

Metas mundiales de nutrición 2025

Documento normativo sobre emaciación



META:

Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil



LO QUE ESTÁ EN JUEGO

En 2012, la resolución WHA65.6 respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (1) donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025 (2). El presente documento normativo se refiere a la sexta de esas metas: **reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil**. El objeto de este documento normativo es reforzar la atención, la inversión y la acción en una serie de intervenciones y políticas costoeficaces que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a reducir la tasa de emaciación infantil.

La meta mundial para 2025 se alcanzará si los países con una carga elevada evalúan la prevalencia actual, las proyecciones de crecimiento de la población, las causas subyacentes de la emaciación y los recursos disponibles para combatirlas, establecen metas de reducción anuales para guiar las intervenciones, movilizan los recursos necesarios, y elaboran y aplican planes sistemáticos para reducir la emaciación. Además, todos los países deben analizar las desigualdades entre grupos de población e identificar medidas prioritarias para determinados grupos vulnerables o marginados en los que se acumule un gran número de niños emaciados. Tal enfoque inspirado por la equidad constituye tanto un imperativo ético como una estrategia de inversión sensata.

La emaciación es un importante problema de salud y, debido a los riesgos de morbilidad asociados, requiere la atención urgente de los responsables de la elaboración de políticas y la aplicación de programas. Actuar contra la emaciación es crucialmente importante debido al mayor riesgo de morbimortalidad que presentan los niños que pierden un porcentaje excesivo de su peso corporal. Será difícil seguir mejorando las tasas de supervivencia infantil sin mejorar la proporción de los niños emaciados que recibe un tratamiento

rápido y adecuado para salvar su vida, además de reducir el número de niños que llegan a sufrir emaciación (prevención).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la emaciación infantil como grave o moderada en función de los patrones de crecimiento de la OMS relativos al peso en función de la estatura (3). Esta definición no incluye a los niños que presentan edema bilateral con fóvea, una forma de desnutrición aguda cuyas vías causales son similares a las de la emaciación. La emaciación es una disminución excesiva del peso corporal respecto a la estatura. La malnutrición aguda en niños de 6 a 59 meses puede ser moderada o grave. La malnutrición aguda grave se define como la presencia de emaciación (peso insuficiente para la estatura) grave, de un perímetro braquial inferior a 115 mm, o de edema bilateral con fóvea. La malnutrición aguda moderada se define como la presencia de emaciación moderada o de un perímetro braquial inferior a 125 mm pero no inferior a 115 mm. De acuerdo con los datos de prevalencia nacionales se estima que, en cualquier instante dado, en todo el mundo hay 52 millones de niños menores de 5 años con emaciación, 17 millones de ellos con emaciación grave (4). Es importante resaltar que estas estimaciones pueden pasar por alto una proporción relativamente alta de los casos

de emaciación incidentes (nuevos) que se producen a lo largo del tiempo y —según el momento en que se realizó el estudio en que se basan— también pueden no tener en cuenta los picos estacionales. Esto supone que las actuales estimaciones mundiales seguramente subestiman la carga anual real de emaciación (5).

La meta establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con la emaciación (2) tiene dos aspectos que suponen sendos desafíos: reducir las tasas de emaciación hasta menos del 5% y mantenerlas posteriormente por debajo de esa cifra. Actualmente, algunos países (muy poblados) registran una prevalencia de emaciación superior al 10% a lo largo de todo el año: es el caso de Nigeria (10%), Pakistán (15%) y la India (20%). Es probable que estos porcentajes sean mayores durante las temporadas de escasez, ya que las tasas de emaciación tienden a experimentar picos estacionales a lo largo del año (6, 7). En todo el mundo, la emaciación causa el 4,7% de todas las muertes de niños menores de 5 años (8). En promedio, un niño con emaciación grave tiene una probabilidad 11 veces mayor de fallecer que un niño sano (8). Los actuales niveles de emaciación grave en todo el mundo son responsables de hasta 2 millones de fallecimientos anuales (9). La mortalidad es aún mayor en el caso de los niños que sufren tanto emaciación como retraso del crecimiento (estatura baja para su edad) (8).

