir, y China, Fiji y Vietnam están entre los países con niveles de hambre considerablemente menores (ver la figura en la parte inferior de la página 15). En India, por ejemplo, los altos puntajes del IGH 2010 son causados por los altos niveles de menores con bajo peso,

como resultado del bajo estatus nutricional y social de las mujeres en el país. En América Latina y el Caribe, Haití sobresale como país con un puntaje del IGH más alto que el previsto por su bajo ingreso per cápita (ver la figura en la página 16). Aún antes del fuerte terremoto a inicios de 2010, el cual aumentó la inseguridad alimentaria de más personas, Haití sufría ya de factores que fomentaban la pobreza y el hambre, tales como la inestabilidad política, una gobernabilidad deficiente, y una pobre provisión de servicios sociales. Por otra parte, Guyana, Honduras, Nicaragua y Paraguay, por ejemplo, presentan niveles de hambre menores que los sugeridos por su INB. Finalmente, en el Cercano Oriente y Norte de África, todos los países, excepto Yemen, tienen niveles de hambre menores a los esperados, y en Libia, el hambre coincide con el nivel esperado (ver la figura en la parte inferior de la página 16). En Yemen, el hambre es particularmente alto debido a la gran desigualdad entre el campo y la ciudad, a una estructura económica dependiente del petróleo, a una ineficiente protección social, y al alto ritmo de crecimiento de la población.

páginas 18 y 19). Los países con puntajes del IGH extremadamente alarmantes en 2010 –Burundi, Chad, la República Democrática del Congo, y Eritrea – están en África Subsahariana. La mayoría de los países con puntajes de IGH alarmantes están en África Subsahariana y Asia Meridional.

En relación con los componentes del índice, Burundi, Comoros, la República Democrática del Congo, Eritrea y Haití tienen actualmente la mayor proporción de personas subnutridas –más del 50 % de la población. Bangladesh, India, Timor Oriental y Yemen tienen la frecuencia más alta de bajo peso en menores de cinco años –más del 40 % en los cuatro países. Afganistán, Angola, Chad, y Somalia tienen la mayor tasa de mortalidad en niñas y niños menores de cinco años –20 % o más.

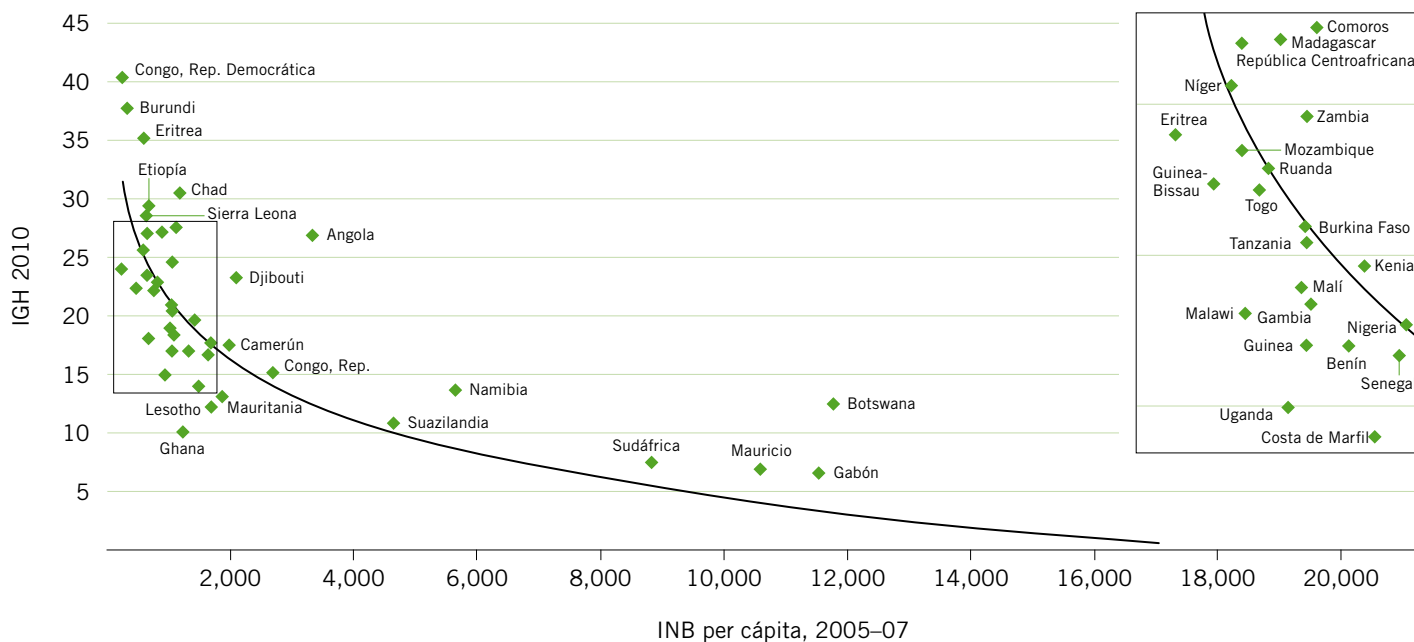
<sup>1</sup> El "mundo" incluye todos los países en las regiones para los cuales se calculó el IGH tanto en 1990 como en 2010. Como se apuntó anteriormente, en el caso de algunos países los datos no estaban disponibles, y la mayor parte de los países de altos ingresos no son tomados en cuenta en el cálculo del IGH.

<sup>2</sup> De acuerdo con el Banco Mundial, "la efectividad gubernamental mide la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y su grado de independencia en relación con presiones políticas, la calidad en la formulación e implementación de políticas, y la credibilidad en el compromiso del gobierno hacia tales políticas" (Banco Mundial 2009).



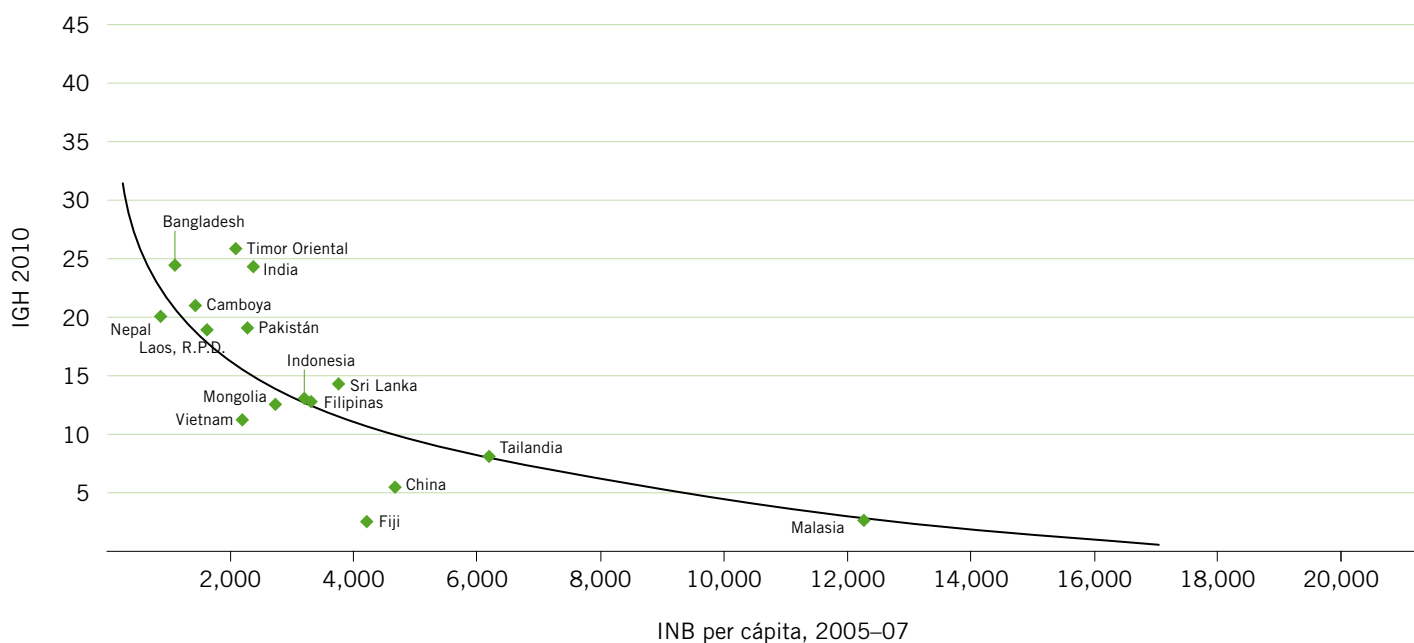
## EL INB PER CÁPITA Y EL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE

### ÁFRICA SUBSAHARIANA



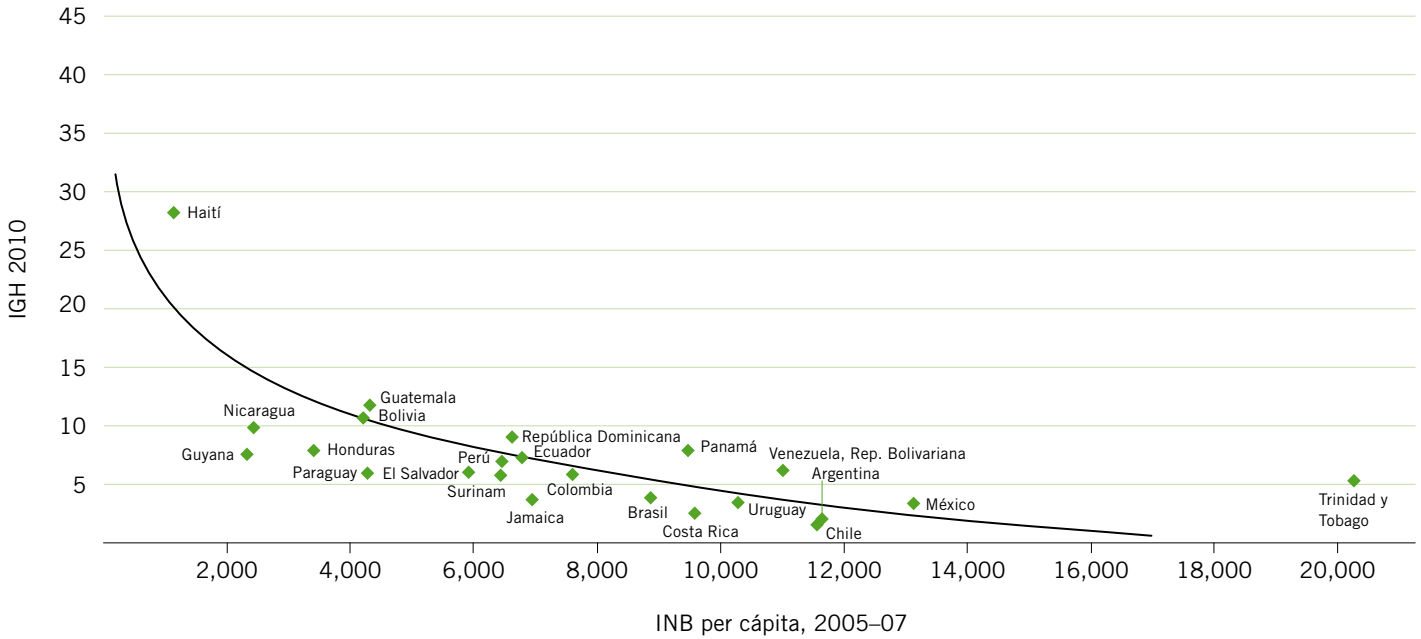
Fuente: Los datos de INB per cápita provienen del Banco Mundial (2010). Nota: La línea de tendencia en negrita representa los valores previstos del IGH para todos los países en las distintas regiones para los cuales estaban disponibles tanto los datos del IGH de 2010 como el INB per cápita 2005–2007. El INB per cápita se refiere al INB per cápita promedio en dólares internacionales corrientes, basados en la paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005 a 2007.

### ASIA MERIDIONAL Y SUDESTE ASIÁTICO



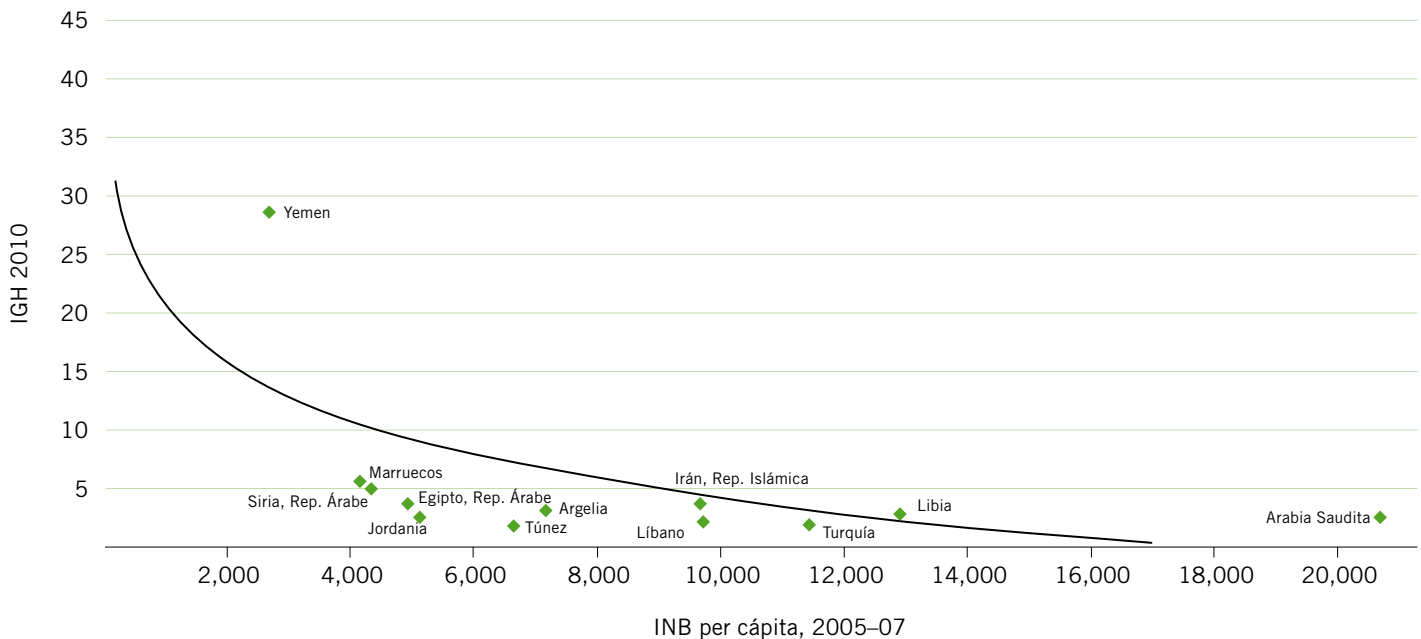
Fuente: Los datos de INB per cápita provienen del Banco Mundial (2010). Nota: La línea de tendencia en negrita representa los valores previstos del IGH para todos los países en las distintas regiones para los cuales estaban disponibles tanto los datos del IGH de 2010 como el INB per cápita 2005–2007. El INB per cápita se refiere al INB per cápita promedio en dólares internacionales corrientes, basados en la paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005 a 2007.

## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: Los datos de INB per cápita provienen del Banco Mundial (2010). Nota: La línea de tendencia en negra representa los valores previstos del IGH para todos los países en las distintas regiones para los cuales estaban disponibles tanto los datos del IGH de 2010 como el INB per cápita 2005-2007. El INB per cápita se refiere al INB per cápita promedio en dólares internacionales corrientes, basados en la paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005 a 2007.

## CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA



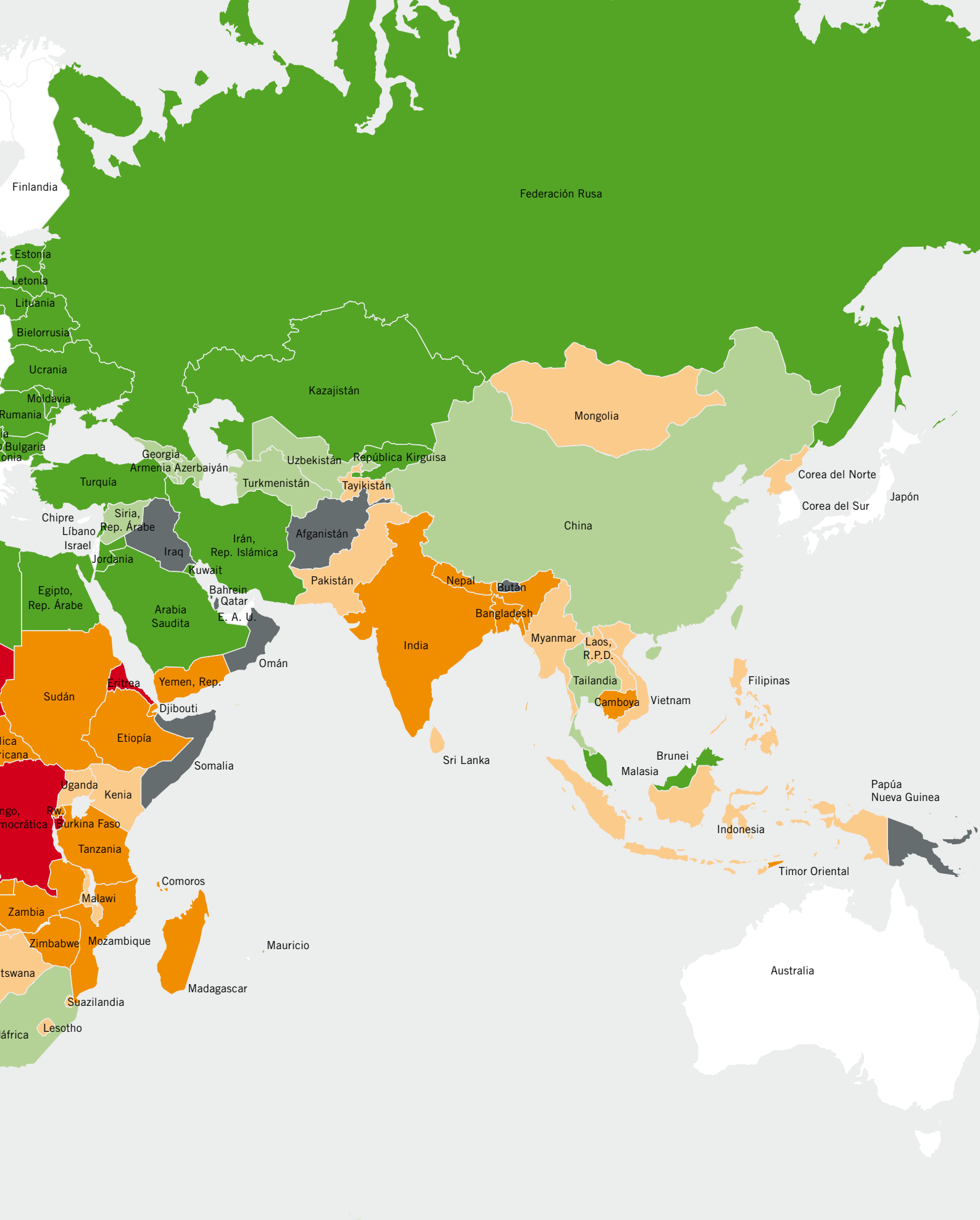
Fuente: Los datos de INB per cápita provienen del Banco Mundial (2010). La línea de tendencia en negra representa los valores previstos del IGH para todos los países en las distintas regiones para los cuales estaban disponibles tanto los datos del IGH de 2010 como el INB per cápita 2005-2007. El INB per cápita se refiere al INB per cápita promedio en dólares internacionales corrientes, basados en la paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005 a 2007.

**PUNTAJES DEL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE POR PAÍS, 1990 Y 2010**

Posición	País	1990	2010	Posición	País	1990	2010		
1	Siria, Rep. Árabe	7.3	5.2	56	Nepal	27.5	20.0		
2	Trinidad y Tobago	6.9	5.3	57	Tanzania	22.9	20.7		
3	Surinam	9.6	5.6	58	Camboya	31.5	20.9		
4	Colombia	9.1	5.7	58	Sudán	26.4	20.9		
5	Georgia	-	5.8	58	Zimbabwe	18.6	20.9		
5	Marruecos	7.3	5.8	61	Burkina Faso	22.7	21.1		
7	El Salvador	8.8	5.9	62	Togo	27.8	22.4		
7	Paraguay	7.7	5.9	63	Guinea-Bissau	20.9	22.6		
9	China	11.6	6.0	64	Ruanda	28.9	23.1		
10	Venezuela, Rep. Bolivariana	6.6	6.1	65	Djibouti	30.8	23.5		
11	Turkmenistán	-	6.3	66	Mozambique	37.4	23.7		
12	Gabón	7.7	6.4	67	India	31.7	24.1		
13	Mauricio	7.3	6.7	68	Bangladesh	35.8	24.2		
14	Perú	15.0	6.9	69	Liberia	22.9	24.3		
15	Uzbekistán	-	7.1	70	Zambia	25.6	24.9		
16	Ecuador	12.9	7.2	71	Timor Oriental	-	25.6		
17	Sudáfrica	7.3	7.3	72	Níger	36.5	25.9		
18	Guyana	14.4	7.6	73	Angola	40.6	27.2		
19	Azerbaiyán	-	7.7	74	Yemen, Rep.	30.1	27.3		
20	Honduras	13.4	7.9	75	República Centroafricana	30.0	27.4		
20	Panamá	10.0	7.9	76	Madagascar	28.1	27.5		
22	Tailandia	16.5	8.5	77	Comoros	23.0	27.9		
23	República Dominicana	13.9	9.2	78	Haití	33.5	28.0		
24	Armenia	-	9.8	79	Sierra Leona	32.7	28.9		
25	Nicaragua	23.4	9.9	80	Etiopía	43.7	29.8		
26	Ghana	23.4	10.0	81	Chad	37.6	30.9		
27	Suazilandia	9.5	10.8	82	Eritrea	-	35.7		
28	Bolivia	15.3	10.9	83	Burundi	31.8	38.3		
29	Vietnam	24.8	11.5	84	Congo, Rep. Democrática	24.7	41.0		
30	Guatemala	15.1	12.0						
31	Lesotho	13.0	12.2						
32	Botswana	14.3	12.5						
33	Mongolia	16.9	12.8						
34	Filipinas	19.0	13.0						
35	Mauritania	22.0	13.1						
36	Indonesia	19.5	13.2						
37	Namibia	19.2	13.6						
38	Costa de Marfil	16.0	14.0						
39	Sri Lanka	21.1	14.5						
40	Uganda	19.1	15.0						
41	Congo, Rep.	22.4	15.2						
42	Tayikistán	-	15.8						
43	Senegal	20.8	16.8						
44	Benín	24.0	17.1						
44	Guinea	21.9	17.1						
46	Camerún	22.3	17.6						
47	Nigeria	24.4	17.8						
48	Malawi	30.6	18.2						
49	Gambia, Rep.	17.5	18.5						
50	Myanmar	29.5	18.8						
51	Laos, R.P.D.	29.0	18.9						
52	Malí	24.2	19.1						
52	Pakistán	24.7	19.1						
54	Corea del Norte	16.2	19.4						
55	Kenia	20.3	19.8						
				<b>País</b>	<b>1990</b>	<b>2010</b>	<b>País</b>	<b>1990</b>	<b>2010</b>
				Albania	8.7	<5	República Kirguisa	-	<5
				Argelia	6.1	<5	Letonia	-	<5
				Argentina	<5	<5	Líbano	<5	<5
				Bielorrusia	-	<5	Libia	<5	<5
				Bosnia y Herzegovina	-	<5	Lituania	-	<5
				Brasil	7.2	<5	Macedonia	-	<5
				Bulgaria	<5	<5	Malasia	8.6	<5
				Chile	<5	<5	México	7.8	<5
				Costa Rica	<5	<5	Moldavia	-	<5
				Croacia	-	<5	Montenegro	-	<5
				Cuba	<5	<5	Rumania	<5	<5
				Egipto, Rep. Árabe	7.0	<5	Rusia, Federación de	-	<5
				Estonia	-	<5	Arabia Saudita	6.2	<5
				Fiji	6.0	<5	Serbia	-	<5
				Irán, Rep. Islámica	8.8	<5	Eslovaquia	-	<5
				Jamaica	6.5	<5	Túnez	5.0	<5
				Jordania	<5	<5	Turquía	6.0	<5
				Kazajstán	-	<5	Ucrania	-	<5
				Kuwait	9.4	<5	Uruguay	<5	<5

Nota: La posición de los países se definió de acuerdo a su puntaje del IGH en 2010. Los países con un IGH menor de cinco en 2010 son incluidos en el cuadro de posiciones, y las diferencias entre sus puntajes son mínimas. A los países que tienen un puntaje del IGH en 2010 idéntico se les asigna la misma posición (por ejemplo, Georgia y Marruecos están ambos en la posición #5).





Nota: Para el IGH de 2010, los datos para la proporción de subnutridos corresponden a 2004-06, los datos de niñas y niños con bajo peso corresponden al último año para el cual los datos estaban disponibles en el período 2003-08, y los datos sobre mortalidad infantil corresponden a 2008.



Las niñas y niños que padecen subnutrición durante la **ventana de mil días** corren el riesgo de experimentar daños para toda la vida, una salud deficiente y también una muerte prematura.

# ENFRENTANDO LA CRISIS DE LA SUBNUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

## La Ventana De Oportunidad De Mil Días

Según lo descrito en el capítulo anterior, el Índice Global del Hambre incluye tres componentes (proporción de subnutridos, frecuencia de bajo peso en niñas y niños, y tasa de mortalidad de los menores de cinco años). El puntaje del IGH mundial es de 15.1 (ver la figura en la página 11): el bajo peso en niñas y niños contribuye con 7.4 puntos, es decir, cerca de la mitad de dicho puntaje, mientras que la proporción de subnutridos y la mortalidad en menores de cinco años contribuyen con 5.4 y 2.2 puntos, respectivamente. En Asia Meridional, las niñas y niños menores de cinco años con bajo peso representan más de la mitad del puntaje de 22.9 del IGH. En África Subsahariana, la situación es un poco diferente. Allí, el puntaje del IGH ha mejorado escasamente en los últimos 20 años, y el bajo peso en niñas y niños menores de cinco años ha mejorado sólo levemente, cayendo de 27.2 % a 23.6 %, de acuerdo con las estimaciones más recientes. Para mejorar sus puntajes del IGH, los países necesitan acelerar el progreso en la reducción del bajo peso en niñas y niños por medio de la mejora en la nutrición infantil.

¿Cómo se puede lograr esto? El primer paso es concentrarse en el grupo etéreo que representa la ventana de oportunidad para mejorar la nutrición. Aunque en muchos países las políticas y programas en el pasado se enfocaron en niñas y niños menores de cinco años para las intervenciones nutricionales, la evidencia reciente demuestra claramente que la ventana de oportunidad para mejorar la nutrición es mucho más estrecha, comprendiendo el período desde 9 meses antes de nacer hasta los 24 meses de edad (es decir, los mil días que hay desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del menor). Este es no sólo el período en que niñas y niños requieren mayores cantidades de alimento nutritivo para su sano desarrollo, sino que también es cuando las intervenciones que se realicen tienen más probabilidades de prevenir la subnutrición. Luego de los dos años de edad, los efectos de la subnutrición son ampliamente irreversibles (Ruel 2010). Las niñas y niños que padecen subnutrición durante la ventana de mil días corren el riesgo de sufrir daños para toda la vida, incluyendo un pobre desarrollo físico y cognitivo, una salud deficiente y también una muerte prematura. Es posible que estos menores se desarrollen con baja estatura y con una contextura delgada, a la vez que resulten menos saludables y productivos de lo que podrían ser. Además, cuando las niñas que fueron alimentadas pobremente crecen, ellas tienden a dar a luz bebés con bajo peso, perpetuando el ciclo de la subnutrición. Esto significa que el bienestar de las madres es un elemento crítico para la solución.

Los componentes de una nutrición adecuada en la primera infancia son bien conocidos: una madre bien alimentada y facultada, que tenga una buena nutrición y una buena salud tanto antes como

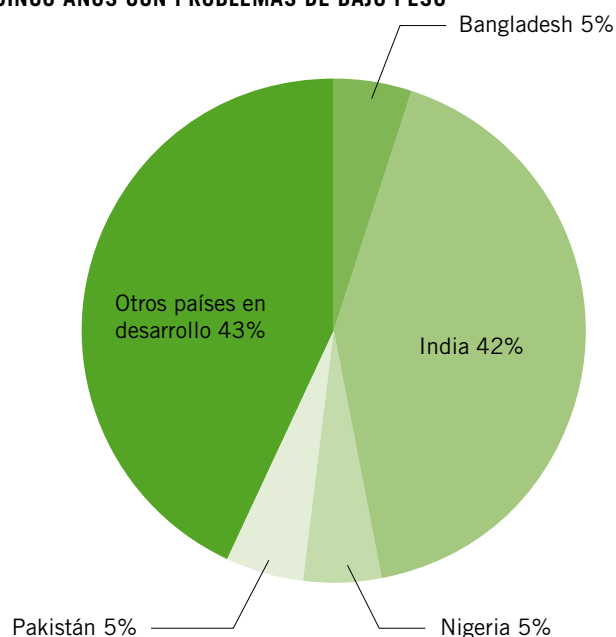
durante su embarazo; que reciba apoyo y cuidados sanitarios adecuados para asegurar un parto seguro para ella y su bebé recién nacido; que alimente exclusivamente con leche materna a su infante durante los primeros seis meses de vida y que continúe brindando leche materna al infante al menos hasta los dos años de edad; que provea al infante con alimentos complementarios en cantidades y frecuencia adecuadas comenzando a los seis meses de edad; y que tenga acceso a agua limpia, servicios sanitarios, y servicios de salud preventiva y curativa. Sin embargo, millones de personas carecen de estos componentes básicos.

