



Organización de las Naciones
Unidas para la Alimentación
y la Agricultura



Invertir en la población rural

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

unicef



Programa
Mundial de
Alimentos

2023



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

ESTADÍSTICAS Y TENDENCIAS

2023
**AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**
**PANORAMA REGIONAL DE LA
SEGURIDAD ALIMENTARIA
Y LA NUTRICIÓN**

ESTADÍSTICAS Y TENDENCIAS

Publicado por
la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
el Programa Mundial de Alimentos
y
la Organización Panamericana de la Salud
Santiago, 2023

Cita requerida:

FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. América Latina y el Caribe - *Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias*. Santiago.
<https://doi.org/10.4060/cc8514es>

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

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

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

ISBN 978-92-5-138349-0 [FAO]

© FAO, 2023



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

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

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

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

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

ÍNDICE

PRÓLOGO	vi
AGRADECIMIENTOS	ix
ACRÓNIMOS	x
CAPÍTULO 1	
OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2.1: SUBALIMENTACIÓN E INSEGURIDAD ALIMENTARIA	1
1.1 Prevalencia de la subalimentación	2
1.2 Prevalencia de la inseguridad alimentaria basada en la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES)	8
CAPÍTULO 2	
OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2.2: MALNUTRICIÓN	19
2.1 Retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años	21
2.2 Emaciación en niños y niñas menores de 5 años	24
2.3 Sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años	27
2.4 Anemia en mujeres entre 15 y 49 años	30
3.1 Obesidad en adultos	35
CAPÍTULO 3	
INDICADORES NUTRICIONALES ADICIONALES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD	35
3.2 Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	39
3.3 Prevalencia del bajo peso al nacer	42
CAPÍTULO 4	
ACTUALIZACIÓN DEL COSTO Y ASEQIBILIDAD DE LA DIETA SALUDABLE	45
CONCLUSIÓN	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	
ANEXO I Cuadros de datos	56
ANEXO II Definiciones de los indicadores de seguridad alimentaria y la nutrición	70
ANEXO III Notas	74
ANEXO IV Grupos de países	76

CUADROS

CUADRO 1 Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	5
CUADRO 2 Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)	6
CUADRO 3 Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	11
CUADRO 4 Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)	12
CUADRO 5 Número de personas con inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)	13
CUADRO 6 Prevalencia de la inseguridad alimentaria por sexo en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	17
CUADRO 7 Prevalencia de la inseguridad alimentaria por nivel de urbanización en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)	17
CUADRO 8 Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	22
CUADRO 9 Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	25
CUADRO 10 Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	28
CUADRO 11 Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	32
CUADRO 12 Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	37
CUADRO 13 Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	40
CUADRO 14 Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	43
CUADRO 15 Costo de una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión	46
CUADRO 16 Número de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión	49
CUADRO 17 Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	56
CUADRO 18 Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por país y subregión (millones)	57
CUADRO 19 Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	58
CUADRO 20 Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país y subregión (millones)	59
CUADRO 21 Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	60
CUADRO 22 Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	61
CUADRO 23 Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	62
CUADRO 24 Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	63
CUADRO 25 Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	64
CUADRO 26 Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	65
CUADRO 27 Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	66
CUADRO 28 Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	67
CUADRO 29 Asequibilidad a la dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión	68
CUADRO 30 Costo de la dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión (dólares PPA por persona al día)	69

FIGURAS

FIGURA 1 Prevalencia de la subalimentación en el mundo y en América Latina y el Caribe, y número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, 2000-2022	3
FIGURA 2 Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (porcentaje)	4
FIGURA 3 Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (millones)	6
FIGURA 4 Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2013-2015 y 2020-2022 (porcentaje)	8
FIGURA 5 Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por subregión, 2015-2022 (porcentaje)	10
FIGURA 6 Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión, 2014-2022 (millones)	11
FIGURA 7 Número de personas con inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, por subregión, 2014-2022 (millones)	12
FIGURA 8 Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2014-2016 y 2020-2022 (porcentaje)	14
FIGURA 9 Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)	16
FIGURA 10 Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, 2000-2022 (porcentaje)	22
FIGURA 11 Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2022 (porcentaje)	23
FIGURA 12 Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)	24
FIGURA 13 Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, último año disponible entre 2015 y 2022 (porcentaje)	26
FIGURA 14 Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (porcentaje)	28
FIGURA 15 Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2022 (porcentaje)	30
FIGURA 16 Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2019 (porcentaje)	31
FIGURA 17 Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2019 (porcentaje)	33
FIGURA 18 Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2016 (porcentaje)	36
FIGURA 19 Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2016 (porcentaje)	38
FIGURA 20 Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por subregión, 2012 y 2021 (porcentaje)	39
FIGURA 21 Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)	41
FIGURA 22 Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2020 (porcentaje)	42
FIGURA 23 Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2020 (porcentaje)	44
FIGURA 24 Variación en el costo de una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)	47
FIGURA 25 Variación en el número de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)	48
FIGURA 26 Porcentaje de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2020 y 2021 (porcentaje)	50

PRÓLOGO

La edición 2023 del Panorama regional de la seguridad Alimentaria y la nutrición de América Latina y el Caribe presenta los principales indicadores de hambre, inseguridad alimentaria, malnutrición en todas sus formas y, aquellos relacionados al costo y la asequibilidad de una dieta saludable, con el fin de contribuir en el análisis de la seguridad alimentaria y la nutrición como pilares fundamentales para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El impacto de la pandemia de la COVID-19, la crisis climática y la guerra en Ucrania, así como la desaceleración económica, el aumento de la inflación alimentaria y la desigualdad de ingresos, han tenido un impacto sobre las cifras regionales. Los datos más recientes evidencian que entre 2021 y 2022, se lograron progresos en la reducción del hambre y la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe. No obstante, los avances logrados todavía están lejos de las metas establecidas para cumplir el ODS 2 de poner fin al hambre.

Los persistentes desafíos que afectan a la región han generado importantes diferencias entre sus subregiones. En Sudamérica, se registró una leve disminución del hambre y la inseguridad alimentaria entre 2021 y 2022. En Mesoamérica, estos indicadores se mantuvieron en niveles similares. Sin embargo, en el Caribe, ambos indicadores aumentaron, principalmente, debido a la situación de emergencia alimentaria en Haití.

La inseguridad alimentaria continúa afectando de manera desigual a distintos grupos de la población, siendo las mujeres y los habitantes de zonas rurales los más vulnerables. Las mujeres enfrentan mayor inseguridad alimentaria que los hombres, y aunque la cifra se ha reducido en 2022, la brecha registrada a nivel regional es aún más elevada que la global. Además, las poblaciones rurales y periurbanas experimentan una mayor prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave que aquellas que viven en zonas urbanas.

Por otra parte, la malnutrición en todas sus formas, incluyendo el retraso del crecimiento infantil, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad continúan siendo un reto para la región.

El retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años se redujo, pero aún existen territorios rezagados en los países de la región con una alta incidencia de este problema. Al mismo tiempo, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años está en aumento, superando además la estimación a nivel mundial. Mientras tanto, un cuarto de la población adulta vive con obesidad.

Asimismo, una de cada cinco personas en la región no puede acceder a una dieta saludable. El costo de una dieta saludable aumentó entre 2018 y 2021 en América Latina y el Caribe, alcanzando el costo más alto en comparación con otras regiones del mundo, una tendencia que es especialmente evidente en el Caribe.

En el contexto actual, es imperativo avanzar hacia la transformación de los sistemas agroalimentarios en coordinación con el fortalecimiento de los sistemas de salud y de protección social, con acciones integrales y enfoques sistémicos y multisectoriales. Es crucial priorizar el desarrollo de cadenas de valor sostenibles que promuevan la nutrición, dinamicen los mercados y el comercio agroalimentario, regulen la promoción y publicidad de los alimentos, y fomenten el desarrollo de entornos alimentarios saludables.

Numerosas instituciones y organismos regionales han unido esfuerzos para lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición. Entre ellos, se destaca el trabajo conjunto de varias agencias especializadas para el seguimiento a la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Sistemas Alimentarios; el proceso de actualización del Plan para la Seguridad Alimentaria y Nutrición y la Erradicación del Hambre 2024-2030 de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC); o el trabajo del Frente Parlamentario contra el Hambre en América Latina y el Caribe, entre otros.

En un momento crítico, a mitad del plazo para alcanzar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, América Latina y el Caribe debe generar las condiciones para acelerar el cumplimiento de las metas del ODS 2 y de los indicadores establecidos en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2). Para ello, es necesario mejorar el acceso a alimentos nutritivos y cerrar las brechas entre países, con un enfoque especial en los grupos más vulnerables. La capacidad de la región como productora de alimentos es y será un pilar esencial en este camino y para la seguridad alimentaria global.

Esperamos que este informe sea una importante contribución para situar la erradicación del hambre y la reducción de todas las formas de malnutrición en el centro de las inversiones y de las políticas públicas de la región. No podremos abordar las desigualdades en América Latina y el Caribe, ni avanzar hacia una región más justa, sin garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición. Continuemos trabajando para no dejar a nadie atrás.

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

Jarbas Barbosa
Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

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

Garry Conille
Director Regional del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para América Latina y el Caribe

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

AGRADECIMIENTOS

El Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en América Latina y el Caribe 2023 ha sido preparado conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

La presente edición se elaboró bajo la coordinación de Daniela Godoy (FAO), con la orientación general de Maya Takagi (FAO). El desarrollo del informe fue guiado por un comité directivo compuesto por representantes de los cinco socios coeditores: Daniela Godoy (FAO), Isabel de la Peña (FIDA), Leo Nederveen (OPS/OMS), Paula Veliz (UNICEF) y Carla Mejía (PMA). Además, Israel Ríos (FAO), Yvette Fautsch (UNICEF), Maaike Arts (UNICEF), Alondra Aragón (OPS/OMS) y Fabio da Silva Gomes (OPS/OMS) contribuyeron a la coordinación del informe y brindaron apoyo técnico. Los líderes y el personal superior de las cinco agencias de coautoría también proporcionaron comentarios valiosos y fueron responsables de la aprobación final del informe.

La redacción del texto estuvo a cargo de Daniela Godoy, Sandra Caprile, Nicolás Coppelotti y Karla Santos, de la FAO.

Se agradece a Máximo Torero y José Rosero, de la Sede de la FAO, por su orientación en la estructura y contenido del informe y a Olivier Lavagne d'Ortigue, por su apoyo en la visualización de datos. A Vaishali Bansal, Giovanni Carrasco Azzini, Valentina Conti, Adeeba Ishaq, Anne Kepple, Olivier Lavagne d'Ortigue, Hernán Muñoz, Sara Viviani y Trudy Wijnhoven, por sus valiosos comentarios y retroalimentación.

Se agradece también a los funcionarios de la FAO, María Elena Álvarez, Esperanza Gatica, Mariela Ramírez, Diana Rosero, Maximiliano Valencia, Mariana Young, y a los consultores externos Julián Dowling, Sofía Ortuzar y Pablo Rivas, por su apoyo en la edición, maquetación, traducción y difusión del documento.

ACRÓNIMOS

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIES	escala de experiencia de inseguridad alimentaria
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PPA	paridad de poder adquisitivo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

CAPÍTULO 1

OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2.1: SUBALIMENTACIÓN E INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Mensajes principales

- En América Latina y el Caribe, se han logrado avances en la lucha contra el hambre y la inseguridad alimentaria, impulsados por mejoras en Sudamérica. Entre 2021 y 2022, se observó una disminución en ambas prevalencias en Sudamérica, mientras que en Mesoamérica la prevalencia del hambre se mantuvo y la de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó levemente. En el Caribe ambas prevalencias aumentaron.
- El hambre afectó al 6,5 % (43,2 millones de personas) de la población de América Latina y el Caribe. La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave fue más elevada que la estimación mundial.
- A nivel mundial, la prevalencia del hambre se mantuvo relativamente estable entre 2021 y 2022, afectando al 9,2 % de la población mundial en 2022. En América Latina y el Caribe, la prevalencia disminuyó del 7 % en 2021 al 6,5 % en 2022, pero todavía se encuentra 0,9 puntos porcentuales por encima del nivel de 2019, previo a la pandemia de la COVID-19.
- La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en la región fue superior a la estimación mundial. En efecto, en 2022, el 37,5 % de la población de la región se vio afectada, en contraste con el 29,6 % a nivel mundial. Sin embargo, en la región se observó una reducción en esta condición en comparación al año anterior, mientras que a nivel global se mantuvo constante.
- En 2022, 247,8 millones de personas en la región experimentaron inseguridad alimentaria moderada o grave, lo que equivale a una disminución de 16,5 millones con respecto a 2021. Las cifras estimadas para 2022 indican que 159 millones de personas en Sudamérica, 61,9 millones en Mesoamérica y 26,9 millones en el Caribe sufrieron inseguridad alimentaria moderada o grave.
- La inseguridad alimentaria grave afectó al 12,6 % de la población (83,4 millones de personas) en la región, con una prevalencia del 12,7 % en Sudamérica (55,4 millones), 8,6 % en Mesoamérica (15,4 millones) y 28,5 % en el Caribe (12,5 millones).
- Las persistentes desigualdades en la región tienen un impacto significativo en la seguridad alimentaria de los más vulnerables. La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave continúa afectando más a las mujeres que a los hombres. Aunque la brecha se redujo en la región, todavía es de 9,1 puntos porcentuales. Además, en 2022, la inseguridad alimentaria moderada o grave fue 8,3 puntos porcentuales mayor en las zonas rurales que en las urbanas.

1.1 PREVALENCIA DE LA SUBALIMENTACIÓN

El indicador de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre la prevalencia de la subalimentación se deriva de datos nacionales sobre el suministro de alimentos, su consumo y las necesidades de energía de la población, teniendo en cuenta características demográficas como edad, sexo y niveles de actividad física¹. Este indicador fue diseñado para captar un estado crónico de privación de energía, sin reflejar los efectos efímeros de las crisis temporales o la ingesta inadecuada de nutrientes esenciales. La FAO busca continuamente mejorar la precisión de este indicador incorporando nueva información, por lo que la serie histórica completa es actualizada en cada nuevo informe. Por esta razón, solo debe utilizarse la serie vigente de valores estimados, incluyendo los de años anteriores (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

En 2022, el hambre, definida como prevalencia de la subalimentación (PoU, por sus siglas en inglés) en el mundo, se mantuvo en niveles más altos que los registrados en años anteriores a la pandemia. En efecto, la prevalencia mundial del hambre estuvo entre el 8,7 % y el 9,8 % en 2022. Tomando el punto medio de este rango, el 9,2 % de la población mundial padeció de subalimentación en 2022, lo que equivale a un aumento de 1,3 puntos porcentuales con respecto a 2019.

En contraste, en América Latina y el Caribe, la prevalencia del hambre fue significativamente menor a la estimación mundial, afectando al 6,5 % de su población en 2022 (CUADRO 1)². Aunque se observó una disminución de 0,5 puntos porcentuales en comparación con 2021, todavía está 0,9 puntos porcentuales por encima del nivel de 2019 (FIGURA 1).

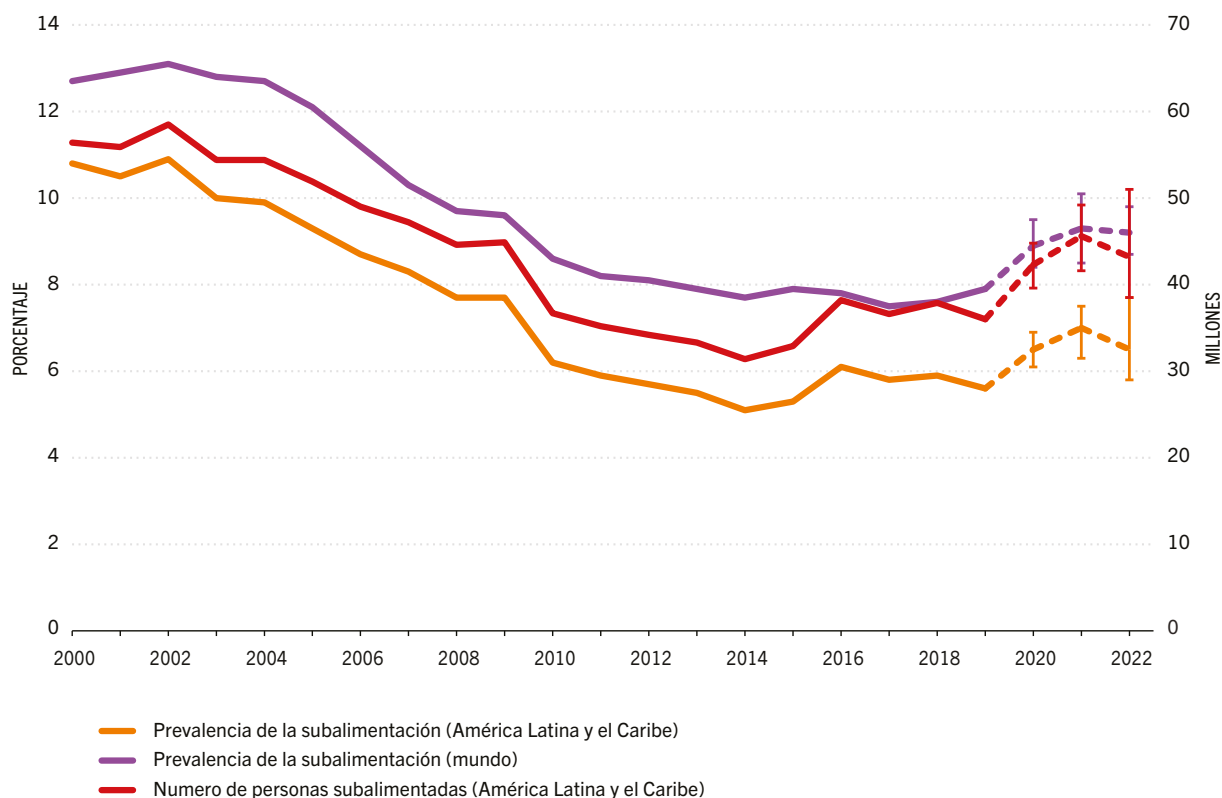
Se estima que el número de personas afectadas por el hambre en la región fluctúa entre 38,5 millones y 51 millones. Considerando el punto medio de esta estimación, 43,2 millones de personas sufrieron hambre en 2022. En comparación con 2021, se observó una reducción de 2,4 millones de personas subalimentadas. Sin embargo, en 2022, se registraron 7,2 millones de personas con hambre más que en 2019, antes de la pandemia (FIGURA 1).

¹ En este informe, dado que el hambre se calcula en base a la prevalencia de la subalimentación, se emplean los términos “subalimentación” y “hambre” indistintamente, considerándolos sinónimos.

² La prevalencia estimada del hambre en la región para el año 2022 se encuentra entre 5,8 % y 7,7 %.

FIGURA 1

Prevalencia de la subalimentación en el mundo y en América Latina y el Caribe, y número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, 2000-2022



Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

La prevalencia del hambre en la región disminuyó entre 2021 y 2022, aunque se mantuvo por encima de los niveles registrados previo a la pandemia, y superó las cifras de 2015, año en que se lanzó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El porcentaje de la población subalimentada aumentó del 5,6 % a 6,5 % entre 2019 y 2020, durante la pandemia por, y alcanzó el 7 % en 2021. Sin embargo, se produjo un cambio alentador en la tendencia en 2022, con una reducción de la prevalencia al 6,5 %.

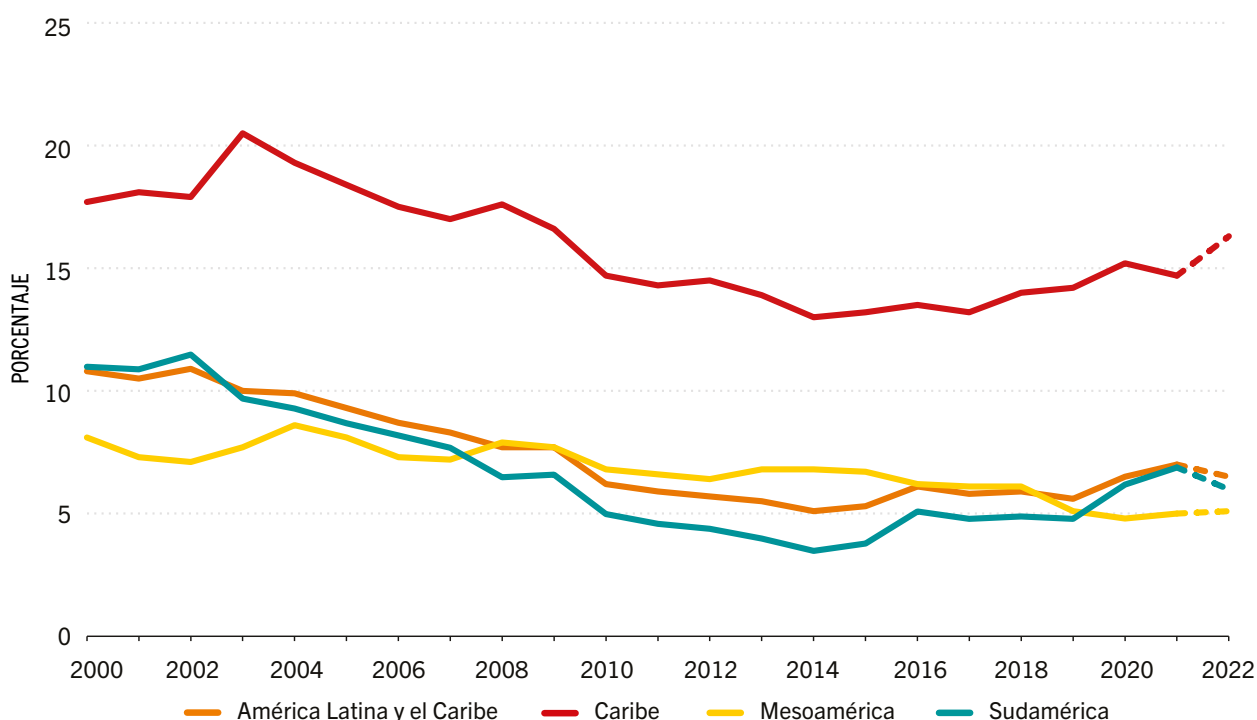
A nivel subregional se observaron tendencias divergentes. En Sudamérica, la prevalencia del hambre en 2022 fue del 6,1 %, lo que representó una reducción de 0,9 puntos porcentuales en comparación con 2021. Este descenso se atribuye a un mejor desempeño del mercado laboral, a las políticas de protección social implementadas por los países de la región y al aumento del precio de los insumos energéticos, que benefició a los países exportadores sudamericanos (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023). A pesar de esta reducción, la prevalencia del hambre continuó estando 1,2 puntos porcentuales por encima del nivel de 2019. En la subregión había aumentado significativamente la prevalencia del hambre desde los años previos a la pandemia. En 2014, la prevalencia en Sudamérica era del 3,6 %, pero en 2019 había aumentado al 4,9 %, situación que empeoró con el inicio de la pandemia en 2020 (FIGURA 2).

En cambio, la subregión de Mesoamérica mostró una tendencia diferente en comparación con el resto de la región. Antes del inicio de la pandemia, la prevalencia del hambre en Mesoamérica venía en descenso, registrando una disminución de 2 puntos porcentuales entre 2014 y 2020, llegando al 4,8 % en este último año. Esta cifra aumentó al 5 % en 2021 y al 5,1 % en 2022 (FIGURA 2).

Por último, en el Caribe, los países se han visto afectados por el aumento de los precios de los alimentos debido a su alta dependencia de las importaciones. Además, sectores económicos clave como el turismo también se han visto afectados desde el inicio de la pandemia, lo que ha disminuido el poder adquisitivo de los hogares (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023). Por lo tanto, entre 2021 y 2022, la prevalencia del hambre en el Caribe aumentó en 1,6 puntos porcentuales, llegando al 16,3 % en 2022. Además, como se observa en la FIGURA 2, la prevalencia del hambre en la subregión ha ido en aumento desde 2014. En efecto, entre 2014 y 2022, aumentó 3,3 puntos porcentuales, mostrando el mayor ascenso de 2,1 puntos porcentuales entre 2019 y 2022.

FIGURA 2

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (porcentaje)



Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 1

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Mundo	12,7	8,6	7,7	7,9	8,9	9,3	9,2
América Latina y el Caribe	10,8	6,2	5,1	5,6	6,5	7,0	6,5
Caribe	17,7	14,7	13,0	14,2	15,2	14,7	16,3
Mesoamérica	8,1	6,8	6,8	5,1	4,8	5,0	5,1
Sudamérica	11,1	5,1	3,6	4,9	6,3	7,0	6,1

Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

Durante el año 2022, la subalimentación afectó a un total de 43,2 millones de personas en América Latina y el Caribe. De ellas, 26,8 millones residían en Sudamérica, 9,1 millones en Mesoamérica y 7,2 millones en el Caribe (CUADRO 2). Como se evidencia en la FIGURA 3, el hambre mostró un aumento significativo en la región en 2016, situación que empeoró en 2020 con el inicio de la pandemia. A pesar de la disminución de 2,4 millones de personas subalimentadas en 2022 en comparación con el año anterior, todavía se registran 7,2 millones de personas adicionales respecto a 2019.