La actual tasa mundial de emaciación del 7,8% deberá reducirse casi en un 40% para alcanzar la meta del 5% de aquí a 2025, un objetivo que requiere inversiones y medidas adicionales. De los 118 países que comunicaron en 2013 datos sobre la prevalencia de la emaciación, solo 49 (42%) refirieron una prevalencia nacional media inferior al 5%. Por tanto, actualmente hay 69 países que no alcanzan la meta y otros 78 para los que no se dispone de datos (2). Además, en los 49 países que refirieron una tasa de emaciación inferior al 5%, no existen datos que permitan confirmar que dicha

tasa no fuese superior al 5% en ningún momento del año. La mayoría de todos los niños con emaciación moderada (69%), y también con emaciación grave (71%), viven en Asia (4). Solo algo más de una cuarta parte de los niños con emaciación moderada (28%) y con emaciación grave (28%) viven en África. La mayoría de los niños con emaciación no viven en entornos afectados por catástrofes humanitarias, a los que se tiende a asociar las tasas elevadas de emaciación y en los que se han concentrado tradicionalmente los programas de tratamiento. Se estima que, en todo el mundo, los servicios de tratamiento llegan a menos del 15% de los niños emaciados (véase la Tabla 1), y en algunos países el porcentaje es considerablemente menor. Estas estadísticas suponen una grave preocupación en todo el mundo ante la relación sólidamente confirmada entre emaciación y mortalidad.

Se ha demostrado que un crecimiento subóptimo indicativo de emaciación aumenta el riesgo de fallecimiento en la infancia por enfermedades infecciosas como diarrea, neumonía o sarampión (12). Aún no se sabe bien en qué medida contribuye la emaciación a trastornos como el retraso del crecimiento, el bajo peso al nacer y la anemia. Sin embargo, hay datos que sugieren que los episodios de emaciación afectan negativamente al crecimiento lineal y, por consiguiente, perjudican el crecimiento y desarrollo infantiles (5).

La emaciación y el retraso del crecimiento comparten factores causales, tanto directos como subyacentes, y es probable que los servicios preventivos que aborden dichas causas tengan efectos sobre ambos trastornos. Se han encontrado asociaciones entre una variabilidad elevada del peso en relación con la estatura (por haber experimentado episodios de emaciación sucesivos) y un menor crecimiento lineal (13). Debe reconocerse claramente que la emaciación supone un riesgo de mortalidad dos veces mayor que el asociado al retraso del crecimiento, y la coexistencia de ambos trastornos supone un riesgo aún mayor.

TABLA 1. ECIFRAS Y PORCENTAJES MUNDIALES ESTIMADOS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EMACIACIÓN GRAVE Y MODERADA QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN 2012 (4, 10, 11)^a

	Emaciación grave	Emaciación moderada
Número estimado de niños afectados en un momento determinado (4)	17 millones	34 millones
Número de niños a los que llegaron los servicios de tratamiento en 2012	2.6 millones	4.6 millones
Porcentaje del volumen de casos cubierto ^b	<15%	<13.5%

^a Debe subrayarse que la falta de exactitud en la notificación de los datos se identificó como punto débil tanto en relación con la emaciación grave como con la moderada.

^b Una dificultad a la hora de interpretar estas estimaciones —tanto de la carga de emaciación como del alcance de los servicios— es que utilizan datos de prevalencia (es decir, el número de casos en un momento determinado) y no de incidencia (número de casos a lo largo del año). A diferencia del retraso del crecimiento, la emaciación puede ser un trastorno de duración relativamente corta y, como se ha dicho antes, también presenta una elevada estacionalidad. Por consiguiente, el uso de la prevalencia para medir la carga de emaciación corre el riesgo de subestimar el número de niños afectados y, por el contrario, sobreestimar el porcentaje de los casos anuales al que llegan los servicios de tratamiento. Los estudios para determinar la cobertura (esto es, el porcentaje de los niños con emaciación a quienes llegan los servicios de tratamiento) deben estimar con exactitud a cuántos niños emaciados se llega, pero hasta la fecha son pocos los países que han llevado a cabo evaluaciones nacionales de la cobertura.