### Una crisis global de subnutrición infantil

La subnutrición infantil ha alcanzado proporciones epidémicas. La baja talla afecta a unos 195 millones de niñas y niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo – alrededor de uno de cada tres menores. Casi uno de cada cuatro menores de cinco años – 129 millones – presenta bajo peso, y uno de cada diez presenta bajo peso severo (UNICEF 2009b; ver el apartado en la página 22).

La subnutrición infantil no está diseminada uniformemente a lo largo del mundo, sino que más bien está concentrada en unos pocos países y regiones. Más del 90 % de las niñas y niños con baja talla en el mundo vive en África y Asia, donde las tasas de menores

### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON PROBLEMAS DE BAJO PESO



Fuente: UNICEF (2009b)

## NO TODA LA SUBNUTRICIÓN INFANTIL ES IGUAL: LOS DIFERENTES TIPOS DE NUTRICIÓN DEFICIENTE

La subnutrición infantil se puede manifestar en diferentes formas, dependiendo de la causa, severidad y duración de la misma. Las tres principales maneras de medir la subnutrición infantil son:

- **baja talla** – baja estatura para la edad correspondiente,
- **emaciación** – bajo peso para la estatura correspondiente, y
- **bajo peso** – bajo peso para la edad correspondiente.

La baja talla es un buen indicador general de la subnutrición debido a que refleja los efectos acumulativos de la subnutrición crónica. La emaciación refleja la subnutrición aguda que se produce como resultado de una ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes, y/o de enfermedades severas o repetidas. El bajo peso refleja tanto la baja talla o la emaciación, o ambas.

Los investigadores miden estos indicadores usando puntajes de Z. Estos puntajes reflejan cuánto se desvía el peso o la estatura de un niño con respecto al estándar establecido por la Organización Mundial de la Salud para el crecimiento de un niño sano. Entre más cercano a cero esté el puntaje de Z de un niño, más cercano está él o ella a la mediana del estándar internacional de referencia del crecimiento. Este estándar está basado en el hecho de que las niñas y niños de todas las razas y etnias tienen la capacidad de alcanzar un peso y estatura saludable. En 2006, la Organización Mundial de la Salud actualizó estos estándares de crecimiento de los menores, mostrando que la subnutrición infantil global era aún más severa de lo que se pensaba previamente. Para los tres indicadores, la subnutrición (representada por la baja talla, emaciación y bajo peso) está definida por un puntaje de Z debajo de -2, y la subnutrición severa como un puntaje de Z debajo de -3.

Otra forma de la subnutrición consiste en la deficiencia de micronutrientes esenciales – vitaminas y minerales, especialmente hierro, yodo, zinc y vitamina A. Las deficiencias de micronutrientes también son llamadas “hambre oculta” debido a que se presentan a menudo sin mostrar algún signo clínico. Si no se realizan exámenes de sangre, estas deficiencias pueden permanecer sin ser detectadas hasta que llegan a ser muy severas y representar una amenaza para la vida. Las deficiencias de micronutrientes pueden tener efectos devastadores en las mujeres y en las niñas y niños pequeños, y pueden afectar el crecimiento del menor, su desarrollo motor y cognitivo, su resistencia a las infecciones, y su supervivencia. En las mujeres, la deficiencia de micronutrientes pueden reducir sus capacidades para tener tanto un embarazo como un parto seguros, para producir leche en cantidades y calidad suficiente, y para permanecer saludable.

con este problema representan 40 % y 36 % respectivamente (UNICEF 2009b). De hecho, más del 80 % de los problemas de subnutrición en el mundo (medido por la baja estatura) se concentra en sólo 24 países. India presenta la mayor contribución al total de niñas y niños subnutridos en el mundo. En 2005–2006, cerca del 44 % de los menores de cinco años en India presentaban bajo peso y 48 % presentaban baja talla (OMS 2010b). Debido al tamaño de la población de este país, estos datos significan que la India es el hogar del 42 % de las niñas y niños con bajo peso en el mundo (ver figura abajo) y del 31 % de los menores con baja talla en el mundo (UNICEF 2009b).

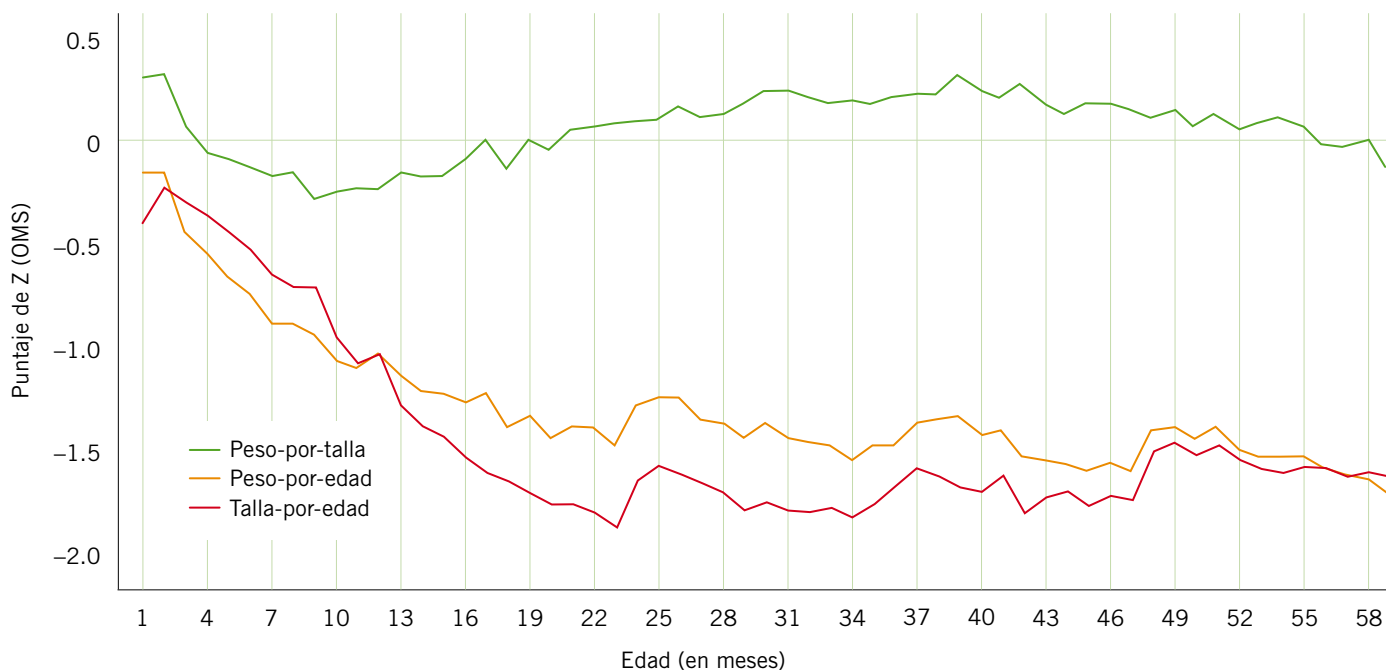
En muchos otros países de Asia Meridional y África también se encuentran altos niveles de subnutrición infantil. En algunos países de África Subsahariana, cerca de la mitad de todos los menores presentan baja talla. En Burundi, Madagascar y Malawi, el 53 % de las niñas y niños presenta baja talla; en Etiopía y Ruanda, esta cifra es del 51 %; y en Guinea-Bissau y Níger, es del 47 % (UNICEF 2009b). Más de la mitad de los menores de cinco años en Afganistán, Guatemala, Timor Oriental y Yemen también presentan baja talla.

La deficiencia de micronutrientes, que puede provocar la así llamada “hambre oculta” debido a que sus efectos son a menudo no visibles, está todavía más diseminada que el bajo peso, la baja talla y la emaciación. A nivel mundial, alrededor de 2.000 millones de personas sufren de deficiencia de yodo, incluyendo 285 millones de niñas y niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años (de Benoist et al. 2004). Casi el 50 % de las niñas y niños menores de cinco años tiene anemia, debida en casi la mitad de los casos a una deficiencia de hierro (de Benoist et al. 2008). África posee la mayor cantidad de las niñas y niños en edad preescolar que sufren anemia en el mundo, con un 68 % del total. La deficiencia de vitamina A afecta a 190 millones de menores en edad preescolar (OMS 2009).

Este problema de la subnutrición ejerce un efecto muy negativo sobre la salud y la supervivencia de los menores. Los investigadores han estimado que la baja talla, la emaciación y la restricción del crecimiento intrauterino (que provoca un bajo peso al nacer) son factores responsables de la muerte de 2.2 millones de menores cada año (Black et al. 2008). La deficiencia de vitamina A provoca varios problemas de salud, que en casos extremos incluyen la ceguera, y aumenta el riesgo de los menores de morir debido a otros padecimientos, tales como diarrea y malaria. La deficiencia de zinc aumenta el riesgo de niñas y niños de padecer de diarrea, neumonía y malaria. La deficiencia de hierro puede aumentar la mortalidad materna y reducir la capacidad cognitiva de las niñas y niños. La deficiencia de yodo durante el embarazo no sólo amenaza el resultado del embarazo, sino

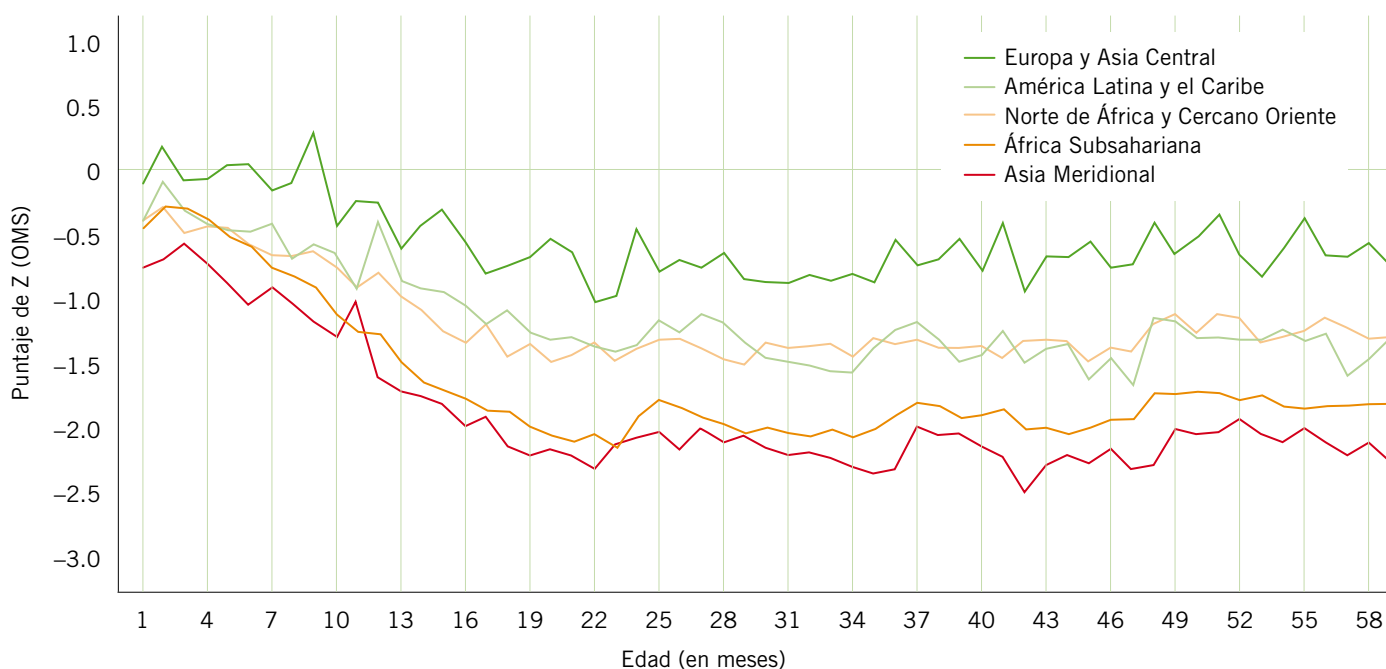


### PATRONES DE DESNUTRICIÓN POR EDAD EN NIÑOS DE 54 PAÍSES EN DESARROLLO



Fuente: Victora et al. (2010).

### TALLA POR EDAD POR REGIÓN



Fuente: Victora et al. (2010).

## PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN: UN INGREDIENTE CRUCIAL DE LA NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA



Rianne es una niña Indonesia de 14 meses de edad que parecía tener un buen comienzo en la vida. En contraste con millones de niñas y niños de los países

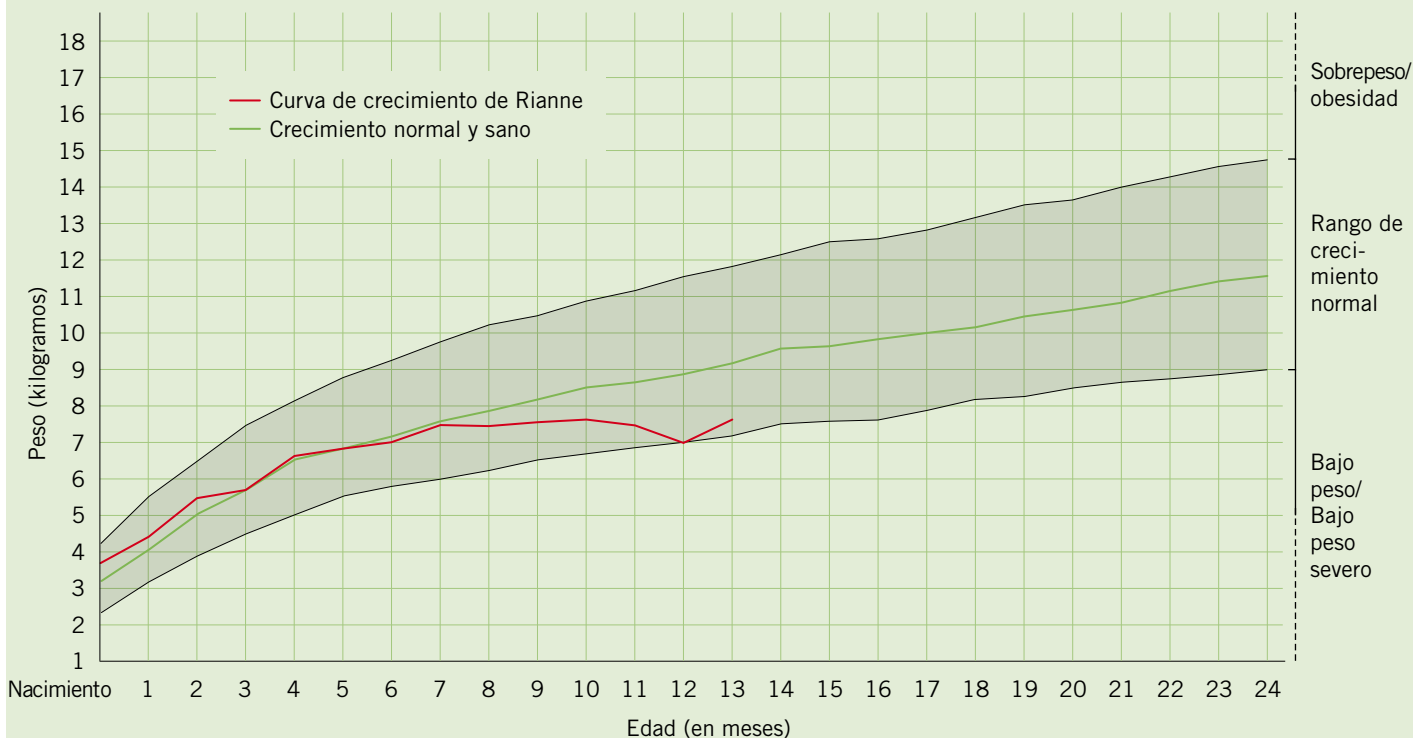
Pobres, ella nació con un peso normal y saludable, y durante sus primeros cuatro meses, Rianne creció bien (ver la figura abajo). Alrededor del quinto mes, sin embargo, Rianne empezó a ganar peso de forma más lenta, y en algunos de los meses siguientes ella incluso llegó a perder peso. Con el pasar de cada mes, Rianne cayó cada vez más lejos de un nivel de crecimiento saludable. Para los 13 meses de edad ella llegó hasta el nivel de peso para la edad que la clasificaba oficialmente

como de bajo peso. La experiencia de Rianne es típica para millones de niñas y niños de los países en desarrollo cuyo crecimiento empieza a fluctuar durante los primeros 24 meses de edad. Existe diversas razones para tales altibajos en el crecimiento infantil, entre las que se incluyen la pobreza del hogar y la falta de acceso a alimentos, una higiene pobre, y las enfermedades. Otro factor importante lo constituyen las malas prácticas de alimentación. La madre de Rianne siguió las prácticas de alimentación típicas de su localidad, las cuales incluían dar de comer a Rianne un potaje aguado de arroz dos veces al día.

Sin embargo, un proyecto dedicado a la nutrición cambió pronto la forma en que la madre de Rianne alimentaba a su hija. A través de mensajes de radio y consejería provista por una trabajadora

comunitaria en aspectos de nutrición, la familia de Rianne recibió instrucción sobre la mejor forma de alimentar niñas y niños pequeños y de preparar un potaje de arroz nutritivo y apropiado para su edad. En consecuencia, la madre de Rianne empezó a alimentarla con un nuevo potaje casero “enriquecido” con alimentos disponibles localmente, dándoselo no dos sino tres veces al día. (Las niñas y niños pequeños tienen estómagos pequeños y necesitan ser alimentados más a menudo que los adultos, a fin de ser capaces de consumir la cantidad de alimento que requieren). Esta mejora en su nutrición antes de los dos años significó que las posibilidades de Rianne de crecer como persona sana y productiva – y de tener ella misma sus propios bebés saludables – son ahora significativamente mayores.

## EL CRECIMIENTO DE RIANNE ANTES DE PARTICIPAR EN UNA INTERVENCIÓN EN PRO DE LA NUTRICIÓN



Fuente: Marcia Griffiths, “Centrándose en mejorar las prácticas del hogar y en fortalecer el apoyo de la comunidad”, presentación realizada en la reunión nacional de Pan para el Mundo, American University, Washington, DC, Junio de 2009.

que también debilita el desarrollo motor y mental del feto. La deficiencia crónica de yodo tiene un impacto sustancial sobre el desarrollo cognitivo.

### Los riesgosos mil días

Muchos niños y niñas en los países en desarrollo comienzan a experimentar retrasos en su crecimiento durante su primer año de vida, y de hecho, aún desde antes de nacer. Luego de analizar los datos de 54 países en África, Asia y América Latina, los investigadores han encontrado que la mayor parte de los retrasos en crecimiento – particularmente baja talla y bajo peso – se produce desde el nacimiento hasta la edad de dos años (ver la figura en la parte superior de la página 23; Victora et al. 2010).

La figura en la parte inferior de la página 23 muestra que las niñas y niños nacen con una estatura cercana al estándar en la mayoría de las regiones, pero el crecimiento comienza a rezagarse luego de unos pocos meses y se deteriora rápidamente hasta cerca de los 24 meses de edad. Los menores de Asia Meridional están aún en peor situación, debido en parte a que ellos arrancan con un déficit inicial; aún desde el nacimiento, muchos infantes en Asia Meridional ya presentan baja talla. A nivel mundial, la mayoría del daño ya está hecho al llegar a los dos años de edad. En promedio, estos menores experimentan poco o ningún deterioro adicional, y se estabilizan en niveles bajos de peso y estatura para su edad, siendo las niñas y niños de Asia Meridional y de África Subsahariana quienes que muestran las tasas más severas de baja talla.

¿A qué se debe que este período desde la concepción hasta la edad de dos años sea tan crítico desde un punto de vista nutricional? Para comenzar, si una madre tiene una nutrición pobre antes de y durante su embarazo, es posible que el bebé nazca pequeño. El problema de la nutrición materna pobre es particularmente severo en Asia. En algunos países de Asia Meridional, más del 10 % de las mujeres presentan una estatura menor de 145 centímetros, un umbral que aumenta el riesgo de las mujeres de tener complicaciones durante el parto y de tener bebés pequeños. En la mayoría de los países de Asia Meridional y del Sudeste Asiático, así como en África Subsahariana y Yemen, más del 20 % de las mujeres tienen un bajo índice de masa corporal (Black et al. 2008). En muchos de estos países, las mujeres también tienen un estatus social bajo; ellas son a menudo las últimas en comer en su hogar, y no reciben el cuidado que necesitan, particularmente en sus años de edad fértil. Una nutrición pobre en las mujeres durante su propio ciclo de vida se extiende de esta forma a través de las generaciones: las niñas subnutridas llegan a ser mujeres de talla baja, y las mujeres de talla baja dan a luz niñas y niños más pequeños. Este círculo vicioso es perpetuado por el bajo estatus social de las mujeres.



## Yat Samath

Provincia de Ratanakiri, Camboya

“El centro de salud del distrito me dio tabletas de hierro en dos ocasiones (alrededor de 40 tabletas en total). Yo tome todas las tabletas a pesar de que algunas mujeres embarazadas de la comunidad me dijeron que no lo hiciera. Ellas temían que el feto sería gordo y difícil de dar a luz.”

“Durante mi embarazo no comí tortugas y tampoco ningún tipo de serpiente, porque temía que al comer esa clase de animales, mis hijos se convertirían en tortugas.”

“Durante los primeros dos días, mi bebé tuvo algo de leche para beber, pero no era suficiente. También le di pecho pero estaba seco, y ella mamó sin lograr obtener leche. Tomé también una medicina tradicional para producir más leche, cuyo nombre es ‘MemayKounMouy’.”



## Dr. Kyawt Thazin Oo

Nutricionista,  
División Irawadi, Myanmar

“La mayoría de las madres inicia la alimentación suplementaria usualmente antes de los seis meses. Dicha alimentación consiste mayormente de arroz y frutas suaves.”

“A los menores les sirven comidas similares a las de los adultos de la familia. El platillo básico en el delta del Ayerwaddy está compuesto principalmente por arroz y una pasta tradicional de pescado, hecha con pesacado fermentado y camarones. Para los más pequeños, las madres primero mastican la comida y luego se la dan a comer a los que no han desarrollado una dentadura completa.”

Después del nacimiento, muchos infantes no son alimentados exclusivamente con leche materna. Las madres pueden encontrar dificultades para alimentar al bebé exclusivamente con leche materna debido a que ellas reciben una mala alimentación o porque ellas tienen una pesada carga de trabajo; muchas simplemente ignoran que la leche materna es lo único que necesita un infante pequeño. A menudo, a los infantes se les alimenta con agua, té u otras bebidas además de la leche materna – prácticas que pueden aumentar el riesgo de las niñas y niños de adquirir infecciones y de provocar una inadecuada ingesta de nutrientes debido al desplazamiento de la leche materna. A los seis meses, a los menores se les deben brindar alimentos complementarios, pero esta práctica a veces se puede realizar en forma demasiado temprana o demasiado tardía; en algunos países, a los menores se les brindan alimentos complementarios a la edad de una semana o de un mes (Tontisirin y Winichagoon 1999). En otros países, el alimento es introducido mucho más tarde que la edad recomendada de seis meses. Además, los alimentos complementarios pueden ser de una calidad nutricional pobre, o ser brindados en forma demasiado infrecuente (ver apartado en la página 24). Otras familias simplemente carecen de acceso a suficiente alimento nutritivo para sus niñas y niños pequeños. Además, los problemas de salud pueden repercutir fuertemente sobre el estatus nutricional del menor. En sitios en donde no hay acceso a saneamiento y agua limpia, los menores pueden sufrir de infecciones frecuentes, las que pueden provocar falta de apetito; pérdida de nutrientes debido a la fiebre, diarrea y vómito; y una pobre absorción de nutrientes. En estos ambientes, es poco probable además que los niños sean vacunados y reciban revisiones médicas en forma regular.

### Las consecuencias de una nutrición pobre en la primera infancia para el resto de la vida

Las deficiencias nutricionales en las primeras etapas de la vida tienen efectos tanto en el corto como en el largo plazo, que siguen presentes durante la edad adulta. Las niñas y niños que padecen subnutrición en el útero y/o durante sus primeros dos años de vida, tienen mayores posibilidades de llegar a ser adultos con menor estatura, de completar menor cantidad de años escolares, de obtener menores ingresos, y de tener hijas e hijos de menor peso al nacer. Los países en desarrollo pueden experimentar pérdidas anuales de hasta 2 – 3 % del PIB como resultado de la subnutrición, que pueden llegar a subir hasta al 6 % (CEPAL/PMA 2007). Un estudio encontró que los menores de Zimbabue que presentaban baja talla en edad preescolar, iniciaron la escuela siete meses más tarde que otros menores que no presentaban baja talla en su edad preescolar, y además que las niñas y niños de baja talla perdieron en promedio 0.7 grados de escolaridad (Alderman, Hoddinott y Kinsey 2003). Estos retrasos y pérdidas en escolaridad se traducen en

una disminución del 12 % en sus ingresos a lo largo de la vida. La subnutrición en la primera infancia también puede aumentar los riesgos de padecer obesidad y enfermedades crónicas en la edad adulta. Los menores subnutridos que ganan peso rápidamente en la segunda infancia y la adolescencia están en mayor riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la nutrición, tales como diabetes y enfermedades cardiovasculares, cuando llegan a ser adultos, en comparación con las niñas y niños que han sido bien nutridos en su primera infancia. En términos generales, se ha estimado que el 11 % del costo total de las enfermedades a nivel mundial está relacionado con la subnutrición (Black et al. 2008).

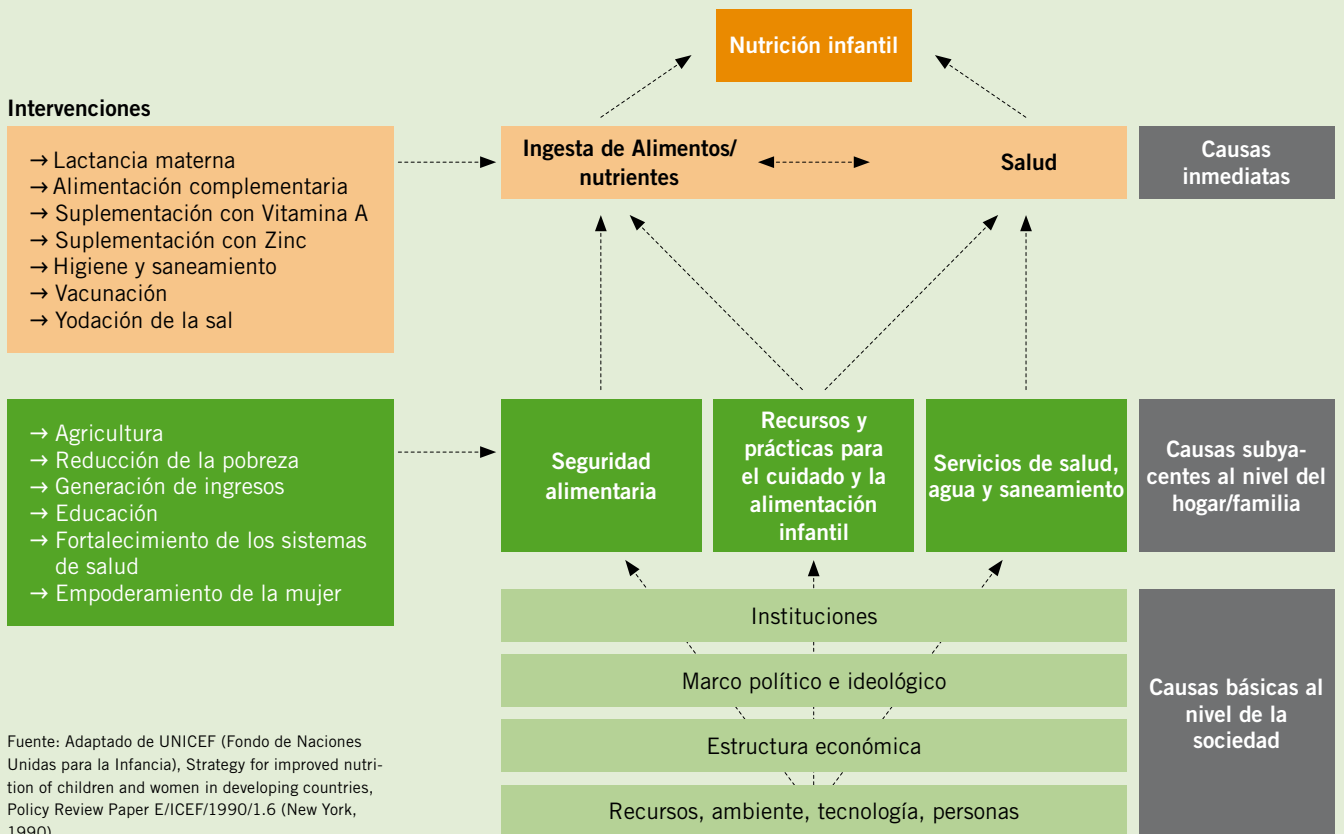
### Los beneficios económicos de abordar la subnutrición

Las intervenciones, tanto directas como indirectas, que pueden combatir efectivamente la subnutrición son ampliamente conocidas. Además, invertir en la lucha contra la subnutrición genera grandes beneficios. En Guatemala, los menores que participaron en una intervención para la primera infancia que mejoró su nutrición durante los primeros dos a tres años de vida, obtuvieron salarios 46 % más altos en su edad adulta en comparación con las niñas y niños que no participaron en la intervención (Hoddinott et al. 2008). Como parte del Consenso de Copenhague 2008, un panel de expertos conformado por ocho economistas líderes examinó críticamente y clasificó los mayores problemas del mundo, concluyendo que el mayor beneficio para el desarrollo podría provenir de una intervención en pro de la nutrición (concretamente, la provisión de suplementos de micronutrientes para menores – incluyendo vitamina A cada cuatro a seis meses para niñas y niños desde seis meses hasta cinco años de edad, y la suplementación terapéutica con zinc para la diarrea). Ellos calcularon que la inversión en suplementos de micronutrientes para menores produce beneficios de entre \$14 (zinc) y \$17 (vitamina A) por cada \$1 gastado (Horton et al. 2008).

