



EL COSTE DEL HAMBRE EN ÁFRICA (COHA) INFORME CONTINENTAL

Impacto social y económico de la
desnutrición infantil



Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitido, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación o de otro modo, sin permiso previo.

Apoyo financiero de:





EL COSTE DEL HAMBRE EN ÁFRICA (COHA) INFORME CONTINENTAL

**Impacto social y económico de la
desnutrición infantil**





EC 1964 - 1

Índice de conteúdo

Preâmbulo	4
Agradecimentos	6
Resumo Executivo	7
Capítulo I: Introdução	9
Antecedentes Socioeconómicos E Nutricionais	9
Capítulo II: Visão Geral Da Nutrição Em África	12
Visão Geral Da Nutrição Em África	12
Capítulo III: Metodologia	17
Quadro Conceptual	17
Causas De Subnutrição	17
Consequências Da Subnutrição	18
Análises Dimensionais	18
Capítulo IV: Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil No Setor Da Saúde	22
Efeitos Sobre A Morbilidade	22
Efeitos Sobre A Mortalidade	23
Custos Para A Saúde Pública E Privada Da Subnutrição	24
Capítulo V: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Educação	26
Efeitos Na Reprovação Escolar	26
Efeitos Na Retenção/Abandono	28
Estimativa Dos Custos Da Educação Pública E Privada	29
Capítulo VI: O Custo Social E Económico Da Subnutrição Infantil Na Produtividade	31
Perdas Por Atividades Não Manuais Devido À Redução Da Escolaridade	31
Perdas Em Atividades Manuais Intensivas	33
Custo De Oportunidade Devido À Mortalidade	34
Perdas De Produtividade Global	34
Capítulo VII: Resumo Dos Efeitos E Custos	36
Resumo Dos Custos E Do Pib Do Respetivo Estado-Membro	36
Análise De Cenários	37
Poupanças Projetadas	39
Capítulo VIII: Opções De Políticas E Recomendações	43
Histórias De Sucesso Africano (Progressão Dos Estados-Membros No Tratamento Da Subnutrição Infantil)	43
Recomendações E Opções Políticas	45
Conclusão:	54
Anexo	57
Glossário	57

Prólogo

Informe continental: El coste del hambre

La Comisión de la Unión Africana, dentro del marco del departamento de Salud, Asuntos humanitarios y Desarrollo social, ha dirigido la realización del estudio sobre el Coste del Hambre en África (COHA) en todos los Estados miembros de la Unión Africana.

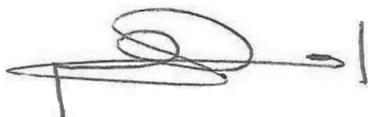
El estudio se ha realizado en el marco de la Estrategia Regional Africana de Nutrición (2005-2015) y de la Estrategia Regional Africana de Nutrición revisada (2015-2025). Desde su inicio en 2010, el refrendo de los Ministros de Finanzas, Planificación y Desarrollo económico en 2012 (Resolución 898) y el llamamiento de los jefes de estado y de gobierno de la Unión Africana en 2014 (Assembly/AU/ /Decl.4(XXIII)), para que el estudio se complete con éxito, incluyendo una amplia difusión de los resultados a nivel nacional y regional, el estudio ha sido completado por veintiún (21) estados miembros (además de los cuatro (4) estados miembros piloto iniciales).

El Informe continental sobre el Coste del Hambre en África recoge las conclusiones y recomendaciones de los veintiún (21) estados miembros de la UA que han completado el estudio hasta la fecha (Burkina Faso, Chad, República Democrática del Congo, Egipto, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea Bissau, Kenia, Lesoto, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Níger, Ruanda, Suazilandia, Sudán, Uganda y Zimbabue). Destaca los importantes efectos negativos de los niños subalimentados en la salud, el rendimiento escolar y la productividad laboral, para dar la oportunidad a los estados miembros que no han realizado el estudio de acceder a la información y utilizarla para el aprendizaje, la promoción y el desarrollo de políticas y estrategias para intervenciones específicas y sensibles a la nutrición.

El estudio proporciona las pruebas para defender y posicionar la nutrición como una prioridad clave para la consideración de los responsables políticos a nivel nacional, regional y continental. Los resultados también han sido clave para destacar la importancia de la acción y la coordinación multisectoriales en la implementación de programas e iniciativas de nutrición a todos los niveles, afirmando que la eliminación de la desnutrición no puede ser combatida por un solo actor, sino uniendo fuerzas y elaborando estrategias para acciones multisectoriales integradas y concertadas.

La Comisión desea agradecer el apoyo del Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en la elaboración de este informe y la continua colaboración de los estados miembros en la realización del estudio, mediante la aportación de apoyo técnico y financiero. También me gustaría reconocer el esfuerzo, la contribución y el liderazgo del equipo de la CUA, especialmente del equipo del departamento de Salud, Asuntos humanitarios y Desarrollo social, en la realización del Estudio sobre el Coste del Hambre en África y, más concretamente, en la elaboración de este importante informe.

La Comisión de la Unión Africana, en colaboración con sus socios y las principales partes interesadas, se mantiene firme en el compromiso de trabajar estrechamente con los estados miembros en la aplicación de las recomendaciones que se desprenden de este informe, así como de los informes del estudio sobre el coste del hambre a nivel de los estados miembros, con el fin de lograr un continente libre de hambre y malnutrición.



S.E. Amira El Fadil,

Comisaria del Departamento de Salud,
Asuntos humanitarios y desarrollo social
Comisión de la Unión Africana

Agradecimientos

El Informe continental sobre el Coste del Hambre en África (COHA) se está llevando a cabo en el marco de la Estrategia Regional Africana de Nutrición (2016-2025). Durante el Tercer Comité Técnico Especializado en Salud, Población y Control de Drogas (STC-HPDC-3) celebrado en El Cairo, Egipto, en 2019, los ministros pidieron que la Comisión de la Unión Africana, con el apoyo del PMA y de otras partes interesadas, elaborara un Informe continental sobre los avances en la aplicación de las recomendaciones de los estudios sobre el COHA.

El Departamento de Salud, Asuntos humanitarios y Desarrollo social desea expresar su agradecimiento al consultor Douglas Karugonjo por la elaboración de este informe bajo la dirección y orientación de la Dra. Margaret Agama-Anyetei, Jefa de la División de Salud, Asuntos humanitarios y Desarrollo social, y con el apoyo de la Sra. Priscilla Wanjiru, Oficial de Colaboraciones Externas. El Departamento también desea agradecer el apoyo financiero y técnico del Programa Mundial de Alimentos (PMA), que ha hecho posible la elaboración de este informe. Se agradece mucho el apoyo de los miembros del equipo técnico del PMA sobre el COHA, la Sra. Beza Berhanu y el Sr. Addisu Bekele.

Resumen Ejecutivo

El estudio sobre el Coste del Hambre en África (COHA) es una iniciativa liderada por la Comisión de la Unión Africana (CUA), a través de la cual los estados miembros de la Unión Africana son capaces de estimar el impacto social y económico de la desnutrición infantil en un año determinado. En marzo de 2012, se hizo una presentación sobre el «Coste del hambre en África: impacto social y económico de la desnutrición infantil» ante los ministros africanos de Finanzas, Planificación y Desarrollo económico durante la 5ª Conferencia Conjunta de Ministros de Planificación económica y Finanzas de la Unión Africana (UA) y la Comisión Económica para África (CEPA) celebrada en Addis Abeba (Etiopía). En ese momento, el estudio multinacional y multidisciplinar se estaba llevando a cabo en los cuatro (4) primeros países piloto. Los ministros emitieron una resolución en la que confirmaban la importancia del estudio y recomendaban que continuara más allá de la fase inicial (AU/CAMEF/EXP/22(VII)). Además, los Jefes de estado y de gobierno de la Unión Africana, en 2014 (Assembly/AU/ /Decl.4(XXIII)), pidieron que el estudio se completara con éxito, incluyendo una amplia difusión de los resultados a nivel nacional y regional. Hasta ahora, 21 Estados miembros han completado el estudio, a saber: Burkina Faso, Chad, Egipto, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea Bissau, Kenia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Níger, República Democrática del Congo, Reino de Lesoto, Ruanda, Suazilandia, Sudán, Uganda y Zimbabue.

El modelo del estudio COHA se utiliza para estimar los casos adicionales de morbilidad, mortalidad, repetición y abandono escolar y reducción de la capacidad física asociados al estado de desnutrición de una persona antes de los cinco años. Para estimar estos impactos sociales para un solo año, el modelo se centra en la población actual, identifica el porcentaje de esa población que estaba subalimentada antes de los cinco años y,

a continuación, estima los impactos negativos asociados experimentados por la población en el año actual. A partir de esta información y de los datos facilitados por los Equipos Nacionales de Aplicación (ENA) de los respectivos Estados miembros que han completado el estudio, el modelo estima las pérdidas económicas asociadas sufridas por la economía en materia de salud, educación y productividad potencial en un solo año.

El Informe continental COHA ofrece una visión de los efectos de la desnutrición en el desarrollo económico y social. Servirá como herramienta de promoción para garantizar un discurso político eficaz y eficiente sobre la nutrición y las intervenciones nutricionales en el contexto de la planificación del desarrollo nacional. Las recomendaciones y el menú de opciones políticas de los estudios COHA giran en torno a la formación y aplicación de políticas de nutrición. Entre este menú de opciones y recomendaciones políticas se encuentra la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud y nutrición; una mayor promoción de la nutrición y un mayor desarrollo de los alimentos básicos y autóctonos, y el enriquecimiento de los alimentos; los procedimientos nacionales de planificación y presupuestación para la nutrición deberían reforzarse mediante el desarrollo de la presupuestación anual y la movilización de fondos, así como la revisión de los gastos en nutrición.

En los estados miembros se han hecho notables progresos en el plano político.

La nutrición se ha colocado firmemente en las agendas nacionales de desarrollo en los países que han realizado el estudio COHA, cuyos efectos tendrán un impacto significativo en los próximos años. Este informe muestra los beneficios de establecer objetivos para reducir la desnutrición. Según los objetivos de Malabo, que consisten en eliminar la desnutrición infantil reduciendo el retraso del crecimiento al 10 % y la insuficiencia ponderal al 5 % antes del 2025, en los 21 Estados miembros los resultados muestran que se puede conseguir un ahorro medio anual total de 8.100 millones de dólares, así como una reducción del 38 % de los costes asociados a la desnutrición infantil. La Comisión de la Unión Africana se encuentra en una posición de gran influencia para utilizar los resultados, para abogar ante sus estados miembros para que la nutrición sea una prioridad en las agendas nacionales y políticas. Existen casos de éxito en algunos estados miembros que suponen un estímulo y sirven de ejemplo para el desarrollo regional mediante un esfuerzo consolidado. Las conclusiones de este informe demuestran que es necesario alcanzar un consenso para que las intervenciones prioritarias incluyan inversiones específicas y sensibles a la nutrición a nivel político, de coordinación, multisectorial y comunitario. Las combinaciones más precisas de intervenciones variarían según el país.



Capítulo

Introducción



Capítulo I: Introducción

Antecedentes socioeconómicos y nutricionales

El continente africano sigue soportando la pesada carga de la malnutrición. Aunque se han hecho enormes progresos para abordar la malnutrición y los desafíos relacionados, todavía falta mucho para dar la batalla por ganada. Se necesitan esfuerzos adicionales y sostenidos para abordar y revertir la creciente carga de la malnutrición, en línea con los compromisos mundiales y continentales asumidos en 2015. Algunos países han avanzado notablemente en el camino hacia la consecución de las metas de la Declaración de Malabo, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es necesario un mayor esfuerzo para acelerar la consecución de los objetivos clave en materia de nutrición. En la última década, África ha experimentado un notable rendimiento económico que ha hecho que el continente sea cada vez más atractivo para la inversión y el comercio mundial. Según el Panorama Regional de Seguridad Alimentaria en África 2018 de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el ritmo de crecimiento del producto interior bruto (PIB) real en el continente se ha duplicado en la última década y, sin embargo, el continente sigue presentando algunas de las tasas de desnutrición infantil más altas del mundo. El capital humano es la base del desarrollo social y económico, tal y como se articula en la Agenda 2063 de la Unión Africana y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La mejora del estado nutricional de las personas tiene un impacto directo en los resultados económicos a través del aumento de la productividad y la mejora de la ventaja comparativa nacional. Para que África aproveche al máximo sus perspectivas económicas presentes y futuras, se necesitan urgentemente intervenciones sostenibles y rentables que aborden la situación nutricional de los miembros más vulnerables de su sociedad. Como señalaron los jefes de estado y de gobierno africanos en 2014, la agricultura y la seguridad alimentaria son factores determinantes de la nutrición infantil que requieren respuestas coordinadas e integrales de otros sectores, como la salud, la educación, el trabajo y la protección social, y una colaboración coordinada con los asociados para el desarrollo, el sector privado, el mundo académico, la sociedad civil y las comunidades (Declaración de Malabo, Assembly/AU/ /Decl.4(XXIII)). Si se redujera la desnutrición infantil, habría una mejora directa en las tasas de mortalidad infantil, ya que la desnutrición es el factor que más contribuye a esta última. Si las mujeres en edad fértil no estuvieran subalimentadas, tendrían menos probabilidades de tener hijos con bajo peso. Además, los niños sanos conseguirían una mejor educación, serían más productivos como adultos y tendrían más posibilidades de romper el ciclo de la pobreza. Por ello, es necesario intensificar los esfuerzos para sensibilizar a la población en general, a los responsables políticos y a los asociados para el desarrollo sobre los elevados costes de la desnutrición, con el fin de reforzar los compromisos nacionales e internacionales y garantizar que los niños de corta edad de África crezcan sanos y adecuadamente alimentados. Posicionar las intervenciones en materia de nutrición como una prioridad absoluta para el desarrollo y la reducción de la pobreza suele ser difícil, en parte debido a la falta de datos creíbles sobre los beneficios a corto y largo plazo. De hecho, no hay suficientes pruebas específicas para cada país que demuestren cómo la mejora de la nutrición puede tener un impacto directo en el rendimiento escolar y, por tanto, en la mejora de las oportunidades en el mercado laboral y el trabajo físico. Además, la nutrición se considera con demasiada frecuencia un problema de salud, sin tener en cuenta las repercusiones sociales y económicas que tiene en otros ámbitos del desarrollo.