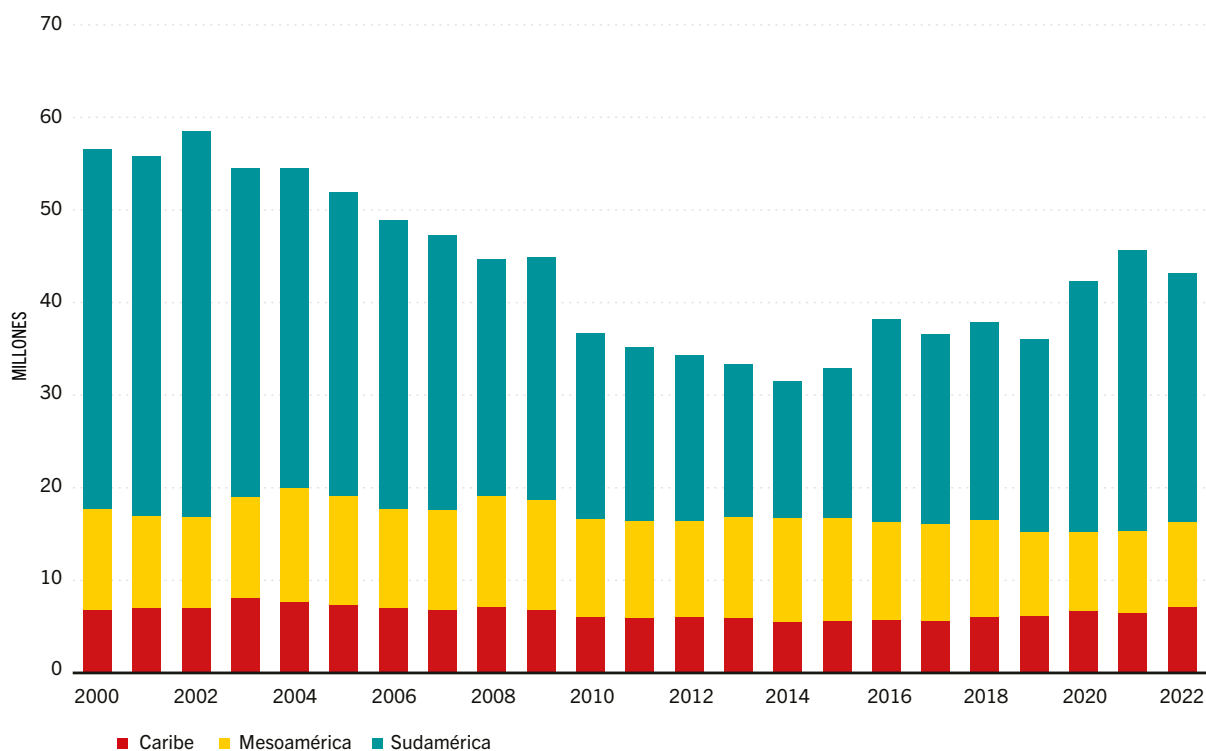
En Sudamérica, el número de personas que padecen hambre se redujo en 3,5 millones entre 2021 y 2022. No obstante, en la subregión todavía se registran 6 millones de personas subalimentadas adicionales en comparación con 2019. Cabe señalar que en 2022, Sudamérica representó el 62 % de las personas con hambre en la región, mientras que en el 2014 solo constituía el 47 % del total regional.

Por su parte, en Mesoamérica, 9,1 millones de personas padecieron hambre en 2022, lo que representa el 21 % de las personas subalimentadas de la región, en comparación con el 36 % en 2014. Entre 2014 y 2019, se experimentó una disminución de 2,3 millones en el número de personas que padecían de hambre en la subregión. Sin embargo, entre 2019 y 2022, no se observaron cambios significativos en la cantidad de personas subalimentadas en esta subregión.

Finalmente, en el Caribe, un total de 7,2 millones de personas experimentaron hambre en 2022, lo que representa casi el 17 % del total regional. En comparación con 2021, este número aumentó en 700 000, y entre 2019 y 2022, el incremento fue de un millón.

FIGURA 3

Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (millones)



Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 2

Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)

	2000	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Mundo	781,7	597,8	563,9	612,8	701,4	738,8	735,1
América Latina y el Caribe	56,4	36,7	31,4	36,0	42,3	45,6	43,2
Caribe	6,8	6,1	5,5	6,2	6,7	6,5	7,2
Mesoamérica	10,9	10,6	11,3	9,0	8,5	8,9	9,1
Sudamérica	38,8	20,0	14,7	20,8	27,1	30,3	26,8

Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

América Latina y el Caribe presenta diferencias considerables en la prevalencia de la subalimentación entre países (promedios trienales) (FIGURA 4)³. Durante el período 2020-2022, en la subregión del Caribe, Haití experimentó una prevalencia de la subalimentación del 45 %, lo que equivalió un total de 5,1 millones de personas afectadas por el hambre. En el extremo opuesto de la escala en la subregión del Caribe se encuentran Barbados y Cuba, con una prevalencia inferior al 2,5 %, junto con Dominica, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con prevalencias del 6,7 %, 6,3 % y 3,1 %, respectivamente.

En Mesoamérica, Honduras presenta la prevalencia de la subalimentación más alta, con un 18,7 % de la población afectada por el hambre en el período 2020-2022, seguida de Nicaragua (17,8 %) y Guatemala (13,3 %), lo que equivalió a 1,9 millones, 1,2 millones y 2,3 millones de personas subalimentadas, respectivamente. En contraste, México (menos del 2,5 %), Costa Rica (3 %) y Belice (4,9 %) registraron la prevalencia más baja de subalimentación.

En Sudamérica, el Estado Plurinacional de Bolivia presentó la mayor prevalencia del hambre (19,4 %), seguido por la República Bolivariana de Venezuela (17,9 %) y el Ecuador (13,9 %), lo que equivalió a 2,3 millones, 5,1 millones y 2,5 millones de personas afectadas, respectivamente. Entre los países con la prevalencia más baja de la subalimentación en la subregión se encontraba Brasil (4,7 %), la Argentina (3,2 %), Chile (2,5 %) y Guyana y el Uruguay (ambos con una prevalencia inferior al 2,5 %).

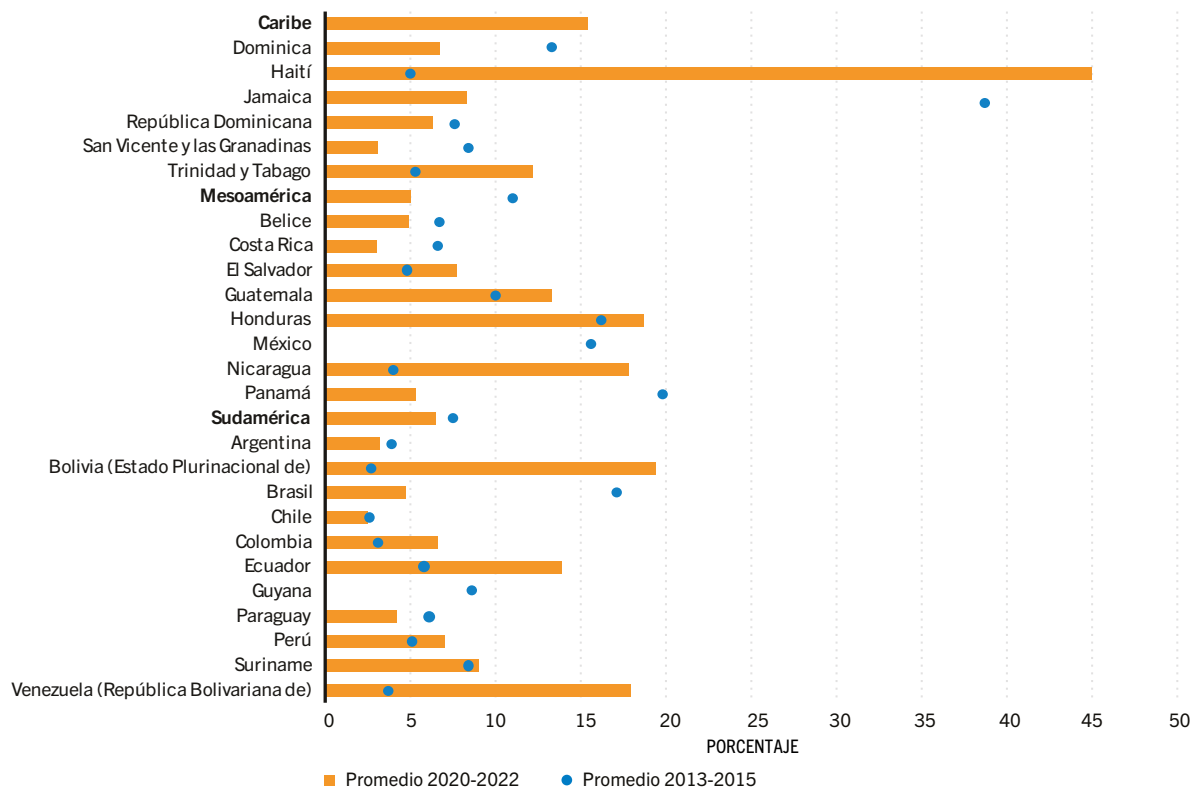
Al analizar la tendencia del hambre en los últimos años en la región, también se observan realidades diferentes entre los países. Por un lado, la República Bolivariana de Venezuela y el Ecuador experimentaron aumentos de 14,2 y 5,3 puntos porcentuales respectivamente entre los trienios 2013-2015 y 2020-2022. Estos países, que se desempeñan como exportadores de insumos energéticos, han presentado un incremento del hambre, posiblemente debido a la pronunciada caída en los precios de las materias primas energéticas que comenzó en 2014 y que afectó severamente sus economías (Fajardo-Ronquillo, 2020). Haití es otro país que mostró un importante aumento de 6,3 puntos porcentuales en la prevalencia de la subalimentación. Por otro lado, en el mismo período, doce países en la región mostraron una reducción en la prevalencia del hambre, siete de ellos en Mesoamérica. De hecho, Honduras fue el único país de la subregión de Mesoamérica que tuvo una mayor prevalencia de la subalimentación en 2020-2022 en comparación con 2013-2015 (FIGURA 4).

En contraste con el período anterior a la pandemia, considerando los trienios 2017-2019 y 2020-2022, se observa que la República Bolivariana de Venezuela registró una disminución de 4,8 puntos porcentuales en la prevalencia del hambre, mientras que en Guyana y México, esta disminuyó a menos del 2,5 %. Sin embargo, durante el mismo período, la prevalencia del hambre en el Estado Plurinacional de Bolivia aumentó en 5,6 puntos porcentuales, mientras que en Honduras aumentó en 4,6 puntos porcentuales y en Haití en 2,8 puntos porcentuales (ANEXO I, Cuadros 17 y 18).

³ Los Cuadros 17 y 18 en el Anexo I también muestran los datos de subalimentación por países para varios períodos.

FIGURA 4

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2013-2015 y 2020-2022 (porcentaje)



Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones. El hambre fue inferior al 2,5 % en el Paraguay durante 2013-2015, en Guyana y México durante 2020-2022, y en Barbados, Cuba y el Uruguay (no mostrados en la figura) en ambos periodos.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

1.2 PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA BASADA EN LA ESCALA DE EXPERIENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA (FIES)

La prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave, basada en la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES, por sus siglas en inglés), es una estimación de la proporción de la población que enfrenta limitaciones, moderadas o graves, para obtener alimentos suficientes en el transcurso de un año. La inseguridad alimentaria moderada se refiere a una situación en la que los individuos se enfrentan a incertidumbres sobre su capacidad para obtener alimentos, viéndose obligados a reducir, en ocasiones durante un año, la calidad o cantidad de alimentos que consumen, debido a la falta de dinero u otros recursos. La inseguridad alimentaria grave significa que los individuos probablemente se han quedado sin comida, han padecido hambre y, en el caso más extremo, han pasado días sin comer, con lo cual su salud y bienestar se ponen en grave riesgo.

En 2022, la inseguridad alimentaria moderada o grave afectó al 29,6 % de la población mundial, mientras que la inseguridad alimentaria grave afectó al 11,3 %. En tanto, en los últimos años se ha mantenido estable después del importante aumento registrado en 2020.

En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave disminuyó en 2,8 puntos porcentuales en 2022 en comparación con el año anterior (FIGURA 5). Esto se traduce en 16,5 millones de personas menos que padecieron inseguridad alimentaria en la región (CUADRO 4). A pesar de esta mejoría, aún queda mucho por hacer. La prevalencia en la región sigue siendo alta, alcanzando un 37,5 %, casi 8 puntos porcentuales por encima del nivel mundial. Además, la prevalencia en 2022 supera en 6 puntos porcentuales a la registrada en 2019 (CUADRO 3), lo que equivale a 44 millones de personas adicionales que sufrieron de inseguridad alimentaria moderada o grave en la región.

En Sudamérica, durante 2022, más de un tercio (36,4 %) de su población (CUADRO 3) sufrió de inseguridad alimentaria moderada o grave. Comparando con el año 2021, la prevalencia disminuyó en 4,5 puntos porcentuales (FIGURA 5), equivalente a 18,4 millones de personas menos afectadas (CUADRO 4). Sin embargo, la prevalencia en la subregión es 6,5 puntos porcentuales más alta que la de 2019, lo que significa que 30 millones de personas adicionales padecieron inseguridad alimentaria moderada o grave en comparación con los niveles previos a la pandemia.

En Mesoamérica, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave alcanzó el 34,5 % en 2022, lo que representó un aumento de 0,4 puntos porcentuales, o 1,3 millones de personas adicionales, en comparación con 2021. Además, la prevalencia en la subregión fue 6,3 puntos porcentuales superior al nivel registrado en 2019. Antes de la pandemia, entre 2015 y 2019, Mesoamérica había mostrado una disminución de 2 puntos porcentuales en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (CUADRO 3).

En el Caribe, durante 2022, el 60,6 % de la población experimentó inseguridad alimentaria moderada o grave. Aunque esto representa un aumento de 1,1 puntos porcentuales respecto a 2021, es importante señalar que la prevalencia fue 4,8 puntos porcentuales menor que la observada en 2020 (FIGURA 5).

En términos de inseguridad alimentaria grave, América Latina y el Caribe tuvo una prevalencia del 12,6 % en 2022, poco más de un punto porcentual sobre la prevalencia mundial. Como se muestra en la FIGURA 5, esta prevalencia disminuyó en 1,3 puntos porcentuales en comparación con 2021, lo que significó que el número de personas afectadas se redujo en 7,7 millones (CUADRO 5). Sin embargo, la prevalencia aún se encontraba casi 3 puntos porcentuales por encima de la inseguridad alimentaria grave registrada en 2019, afectando a 20 millones de personas adicionales.

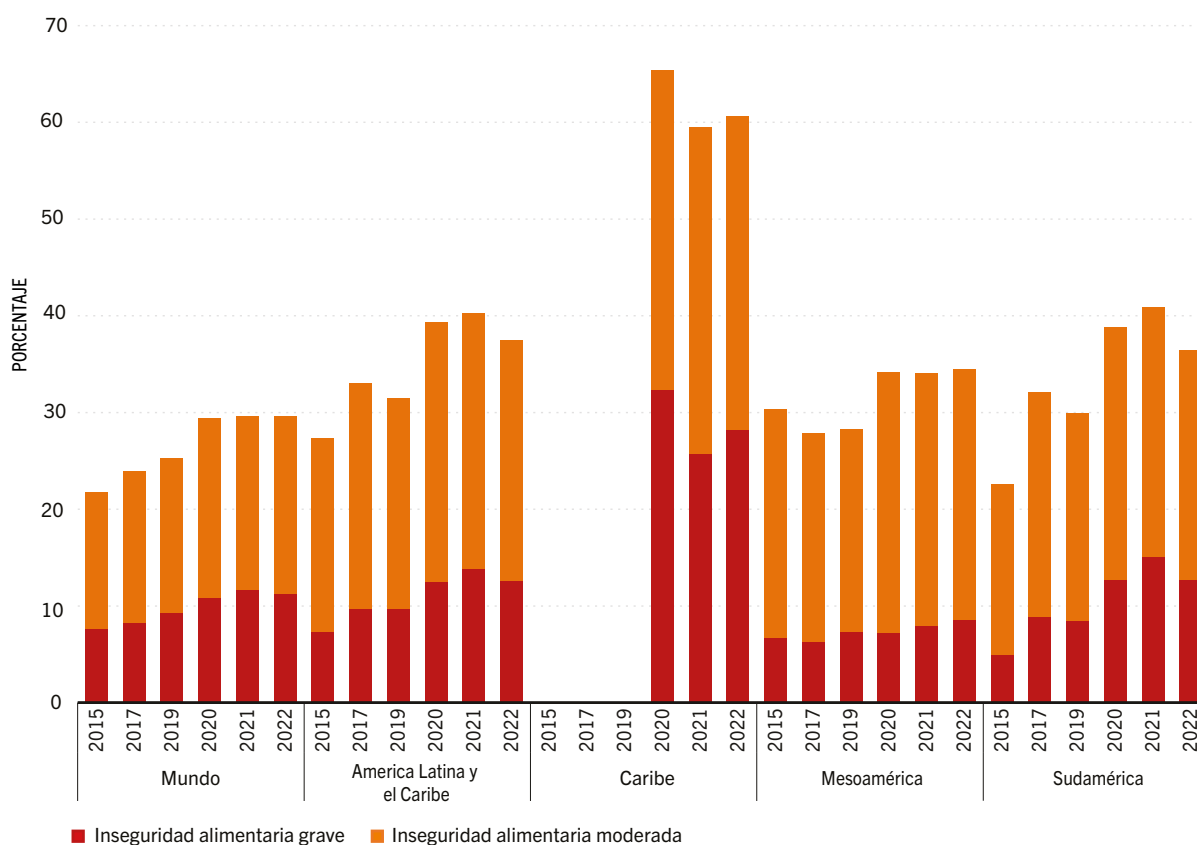
En Sudamérica, la prevalencia de la inseguridad alimentaria grave, en 2022, fue del 12,7 % y, entre 2021 y 2022, se observó una reducción de 2,4 puntos porcentuales o de 10 millones de personas. A pesar de esta disminución, la prevalencia de la inseguridad alimentaria grave sigue siendo alta (FIGURA 5), con 4,2 puntos porcentuales por encima de los niveles registrados en 2019, correspondiente a 18,9 millones de personas.

En el caso de Mesoamérica, la inseguridad alimentaria grave en 2022 afectó al 8,6 % de la población, lo cual se encuentra por debajo del promedio de las otras dos subregiones y de la prevalencia mundial. En comparación con el año anterior, se

observó un aumento de 0,6 puntos porcentuales. Además, la prevalencia en 2022 todavía se situaba 1,3 puntos porcentuales por encima de los niveles registrados en 2019, lo que significó que 2,6 millones de personas adicionales se vieron afectadas desde el inicio de la pandemia.

Por último, en el Caribe, la inseguridad alimentaria grave afectó al 28,2 % de la población en 2022. A pesar de un aumento en comparación con 2021, siguió estando 4,2 puntos porcentuales por debajo de la cifra observada en 2020, lo cual significó que 1,7 millones de personas menos padecieron inseguridad alimentaria grave en esta subregión.

FIGURA 5
Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por subregión, 2015-2022 (porcentaje)



Nota: Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 3

Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

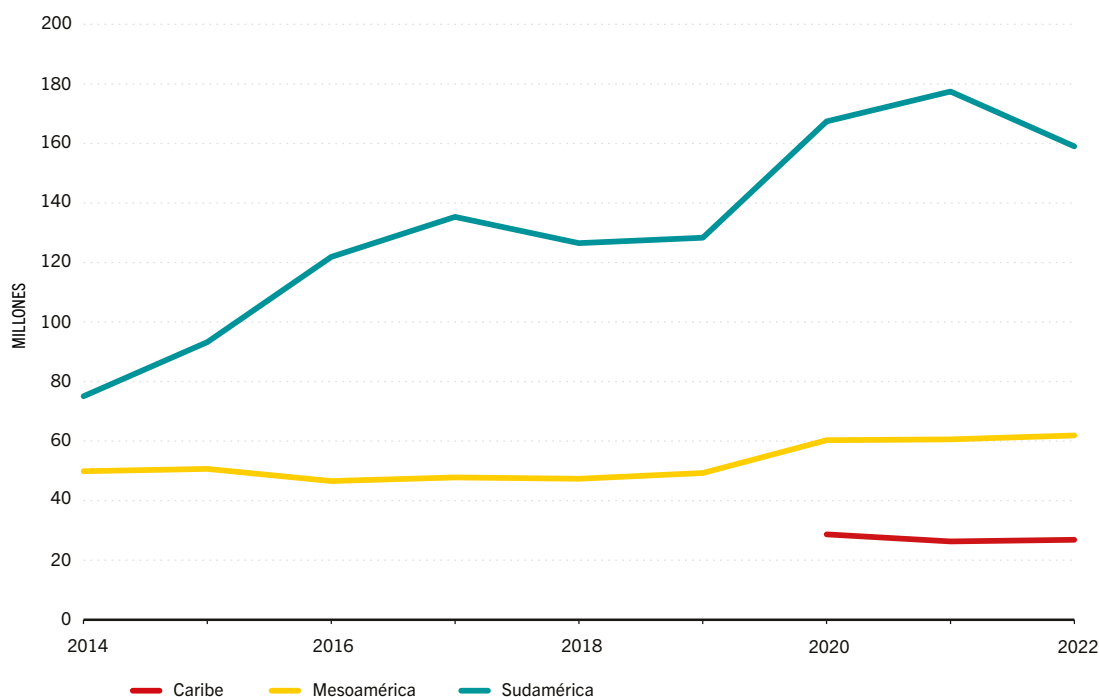
	Prevalencia de la inseguridad alimentaria grave					Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave				
	2015	2019	2020	2021	2022	2015	2019	2020	2021	2022
Mundo	7,6	9,3	10,8	11,7	11,3	21,7	25,3	29,4	29,6	29,6
América Latina y el Caribe	7,3	9,7	12,5	13,9	12,6	27,3	31,5	39,3	40,3	37,5
Caribe	n.d.	n.d.	32,4	25,7	28,2	n.d.	n.d.	65,4	59,5	60,6
Mesoamérica	6,7	7,3	7,3	8,0	8,6	30,3	28,2	34,2	34,1	34,5
Sudamérica	5,0	8,5	12,7	15,1	12,7	22,6	29,9	38,8	40,9	36,4

Notas: n.d. = no disponible. Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

En 2022, en América Latina y el Caribe, 247,8 millones de personas experimentaron inseguridad alimentaria moderada o grave. De este total, el 64 % (159 millones de personas), se encontraban en Sudamérica. Mesoamérica registró la afectación de 61,9 millones de personas, mientras que en el Caribe fueron 26,9 millones las que se encontraban en esta condición (CUADRO 4). Cabe señalar que la inseguridad alimentaria grave en la región representó un tercio de la inseguridad alimentaria total de la región. Esto significa que, durante 2022, 83,4 millones de personas se quedaron sin alimentos, experimentaron hambre o se vieron obligadas a pasar días sin comer. En Sudamérica, el número de personas que padecieron inseguridad alimentaria grave alcanzó los 55,4 millones, en Mesoamérica 15,4 millones y en el Caribe 12,5 millones (CUADRO 5).