El insuficiente reconocimiento de los mayores riesgos de mortalidad, o el énfasis insuficiente en dichos riesgos, hace que los responsables de la elaboración de políticas puedan no ser conscientes de lo importante que es abordar la emaciación de forma prioritaria. Para reducir y mantener por debajo del 5% la tasa de emaciación, los responsables de la formulación de políticas deben plantearse priorizar las siguientes medidas:

- mejorar la identificación, medición y comprensión de la malnutrición aguda grave y ampliar la cobertura de los servicios para su identificación y tratamiento;
- mejorar los métodos y la coordinación a la hora de identificar y tratar la malnutrición aguda grave, tanto en el sector sanitario como intersectorialmente;

- recopilar con rapidez datos probatorios para unas estrategias preventivas eficaces destinadas a reducir la carga de emaciación que posteriormente puedan traducirse en medidas de política;

- alentar y encargar investigaciones para entender mejor los vínculos entre la emaciación y el retraso del crecimiento a fin de garantizar que se saque el máximo partido a las inversiones en programas de nutrición;

- alentar el aumento de la financiación a largo plazo para la prevención y el tratamiento de la malnutrición aguda;

- mejorar la coordinación entre los ministerios más relevantes para vincular las estrategias de tratamiento de la malnutrición aguda con las estrategias de prevención de la malnutrición aguda (emaciación) y del retraso del crecimiento a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.



Gates/Prashant Panjiar

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA EMACIACIÓN?

Los niños sufren emaciación cuando pierden peso de forma rápida, generalmente como resultado directo de la combinación de una infección y una alimentación que no cubre las necesidades nutricionales.¹

Las principales causas subyacentes de la emaciación son las siguientes:

- acceso deficiente a una atención sanitaria adecuada, rápida y asequible;
- prácticas inadecuadas en el cuidado y la alimentación de los niños (p. ej., lactancia materna no exclusiva o deficiencias en la cantidad y calidad de la alimentación complementaria);
- inseguridad alimentaria, no solo en situaciones de catástrofe humanitaria sino también por deficiencias continuadas en la cantidad y diversidad de los alimentos, algo que en muchos entornos con pocos recursos se refleja en una alimentación monótona con baja densidad de nutrientes, junto con conocimientos inadecuados sobre los principios de conservación, preparación y consumo de los alimentos; y
- carencia de un entorno salubre que, entre otros, permita acceder a servicios de agua potable, saneamiento e higiene.

Estos factores están muy interrelacionados y presentan una relación cíclica con la emaciación. Una mala alimentación incrementa el riesgo de infecciones, y las infecciones tienen un efecto profundo sobre el estado nutricional. Un niño anteriormente sano puede sufrir emaciación rápidamente si se enfrenta a una infección grave, lo que puede provocar una pérdida de apetito. Al empeorar la emaciación del niño, su susceptibilidad a las infecciones aumenta. Es lo que se conoce como el círculo vicioso de infección y emaciación.

Las enfermedades diarreicas son frecuentes en los países de ingresos bajos —donde la higiene y el saneamiento pueden no ser óptimos—, y la diarrea se ha identificado como uno de los culpables de la pérdida rápida de peso (14). Otro factor de riesgo sugerido para la emaciación infantil es el bajo peso al nacer o el tamaño pequeño para la edad gestacional. Este factor de riesgo puede ser especialmente importante en regiones con una elevada prevalencia de neonatos pequeños, por ejemplo el sur de Asia.

MARCO DE ACCIÓN

Para reducir la malnutrición aguda y mantener dicha reducción a largo plazo es necesario mejorar los métodos y la coordinación en su identificación y tratamiento. La extensión y las consecuencias de la emaciación en todo el mundo, particularmente en algunos países con una carga elevada, ha sido reconocida en declaraciones conjuntas emitidas por las Naciones Unidas en las que se han respaldado enfoques comunitarios para mejorar la cobertura del tratamiento de la emaciación. Entre dichos enfoques figura el uso del perímetro braquial — como alternativa a la evaluación del peso en función de la estatura— para ayudar a identificar con rapidez la malnutrición aguda grave (4). Además, también se recomiendan servicios descentralizados de tratamiento ambulatorio para pacientes con malnutrición aguda grave (esto es, que presenten emaciación grave, perímetro braquial bajo o edema bilateral), basándose en la identificación y derivación comunitaria de los pacientes, además de prestar asistencia hospitalaria a quienes presenten falta de apetito, edema bilateral grave u otras complicaciones médicas adicionales. Los pacientes con malnutrición aguda moderada son tratados de forma ambulatoria, lo que incluye la provisión de alimentos suplementarios en caso necesario, el cribado de posibles enfermedades, intervenciones de salud sistemáticas y formación nutricional de los cuidadores.

