

## Metas globales de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Marianella Anzola<sup>1</sup>, Juan Pablo Peña-Rosas<sup>2</sup>

**Resumen:** La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud. Se reúne en Ginebra en Mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros. La 65a Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra del 21 al 26 de Mayo de 2012, aprobó el *Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición de la Madre, el Lactante y el Niño Pequeño*, el cual incluye seis metas globales fundamentales para lograr mejorías en relación con: el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en niños, la anemia en mujeres en edad reproductiva, el bajo peso al nacer, el sobrepeso en niños, la lactancia materna exclusiva y la emaciación en menores de cinco años hasta el año 2025. Las metas globales fueron endosadas por los Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud quienes se comprometieron a monitorear y hacer seguimiento del progreso hacia el alcance de las metas. Estas metas permiten identificar las áreas prioritarias de acción y propiciar cambios a nivel mundial. Este artículo describe cuáles son las metas globales y las herramientas disponibles para monitorear a nivel nacional los indicadores propuestos. Los resultados del instrumento de seguimiento desarrollado por la OMS se incorporarán en el informe mundial de nutrición que actualmente prepara un grupo independiente de expertos. *An Venez Nutr 2014; 27(1): 26-30.*

**Palabras clave:** OMS, metas globales 2025, nutrición, materna, lactante, infantil.

### World Health Organization's global targets on maternal, infant and young child nutrition

**Abstract:** The World Health Assembly is the supreme decision-making body of the World Health Organization. It meets every year in May in the city of Geneva and is attended by delegations of Member States. The 65th World Health Assembly held from the 21st to 26th of May 2012, approved the Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition, which includes six key global targets to achieve improvements in: the stunting (low height for age) in children, anemia in women of reproductive age, low birth weight, overweight in children, exclusive breastfeeding, and wasting in children under five years by the year 2025. These goals were endorsed by the Member States of the World Health Organization who pledged to monitor and track the progress for achievements. The goals help to identify priority areas for action and foster global change. This article describes the six global goals and the tools that are available for adaptation at the national level and for monitoring progress indicators proposed by the Member States. The results of the monitoring tool developed by WHO will be incorporated in the world nutrition report which is being prepared by an independent group of experts. *An Venez Nutr 2014; 27(1):26-30.*

**Key words:** WHO, global targets 2025, maternal, infant, child, nutrition

#### Antecedentes

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud. Se reúne en Ginebra en Mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros. La 63a Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Mayo de 2010, solicitó a la Directora General

que elaborase un *Plan Integral de Aplicación sobre la Nutrición de la Madre, del Lactante y del Niño Pequeño* como elemento esencial de un marco multisectorial mundial para hacer frente a los problemas en materia de nutrición. En el curso de 2011, se organizaron consultas regionales sobre dicho plan en las regiones de África, de las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. Representantes de diferentes sectores gubernamentales (salud, agricultura, bienestar social, educación, comercio, finanzas, medio ambiente e industria) pertenecientes

<sup>1</sup>Consultora, Vigilancia Nutricional, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud. <sup>2</sup> Coordinador, Evidencia y Orientación Programática, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Suiza.  
Solicitar correspondencia a: Juan P. Peña R. e-mail: penarosasj@who.int

a 92 Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo, donantes y de la sociedad civil participaron en estas consultas. La 65a Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra del 21 al 26 de Mayo de 2012, aprobó el *Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición de la Madre, el Lactante y el Niño Pequeño* (1), el cual incluye seis metas globales fundamentales para lograr mejorías hasta el año 2025. Estas metas son: 1) reducir en 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) de niños menores de cinco años; 2) reducir en 50% la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva; 3) reducir en 30% el bajo peso al nacer; 4) no aumento del sobrepeso en niños; 5) aumentar prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta al menos 50% y 6) reducir y mantener por debajo de 5% la emaciación en niños. Los 194 Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron a monitorear y hacer seguimiento del progreso. Se espera que las metas ayuden a identificar las áreas prioritarias de acción y propicien cambios a nivel mundial. Estas metas fueron determinadas en relación con enfermedades o condiciones ligadas a la nutrición que provocan una carga importante en la morbilidad y en la mortalidad de madres y niños. Las metas globales buscan, en primer lugar, destacar los principales aspectos que deben abordarse para reducir la doble carga de la malnutrición en los niños pequeños, desde las primeras etapas de desarrollo para así contribuir con el logro de un óptimo estado nutricional y de salud (1). Otra de sus finalidades es ofrecer a la comunidad internacional un instrumento de referencia para medir logros, detectar deficiencias y poner en marcha medidas correctivas, así como hacer estimaciones de las necesidades de recursos a nivel mundial.