FIGURA 6

Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión, 2014-2022 (millones)



Nota: Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 4

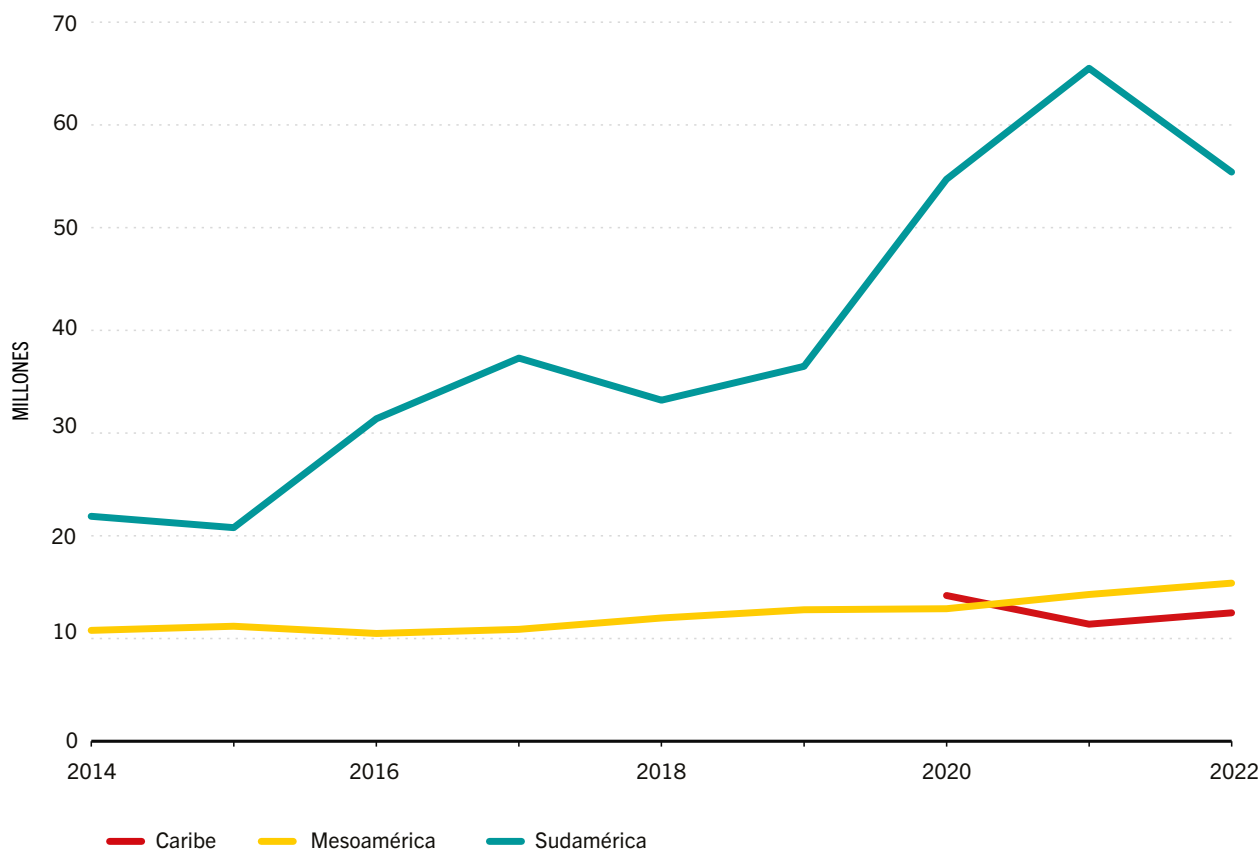
Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)

	2015	2017	2019	2020	2021	2022
Mundo	1 612,4	1 817,0	1 966,4	2 307,2	2 342,5	2 356,9
América Latina y el Caribe	169,8	209,7	203,8	256,4	264,3	247,8
Caribe	n.d.	n.d.	n.d.	28,7	26,3	26,9
Mesoamérica	50,7	47,8	49,3	60,3	60,6	61,9
Sudamérica	93,3	135,3	128,3	167,4	177,4	159,0

Notas: n.d. = no disponible. Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

FIGURA 7

Número de personas con inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, por subregión, 2014-2022 (millones)



Nota: Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 5

Número de personas con inseguridad alimentaria grave en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)

	2015	2017	2019	2020	2021	2022
Mundo	561,5	623,8	719,8	850,7	927,3	900,1
América Latina y el Caribe	45,3	61,7	62,5	81,8	91,1	83,4
Caribe	n.d.	n.d.	n.d.	14,2	11,4	12,5
Mesoamérica	11,2	10,9	12,8	12,9	14,3	15,4
Sudamérica	20,8	37,3	36,5	54,7	65,5	55,4

Notas: n.d. = no disponible. Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.
Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023].
<https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

La **FIGURA 8** muestra la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave a nivel nacional y subregional en promedios trienales⁴. Esto permite analizar la evolución de este indicador a lo largo del tiempo y comparar la prevalencia en diferentes países y subregiones entre el trienio más reciente del análisis (2020-2022) con un trienio anterior (2014-2016).

El Caribe fue la subregión con la mayor prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave durante el trienio 2020-2022. En este periodo, Haití tuvo la mayor prevalencia con un 82,6 %, seguido de Jamaica con el 54,4 % y la República Dominicana con el 52,1 %. En Trinidad y Tabago, la prevalencia fue del 43,3 %, mientras que en Barbados, San Vicente y las Granadinas, y Antigua y Barbuda, alrededor de un tercio de la población sufrió de inseguridad alimentaria moderada o grave. En el otro extremo, Granada y las Bahamas presentaron la menor prevalencia, con un 21,1 % y un 17,2 %, respectivamente.

En Mesoamérica, en Guatemala y Honduras, más de la mitad de la población se encontraba con inseguridad alimentaria moderada o grave en el período 2020-2022. Belice y El Salvador les siguen con una prevalencia superior al 45 %, mientras que México y Costa Rica mostraron las tasas más bajas en la subregión, con una prevalencia de 27,6 % y 16,2 %, respectivamente.

En Sudamérica, la Argentina, Brasil, el Ecuador y Suriname registraron inseguridad alimentaria moderada o grave para un tercio de su población. Chile y el Uruguay tuvieron la menor prevalencia, con un 18,1 % y un 15,2 %.

En comparación con el trienio 2014-2016, se observa que la mayoría de los países de la región experimentaron aumentos en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave. La Argentina, el Paraguay y Guatemala presentaron los mayores aumentos, con más de 17 puntos porcentuales por encima. Sin embargo, la República Dominicana logró reducir la inseguridad alimentaria en este mismo período, con un descenso de 2,1 puntos porcentuales (**FIGURA 8**).

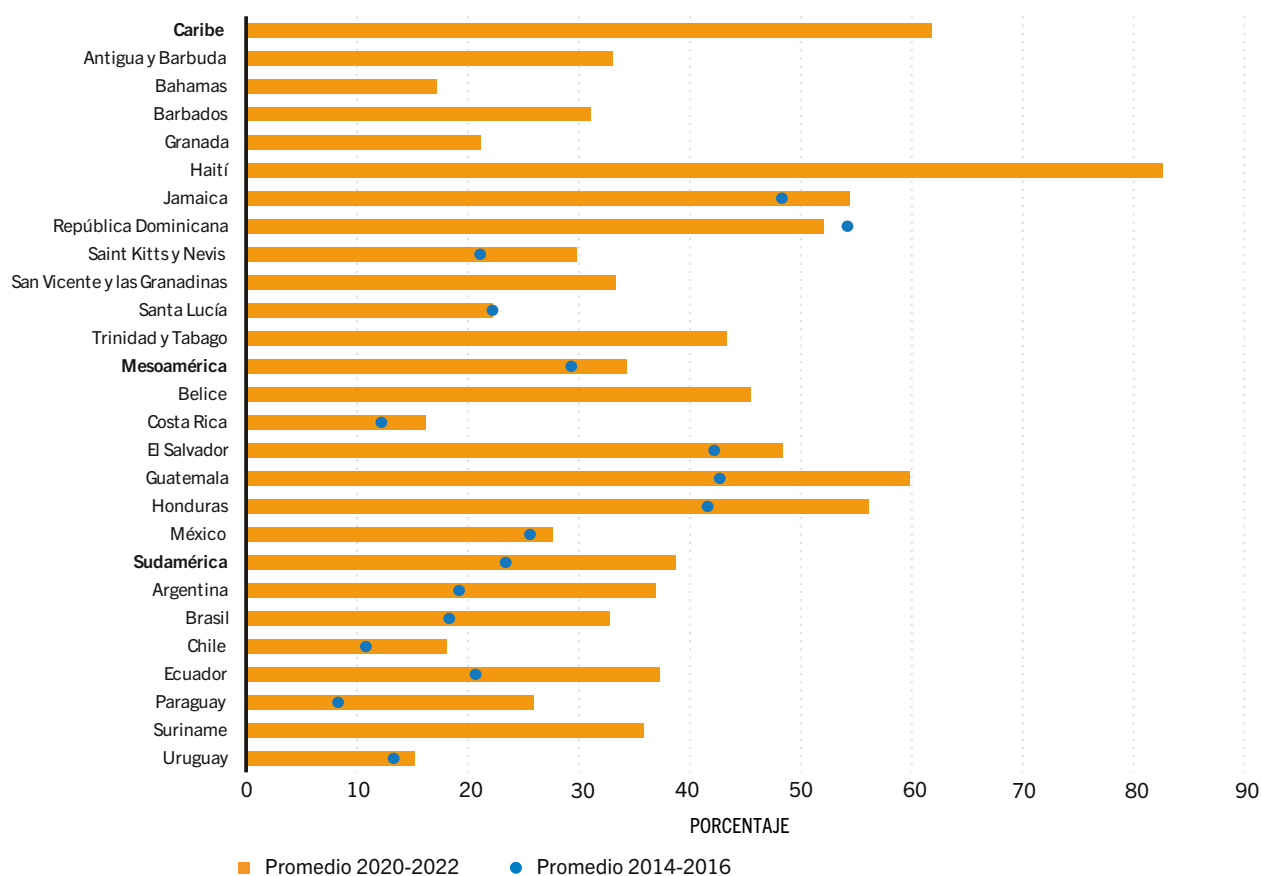
Además, al comparar el trienio 2020-2022 con el trienio 2017-2019 —período anterior al brote de la pandemia—, se observan cambios significativos en varios países. En

⁴ Ver Cuadros 19 y 20 en Anexo I.

Honduras, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó en 15,2 puntos porcentuales, en Guatemala aumentó en 14,6 puntos porcentuales y en Brasil aumentó en 12,2 puntos porcentuales. Asimismo, Belice, Saint Kitts y Nevis, Jamaica y El Salvador experimentaron aumentos en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave de 9,8, 8,7, 8,6 y 6,2 puntos porcentuales, respectivamente (CUADRO 19).

FIGURA 8

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2014-2016 y 2020-2022 (porcentaje)



Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

A nivel mundial, las persistentes desigualdades afectan negativamente la seguridad alimentaria y la nutrición de los más vulnerables. Un claro ejemplo de ello es la brecha de género, ya que la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en adultos mayores de 15 años sigue afectando desproporcionadamente a las mujeres en comparación con los hombres⁵.

Según datos de la FAO (2023), el 57 % de esta brecha de género se explicaría por las disparidades en educación, empleo a tiempo completo y participación en la fuerza laboral. La **FIGURA 9** ilustra que esta brecha en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave es mayor en América Latina y el Caribe que en otras regiones del mundo. A nivel global, la prevalencia en las mujeres superó a la de los hombres en 2,4 puntos porcentuales en 2022, mientras que en la región, esta diferencia fue de 9,1 puntos porcentuales.

Debido a las consecuencias de la pandemia, la brecha en la prevalencia de la inseguridad alimentaria entre mujeres y hombres se amplió considerablemente, observable en el periodo 2020-2021 tanto a nivel global como regional. Aunque en 2022 se logró reducir esta diferencia en 2,4 puntos porcentuales con respecto al año anterior, la brecha en la región sigue siendo mayor que antes de la pandemia, ya que la crisis sanitaria afectó en mayor medida los ingresos y actividades económicas de las mujeres. En 2019, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave fue de 6,2 puntos porcentuales más alta para las mujeres que para los hombres, una brecha que ha aumentado a 9,1 puntos porcentuales en 2022 (**CUADRO 6**).

En 2022, la brecha de género en la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave en Sudamérica fue de 9,6 puntos porcentuales, mientras que en Mesoamérica fue de 9,2 puntos porcentuales. En el Caribe, la diferencia fue notablemente menor, con 3,9 puntos porcentuales.

Además, la prevalencia de la inseguridad alimentaria grave también mostró diferencias entre mujeres y hombres, aunque la brecha fue mucho menor en comparación con la inseguridad alimentaria moderada o grave. De hecho, en la región, la brecha alcanzó los 2,6 puntos porcentuales en 2022, diferencia que en Sudamérica fue de 2,9 puntos porcentuales; en Mesoamérica, de 2,0 puntos porcentuales; y en el Caribe, de 3,1 puntos porcentuales (**FIGURA 9**)⁶.

Otro ejemplo de los efectos de la desigualdad en la seguridad alimentaria y la nutrición se asocian a las brechas existentes entre las zonas rurales, periurbanas y urbanas. Esta realidad podría explicarse por las disparidades en riqueza, educación, salud y servicios de infraestructura no vial en las zonas rurales y urbanas. A nivel mundial, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumenta a medida que disminuye el grado de urbanización.

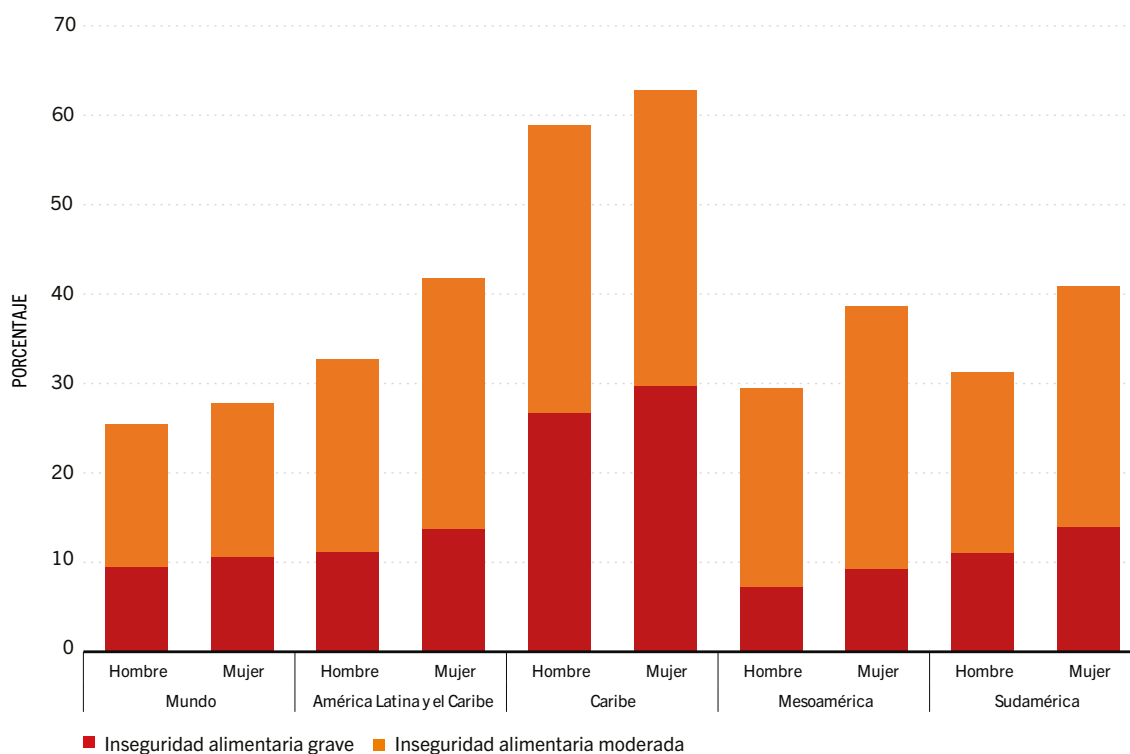
⁵ El cálculo de la prevalencia de la inseguridad alimentaria por sexo es posible ya que la información se recolecta con encuestas individuales a adultos de 15 años o más.

⁶ Ver Cuadro 21 en Anexo I.

En la misma línea, en América Latina y el Caribe, la diferencia entre las zonas rurales y urbanas en cuanto a la proporción de la población que enfrenta inseguridad alimentaria moderada o grave fue de 8,3 puntos porcentuales en 2022, mientras que a nivel global esta brecha fue de 7,3 puntos porcentuales. En cuanto a la prevalencia de la inseguridad alimentaria grave, la diferencia entre las zonas rurales y urbanas en la región fue de 3,4 puntos porcentuales a nivel global y de 4,3 puntos porcentuales en la región (CUADRO 7) (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023).

FIGURA 9

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)



Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 6

Prevalencia de la inseguridad alimentaria por sexo en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	Prevalencia de la inseguridad alimentaria grave						Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	2019	2020	2022	2019	2020	2022	2019	2020	2022	2019	2020	2022
Mundo	7,9	9,1	9,5	8,6	10,3	10,6	22,1	25,4	25,4	23,7	28,0	27,8
América Latina y el Caribe	8,5	11,4	11,2	10,4	13,4	13,8	28,0	34,3	32,7	34,2	43,8	41,8
Caribe	n.d	31,4	26,7	n.d	33,5	29,8	n.d	63,6	58,9	n.d	68,0	62,8
Mesoamérica	6,6	6,1	7,3	7,6	8,1	9,3	24,8	28,0	29,5	30,9	39,5	38,7
Sudamérica	7,2	11,5	11,1	9,3	13,5	14,0	26,3	33,8	31,3	32,7	43,1	40,9

Notas: n.d. = no disponible. Ver Anexo III para más detalles sobre años sobre disponibilidad de datos y cobertura de la población para el Caribe.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 7

Prevalencia de la inseguridad alimentaria por nivel de urbanización en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)

	Prevalencia de la inseguridad alimentaria grave			Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave		
	Rural	Periurbana	Urbana	Rural	Periurbana	Urbana
Mundo	12,8	11,6	9,4	33,3	28,8	26
América Latina y el Caribe	14,4	12,6	10,1	40,4	38,6	32,1
Caribe	28	21,7	20,8	57,8	48,6	47,3
Mesoamérica	11,9	9,9	5,9	43,5	37,6	27,8
Sudamérica	14,5	12,3	10,7	37,2	37,5	32,5

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>



CAPÍTULO 2

OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2.2: MALNUTRICIÓN

Mensajes principales

- América Latina y el Caribe se enfrenta a un complejo problema de malnutrición que abarca tanto la desnutrición —retraso del crecimiento, emaciación infantil y carencias de vitaminas y minerales— como el sobrepeso y la obesidad. La región experimentó un aumento en la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años entre 2000 y 2022, y en la prevalencia de la obesidad en adultos entre 2000 y 2016. Además, ambas prevalencias superan las tasas mundiales estimadas, al mismo tiempo que, algunos países de la región todavía presentan una alta prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años.
- En 2022, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en la región fue del 11,5 %. Si bien se ha logrado una reducción significativa desde el año 2000, la disminución se ha desacelerado en los últimos años. En efecto, entre 2000 y 2012, la prevalencia disminuyó en cerca de 5 puntos porcentuales, mientras que entre 2012 y 2022 la reducción fue de solo 1,2 puntos porcentuales. Por otro lado, entre 2020 y 2022 la prevalencia de este tipo de malnutrición se redujo muy levemente, del 11,7 % al 11,5 %, respectivamente.
- Aunque se han logrado avances, ninguna subregión está en camino de alcanzar los objetivos de reducción del retraso del crecimiento establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) para 2025 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Además, se observan diferencias entre subregiones. En Sudamérica, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años fue del 9 % en 2022, mientras que en Mesoamérica fue del 16,9 % y en el Caribe de 11,3 %.

- La prevalencia de la emaciación en América Latina y el Caribe fue del 1,4 % en 2022, significativamente inferior a la estimación mundial del 6,8 %. Todas las subregiones y la mayoría de los países están en vías de alcanzar la meta del ODS que busca mantener los niveles de emaciación entre los niños y niñas menores de 5 años por debajo del 3%.
- En América Latina y el Caribe, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años alcanzó el 8,6 % en 2022, es decir, 3 puntos porcentuales por encima de la estimación mundial. Esta prevalencia ha aumentado más rápidamente en la región en comparación con las cifras a nivel mundial. Además, es la única región donde ningún país con datos disponibles está en camino a alcanzar el objetivo de reducir el sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años a menos de 3 % para el año 2030.
- Entre 2020 y 2022, en el contexto de la pandemia, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años aumentó ligeramente del 8,3 % al 8,6 % con un incremento mayor en Sudamérica, un aumento más leve en Mesoamérica y manteniéndose estable en el Caribe. En el año 2022, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años fue del 9,7 % en Sudamérica, 6,7 % en Mesoamérica y 6,6 % en el Caribe.
- En la región, un 17,2 % de las mujeres de 15 a 49 años sufrieron anemia en 2019, una cifra significativamente menor a la estimación mundial del 29,9 %. Sin embargo, se aprecian diferencias por subregiones. En el Caribe, afectó al 29,2 % de las mujeres en este grupo etario, en Sudamérica al 17,3 %, y en Mesoamérica al 14,6 %.

Esta sección reporta cuatro indicadores mundiales de nutrición: **retraso del crecimiento**, la **emaciación** y el **sobrepeso** en niños y niñas menores de 5 años, y la **anemia** en mujeres entre 15 y 49 años.

2.1 RETRASO DEL CRECIMIENTO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

El retraso del crecimiento es un indicador global de nutrición que se refiere a una baja estatura en relación con la edad, y que es el resultado de episodios o situaciones pasadas prolongadas de desnutrición. Se define como una estatura para la edad inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

El retraso del crecimiento y el desarrollo pueden ser el resultado de una salud y una nutrición materna deficiente, prácticas inadecuadas de alimentación de lactantes y de niños y niñas pequeñas, o infecciones recurrentes, que interactúan con diversos factores durante un período sostenido. Esta forma de malnutrición afecta el desarrollo físico y cognitivo de niños y niñas, y aumenta su vulnerabilidad ante enfermedades infecciosas y su riesgo de mortalidad. Además, están en mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad y enfermedades no transmisibles (ENT) a lo largo de su vida. Esto puede afectar la productividad laboral, el potencial de generar de ingresos y las habilidades sociales en el futuro (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020; OMS, 2014a).

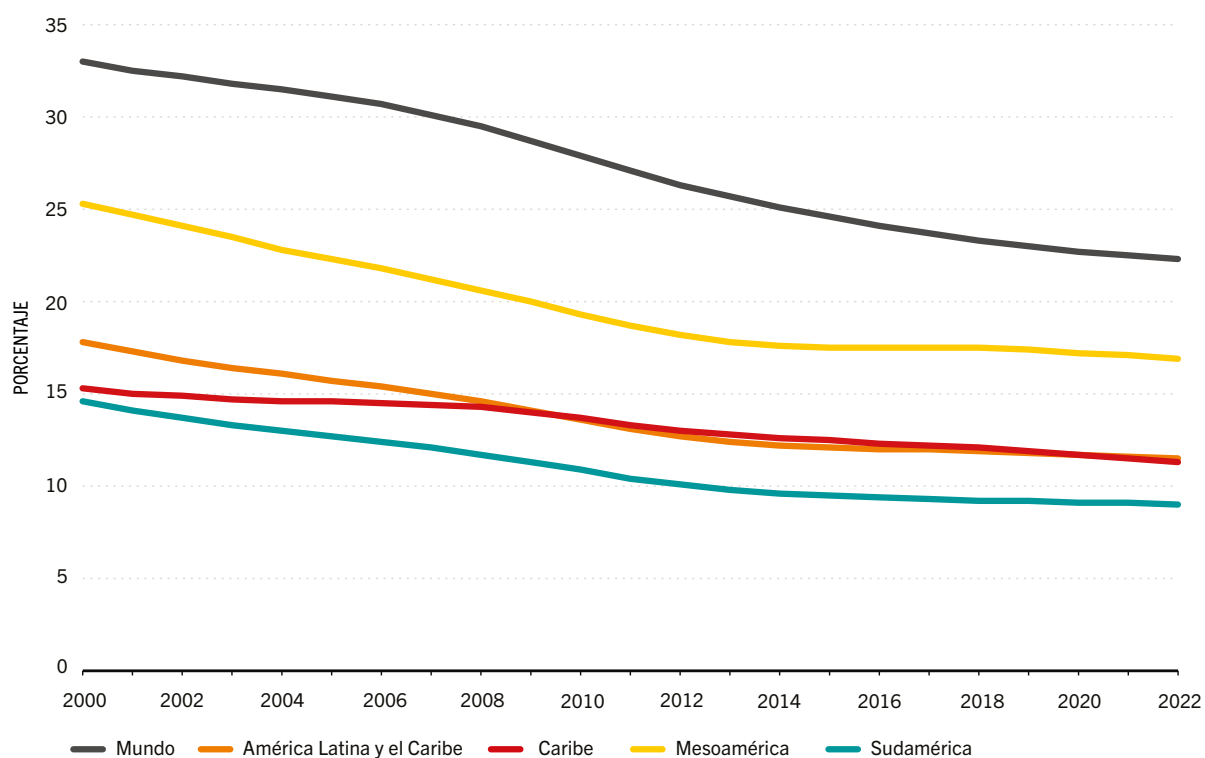
En 2022, el retraso del crecimiento afectó al 22,3 % de los niños y niñas menores de 5 años a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, la prevalencia fue del 11,5 %, significativamente inferior a la estimación mundial. A pesar de las notables reducciones de la prevalencia en la región (FIGURA 10), la disminución se ha desacelerado. Entre 2000 y 2022, la prevalencia del retraso del crecimiento en la región disminuyó en 6,3 puntos porcentuales; sin embargo, en el período entre 2012 y 2022, la reducción fue de solo 1,2 puntos porcentuales.

La región no logrará cumplir las metas de la AMS para 2025 y de los ODS para 2030, que apuntan a reducir en un 40 % y un 50 %, respectivamente, el número de niños y niñas menores de 5 años que sufren de retraso del crecimiento (FIGURA 10). Solo un tercio de los países de América Latina y el Caribe está en camino de alcanzar esta meta mundial de nutrición para 2030, lo que destaca las importantes diferencias que existen entre los países dentro de la región (UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2023).

Aunque se han logrado progresos, existen diferencias por subregiones (CUADRO 8) y ninguna de ellas está en camino de alcanzar las metas de la AMS para 2025 y los ODS para 2030. En concreto, en la región, 5,7 millones de niños y niñas menores de 5 años sufrieron retraso del crecimiento en 2022, de los cuales 2,8 millones se encuentran en Sudamérica, 2,5 millones en Mesoamérica y 400 000 en el Caribe (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023). En Sudamérica, la prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en 2022 fue del 9 %, lo que representa una reducción de 1,1 puntos porcentuales en comparación con 2012. En Mesoamérica, la prevalencia fue del 16,9 %, lo que refleja una disminución de 1,3 puntos porcentuales en el mismo período. En el Caribe, la prevalencia fue del 11,3 %, con una reducción de 1,7 puntos porcentuales entre 2012 y 2022. Es imperativo que la región acelere la tendencia a la baja de la prevalencia del retraso del crecimiento para cumplir la meta de 2030.