### La prevención de la subnutrición en la primera infancia

Luego de los dos años de edad, los efectos de la subnutrición son ampliamente irreversibles. Dejar pasar la “ventana de oportunidad” – el período de mil días desde la concepción hasta los dos años de edad – para la mejora de la nutrición puede causar daños permanentes en el largo plazo (Victora et al. 2008). Por lo tanto, es crítico que los programas para prevenir la subnutrición sean dirigidos a las madres y a los pequeños durante este período. Para los menores que están expuestos a conflictos severos, conmociones, o situaciones de emergencia después de los dos años de edad, o para aquéllos que no han sido cubiertos por las intervenciones nutricionales preventivas, la atención de la malnutrición aguda severa y el hambre luego de los dos

## FACTORES DETERMINANTES DE LA NUTRICIÓN INFANTIL Y EJEMPLOS DE INTERVENCIONES PARA ABORDARLOS



años de edad también es crítica, y requiere intervenciones específicas cuidadosamente enfocadas en la recuperación y el tratamiento. Sin embargo, la investigación ha mostrado que es más efectivo prevenir la subnutrición infantil que tratarla (Ruel et al. 2008), y por eso las inversiones dirigidas a la mejora de la nutrición deberían enfocarse en el período de mil días. Existe una clara ventana de oportunidad para atender la nutrición, y después de los dos años de edad, esta ventana se cierra rápidamente.

El mejoramiento de la salud y el bienestar de millones de personas en los países en desarrollo requiere que se aproveche la ventana de oportunidad – en otras palabras, que se concentren las intervenciones en la atención de la subnutrición en niñas adolescentes, mujeres en edad fértil, y niñas y niños menores de dos años. De hecho, la cobertura universal de las intervenciones preventivas en materia de salud y nutrición para menores de dos años y sus madres podría reducir el costo de la subnutrición infantil en 25–36 %, mejorando la salud y las oportunidades de supervivencia de millones de niñas y niños (Bhutta et al. 2008).

Para comenzar, los gobiernos deben invertir en intervenciones nutricionales orientadas a obtener un impacto rápido sobre la subnutrición en la primera infancia. Estas intervenciones deben concentrarse en la mejora de la nutrición materna durante el embarazo y la lactancia, en la promoción de prácticas apropiadas de lactancia materna y de alimentación complementaria, en la provisión de suplementos de micronutrientes cuando sean necesarios (tales como vitamina A y zinc terapéutico), y en la adopción universal de la yodación de la sal. Los programas de vacunación de la niñez y la promoción de prácticas óptimas de higiene y saneamiento son esenciales también. Además, se debe enseñar a los padres sobre el cuidado y la alimentación apropiados de los menores expuestos al VIH/SIDA. Estas intervenciones atenderán las causas inmediatas de la subnutrición (ver el apartado en la página 27).

La nutrición infantil deficiente proviene de causas subyacentes relacionadas con el ambiente general en el que nacen y se desarrollan los menores. Consecuentemente, se requiere también de políticas que aborden de forma más amplia problemas tales como la

## Francisca Champi Condena

Provincia de Pisco, Perú



“Cuando tengo mucho trabajo en el campo, casi no cocino. Algunas veces no tenemos suficiente dinero para comprar leche, queso y huevos. La cosecha alcanza para para proveer suficiente comida a nuestras familias, pero ya no se trata de una comida bien balanceada. Los vegetales, por ejemplo, sólo los tenemos durante la época lluviosa.”

“Tradicionalmente se nos enseñó que alimentar a nuestros menores con queso les traería problemas para aprender a hablar. Pero este tipo de advertencias no me preocupan. En las capacitaciones nos dijeron que podemos darles queso con regularidad. Yo lo hice y mis hijos pueden hablar bien.”

## Tatiana Medina Sánchez

Provincia de Cajamarca, Perú



“Poco a poco la nutrición de las niñas y niños va mejorando debido a la intervención de las ONGs y las municipalidades. Pero algunas familias no mejoran sus prácticas nutricionales porque dedican más tiempo a comercializar sus productos agrícolas y a otras actividades. Otros aún no se acostumbran a consumir ciertos alimentos.”

“Los habitantes de algunas comunidades no consideran la nutrición infantil como un problema prioritario. Sus solicitudes ante el presupuesto participativo muestran que ellos no ponen su atención en combatir la malnutrición.”

pobreza; la inseguridad alimentaria; la falta de educación; el bajo estatus de las mujeres; y la falta de acceso al agua, al saneamiento y a los servicios de salud, con el fin de llevar a cabo una mejora profunda y sostenible en la nutrición infantil. La importancia de estos factores más amplios resulta clara a partir del progreso obtenido por países como Brasil, China, Tailandia y Vietnam en la reducción de la subnutrición. Un enfoque promisorio es integrar intervenciones nutricionales en programas multisectoriales que alivien la pobreza, mejoren la seguridad alimentaria, y mejoren la equidad de género. Los programas que involucran varios sectores en forma coordinada, tales como las transferencias condicionadas de efectivo (que proveen transferencias de dinero a los hogares a cambio de que las niñas y niños asistan a la escuela y utilicen los servicios de salud), han mostrado un potencial significativo para mejorar la nutrición de la primera infancia durante la ventana de oportunidad (Leroy, Ruel y Verhofstadt 2009). También se ha demostrado que los programas que promueven la producción y consumo familiar de frutas, hortalizas y alimentos de origen animal nutritivos, producen un aumento sustancial en la calidad y diversidad de la dieta de todos los miembros del hogar (Banco Mundial 2007).

### Éxitos sorprendentes

En muchos países el objetivo de mejorar la nutrición en la primera infancia no ha sido incorporado aún a la agenda política, pero unos pocos sí han sido capaces de disminuir la subnutrición infantil en forma rápida y efectiva. Aunque cada país debe diseñar políticas y programas que se ajusten a su propio contexto, las experiencias de estos países muestran algunas opciones de política y ofrecen lecciones útiles.

Por ejemplo, Tailandia disminuyó la malnutrición infantil de 50 % a 25 % en menos de diez años durante la década de 1980. El país consiguió este notable éxito utilizando intervenciones nutricionales específicas dirigidas a eliminar la malnutrición severa, y mediante la creación de una extensa red de voluntarios comunitarios que ayudaran a cambiar el comportamiento de las personas para prevenir la malnutrición leve y moderada. Estos voluntarios, que alcanzaron una proporción de uno por cada 20 hogares a lo largo del país, recibieron un entrenamiento exhaustivo a fin de que pudieran monitorear el crecimiento de los menores, educar a las personas a cargo del cuidado de los menores sobre las mejores formas de amamantar y brindar alimentación complementaria, ofrecer cuidado prenatal, y proveer otros servicios de salud básicos. En la perspectiva asumida por el gobierno tailandés, estas inversiones en nutrición no son beneficencia sino inversiones en desarrollo, por lo que integraron el tema de la nutrición dentro de su Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (Tontisirin y Winichagoon 1999). Al mismo

tiempo, el gobierno invirtió fuertemente en salud, saneamiento y educación durante ese período.

Entre 1990 y 2002, China también redujo la malnutrición infantil en más de la mitad, de un 25 % a 8 %, con una estrategia de alivio de la pobreza altamente exitosa, intervenciones efectivas de planificación familiar, nutrición y salud a gran escala, y un aumento en los gastos en agua, sanidad y educación (Ruel 2008). Estas inversiones parecen haber ayudado a mejorar varios factores que son causas fundamentales de la subnutrición infantil, incluyendo el estatus nutricional de las madres, el peso al nacer de las niñas y niños, la alfabetización y el acceso a servicios de salud de las madres, y la reducción en la tasa de fertilidad y la pobreza (Svedberg 2007).

Otra historia de éxito que ha sido revelada recientemente en Brasil, donde la frecuencia de baja talla en niñas y niños cayó del 37 % en 1974–75, a 7 % en 2006–07. El país tuvo un período de rápido crecimiento económico y de reducción de la pobreza de 1970 a 1980, pero la mejora en la malnutrición infantil no ocurrió inmediatamente. Sin embargo, a finales de la década de 1970 y durante la década de 1980, el gasto social del país aumentó significativamente, incluyendo gastos en programas de alimentos y nutrición, salud y educación. La cobertura del agua potable y la vacunación infantil también aumentó dramáticamente (Ruel 2008). Desde 1996 a 2007, una gran parte de la mejora en la nutrición infantil se debió a la mayor escolaridad materna, mayores ingresos familiares, mejora en los servicios de salud de los menores y las madres, y una mejor cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento. El programa de transferencias condicionadas de efectivo del Brasil (Bolsa Familia) es un ejemplo exitoso como programa de alivio de la pobreza que integra objetivos e intervenciones en nutrición, salud y educación (Leroy, Ruel y Verhofstadt 2009). Este programa y otras políticas del gobierno brasileño han hecho también un aporte importante para reducir la desigualdad, logrando que el estatus nutricional de las niñas y niños pobres se haya acercado rápidamente al de los menores más ricos (Monteiro et al. 2009; Monteiro et al. 2010).

También a nivel local, los programas han sido exitosos en abordar tanto las causas inmediatas como las subyacentes de la subnutrición infantil: los ejemplos incluyen programas con enfoque de género que promueven la producción casera de alimentos en Bangladesh (Iannotti, Cunningham y Ruel 2009). Muchos de estos programas no sólo incorporan intervenciones nutricionales directas, sino que también colaboran en el alivio de la pobreza y la inseguridad alimentaria, y en la reducción de la desigualdad de género, por medio de la provisión de recursos y capacitación a las mujeres.



## Haja Adam Mohamed

Norte de Dafur, Sudán

“Nos gustaría alimentar mejor a nuestros menores, pero debido a la falta de ingresos y a los altos precios de los cereales, no tenemos posibilidad de hacerlo. A veces hasta las embarazadas y las madres lactantes no consumen suficientes kilocalorías como para producir suficiente leche de pecho para sus bebés.”



## Phorn Moern

Provincia de Ratanakiri, Camboya

“Yo como solamente chiles con sal y brotes de bambú. A veces, cuando tenemos dinero suficiente, compramos frutas, huevos de gallina o pato, y carne en el mercado. Para obtener la comida tenemos que caminar una hora, porque en los alrededores de la villa, los alimentos que obtenemos del bosque están desapareciendo.”



## Rodine Norosea

Técnico en nutrición,  
Provincia de Fianarantsoa,  
Madagascar

“La comida usual contiene demasiados carbohidratos a causa del abundante consumo de arroz. Con frecuencia para la gente no es posible seguir nuestras recomendaciones y recetas porque los alimentos necesarios no están disponibles o porque ellos no tienen suficiente dinero para adquirirlos.”

“Las madres solteras con muchos hijos y con alimento insuficiente favorecen con frecuencia a sus niñas y niños mayores a la hora de distribuir la comida, de forma que queda poco para los más pequeños.”

### Abordando la crisis

El reconocimiento de la importancia de la nutrición ha venido creciendo. Con dificultad se ha logrado abrir finalmente un espacio dentro de la agenda del desarrollo internacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han llamado la atención hacia la nutrición al enfocarse en reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre. El Consenso de Copenhague declaró en 2008 que las inversiones en desarrollo más efectivas en términos de costo y beneficio son las realizadas en iniciativas sobre nutrición. Varias iniciativas nuevas están enfocándose específicamente en la nutrición desde múltiples perspectivas. Un grupo de entidades en la temática de la nutrición, representantes de una amplia gama de actores interesados, promulgó una serie de recomendaciones para la acción nacional y global, llamada “Ampliando la Nutrición: Una Marco para la Acción” (Bezanson y Isenman 2010). Este documento da su respaldo a un paquete de intervenciones nutricionales dirigidas hacia la ventana de oportunidad, y estima los costos de la ampliación de estas intervenciones desde los niveles actuales hasta los niveles necesarios para lograr disminuciones rápidas en la subnutrición. Además, basado en las discusiones que se suscitaron a raíz de las crisis de los alimentos, de los combustibles y financiera, el Grupo de los Ocho países industrializados acordaron, a través de la Declaración de la Reunión de L’Aquila sobre la Seguridad Alimentaria Global, poner un nuevo énfasis en la seguridad alimentaria y la nutrición en los países pobres. En apoyo a esta declaración, múltiples donantes han contribuido con el Programa Global de Agricultura y Seguridad Alimentaria (GAFSP, por sus siglas en inglés), el cual ayudará a los países a desarrollar planes inclusivos para abordar la agricultura y la seguridad alimentaria – dos factores subyacentes que deben ser atendidos con el fin de mejorar los recursos de los hogares para enfrentar la subnutrición infantil. El Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA) de la FAO sufrió un proceso de reforma durante 2009. El documento de la reforma manifiesta su compromiso con una participación más amplia de los actores interesados en la seguridad alimentaria, y también establece inequívocamente que la nutrición es un componente fundamental del concepto de seguridad alimentaria y del trabajo del CSA. Finalmente, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos anunció recientemente su iniciativa, llamada Alimentar el Futuro, el cual combina esfuerzos en agricultura, salud y nutrición, el cual invertirá al menos 3.500 millones de dólares para apoyar a países tales como Etiopía, Guatemala, Nepal y Ruanda en el desarrollo de planes de inversión rural para mejorar la agricultura, reducir la pobreza y mejorar la nutrición. También, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido puso recientemente en

operación su nueva estrategia sobre nutrición que pretende enfrentar la “crisis ignorada de la subnutrición” concentrándose en una serie de acciones inmediatas y de largo plazo para llegar a los menores durante los mil días críticos desde su concepción hasta los dos años de edad (DFID 2010). El Informe de la Comisión de Investigación sobre el Hambre, que presenta las prioridades del Gobierno de Irlanda para la reducción y eliminación del hambre, también incluye la implementación de programas que se concentren en la subnutrición materna e infantil como una de sus tres áreas de enfoque. Las otras dos áreas son el aumento en la productividad de los pequeños agricultores – principalmente mujeres – en África, y el aseguramiento del compromiso político real en todos los niveles para darle al tema del hambre la prioridad absoluta que se merece (Gobierno de Irlanda 2008).