#### **Las metas globales para el 2025 en materia de nutrición**

Las metas globales son de carácter voluntario, aunque pueden servir de guía para el establecimiento de metas nacionales, en función al contexto de cada país, atendiendo, particularmente, a factores como la epidemiología de las afecciones relacionadas con la nutrición, las tendencias de los factores de riesgo, la experiencia en materia de formulación y puesta en práctica de políticas públicas de nutrición, el grado de desarrollo de los sistemas de salud y la experiencia previa con este tipo de intervenciones (2). Se espera que

el establecimiento de metas nacionales ayude a su vez, a elaborar políticas y programas nacionales y a estimar el nivel de recursos requerido para su cabal cumplimiento. El establecimiento de metas globales se fundamenta en que los problemas de nutrición, bien sea por déficit o por exceso de nutrientes, son multifactoriales y están interconectados entre sí. Es necesario concentrar esfuerzos en el período que va desde la concepción hasta los dos años de vida, aunque la totalidad del ciclo vital no debe perderse de vista en el mantenimiento del buen estado nutricional. Asimismo, es necesario que exista el compromiso de invertir durante un decenio para potenciar las intervenciones nutricionales. Dada la necesidad de alinear la ejecución del Plan con otros programas de desarrollo que también toman en cuenta la nutrición, se propuso una duración de trece años (2012 – 2025), presentando informes bienales hasta 2022, y realizando un último informe en el año 2025 (1).

#### **Meta mundial 1: Reducir en 40%, para el año 2025, el número de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento (Talla baja para la edad)**

Esta meta supone una reducción relativa del 40% para el año 2025 en el número de niños que padece retraso en el crecimiento. Esto se podría traducir en una reducción relativa anual de 3.9% entre 2012 y 2025, e implica reducir el número de niños con retraso en el crecimiento de 171 millones en 2010, a aproximadamente 100 millones. Los datos nacionales y los resultados de las evaluaciones recientes, apuntan a una reducción acelerada de la malnutrición infantil debido a intervenciones de tipo nutricional a nivel comunitario. En algunos casos (por ejemplo en Tailandia y Viet Nam), esas intervenciones están impulsando disminuciones rápidas a nivel nacional. Si se garantiza una aplicación amplia, se podría alcanzar la meta prevista. Así mismo, los efectos intergeneracionales impulsados por las mejorías en el desarrollo y el estado nutricional de la madre, propician un círculo virtuoso de mejoría del estado nutricional de las generaciones futuras (3).

#### **Meta mundial 2: Reducir a la mitad, para 2025, las tasas de anemia en mujeres en edad reproductiva.**

Esta meta supone una reducción relativa del 50%, de aquí a 2025, en el número de mujeres no embarazadas en edad fecunda (de 15 a 49 años) aquejadas de anemia, con relación a una línea basal establecida en el periodo 1995-2005. Esto se traduciría en una reducción relativa

del 5.3% anual entre 2012 y 2025, e implica reducir el número de mujeres no embarazadas anémicas, de 496 millones, en 2011 (4), a aproximadamente 248 millones. Solo unos pocos países han registrado una disminución en la prevalencia de anemia, probablemente debido a mejoras en la alimentación, a menor incidencia de malaria y a otros factores. Ha quedado demostrada la eficacia de la suplementación y la fortificación de los alimentos con hierro (5-10), así como la lucha antiparasitaria para reducir la anemia; lo que urge actualmente es lograr una aplicación efectiva a gran escala (11). Es necesario mejorar los servicios asistenciales de salud (por ejemplo, la atención prenatal), así como la administración de suplementos nutricionales. El enriquecimiento de harina es una práctica cada vez más extendida, aunque en aquellas poblaciones en que el arroz es alimento de base en la dieta diaria, habrá que reforzar las actividades de investigación y desarrollo para la fortificación de otros alimentos básicos.

**Meta mundial 3. Reducir en un 30% el bajo peso al nacer**

Esta meta implica que desde la actualidad al año 2025, haya una reducción relativa del 30% en el número de niños nacidos con peso menor a 2500 gramos en relación a una línea base establecida en el período 2006-2010, utilizada como referencia. Esto se traduciría en una reducción relativa anual del 3,9% entre 2012 y 2025. En Bangladesh y la India, donde vienen al mundo alrededor de la mitad de los niños del planeta con insuficiencia ponderal al nacer, la prevalencia de este problema pasó, respectivamente, del 30,0% al 21,6% (entre 1998 y 2006) y del 30,4% al 28,0% (entre 1999 y 2005). Del mismo modo, se han observado caídas en la prevalencia de la insuficiencia ponderal del recién nacido en El Salvador (del 13,0% al 7% entre 1998 y 2003), Sudáfrica (del 15,1% al 9,9% entre 1998 y 2003) y la República Unida de Tanzania (del 13,0% al 9,5% entre 1999 y 2005). En estos tres casos las tasas de reducción registradas son del orden del 1% al 12% al año. Las mayores tasas de reducción se han registrado en los países donde un gran porcentaje de los casos de insuficiencia ponderal al nacer se debe al retraso del crecimiento intrauterino, el cual es más fácil de controlar que el debido a partos prematuros (12).