FIGURA 10

Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, 2000-2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 8

Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2020	2022
Mundo	33,0	31,1	27,9	26,3	24,6	22,7	22,3
América Latina y el Caribe	17,8	15,7	13,6	12,7	12,1	11,7	11,5
Caribe	15,3	14,6	13,7	13,0	12,5	11,7	11,3
Mesoamérica	25,3	22,3	19,3	18,2	17,5	17,2	16,9
Sudamérica	14,6	12,7	10,9	10,1	9,5	9,1	9,0

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

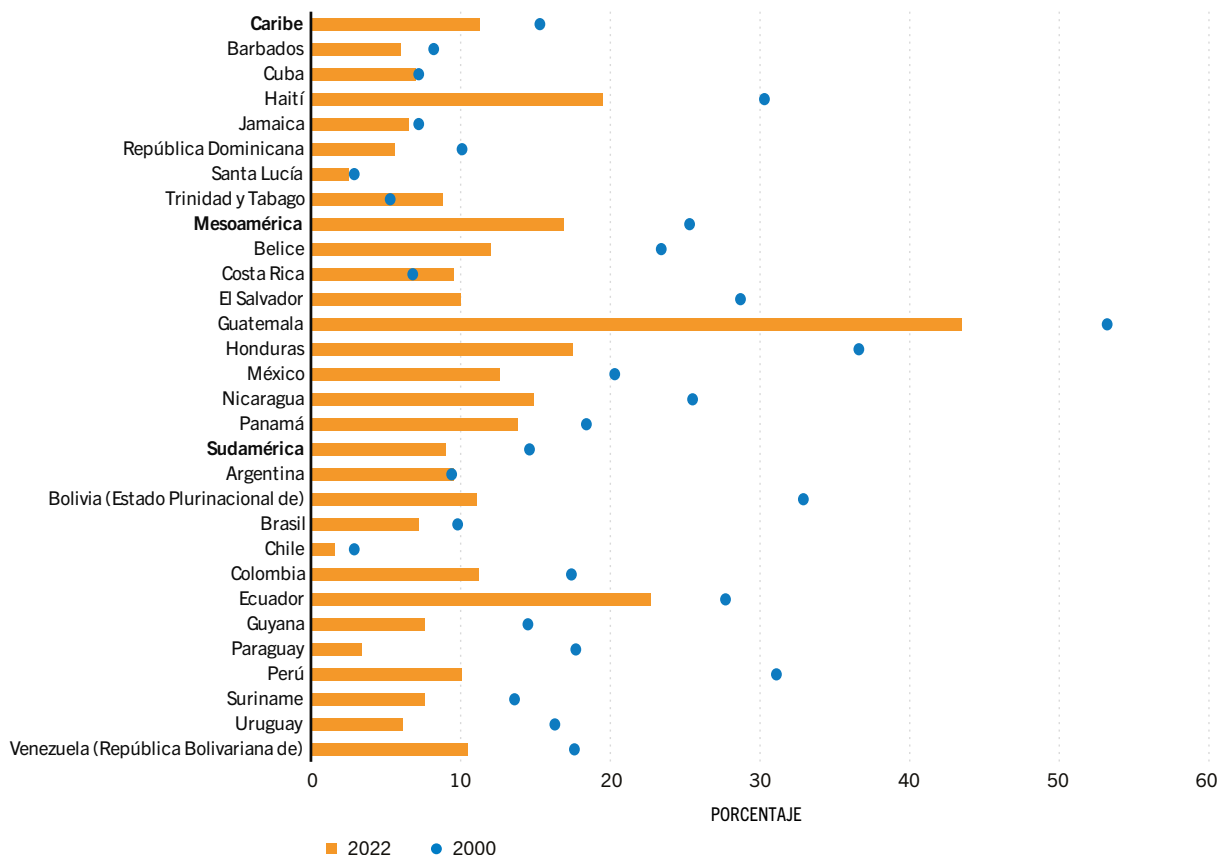
Aunque la región no está en camino a cumplir la meta del ODS 2 relacionada con el retraso del crecimiento, la gran mayoría de los países ha logrado reducir la prevalencia entre 2000 y 2022. Durante este período, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú destacan al haber logrado una notable reducción de 21 puntos porcentuales. Asimismo, Honduras, El Salvador y el Paraguay también han logrado descensos significativos de 19,1, 18,7 y 14,3 puntos porcentuales, respectivamente (FIGURA 11)⁷.

Por otro lado, Guatemala y Haití, a pesar de lograr una reducción de casi 10 puntos porcentuales entre 2000 y 2022, siguen presentando altas prevalencias del retraso del crecimiento, situándose en un 43,5 % y un 19,5 %, respectivamente. En el mismo período, Costa Rica y Trinidad y Tabago mostraron aumentos en la prevalencia del retraso del crecimiento, aunque en ambos países la cifra se ha mantenido por debajo del 10 %.

Chile, Santa Lucía y el Paraguay destacan por tener las prevalencias más bajas de la región, todas ellas por debajo del 4 %, con cifras del 1,6 %, 2,5 % y 3,4 %, respectivamente.

FIGURA 11

Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

⁷ El Cuadro 22 en el Anexo I muestra los datos de retraso del crecimiento por país en distintos períodos.

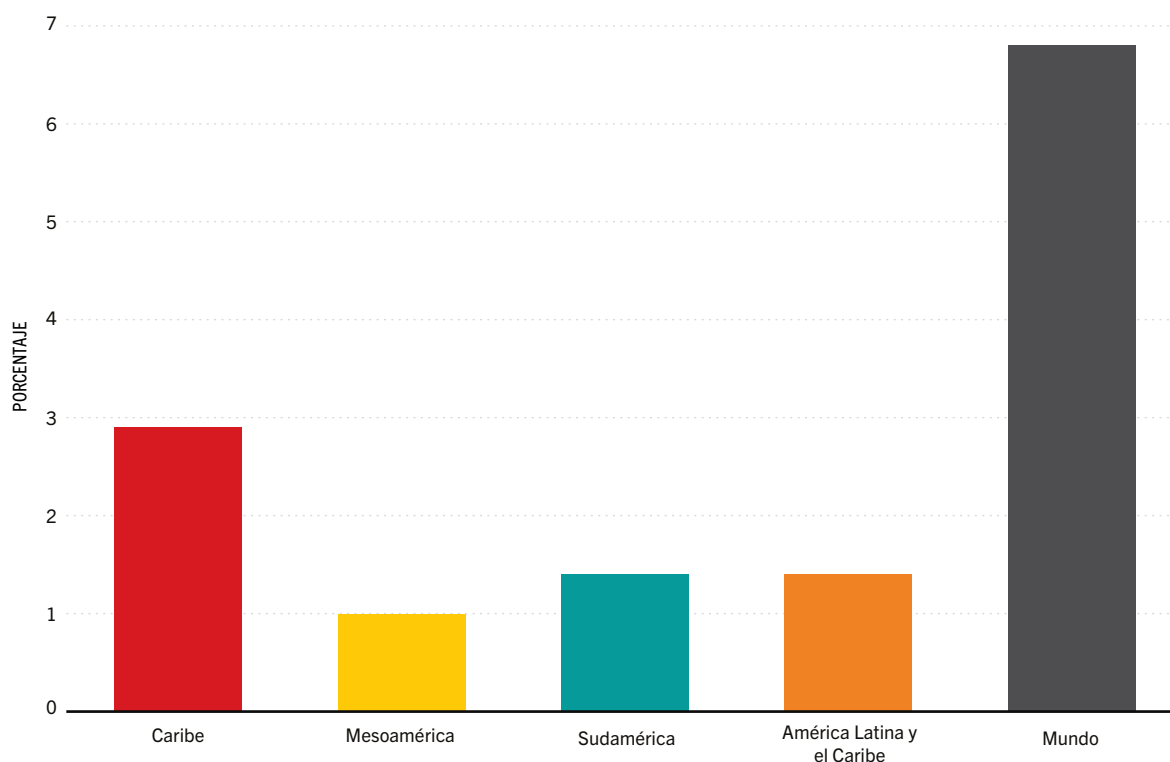
2.2 EMACIACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

La emaciación es una forma de desnutrición que se caracteriza por un peso insuficiente en relación con la estatura de un niño o niña. Es el resultado de una pérdida de peso rápida reciente o de la falta de aumento de peso. Esta afección es potencialmente mortal, y es causada por una ingesta insuficiente o mala absorción de energía y nutrientes, o una enfermedad frecuente o prolongada. Un niño o una niña con emaciación tiene un mayor riesgo de muerte, pero el tratamiento es posible (OMS, UNICEF y PMA, 2014; FAO, FIDA, PMA, OMS y UNICEF, 2018).

En 2022, la prevalencia de la emaciación en América Latina y el Caribe fue de 1,4 %, cifra significativamente menor a la estimación mundial del 6,8 % (FIGURA 12 y CUADRO 9). A nivel subregional, el Caribe presentó una prevalencia ligeramente superior del 2,9 %, seguido de Sudamérica con un 1,4 % y Mesoamérica con un 1 %. Cabe señalar que todas las subregiones se sitúan por debajo de la estimación mundial.

FIGURA 12

Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión, 2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 9

Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2022
Mundo	6,8
América Latina y el Caribe	1,4
Caribe	2,9
Mesoamérica	1,0
Sudamérica	1,4

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

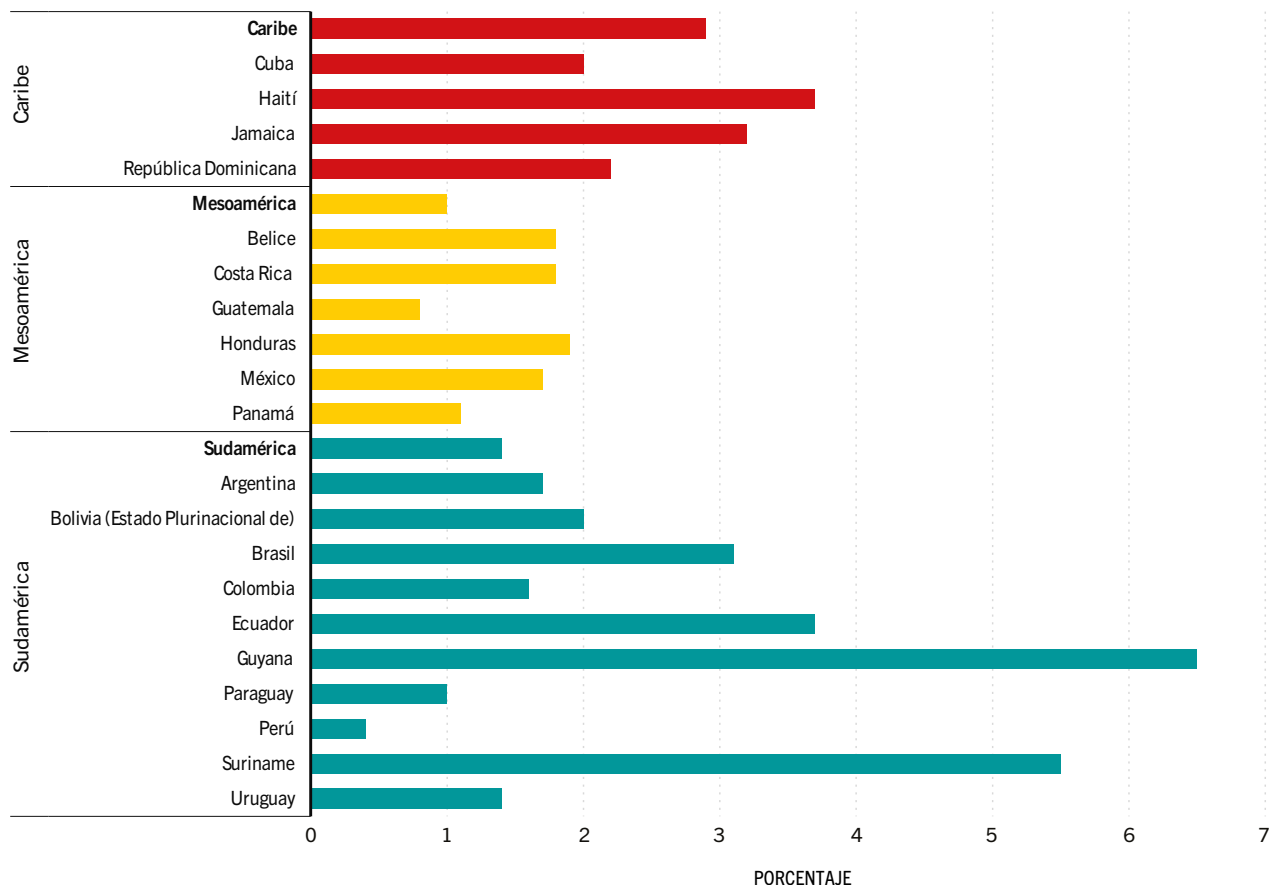
La **FIGURA 13** ilustra la prevalencia de la emaciación en una serie de países de la región durante el último año⁸. Las tres subregiones, y la mayoría de los países, se encaminan al cumplimiento de las metas de la AMS para 2025 y de los ODS para 2030. Estas metas buscan mantener los niveles de emaciación en niños y niñas menores de 5 años por debajo del 5 % y el 3 %, respectivamente.

Sin embargo, algunos países de la región aún registran una prevalencia superior a estas metas. En particular, Guyana presenta una prevalencia del 6,9 %, seguida por Suriname con un 5,5 %. El Ecuador y Haití comparten una prevalencia del 3,7 %, mientras que Jamaica y Brasil presentan una tasa del 3,2 % y el 3,1 %, respectivamente.

⁸ Ver Cuadro 23 en el Anexo I.

FIGURA 13

Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, último año disponible entre 2015 y 2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

2.3 SOBREPESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

El sobrepeso y la obesidad se definen como el peso corporal superior en relación con la estatura, como consecuencia de una acumulación desmedida de grasa. En niños y niñas menores de 5 años, el sobrepeso se define como el peso para la estatura con más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, mientras que la obesidad, es el peso para la estatura con más de tres desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones mencionados de la OMS (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

El sobrepeso y la obesidad son problemas complejos y multifacéticos. Aunque factores genéticos pueden aumentar la predisposición de un individuo al sobrepeso, estos no son suficientes para explicar los niveles de aumento a nivel de la población en el tiempo. El crecimiento intrauterino, los patrones de alimentación durante la infancia y la primera infancia son determinantes significativos del sobrepeso en niños, lo que, a su vez, aumenta el riesgo de obesidad en la vida adulta. Otros factores clave de riesgo para el sobrepeso y la obesidad incluyen una mayor disponibilidad e ingesta de alimentos densos en energía que son altos en grasas o azúcares, prácticas dietéticas deficientes y una disminución de la actividad física. Los niños y niñas con sobrepeso también tienen un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) a lo largo de su vida (OMS, 2014b; FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2019).

A nivel global, en 2022, el sobrepeso afectó al 5,6 % de los niños y niñas menores de 5 años. En América Latina y el Caribe, la prevalencia fue de 8,6 %, es decir, 3 puntos porcentuales por encima de la estimación mundial. Asimismo, la región ha experimentado un aumento más acelerado del sobrepeso en menores de 5 años en comparación con la estimación mundial. Entre 2012 y 2022, la prevalencia regional aumentó en 1,2 puntos porcentuales, mientras que a nivel mundial este aumento fue de tan solo 0,1 puntos porcentuales. Durante el período de 2020 y 2022, mientras que a nivel mundial la prevalencia del sobrepeso infantil se mantuvo estable, en la región aumentó del 8,3 % al 8,6 %, con incrementos más notables en Sudamérica (0,4 puntos porcentuales), aumentos más leves en Mesoamérica (0,2 puntos porcentuales) y estabilidad en el Caribe.

La región albergó un total de 4,2 millones de niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso en 2022, de los cuales 3 millones se encuentran en Sudamérica, 1 millón en Mesoamérica y 200 000 en el Caribe (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023).

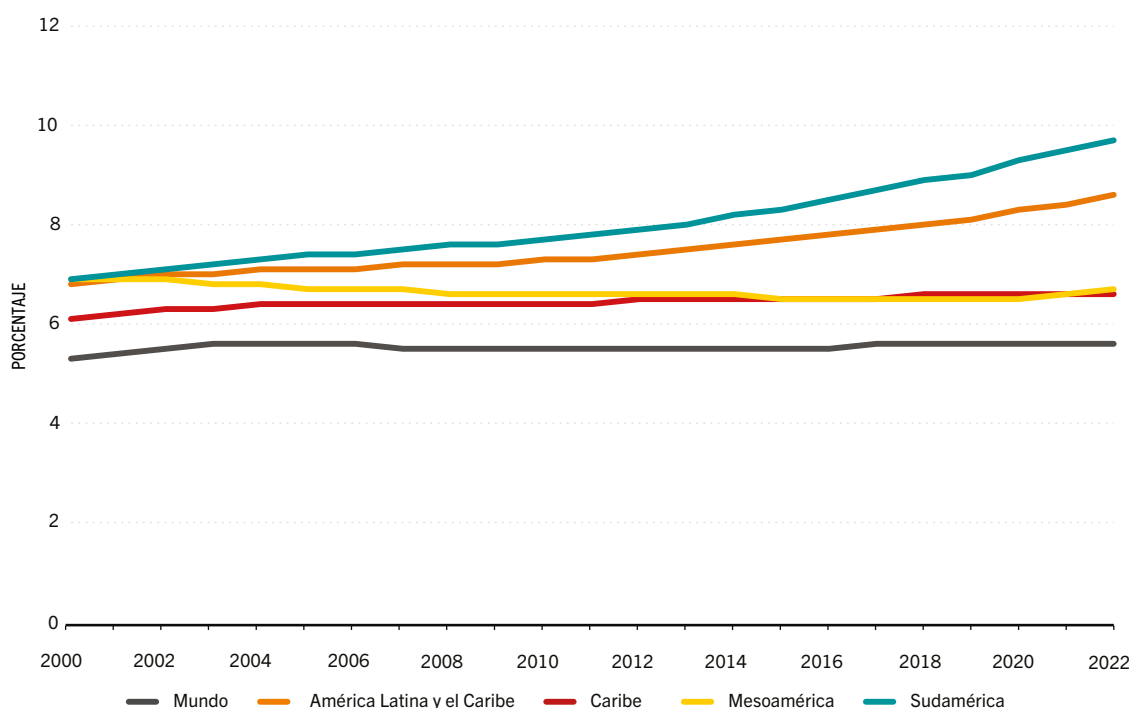
La **FIGURA 14** ilustra la tendencia regional, que fue impulsada principalmente por Sudamérica. En esta subregión, la prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años en 2022 fue del 9,7 %, lo que representa un aumento de 1,8 puntos porcentuales desde 2012. En cambio, en Mesoamérica y el Caribe, el aumento en el mismo período fue de 0,1 puntos porcentuales, con prevalencias del 6,7 % y el 6,6 %, respectivamente.

La meta de la AMS para 2025 busca evitar el aumento del sobrepeso en menores de 5 años, mientras la meta de los ODS para 2030 consiste en reducir y mantener el sobrepeso en menores de 5 años por debajo del 3 %. Para lograrlo, es necesario revertir la tendencia en la región. Cabe señalar que América Latina y el Caribe es la única región donde ningún país está en camino de alcanzar esta meta para 2030. De hecho, más del 50 % de los países de la región no han logrado progresar, casi el 25 %

ha mostrado niveles más altos de sobrepeso en comparación con 2012, y solo dos países han avanzado significativamente, aunque no lo suficiente para alcanzar la meta de 2030 (UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2023).

FIGURA 14

Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 10

Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2020	2022
Mundo	5,3	5,6	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6
América Latina y el Caribe	6,8	7,1	7,3	7,4	7,7	8,3	8,6
Caribe	6,1	6,4	6,4	6,5	6,5	6,6	6,6
Mesoamérica	6,9	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5	6,7
Sudamérica	6,9	7,4	7,7	7,9	8,3	9,3	9,7

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

En las últimas dos décadas, la prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en la región ha empeorado, y varios países han mostrado aumentos significativos en la prevalencia desde el año 2000. En particular, Trinidad y Tabago destaca con un aumento de 8,3 puntos porcentuales; seguido del Ecuador, con 8,1 puntos porcentuales; y el Paraguay, con 7,8 puntos porcentuales. Además, Brasil y Barbados han mostrado un aumento en la prevalencia de 4,2 y 3,6 puntos porcentuales, respectivamente (FIGURA 15)⁹.

Por otro lado, entre 2000 y 2022, se han observado reducciones significativas de la prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años en Belice (6 puntos porcentuales) y en Chile (2,7 puntos porcentuales). También se registraron descensos en Guatemala (1,4 puntos porcentuales), y reducciones de entre 0,6 y 0,4 puntos porcentuales en Jamaica, el Perú, México y Santa Lucía.

En el periodo entre 2020 y 2022, el sobrepeso en menores de 5 años aumentó en el Ecuador (0,9 puntos porcentuales) y el Paraguay (0,8 puntos porcentuales). El Perú y el Uruguay experimentaron un aumento de 0,7 puntos porcentuales, mientras en la Argentina y Brasil este fue de 0,6 puntos porcentuales. En contraste, Belice, Guyana y Jamaica mostraron reducciones de entre 0,3 y 0,4 puntos porcentuales (CUADRO 24).

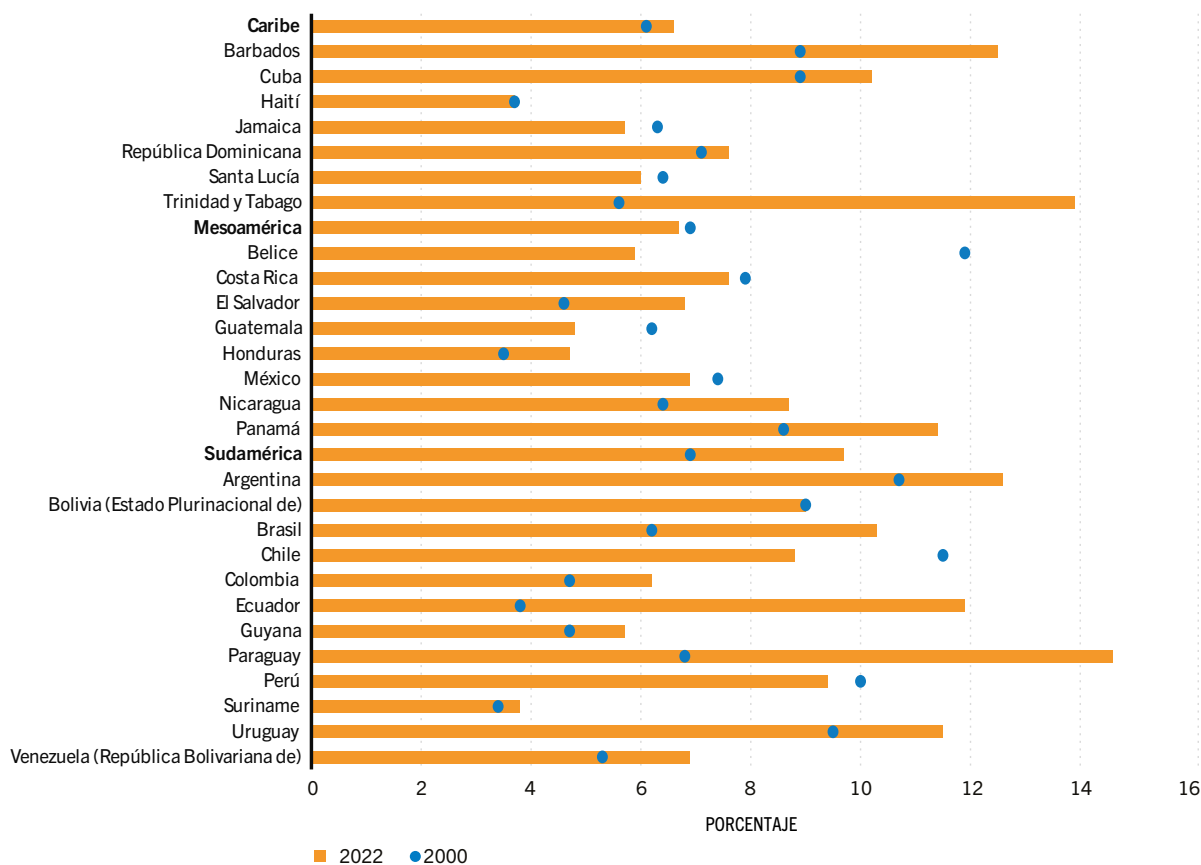
En 2022, algunos de los países con mayor prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años fueron el Paraguay (14,6 %), Trinidad y Tabago (13,9 %), la Argentina (12,6 %), Barbados (12,5 %), el Ecuador (11,9 %) y el Uruguay (11,5 %). Aunque hay pocos países en la región que han mostrado progresos, algunos muestran una prevalencia por debajo de la estimación mundial, incluyendo a Haití (3,7 %), Suriname (3,8 %), Honduras (4,7 %), Guatemala (4,8 %), Guyana (5,7 %) y Jamaica (5,7 %).