A pesar de los retos mencionados, continúan los esfuerzos, tanto a nivel nacional como regional y mundial, para abordar los problemas de la desnutrición y el hambre. A nivel regional, estos esfuerzos incluyen iniciativas como la Estrategia Regional Africana de Nutrición; el Programa General para el Desarrollo de la Agricultura en África (CAADP), especialmente el Pilar III del CAADP, centrado en la reducción del hambre y la mejora de la seguridad alimentaria y nutricional; la Iniciativa Panafricana de Nutrición (PANI),

el Marco para la Seguridad Alimentaria en África (FAFS); la Estrategia Decenal Africana para la Reducción de las Carencias de Vitaminas y Minerales (ATYS-VMD); el Grupo de Trabajo Africano para el Desarrollo de la Alimentación y la Nutrición (ATFFND); el Día Africano para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (ADFNS), el Día Africano de la Alimentación Escolar (ADSF), el Campeón Africano de la Nutrición; los Líderes Africanos para la Nutrición (ALN); la Iniciativa Regional Africana para la Eliminación del Retraso del crecimiento (ARISE 2025), el Cuadro de Mando de la Rendición de Cuentas de la Nutrición en África. A nivel mundial, las iniciativas incluyen Esfuerzos Renovados contra el Hambre Infantil (REACH), Purchase for Progress (P4P), Scaling Up Nutrition (SUN), Feed the Future (FTF), la asociación «1,000 Days», así como la Cumbre sobre Seguridad Alimentaria de Abuja de 2006. Todos estos esfuerzos están destinados a reducir el hambre, la malnutrición y la vulnerabilidad, en un intento de alcanzar también los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Agenda 2063 de África.

En el marco de la Estrategia Regional Africana de Nutrición revisada (2015-2025), de los objetivos del Grupo de Trabajo Africano para el Desarrollo de la Alimentación y la Nutrición (ATFFND) y del CAADP, la Comisión de la Unión Africana (CUA) y la Agencia para el Desarrollo de África (AUDA-NEPAD), la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África (CEPA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) combinaron sus esfuerzos para llevar a cabo el estudio «El Coste del Hambre en África» sobre el impacto social y económico de la desnutrición infantil en África. Este estudio se basa en un modelo desarrollado por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL). A través de un acuerdo de cooperación Sur-Sur, la CEPAL ha apoyado la adaptación del modelo al contexto africano y sigue apoyando la implantación del estudio en los países actualmente abarcados. El objetivo de este estudio multinacional era aportar pruebas sólidas sobre las consecuencias sociales y económicas de la desnutrición infantil, con el fin de informar, sensibilizar, crear consenso y catalizar la acción contra la desnutrición en África. Este estudio pretende generar pruebas para informar a los principales responsables de la toma de decisiones y al público en general sobre el coste que las sociedades africanas ya están pagando por no abordar el problema de la desnutrición infantil. Los resultados proporcionan pruebas convincentes para orientar el diálogo político y aumentar la promoción en torno a la importancia de prevenir la desnutrición infantil. En última instancia, se espera que los estudios fomenten la revisión de las prácticas de asignación presupuestaria, las políticas y los enfoques estratégicos actuales en cada uno de los estados miembros participantes para garantizar la provisión de los recursos humanos y financieros necesarios para combatir eficazmente la desnutrición infantil, específicamente durante los primeros 1.000 días de vida, cuando se produce la mayor parte del daño.



Capítulo

Panorama De La Nutrición En África



Capítulo II: Panorama de la Nutrición en África

Panorama de la nutrición en África

En los últimos años, el aumento de los precios mundiales de los alimentos, seguido de la crisis económica y financiera, han empujado a más personas a la pobreza, la vulnerabilidad y el hambre. A pesar de que el número de personas subalimentadas ha disminuido en todo el mundo en un 13,2 por ciento, pasando de 1.000 millones a 868 millones en los últimos 20 años, la proporción de África en la población subalimentada mundial ha disminuido del 35,5 por ciento en 1990 al 22 por ciento en 2019. Sin embargo, esta alarmante tasa sigue exigiendo mayores esfuerzos para mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición en el continente. El retraso del crecimiento de los niños menores de cinco años sigue siendo un reto fundamental en África. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la gravedad de la malnutrición, la mitad de los Estados miembros africanos tienen una prevalencia entre alta y muy alta (más del 30 %) de retraso del crecimiento infantil. Solo siete Estados miembros tienen una baja prevalencia (menos del 19 %). Teniendo en cuenta la situación actual, es poco probable que la mayoría de los Estados miembros africanos alcancen las metas de la Declaración de Malabo antes de 2025. El retraso del crecimiento infantil es perjudicial para el desarrollo de la materia gris de los niños y socava la productividad económica. La prevalencia de la subalimentación, tal y como se muestra en la tabla 2.1, puede atribuirse a las persistentes limitaciones en cuanto a la disponibilidad y el acceso a los alimentos debidas a los conflictos, los extremos climáticos y las desaceleraciones económicas, o a veces una combinación de varios de estos factores.

Tabla 2.1: Número (millones) de personas subalimentadas en África (2000 – 2018)

REGIÓN	2000	2010	2014	2015	2016	2017	2018	Cambio entre 2014-2018
África	199,7	199,8	212,1	217,9	234,6	248,6	256,1	44
Central	37,7	36,5	36,7	37,9	41,1	43,2	44,6	7,9
Este	112,4	118,6	116,1	119,3	126,9	129,8	133,1	17
Norte	9,7	8,5	15,8	15,5	16,1	16,5	17,0	1,2
Sur	3,8	4,2	4,7	5,0	5,5	5,4	5,3	0,6
Occidental	36,1	31,9	438,7	40,3	45,0	53,7	56,1	17,4

Fuente: Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Estimación conjunta de malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial

El crecimiento económico es necesario para reducir el retraso del crecimiento, pero por sí solo no es suficiente. También se necesitan intervenciones específicas y sensibles a la nutrición. Recientemente, la pandemia de la COVID-19 ha aumentado las amenazas a la seguridad alimentaria y a la nutrición, con el riesgo de que se anulen los avances en materia de nutrición conseguidos con gran esfuerzo en el pasado para alcanzar los objetivos de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y de la Declaración de Malabo para

2025. En 2019, de los 144 millones de niños menores de cinco años afectados por la malnutrición crónica o el retraso del crecimiento en el mundo, más de 57,6 millones vivían en África. En ese mismo año, se calcula que 12,7 millones de niños menores de cinco años sufrían desnutrición aguda o emaciación, de los cuales 3,5 millones padecían emaciación severa. El establecimiento de una base adecuada para toda la vida comienza desde la concepción hasta los cinco años (véase la figura 2.1). Una nutrición adecuada conduce a un sistema inmunitario robusto, a menos enfermedades y a una buena salud. Una nutrición adecuada es un medio para lograr una mejor calidad de vida y contribuir al desarrollo nacional. La nutrición es también un resultado del desarrollo humano y económico. Las inversiones económicas realizadas en intervenciones nutricionales están en función del crecimiento nacional. Al sentar las bases de una vida óptima y saludable, la nutrición permite a las poblaciones ser más productivas económicamente.

Figura 2.1: Efecto de la desnutrición en el crecimiento del niño desde su nacimiento

 0-5 años	<p>Los niños subalimentados corren mayor riesgo de sufrir anemia, diarrea e infecciones respiratorias. Estos casos adicionales de enfermedad son costosos para las familias y el sistema sanitario. Los niños subalimentados corren un mayor riesgo de morir.</p>
 6-18 años	<p>Los niños con retraso del crecimiento corren un mayor riesgo de repetir curso y abandonar la escuela. Los impactos adicionales de la repetición son costosos para las familias y el sistema educativo.</p>
 15-64 años	<p>Los niños que abandonan la escuela pronto y luego trabajan en actividades no manuales pueden ser menos productivos. Si posteriormente se emplean en actividades manuales, su capacidad física se verá reducida y podrán ser menos productivos. Las personas que se ausentan de la población activa a causa de la mortalidad infantil asociada a la desnutrición representan una pérdida de productividad económica.</p>

Este capital humano productivo es un precursor de la productividad laboral esencial, que en sí misma tiene su reflejo en el aumento de los ingresos individuales y, por tanto, acumulativo a nivel nacional y continental. Todas las formas de malnutrición suponen un elevado coste social y económico para el individuo y también colectivamente para las naciones o los continentes. La ciencia y la investigación han establecido que el impacto de la desnutrición en el desarrollo humano es nefasto. Incluyen déficits cognitivos, bajos ingresos vitales, riesgos de mortalidad y morbilidad, entre otros.

A nivel mundial, se ha producido un enorme progreso en la reducción tanto de la tasa de retraso del crecimiento (baja estatura respecto a la edad) como del número de niños con retraso del crecimiento en los últimos 31 años, de 1990 a 2019. En África, la tasa notificada de niños con retraso del crecimiento ha disminuido del 42,3 % en 1990 al 21,3 % en 2019 (véase la tabla 2.2). Sin embargo, durante el mismo periodo, el número absoluto de niños con retraso del crecimiento ha aumentado de 46,6 millones a 60 millones.

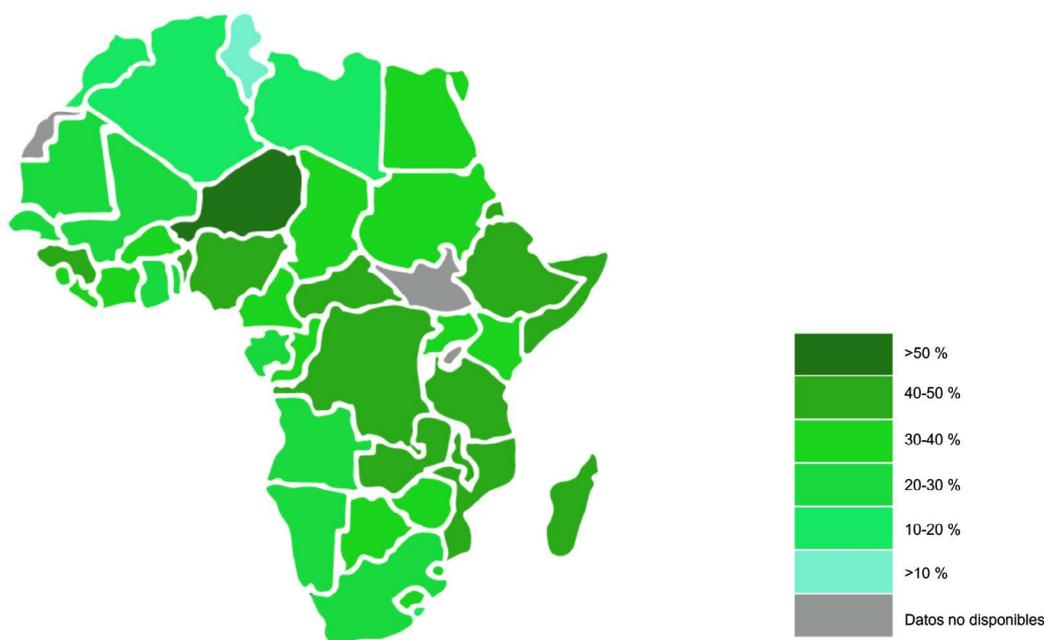
Tabla 2.2: Prevalencia estimada y número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento: 1990, 2010, 2015, 2019

REGIÓN	Estimación de prevalencia %				Número (millones)			
	1990	2010	2015	2019	1990	2010	2015	2019
África	42,3	33,9	32	21,3	46,6	56,1	58,1	60
Central	46,7	34,1	31,8	32,1	6,3	8,1	8,3	8,5
Este	51,2	40,1	38	35,2	19	23,4	24	24,5
Norte	27,7	19,7	18,3	17,2	6	4,7	5	5,4
Sur	36,6	30	28,7	29,3	2,2	2	1,9	2,1
Occidental	40,9	33,7	32,4	29,2	13,2	18	19	19,5

Fuente: Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Estimación conjunta de malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial.

La figura 2.2 siguiente ilustra las tasas de retraso del crecimiento (baja estatura respecto a la edad) en África. Según estos datos, 17 países del continente tienen tasas de retraso del crecimiento superiores al 40 % y 36 países tienen tasas superiores al 30%.