**Meta mundial 4. Lograr que no aumente la prevalencia de sobrepeso en la niñez.**

Esta meta supone que la prevalencia mundial del 6.7% estimada en 2010, no debe llegar a 10.8% en 2025, de

mantenerse la tendencia actual (13). Esto implicaría que el número de niños menores de 5 años con sobrepeso no pase de 43 millones a aproximadamente 70 millones, como se anticipa, de mantenerse la tendencia actual. Las tasas de aumento del sobrepeso en la niñez varían entre los diferentes países del mundo, con incrementos más rápidos en aquellos cuyos sistemas alimentarios están en plena expansión, como por ejemplo países del norte de África. En los países con ingresos altos, la información nacional y regional disponible indica que estos registran menor incremento de la obesidad infantil. El riesgo de obesidad en los niños se puede reducir recurriendo a la lactancia materna exclusiva durante el primer semestre del bebé y, en general, prolongando la duración del amamantamiento (14). En los niños pequeños el consumo excesivo de alimentos y bebidas con azúcares añadidos es también un factor que contribuye al sobrepeso en menores de 5 años (15).

**Meta mundial 5. Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta al menos 50%.**

La OMS recomienda a las madres de todo el mundo amamantar exclusivamente a los bebés durante los seis primeros meses del niño para lograr un óptimo crecimiento, desarrollo y estado de salud. A partir de entonces, se les debe dar alimentos complementarios nutritivos y continuar la lactancia materna hasta la edad de dos años o más (16). Esta meta implica que la media mundial actual, estimada en 37% para el período 2006-2010, deberá aumentar hasta 50% de aquí a 2025. Ello supone un incremento relativo anual del 2.3%, lo que significa que aproximadamente 10 millones de niños más se alimentarán exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad. A escala mundial, las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron de 14% en 1985 a 38% en 1995, pero después descendieron en todas las regiones. No obstante, se han producido aumentos considerables en algunos países, sobrepasando a menudo la meta mundial propuesta, como son los casos de Camboya (de 12% a 60% entre 2000 y 2005) y Perú (de 33% a 64% entre 1992 y 2007). Para el logro de esta meta será preciso aplicar enfoques integrales que incluyan la protección y promoción de la lactancia materna y la prestación de apoyo pertinente, conforme a lo indicado en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS y UNICEF (17). Esta estrategia tiene por objetivo revitalizar las medidas para fomentar, proteger y apoyar una alimentación

adecuada del lactante y del niño pequeño. De igual manera, la aplicación y el cumplimiento de las normas y recomendaciones contenidas en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud son esenciales para asegurar un ambiente que promueva la correcta alimentación del lactante y del niño pequeño (18). Es necesaria una mayor inversión en lactancia materna, la cual ha ido disminuyendo en los últimos años, a pesar del amplio entendimiento que se tiene de los programas en lactancia materna (19).

#### **Meta mundial 6. Reducir la emaciación en la niñez y mantenerla por debajo de 5%.**

La desnutrición aguda severa o emaciación grave y / o la circunferencia media del brazo <115 mm y / o el edema con fóvea bilateral, siguen siendo causa importante de mortalidad en los niños pequeños, alcanzando tasa de mortalidad, en los niños de edad preescolar con emaciación severa, nueve veces mayor a la de la población de niños bien nutridos (20). Esta meta implica que la prevalencia mundial de la emaciación en niños, estimada en 8.6% en 2010, deberá reducirse a menos de 5% para 2025, y deberá mantenerse por debajo de ese valor. En el período 2005-2010, 53 países notificaron, por lo menos una vez, tasas de emaciación en la niñez superiores a 5%. La reducción de la emaciación requiere la aplicación de intervenciones preventivas tales como: mejoría en el acceso a alimentos de calidad y a los servicios de salud; transmisión de conocimientos y prácticas adecuadas de nutrición y salud; promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad; saneamiento ambiental, disponibilidad de agua potable y prácticas de higiene que eviten enfermedades transmisibles. Igualmente, los avances a nivel nacional hacia un crecimiento ponderal adecuado podrían verse coartados por riesgos derivados de emergencias humanitarias como desplazamientos, factores ambientales como sequías, y dificultades económicas que comprometan la seguridad alimentaria. El control de esos factores y la oportuna asistencia humanitaria determinarán las posibilidades de alcanzar esta meta.