Desde que se emitieron las declaraciones conjuntas y se elaboraron los correspondientes documentos de orientación, algunos países han ampliado rápidamente la escala de los servicios de tratamiento hasta el ámbito nacional. Posiblemente, Etiopía ha sido el caso de descentralización de los servicios más eficaz, según se describe en el Recuadro 1.

RECUADRO 1: ETIOPÍA: TRATAMIENTO DESCENTRALIZADO A MAYOR ESCALA DE LA MALNUTRICIÓN AGUDA GRAVE

Desde 2008, el Ministerio de Salud etíope (con apoyo de diferentes asociados) descentralizó masivamente los servicios de tratamiento para ampliar el acceso a los servicios de tratamiento de la malnutrición aguda grave y la cobertura de estos. El servicio se descentralizó a los puestos sanitarios después de que se simplificaran los protocolos y se formase a 8500 profesionales sanitarios de primera línea (personal de extensión sanitaria). A lo largo de 2013 (un año de buenas cosechas), un total de 267 500 niños recibieron asistencia terapéutica (250 000 de forma ambulatoria y 17 500 con ingreso hospitalario). Los resultados se mantienen constantemente por encima de los niveles recomendados internacionalmente, y para ese año se registró una tasa de recuperación del 86%. En los inicios del servicio, la rotación del personal constituía un problema (especialmente a la hora de garantizar una formación adecuada de todos los profesionales), y la tasa de presentación de informes no era buena. Estas dificultades se han superado, y en 2013 el 86% de los centros presentó informes periódicos.

¹ Aunque este apartado trata de la emaciación, todo lo dicho es aplicable a la malnutrición aguda.

El tratamiento de la malnutrición aguda grave no solo resulta vital sino que también es costoeficaz: se estima que el tratamiento de cada niño afectado cuesta US\$ 200 (15). La serie de artículos sobre desnutrición publicada en 2013 por la revista *Lancet* reconoció el tratamiento de la malnutrición aguda grave como la intervención nutricional directa más costoeficaz (16). Cuanto antes reciba tratamiento el niño, menor costo supondrá, al ser menos probable que hayan aparecido complicaciones médicas adicionales y resultar más rápida la recuperación. La nutrición ofrece una de las mejores rentabilidades de la inversión. Cada dólar invertido en nutrición —lo cual incluye el tratamiento de la malnutrición aguda grave— puede generar hasta US\$ 138 a través de la mejora de la salud y la productividad. Por el contrario, no invertir en nutrición perpetúa las pérdidas económicas para los individuos y los países, con un costo estimado de hasta el 11% del producto interior bruto debido a la productividad perdida (17, 18).

Si bien el tratamiento de la malnutrición aguda grave es una intervención acreditada basada en datos probatorios (17, 18), su integración en los paquetes esenciales de atención sanitaria en el ámbito nacional ha demostrado ser complicada. Esto se debe en parte a las debilidades de los sistemas de salud y a las dificultades a la hora de conseguir la financiación suficiente a largo plazo para ampliar adecuadamente la escala del servicio hasta el ámbito nacional, así como a problemas relacionados con la cadena de suministro y la disponibilidad de los productos básicos para el tratamiento. Las dificultades en la identificación y el tratamiento de la malnutrición aguda también se deben en parte a desacuerdos sobre la asignación de responsabilidades. A menudo, la comunidad internacional ha respaldado el tratamiento de la malnutrición aguda en situaciones de emergencia. Sin embargo, para llegar a la mayoría de los niños emaciados en contextos de elevada carga de morbilidad, resulta crucial que el tratamiento de la emaciación esté integrado en un paquete esencial de atención sanitaria del país en cuestión, y que se institucionalice la formación y supervisión del personal sanitario implicado en el tratamiento de la malnutrición aguda, la movilización comunitaria y la identificación temprana (19).