Figura 2.2: Tasas de retraso del crecimiento por país



Fuente: Datos de la base de datos mundial de la OMS sobre crecimiento y malnutrición infantil (2018)

Las aspiraciones del continente africano en materia de nutrición y salud están bien articuladas en varios documentos, como la Declaración de Malabo, la Estrategia Regional Africana de Nutrición y la Agenda 2063. De los 60 Estados miembros del movimiento «Scaling up Nutrition» (SUN), 40 son africanos. Además, los Estados miembros africanos están aplicando el Programa General para el Desarrollo de la Agricultura en África (CAADP), que pretende integrar la nutrición en los Planes Nacionales de Inversiones Agrícolas (PNIA). El marco de resultados del CAADP también incluye un enfoque nutricional para fomentar la contribución del sector agrícola a los resultados nutricionales. Un mayor número de Estados miembros africanos dentro del movimiento SUN están alineando las acciones multisectoriales de nutrición en sus planes nacionales de desarrollo.

La aspiración I de la Agenda 2063 para África establece «Un África próspera basada en el crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible», en cuyo objetivo 1, área prioritaria 2, se incluyen los objetivos de Malabo de reducir el retraso del crecimiento de los niños al 10 % y la insuficiencia ponderal al 5 %. Todos los Estados miembros de la UA han adoptado también los objetivos globales de mejora de la nutrición acordados por la Asamblea Mundial de la Salud en 2011. Por lo tanto, los objetivos establecidos a continuación se adoptan como los objetivos de la ARNS 2015-2025:

- 1. Reducción del 40 % del número de niños africanos menores de 5 años con retraso del crecimiento antes del 2025;**
- 2. Reducción del 50 % de la anemia en mujeres en edad fértil en África antes del 2025;**
- 3. Reducción del 30 % del bajo peso al nacer en África antes del 2025;**
- 4. No aumentar el sobrepeso en los niños africanos menores de 5 años antes del 2025;**
- 5. Aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses en África hasta al menos el 50 % antes del 2025;**
- 6. Reducir y mantener la emaciación infantil en África por debajo del 5 % antes del 2025.**

Las estrategias indicativas para alcanzar los objetivos mencionados implican, entre otras cosas, la plena aplicación del CAADP y de los planes nacionales de inversiones agrícolas firmados que sean inclusivos; la promoción de políticas que garanticen el acceso a alimentos asequibles y de calidad para todos; la promoción de políticas que conduzcan a la creación de riqueza y garanticen que esta se distribuya de manera uniforme entre todos los ciudadanos; el desarrollo y la aplicación de políticas de generación de energía que contribuyan a la productividad de los esfuerzos de los hogares rurales/pobres en la mejora de su estado nutricional y de riqueza; el desarrollo y/o la aplicación de programas de alimentación y nutrición centrados en los grupos vulnerables de las zonas rurales y urbanas, especialmente las mujeres, los niños y la población marginada; la promoción y comercialización de cereales y cultivos alimentarios tradicionales de alto valor nutritivo y resistentes a la sequía, tanto a nivel regional como continental.



Capítulo

Metodología



Capítulo III: Metodología

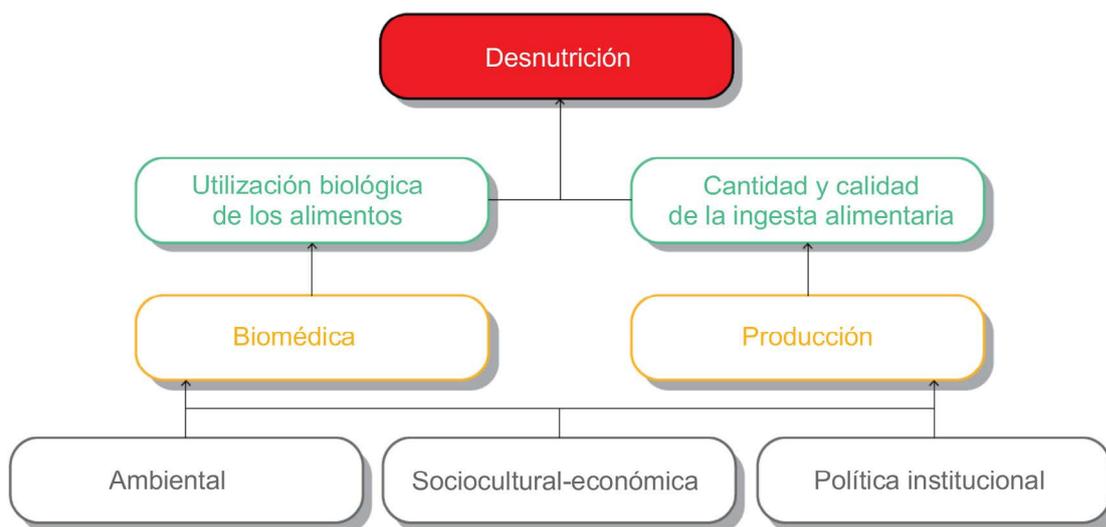
Marco conceptual

El hambre está causada y se ve afectada por un conjunto de factores contextuales. «Hambre» es un término global que refleja la inseguridad alimentaria y nutricional de un individuo. Una consecuencia directa y medible de la inseguridad nutricional es el bajo peso al nacer, la insuficiencia ponderal y/o una baja estatura en relación a la edad. Los niveles de seguridad nutricional de un país están relacionados con las transiciones epidemiológicas y nutricionales que se pueden evaluar para valorar la situación nutricional de la población. Además, la situación nutricional de una persona forma parte de un proceso que se expresa de manera diferente según la etapa del ciclo vital: vida intrauterina y neonatal, infancia y preescolar, años escolares o vida adulta. Esto se debe a que las necesidades de nutrientes son diferentes para cada etapa.

Causas de la desnutrición

Los principales factores asociados a la desnutrición, como problema de salud pública, pueden agruparse en los siguientes: ambientales (causas naturales o entrópicas), socioculturales-económicas (vinculadas a la pobreza y la desigualdad) y político-institucionales (véase la figura 3.1). Cada uno de estos factores contribuye a aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona sufra desnutrición. La importancia de cada uno de estos factores depende del nivel de transición demográfica y epidemiológica del país, así como de la etapa actual del ciclo vital de la persona.

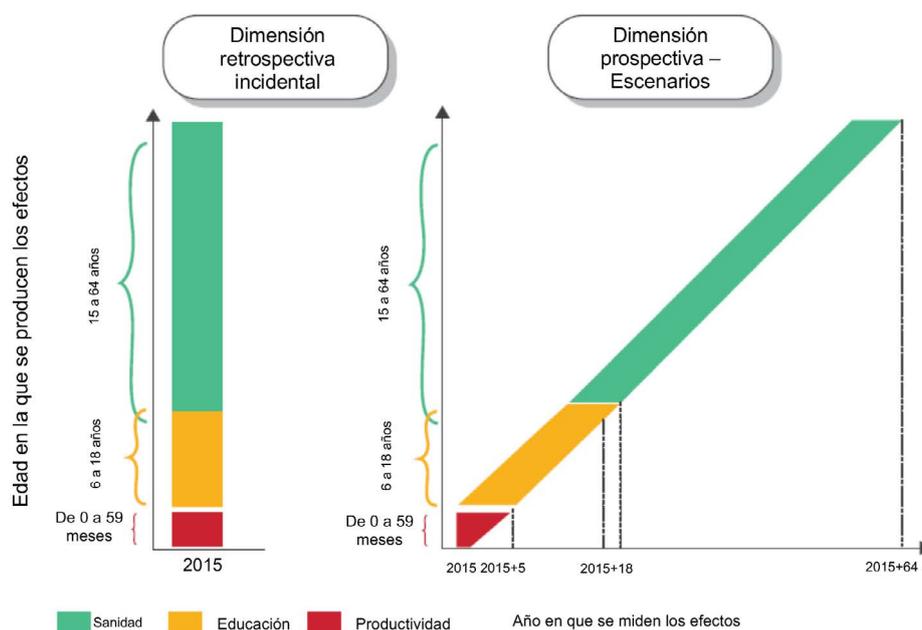
Figura 3.1: Causas de la desnutrición



Consecuencias de la desnutrición

La desnutrición infantil tiene efectos negativos a largo plazo en la vida de una persona, sobre todo en aspectos como la salud, la educación y la productividad (Figura 3.2). Estos elementos son cuantificables en forma de gastos y costes tanto para el sector público como para las personas a título individual. En consecuencia, estos efectos agravan los problemas de integración social y aumentan o intensifican la pobreza. Se perpetúa un círculo vicioso a medida que aumenta la vulnerabilidad a la desnutrición.

Figura 3.3: Dimensión del análisis por edad de la población y año en que se producen los efectos



Fuente: Rodrigo Martínez y Andrés Fernández, *Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*

Las estimaciones del impacto de la desnutrición en la salud, la educación y la productividad se basan en el concepto de riesgo relativo (o diferencial) que corren los individuos que sufren desnutrición durante las primeras etapas de la vida en comparación con el riesgo que corre un niño sano. Esto es válido tanto para el análisis retrospectivo-incidental como para el análisis ahorro-prospectivo.

Tabla 3.1: Año de referencia para el estudio COHA en 21 Estados miembros africanos

Año de referencia	País	Año de referencia	País	Año de referencia	País
2012	Burkina Faso	2012	Ghana	2009	Mauritania
2014	Chad	2015	Guinea Bissau	2015	Mozambique
2014	República Democrática del Congo	2014	Kenia	2013	Níger
2009	Egipto	2014	Lesoto	2012	Ruanda
2009	Suazilandia	2013	Madagascar	2014	Sudán
2009	Etiopía	2012	Malawi	2009	Uganda
2018	Gambia	2013	Malí	2015	Zimbabue





MEULAN - LEBA AMINATA
A.S.H.
AUNIS A

2

IV

Capítulo

Coste Social Y Económico De La Desnutrición
Infantil En El Sector Sanitario

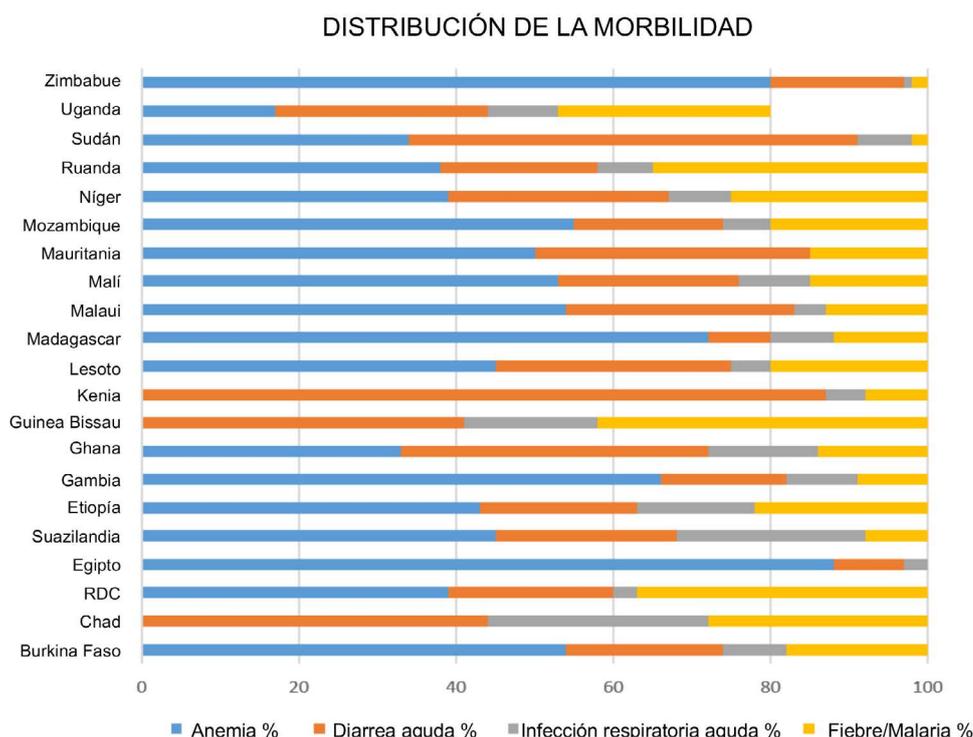


Capítulo IV: Coste Social Y Económico de la Desnutrición Infantil en el Sector Sanitario

Efectos sobre la morbilidad

El estudio COHA ha examinado los costes sanitarios asociados al tratamiento del bajo peso al nacer (BPN), la insuficiencia ponderal, la anemia, las infecciones respiratorias agudas (IRA), el síndrome diarreico agudo (SDA) y la fiebre/malaria asociados a la desnutrición en niños menores de cinco años. Según los estados miembros que han realizado el estudio COHA, los niños subalimentados son más susceptibles de padecer enfermedades recurrentes. Basándose en los datos de los 21 Estados miembros, este informe continental estima que hubo 24,5 millones de episodios incrementales de enfermedad relacionados con enfermedades asociadas al bajo peso. La figura 4.1 muestra la distribución de los casos de morbilidad asociados a la desnutrición en los estados miembros que han realizado el estudio COHA.