#### **Herramientas para monitorear el progreso**

Lograr las metas globales implica una serie de acciones que deberán ser realizadas por los Países Miembros, de cara a sus realidades particulares y a cargo de las instituciones nacionales competentes. Es posible obtener datos oportunos, fiables y pertinentes a partir de los sistemas de vigilancia u otros instrumentos de

recopilación de datos en la mayoría de los países. Ejemplo de ello son los registros sistemáticos de diversas fuentes administrativas para describir las tendencias, junto con datos extraídos de encuestas poblacionales realizadas cada 2 a 5 años (como la encuesta de indicadores múltiples (MICS) o las encuestas demográficas y de salud (DHS)). El Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS y sus socios han desarrollado un instrumento de seguimiento electrónico para ayudar a los países en el establecimiento de metas y el seguimiento del progreso. Este instrumento de seguimiento permite a los usuarios examinar diferentes escenarios y complementa otras herramientas para la monitorización del progreso y los logros de intervenciones en nutrición, así como la evaluación de su impacto y costos. Entre las herramientas propuestas para el seguimiento de las metas globales se encuentran: La Base de Datos Global de Crecimiento y Malnutrición de la OMS; el Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS), entre otras. Asimismo, se prepara actualmente un informe global de nutrición, que se publicará en noviembre de 2014 cuyos autores son un grupo de interesados. El grupo es presidido por representantes de los Gobiernos de Malawi y el Reino Unido e incluye agendas de las Naciones Unidas, sociedad civil, instituciones académicas, gobiernos y donantes (21). Se espera que el informe global de nutrición sea un instrumento valioso para la defensa de la nutrición.

#### **Agradecimiento**

La Unidad de Evidencia y Orientación Programática agradece el apoyo financiero de la Fundación Bill & Melinda Gates, EEUU; los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Atlanta, EEUU, la Iniciativa de Micronutrientes de Canadá y el Gobierno de Luxemburgo.

#### **Declaración de intereses**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

#### **Referencias**

1. WHO. Resolution WHA65.6. Maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May. Resolutions and Decisions, Annexes. Geneva: World Health Organization; 2012 (WHA65/2012/REC/1). Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-en.pdf) y [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_11Corr1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11Corr1-en.pdf) (revisado el 16 de Abril de 2014).
2. WHO. Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action?. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf)

- (revisado el 5 de Abril de 2014)
3. de Onís M, Bloessner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. *Public Health Nutrition*. 2012; 15:142–148.
  4. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *The Lancet Global Health*, July 2013;1(1):e16-e25. Disponible en: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214109X13700019.pdf?id=caaJ1qxjs1KGdgxeZT8Bu> (revisado el 16 de Abril de 2014).
  5. WHO. Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Geneva: World Health Organization; 2011.
  6. WHO. Guideline: Intermittent iron supplementation in preschool and school-age children. Geneva: World Health Organization; 2011.
  7. OMS. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
  8. OMS. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
  9. WHO, FAO, UNICEF, GAIN, MI, & FFI. Recommendations on wheat and maize flour fortification. Meeting Report: Interim Consensus Statement. Geneva: World Health Organization; 2009.
  10. WHO/FAO. Guidelines on food fortification with micronutrients. Allen L et al., eds. Geneva: World Health Organization and Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2006.
  11. Bezanson K, Isenman P. Scaling up nutrition: a framework for action. *Food Nutr Bull*. 2010;31(1):178-86.
  12. WHO. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. WHO/NMH/NHD/14.1. Geneva: World Health Organization; 2014.
  13. de Onís M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2010; 92:1257–1264.
  14. Thompson AL. Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity. *Nutr Rev*. 2013 Oct;71 Suppl 1:S55-61.
  15. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012 Jan 15;346:e7492.
  16. Pan American Health Organization/World Health Organization. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. 2. ed. Washington, DC: PAHO; 2013.
  17. OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
  18. WHO. Country implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: status report 2011. Geneva: World Health Organization; 2013.
  19. Lutter CK, Peña-Rosas JP, Pérez-Escamilla R. Maternal and child nutrition. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1550-1.
  20. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onís M, et al. and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382:427-51.
  21. The global nutrition report website. Disponible en: <http://globalnutritionreport.org/> (revisado el 30 de Junio de 2014).