En su conjunto, estos nuevos esfuerzos globales son un buen comienzo. Sin embargo, para que los esfuerzos globales alcancen a las poblaciones vulnerables y consigan el objetivo final de lograr que las niñas y niños reciban una buena nutrición, se deben tomar finalmente acciones políticas decisivas y a gran escala en el nivel tanto nacional como subnacional. A pesar del consenso científico sobre la importancia de la nutrición en la primera infancia, la traducción de los hallazgos de la investigación en prácticas y políticas reales ha sido lenta en muchos países. Los encargados de la elaboración de políticas en los países en desarrollo, aún aquellos preocupados por la implementación de políticas para mejorar el bienestar de sus ciudadanos, a menudo descuidan la nutrición de sus pequeños – el futuro de su país. Los éxitos de países que han hecho esfuerzos concertados para priorizar la nutrición deben ser ejemplo para otros que están rezagados. Las historias de éxito, aunque diversas en cuanto a las modalidades e instrumentos específicos utilizados para atacar la subnutrición, se basan en unos pocos principios comunes: una fuerte acción del gobierno coordinada a través de los diferentes sectores y a nivel local, estatal y central; un fortalecimiento de los sistemas de salud existentes; una ampliación significativa del gasto público; liderazgo y compromiso en todos los niveles; enfoque prioritario en los grupos de edad, hogares y poblaciones vulnerables, y su empoderamiento; y finalmente, una fuerte cultura de monitoreo y evaluación que brinde las bases para incentivar y corregir las acciones de política en el contexto de la implementación (von Braun, Ruel y Gulati 2008).

Al hacer muy poco para tratar la crisis de la subnutrición, los encargados de elaborar las políticas están perdiendo una oportunidad de mejorar enormemente las expectativas de vida de millones de sus ciudadanos y de ese modo contribuir a lograr objetivos de política más amplios relativos al hambre, la pobreza y el crecimiento económico.





En camino hacia un futuro saludable: alumnos de kindergarten disfrutando su almuerzo.



Existe una ventana de oportunidad evidente para hacerse cargo de la nutrición; dicha ventana **se cierra con rapidez** tras cumplirse los dos años de edad.

# LA LUCHA CONTRA LA SUBNUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

## Recomendaciones Para Políticas

Diversos factores contribuyen a la crisis de la subnutrición en la primera infancia. Las soluciones a nivel de políticas y programas deben, por tanto, hacer frente a esta gama de factores, tanto a los inmediatos como a los subyacentes. Con base en la evidencia y en los éxitos alcanzados, los siguientes cursos de acción son recomendados por los autores:

### → **Dar preferencia a las intervenciones en materia de nutrición dentro de la ventana de oportunidad**

Los gobiernos y agencias de desarrollo deberían ampliar las intervenciones en materia de nutrición que se centren en las mujeres y niñas y niños ubicados dentro de la ventana de oportunidad (es decir, desde la concepción hasta la edad de dos años), utilizando para ello enfoques localmente apropiados y basados en la evidencia. Tales intervenciones deberían hacer énfasis en la mejora de la nutrición de madres embarazadas o en período de lactancia, en la promoción de prácticas adecuadas de amamantamiento y de alimentación complementaria para las y los infantes, en la provisión de suplementos de vitamina A y zinc donde sean necesarios, en la vacunación de las niñas y niños, en la universalización del uso de la sal yodada, en la mejora de la atención a niñas y niños afectados por diarrea o por VIH/SIDA, y en mejorar las prácticas de higiene y saneamiento. Asegurar la cobertura universal a menores de dos años con un paquete de intervenciones preventivas en materia de nutrición podría reducir entre 25 y 36 por ciento del costo global de la subnutrición infantil. No obstante, la ampliación de tales intervenciones en los países pobres no será sencilla. Será necesario hacer frente a cambios sustanciales en materia de recursos, gobernabilidad y capacidad.

### → **Enfrentar las condiciones subyacentes que causan la subnutrición**

Para lograr mejoras sostenibles en la nutrición infantil, las autoridades deben prestar atención a las causas mediatas o subyacentes de la subnutrición: la inseguridad alimentaria, el cuidado insuficiente de las mujeres y los niños y niñas, y el acceso limitado a servicios de salud y a un ambiente sano. Para mejorar el entorno global en el que crecen y se desarrollan los infantes, los siguientes mecanismos habrán de jugar un papel clave: las políticas sensibles a la nutrición; los programas de protección social y las redes de seguridad productiva; y finalmente, las políticas y programas agrícolas favorables a los pobres y las mujeres que además integren, específicamente, metas y acciones en materia de nutrición, dando seguimiento a sus impactos.

### → **Promover la equidad de género**

La inequidad de género y la mala nutrición son fenómenos entrelazados (Smith y Haddad 2000; Smith et al. 2003; Ackerson y Subramanian 2008; von Grebmer et al. 2009). Por esta razón, en las áreas en donde la salud, la nutrición y el estatus social de las mujeres es pobre, cabe esperar que estos mismos factores limiten los impactos de las intervenciones centradas en la ventana de oportunidad y reduzcan la seguridad alimentaria del hogar en general. La inequidad debe ser atacada en cada una de las fases del ciclo de vida del hogar para preparar a las mujeres para una vida reproductiva saludable y segura. Es particularmente importante proteger la salud y la nutrición de las niñas y de las mujeres jóvenes antes del embarazo, y esto se puede lograr mediante un mejor acceso a programas de salud, nutrición, educación y protección social para adolescentes y jóvenes adultas.

### → **Dar prioridad a la nutrición en los procesos de negociación y formulación de políticas**

El proceso de puesta en marcha de nuevas iniciativas en seguridad alimentaria y nutrición apenas empieza. Los próximos dos años serán cruciales y queda aún mucho trabajo por hacer para garantizar que la nutrición continúe vigente como elemento clave de las iniciativas conforme estas se vayan implementando. El compromiso de dar mayor énfasis a la nutrición deberá ser respaldado con recursos adicionales. Y los mecanismos de rendición de cuentas resultan vitales para asegurar el cumplimiento de estos compromisos. Además, para que esas iniciativas sean efectivas se requerirá de la cooperación y la acción conjunta de todos los interesados – gobiernos, sociedad civil, sector privado, academia e instituciones de investigación – contando además con que cada actor tiene claros sus roles y responsabilidades. Es muy importante luchar por mantener vigente a la nutrición dentro de la agenda política, ocupando un sitio central en las iniciativas que se vayan delineando.

Las acciones que se emprendan para mejorar la nutrición en la primera infancia poseen un enorme potencial, y al IGH 2010 contribuye a resaltar los países y regiones en los que tales acciones son más necesarias. Las mejoras en la nutrición durante la primera infancia pueden contribuir a desarrollar una población saludable y productiva, logrando así que todas las otras intervenciones en pro del desarrollo resulten más efectivas. Aún más importante es el hecho de que dichas mejoras aliviarán el sufrimiento innecesario de millones y hasta miles de millones de personas en todo el mundo. No hablamos aquí sólo de la posibilidad de hacer algo razonable, sino del deber de hacer lo correcto.



# APÉNDICE

## Fuentes de datos y cálculos para los Índices Globales del Hambre de 1990 y 2010

Los tres componentes se expresan en términos porcentuales y tienen una misma ponderación. Valores alto del IGH indican mayor hambre. El índice varía entre un mínimo de 0 y un máximo de 100, aunque estos extremos no se presentan en la práctica. El valor máximo de 100 se alcanzaría únicamente en caso de que todos los infantes menores de cinco años tuvieran bajo peso para su edad y murieran antes de cumplir cinco años, y que además toda la población sufriera de subnutrición. El valor mínimo de cero significaría que nadie en toda la población del país estaría subnutrido, ninguno de los niños y niñas menores de cinco años estaría bajo de peso, y ninguno de ellos habría muerto antes de su quinto cumpleaños. La siguiente tabla brinda un vistazo general a las fuentes de datos para la estimación del Índice Global del Hambre.

### EL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE SE CALCULA DE LA SIGUIENTE FORMA:

$$\text{IGH} = (\text{PSN} + \text{PBP} + \text{MI})/3$$

En donde	<b>IGH:</b>	Índice Global del Hambre
	<b>PSN:</b>	Proporción de la población que padece subnutrición (in %)
	<b>PBP:</b>	Prevalencia del bajo peso en menores de cinco años (in %)
	<b>MI:</b>	Proporción de niñas y niños que mueren antes de los cinco años de edad (in %)

### COMPONENTES DEL ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE, IGH DE 1990 Y 2010

IGH	Número de países con IGH	Indicadores	Años de referencia	Fuentes de datos
1990	99	Porcentaje de subnutridos en la población <sup>a</sup>	1990–92 <sup>b</sup>	FAO 2009 y estimación de los autores
		Porcentaje de menores de cinco años con bajo peso para la edad	1988–92 <sup>c</sup>	WHO 2010a y estimación de los autores
		Mortalidad en menores de cinco años	1990	UNICEF 2009b
2010	122	Porcentaje de subnutridos en la población <sup>a</sup>	2004–06 <sup>b</sup>	FAO 2009 y estimación de los autores
		Porcentaje de menores de cinco años con bajo peso para la edad	2003–08 <sup>e</sup>	WHO 2010a; UNICEF 2010; MEASURE DHS 2010 <sup>d</sup> ; y estimación de los autores
		Mortalidad en menores de cinco años	2008	UNICEF 2009b

<sup>a</sup> Proporción de la población con deficiencia de calorías.

<sup>b</sup> Promedio para un período de tres años.

<sup>c</sup> Datos recolectados en el año más cercano a 1990; en los casos en que se contó con datos para 1988 y 1992, o 1989 y 1991, se utilizó un promedio. Las estimaciones de los autores corresponden a 1990.

<sup>d</sup> Los datos de OMS 2010a son la fuente primaria; UNICEF 2010 y MEASURE DHS 2010 son las fuentes secundarias.

<sup>e</sup> El dato más reciente recabado en este período.

**DATOS DE REFERENCIA PARA EL CÁLCULO DE LOS ÍNDICES GLOBALES DEL HAMBRE DE 1990 Y 2010**

País	Proporción de subnutridos en la población (%)		Prevalencia del bajo peso para la edad en menores de cinco años (%)		Tasa de mortalidad en menores de cinco años (%)		IGH	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (con datos de 1988-92)	2010 (con datos de 2003-08)
Afganistán	-	-	-	32.8 *	26.0	25.7	-	-
Albania	11.0 *	5.0 *	10.6 *	6.6	4.6	1.4	8.7	<5
Angola	66.0	44.0	29.8 *	15.5 *	26.0	22.0	40.6	27.2
Arabia Saudita	2.0 *	1.0 *	12.2 *	5.3	4.3	2.1	6.2	<5
Argelia	4.0 *	3.0 *	8.0	3.0	6.4	4.1	6.1	<5
Argentina	1.0 *	1.0 *	3.5 *	2.3 *	2.9	1.6	<5	<5
Armenia	-	23.0	3.7 *	4.2	5.6	2.3	-	9.8
Azerbaiyán	-	11.0	10.6 *	8.4	9.8	3.6	-	7.7
Bahrein	-	-	6.3	4.5 *	1.6	1.2	-	-
Bangladesh	36.0	26.0	56.5	41.3	14.9	5.4	35.8	24.2
Benín	28.0	19.0	25.7 *	20.2	18.4	12.1	24.0	17.1
Bielorrusia	-	2.0 *	2.4 *	1.3	2.4	1.3	-	<5
Bolivia	24.0	23.0	9.7	4.3	12.2	5.4	15.3	10.9
Bosnia y Herzegovina	-	3.0 *	3.5 *	1.6	2.3	1.5	-	<5
Botswana	20.0	26.0	18.0 *	8.4 *	5.0	3.1	14.3	12.5
Brasil	10.0	6.0	6.1	2.2	5.6	2.2	7.2	<5
Bulgaria	4.0 *	8.0 *	2.5 *	2.2 *	1.8	1.1	<5	<5
Burkina Faso	14.0	9.0	33.9 *	37.4	20.1	16.9	22.7	21.1
Burundi	44.0	63.0	32.4 *	35.0	18.9	16.8	31.8	38.3
Bután	-	-	34.0	12.0 *	14.8	8.1	-	-
Cambodia	38.0	25.0	44.7 *	28.8	11.7	9.0	31.5	20.9
Camerún	34.0	23.0	18.0	16.6	14.9	13.1	22.3	17.6
Chad	59.0	38.0	33.8 *	33.9	20.1	20.9	37.6	30.9
Chile	7.0	2.0 *	1.1 *	0.5 *	2.2	0.9	<5	<5
China	15.0	10.0	15.3	6.0	4.6	2.1	11.6	6.0
Colombia	15.0	10.0	8.8	5.1	3.5	2.0	9.1	5.7
Comoros	40.0	51.0	16.2	22.1	12.8	10.5	23.0	27.9
Congo, Rep. Democrática	29.0	75.0	25.2 *	28.2	19.9	19.9	24.7	41.0
Congo, Rep.	40.0	21.0	16.9 *	11.8	10.4	12.7	22.4	15.2
Corea del Norte	21.0	32.0	22.0 *	20.6 *	5.5	5.5	16.2	19.4
Costa de Marfil	15.0	14.0	18.1 *	16.7	15.0	11.4	16.0	14.0
Costa Rica	3.0 *	4.0 *	2.5	1.1 *	2.2	1.1	<5	<5
Croacia	-	3.0 *	0.5 *	0.2 *	1.3	0.6	-	<5
Cuba	5.0	1.0 *	4.5 *	3.5	1.4	0.6	<5	<5
Djibouti	60.0	31.0	20.2	30.1	12.3	9.5	30.8	23.5
Ecuador	24.0	13.0	9.5 *	6.2	5.3	2.5	12.9	7.2
Egipto, Rep. Árabe	3.0 *	3.0 *	9.1	6.8	9.0	2.3	7.0	<5
El Salvador	9.0	10.0	11.1	5.8 *	6.2	1.8	8.8	5.9
Eritrea	-	66.0	- *	35.3 *	15.0	5.8	-	35.7
Eslovaquia	-	4.0 *	8.5 *	0.8 *	1.5	0.8	-	<5
Estonia	-	4.0 *	6.1 *	1.2 *	1.8	0.6	-	<5
Etiopía	71.0	44.0	39.2	34.6	21.0	10.9	43.7	29.8
Fiji	8.0	3.0 *	7.7 *	4.4 *	2.2	1.8	6.0	<5
Filipinas	21.0	15.0	29.9	20.7	6.1	3.2	19.0	13.0
Gabón	5.0	3.0 *	8.8 *	8.4 *	9.2	7.7	7.7	6.4
Gambia, Rep. de	20.0	29.0	17.3 *	15.8	15.3	10.6	17.5	18.5
Georgia	-	12.0	1.6 *	2.3	4.7	3.0	-	5.8
Ghana	34.0	8.0	24.4	14.3	11.8	7.6	23.4	10.0
Guatemala	14.0	16.0	23.6 *	16.5 *	7.7	3.5	15.1	12.0

Note: \* indica estimaciones de los autores.