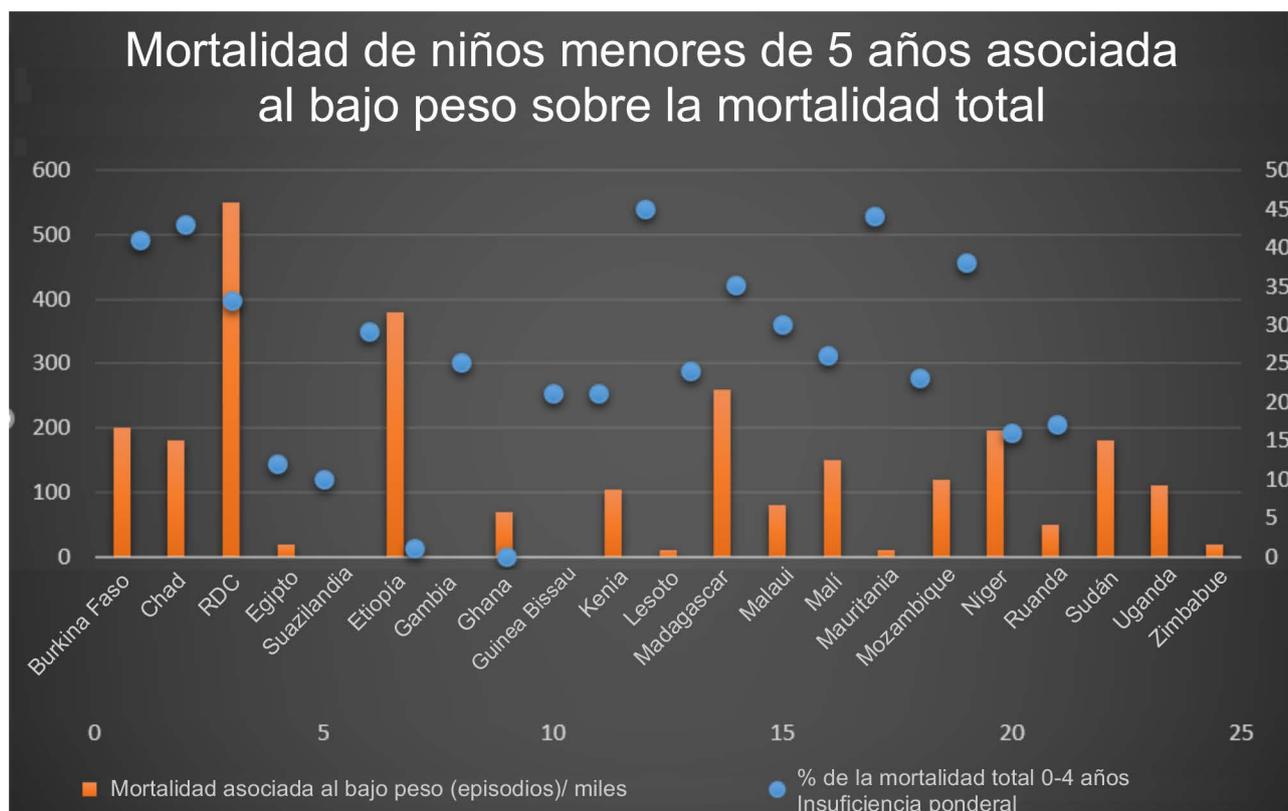
Figura 4.1: Distribución de los casos de morbilidad en los Estados miembros (21):



Efectos sobre la mortalidad

En la última década se calcula que 3 millones de muertes infantiles en los 21 Estados miembros que han realizado el estudio COHA estaban directamente asociadas a la desnutrición. Estas muertes representan aproximadamente el 26 % de toda la mortalidad infantil de este periodo. Por lo tanto, es evidente que la desnutrición agravó considerablemente las tasas de mortalidad infantil y limitó la capacidad de los Estados miembros para alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad infantil. La figura 4.2 muestra en detalle el número y el porcentaje de la mortalidad infantil asociada al bajo peso.

Figura 4.2: Mortalidad de niños menores de 5 años asociada al bajo peso sobre la mortalidad total



Fuente: Datos COHA de 21 Estados miembros

Sobre la base de los veintiún (21) estados miembros que han realizado el estudio,

se calcula que se ha perdido el equivalente al 16,1 % de la población activa actual debido al impacto de la desnutrición en el aumento de las tasas de mortalidad infantil. Esto representa unos 3,5 millones de personas que tendrían entre 15 y 64 años, y que forman parte de la población en edad de trabajar de los 21 Estados miembros respectivos.

Costes sanitarios públicos y privados de la desnutrición

El tratamiento de la desnutrición y de las enfermedades relacionadas es un coste recurrente crítico para los sistemas sanitarios. Tratar a un niño con insuficiencia ponderal grave, por ejemplo, requiere un protocolo exhaustivo que suele ser más costoso que el valor monetario y el esfuerzo necesario para prevenir la desnutrición. El coste económico de cada episodio suele aumentar por la ineficacia cuando estos casos se tratan sin la orientación adecuada de un profesional sanitario o por la falta de acceso a servicios sanitarios apropiados. Estos costes generan una importante carga no solo para el sector público, sino para los hogares y la sociedad en su conjunto. Se calcula que 24,5 millones de episodios clínicos en los 21 Estados miembros que han realizado el estudio se asociaron al mayor riesgo presente en los niños subalimentados. Como se indica en la tabla 4.2, estos episodios supusieron un coste estimado de unos 3.200 millones de dólares.

Tabla 4.1: Costes sanitarios totales de la desnutrición

País	Coste sanitario total en millones (USD)	% PIB
Burkina Faso	122	1,17
Chad	340	2,78
República Democrática del Congo	229	0,59
Egipto	213	0,11
Suazilandia	7	0,24
Etiopía	155	0,55
Gambia	6	0,40
Ghana	199	0,49
Guinea Bissau	17	2,30
Kenia	212	0,34
Lesoto	4	0,15
Madagascar	169	1,59
Malawi	46	0,80
Malí	17	0,15
Mauritania	6	0,11
Mozambique	188	0,63
Níger	60	0,80
Ruanda	106	1,49
Sudán	800	1,03
Uganda	259	1,62
Zimbabue	72	0,50
Total	3,227	

Fuente: Estimaciones del modelo basadas en 21 estados miembros que realizaron el estudio

La mayor parte de los gastos realizados estaban relacionados con el protocolo necesario para rehabilitar nutricionalmente a un niño con bajo peso, que a menudo requiere una alimentación terapéutica. Un elemento importante a destacar son los costes particulares generados por el tratamiento de los niños con bajo peso al nacer. Una gran parte de los costes relacionados con la desnutrición son asumidos por las familias, ya que estos niños no suelen recibir una atención sanitaria adecuada. En los 21 Estados miembros, el modelo estimó que las familias soportan alrededor del 57 % de los costes asociados a la desnutrición, que ascienden a unos 1.840 millones de dólares, mientras que el coste para el sistema sanitario es del 43 %, que asciende a unos 1.390 millones de dólares, lo que eleva el coste sanitario total a unos 3.200 millones de dólares. La carga de los costes relacionados con la desnutrición es un componente importante del gasto.





Capítulo

El Coste Social Y Económico de la
Desnutrición Infantil en la Educación



Capítulo V: El Coste Social Y Económico De La Desnutrición Infantil En La Educación

No existe una causa única para la repetición y el abandono escolar, sin embargo, hay investigaciones sustanciales que demuestran que los estudiantes que sufrieron retraso del crecimiento antes de los 5 años tienen más probabilidades de tener un rendimiento escolar inferior. Las estimaciones de costes se basan en la información proporcionada por los Estados miembros que realizaron el estudio sobre el coste medio de la asistencia de un niño a la escuela primaria y secundaria, así como las estimaciones de los costes en los que incurren las familias para mantener la escolarización.

Efectos de la repetición escolar

Los niños que sufrieron desnutrición antes de los 5 años tienen más probabilidades de repetir curso, en comparación con los que no se vieron afectados por la desnutrición.

En los 21 Estados miembros, la tasa de escolarización era del 85,7 % en la enseñanza primaria y del 51,4 % en la secundaria. Según la información oficial facilitada por los Estados miembros, se calcula que 11.491.642 niños repitieron curso. La figura 5.1 muestra el número y los porcentajes de repetición escolar en los 21 Estados miembros, mientras que la figura 5.2 muestra la tasa media de repetición en la educación por estado nutricional en los 21 Estados miembros. Utilizando los datos sobre el mayor riesgo de repetición entre los alumnos con retraso del crecimiento, se estima que la tasa de repetición escolar de los niños con retraso del crecimiento era del 14 %, mientras que la tasa de repetición de los niños sin retraso del crecimiento era del 7,5 %. Así, dada

la proporción de alumnos con retraso del crecimiento, el modelo estima que 2.109.869 alumnos, o el 18,4 por ciento de todas las repeticiones en el año de referencia, estaban asociadas al retraso del crecimiento.

Figura 5.1: Repetición de curso asociada al retraso del crecimiento (21 Estados miembros)

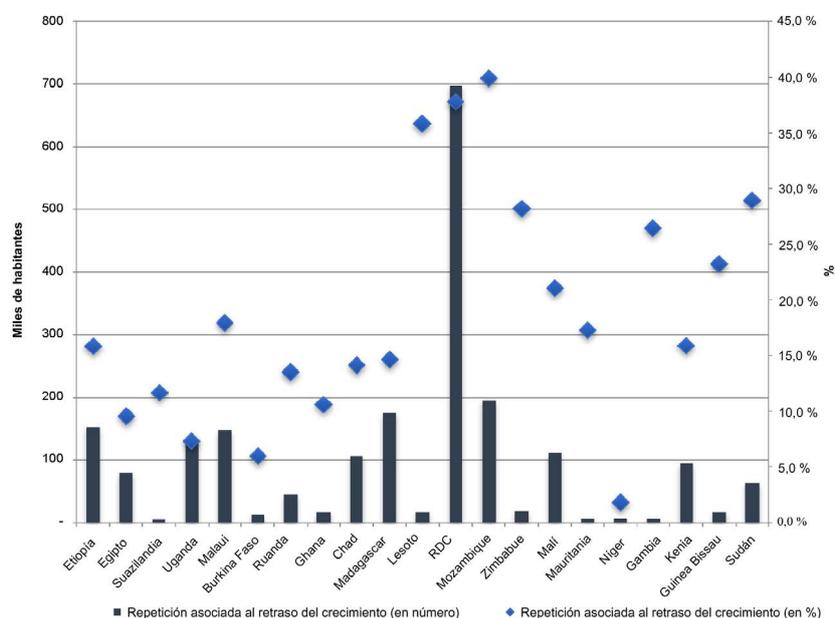
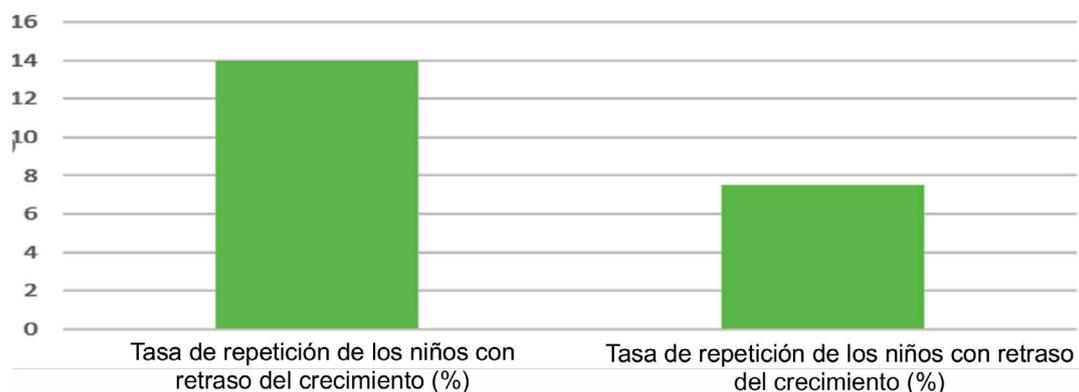
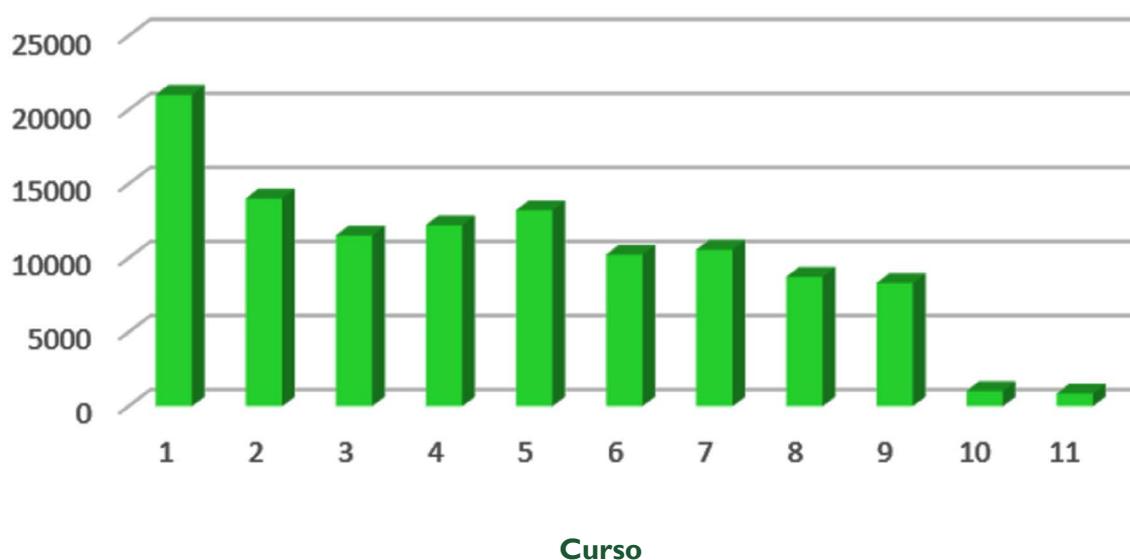


Figura 5.2: Índices de repetición por estado nutricional (21 Estados miembros)