En muchos países con una elevada carga de emaciación no existen actividades específicas para el tratamiento ni la prevención de la emaciación moderada. Para abordar la emaciación moderada en niños de 0 a 24 meses debe aplicarse el paquete de «medidas nutricionales esenciales» (20), que incluye actividades como promoción y fomento de la

lactancia materna, asesoramiento nutricional para las familias en relación con prácticas de alimentación complementaria, y provisión de alimentos suplementarios. En los niños de más edad debe enfatizarse la mejora de la alimentación familiar (en cuanto a la diversidad, calidad e inocuidad). Es posible utilizar herramientas de programación lineal (p. ej. Optifood) para evaluar si determinados alimentos disponibles cumplen las recomendaciones sobre ingestión de nutrientes, si son asequibles para los hogares y si forman parte de la alimentación actual. Los niños con malnutrición aguda moderada también deben tener acceso a servicios sanitarios y recibir tratamiento para cualquier trastorno médico que puedan sufrir. En situaciones de emergencia, entre ellas entornos con inseguridad alimentaria, el tratamiento de la emaciación moderada suele consistir en la provisión de alimentos suplementarios. Más allá del asesoramiento nutricional o del aumento de la disponibilidad de alimentos suplementarios adecuados, algunos actores están estudiando la provisión de vales o transferencias de efectivo, que pueden presentar ventajas sobre las estrategias basadas en productos a la hora de abordar la malnutrición aguda moderada. Sin embargo, no existe aún un consenso pleno en la comunidad internacional sobre los mejores enfoques para el tratamiento o la prevención de la malnutrición aguda moderada.

Por su propia naturaleza, la nutrición abarca muchos sectores, y las relaciones entre ellos son clave para alcanzar las diversas metas mundiales. Actualmente, los datos probatorios sobre el mejor modo de integrar la nutrición en otros sectores para alcanzar las mejoras deseadas son limitados. No existen estimaciones del efecto sobre la malnutrición aguda de las intervenciones sensibles a la nutrición (en agricultura, protección social, educación, agua y saneamiento, etc.). Las mejoras en el diseño de los servicios sensibles a la nutrición —lo cual incluye su monitoreo y evaluación— aumentarán la capacidad de:

- identificar cuáles de estos programas indirectos tienen el máximo efecto a la hora de mejorar los resultados de nutrición;
- relacionar las mejoras en el estado nutricional con las inversiones realizadas.

El número de países que han desarrollado planes multisectoriales que incluyen el tratamiento y la prevención de la emaciación es reducido, aunque está aumentando. Nepal es un buen ejemplo de ello (véase el Recuadro 2).

RECUADRO 2: EJEMPLO DE PAÍS QUE HA DESARROLLADO UN PLAN MULTISECTORIAL: NEPAL

Nepal registra niveles de desnutrición elevados, con un 11% de emaciación. El tratamiento de la malnutrición aguda grave se ha incluido en el plan multisectorial de nutrición elaborado por el gobierno de Nepal. Un comité rector de alto nivel supervisa la operacionalización de dicho plan y depende jerárquicamente de la oficina de primer ministro, por lo que el grado de implicación y compromiso del gobierno es elevado. El plan será sujeto a seguimiento, y los resultados se compararán con los detalles presentados en el marco lógico del plan.

Los progresos en la consecución de esta meta no solo dependerán del incremento de la escala de las intervenciones para tratar la malnutrición aguda grave, sino también de la solidez y eficacia de las estrategias preventivas. Aunque Etiopía está teniendo un gran éxito a la hora de tratar a cientos de miles de niños cada año, el gran número de niños que sufren emaciación solo se va reduciendo lentamente, y siguen produciéndose picos estacionales de emaciación incluso en años de buenas cosechas. Para reducir el número de niños emaciados se necesita urgentemente mejorar la vinculación con los servicios preventivos. Los servicios deben adaptarse al contexto y abarcar un abanico diverso de servicios, como por ejemplo la promoción de una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño, la promoción de una buena higiene y saneamiento y la mejora de las políticas y programas de protección social (p. ej., dirigiéndolas específicamente a las familias más pobres que necesitan ayuda social para garantizar el acceso a una alimentación que cubra las necesidades nutricionales durante todo el año). La contextualización en cada país es esencial, ya que estrategias que funcionan en Asia pueden no funcionar igual de bien en África, por ejemplo. Dado que la India supone aproximadamente la mitad de la carga mundial de emaciación (21), la reducción de las cifras totales de emaciación dependerá mucho del grado de prioridad nacional que conceda dicho país al tratamiento y prevención de la emaciación.