Es importante destacar que las tres subregiones se situaron por encima de la estimación mundial del 5,6 % y ninguna de ellas está en camino de alcanzar la meta de los ODS. Además, desde el año 2000 se ha observado un persistente aumento de este indicador tanto en Sudamérica como en el Caribe. En Mesoamérica, si bien la prevalencia mostró una tendencia a la baja en el período de 2000-2020, experimentó un ligero incremento en 2022.

⁹ Ver Cuadro 24 en Anexo I.

FIGURA 15

Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2022 (porcentaje)



Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

2.4 ANEMIA EN MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS

La anemia se caracteriza por niveles bajos de hemoglobina en la sangre y tiene graves implicaciones para la salud. Es una afección compleja que puede tener diversas causas, incluyendo deficiencias de hierro y otras deficiencias nutricionales, infecciones, inflamación, condiciones ginecológicas y obstétricas, o trastornos hereditarios de glóbulos rojos. Las mujeres embarazadas, en particular, tienen un mayor requerimiento de hierro, lo que las ubica en un grupo de especial riesgo de padecer anemia, una condición que se asocia a un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil (OMS, 2023a; OMS, 2023b).

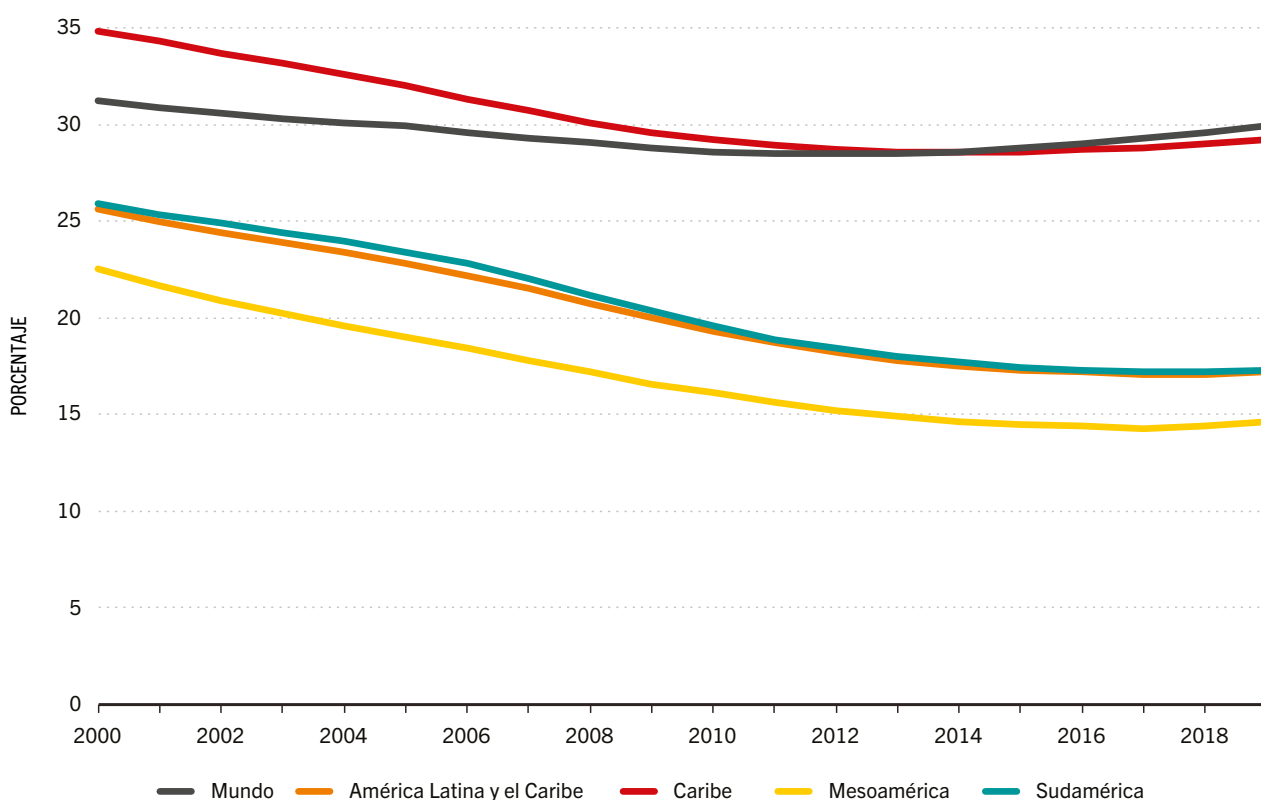
En América Latina y el Caribe, la anemia afectó al 17,2 % de mujeres de 15 a 49 años en 2019 (equivalente a 29,6 millones de mujeres). Este porcentaje se encuentra

significativamente por debajo de la estimación mundial del 29,9 %. La prevalencia de la anemia en este grupo fue del 17,3 % en Sudamérica y el 14,6 % en Mesoamérica. En cambio, en el Caribe, la tasa de anemia alcanzó el 29,2 %, situándose muy cerca de la estimación mundial (FIGURA 16).

Aunque la prevalencia de la anemia ha disminuido en todas las subregiones en comparación con el año 2000, se ha observado un estancamiento en la región desde 2014. En particular en el Caribe la prevalencia aumentó 0,6 puntos porcentuales entre 2015 y 2019.

FIGURA 16

Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2019 (porcentaje)



Nota: Las estimaciones se refieren a mujeres de 15 a 49 años, incluidas las embarazadas, las no embarazadas y las lactantes, y se ajustaron en función de la altitud y el tabaquismo. La OMS define la anemia en mujeres embarazadas como una concentración de hemoglobina <110 g/L al nivel del mar, y la anemia en mujeres no embarazadas y lactantes como una concentración de hemoglobina <120 g/L.
 Fuente: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository*. Ginebra. [Consultado en abril de 2023].
https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children

CUADRO 11

Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2019
Mundo	31,2	29,9	28,6	28,5	28,8	29,9
América Latina y el Caribe	25,6	22,8	19,3	18,2	17,3	17,2
Caribe	34,8	32,0	29,2	28,7	28,6	29,2
Mesoamérica	22,5	19,0	16,1	15,2	14,5	14,6
Sudamérica	25,9	23,4	19,6	18,4	17,4	17,3

Nota: Las estimaciones se refieren a mujeres de 15 a 49 años, incluidas las embarazadas, las no embarazadas y las lactantes, y se ajustaron en función de la altitud y el tabaquismo. La OMS define la anemia en mujeres embarazadas como una concentración de hemoglobina <110 g/L al nivel del mar, y la anemia en mujeres no embarazadas y lactantes como una concentración de hemoglobina <120 g/L.

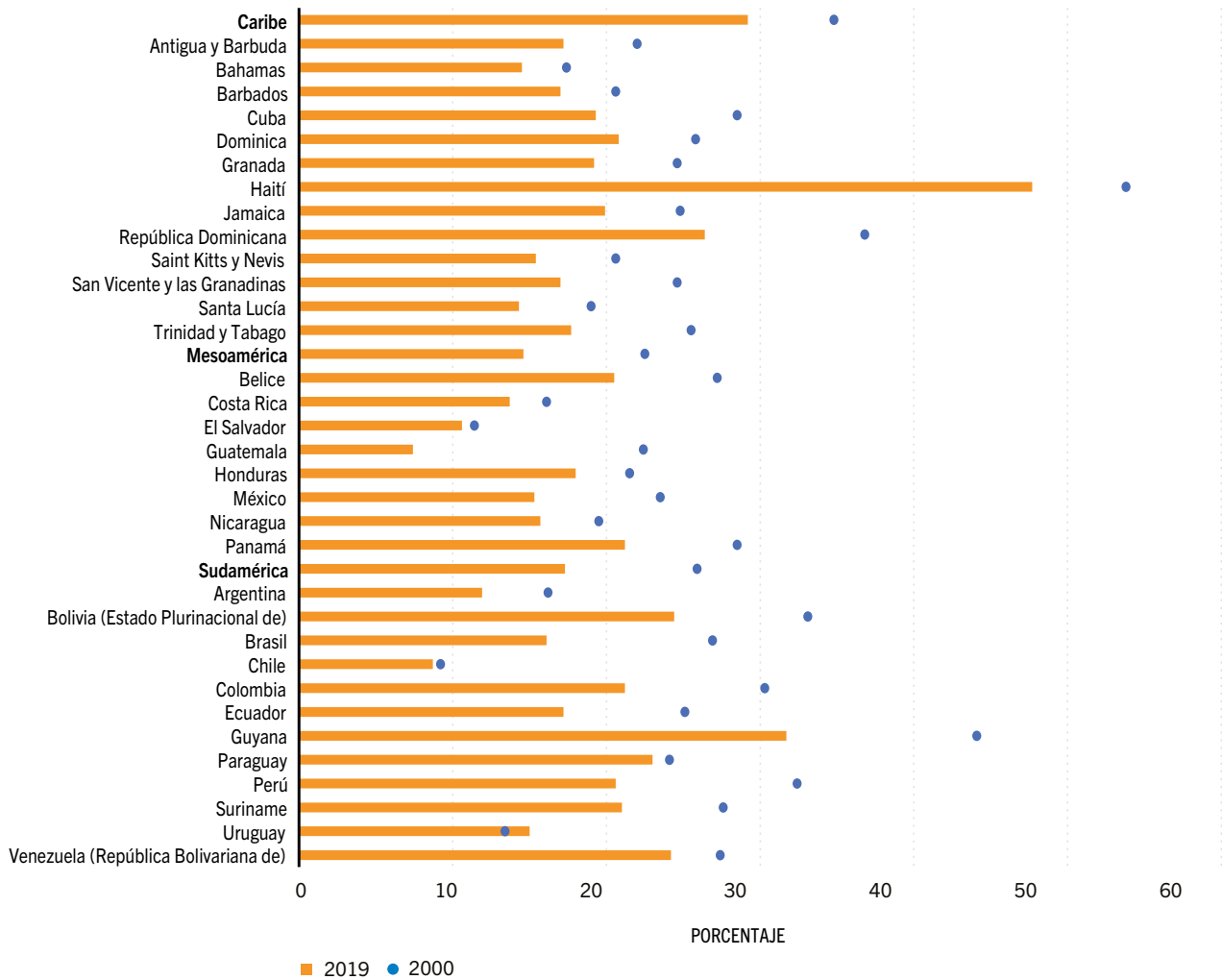
Fuente: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository*. Ginebra. [Consultado en abril de 2023]. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children

Entre los países de la región que presentan una alta prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva, se destacaron Haití con la cifra más elevada (47,7 %), seguido de Guyana (31,7 %) y la República Dominicana (26,4 %). En contraste, los países con las tasas más bajas fueron Chile (8,7 %) y Guatemala (7,4 %). En el periodo de 2000 y 2019, todos los países de la región, con excepción del Uruguay, redujeron la prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años. Entre estos, Guatemala lideró este progreso con una reducción del 67 %. Brasil logró una disminución del 40 %, mientras que Colombia, el Ecuador, México, el Perú, San Vicente y las Granadinas, así como Trinidad y Tabago, redujeron la prevalencia de la anemia en más del 30 % (FIGURA 17)¹⁰.

¹⁰ Ver Cuadro 25 en Anexo I.

FIGURA 17

Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 49 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2019 (porcentaje)



Nota: Las estimaciones se refieren a mujeres de 15 a 49 años, incluidas las embarazadas, las no embarazadas y las lactantes, y se ajustaron en función de la altitud y el tabaquismo. La OMS define la anemia en mujeres embarazadas como una concentración de hemoglobina <110 g/L al nivel del mar, y la anemia en mujeres no embarazadas y lactantes como una concentración de hemoglobina <120 g/L.
 Fuente: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository*. Ginebra. [Consultado en abril de 2023].
https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children



CAPÍTULO 3

INDICADORES NUTRICIONALES ADICIONALES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Mensajes principales

- En América Latina y el Caribe, casi una cuarta parte de la población adulta estaba afectada por la obesidad en 2016, siendo este el último año con datos disponibles. Esta prevalencia estuvo muy por encima de la estimación mundial del 13,1 %. Mesoamérica fue la subregión que presentó la mayor prevalencia de la obesidad en adultos en 2016 (27,3 %), mientras que en el Caribe alcanzó el 24,7 % y en Sudamérica el 23,0 %.
- Entre 2000 y 2016, la obesidad en adultos aumentó considerablemente en la región. Aumentó en 9,5 puntos porcentuales en el Caribe; en 8,2 puntos porcentuales en Mesoamérica; y en 7,2 puntos porcentuales en Sudamérica. En comparación, el incremento a nivel mundial en el mismo período fue de 4,4 puntos porcentuales.
- La prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en la región fue del 42,6 % en 2021, situándose por debajo de la estimación mundial del 47,7 %. Sin embargo, ha habido mejoras significativas en este indicador desde 2012, con un destacado aumento de 16 puntos porcentuales en Mesoamérica. La prevalencia en Sudamérica fue de un 46,8 %, en Mesoamérica de un 37,7 % y en el Caribe de un 31,4 %.
- La prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe fue inferior a la estimación mundial, situándose en un 9,6 % en comparación con el 14,7 % a nivel mundial, con importantes diferencias por subregiones.

Esta sección evalúa el progreso hacia el logro de tres metas mundiales de nutrición adicionales aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Estas se relacionan con: obesidad en adultos, lactancia materna exclusiva y bajo peso al nacer.

■ 3.1 OBESIDAD EN ADULTOS

El sobrepeso y la obesidad se definen como un peso corporal elevado en relación a la estatura, como consecuencia de una acumulación excesiva de grasa. Según la OMS, en términos poblacionales, la obesidad en adultos se determina cuando el índice de

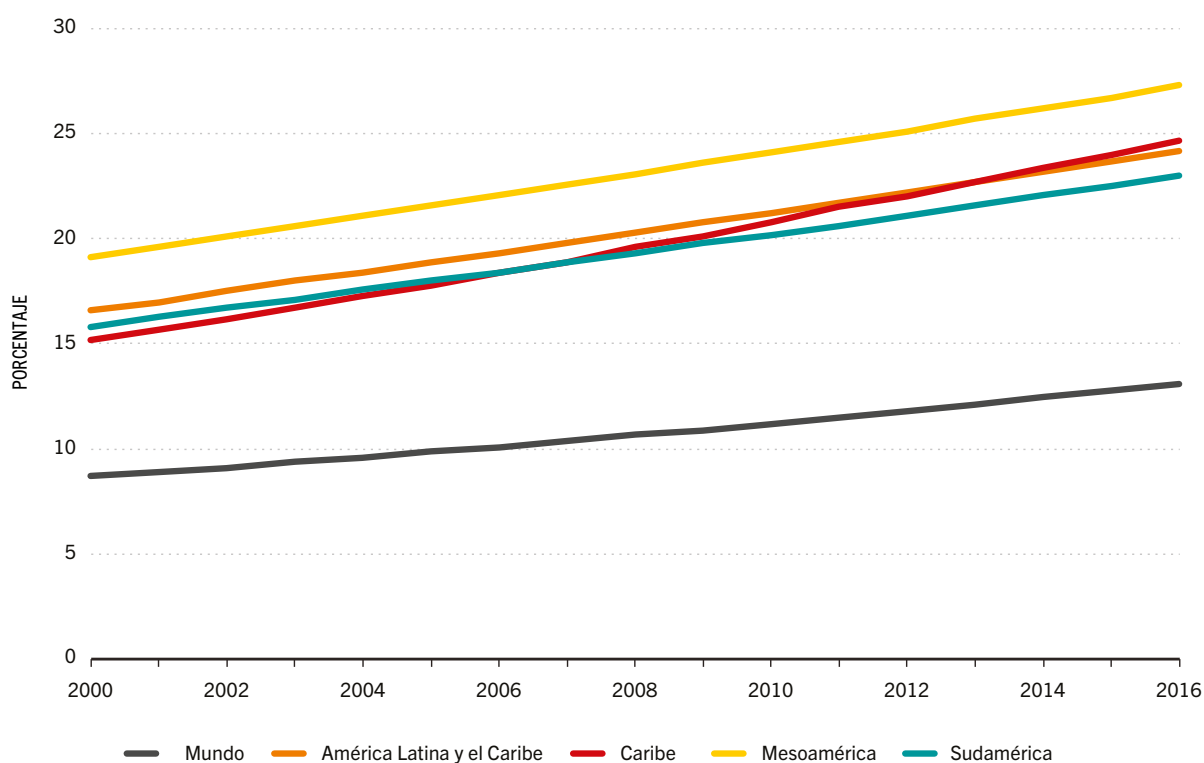
masa corporal (IMC)¹¹ es igual o superior a 30 kg/m² (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2022).

El sobrepeso y la obesidad tienen tanto impactos inmediatos como potencialmente a largo plazo en la salud. Entre los impactos inmediatos se incluyen dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas, hipertensión, marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. Por otro lado, los impactos a largo plazo están relacionadas con un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles (OMS, 2014b).

En América Latina y el Caribe, la obesidad afectó al 24,2 % de la población adulta en 2016, lo que equivale a 106 millones de personas. Esta cifra superó significativamente la estimación mundial del 13,1 %. Asimismo, la prevalencia de la obesidad aumentó considerablemente en todas las subregiones, entre 2000 y 2016, con un ascenso de 9,5 puntos porcentuales en el Caribe; 8,2 puntos porcentuales en Mesoamérica; y 7,2 puntos porcentuales en Sudamérica. Entre las subregiones, Mesoamérica mostró la mayor prevalencia de la obesidad en adultos (27,3 %), seguida por el Caribe (24,7 %) y finalmente por Sudamérica (23 %) (FIGURA 18).

FIGURA 18

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2016 (porcentaje)



Fuente: OMS. 2020. Global Health Observatory (GHO) repositorio de datos. En: OMS. Ginebra. [Consultado en abril de 2020]. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

¹¹ El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre peso y altura que se utiliza con frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su altura en metros (kg/m²).

CUADRO 12

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2014	2015	2016
Mundo	8,7	9,9	11,2	11,8	12,5	12,8	13,1
América Latina y el Caribe	16,6	18,9	21,2	22,2	23,2	23,7	24,2
Caribe ^a	15,2	17,8	20,8	22,0	23,4	24,0	24,7
Mesoamérica	19,1	21,6	24,1	25,1	26,2	26,7	27,3
Sudamérica	15,8	18,0	20,2	21,1	22,1	22,5	23,0

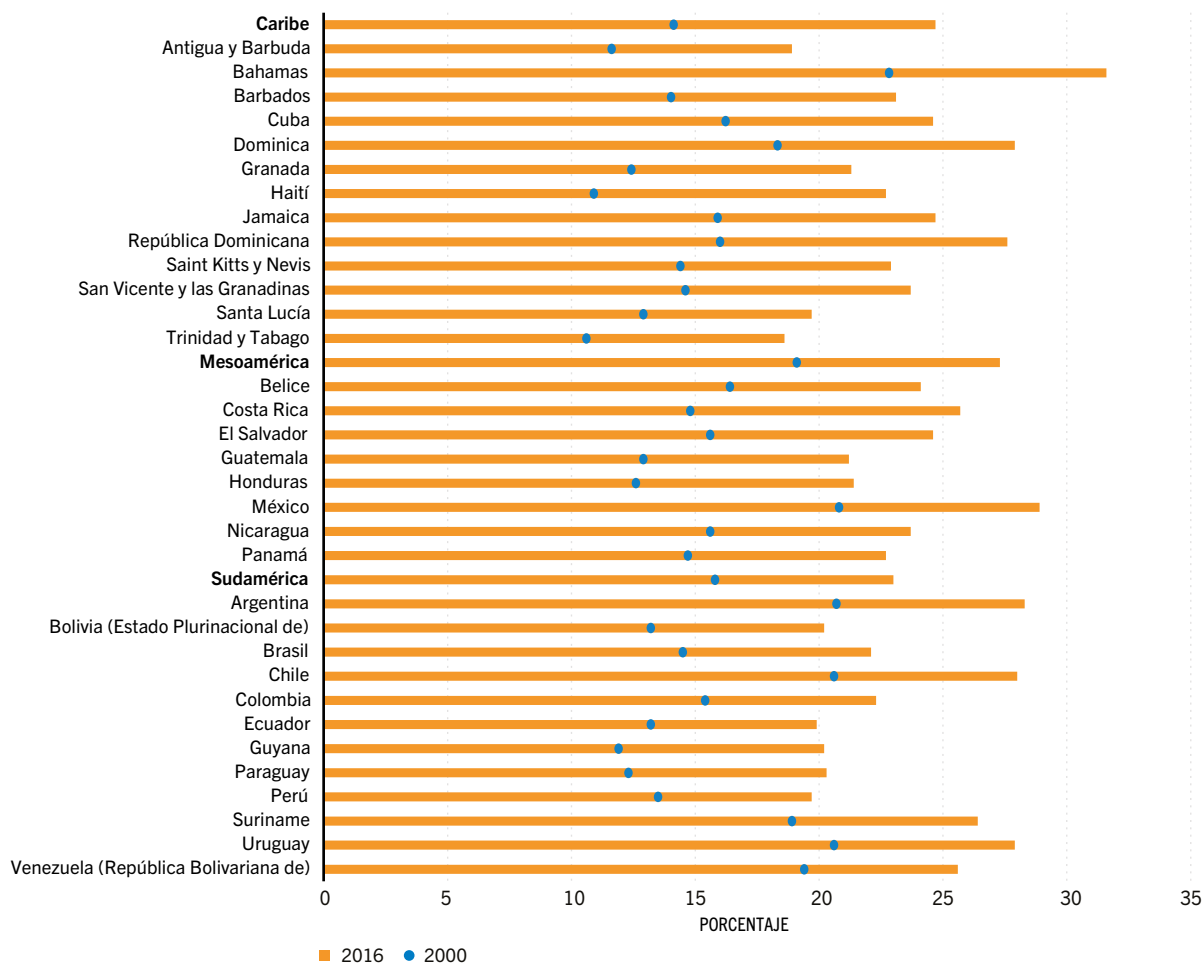
Fuente: OMS. 2020. Global Health Observatory (GHO) repositorio de datos. En: OMS. Ginebra. [Consultado en abril de 2020]. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

Durante el período comprendido entre 2000 y 2016, la obesidad en adultos aumentó en todos los países de la región. Destacan los casos de Costa Rica, la República Dominicana y Haití, con un incremento de más de 10 puntos porcentuales. Por su parte, las Bahamas registraron una de las prevalencias más elevadas en 2016, superando el 30 %. Además, en la Argentina, Chile, Costa Rica, Dominica, la República Dominicana, México, Suriname y el Uruguay, la obesidad afectó a más del 25 % de la población adulta (FIGURA 19)¹².

¹² Ver Cuadro 26 en Anexo I.

FIGURA 19

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2016 (porcentaje)



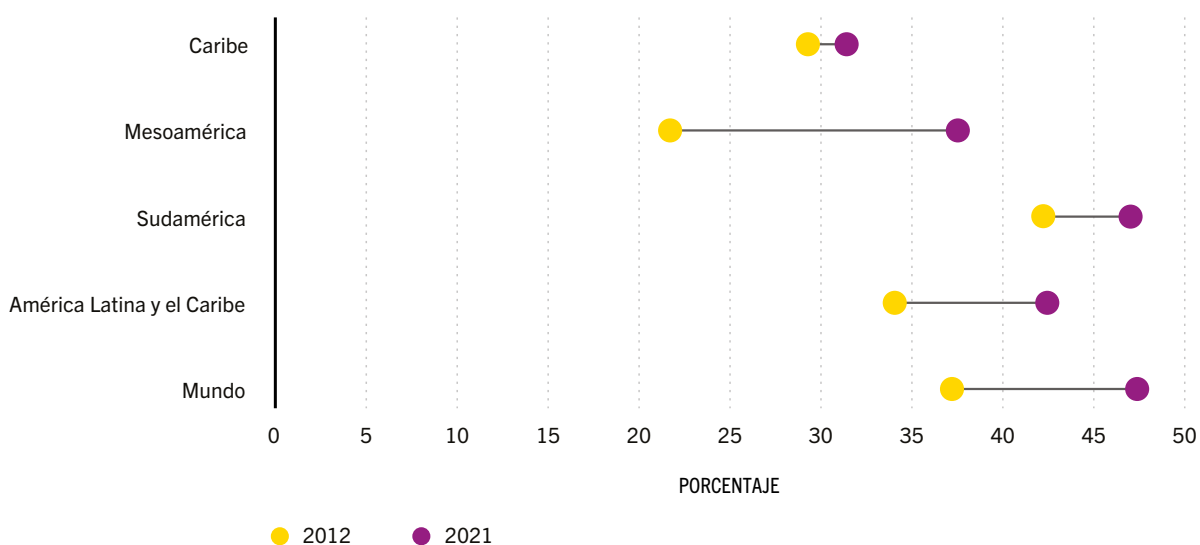
Fuente: OMS. 2020. Global Health Observatory (GHO) repositorio de datos. En: OMS. Ginebra. [Consultado en abril de 2020]. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

3.2 PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida aporta innumerables beneficios tanto para el lactante como para la madre. Uno de los beneficios más destacados es su capacidad para proteger al lactante contra infecciones gastrointestinales. Es importante destacar que este beneficio no se limita a países de bajos ingresos, sino que también se ha demostrado en países de ingresos altos. La lactancia materna es una de las prácticas más poderosas en la promoción de la supervivencia y el bienestar infantil, ya que brinda protección contra enfermedades crónicas y potencialmente mortales, promueve un crecimiento sano y un desarrollo infantil adecuado, y fomenta el desarrollo saludable del cerebro (OMS, 2021; UNICEF, 2018).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida fue del 42,6 % en 2021, por debajo de la estimación mundial del 47,7 %. Al observar cada subregión, Sudamérica mostró la prevalencia más alta, con 46,8 %, seguida de Mesoamérica, con 37,7 %; y el Caribe, con 31,4 %. Aunque la región estuvo por debajo de la estimación mundial, se han logrado mejoras significativas en este indicador desde 2012. Mesoamérica destacó como la subregión con el mayor progreso, con un aumento de la prevalencia de 16 puntos porcentuales, mientras que Sudamérica aumentó en 4,6 puntos porcentuales y el Caribe en 2 puntos porcentuales (FIGURA 20).