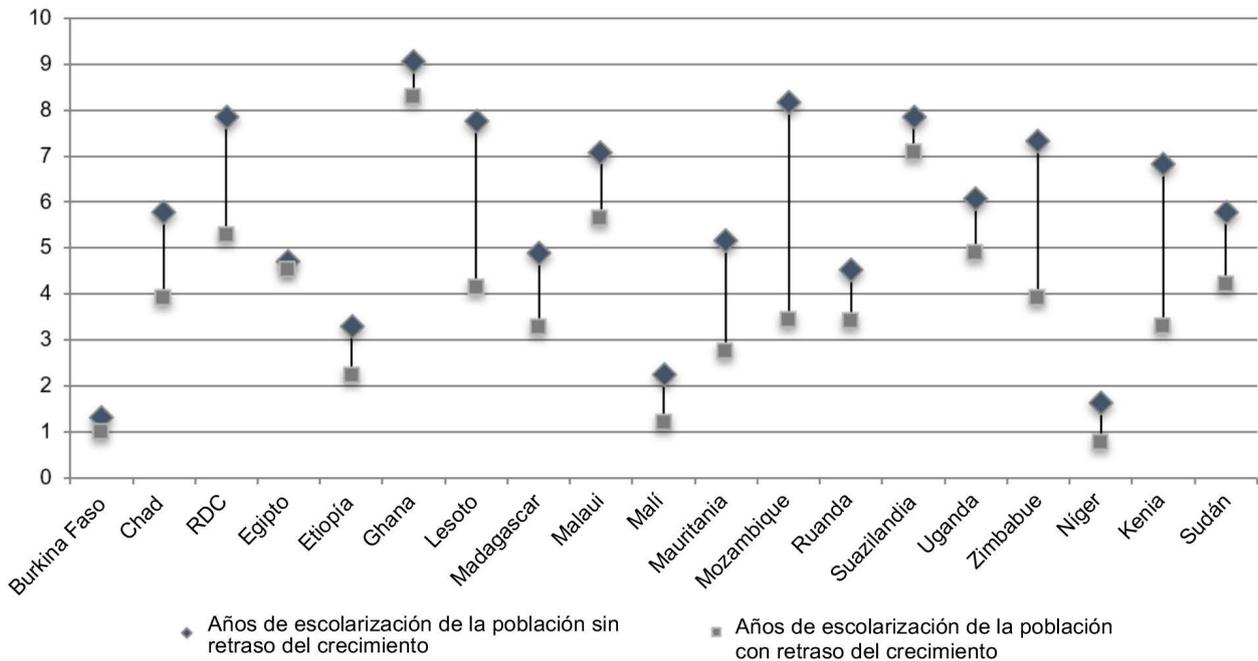
Como se muestra en la Figura 5.3, la mayoría de estas repeticiones de curso se producen durante la educación primaria e infantil.

Figura 5.3: Número de repeticiones de curso de los niños con retraso del crecimiento por curso (21 Estados miembros)

Efectos sobre la retención/el abandono

Las investigaciones demuestran que los estudiantes que sufrieron retraso del crecimiento cuando eran niños tienen más probabilidades de abandonar la escuela. Según los datos disponibles y teniendo en cuenta los riesgos relativos a las consecuencias del retraso del crecimiento en la educación, se puede estimar que solo el 19,7 % de las personas con retraso del crecimiento (en edad de trabajar) en los 21 Estados miembros completaron la escuela primaria, en comparación con el 79,2 % de los que nunca padecieron retraso del crecimiento. Los costes asociados al abandono escolar se reflejan en las pérdidas de productividad que experimentan los individuos que buscan oportunidades en el mercado laboral. Como tal, el impacto no se refleja en la población en edad escolar, sino en la población en edad laboral. Por lo tanto, para evaluar los costes sociales y económicos en el año de referencia, el análisis se centra en el diferencial de los niveles de escolarización alcanzados por la población que sufrió retraso del crecimiento durante su etapa infantil y los niveles de escolarización de la población que nunca sufrió retraso del crecimiento.

Figura 5.4: Años de escolarización de la población total y de la población con retraso del crecimiento (19 Estados miembros)



Nota: Datos no disponibles para Kenia y Guinea Bissau

Estimación de los costes de la educación pública y privada

La repetición escolar tiene repercusiones directas en los costes para las familias y el sistema escolar. Los alumnos que repiten curso generan un coste incremental para el sistema educativo, ya que requieren el doble de recursos para repetir el año. Además, los cuidadores también tienen que pagar un año más de educación. En los respectivos años de referencia, la media aproximada de 2.109.869 alumnos de los 21 Estados miembros que repitieron curso (y cuyas repeticiones están asociadas a la desnutrición) supuso un coste de 345,17 millones de dólares. La mayor proporción de repeticiones se produjo durante la enseñanza primaria, donde la carga de los costes recae principalmente en el sistema educativo público. La tabla 5.1 resume los costes de la educación pública y privada asociados al retraso del crecimiento.

Tabla 5.1: Costes públicos y privados de la repetición de curso (21 Estados miembros)

País	Repetición asociada al retraso del crecimiento (en miles)	Coste en millones de dólares	% PIB	% Coste para las familias/cuidadores	% Coste para el gobierno/sector público
Burkina Faso	13.721	1,73	0,017	90%	10%
Chad	16.875	18,30	0,15	73%	27%
República Democrática del Congo	697.973	74,21	0,19	88%	12%
Egipto	175.175	49,22	0,03	87%	13%
Suazilandia	44.255	0,70	0,024	49%	51%
Etiopía	152.488	7,92	0,03	58%	42%
Gambia	6.188	0,85	0,00	74%	26%
Ghana	105.732	8,30	0,02	70%	30%
Guinea Bissau	16.854	0,96	0,13	57%	43%
Kenia	94.708	36,78	0,06	70%	30%
Lesoto	17.044	11,74	0,42	43%	57%
Madagascar	79.396	11,43	0,11	49%	51%
Malawi	147.044	13,86	0,24	66%	34%
Malí	111.539	17,76	0,16	42%	58%
Mauritania	6.152	1,47	0,03	57%	43%
Mozambique	195.370	38,12	0,13	61%	39%
Níger	7.665	1,40	0,02	23%	77%
Ruanda	133.931	3,87	0,05	38%	62%
Sudán	63.215	24,31	0,03	44%	56%
Uganda	5.550	9,68	0,06	80%	20%
Zimbabue	18.996	12,58	0,09	37%	63%
Total	2.109.869	345			

Fuente: Estimaciones del modelo basadas en los datos de costes de los 21 Estados miembros que realizaron el estudio

El coste social de la desnutrición en la educación se reparte entre el sector público/gobierno y el sector privado (familias/cuidadores). De los costes globales (21 Estados miembros), que suman un total de unos 345 millones de dólares, la distribución de este coste varía en función de si la repetición del niño se produce en la educación primaria o secundaria. En ambos casos, las familias cubren una mayor proporción de la carga educativa.



VII

Capítulo

El Coste Social Y Económico de la
Desnutrición Infantil en la Productividad



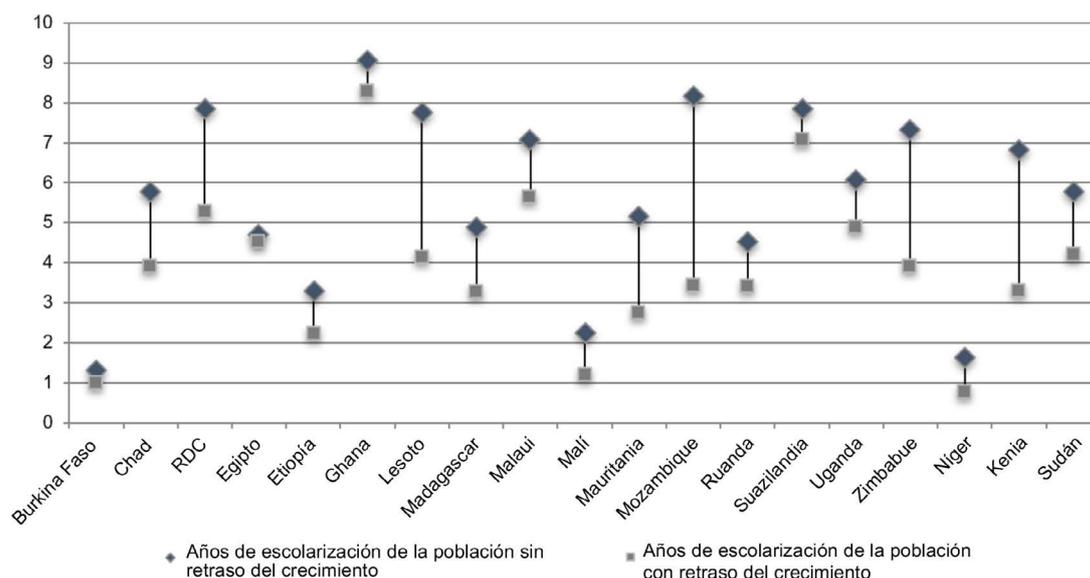
Capítulo VI: El Coste Social Y Económico de la Desnutrición Infantil en la Productividad

La desnutrición infantil afecta al capital humano y a la productividad en varias dimensiones. Los niños que sufren desnutrición tienen más probabilidades de alcanzar niveles educativos más bajos que los niños sanos. Los bajos niveles educativos alcanzados, a menudo los hace menos calificados para el trabajo, reduciendo así su potencial de ingresos para el trabajo no manual. Los adultos que sufrieron retraso del crecimiento en su infancia tienden a tener menos masa corporal magra y, por lo tanto, son más propensos a ser menos productivos en actividades manuales intensivas que los que no se han visto afectados por el retraso del crecimiento. Además, la población perdida por la mortalidad infantil obstaculiza el crecimiento económico, ya que estas personas podrían haber sido miembros productivos y sanos de la sociedad. La distribución del mercado laboral es un elemento contextual importante para determinar el impacto de la desnutrición en la productividad nacional.

Pérdidas de actividades no manuales por reducción de la escolaridad

Como se describe en la sección de educación de este informe, los estudiantes que sufrieron subalimentación cuando eran niños completan, de media, menos años de escolarización que los estudiantes que estaban adecuadamente alimentados cuando eran niños. Esta pérdida de años educativos tiene especial repercusión para las personas que se dedican a actividades no manuales, en las que una mayor formación académica representa mayores ingresos. La figura 5.4 muestra que la media de años de escolarización entre la población sin retraso del crecimiento es de 5,4, mientras que la de los niños con retraso del crecimiento es de 3,2 años, lo que supone una brecha educativa entre la población con y sin retraso del crecimiento de 2,2 años.

Figura 5.4: Años de escolarización de la población total y de la población con retraso del crecimiento (19 Estados miembros)



NB: Datos no disponibles para Kenia y Guinea Bissau

El menor rendimiento educativo de la población con retraso del crecimiento tiene un impacto en el nivel de ingresos esperado que una persona obtendría como adulto. Tal y como se presenta en la tabla 6.1, se estima (21 Estados miembros) que las pérdidas anuales de productividad para este grupo son de unos 4.170 millones de dólares.

Tabla 6.1 Costes totales asociados a la productividad (21 Estados miembros)

País	Pérdida total de productividad	Pérdidas de productividad potencial en actividades no manuales	Pérdidas de productividad potencial en actividades manuales	Pérdidas de ingresos por mortalidad
Burkina Faso	\$ 742,61	\$ 40,77	\$ 72,87	\$ 628,97
Chad	\$ 803,97	\$ 59,89	\$ 68,75	\$ 675,33
República Democrática del Congo	\$ 1.467,51	\$ 196,55	\$ 243,98	\$ 1.026,98
Egipto	\$ 3.423,15	\$ 483,46	\$ 1.951,28	\$ 988,42
Suazilandia	\$ 84,31	\$ 29,51	\$ 14,84	\$ 39,95
Etiopía	\$ 4.538,33	\$ 52,99	\$ 1.089,57	\$ 3.395,77
Gambia	\$ 70,20	-	\$ 24,48	\$ 45,72
Ghana	\$ 2.376,12	\$ 349,83	\$ 177,55	\$ 1.848,74
Guinea Bissau	\$ 52,30	-	\$ 19,50	\$ 32,90
Kenia	\$ 4.004,59	\$ 757,90	\$ 1.099,52	\$ 2.147,18
Lesoto	\$ 184,42	\$ 11,22	\$ 18,62	\$ 154,58
Madagascar	\$ 1.353,17	\$ 178,56	\$ 176,47	\$ 998,15
Malawi	\$ 536,66	\$ 101,58	\$ 66,72	\$ 368,35
Mali	\$ 416,29	\$ 39,10	\$ 38,55	\$ 338,65
Mauritania	\$ 750,31	\$ 90,43	\$ 167,45	\$ 492,43
Mozambique	\$ 1.390,85	\$ 480,48	\$ 134,94	\$ 775,43
Níger	\$ 478,46	\$ 129,95	\$ 72,28	\$ 276,23
Ruanda	\$ 709,92	\$ 65,72	\$ 140,83	\$ 503,37
Sudán	\$ 1.191,03	\$ 176,55	\$ 113,69	\$ 900,79
Uganda	\$ 647,43	\$ 118,72	\$ 205,33	\$ 323,37
Zimbabue	\$ 1.569,89	\$ 809,10	\$ 83,46	\$ 677,33
Total	\$ 26.791,54	\$ 4.172,32	\$ 5.980,68	\$ 16.638,54

Pérdidas en actividades manuales intensivas

Las actividades manuales se observan principalmente en los subsectores de la agricultura, la silvicultura y la pesca, que emplean a más del 65 % de la población en edad de trabajar en los 21 Estados miembros. Los resultados muestran que los trabajadores con retraso del crecimiento que se dedican a actividades manuales tienden a tener menos masa corporal magra y son más propensos a ser menos productivos en actividades manuales que los que nunca se vieron afectados por el retraso del crecimiento. De la población activa, se estima que 105 millones de personas en los 21 Estados miembros realizan actividades manuales, de las cuales el modelo COHA calcula que 50,4 millones sufrieron retraso del crecimiento cuando eran niños. Esto representa una pérdida anual de productividad potencial debida a las actividades manuales estimada en unos 5.900 millones de dólares.