**DATOS DE REFERENCIA PARA EL CÁLCULO DE LOS ÍNDICES GLOBALES DEL HAMBRE DE 1990 Y 2010**

País	Proporción de subnutridos en la población (%)		Prevalencia del bajo peso para la edad en menores de cinco años (%)		Tasa de mortalidad en menores de cinco años (%)		IGH	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (con datos de 1988-92)	2010 (con datos de 2003-08)
Guinea	19.0	16.0	23.7 *	20.8	23.1	14.6	21.9	17.1
Guinea-Bissau	20.0	31.0	18.6 *	17.2	24.0	19.5	20.9	22.6
Guyana	18.0	6.0	16.4 *	10.8	8.8	6.1	14.4	7.6
Haití	63.0	58.0	22.5	18.9	15.1	7.2	33.5	28.0
Honduras	19.0	12.0	15.8	8.6	5.5	3.1	13.4	7.9
India	24.0	22.0	59.5	43.5	11.6	6.9	31.7	24.1
Indonesia	19.0	16.0	31.0	19.6	8.6	4.1	19.5	13.2
Irak	-	-	10.4	7.1	5.3	4.4	-	-
Irán, Rep. Islámica de	3.0 *	4.0 *	16.0 *	4.4	7.3	3.2	8.8	<5
Jamaica	11.0	5.0	5.2	2.2	3.3	3.1	6.5	<5
Jordania	3.0 *	3.0 *	4.8	3.5 *	3.8	2.0	<5	<5
Kazajistán	-	1.0 *	2.7 *	4.9	6.0	3.0	-	<5
Kenya	33.0	30.0	17.4 *	16.5	10.5	12.8	20.3	19.8
Kuwait	20.0	4.0 *	6.8 *	2.5 *	1.5	1.1	9.4	<5
Laos, R.P.D.	27.0	19.0	44.4 *	31.6	15.7	6.1	29.0	18.9
Lesotho	15.0	15.0	13.8	13.6	10.1	7.9	13.0	12.2
Letonia	-	2.0 *	2.0 *	0.9 *	1.7	0.9	-	<5
Líbano	3.0 *	2.0 *	4.6 *	4.2	4.0	1.3	<5	<5
Liberia	30.0	38.0	16.9 *	20.4	21.9	14.5	22.9	24.3
Libia	1.0 *	2.0 *	4.1 *	5.6	3.8	1.7	<5	<5
Lituania	-	0.0 *	2.5 *	1.3 *	1.6	0.7	-	<5
Macedonia, Rep	-	4.0 *	2.8 *	2.0	3.6	1.1	-	<5
Madagascar	32.0	35.0	35.5	36.8	16.7	10.6	28.1	27.5
Malasia	2.0 *	2.0 *	22.1	7.0	1.8	0.6	8.6	<5
Malawi	45.0	29.0	24.4	15.5	22.5	10.0	30.6	18.2
Malí	14.0	10.0	33.5 *	27.9	25.0	19.4	24.2	19.1
Marruecos	5.0	4.0 *	8.1	9.9	8.8	3.6	7.3	5.8
Mauricio	7.0	6.0	12.6 *	12.4 *	2.4	1.7	7.3	6.7
Mauritania	10.0	8.0	43.2	19.4 *	12.9	11.8	22.0	13.1
México	5.0 *	4.0 *	13.9	3.4	4.5	1.7	7.8	<5
Moldavia	-	6.0 *	3.6 *	3.2	3.7	1.7	-	<5
Mongolia	30.0	29.0	10.8	5.3	9.8	4.1	16.9	12.8
Montenegro	-	9.0 *	-	2.2	1.5	0.8	-	<5
Mozambique	59.0	37.0	28.4 *	21.2	24.9	13.0	37.4	23.7
Myanmar	44.0	17.0	32.5	29.6	12.0	9.8	29.5	18.8
Namibia	29.0	19.0	21.5	17.5	7.2	4.2	19.2	13.6
Nepal	21.0	16.0	47.2 *	38.8	14.2	5.1	27.5	20.0
Nicaragua	52.0	21.0	11.3 *	6.0	6.8	2.7	23.4	9.9
Níger	38.0	28.0	41.0	32.9 *	30.5	16.7	36.5	25.9
Nigeria	15.0	8.0	35.1	26.7	23.0	18.6	24.4	17.8
Omán	-	-	21.4	8.4 *	3.1	1.2	-	-
Pakistán	22.0	23.0	39.0	25.3 *	13.0	8.9	24.7	19.1
Panamá	18.0	17.0	8.8 *	4.3 *	3.1	2.3	10.0	7.9
Papúa Nueva Guinea	-	-	18.0 *	18.0 *	9.1	6.9	-	-
Paraguay	16.0	12.0	2.8	3.0	4.2	2.8	7.7	5.9
Perú	28.0	13.0	8.8	5.4	8.1	2.4	15.0	6.9
Qatar	-	-	-	-	2.0	1.0	-	-
República Centroafricana	47.0	41.0	25.3 *	24.0	17.8	17.3	30.0	27.4
República Dominicana	27.0	21.0	8.4	3.4	6.2	3.3	13.9	9.2

Note: \* indica estimaciones de los autores.

**DATOS DE REFERENCIA PARA EL CÁLCULO DE LOS ÍNDICES GLOBALES DEL HAMBRE DE 1990 Y 2010**

País	Proporción de subnutridos en la población (%)		Prevalencia del bajo peso para la edad en menores de cinco años (%)		Tasa de mortalidad en menores de cinco años (%)		IGH	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (con datos de 1988-92)	2010 (con datos de 2003-08)
República Kirguisa	-	3.0 *	4.8 *	2.7	7.5	3.8	-	<5
Ruanda	45.0	40.0	24.3	18.0	17.4	11.2	28.9	23.1
Rumania	3.0 *	0.0 *	5.0	2.8 *	3.2	1.4	<5	<5
Rusia, Federación de	-	2.0 *	2.5 *	1.6 *	2.7	1.3	-	<5
Senegal	28.0	25.0	19.6	14.5	14.9	10.8	20.8	16.8
Serbia	-	9.0 *	-	1.8	2.9	0.7	-	<5
Sierra Leona	45.0	46.0	25.4	21.3	27.8	19.4	32.7	28.9
Siria, Rep. Árabe	4.0 *	4.0 *	14.2 *	10.0	3.7	1.6	7.3	5.2
Somalia	-	-	-	32.8	20.0	20.0	-	-
Sri Lanka	27.0	21.0	33.4 *	21.1	2.9	1.5	21.1	14.5
Suazilandia	12.0	18.0	8.1 *	6.1	8.4	8.3	9.5	10.8
Sudáfrica	6.0 *	5.0 *	10.3 *	10.1	5.6	6.7	7.3	7.3
Sudán	31.0	20.0	35.9 *	31.7	12.4	10.9	26.4	20.9
Surinam	11.0	7.0	12.6 *	7.0	5.1	2.7	9.6	5.6
Tailandia	29.0	17.0	17.2 *	7.0	3.2	1.4	16.5	8.5
Tanzania	28.0	35.0	25.1	16.7	15.7	10.4	22.9	20.7
Tayikistán	-	26.0	10.0 *	15.0	11.7	6.4	-	15.8
Timor Oriental	-	23.0	-	44.6	18.4	9.3	-	25.6
Togo	45.0	37.0	23.5	20.5	15.0	9.8	27.8	22.4
Trinidad y Tobago	11.0	10.0	6.2 *	2.4 *	3.4	3.5	6.9	5.3
Túnez	1.0 *	1.0 *	9.1	3.3	5.0	2.1	5.0	<5
Turkmenistán	-	6.0	13.4 *	8.0	9.9	4.8	-	6.3
Turquía	1.0 *	2.0 *	8.6 *	2.6	8.4	2.2	6.0	<5
Ucrania	-	2.0 *	1.6 *	0.6 *	2.1	1.6	-	<5
Uganda	19.0	15.0	19.7	16.4	18.6	13.5	19.1	15.0
Uruguay	5.0	2.0 *	6.6 *	6.0	2.4	1.4	<5	<5
Uzbekistán	-	13.0	9.3 *	4.4	7.4	3.8	-	7.1
Venezuela, Rep. Bolivariana	10.0	12.0	6.7	4.4	3.2	1.8	6.6	6.1
Vietnam	28.0	13.0	40.7	20.2	5.6	1.4	24.8	11.5
Yemen, Rep.	30.0	32.0	47.7 *	43.1	12.7	6.9	30.1	27.3
Zambia	40.0	45.0	19.5	14.9	17.2	14.8	25.6	24.9
Zimbabwe	40.0	39.0	8.0	14.0	7.9	9.6	18.6	20.9

Note: \* indicates authors' estimates.



# BIBLIOGRAFÍA

- Ackerson, L., y S. V. Subramanian. 2008. **Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India.** *American Journal of Epidemiology* 167 (10): 1188–96.
- Alderman, H., J. Hoddinott, y B. Kinsey. 2003. **Long-term consequences of early childhood malnutrition.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 168. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Alkire, S., y M. E. Santos. 2010. **Multidimensional Poverty Index: 2010 data.** Iniciativa Oxford sobre Pobreza y Desarrollo Humano. [www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/](http://www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/).
- Banco Mundial. 2007. **From agriculture to nutrition: Pathways, synergies, and outcomes.** Washington, DC.
- . 2009. **Governance matters 2009: Worldwide governance indicators, 1996–2008.** Washington, DC. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/faq.htm>.
- . 2010. **World development indicators database.** Washington, DC.
- Bezanson, K., y P. Isenman. 2010. **Scaling up nutrition: A framework for action.** *Food and Nutrition Bulletin* 31 (1): 178–86.
- Bhutta, Z. A., T. Ahmed, R. E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B. A. Haider, B. Kirkwood, S. S. Morris, H. P. S. Sachdev, y M. Shekar, para el Grupo de Estudio sobre Subnutrición Materna e Infantil. 2008. **What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival,** *The Lancet* 371 (9610): 417–40.
- Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers, y J. Rivera, para el Grupo de Estudio sobre Subnutrición Materna e Infantil. 2008. **Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and consequences.** *The Lancet* 371 (9608): 243–60.
- CEPAL/PMA. 2007. **Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centroamérica y República Dominicana, Panorama General.** Santiago, Chile.
- Chen, S., y M. Ravallion. 2008. **The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty.** Policy Research Working Paper 4703. Washington, DC: Banco Mundial.
- CPN (Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas). 2006. **Third World Urban Forum – Vancouver 19-23 June SCN Statement.** The double burden of malnutrition – A challenge for cities worldwide. Press release, June 19. [http://www.unscn.org/files/Statements/The\\_Double\\_Burden\\_of\\_Malnutrition\\_A\\_Challenge\\_for\\_cities\\_Worldwide.pdf](http://www.unscn.org/files/Statements/The_Double_Burden_of_Malnutrition_A_Challenge_for_cities_Worldwide.pdf).
- de Benoist, B., M. Andersson, I. Egli, B. Takkouche, y H. Allen. 2004. **Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- de Benoist, B., E. McLean, M. Cogswell, I. Egli, y D. Wojdyla. 2008. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- DFID (Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido). 2010. **The neglected crisis of undernutrition: DFID's strategy.** Londres. [http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/\\$file/DFID\\_mar10.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/$file/DFID_mar10.pdf?openelement).
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación). 2009. **State of food insecurity in the world 2009.** Roma.
- . 2010a. **State of food insecurity in the world 2010.** Roma.
- . 2010b. **When emergencies last for decades: How to improve food security in protracted crises.** Economic and Social Perspectives Policy Brief 7. Roma.
- Gillespie, S., J. Mason, y R. Martorell. 1996. **How nutrition improves.** Nutrition Policy Discussion Paper No. 15. Ginebra: Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas - Subcomité sobre Nutrición (CAC/SCN).
- Gobierno de Irlanda. 2008. **Hunger Task Force: Report to the Government of Ireland.** [http://www.irishaid.gov.ie/uploads/hunger\\_task\\_force.pdf](http://www.irishaid.gov.ie/uploads/hunger_task_force.pdf).
- Griffiths, M. 2009. **Focusing on improving household practices and strengthening community support. Presentation at the Bread for the World's National Gathering,** American University, Washington, DC, Junio.
- Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores, y R. Martorell. 2008. **Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults.** *The Lancet* 371 (9610): 411–16.