Por último, hasta ahora los programas, las políticas, las investigaciones y la financiación han ido por separado para la emaciación y para el retraso del crecimiento. Ambos trastornos (y también las deficiencias de micronutrientes) comparten vías causales, lo que sugiere que las medidas contra uno de ellos afectarán muy probablemente al otro (5). Por ello es importante incluir el tratamiento y la prevención de la emaciación en los planes y objetivos de desarrollo. La emaciación es un trastorno que afecta a millones de niños cada año, en gran parte en situaciones que no se consideran «emergencias». Para lograr una reducción notable y sostenida en las cifras de emaciación es crucial que los responsables de la elaboración de políticas comprendan la importancia del problema de la emaciación no solo desde el punto de vista de la ayuda humanitaria sino desde una perspectiva más amplia.

MEDIDAS PARA IMPULSAR LOS PROGRESOS EN LA REDUCCIÓN DE LA EMACIACIÓN

1. Mejorar la identificación, medición y comprensión de la emaciación y ampliar la cobertura de los servicios para su identificación y tratamiento.¹

- Fijar objetivos nacionales de emaciación que se ajusten a las metas mundiales establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud y contribuyan a alcanzarlas (2, 22).

- Reforzar los métodos para valorar con exactitud la carga de malnutrición aguda para la planificación, diseño y monitoreo de los servicios, lo que incluye los criterios utilizados para la identificación (entre ellos, edema bilateral y perímetro braquial), así como respaldar la valoración generalizada de la cobertura nacional del tratamiento para permitir una valoración exacta de la penetración y eficacia de los servicios de tratamiento de la malnutrición aguda, tanto grave como moderada.

- Promover una visión integral de la malnutrición — comprendiendo que en un mismo niño, familia o comunidad pueden coexistir el retraso del crecimiento, la emaciación y las deficiencias de micronutrientes— y asegurarse de que los servicios contra la desnutrición se proporcionen de un modo más coherente.

- Elaborar estrategias nacionales de promoción para asegurarse de que los responsables de la elaboración de políticas entiendan que la emaciación no es un trastorno que se dé únicamente en el contexto de situaciones de emergencia, sino que es una causa grave y continuada de morbilidad infantil.

- Desarrollar una mejor comprensión de los principales factores causales de la emaciación, incluidos los patrones estacionales, y garantizar la disponibilidad de recursos y capacidades para analizar los datos correspondientes. Intensificar las estrategias de prevención cuando se aproximen periodo de escasez o hambruna y asegurarse de que se aumente la escala de los servicios de tratamiento para hacer frente al mayor número de casos durante los picos estacionales de emaciación.

2. Mejorar los métodos y la coordinación a la hora de identificar y tratar la emaciación, tanto en el sector sanitario como intersectorialmente.

- Garantizar el tratamiento de la emaciación grave como parte integrante de las políticas y sistemas de salud y coordinarlo con el apoyo existente para reforzar los sistemas de salud incrementando las capacidades nacionales. La formación previa al servicio es esencial para todos los niveles del personal sanitario. La formación durante el servicio es importante al introducir el nuevo servicio, y posteriormente como reciclaje.

- Invertir en el refuerzo de los sistemas de salud y en la gestión de la cadena de suministro de alimentos terapéuticos listos para su uso y otros productos básicos de salud en los que actualmente se producen situaciones de desabastecimiento y cuya compra resulta costosa para los gobiernos nacionales.

¹ Aunque este apartado trata de la emaciación, todo lo dicho es aplicable a la malnutrición aguda.

- Asegurarse de que se identifique la emaciación en todos los puntos de acceso al sistema de salud, incluidos los servicios de vacunación y las jornadas de salud infantil.

- Asegurarse de que la emaciación se registre como uno de los factores en las estadísticas de mortalidad.