Coste de oportunidad debido a la mortalidad

Como se indica en la sección de salud de este informe, existe un mayor riesgo de mortalidad infantil asociado a la desnutrición. El modelo COHA estima que en el año de referencia se perdieron 1,2 millones de personas en edad de trabajar de la población activa de los 21 estados miembros respectivos debido a la mortalidad infantil asociada a la desnutrición. Esto representa una reducción del 12 % de la población activa actual de los 21 Estados miembros. Considerando los niveles productivos de la población, por su edad y sector de trabajo, el modelo estima que en el año de referencia las pérdidas económicas (medidas por las horas de trabajo perdidas debido a la mortalidad infantil relacionada con la desnutrición) se estimaron en unos 16.600 millones de dólares.

Pérdidas globales de productividad

Las pérdidas totales de productividad se estiman en unos 26.800 millones de dólares. La mayor parte de la pérdida de productividad se debe a la reducción de la productividad por la mortalidad relacionada con la desnutrición, que representa el 62 % del coste total. La pérdida de productividad en actividades no manuales representa el 15,6 % de los costes. El diferencial de ingresos en el trabajo manual, debido a la menor capacidad física y cognitiva de las personas que sufrieron retraso del crecimiento cuando eran niños, representa el 22,4 % de los costes totales. La tabla 6.2 muestra el porcentaje del PIB asociado al coste total de la productividad (21 Estados miembros)

Tabla 6.2: Porcentaje del PIB asociado a los costes totales de la productividad

País	Pérdidas de productividad potencial en actividades no manuales	Pérdidas de productividad potencial en actividades manuales	Pérdidas de ingresos por mortalidad
Burkina Faso	0,4%	0,7%	6,0%
Chad	0,5%	0,6%	5,5%
RDC	0,5%	0,6%	2,6%
Egipto	0,3%	1,0%	0,5%
Suazilandia	1,0%	0,5%	1,4%
Etiopía	0,2%	3,8%	11,9%
Gambia		1,7%	3,1%
Ghana	0,9%	0,4%	4,5%
Guinea Bissau		2,6%	4,4%
Kenia	1,2%	1,8%	3,5%
Lesoto	0,4%	0,7%	5,5%
Madagascar	1,7%	1,7%	9,4%
Malawi	1,8%	1,2%	6,4%
Malí	0,4%	0,3%	3,0%
Mauritania	1,6%	3,0%	8,8%
Mozambique	1,6%	0,5%	2,6%
Níger	1,8%	1,0%	3,8%
Ruanda	0,9%	2,0%	7,1%
Sudán	0,2%	0,2%	1,2%
Uganda	0,7%	1,3%	2,0%
Zimbabue	5,6%	0,6%	4,7%





VIII

Capítulo

Resumen de Efectos Y Costes



Capítulo VII: Resumen De Efectos Y Costes

Resumen de los costes y el PIB de cada Estado miembro

Tabla 7.1

País	Productividad	Educación	Sanidad	% del PIB
Burkina Faso	\$ 743	\$ 1,73	\$ 122	8,3%
Chad	\$ 804	\$ 18	\$ 340	9,5%
RDC	\$ 1.467,51	\$ 74,21	\$ 228,86	3,9%
Egipto	\$ 3.423	\$ 49,22	\$ 213	1,9%
Etiopía	\$ 4.538	\$ 7,92	\$ 155	16,5%
Ghana	\$ 2.376	\$ 8,30	\$ 199	6,3%
Lesoto	\$ 184	\$ 11,74	\$ 4	6,5%
Madagascar	\$ 1.353	\$ 11,43	\$ 169	12,8%
Malawi	\$ 537	\$ 13,86	\$ 46	10,3%
Malí	\$ 416,29	\$ 17,76	\$ 16,85	4,1%
Mauritania	\$ 750,31	\$ 1,47	\$ 6,46	13,5%
Mozambique	\$ 1.390,85	\$ 41,62	\$ 188,15	5,4%
Ruanda	\$ 710	\$ 3,87	\$ 106	11,5%
Suazilandia	\$ 84	\$ 0,70	\$ 7	3,1%
Uganda	\$ 647	\$ 9,68	\$ 259	5,7%
Zimbabue	\$ 1.569,89	\$ 12,58	\$ 72,23	11,5%
Níger	\$ 478,46	\$ 1,40	\$ 59,78	7,1%
Gambia	\$ 70,20	\$ 0,02	\$ 5,92	4,6%
Kenia	\$ 4.004,59	\$ 36,78	\$ 211,79	6,9%
Guinea Bissau	\$ 52,30	\$ 0,96	\$ 17,30	9,4%
Sudán	\$ 1.191,03	\$ 24,31	\$ 800,14	2,6%
Total	\$ 26.791,54	\$ 347,84	\$ 3.227,90	\$30.367,28

Fuente: Estimaciones del modelo COHA

Análisis de los escenarios

Los resultados presentados en esta sección proyectan los costes adicionales para los sectores de la sanidad y la educación, así como las pérdidas de productividad que soportaría la economía de los 21 Estados miembros en el futuro. También indican el potencial de ahorro que se puede conseguir. Se trata de un llamamiento a la acción para tomar medidas preventivas y reducir el número de niños subalimentados para evitar grandes costes futuros a la sociedad. El modelo COHA genera una línea de base que permite el desarrollo de varios escenarios basados en los objetivos nutricionales establecidos en cada Estado miembro utilizando la dimensión prospectiva. Los resultados generados pueden utilizarse para abogar por un aumento de las inversiones en intervenciones nutricionales probadas. La metodología sigue a cada grupo de niños y, basándose en cada escenario, estima una trayectoria progresiva hacia la consecución de los objetivos nutricionales establecidos.

Los escenarios desarrollados para este informe son los siguientes:

Línea de base: El coste de la inacción. Los avances en la reducción del retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal de los niños se mantienen en el nivel alcanzado en el año del estudio de cada uno de los 21 estados miembros que lo realizaron: Para el escenario de referencia, el progreso de la reducción de la prevalencia de la desnutrición se detiene en los niveles alcanzados en el año de referencia. También supone que el crecimiento de la población mantendrá el ritmo registrado en el año del análisis, con lo que aumentará el número de niños subalimentados y el coste estimado. Como este escenario es muy poco probable, su principal objetivo es establecer una línea de base, con la que se comparan las posibles mejoras en la situación nutricional para determinar el ahorro potencial en costes económicos.

Escenario 1: Reducir a la mitad la prevalencia de la desnutrición infantil antes del 2025. En este escenario, la prevalencia de niños con insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento se reduciría a la mitad de los valores del año de referencia. Hay que realizar un gran esfuerzo para completar este escenario que requeriría una revisión de la eficacia de las intervenciones en curso para la reducción del retraso del crecimiento.

Escenario 2: El escenario «objetivo». Reducir el retraso del crecimiento al 10 % y la insuficiencia ponderal de los niños al 5 % antes del 2025 (objetivos de Malabo). En este escenario, la prevalencia de niños con retraso del crecimiento se reduciría al 10 % y la prevalencia de niños menores de cinco años con bajo peso al 5 %. En la actualidad, la tasa mundial de retraso del crecimiento se estima en un 21,3 %, siendo África el continente con mayor prevalencia, con un 33 %, mientras que la tasa de insuficiencia ponderal en África es del 28 %. Este escenario objetivo requeriría un verdadero llamamiento a la acción y representaría un importante reto regional. La tasa de progreso necesaria para alcanzar este escenario sería de un 4,6 % de reducción anual durante un periodo de 5 años (2020-2025). Tal y como se muestra en la figura 7.1, la reducción progresiva de la desnutrición infantil genera una reducción similar de los costes asociados a la misma.

Figura 7.1: Tendencias de los costes estimados (millones de USD) de la desnutrición infantil desde el año de referencia hasta 2025 (21 Estados miembros)



Basándose en la media de los datos de los 21 Estados miembros, en el escenario

de referencia, en el que los avances y los esfuerzos en la reducción de la desnutrición infantil se mantendrían en los niveles del año de referencia, el coste total sería de 15.300 millones de dólares, reduciéndose en

un 52,5 % a 7.300 millones de dólares si se alcanza el escenario 1, y en un 19,5 % adicional si se alcanza el escenario 2. Esto representa una reducción total de los costes asociados a la desnutrición infantil hasta el 72 % (9.500 millones de dólares). La tabla 7.2 muestra el ahorro económico previsto por escenario para los 21 Estados miembros respectivos y la tabla 7.3 resume el ahorro previsto.

Ahorro previsto

Tabla 7.2 Ahorro estimado para cada escenario

País	Escenario 1 – Reducir a la Mitad la Prevalencia de la Desnutrición Infantil Antes del 2025 (Millones de Dólares)	Escenario 2 – el Escenario Objetivo de Malabo «10 %Y 5 %» Antes del 2025 (Millones de Dólares)	*Escenario 3 – Escenario de Políticas Específicas Por País Gambia 9,6 %Y 6 % Antes del 2030 Kenia 14,7 %Y 8,4 % Antes del 2030 (Millones de Dólares)
Burkina Faso	65	111,7	
Chad	184,1	370,1	
República Democrática Del Congo	176,32	383,50	
Egipto	133	165	
Suazilandia	47	60	
Etiopía	376	784	
Gambia*	87,98	66,35	104,53
Guinea Bissau	20,8	32,13	
Ghana	189,4	241,1	
Kenia*	451,81	653,53	377,17
Lesoto	15	24	
Madagascar	36,5	72,5	
Malawi	61,6	85,9	
Malí	80,1	138,54	
Mauritania	22	41	
Mozambique	15	24	
Níger	596,2	807,7	
Ruanda	11,5	14,1	
Sudán	49,9	103,1	
Uganda	88	131	
Zimbabué	476	635	
Poupança Média Anual Total	3.183,21	4.944,25	481,7

NB: *ESCENARIO 3 – ESCENARIO DE POLÍTICA ESPECÍFICO DEL PAÍS: Gambia 9,6 % y 6 % para 2030; Kenia 14,7 % 8,4 % para 2030. Otros Estados miembros que realizaron el estudio entran en el escenario 1 y 2

Tabla 7.3: Comparación de los escenarios COHA (21 Estados miembros)

Escenarios	Porcentaje anual requerido de reducción del retraso del crecimiento infantil	Ahorro económico (PIB)
El coste de la inacción El progreso de la reducción de la prevalencia de la desnutrición se detiene en el nivel registrado en el año de análisis (33 % de retraso del crecimiento y 28 % de bajo peso)	No aplicable	Aumento de hasta el 82 % de la pérdida registrada en el año de recogida de datos (para el periodo hasta 2025)
Escenario 1 Reducir a la mitad la prevalencia del retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal antes del 2025 (16,5 % de retraso del crecimiento y 14 % de insuficiencia ponderal)	Del 2,8 % al 3,3 %.	Hasta 3.200 millones de dólares anuales
Escenario 2 Reducir el retraso del crecimiento al 10 % y la insuficiencia ponderal de los niños al 5 % antes del 2025	4,6%	Hasta 4.900 millones de dólares anuales

Según los estudios COHA, de los 21 países, el coste para los sectores sanitarios oscila entre el 0,15 % y el 2,8 % de su PIB, y siete estados miembros superan el 1 % de su PIB. Un niño subalimentado corre el riesgo de padecer un deterioro cognitivo y físico, que repercute en su calidad de vida como niño y como adulto en la sociedad. En los países analizados, casi 2,1 millones de niños repitieron curso debido al retraso del crecimiento, lo que representa el 18,4 % del número total de repetidores en estos países, con un coste estimado para el PIB que oscila entre el 0,002 % y el 0,42 %. En general, el aumento de la repetición en la educación primaria supuso la mayor parte del coste para el sector educativo. Las investigaciones indican que los niños con retraso del crecimiento tienen más probabilidades de verse afectados a la hora de incorporarse al mercado laboral. Esto se refleja en la reducción de las capacidades productivas. En general, el coste de productividad es mucho mayor y oscila entre el 1,53 % y el 15,97 %. En concreto, en catorce de los países implicados el coste de la productividad superó el 5 % de su PIB y se debe en gran medida a la mortalidad relacionada con la desnutrición. Los otros dos factores que contribuyen a los costes de productividad están relacionados con las actividades manuales intensivas y las actividades no manuales. Estos costes tienen un fiel reflejo en el porcentaje de población adulta que padece retraso del crecimiento, al menos del 35 % al 40 % de la población de los países del COHA analizados. Los beneficios económicos potenciales de la reducción de la desnutrición son un elemento clave para justificar las inversiones en nutrición. La reducción de casos clínicos en el sistema sanitario, la disminución de la repetición escolar y la mejora del rendimiento educativo, así como de la capacidad física, son elementos que contribuyen directamente a la productividad nacional. Una de las principales contribuciones de este estudio es haber identificado las externalidades positivas en la economía cuando se reduce la desnutrición infantil. La principal conclusión de este estudio es que la desnutrición infantil crónica no puede considerarse una cuestión sectorial porque sus causas y sus efectos están vinculados a las políticas sociales y económicas. Por lo tanto, la reducción del retraso del crecimiento requiere intervenciones en los ámbitos de la salud, la educación, la protección social, el comercio, la industria y la infraestructura social y económica, así como en el empleo, y cualquier avance en la reducción del retraso del crecimiento constituirá una prueba de que se ha dado un paso adelante hacia la consecución de un desarrollo inclusivo en el país, hacia un crecimiento más equitativo.