FIGURA 20
Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por subregión, 2012 y 2021 (porcentaje)



Fuente: UNICEF. 2022. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: *UNICEF*. Ginebra. [Consultado en abril de 2023]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

CUADRO 13

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2012	2021
Mundo	37,0	47,7
América Latina y el Caribe	34,3	42,6
Caribe	29,4	31,4
Mesoamérica	21,7	37,7
Sudamérica	42,2	46,8

Fuente: UNICEF. 2022. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: *UNICEF*. Ginebra. [Consultado en abril de 2023]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

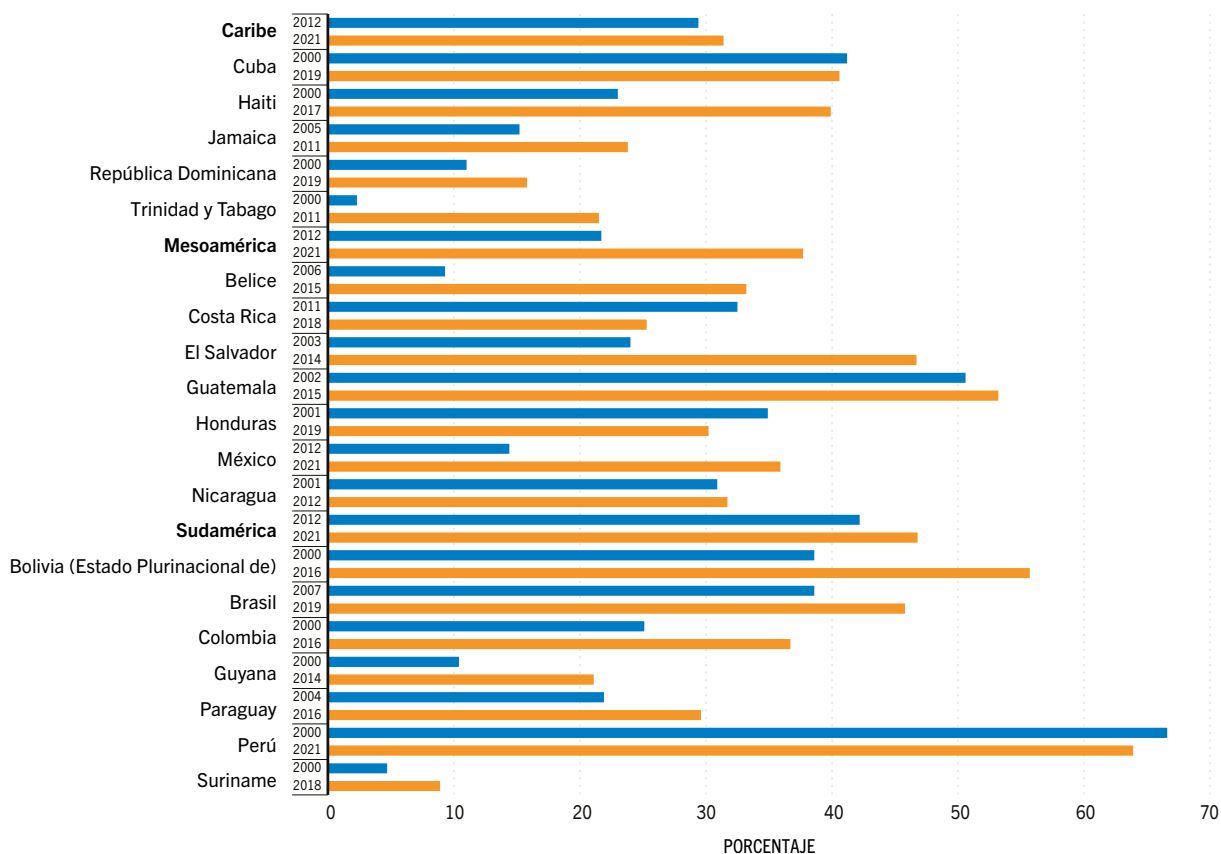
En la **FIGURA 21**¹³ se observa que los países de la región con mayor prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida fueron el Perú (63,9 %), el Estado Plurinacional de Bolivia (55,7 %) y Guatemala (53,2 %). Entre los países que han mejorado según los datos más recientes y en diferentes periodos de tiempo¹⁴ se encuentran Belice, con un aumento de 23,9 puntos porcentuales entre 2006 y 2015; México, con 21,5 puntos porcentuales entre 2012 y 2021; el Estado Plurinacional de Bolivia, con 17,1 puntos porcentuales entre 2000 y 2016; Haití, con 16,6 puntos porcentuales entre 2000 y 2017; y Colombia, con 11,6 puntos porcentuales entre 2000 y 2016. Por el contrario, algunos países mostraron un descenso en este indicador, como Cuba, con 0,6 puntos porcentuales entre 2000 y 2019; el Perú, con 2,7 puntos porcentuales entre 2000 y 2021; Honduras con 4,7 puntos porcentuales entre 2001 y 2019; y Costa Rica con 7,2 puntos porcentuales, entre 2011 y 2018.

¹³ Ver Cuadro 27 en Anexo I.

¹⁴ Este análisis incluye diferentes periodos para cada país, según la información más reciente disponible.

FIGURA 21

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)



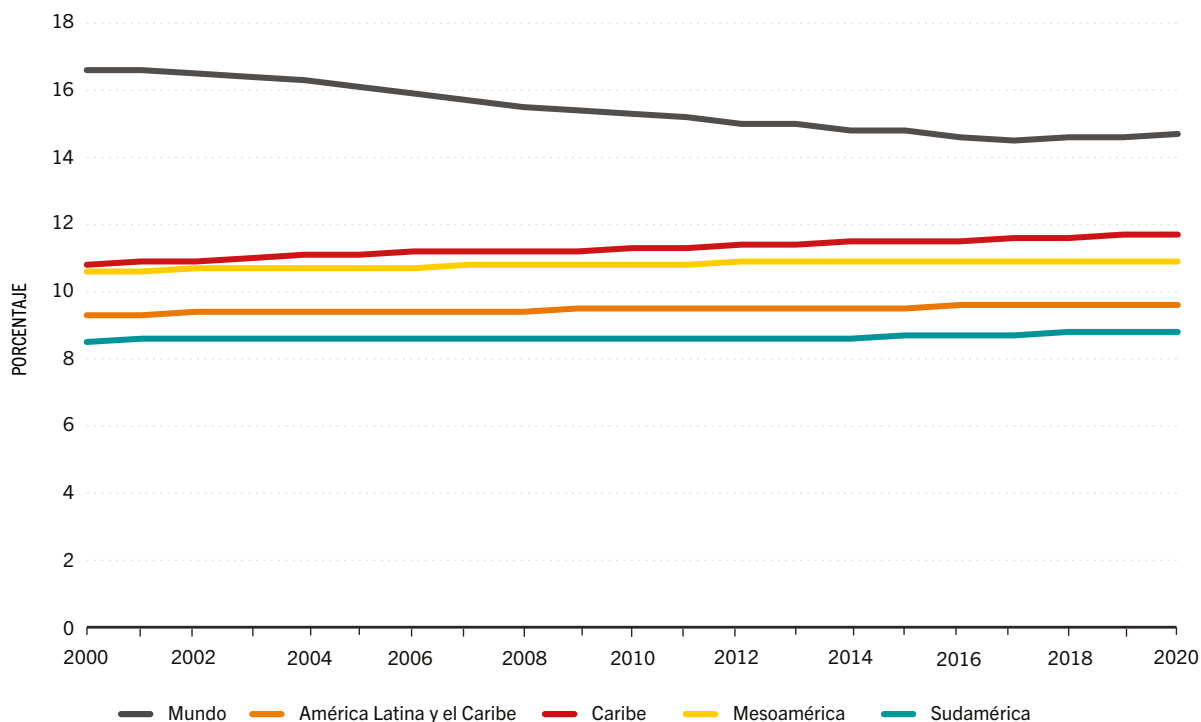
Fuente: UNICEF. 2022. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: *UNICEF*. Ginebra. [Consultado abril de 2023]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

3.3 PREVALENCIA DEL BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacer, definido por la OMS como un peso inferior a 2,5 kg (5,5 lb), puede ser causado por un retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad o ambos, y constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Se asocia con una serie de consecuencias a corto y largo plazo, como la mortalidad y morbilidad fetal y neonatal, alteraciones en el crecimiento y el desarrollo cognitivo, así como un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (OMS, 2014c).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia del bajo peso al nacer es menor a la estimación mundial. En 2020, esta prevalencia en la región fue del 9,6 %, en contraste con el 14,7 % a nivel mundial. Como se ilustra en la FIGURA 22, no se han observado grandes variaciones desde el año 2000. Globalmente, la prevalencia se redujo en 1,9 puntos porcentuales entre 2000 y 2020, mientras que en la región aumentó ligeramente en 0,3 puntos porcentuales. Al analizar por subregiones, el Caribe muestra una prevalencia del 11,7 %, seguido por Mesoamérica con un 10,9 %, y finalmente Sudamérica con 8,8 %. Esto indica que las tres subregiones se encuentran por debajo de la prevalencia mundial.

FIGURA 22
Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por subregión, 2000-2020 (porcentaje)



Fuente: UNICEF y OMS. 2023. *UNICEF-WHO joint low birthweight estimates, levels and trends 2000-2020*. Nueva York, UNICEF. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-nutritional-status-and-food-safety-and-events/joint-low-birthweight-estimates>

CUADRO 14

Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2019	2020
Mundo	16,6	16,1	15,3	14,8	14,6	14,7
América Latina y el Caribe	9,3	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
Caribe	10,8	11,1	11,3	11,5	11,7	11,7
Mesoamérica	10,6	10,7	10,8	10,9	10,9	10,9
Sudamérica	8,5	8,6	8,6	8,7	8,8	8,8

Fuente: UNICEF y OMS. 2023. *UNICEF-WHO joint low birthweight estimates, levels and trends 2000-2020*. Nueva York, UNICEF. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-nutritional-status-and-food-safety-and-events/joint-low-birthweight-estimates>

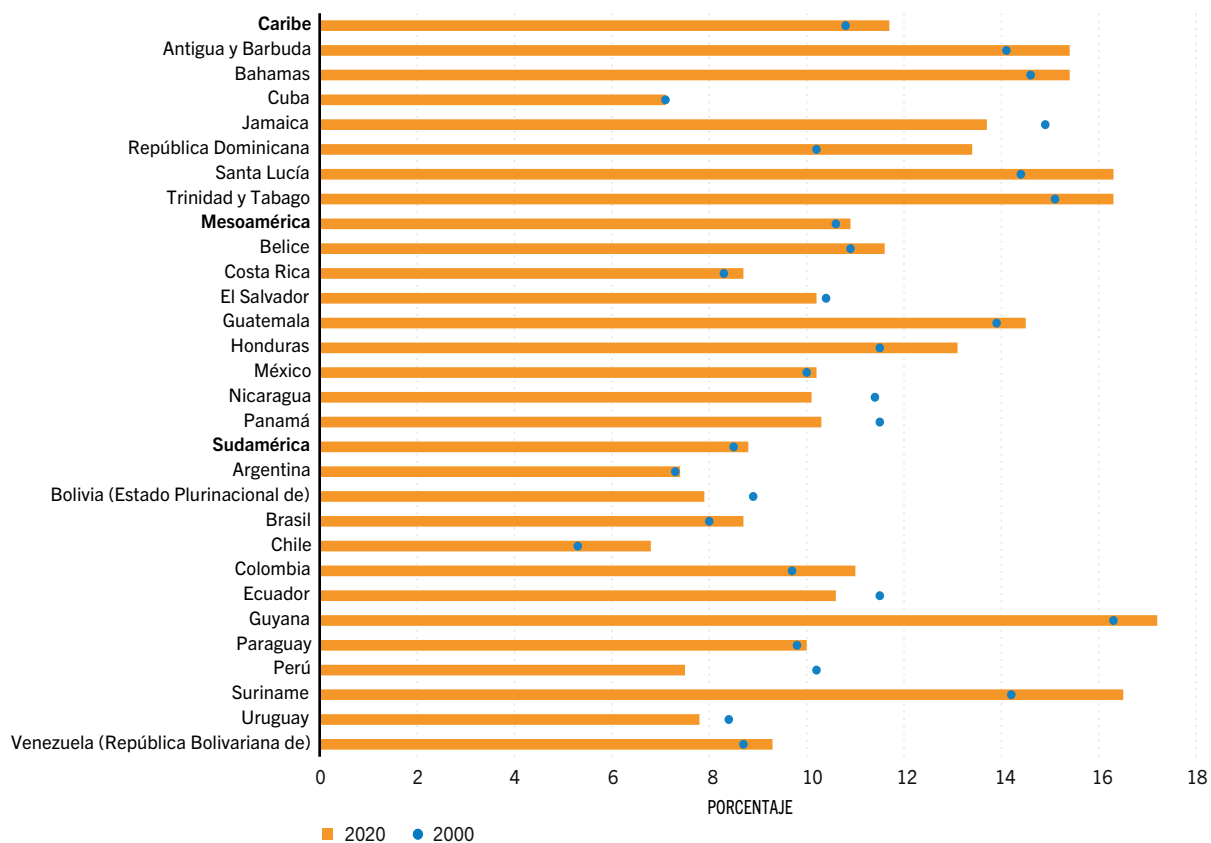
La **FIGURA 23**¹⁵ presenta los datos más recientes disponibles sobre el bajo peso al nacer en los países de la región. En 2020, los países con mayor prevalencia fueron Guyana (17,2 %), Suriname (16,5 %), Santa Lucía (16,3 %) y Trinidad y Tabago (16,3 %). Por otro lado, Chile (6,8 %), Cuba (7,1 %) y la Argentina (7,4 %) registraron las tasas más bajas en la región. En el período 2000-2020, se destaca la notable mejoría del Perú, con una reducción de 2,7 puntos porcentuales, seguido de Nicaragua, con 1,3 puntos porcentuales, y Panamá y Jamaica, con una disminución de 1,2 puntos porcentuales cada uno. En contraste, los países con los mayores aumentos para el mismo período fueron la República Dominicana, con 3,2 puntos porcentuales; Suriname, con 2,3 puntos porcentuales; y Santa Lucía, con 1,9 puntos porcentuales.

La mayoría de los países de la región registraron una mayor prevalencia del bajo peso al nacer en 2020 en comparación al año 2000. Solo ocho países han mostrado mejoras en este período: el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Panamá, el Perú y el Uruguay.

¹⁵ Ver Cuadro 28 en Anexo I.

FIGURA 23

Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2000 y 2020 (porcentaje)



Fuente: UNICEF y OMS. 2023. *UNICEF-WHO joint low birthweight estimates, levels and trends 2000-2020*. Nueva York, UNICEF. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-nutritional-status-and-food-safety-and-events/joint-low-birthweight-estimates>

CAPÍTULO 4

ACTUALIZACIÓN DEL COSTO Y ASEQUIBILIDAD DE LA DIETA SALUDABLE

Mensajes principales

- El costo promedio de una dieta saludable a nivel mundial en 2021 fue de 3,66 dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA) por persona al día. América Latina y el Caribe fue la región que presentó el costo más alto de una dieta saludable, alcanzando 4,08 dólares PPA por persona al día en 2021. Le siguen Asia, con 3,90 dólares PPA; África con 3,57 dólares PPA; América del Norte y Europa, con 3,22 dólares PPA; y finalmente Oceanía, con 3,20 dólares PPA.
- Entre 2020 y 2021, el costo de una dieta saludable aumentó en un 5,3 % en la región, un incremento que se puede explicar por el aumento de la inflación alimentaria impulsado por los confinamientos, las interrupciones en la cadena de suministro mundial y la escasez de recursos humanos que se produjeron durante este período.
- A nivel subregional, el mayor aumento en el costo entre 2020 y 2021 se registró en Sudamérica (6,4 %), seguido por el Caribe (5 %) y Mesoamérica (4,1 %).
- En el año 2021, 133,4 millones de personas en la región, lo que representa el 22,7 % de la población, no podían permitirse una dieta saludable. Esto marca un aumento de 11,5 millones de personas en comparación con 2020. En el Caribe, esta cifra se eleva al 57%, seguida de Mesoamérica con 22,2 % y Sudamérica con 20,6 %.

El costo de una dieta saludable, publicado por la FAO, se define como el costo, en dólares PPA por persona al día para lograr una ingesta calórica de 2 330 kcal/día. Este cálculo considera la selección de alimentos de menor costo disponibles localmente, que garanticen un equilibrio nutricional y una diversidad de grupos de alimentos. Aunque la composición de una dieta saludable varía entre países y territorios, estas elecciones deben estar en línea con las recomendaciones de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA). Las dietas saludables deben satisfacer las necesidades de energía, macronutrientes (proteínas, grasas y carbohidratos con fibra dietética) y micronutrientes esenciales (vitaminas, minerales y oligoelementos), teniendo en cuenta factores como el sexo, edad, nivel de actividad física y estado fisiológico de

una persona (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2020)¹⁶. Además, deben ser bajas en azúcares libres, edulcorantes artificiales, sodio, grasas saturadas y libres de grasas trans producidas industrialmente.

En 2021, América Latina y el Caribe registró el costo promedio más alto de una dieta saludable en comparación con otras regiones del mundo, alcanzando 4,08 dólares PPA por persona al día, por encima del promedio mundial de 3,66 dólares PPA por persona al día.

Durante el mismo año, a nivel subregional, el Caribe lideró con el costo más alto de una dieta saludable, con 4,41 dólares PPA por persona al día, por encima del promedio regional de 4,08 dólares PPA (CUADRO 15). Por su parte, tanto Sudamérica como Mesoamérica tuvieron costos promedio que están por debajo del promedio regional, de 3,82 y 3,63 dólares PPA por persona al día, respectivamente.

CUADRO 15

Costo de una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión

	Costo (dólares PPA por persona al día)					Variación (%)			
	2017	2018	2019	2020	2021	2017 - 2018	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021
Mundo	3,30	3,36	3,43	3,51	3,66	1,8	2,3	2,3	4,3
América Latina y el Caribe	3,62	3,69	3,78	3,88	4,08	2,0	2,2	2,7	5,3
Caribe	3,84	3,95	4,06	4,20	4,41	3,0	2,8	3,3	5,0
Mesoamérica	3,37	3,42	3,45	3,48	3,63	1,5	1,0	0,8	4,1
Sudamérica	3,42	3,44	3,50	3,59	3,82	0,6	1,9	2,4	6,4

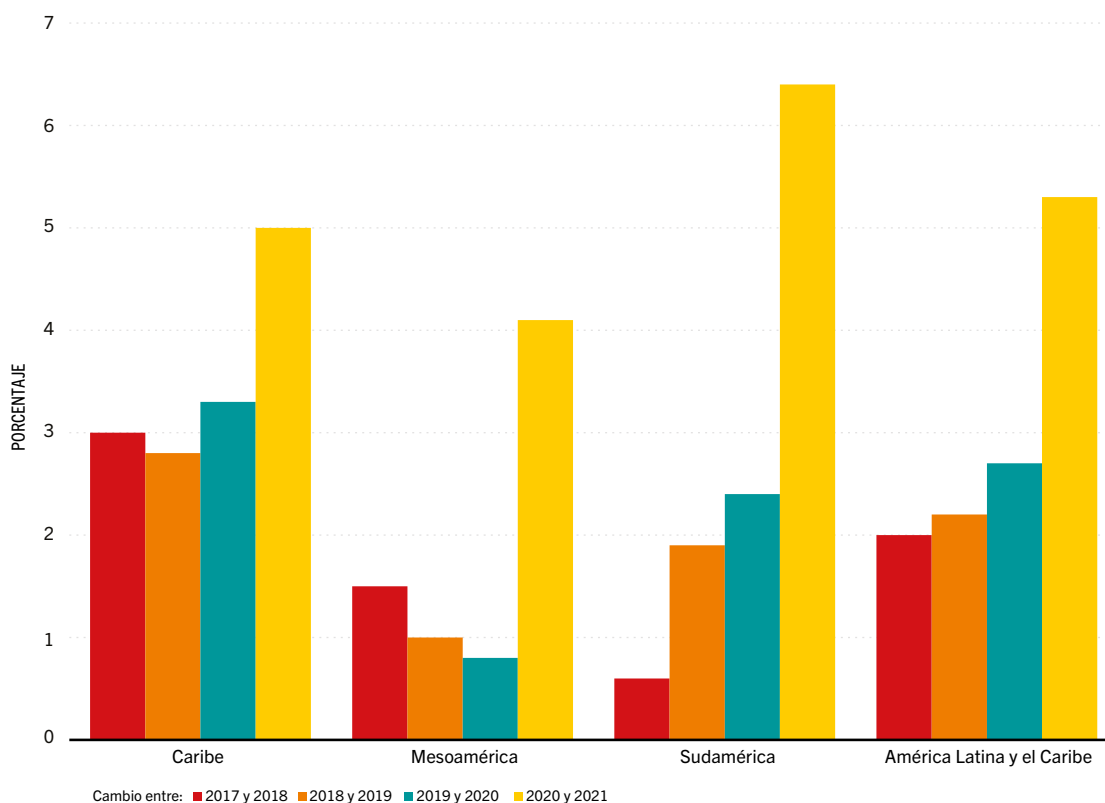
Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

¹⁶ Según esta definición, una dieta saludable se compone de seis grupos de alimentos: grasas; alimentos básicos con almidón; legumbres, nueces y semillas; frutas; vegetales, y alimentos de origen animal.

Como se ve en la FIGURA 24 y el CUADRO 15¹⁷, el costo de una dieta saludable aumentó en un 5,3 % entre 2020 y 2021 a nivel regional. Este incremento está relacionado con el aumento de la inflación alimentaria que se produjo en 2021, impulsado por los confinamientos, las interrupciones en la cadena de suministro mundial y la escasez de recursos humanos como consecuencia de la pandemia (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2023). En este marco, Sudamérica tuvo el mayor aumento, con un 6,5 %; seguida por el Caribe, con un 5 %; y Mesoamérica, con un 4,1 %.

FIGURA 24

Variación en el costo de una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión (porcentaje)



Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

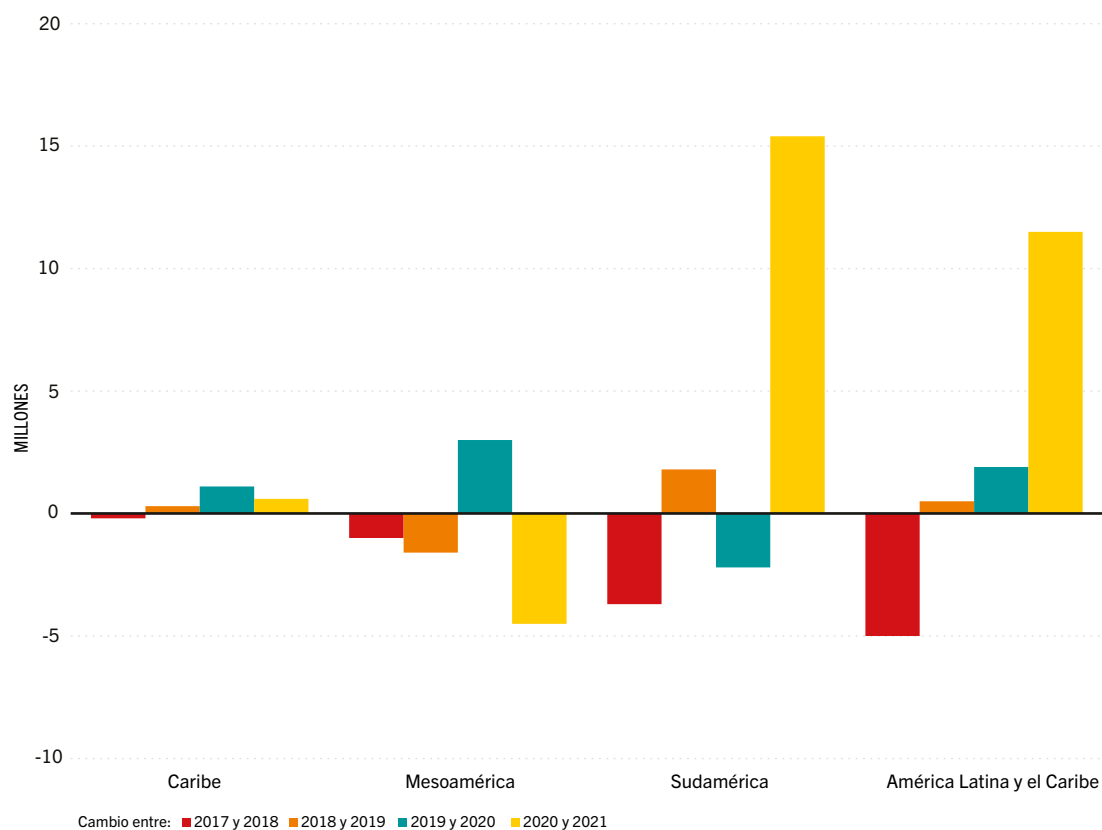
¹⁷ Ver Cuadro 30 en Anexo I.