- Respaldar la inclusión de resultados de nutrición en los grandes programas multisectoriales, como las redes de seguridad y las iniciativas agrícolas y educativas, para determinar si los servicios proporcionan resultados en el ámbito de la nutrición.

- Incluir la nutrición en los programas educativos generales de la escuela primaria y secundaria a fin de que los niños puedan llevar a sus casas los mensajes correspondientes e influir en sus propios padres, y como forma de sensibilizar a las madres y padres futuros.

3. Recopilar con rapidez datos probatorios para unas estrategias preventivas eficaces destinadas a reducir la carga de emaciación que posteriormente puedan traducirse en medidas de política.

- Establecer vínculos prácticos, adaptados al contexto, entre los servicios de tratamiento y prevención.

- Documentar cómo afecta a los resultados de nutrición la aplicación de estrategias de prevención no relacionadas con el sistema de salud. El uso de mensajes fundamentales sencillos (como las medidas esenciales de nutrición) (20) ayudará a garantizar que se transmitan mensajes coherentes en todos los contextos.

- Promover más investigaciones relacionadas con enfoques estacionales para prevenir la emaciación moderada, con el uso de transferencias de efectivo o la distribución de determinados suplementos alimenticios ricos en nutrientes durante las temporadas de escasez, y con soluciones sostenibles para mejorar el acceso durante todo el año a una alimentación adecuada para la prevención de la emaciación.

4. Alentar y encargar investigaciones para entender mejor los vínculos entre la emaciación y el retraso del crecimiento a fin de garantizar que se obtenga el máximo efecto con las inversiones actuales en programas de nutrición.

- Definir mejor las asociaciones que existen entre el retraso del crecimiento y la emaciación en los niños menores de 5 años, así como el efecto sinérgico sobre la mejora de los resultados nutricionales a largo plazo que tiene el abordar la emaciación junto con otras intervenciones nutricionales.

- Investigar si existen determinadas regiones o países del mundo donde la asociación entre la emaciación y el retraso del crecimiento resulta más (o menos) manifiesta.

- Respaldar la investigación operativa para estudiar los efectos sobre el crecimiento lineal de la emaciación y del tratamiento de esta.

- Respaldar la investigación operativa sobre enfoques conjuntos para la prevención del retraso del crecimiento y la emaciación.

5. Alentar el incremento de la financiación a largo plazo para la prevención y el tratamiento de la malnutrición aguda.

- Mejorar la financiación sostenible para la prevención y el tratamiento de la malnutrición aguda y la emaciación, tanto en los presupuestos nacionales de salud como en los presupuestos de otros sectores sensibles a la nutrición según corresponda.

- Mejorar la coordinación entre los ministerios a fin de vincular las estrategias de tratamiento de la malnutrición aguda con las estrategias de prevención de la emaciación y el retraso del crecimiento a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Con el fin de ayudar a los países a establecer objetivos nacionales para alcanzar las metas mundiales —y seguir los progresos en el cumplimiento de dichos objetivos—, el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS y sus asociados han desarrollado una herramienta de seguimiento basada en la web que permite a los usuarios explorar diferentes posibilidades de lograr las tasas de progreso necesarias para cumplir las metas para 2025. Puede accederse a la herramienta en www.who.int/nutrition/trackingtool/en (22).

AGRADECIMIENTOS

El presente documento ha sido coordinado por Zita Weise Prinzo, de la unidad de Evidencia y Orientación Programática del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS. La OMS, el UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos desean agradecer las aportaciones técnicas de las siguientes personas (por orden alfabético): Dr. Francesco Branca, Diane E. Holland, Tanya Khara, Lynnna Kiess, Emily Mates, Dr. Juan Pablo Peña-Rosas, Dolores Rio y Werner Schultink. También queremos dar las gracias a las siguientes personas por su revisión del documento normativo (en orden alfabético, por organización): Glen Tarman y Sandra Mutuma (Acción Contra el Hambre), Denise DeBernardo y Elaine Gray (Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE. UU.), Erin Black (Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU.), Paula Betuzzi (Departamento de Asuntos Exteriores, Comercio y Desarrollo del Canadá), Ellen Piwoz (Fundación Bill y Melinda Gates), Caroline Alba (International Medical Corps), Denise Lionetti (PATH), Quinn Marshall (Programa Mundial de Alimentos) y Carolyn MacDonald (World Vision). La OMS también desea dar las gracias por su apoyo técnico a la ONG 1,000 Days, y especialmente a Rebecca Olson.