V

Capítulo

Opciones Políticas Y

Recomendaciones



Capítulo VIII: Opciones Políticas Y Recomendaciones

Historias de éxito en África (avances de los Estados miembros en la lucha contra la desnutrición infantil)

La experiencia de algunos Estados miembros que lograron una reducción sustancial de la prevalencia del retraso del crecimiento sugiere que el compromiso político de alto nivel, la gobernanza eficaz de la nutrición y la atención a la salud y la nutrición materno-infantil, en particular, en los primeros 1.000 días, han sido factores importantes en varios países. Además, la alineación con los objetivos de nutrición continentales y globales y la creación de asociaciones han ayudado a planificar y ejecutar intervenciones sensibles y específicas a la nutrición utilizando un enfoque multisectorial. La tabla 8.1 muestra los éxitos de algunos Estados miembros.

Tabla 8.1: Progresión africana

País	Iniciativas de los estados miembros
Burkina Faso	Fortalecimiento de la gobernanza en materia de nutrición y adhesión a las intervenciones del movimiento SUN geográficamente dirigidas a la atención de la alimentación de lactantes y niños pequeños. Del 43,1 % al 21,1 % de 2003 a 2017
Suazilandia	El Plan Nacional de Inversiones Agrícolas de Suazilandia (SNAIP) incorporó por primera vez objetivos de nutrición, como la reducción del retraso del crecimiento y la emaciación. Ministerio de Sanidad – realizó un análisis de las deficiencias para priorizar las intervenciones destinadas a abordar las causas del retraso del crecimiento y elaborar directrices nacionales para la reducción del retraso del crecimiento.
Etiopía	Etiopía está reduciendo progresivamente la desnutrición con la estrategia clave de una fuerte red de seguridad y un plan integral. El gobierno ha revisado la declaración del Programa Nacional de Nutrición (PNN) – SECOTA, y ha aumentado la frecuencia del seguimiento del retraso del crecimiento.
Ghana	Centrarse en la mejora de la salud, el saneamiento, la nutrición y el conocimiento de los cuidados de la madre. Iniciativas para ampliar la planificación y los servicios sanitarios de la comunidad y mejorar la alimentación y el cuidado de los bebés y niños pequeños. Del 30,6 % al 18,8 % de 1999 a 2014
Kenia	Compromiso político al más alto nivel y gobernanza eficaz de la nutrición. Se unió al movimiento SUN y se centró en la salud y la nutrición materna e infantil, reconociendo la importancia de los primeros 1.000 días. Enriquecimiento legislativo de alimentos clave con minerales esenciales y vitamina A. Del 40,2 % al 26,2 % de 2005 a 2014

Lesoto	Desarrollo de una política nacional de alimentación y nutrición y un plan de acción con costes para poner en marcha la política y abordar la recomendación del COHA para eliminar el retraso del crecimiento.
Madagascar	El primer ministro firmó un programa multiinstitucional de prevención del retraso del crecimiento y aumentó la financiación nacional para la nutrición.
Uganda	El retraso del crecimiento se reconoce como un indicador clave del desarrollo y se incluyó en el borrador del Plan Nacional de Desarrollo II. El gobierno dio prioridad a la reducción del retraso del crecimiento y se embarcó en campañas de concienciación a través del periódico New Vision.

Recomendaciones y opciones políticas

Aunque se sabe mucho sobre las intervenciones específicas de nutrición más eficaces, todavía se están desarrollando pruebas de la eficacia de las intervenciones sensibles a la nutrición. Existe un amplio conjunto de informes y estudios que ofrecen ejemplos útiles de prácticas sensibles a la nutrición. Por ejemplo, la Síntesis de las pruebas de los enfoques multisectoriales para la mejora de la nutrición es un producto de la Asociación Banking on Nutrition, una iniciativa del Banco Africano de Desarrollo llevada a cabo con el apoyo de Big Win Philanthropy y la Fundación Aliko Dangote que se centra en diferentes intervenciones sectoriales que muestran su impacto en la nutrición. Además, el Informe de Tendencias y Perspectivas de África 2015 de la Unión Africana llamó la atención sobre las medidas necesarias para promover una revolución nutricional y apoyar una mejor alimentación. Hay que reforzar la resiliencia económica para salvaguardar la seguridad alimentaria y la nutrición frente a las adversidades económicas. Esto requerirá políticas y programas a corto y largo plazo. A corto plazo, los países necesitan proteger los ingresos y el poder adquisitivo frente a las dificultades económicas. Además, es importante contar con políticas en el sector de la salud que protejan a los pobres contra los gastos catastróficos de la atención sanitaria con cargo a sus bolsillos, así como con políticas destinadas a reducir la excesiva volatilidad de los precios de los alimentos. A largo plazo, los países deben invertir para reducir las vulnerabilidades y las desigualdades económicas; crear capacidad para resistir las crisis; mantener el gasto sanitario y otros gastos sociales; y utilizar herramientas políticas para crear entornos alimentarios más saludables. Esto requiere equilibrar un conjunto de políticas e inversiones para lograr una transformación estructural inclusiva que diversifique la economía y la aleje de la dependencia de los productos básicos, al tiempo que fomente la reducción de la pobreza y unas sociedades más igualitarias.

Tabla 8.2: Menú de opciones políticas

Recomendación	Opciones políticas
<p>1. Aumentar la prioridad otorgada a la prevención y al control de la malnutrición y el retraso del crecimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Aumentar los esfuerzos de promoción para sensibilizar a la opinión pública y a los políticos sobre las repercusiones sociales y económicas de la desnutrición infantil para garantizar que la nutrición, enfocada en combatir el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal, reciba el mayor nivel posible de compromisos. Esto incluye la continuación de esfuerzos como los Líderes Africanos para la Nutrición, los Campeones de la Nutrición, los Campeones Nacionales, así como el Cuadro de Mando de la Nutrición Continental. ii. Revisión de la integración actual de la nutrición en los planes de desarrollo nacionales, regionales y locales. iii. Revisión de los marcos nacionales de desarrollo para garantizar que la reducción de la prevalencia del retraso del crecimiento sea un indicador de resultados de las políticas de desarrollo social y económico. iv. Establecimiento de objetivos ambiciosos y de valor absoluto para la reducción del retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal que vayan más allá de una reducción proporcional a nivel nacional. v. Incorporación a los objetivos nacionales de indicadores adicionales sensibles a la nutrición, por ejemplo, en relación con la carencia de micronutrientes, que son fundamentales para abordar la malnutrición infantil. vi. Complementar la ayuda internacional con inversiones financieras dirigidas a nivel nacional y el fortalecimiento de la capacidad nacional para abordar la desnutrición infantil. vii. Fomentar la aplicación de la Estrategia Continental de Educación para África con el fin de impulsar la mejora de los resultados educativos que repercuten en la desnutrición infantil.
<p>2. Reforzar el liderazgo, la gobernanza y la coordinación de una respuesta nacional multisectorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Establecer una agencia o comisión nacional de nutrición con un mandato legal claro para coordinar las actividades de los diferentes sectores y posicionar la nutrición como una prioridad. ii. Asignar responsabilidades institucionales específicas a los sectores, según proceda, para garantizar una clara rendición de cuentas. iii. Crear una línea presupuestaria y un sistema de seguimiento para financiar un plan de acción nutricional multisectorial. iv. Descentralizar el enfoque multisectorial mediante el establecimiento de oficinas en instituciones clave, ministerios, departamentos y organismos pertinentes a nivel nacional, regional y local para garantizar una coordinación adecuada

<p>3. Mejorar el entorno político para garantizar la disponibilidad de alimentos nutritivos y servicios de nutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Aumentar las inversiones en la lucha contra la desnutrición durante los primeros 1.000 días de vida del niño, incluso mediante la mejora de la disponibilidad y el acceso a alimentos complementarios ricos en nutrientes para los niños de 6 a 23 meses.ii. Integrar la prestación de servicios de nutrición en otros servicios esenciales y prestar un servicio de nutrición en todos los puntos de contacto.iii. Adoptar mecanismos que limiten la variación de los precios de los alimentos, en particular de los alimentos saludables, como las frutas, las verduras, los productos lácteos y las legumbres, en un contexto de gran volatilidad de los mercados e inestabilidad macroeconómica. Etiquetado correcto de los alimentos, almacenamiento, procesamiento, manipulación y regulación adecuados.iv. Implementar subsidios para proporcionar productos alimenticios más saludables que aporten una parte de la ingesta nutricional necesaria en áreas geográficas de alta vulnerabilidad.v. Fomentar el bioenriquecimiento de los alimentos básicos comunes con múltiples micronutrientes, especialmente en zonas con una limitada diversidad de alimentos y una elevada carencia de micronutrientes.vi. Explorar el enriquecimiento en el hogar con micronutrientes en polvo, como estrategia para mejorar la calidad de la alimentación complementaria de los niños mayores de 6 meses.vii. Ampliar los programas nacionales de alimentación escolar, incluyendo la obligatoriedad de los alimentos enriquecidos en las comidas escolares, para garantizar una mayor ingesta de nutrientes en los niños escolarizados.viii. Promover las colaboraciones público-privadas como estrategia para involucrar al sector privado en la prestación de servicios sanitarios accesibles, así como en la producción y comercialización de productos alimentarios enriquecidos, y el fortalecimiento de las cadenas de valor nutricionales y las normas de etiquetado.
--	--

<p>4. Reforzar la comunicación para el cambio social y de comportamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Ofrecer programas de concienciación sanitaria a las mujeres, especialmente antes del matrimonio y del embarazo, para protegerlas de la malnutrición y proporcionarles la información necesaria para que preparen comidas sanas y nutritivas para sus familias. ii. Insistir en la importancia de la lactancia materna exclusiva para los niños menores de 6 meses, y continuada hasta los 2 años, y evitar su sustitución por fórmulas lácteas. iii. Invertir en una estrategia de comunicación y en programas de cambio de comportamiento para informar a las familias vulnerables sobre los alimentos nutritivos de bajo coste. iv. Aumentar el papel de los trabajadores comunitarios en las zonas rurales para garantizar que transmiten la concienciación sobre la salud y la nutrición de las mujeres en edad fértil. v. Reforzar la capacidad y el papel del ministerio de información en la comunicación y la defensa de una nutrición adecuada a todos los niveles. vi. Sensibilizar a la población sobre la calidad nutricional de los alimentos locales y promover prácticas culinarias que preserven estas cualidades. vii. Desarrollar, revisar o actualizar las guías nutricionales sobre los productos alimenticios disponibles localmente que pueden ser utilizados, mezclados o procesados para desarrollar comidas enriquecidas nutricionalmente para los grupos vulnerables. viii. Integrar los programas de nutrición en los planes de estudio para inculcar la importancia de la nutrición, la seguridad alimentaria y la diversificación de la dieta en la educación desde la primera infancia.
<p>5. Vigilar las tendencias y los determinantes de la malnutrición y evaluar el progreso de las intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación y vincularlos a las intervenciones de prevención. ii. Reforzar un sistema nacional de vigilancia de la nutrición que facilite las intervenciones basadas en pruebas. iii. Aplicar una periodicidad de 2 años entre las evaluaciones de desnutrición infantil para medir los resultados a corto plazo en la prevención del retraso del crecimiento. iv. Mejorar los sistemas de datos para garantizar la disponibilidad de datos locales fiables sobre indicadores de nutrición.