En 2021, a nivel mundial, un total de 3 140 millones de personas en el mundo no podían permitirse una dieta saludable, lo que representa el 42,2 % de la población mundial (CUADRO 16). Aunque esto representa una disminución de 52 millones de personas con respecto a 2020, estas cifras aún están por encima de los niveles previos a la pandemia, con un aumento de 134 millones de personas en 2021 en comparación con 2019. En el caso de América Latina y el Caribe, el 22,7 % de la población, es decir, 133,4 millones de personas, no tuvo acceso a una dieta saludable. Del total, un 62,8 % se concentró en Sudamérica, con 83,8 millones; seguido de Mesoamérica, con 34,2 millones; y el Caribe, con 15,4 millones. Como se observa en el CUADRO 29, en 2021, más de la mitad de la población en el Caribe no pudo acceder a una dieta saludable (57 %), seguido de Mesoamérica (22,2 %) y Sudamérica (20,6 %).

La FIGURA 25 y el CUADRO 16 revelan que, entre 2020 y 2021, el número de personas en la región que no pudo acceder a una dieta saludable aumentó en 11,5 millones. Esto se debe principalmente al aumento en Sudamérica, donde 15,4 millones de personas adicionales no pudieron acceder a una dieta saludable, mientras que en el Caribe esta cifra aumentó en 600 000 personas. No obstante, en Mesoamérica la situación es diferente, ya que 4,5 millones de personas más tuvieron acceso a una dieta saludable en 2021 en comparación con el año anterior.

FIGURA 25

Variación en el número de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión (millones)



Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

CUADRO 16

Número de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por subregión

	Número de personas (millones)					Variación (millones de personas)			
	2017	2018	2019	2020	2021	2017 - 2018	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021
Mundo	3 124,9	3 019,1	3 005,5	3 191,9	3 139,5	-105,8	-13,6	186,4	-52,4
América Latina y el Caribe	124,5	119,5	120,0	121,9	133,4	-5,0	0,5	1,9	11,5
Caribe	13,6	13,4	13,7	14,8	15,4	-0,2	0,3	1,1	0,6
Mesoamérica	38,3	37,3	35,7	38,7	34,2	-1,0	-1,6	3,0	-4,5
Sudamérica	72,5	68,8	70,6	68,4	83,8	-3,7	1,8	-2,2	15,4

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023].
<https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

El acceso a una dieta saludable varía considerablemente entre subregiones y países (FIGURA 26 Y CUADRO 29). En 2021, Sudamérica experimentó un aumento del 22,5 % en comparación con el año anterior; mientras que en el Caribe, este incremento fue del 4,1 %. En contraste, Mesoamérica mostró una disminución del 11,6 %.

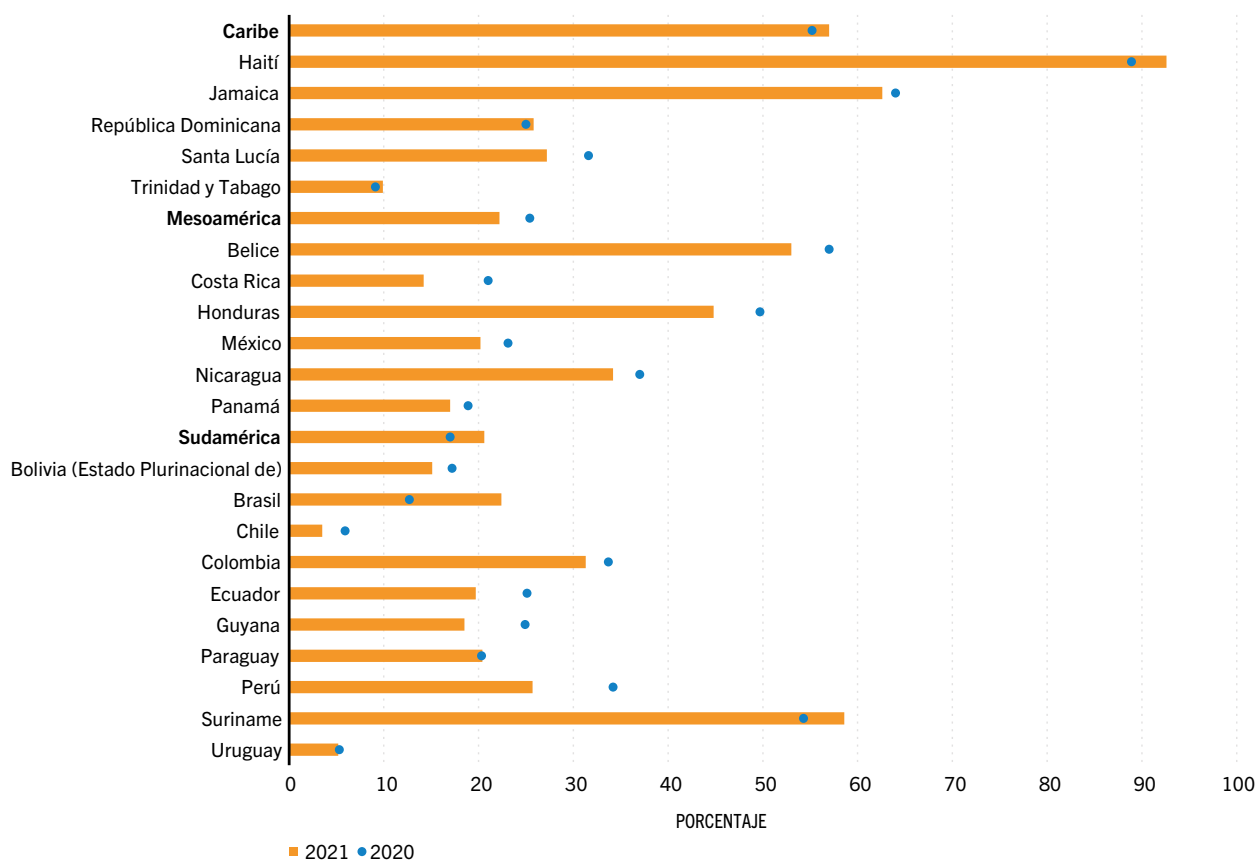
En el Caribe, la mayoría de la población de Haití (92,6 %) no pudo permitirse una dieta saludable, y alrededor de dos tercios de la población de Jamaica (62,6 %), enfrentó la misma dificultad. Por otro lado, los países que presentaron las menores cifras fueron la República Dominicana (25,8 %) y Trinidad y Tabago (9,9 %).

En Mesoamérica, más de la mitad de la población de Belice (53 %) no pudo acceder a una dieta saludable en 2021, seguido de Honduras (44,8 %) y Nicaragua (34,2 %). En contraste, Costa Rica (14,2 %), Panamá (17 %) y México (20,2 %) tuvieron los porcentajes más bajos de la subregión.

Con respecto Sudamérica, en Suriname, el 58,6 % de la población no pudo acceder a una dieta saludable en 2021, la cifra más alta en esta subregión. En Colombia, alrededor de un tercio de la población tuvo la misma situación. En Brasil, el Perú y el Ecuador, esta cifra osciló entre el 20 % y el 26 %. En cambio, Chile y el Uruguay presentaron los porcentajes más bajos, con un 3,5 % y un 5,2 % de la población, respectivamente.

FIGURA 26

Porcentaje de personas que no pueden acceder a una dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión, 2020 y 2021 (porcentaje)



Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>



CONCLUSIÓN

América Latina y el Caribe no está en camino de alcanzar el ODS 2 ni las metas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud, relacionadas con el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición. A pesar de algunas disminuciones en la prevalencia del hambre y la inseguridad alimentaria en comparación con 2021, las cifras siguen superando los niveles previos a la pandemia y las estimaciones mundiales. Además, las persistentes desigualdades en la región afectan la seguridad alimentaria de los más vulnerables. En particular, la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave afectó en mayor medida a mujeres que a hombres, y su incidencia aumenta a medida que disminuye la urbanización.

Las estimaciones varían considerablemente entre subregiones. Sudamérica, experimentó reducciones en la prevalencia del hambre y de la inseguridad alimentaria moderada o grave entre 2021 y 2022. En cambio, en Mesoamérica, la prevalencia del hambre se mantuvo y la prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave aumentó levemente. En el Caribe, ambas prevalencias aumentaron.

En cuanto a la malnutrición, la prevalencia del retraso del crecimiento de menores de 5 años ha mostrado una disminución desde 2000, aunque esta tendencia se ha ralentizado. Las estimaciones de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años estuvieron por encima de la estimación mundial y han aumentado más rápidamente en América Latina y el Caribe en comparación con el mundo. La obesidad en adultos, según las últimas estimaciones de 2016, está en aumento y afecta a casi una cuarta parte de la población adulta de la región.

En cuanto a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, en 2021, tanto la región como las tres subregiones presentaron prevalencias por debajo de la estimación mundial. Finalmente, las últimas estimaciones de la anemia entre las mujeres de 15 a 49 años muestran que en 2019 la prevalencia en la región estaba muy por debajo de la estimación mundial. Estos indicadores muestran diferentes niveles y tendencias entre las tres subregiones.

En 2021, la región registró el costo más alto de una dieta saludable a nivel mundial. La inflación en los precios de los alimentos en la región ha impactado en el costo de la dieta saludable, haciéndola menos asequible, especialmente para los grupos más vulnerables. Como resultado, una cuarta parte de la población de la región no puede permitirse una dieta saludable.

El aumento en el costo de la dieta saludable dificulta aún más el logro de las metas de los ODS 2, 3, 5, 10 y 12, ya que obstaculiza la creación de entornos alimentarios saludables y la adopción de patrones de alimentación saludable, especialmente en la población más vulnerable.

La región enfrenta un escenario complejo, debido a una serie de crisis sucesivas: la pandemia de la COVID-19, las persistentes desigualdades, los niveles de pobreza, la crisis climática y los efectos del conflicto en Ucrania. Estos factores han contribuido al aumento de los precios de los alimentos y a la inflación alimentaria, amenazando el funcionamiento, la eficiencia y la resiliencia de los sistemas agroalimentarios. En este contexto, el hambre y la malnutrición siguen estando entre los principales desafíos para la región.

En este contexto, la cooperación y la integración regional, como el Plan SAN CELAC desempeñan un papel fundamental para facilitar la implementación y aumentar el impacto de políticas, planes, legislaciones y programas agrícolas y alimentarios. Además, el financiamiento e inversiones —públicas y privadas— para la seguridad alimentaria y la nutrición contribuyen en gran medida a abordar estos desafíos. La coordinación multilateral y multisectorial permitirán a los países de la región acelerar el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, asegurando la salud de las personas y de nuestro planeta.

BIBLIOGRAFÍA

Fajardo-Ronquillo, V. P. 2020. Incidencia de la Caída de los Precios del Petróleo en la Economía Latinoamericana. *Polo del Conocimiento*, 5(43), 1054-1067.

FAO. 2023. *The status of women in agrifood systems*. Roma, FAO.
<https://doi.org/10.4060/cc5343en>

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2018. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2018. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma, FAO. <https://www.fao.org/documents/card/es/c/I9553es>

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2019. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/CA5162ES>

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

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

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2023. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023. Urbanización, transformación de los sistemas agroalimentarios y dietas saludables a lo largo del continuo rural-urbano*. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc3017es>

OMS. 2014a. *Global Nutrition Targets 2025: stunting policy brief*. Ginebra.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>

OMS. 2014b. *Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief*. Ginebra.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6>

OMS. 2014c. *Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief*. Ginebra.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5>

OMS. 2021. *Infant and young child feeding*. En: OMS.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

OMS. 2023a. *Health topics*. En: OMS. <https://www.who.int/health-topics>

OMS. 2023b. *Accelerating anaemia reduction. A comprehensive framework for action*. Ginebra.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074033>

OMS, UNICEF y PMA. 2014. *Global nutrition targets 2025: wasting policy brief*. Ginebra, OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.8>

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

UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

ANEXO I

CUADROS DE DATOS

CUADRO 17

Prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000-2002	2004-2006	2009-2011	2013-2015	2017-2019	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Mundo	12,9	12	8,8	7,8	7,7	8,2	8,7	9,2
América Latina y el Caribe	10,7	9,3	6,6	5,3	5,7	6,0	6,3	6,7
Caribe	17,9	18,4	15,2	13,3	13,8	14,5	14,7	15,4
Mesoamérica	7,5	8,0	7,0	6,7	5,8	5,4	5,0	5,0
Sudamérica	11,2	8,8	5,5	3,9	4,9	5,4	6,0	6,5
Argentina	3,1	3,8	3,5	2,7	3,4	3,4	3,3	3,2
Barbados	6,1	5,9	3,2	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5
Belice	6,3	5,5	5,8	6,6	5,3	4,8	4,7	4,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27,8	27,1	21,3	17,1	13,8	13,7	16,2	19,4
Brasil	10,7	6,5	3,7	2,6	<2,5	<2,5	3,7	4,7
Chile	3,5	3,2	3,7	3,1	2,8	2,6	<2,5	2,5
Colombia	8,9	11,5	11,3	5,8	4,6	5,4	6,3	6,6
Costa Rica	4,7	4,3	4,6	4,8	3,1	3,1	3,1	3,0
Cuba	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5
Dominica	3,8	5,2	4,2	5,0	6,4	6,8	7,1	6,7
Ecuador	21,0	22,3	12	8,6	11,9	13,4	14,1	13,9
El Salvador	7,3	9,2	9,9	10	7,1	7,2	7,0	7,7
Guatemala	22,7	19,4	15,8	16,2	14,1	14,1	13,5	13,3
Guyana	6,4	7,1	9,4	6,1	3,5	3,6	3,0	<2,5
Haití	49,2	51,8	41,8	38,7	42,2	43,6	43,3	45
Honduras	22,4	22,6	16,4	15,6	14,1	14,5	16,2	18,7
Jamaica	7,6	7,9	8,7	7,6	6,3	6,6	7,5	8,3
México	3,2	4,4	4,4	4,0	3,4	2,8	<2,5	<2,5
Nicaragua	27,1	22,9	19,9	19,8	17,4	17,5	17,9	17,8
Panamá	24,5	21,6	10,4	7,5	5,2	4,7	4,9	5,3
Paraguay	10,4	9,3	4,7	<2,5	2,9	3,3	3,5	4,2
Perú	21,4	18,7	8,4	5,1	5,9	6,2	6,5	7,0
República Dominicana	20,6	19,4	13,5	8,4	5,7	6,3	6,3	6,3
San Vicente y las Granadinas	14,4	8,5	6,3	5,3	3,2	3,3	3,6	3,1
Suriname	11,8	9,8	8,1	8,4	9,2	9,0	9,1	9,0
Trinidad y Tabago	10,0	11,2	11,0	11,0	12,7	13,2	13,4	12,2
Uruguay	3,4	2,9	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5	<2,5
Venezuela (República Bolivariana de)	14,8	8,3	<2,5	3,7	22,7	23,4	21,6	17,9

Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 18

Número de personas subalimentadas en América Latina y el Caribe, por país y subregión (millones)

	2000-2002	2004-2006	2009-2011	2013-2015	2017-2019	2018-2020	2019-2021	2020-2022
Mundo	804,9	786,7	612,6	575,0	590,5	633,7	684,4	725,1
América Latina y el Caribe	57,0	51,8	38,9	32,6	36,9	38,8	41,3	43,7
Caribe	6,9	7,4	6,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,8
Mesoamérica	10,3	11,6	11,0	11,1	10,0	9,4	8,8	8,9
Sudamérica	39,8	32,8	21,7	15,8	20,9	23,0	26,0	28,0
Argentina	1,2	1,5	1,5	1,1	1,5	1,5	1,5	1,4
Barbados	<0,1	<0,1	<0,1	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Belice	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2,4	2,5	2,2	1,9	1,6	1,6	1,9	2,3
Brasil	19,1	12,1	7,2	5,2	n.r.	n.r.	7,8	10,1
Chile	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	n.r.	0,5
Colombia	3,6	4,8	5,1	2,7	2,3	2,7	3,2	3,4
Costa Rica	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Cuba	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Dominica	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Ecuador	2,7	3,1	1,8	1,4	2,0	2,3	2,5	2,5
El Salvador	0,4	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5
Guatemala	2,7	2,5	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3
Guyana	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	n.r.
Haití	4,2	4,7	4,1	4,0	4,6	4,9	4,9	5,1
Honduras	1,5	1,7	1,4	1,4	1,4	1,4	1,6	1,9
Jamaica	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
México	3,2	4,6	4,9	4,8	4,2	3,5	n.r.	n.r.
Nicaragua	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2
Panamá	0,8	0,7	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Paraguay	0,5	0,5	0,3	n.r.	0,2	0,2	0,2	0,3
Perú	5,8	5,3	2,5	1,6	1,9	2,0	2,2	2,4
República Dominicana	1,8	1,8	1,3	0,9	0,6	0,7	0,7	0,7
San Vicente y las Granadinas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Suriname	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Trinidad y Tabago	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Uruguay	0,1	<0,1	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Venezuela (República Bolivariana de)	3,7	2,2	n.r.	1,1	6,8	6,8	6,2	5,1

Nota: Los valores de 2020 a 2022 son proyecciones. n.a. = dato no disponible; n.r. = no reportado.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 19

Prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	Inseguridad alimentaria grave				Inseguridad alimentaria moderada o grave			
	2014-2016	2017-2019	2019-2021	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2019-2021	2020-2022
Mundo	7,8	8,8	10,6	11,3	21,9	24,7	28,1	29,5
América Latina y el Caribe	7,9	9,5	12,0	13,0	27,6	31,9	37,1	39,0
Caribe	n.a.	n.a.	29,4	28,8	n.a.	n.a.	61,6	61,8
Mesoamérica	6,5	6,9	7,5	8,0	29,3	27,8	32,2	34,3
Sudamérica	6,0	8,4	12,1	13,5	23,4	30,6	36,6	38,7
Antigua y Barbuda	n.a.	n.a.	7,1	7,1	n.a.	n.a.	33,0	33
Argentina	5,8	12,9	13,0	13,1	19,2	35,8	37,0	36,9
Bahamas	n.a.	n.a.	3,4	3,4	n.a.	n.a.	17,2	17,2
Barbados	n.a.	n.a.	7,4	7,4	n.a.	n.a.	31,1	31,1
Belice	n.a.	6,1	6,0	5,9	n.a.	35,7	42,3	45,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Brasil	1,9	1,6	7,3	9,9	18,3	20,6	28,8	32,8
Chile	2,9	3,6	3,8	4,1	10,8	15,3	17,4	18,1
Colombia	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Costa Rica	1,8	2,4	2,8	2,9	12,2	14,5	15,9	16,2
Cuba	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Dominica	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Ecuador	6,0	9,9	12,8	13,0	20,7	29,3	36,8	37,3
El Salvador	13,8	14,6	14,7	16,2	42,2	42,2	46,5	48,4
Granada	n.a.	8,3	7,5	6,6	n.a.	23,6	22,3	21,1
Guatemala	16,1	18,1	20,7	21,1	42,7	45,2	55,8	59,8
Guyana	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Haití	n.a.	n.a.	45,2	42,9	n.a.	n.a.	82,5	82,6
Honduras	14,2	14,0	17,9	23,5	41,6	40,9	49,9	56,1
Jamaica	25,3	23,0	23,1	25,6	48,3	45,8	50,3	54,4
México	3,6	3,7	3,7	3,6	25,6	23,0	26,1	27,6
Nicaragua	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Panamá	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Paraguay	1,2	4,1	5,6	6,1	8,3	21,3	25,3	25,9
Perú	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
República Dominicana	24,3	22,4	22,2	22,0	54,2	52,6	53,1	52,1
San Kitts y Nevis	8,1	8,1	6,4	5,6	21,1	21,1	26,9	29,8
Santa Lucía	4,5	n.a.	n.a.	4,5	22,2	n.a.	n.a.	22,2
San Vicente y las Granadinas	n.a.	10,3	10,3	10,3	n.a.	33,3	33,3	33,3
Suriname	n.a.	n.a.	7,2	7,2	n.a.	n.a.	35,8	35,8
Trinidad y Tabago	n.a.	n.a.	10,2	10,2	n.a.	n.a.	43,3	43,3
Uruguay	1,7	1,7	2,5	2,9	13,3	13,3	14,1	15,2
Venezuela (República Bolivariana de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.

Nota: n.a. = dato no disponible; n.r. = no reportado.

 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 20

Número de personas con inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe, por país y subregión (millones)

	Inseguridad alimentaria grave				Inseguridad alimentaria moderada o grave			
	2014-2016	2017-2019	2019-2021	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2019-2021	2020-2022
Mundo	575,7	677,7	832,6	892,7	1 626,1	1 899,7	2 205,3	2 335,5
América Latina y el Caribe	49,1	60,9	78,4	85,4	172,1	204,6	241,5	256,2
Caribe	n.a.	n.a.	12,9	12,7	n.a.	n.a.	27,1	27,3
Mesoamérica	10,8	11,9	13,3	14,2	49,1	48,2	56,7	60,9
Sudamérica	24,7	35,7	52,2	58,5	96,8	130,0	157,7	167,9
Antigua y Barbuda	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1
Argentina	2,5	5,7	5,8	5,9	8,3	15,9	16,6	16,7
Bahamas	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1
Barbados	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1
Belize	n.a.	<0,1	<0,1	<0,1	n.a.	0,1	0,2	0,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Brasil	4,0	3,4	15,5	21,1	37,6	43,2	61,5	70,3
Chile	0,5	0,7	0,7	0,8	1,9	2,9	3,3	3,5
Colombia	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Costa Rica	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,6	0,7	0,8	0,8
Cuba	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Dominica	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Ecuador	1,0	1,7	2,2	2,3	3,4	5,0	6,5	6,6
El Salvador	0,9	0,9	0,9	1,0	2,6	2,6	2,9	3,1
Granada	n.a.	<0,1	<0,1	<0,1	n.a.	<0,1	<0,1	<0,1
Guatemala	2,6	3,1	3,6	3,7	6,8	7,6	9,7	10,5
Guyana	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Haití	n.a.	n.a.	5,1	4,9	n.a.	n.a.	9,3	9,5
Honduras	1,3	1,4	1,8	2,4	3,9	4,0	5,0	5,8
Jamaica	0,7	0,6	0,7	0,7	1,3	1,3	1,4	1,5
México	4,3	4,5	4,7	4,5	30,8	28,5	32,9	35
Nicaragua	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Panamá	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Paraguay	<0,1	0,3	0,4	0,4	0,5	1,4	1,7	1,7
Perú	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
República Dominicana	2,5	2,4	2,4	2,4	5,6	5,7	5,8	5,8
San Kitts y Nevis	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Santa Lucía	<0,1	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1	n.a.	n.a.	<0,1
San Vicente y las Granadinas	n.a.	<0,1	<0,1	<0,1	n.a.	<0,1	<0,1	<0,1
Suriname	n.a.	n.a.	<0,1	<0,1	n.a.	n.a.	0,2	0,2
Trinidad y Tabago	n.a.	n.a.	0,2	0,2	n.a.	n.a.	0,7	0,7
Uruguay	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,5	0,5	0,5	0,5
Venezuela (República Bolivariana de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.