AYUDA ECONÓMICA

La OMS expresa su agradecimiento a la Iniciativa de Micronutrientes y a la Fundación Bill y Melinda Gates por su apoyo económico a este documento.

SUGERENCIA DE CITA

Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre emaciación [Global nutrition targets 2025: wasting policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.8). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

REFERENCIAS

1. Resolución WHA65.6. Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. En: 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012:12–13 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_sp.pdf?ua=1), página consultada el 6 de octubre de 2014).
2. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (www.who.int/nutrition/globaltargets2025/es/), página consultada el 6 de octubre de 2014).
3. Grupo del estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento de la OMS. WHO child growth standards. Length, height-for-age, weight-for-age, weight-for-length and body mass index-for age. Methods and development. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf), página consultada el 13 de octubre de 2014).
4. Organización Mundial de la Salud. Base de datos mundial sobre crecimiento infantil y malnutrición del UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. 2012 Joint child malnutrition estimates – levels and trends. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2012/en>), página consultada el 8 de octubre de 2014).
5. Khara T, Dolan C. Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications. Oxford: Emergency Nutrition Network; 2014 (<http://www.enonline.net/waststuntreview2014>), página consultada el 13 de octubre de 2014).
6. Brown KH, Black RE, Becker S. Seasonal changes in nutritional status and the prevalence of malnutrition in a longitudinal study of young children in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr*. 1982;36 (2):303-13.
7. Maleta K, Virtanen SM, Espo M, Kulmala T, Ashorn P. Seasonality of growth and the relationship between weight and height gain in children under three years of age in rural Malawi. *Acta Paediatr*. 2003; 92(4):491-7.
8. McDonald CM, Olofin I, Flaxman S, Fawzi WW, Spiegelman D, Caulfield LE et al.; Nutrition Impact Model Study. The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2013;97 (4): 896-901. doi:10.3945/ajcn.112.047639.
9. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E et al.; Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008; 371 (9610): 417-40.
10. Global SAM management update. Summary of findings, September 2013. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013 (<http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Global>), página consultada el 20 de octubre de 2014).
11. Programa Mundial de Alimentos. Moderate acute malnutrition mapping review. (2012) (en prensa).
12. Pelletier D, Haider R, Hajeer N, Mangasaryan N, Mwadime R, Sarka S. The principles and practices of nutrition advocacy: evidence, experience and the way forward for stunting reduction. *Matern Child Nutr*. 2013;9 (Suppl. 2):83-100. doi:10.1111/mcn.12081.
13. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al.; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; 371:243-60.
14. Childhood stunting: context causes and consequences. WHO conceptual framework. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_ChildhoodStunting_colloquium_14Oct_ConceptualFramework_colour.pdf), página consultada el 6 de octubre de 2014).
15. Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Brooks JK. Scaling up nutrition. What will it cost? Washington DC: Banco Mundial; 2010 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>), página consultada el 20 de octubre de 2014).
16. Maternal and child nutrition. *Lancet*. 2013 (<http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>), página consultada el 6 de octubre de 2014).
17. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG et al.; Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*. 2010; 375 (9730): 1969-87. doi:10.1016/S0140-6736(10)60549-1.
18. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al.; Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890): 427-51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
19. Dolan C, Khara T, Acosta A, Shoham J. Government experiences of scale-up of Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM): a synthesis of lessons. Oxford: Emergency Nutrition Network; 2012 (<http://files.enonline.net/attachments/1374/cmam-conference-2012-synthesis.pdf>), página consultada el 20 de octubre 2014).
20. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/), página consultada el 20 de octubre de 2014).
21. UNICEF, OMS, Banco Mundial, división de población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Levels and trends in child mortality 2013. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2013/en), página consultada el 8 de octubre de 2014).
22. Organización Mundial de la Salud. Global targets tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en>) consultada el 6 de octubre de 2014).

© Organización Mundial de la Salud 2017

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.