- Horton, S., B. France, A. Greig, y A. Lakshman. 2008. **Best Practice Paper: Micronutrient Supplements for Child Survival (Vitamin A and Zinc)**, Centro del Consenso de Copenhague, Copenhague.
- Iannotti, L., K. Cunningham, y M. Ruel. 2009. **Diversifying into healthy diets: Homestead food production in Bangladesh**. In D. J. Spielman y R. Pandya-Lorch, eds., **Millions fed: Proven successes in agricultural development**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- IFPRI (Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias)/Welthungerhilfe/Concern Worldwide. 2007. **The challenge of hunger 2007: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends**. Washington, DC, Bonn, y Dublin.
- Khor, G. L. 2005. **Micronutrient status and intervention programs in Malaysia**. *Food and Nutrition Bulletin* 26 (2): S281–85.
- Leroy, J. L., M. Ruel, y E. Verhofstadt. 2009. **The impact of conditional cash transfer programmes on nutrition: A review of evidence using a programme theory framework**. *Journal of Development Effectiveness* 1 (2): 103–29.
- MEASURE DHS. 2010. **Demographic health surveys**. Calverton, EEUU. [http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/search\\_survey\\_main.cfm?SrvyTp=type](http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/search_survey_main.cfm?SrvyTp=type).
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, S. C. Konno, A. C. F. Silva, A. L. L. Lima, y W. L. Conde. 2009. **Causes for the decline in child under nutrition in Brazil, 1996–2007**. *Revista de Saude Publica* 43: 35–43.
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, W. L. Conde, Silvia Konno, A. L. Lovadino, A. J. D. Barros, y C. G. Victora. 2010. **Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007**. *Bulletin of the World Health Organization* 88: 305–11.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2009. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk, 1995–2005: WHO global database on vitamin A deficiency**. Ginebra.
- . 2010a. **Global database on child growth and malnutrition**. Ginebra. <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/en/index.html>.
- . 2010b. **Global database on child growth and malnutrition: India**. [http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who\\_standards/ind.pdf](http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/ind.pdf).
- PMA (Programa Mundial de Alimentos). 2006. **Ending child hunger and undernutrition initiative. Global framework for action: summary note**. Consulta informal sobre la iniciativa para acabar con el hambre y la subnutrición infantil. Comunicado de prensa, Octubre 9. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp111813.pdf>.
- Rossi, L., T. Hoerz, V. Thouvenot, G. Pastore, y M. Michael. 2006. **Evaluation of health, nutrition, and food security programmes in a complex emergency: The case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation**. *Public Health Nutrition* 9 (5): 551–56.
- Ruel, M. T. 2008. **Addressing the underlying determinants of undernutrition: Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies**. *SCN News* 36: 21–29.
- Ruel, M. T., P. Menon, J.-P. Habicht, C. Loechl, G. Bergeron, G. Pelto, M. Arimond, J. Maluccio, L. Michaud, y B. Hankeba. 2008. **Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: A cluster randomised trial**. *The Lancet* 371 (9612): 588–95.
- Ruel, M.T. **The Oriente study: program and policy impacts**. 2010. *Journal of Nutrition* 140: 415–418.
- Smith, L., y L. Haddad. 2000. **Explaining malnutrition in developing countries: A cross-country analysis**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad, y R. Martorell. 2003. **The importance of women's status for child nutrition in developing countries**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Svedberg, P. 2007. **Child malnutrition in India and China. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Tontisirin, K., y P. Winichagoon. 1999. **Community-based programmes: Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand**. *Food and Nutrition Bulletin* 20 (3): 315–22.

UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia). 2009a. **The state of the world's children 2010: Child rights**. New York.

———. 2009b. **Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority**. New York.

———. 2010. **Childinfo statistics on child nutrition**. New York. [http://www.childinfo.org/undernutrition\\_underweight.php](http://www.childinfo.org/undernutrition_underweight.php).

Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter y H. Singh Sachdev, para el Grupo de Estudio sobre Subnutrición Materna e Infantil. 2008. **Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital**. *The Lancet* 371 (9609): 340–57.

Victora, C. G., M. de Onis, P. C. Hallal, M. Blössner, y R. Shrimpton. 2010. **Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions**. *Pediatrics* 125 (3): e473.

von Braun, J., M. Ruel, y A. Gulati. 2008. **Accelerating progress toward reducing malnutrition in India: A concept for action**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

von Grebmer, K., H. Fritschel, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, R. Pandya-Lorch, e Y. Yohannes. 2008. **Global Hunger Index: The challenge of hunger 2008**. Bonn, Washington, DC, y Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, y Concern Worldwide.

von Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschel, R. Pandya-Lorch, e Y. Yohannes. 2009. **2009 Global Hunger Index: The challenge of hunger: Focus on financial crisis and gender inequality**. Bonn, Washington, DC, y Dublin: Deutsche

Welthungerhilfe, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, y Concern Worldwide.

Wiesmann, D. 2004. **An international nutrition index: Concept and analyses of food insecurity and undernutrition at country levels**. Development Economics and Policy Series 39. Frankfurt del Meno: Peter Lang.

———. 2006a. **2006 Global hunger index: A basis for cross-country comparisons**. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

———. 2006b. **A global hunger index: Measurement concept, ranking of countries, and trends**. Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 212. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Wiesmann, D., J. von Braun, y T. Feldbrügge. 2000. **An international nutrition index: Successes and failures in addressing hunger and malnutrition**. ZEF Discussion Papers on Development Policy No. 26. Bonn, Alemania: Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) [Centro para la Investigación sobre el Desarrollo].

Wiesmann, D., L. Weingärtner, y I. Schöninger. 2006. **The challenge of hunger: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends**. Bonn y Washington, DC: Deutsche Welthungerhilfe e Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

*Los autores desean agradecer a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación por su aporte de datos no publicados sobre consumo de energía en la dieta, los cuales fueron utilizados para estimar los puntajes del IGH 2010, y por proveer los datos sobre el número de personas subnutridas en 2010.*

# SOCIOS



INTERNATIONAL  
FOOD  
POLICY  
RESEARCH  
INSTITUTE

El Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) fue fundado en 1975. Su misión es brindar soluciones de política que reduzcan la pobreza en los países en vías de desarrollo,

logren una seguridad alimentaria sostenible, mejoren la salud y la nutrición y promuevan un crecimiento agrícola amigable con el ambiente. Para alcanzar estas metas, el Instituto se concentra en la investigación, así como en el fortalecimiento de capacidades y la comunicación sobre políticas. El IFPRI colabora estrechamente con instituciones nacionales y redes regionales de nutrición e investigación agrícola de los países en vías de desarrollo. El Instituto también participa en diálogos de amplio alcance, a fin de que los nuevos aportes resultantes de sus investigaciones puedan integrarse a las políticas agrícolas y alimentarias y puedan crear conciencia pública con respecto a la seguridad alimentaria, la pobreza y la protección del medio ambiente. El IFPRI es financiado por gobiernos, organizaciones internacionales y regionales, y fundaciones privadas, muchas de las cuales son miembros del Grupo Consultivo sobre Investigación Agrícola Internacional (CGIAR, por sus siglas en inglés; [www.cgiar.org](http://www.cgiar.org)). Esta asociación la conforman 15 centros internacionales de investigación agrícola que trabajan en estrecha colaboración con los sistemas nacionales de investigación agrícola, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. El IFPRI tiene su sede en Washington D.C., y cuenta con oficinas regionales en India, China, Etiopía y Senegal.



## Nuestra identidad – quiénes somos

Concern Worldwide es la mayor organización no gubernamental de Irlanda, dedicada a la reducción del sufrimiento y a trabajar con miras a la eliminación final de la pobreza extrema. Trabajamos en 28 de los países más pobres del mundo y contamos con más de 3.500 empleados comprometidos y talentosos.

## Nuestra misión: - lo que hacemos

Nuestra misión es ayudar a la gente que vive en la pobreza extrema a alcanzar mejoras significativas en sus vidas, las cuales perduran y se propagan sin requerir el apoyo constante de Concern Worldwide. Para este fin, Concern Worldwide trabajará con los propios pobres, así como con socios locales e internacionales que compartan nuestra visión, para crear sociedades justas y pacíficas donde los pobres puedan ejercer sus derechos fundamentales. Para lograr esta misión nos dedicamos al trabajo de desarrollo de largo plazo, respondemos a situaciones de emergencia y buscamos enfrentar las causas fundamentales de la pobreza mediante nuestro trabajo de promoción y educación para el desarrollo.

## Nuestra visión - para el cambio

Un mundo donde nadie viva en la pobreza, el temor o la opresión, donde todos tengan acceso a un nivel decente de vida y a las oportunidades y opciones esenciales para una vida larga, saludable y creativa; un mundo en el cual todos sean tratados con dignidad y respeto.



**La Visión: que todas las personas de este mundo vivan su vida en forma autónoma, con dignidad y justicia, libres de hambre y pobreza.**

## Nuestra organización

Welthungerhilfe fue fundada en 1962 como parte de campaña pionera global “Libres del Hambre” (“Freedom from Hunger”) bajo el auspicio de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Actualmente es una de las mayores organizaciones no gubernamentales de socorro de Alemania. Es una organización independiente que cuenta con una amplia base en la sociedad Alemana a través de las organizaciones de nuestros miembros, de nuestros donantes y patrocinadores. Nos apoyamos en el coraje, el gozo de vivir y el humanismo para el cumplimiento de nuestra misión.

## Nuestras metas

Welthungerhilfe hace campaña en pro de la seguridad alimentaria para la gente en todas partes, del desarrollo rural y de la conservación de los recursos naturales. Estamos convencidos del poder de los sueños, los cuales motivan a la gente y actúan como instrumentos políticos poderosos, tanto para mejorar las condiciones de vida de los pobres y desnutridos, como para asegurar nuestro futuro conjunto. Esto nos motiva a vincularnos con socios en Alemania y en los países en que llevamos a cabo nuestros proyectos, conformando una red global dinámica de forma tal que la cooperación para el desarrollo se torne una experiencia compartida.

## Nuestro trabajo

Nosotros habilitamos a la gente en los países en desarrollo para que tomen el control de sus propias vidas, ahora y en el futuro. Nuestros años de experiencia internacional como una agencia de apoyo alemán de gran tamaño han resultado en historias de éxito en África, Asia y América Latina. También estamos activos a nivel político, haciendo campaña por un cambio en las condiciones que conducen al hambre y la pobreza. Para ello, movilizamos a la gente en Alemania a favor de nuestra visión.

### **Nuestro enfoque**

Nuestra concepción holística está centrada en la calidad y orientada hacia los resultados e impactos. Nuestras actividades abarcan tanto la respuesta rápida a desastres, como las tareas de reconstrucción e incluso hasta los proyectos de desarrollo de largo plazo. Trabajamos en condición de iguales como socios de la gente afectada; somos competentes, confiables y transparentes. Apoyamos a las organizaciones socias en los países en donde desarrollamos nuestros proyectos, y nos aseguramos de que las estructuras locales se vean fortalecidas desde la base, garantizando el éxito duradero de nuestros proyectos.

# IMPRINT

**Deutsche Welthungerhilfe e. V.**

Friedrich-Ebert-Str. 1  
53173 Bonn, Alemania  
Tel. +49 228-2288-0  
Fax +49 228-2288-333  
www.welthungerhilfe.de

**Secretario General y Presidente del Consejo Directivo:**

Dr. Wolfgang Jamann

**Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI)**

2033 K Street, NW  
Washington, DC 20006-1002, EEUU  
Tel. +1 202-862-5600  
Fax +1 202-467-4439  
www.ifpri.org

**Director General:**

Dr. Shenggen Fan

**Concern Worldwide**

52-55 Lower Camden Street  
Dublin 2, Irlanda  
Tel. +353 1 417 7700  
Fax +353 1 475 7362  
www.concern.net

**Ejecutivo Principal:**

Tom Arnold

**Editores:**

Nina Wünsche  
Dr. Klaus von Grebmer  
Olive Towey

**Autores:**

IFPRI: Dr. Klaus von Grebmer (Director, División de Comunicaciones), Dr. Marie T. Ruel (Directora, División de Pobreza, Salud y Nutrición), Purnima Menon (Investigadora, División de Pobreza, Salud y Nutrición), Bella Nestorova (Analista de Investigación), Tolulope Olofinbiyi (Analista de Investigación), Heidi Fritschel (Escritora consultora), Yisehac Yohannes (Analista de Investigación)  
Concern Worldwide and Welthungerhilfe: Constanze von Oppeln (Asesora Principal en Políticas de Ayuda y Seguridad Alimentaria), Olive Towey (Oficial de Promoción para la Efectividad de la Ayuda), Kate Golden (Asesor Principal en Nutrición), Jennifer Thompson (Oficial de Promoción para la problemática del Hambre)

**Diseño, Diagramación y Producción:**

muehlhausmoers kommunikation gmbh, Colonia, Alemania  
Tobias Heinrich, Pascal Schöning, Dorina Volkhausen

**DOI:**

<http://dx.doi.org/10.2499/9780896299306ESGHI2010>

**ISBN:**

978-0-89629-930-6

**Créditos de las fotos:**

Fotografía de la cubierta: Philip Flämig/Welthungerhilfe, Mali, consulta sobre nutrición para mujeres embarazadas y que amamantan, 2008; página 2: Jörg Böhling/Welthungerhilfe, India, Sundarbans, chequeo en un centro de atención para madres y menores, 2008; página 6: Miriam Böttner/Welthungerhilfe, Etiopía, Millenniumsdorf Sodo, productor cosechando mijo, 2006; página 10: Florian Kopp/Welthungerhilfe, Bolivia, Millenniumsdorf Cañadón Peñas, mujer con repostería tradicional boliviana para las ventas callejeras, 2010; página 20: Andreas Bretz/Welthungerhilfe, Burkina Faso, Millenniumsdorf Ouagadougou, mujer con sus menores en una sala de hospital, 2008; página 24: Marcia Griffiths/Kecamatan Godean, Indonesia, Java, afueras de Yogyakarta, 1979; página 32: Eva Häberle/Welthungerhilfe, Burundi, mujer luego de participar en una presentación sobre cocina, 2008; página 31: Christian Weische/Welthungerhilfe, India, niñas y niños frente al kindergarten comiendo su almuerzo, 2006; Retratos: Los retratos de las personas fueron tomados por personal de Welthungerhilfe.





2010 GHI es

ISBN 978-0-89629-930-6



9 780896 299306 >

**Deutsche Welthungerhilfe e. V.**

Friedrich-Ebert-Str. 1  
53173 Bonn, Alemania  
Tel. +49 228-22 88-0  
Fax +49 228-22 88-333  
[www.welthungerhilfe.de](http://www.welthungerhilfe.de)

**International Food Policy  
Research Institute**

2033 K Street, NW  
Washington, DC 20006-1002, USA  
Tel. +1 202-862-5600  
Fax +1 202-467-4439  
[www.ifpri.org](http://www.ifpri.org)

**Concern Worldwide**

52-55 Lower Camden Street  
Dublin 2, Irlanda  
Tel. +353 1-417-7700  
Fax +353 1-475-7362  
[www.concern.net](http://www.concern.net)