<p>5. Vigilar las tendencias y los determinantes de la malnutrición y evaluar el progreso de las intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none">v. Recoger información que relacione el estado nutricional de los niños con los medios de subsistencia y las actividades económicas de los hogares, así como el acceso a los servicios básicos, como el agua y el saneamiento, durante la evaluación de la nutrición infantil. Aprovechamiento del programa Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH).vi. Garantizar la concienciación de las partes interesadas y la apropiación de sus funciones en la recopilación de datos sectoriales.vii. Mejorar el flujo de información y la presentación de informes mediante la creación de un portal/sitio web de información pública dedicado a las intervenciones en materia de nutrición.viii. Reforzar los sistemas de recogida, análisis y notificación de datos desglosados.ix. Asociarse con los institutos de investigación y las universidades africanas para apoyar la generación de un conjunto completo de pruebas, el desarrollo de nuevas herramientas y estrategias para contribuir a la mejora del diseño y la ejecución de los programas.x. Apoyar los esfuerzos continentales para mejorar la recogida de datos, el análisis, la evaluación y la documentación para informar sobre políticas y programas mejores y más eficaces.xi. Establecer un sólido mecanismo de seguimiento para medir las inversiones de los estados miembros en nutrición infantil y los progresos realizados.xii. Adoptar un enfoque más estructurado para medir los resultados a corto plazo de la prevención de la desnutrición infantil y revisar y mejorar sistemáticamente las intervenciones.xiii. Aprovechar el Cuadro de Mando de la Rendición de Cuentas de la Nutrición Continental para medir y hacer un seguimiento de los avances en los indicadores de nutrición acordados y reforzar el compromiso de los gobiernos y los socios.
---	--

<p>6. Dar prioridad a estrategias e intervenciones nutricionales innovadoras y multisectoriales que formen parte de sistemas alimentarios sostenibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Establecer sistemas alimentarios sostenibles con cadenas de valor orientadas a la nutrición como elemento de cambio en la lucha contra la desnutrición infantil. ii. Ampliar los programas de alimentación escolar con alimentos sanos, variados y nutritivos, centrándose en una cadena de valor sensible. Programas de alimentación escolar diseñados en torno a alimentos básicos y autóctonos. iii. Garantizar la alineación y la coherencia con otras estrategias sectoriales relacionadas con la salud, la educación y la agricultura, en particular, para abordar la desnutrición infantil y maximizar el impacto. iv. Integrar los resultados de la nutrición en todas las estrategias y planes nacionales y continentales. v. Establecer mecanismos de coordinación eficaces a través de procesos consultivos y participativos integrales para facilitar la comprensión de las funciones y responsabilidades de cada una de las partes interesadas y reforzar las sinergias. vi. Establecer plataformas multisectoriales de nutrición para aprovechar los beneficios transversales de las intervenciones nutricionales. vii. Desarrollar una hoja de ruta clara para las partes interesadas clave a todos los niveles, con el fin de orientar la aplicación de acciones concretas y con plazos para alcanzar los objetivos previstos.
<p>7. Integrar los resultados de género en las intervenciones de nutrición infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Dar prioridad a los programas y políticas que empoderen a las mujeres y a las adolescentes y que aumenten su concienciación y sus conocimientos sobre los cuidados maternos, el embarazo y sus necesidades nutricionales diarias. ii. Invertir en oportunidades de formación dirigidas a los jóvenes y las mujeres para ampliar las oportunidades de empleo y la generación de ingresos.

<p>8. Planificar una financiación estable y continuada para invertir en nutrición infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Movilizar recursos adicionales para la aplicación del plan de acción en materia de nutrición, incluso mediante asignaciones presupuestarias específicas (por ejemplo, impuestos, loterías, sector privado, etc.).ii. Explorar y adoptar mecanismos de financiación innovadores para canalizar nuevos recursos y cubrir el déficit de inversión en nutrición, entre otros, a través de asociaciones público-privadas, herramientas de gestión de riesgos, herramientas de crédito innovadoras y subvenciones inteligentes, remesas de emigrantes e inversiones de la diáspora.iii. Aumentar las inversiones en sistemas de protección social completos y rentables que tengan en cuenta la nutrición.iv. Promover la inversión en la implementación y replicación de un sistema alimentario sostenible para mejorar el rendimiento de la nutrición infantil.
--	---

Conclusión:

El continente africano está realizando esfuerzos encomiables para mejorar el estado nutricional. La carga de la desnutrición infantil es una amenaza directa para los logros económicos que se están consiguiendo en el continente y tiene el potencial de comprometer el desarrollo y la productividad de las generaciones futuras de África.

Los esfuerzos para abordar el reto de la desnutrición infantil deben centrarse en aumentar las inversiones en intervenciones específicas y sensibles a la nutrición. Es importante mejorar la coordinación a todos los niveles mediante planes multisectoriales de responsabilidad. Una acción eficaz necesita de otros sectores como la agricultura, el agua, el saneamiento, la higiene, la protección social y la educación para maximizar el impacto nutricional. La atención debe centrarse también en mecanismos sólidos de seguimiento y evaluación y en el desarrollo de capacidades para obtener mayores beneficios sociales y económicos de las intervenciones en materia de nutrición.

Las intervenciones prioritarias para hacer frente a la desnutrición infantil deben ser intervenciones basadas en la evidencia, como aumentar el acceso a servicios sanitarios de calidad, promover el consumo de dietas sanas y nutritivas, promover y proteger la lactancia materna exclusiva y garantizar el acceso a la educación básica, los servicios de saneamiento y el agua potable. La educación comunitaria, especialmente de las mujeres y los jóvenes, es esencial para mejorar los niveles de nutrición en las regiones rurales.

Los programas de enriquecimiento de alimentos a gran escala pueden contribuir de forma importante a mejorar la calidad de la dieta de la población. Los avances en el sector agrícola deben promover sistemas alimentarios sostenibles para mejorar la nutrición y la salud. Reforzar los mecanismos de protección social será clave para mitigar la fragilidad, al tiempo que se trabaja por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes. La frágil gobernanza y los efectos de los conflictos y los factores de estrés relacionados con el clima son los principales retos que limitan el progreso. Muchos Estados miembros africanos sufren catástrofes naturales, conflictos y crisis humanitarias, como la afluencia de refugiados de países vecinos, pandemias como la COVID-19 y otras que puedan surgir en el futuro. Las crisis humanitarias contribuyen a aumentar el riesgo de inseguridad alimentaria y el acceso inadecuado a los servicios esenciales de nutrición y salud. De cara al futuro, para garantizar una buena nutrición en África será esencial concertar los esfuerzos para luchar contra estos factores subyacentes de la malnutrición y garantizar la sostenibilidad de las acciones.

A menudo, la nutrición infantil no se percibe como una inversión a largo plazo, que tardará varios años en generar beneficios sociales, lo que lleva a priorizar las inversiones a corto plazo en las asignaciones presupuestarias. La renovación de los compromisos nacionales para la eliminación de la malnutrición infantil es de suma importancia. El coste de la inacción sería demasiado colosal para la economía del continente, tanto ahora como en el futuro, por lo que se justifica que África aproveche las acciones políticas para reducir drásticamente el retraso del crecimiento y la malnutrición. El impacto económico asociado a la malnutrición infantil, especialmente en los niños con bajo peso y retraso del crecimiento, es bastante significativo, con consecuencias de gran alcance en la salud,

la educación y la productividad. El modelo COHA ofrece un importante análisis en perspectiva sobre los posibles beneficios económicos generados por la reducción de la prevalencia de la desnutrición infantil. El estudio COHA ofrece la oportunidad de comprender mejor el papel que puede desempeñar la nutrición infantil como catalizador de la transformación social y económica y del desarrollo humano. La Unión Africana hace un llamamiento a los gobiernos para que sigan dando prioridad a la nutrición en sus planes nacionales de gobierno, con el fin de garantizar el mantenimiento y la continuidad de los logros alcanzados en los últimos años.

Anexo

Glosario de términos

1. **Desnutrición infantil:** El resultado de niveles bajos y prolongados de ingesta de alimentos (hambre) y/o baja absorción de los alimentos consumidos. Generalmente se aplica a la carencia de energía o de proteínas, pero también puede referirse a las carencias de vitaminas y minerales. Las medidas antropométricas (retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal y emaciación) son los indicadores de desnutrición más utilizados.
2. **Hambre crónica:** La situación de las personas cuya ingesta de alimentos les aporta regularmente menos de sus necesidades energéticas mínimas, lo que conduce a la desnutrición.
3. **Gastos no cubiertos por el sistema sanitario:** Esta variable incluye el valor de los insumos (es decir, los medicamentos) que paga la familia.
4. **Probabilidad diferencial (PD):** Se refiere a la diferencia entre la probabilidad de ocurrencia de una consecuencia (es decir, enfermedad, repetición de curso y menor productividad) en una circunstancia específica dada. El modelo utiliza esta variable específicamente para determinar el riesgo entre los que sufren desnutrición y los que no (CEPAL).
5. **Tasa de abandono por curso:** Porcentaje de alumnos que abandonan un curso en un año escolar determinado (UNESCO).
6. **Episodios:** Es el número de eventos de enfermedad que se producen para una determinada patología. En el modelo se basa en un período de un año, es decir, el número de veces que se produce una patología específica en un año (CEPAL).
7. **Inseguridad alimentaria** Existe cuando las personas no tienen acceso a una cantidad suficiente de alimentos seguros y nutritivos y, por tanto, no consumen lo suficiente para llevar una vida activa y saludable. Esto puede deberse a la falta de disponibilidad de alimentos, a un poder adquisitivo inadecuado o a una utilización inapropiada a nivel familiar (FAO).
8. **Vulnerabilidad alimentaria:** Refleja la probabilidad de una disminución aguda del acceso o del consumo de alimentos, a menudo en referencia a algún valor crítico que define los niveles mínimos de bienestar humano (PMA).
9. **El hambre:** Es el estado de las personas cuya ingesta de alimentos les aporta regularmente menos de sus necesidades energéticas mínimas, es decir, unas 1.800 kcal al día. Se expresa operativamente mediante el indicador de subalimentación (FAO).
10. **Dimensión retrospectiva incidental:** Se utiliza para estimar el coste de la desnutrición en la población de un país en un año determinado. El modelo la aplica considerando los costes sanitarios de los niños en edad preescolar (de 0 a 5 años) que sufren desnutrición, los costes educativos de los niños en edad escolar (de 6 a 18 años) y los costes económicos derivados de la pérdida de productividad de las personas en edad laboral (de 15 a 64 años) (CEPAL).
11. **Retraso en el crecimiento intrauterino (RCI):** Se refiere al peso del feto que está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional (OMS). En el modelo, este es el único tipo de afección que se tiene en cuenta en la estimación del coste de los niños con bajo peso al nacer.
12. **Bajo peso al nacer (BPN):** Se considera que un recién nacido tiene bajo peso al nacer cuando pesa menos de 2.500 gramos (OMS).

13. **Malnutrición:** Término amplio para designar una serie de afecciones que perjudican la salud, causadas por una ingesta alimentaria inadecuada o desequilibrada o por una mala absorción de los alimentos consumidos. Se refiere tanto a la desnutrición (privación de alimentos) como a la sobrealimentación (ingesta excesiva de alimentos en relación con las necesidades energéticas) (FAO).
14. **Tasa de mortalidad:** La proporción de muertes por año en una población determinada, normalmente multiplicada por un tamaño de población de 10, por lo que se expresa como el número por 1.000, 10.000 o 100.000, individuos por año.
15. **Productividad/Productividad laboral:** Mide la cantidad de bienes y servicios producidos por cada miembro de la población activa o el rendimiento por unidad de trabajo (OIT). En el modelo, se refiere a la contribución media que un individuo puede hacer a la economía, medida por el consumo o la renta, según los datos disponibles.
16. **Dimensión de ahorro prospectivo o potencial:** Esta dimensión permite proyectar las pérdidas presentes y futuras derivadas de los tratamientos médicos, la repetición de curso y la menor productividad causada por la desnutrición de los niños menores de cinco años en cada país, en un año concreto (CEPAL).
17. **El gasto público social:** El gasto social es la provisión por parte de las instituciones públicas (y privadas) de prestaciones y contribuciones financieras dirigidas a los hogares y a los individuos con el fin de proporcionarles apoyo en circunstancias que afectan negativamente a su bienestar, siempre que la provisión de las prestaciones y contribuciones financieras no constituya ni un pago directo por un bien o servicio concreto ni un contrato o transferencia individual (OCDE).
18. **Riesgo relativo:** Se refiere al riesgo de que ocurra un evento, si se da una condición específica. Se expresa como un cociente de la probabilidad de que el evento ocurra en el grupo expuesto frente al grupo no expuesto. En el modelo se utiliza para establecer el nivel de riesgo de enfermedad, menor rendimiento educativo o menor productividad en relación con la exposición a la desnutrición.
19. **Tasa de repetición por curso:** Número de repetidores en un curso dado en un año escolar determinado, expresado como porcentaje de la matrícula en ese curso en el año escolar anterior (UNESCO).
20. **Retraso del crecimiento:** Refleja la baja estatura en relación a la edad; un indicador de malnutrición crónica, calculado comparando la relación estatura-edad de un niño con una población de referencia de niños bien alimentados y sanos (PMA). El modelo lo utiliza como indicador para analizar el impacto en el rendimiento educativo y la productividad.
21. **Subalimentación:** Ingesta de alimentos que es continuamente insuficiente para satisfacer las necesidades energéticas de la dieta. Este término se utiliza indistintamente con el de hambre crónica o, en este informe, con el de hambre (FAO).
22. **Desnutrición:** Es el resultado de una ingesta prolongada de niveles insuficientes de alimentos y/o una baja absorción de los alimentos consumidos (subalimentación). Generalmente se aplica a la carencia de energía (o de proteínas y energía), pero también puede referirse a las carencias de vitaminas y minerales (FAO).
23. **Bajo peso:** Se mide comparando la relación peso-edad de un niño con una población de referencia de niños bien alimentados y sanos (PMA). El modelo lo utiliza para analizar el impacto de la desnutrición infantil en la salud.
24. **Emaciación:** Refleja un proceso reciente y severo que condujo a una pérdida de peso sustancial, generalmente asociada a la inanición y/o a la enfermedad. La emaciación se calcula comparando la relación peso-estatura de un niño con una población de referencia de niños bien alimentados y sanos (PMA).

Photo credits

Página 1 -WFP/Nyani Quarmyne

Página 4 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 10 - WFP/Cantines

Página 14 -WFP/Nyani Quarmyne

Página 20 -WFP/ Brenda Barton

Página 25 -WFP/Irshad_Khan

Página 26 -WFP/Tambacara

Página 31 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 32 -WFP/ Stephen Wong

Página 38 -WFP/ Richard Lee

Página 43 -WFP/Olivier Le Blanc

Página 44 -WFP/Vera Boohene

Página 50 -WFP/Niger