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

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 21

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave por sexo en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	Inseguridad alimentaria grave				Inseguridad alimentaria moderada grave			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	2014-2016	2020-2022	2014-2016	2020-2022	2014-2016	2020-2022	2014-2016	2020-2022
Mundo	6,5	9,3	7,2	10,8	18,9	25,2	20,7	28,1
América Latina y el Caribe	7,0	11,4	8,5	14,3	25,1	33,7	29,7	43,8
Caribe	n.a.	27,7	n.a.	30,0	n.a.	60,2	n.a.	63,9
Mesoamérica	5,8	6,7	6,7	8,8	27,5	28,4	30,6	39,3
Sudamérica	5,0	11,7	6,6	14,9	20,6	33,2	25,8	43,6
Antigua y Barbuda	n.a.	7,4	n.a.	6,8	n.a.	29	n.a.	37
Argentina	4,9	10,1	6,6	16,2	15,8	31,1	22,6	42,7
Bahamas	n.a.	3,6	n.a.	3,3	n.a.	17,6	n.a.	16,9
Barbados	n.a.	6,8	n.a.	8,0	n.a.	28,8	n.a.	33,3
Belice	n.a.	5,9	n.a.	5,9	n.a.	45,5	n.a.	45,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Brasil	1,2	8,3	2,6	11,4	15,6	26,9	21,1	38,7
Chile	2,5	3,6	3,4	4,6	9,1	16,2	12,5	20,1
Colombia	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Costa Rica	1,8	2,6	1,8	3,2	11,5	14,0	12,9	18,4
Cuba	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Dominica	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Ecuador	5,7	10,9	6,2	15,1	19,9	33,5	21,6	41,1
El Salvador	12,6	13,7	15,0	18,6	38,6	41,8	45,7	55,0
Granada	n.a.	6,6	n.a.	6,6	n.a.	21,1	n.a.	21,1
Guatemala	15,3	18,4	16,8	23,8	39,9	52,3	45,4	67,3
Guyana	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Haití	n.a.	41,6	n.a.	44,2	n.a.	82,2	n.a.	83,1
Honduras	12,9	22,8	15,5	24,3	38,0	52,4	45,3	59,7
Jamaica	23,1	24,2	27,6	27,1	44,7	52,4	51,9	56,3
México	3,2	2,8	3,9	4,3	24,4	22,1	26,8	33,2
Nicaragua	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Panamá	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Paraguay	1,1	6,2	1,2	6,0	8,0	25,6	8,5	26,2
Perú	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
República Dominicana	22,8	20,8	25,8	23,1	51,3	48,8	57,2	55,4
San Kitts y Nevis	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Santa Lucía	4,5	4,5	4,5	4,5	22,2	22,2	22,2	22,2
San Vicente y las Granadinas	n.a.	10,3	n.a.	10,3	n.a.	33,3	n.a.	33,3
Suriname	n.a.	6,2	n.a.	8,2	n.a.	31,3	n.a.	40,4
Trinidad y Tabago	n.a.	10	n.a.	10,4	n.a.	41,9	n.a.	44,8
Uruguay	1,6	2,4	1,8	3,4	12,0	12,3	14,5	18,2
Venezuela (República Bolivariana de)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.

Nota: n.a. = dato no disponible; n.r. = no reportado.

 Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

CUADRO 22

Prevalencia del retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2019	2020	2022
Mundo	33,0	31,1	27,9	26,3	24,6	23,0	22,7	22,3
América Latina y el Caribe	17,8	15,7	13,6	12,7	12,1	11,8	11,7	11,5
Caribe	15,3	14,6	13,7	13	12,5	11,9	11,7	11,3
Mesoamérica	25,3	22,3	19,3	18,2	17,5	17,4	17,2	16,9
Sudamérica	14,6	12,7	10,9	10,1	9,5	9,2	9,1	9,0
Argentina	9,4	7,8	7,1	7,1	7,7	8,6	8,9	9,5
Barbados	8,2	8,2	7,8	7,5	7,0	6,4	6,2	6,0
Belice	23,4	22,9	19,2	17,5	15,4	13,2	12,8	12,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	32,9	29,6	22,8	19,9	16,6	13,0	12,3	11,1
Brasil	9,8	7,3	6,5	6,3	6,5	7,1	7,2	7,2
Chile	2,9	2,3	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6
Colombia	17,4	15,7	13,3	12,7	12,3	11,6	11,5	11,2
Costa Rica	6,8	5,9	6,1	6,4	7,3	8,6	8,9	9,5
Cuba	7,2	7,6	7,2	7,0	7,0	7,1	7,0	7,0
Ecuador	27,7	27,8	26,4	24,4	23,0	23,2	23,1	22,7
El Salvador	28,7	23,5	17,5	15,5	13,1	11,0	10,7	10,0
Guatemala	53,2	52,2	48,7	47,1	46,0	44,9	44,2	43,5
Guyana	14,5	17,3	16,4	14,5	11,8	9,1	8,5	7,6
Haití	30,3	28,0	25,2	23,8	22,2	20,7	20,3	19,5
Honduras	36,6	31,2	24,4	22,0	20,4	18,9	18,4	17,5
Jamaica	7,2	6,3	6,1	6,1	6,4	6,5	6,5	6,5
México	20,3	16,9	14,3	13,3	12,8	12,8	12,8	12,6
Nicaragua	25,5	21,6	18,4	17,3	16,4	15,5	15,3	14,9
Panamá	18,4	20,9	21,1	19,9	17,9	15,2	14,6	13,8
Paraguay	17,7	17,0	11,8	9,4	6,8	4,4	4,0	3,4
Perú	31,1	27,7	21,8	18,6	15,0	11,7	11,1	10,1
República Dominicana	10,1	9,0	8,4	7,9	7,4	6,5	6,2	5,6
Santa Lucía	2,9	2,7	2,4	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5
Suriname	13,6	11,0	9,0	8,3	8,2	8,0	7,9	7,6
Trinidad y Tabago	5,3	7,0	8,3	8,6	8,8	8,8	8,8	8,8
Uruguay	16,3	13,3	9,9	9,1	8,0	6,7	6,4	6,1
Venezuela (República Bolivariana de)	17,6	16,8	13,4	12,1	11,1	10,5	10,5	10,5

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 23

Prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2022
Mundo	8,7	8,3	7,7	7,2	6,9	6,8	6,8
América Latina y el Caribe							1,4
Caribe							2,9
Mesoamérica							1,0
Sudamérica							1,4
Argentina		1,7					
Belice				1,8			
Brasil					3,1		
Colombia	1,0	1,6	0,9				
Cuba	2,4				2,0		
Ecuador					3,7		
Guatemala	3,7			0,8			
Guyana	12,1				6,5		
Haití	5,5						
Honduras					1,9		
Jamaica	3,0		4,8				
México				1,0	1,4	1,6	
Panamá					1,1		
Paraguay		1,1					
Perú	1,1	1,0	0,7	0,6	0,4	0,4	
República Dominicana	1,5				2,2		
Suriname	7,0		5,0				
Trinidad y Tabago	5,2						
Venezuela (República Bolivariana de)	3,9	4,8					

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 24

Prevalencia del sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2019	2020	2022
Mundo	5,3	5,6	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6
América Latina y el Caribe	6,8	7,1	7,3	7,4	7,7	8,1	8,3	8,6
Caribe	6,1	6,4	6,4	6,5	6,5	6,6	6,6	6,6
Mesoamérica	6,9	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5	6,5	6,7
Sudamérica	6,9	7,4	7,7	7,9	8,3	9,0	9,3	9,7
Argentina	10,7	10,8	10,9	11	11,2	11,8	12,0	12,6
Barbados	8,9	10,2	11,4	11,8	12,4	12,7	12,7	12,5
Belice	11,9	11,1	9,4	8,7	7,7	6,6	6,3	5,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9,0	9,2	9,1	8,9	8,7	8,8	8,8	9,0
Brasil	6,2	7,0	7,6	7,9	8,5	9,4	9,7	10,3
Chile	11,5	11,2	10,2	9,8	9,4	9,0	8,9	8,8
Colombia	4,7	4,8	5,0	5,0	5,2	5,7	5,8	6,2
Costa Rica	7,9	7,8	7,6	7,6	7,5	7,5	7,6	7,6
Cuba	8,9	9,2	9,6	9,7	9,9	10,1	10,1	10,2
Ecuador	3,8	4,9	6,6	7,5	9,0	10,6	11	11,9
El Salvador	4,6	5,3	6,0	6,2	6,5	6,7	6,7	6,8
Guatemala	6,2	5,7	5,2	5,1	4,8	4,7	4,7	4,8
Guyana	4,7	5,7	6,1	6,2	6,3	6,1	6,0	5,7
Haití	3,7	3,6	3,4	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7
Honduras	3,5	4,2	4,8	5,0	5,0	4,9	4,9	4,7
Jamaica	6,3	7,0	7,0	6,9	6,6	6,1	6,0	5,7
México	7,4	7,1	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,9
Nicaragua	6,4	6,8	7,1	7,3	7,6	8,2	8,4	8,7
Panamá	8,6	9,6	10,2	10,5	10,9	11,3	11,4	11,4
Paraguay	6,8	7,9	9,6	10,4	11,7	13,4	13,8	14,6
Perú	10	9,3	8,2	8,1	8,0	8,5	8,7	9,4
República Dominicana	7,1	7,7	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Santa Lucía	6,4	6,1	6,0	6,0	6,1	6,0	6,0	6,0
Suriname	3,4	3,5	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8	3,8
Trinidad y Tabago	5,6	7,3	9,5	10,5	12,0	13,5	13,7	13,9
Uruguay	9,5	9,3	9,2	9,3	9,6	10,5	10,8	11,5
Venezuela (República Bolivariana de)	5,3	5,8	6,0	6,2	6,5	6,8	6,9	6,9

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2023. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. Nueva York, OMS y UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

CUADRO 25

Prevalencia de la anemia en mujeres entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2017	2018	2019
Mundo	31,2	29,9	28,6	28,5	28,8	29,3	29,6	29,9
América Latina y el Caribe	25,6	22,8	19,3	18,2	17,3	17,1	17,1	17,2
Caribe	34,8	32,0	29,2	28,7	28,6	28,8	29,0	29,2
Mesoamérica	22,5	19,0	16,1	15,2	14,5	14,3	14,4	14,6
Sudamérica	25,9	23,4	19,6	18,4	17,4	17,2	17,2	17,3
Antigua y Barbuda	22,0	19,6	17,1	16,7	16,6	16,9	17,0	17,2
Argentina	16,2	15,5	13,4	12,7	12,1	11,9	11,8	11,9
Bahamas	17,4	15,5	13,9	13,3	13,4	13,7	14,1	14,5
Barbados	20,6	19,1	17,3	16,9	16,7	16,7	16,8	17,0
Belice	27,2	24,5	21,9	21,2	20,6	20,5	20,5	20,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	33,1	32,6	30,0	28,6	26,7	25,1	24,6	24,4
Brasil	26,9	24,2	19,9	18,3	16,8	16,3	16,2	16,1
Chile	9,2	8,3	7,9	7,9	8,0	8,3	8,5	8,7
Colombia	30,3	27,5	23,3	22,1	21,1	20,9	21,0	21,2
Costa Rica	16,1	14,1	12,4	12,3	12,6	13,0	13,3	13,7
Cuba	28,5	25,1	21,0	20,2	19,5	19,3	19,2	19,3
Dominica	25,8	22,0	20,6	20,1	19,9	20,1	20,4	20,8
Ecuador	25,1	21,4	18,3	17,3	17,0	17,0	17,1	17,2
El Salvador	11,4	10,5	10,0	9,9	9,9	10,1	10,4	10,6
Granada	24,6	21,6	19,6	18,9	18,7	18,8	19,0	19,2
Guatemala	22,4	17,7	12,9	11,0	8,9	7,9	7,6	7,4
Guyana	44,1	40,3	35,9	34,4	32,7	32,0	31,8	31,7
Haití	53,8	50,8	48,2	47,6	47,4	47,5	47,6	47,7
Honduras	21,5	18,4	16,8	16,6	16,9	17,3	17,6	18,0
Jamaica	24,8	22,0	20,0	19,5	19,4	19,5	19,6	19,9
México	23,5	19,8	16,8	15,9	15,1	15,0	15,1	15,3
Nicaragua	19,5	15,2	13,5	13,3	13,9	14,6	15,1	15,7
Panamá	28,5	26,2	23,0	22,1	21,3	21,1	21,2	21,2
Paraguay	24,1	23,8	22,2	22,2	22,4	23,0	23,0	23,0
Perú	32,4	27,4	22,0	20,6	20,1	20,2	20,4	20,6
República Dominicana	36,8	33,0	28,9	28,0	27,3	26,6	26,5	26,4
San Kitts y Nevis	20,6	18,6	17,0	16,0	14,9	14,8	15,1	15,4
Santa Lucía	19,0	17,0	14,9	14,1	13,7	13,9	14,1	14,3
San Vicente y las Granadinas	24,6	20,7	18,0	17,3	16,9	16,7	16,8	17,0
Suriname	27,6	24,5	21,1	20,3	20,2	20,5	20,7	21,0
Trinidad y Tabago	25,5	21,8	18,8	17,8	17,4	17,4	17,5	17,7
Uruguay	13,4	14,2	13,3	13,2	13,8	14,4	14,7	15,0
Venezuela (República Bolivariana de)	27,4	25,0	21,3	20,9	21,9	23,0	23,7	24,2

Nota: Las estimaciones se refieren a mujeres de 15 a 49 años, incluidas las embarazadas, no embarazadas y en periodo de lactancia, y se ajustaron por estatura y el historial de tabaquismo. La OMS define la anemia en mujeres embarazadas como una concentración de hemoglobina <110 g/L, y la anemia en mujeres no embarazadas y en periodo de lactancia como una concentración de hemoglobina <120 g/L.

Fuente: OMS. 2021. Estimaciones sobre la anemia en el mundo, Edición 2021. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository*. Ginebra. [Consultado el 20 de abril de 2023]. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children

CUADRO 26

Prevalencia de la obesidad en adultos en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2014	2015	2016
Mundo	8,7	9,9	11,2	11,8	12,5	12,8	13,1
América Latina y el Caribe	16,6	18,9	21,2	22,2	23,2	23,7	24,2
Caribe	15,2	17,8	20,8	22,0	23,4	24,0	24,7
Mesoamérica	19,1	21,6	24,1	25,1	26,2	26,7	27,3
Sudamérica	15,8	18,0	20,2	21,1	22,1	22,5	23,0
Antigua y Barbuda	12,7	14,4	16,2	17,1	18,0	18,4	18,9
Argentina	20,7	23,0	25,3	26,3	27,3	27,8	28,3
Bahamas	23,9	26,2	28,5	29,5	30,5	31,0	31,6
Barbados	15,1	17,4	19,8	20,9	22,0	22,5	23,1
Belice	16,4	18,7	21,0	22,0	23,0	23,6	24,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	13,2	15,2	17,4	18,3	19,3	19,7	20,2
Brasil	14,5	16,8	19,2	20,1	21,1	21,6	22,1
Chile	20,6	22,8	25,1	26,1	27,0	27,5	28,0
Colombia	15,4	17,4	19,5	20,4	21,4	21,9	22,3
Costa Rica	14,8	18,0	21,4	22,9	24,3	25,0	25,7
Cuba	17,3	19,4	21,7	22,6	23,6	24,1	24,6
Dominica	19,4	21,8	24,5	25,6	26,8	27,3	27,9
Ecuador	13,2	15,2	17,2	18,1	19,0	19,4	19,9
El Salvador	15,6	18,4	21,1	22,2	23,4	24,0	24,6
Granada	13,5	15,7	18,1	19,1	20,2	20,7	21,3
Guatemala	12,9	15,3	17,8	18,9	20,0	20,6	21,2
Guyana	11,9	14,3	16,8	17,9	19,0	19,6	20,2
Haití	10,9	13,9	17,7	19,4	21,0	21,8	22,7
Honduras	12,6	15,0	17,8	19,0	20,1	20,8	21,4
Jamaica	15,9	18,4	21,1	22,3	23,5	24,1	24,7
México	20,8	23,3	25,8	26,8	27,8	28,3	28,9
Nicaragua	15,6	17,9	20,4	21,5	22,5	23,1	23,7
Panamá	14,7	17,2	19,6	20,6	21,6	22,2	22,7
Paraguay	12,3	14,7	17,2	18,2	19,2	19,8	20,3
Perú	13,5	15,3	17,3	18,1	18,9	19,3	19,7
República Dominicana	16,0	19,3	23,0	24,5	26,1	26,9	27,6
San Kitts y Nevis	14,4	16,7	19,3	20,4	21,6	22,3	22,9
Santa Lucía	12,9	14,8	16,5	17,4	18,5	19,1	19,7
San Vicente y las Granadinas	14,6	17,2	20,0	21,2	22,4	23,1	23,7
Suriname	18,9	21,2	23,5	24,4	25,4	25,9	26,4
Trinidad y Tabago	10,6	12,9	15,3	16,3	17,4	18,0	18,6
Uruguay	20,6	22,8	25,1	26,0	27,0	27,5	27,9
Venezuela (República Bolivariana de)	19,4	21,4	23,3	24,0	24,8	25,2	25,6

Fuente: OMS. 2020. Global Health Observatory (GHO) repositorio de datos. En: OMS. Ginebra, Suiza. [Consultado el 28 de abril de 2020]. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

CUADRO 27

Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2012	2015	2019	2020	2021
Mundo			37,0				47,7
América Latina y el Caribe			34,3				42,6
Caribe			29,4				31,4
Mesoamérica			21,7				37,7
Sudamérica			42,2				46,8
Barbados			19,7				
Belice				33,2			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	38,6		64,3				
Brasil					45,8		
Colombia	25,1	46,8					
Cuba	41,2				40,6		
Guatemala				53,2			
Guyana	10,4						
Haití	23,0		39,3				
Honduras			30,7		30,2		
Jamaica		15,2					
México			14,4	30,1	27,1		35,9
Nicaragua			31,7				
Perú	66,6	63,3	67,4	62,7	65,3	68,0	63,9
República Dominicana	11,0				15,8		
Santa Lucía			3,5				
Suriname	4,7						
Trinidad y Tabago	2,3						

Fuente: UNICEF. 2022. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: *UNICEF*. Nueva York, EUA. [Consultado el 6 de abril de 2023]. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

CUADRO 28

Prevalencia del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe, por país y subregión (porcentaje)

	2000	2005	2010	2012	2015	2019	2020
Mundo	16,6	16,1	15,3	15,0	14,8	14,6	14,7
América Latina y el Caribe	9,3	9,4	9,5	9,5	9,5	9,6	9,6
Caribe	10,8	11,1	11,3	11,4	11,5	11,7	11,7
Mesoamérica	10,6	10,7	10,8	10,9	10,9	10,9	10,9
Sudamérica	8,5	8,6	8,6	8,6	8,7	8,8	8,8
Antigua y Barbuda	14,1	14,5	14,9	15,1	15,2	15,4	15,4
Argentina	7,3	7,4	7,2	7,2	7,3	7,4	7,4
Bahamas	14,6	14,8	15,2	15,3	15,4	15,4	15,4
Belice	10,9	10,9	11,2	11,3	11,4	11,5	11,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8,9	8,7	8,4	8,3	8,1	8,0	7,9
Brasil	8,0	8,2	8,3	8,3	8,5	8,7	8,7
Chile	5,3	5,6	6,0	6,1	6,4	6,8	6,8
Colombia	9,7	10,0	10,4	10,5	10,6	10,9	11,0
Costa Rica	8,3	8,4	8,5	8,5	8,6	8,7	8,7
Cuba	7,1	7,1	7,2	7,2	7,2	7,1	7,1
Ecuador	11,5	11,3	11,1	10,9	10,8	10,7	10,6
El Salvador	10,4	10,5	10,4	10,4	10,3	10,2	10,2
Guatemala	13,9	14,1	14,3	14,4	14,5	14,5	14,5
Guyana	16,3	16,6	16,9	17,0	17,1	17,2	17,2
Honduras	11,5	11,8	12,3	12,5	12,8	13,0	13,1
Jamaica	14,9	14,7	14,5	14,3	14,1	13,8	13,7
México	10,0	10,1	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2
Nicaragua	11,4	11,2	10,9	10,7	10,5	10,2	10,1
Panamá	11,5	11,4	10,9	10,7	10,5	10,3	10,3
Paraguay	9,8	10,1	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Perú	10,2	9,5	8,6	8,3	8,0	7,6	7,5
República Dominicana	10,2	11,0	11,8	12,1	12,6	13,2	13,4
Santa Lucía	14,4	15,0	15,7	15,9	16,1	16,2	16,3
Suriname	14,2	14,8	15,4	15,7	16,0	16,4	16,5
Trinidad y Tabago	15,1	15,4	15,7	15,9	16,2	16,3	16,3
Uruguay	8,4	8,4	8,1	8,0	7,9	7,8	7,8
Venezuela (República Bolivariana de)	8,7	8,9	8,9	9,0	9,1	9,3	9,3

Fuente: UNICEF y OMS. 2023. *UNICEF-WHO low birthweight database, July 2023*. [Citado el 12 July 2023]. www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-nutritional-status-and-food-safety-and-events/joint-low-birthweight-estimates

CUADRO 29

Asequibilidad a la dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión

	Número de personas que no pueden acceder a una dieta saludable (millones)					Porcentaje de personas que no pueden acceder a una dieta saludable (porcentaje)				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Mundo	3 124,9	3 019,1	3 005,5	3 191,9	3 139,5	43,8	41,8	41,2	43,3	42,2
América Latina y el Caribe	124,5	119,5	120,0	121,9	133,4	22,0	20,9	20,8	20,9	22,7
Caribe	13,6	13,4	13,7	14,8	15,4	52,4	51,1	51,6	55,2	57
Mesoamérica	38,3	37,3	35,7	38,7	34,2	25,8	24,9	23,6	25,4	22,2
Sudamérica	72,5	68,8	70,6	68,4	83,8	18,6	17,4	17,7	17,0	20,6
Antigua y Barbuda	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Argentina	3,0	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	6,8	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Aruba	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Bahamas	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Belice	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	50,9	50,7	49,4	57,0	53
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2,4	2,2	1,9	2,1	1,8	20,9	19,1	16,0	17,2	15,1
Brasil	41,0	38,9	39,9	27,1	48,1	19,6	18,5	18,8	12,7	22,4
Chile	0,8	0,8	0,9	1,1	0,7	4,6	4,5	4,7	5,9	3,5
Colombia	12	12	12,7	17,2	16,1	24,8	24,3	25,4	33,7	31,3
Costa Rica	0,8	0,8	0,8	1,1	0,7	16,0	16,3	16,3	21,0	14,2
Curaçao	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Dominica	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Ecuador	2,9	3,1	3,4	4,4	3,5	17,6	18,3	19,8	25,1	19,7
Granada	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Guyana	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	45,0	44,5	42	24,9	18,5
Haití	9,2	9,3	9,7	10,1	10,6	84,7	84,7	86,9	88,9	92,6
Honduras	4,7	4,7	4,6	5,0	4,6	48,5	48,0	46,5	49,7	44,8
Islas Caimán	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Islas Vírgenes Británicas	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Jamaica	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	57,9	57,1	57,9	64,0	62,6
México	29,9	28,7	27,0	29,1	25,6	24,3	23,1	21,6	23,1	20,2
Nicaragua	2,1	2,3	2,4	2,5	2,3	32,3	34,4	35,6	37,0	34,2
Panamá	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	17,5	15,5	15,2	18,9	17,0
Paraguay	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	19,9	18,3	17,7	20,3	20,4
Perú	8,4	7,6	7,0	11,4	8,6	26,6	23,5	21,4	34,2	25,7
República Dominicana	2,6	2,3	2,2	2,7	2,9	24,9	21,7	20,6	25,0	25,8
San Kitts y Nevis	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Santa Lucía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	20,9	20,6	21,2	31,6	27,2
San Vicente y las Granadinas	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Sint Maarten (parte holandesa)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Suriname	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	44,5	45	43,9	54,3	58,6
Trinidad y Tabago	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	6,5	7,0	7,1	9,1	9,9
Uruguay	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	2,8	3,0	3,3	5,3	5,2

Nota: n.a. = dato no disponible; n.r. = no reportado.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023].

<https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

CUADRO 30

Costo de la dieta saludable en América Latina y el Caribe, por país y subregión (dólares PPA por persona al día)

	2017	2018	2019	2020	2021
Mundo	3,295	3,355	3,431	3,511	3,662
América Latina y el Caribe	3,619	3,692	3,775	3,876	4,081
Caribe	3,837	3,953	4,064	4,200	4,411
Mesoamérica	3,368	3,419	3,454	3,482	3,625
Sudamérica	3,417	3,439	3,504	3,589	3,818
Antigua y Barbuda	4,112	4,302	4,391	4,504	4,684
Argentina	3,341	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Aruba	3,418	3,62	3,907	4,007	4,116
Bahamas	4,276	4,387	4,364	4,488	4,661
Belice	2,476	2,517	2,574	2,632	2,797
Bolivia (Estado Plurinacional de)	3,551	3,648	3,769	3,755	3,927
Brasil	2,809	2,800	2,882	3,084	3,35
Chile	3,053	3,18	3,276	3,349	3,387
Colombia	2,863	2,893	2,932	3,080	3,301
Costa Rica	3,961	4,000	4,048	3,889	3,925
Curaçao	2,866	2,988	3,144	3,236	3,495
Dominica	4,000	4,146	4,236	4,345	4,561
Ecuador	2,788	2,816	2,861	2,928	3,035
Granada	5,382	5,536	5,625	5,796	6,097
Guyana	4,629	4,742	4,828	4,887	5,117
Haití	3,930	4,075	4,275	4,490	4,814
Islas Caimán	2,928	2,866	2,701	2,910	3,050
Islas Vírgenes Británicas	3,235	3,087	3,281	3,220	3,425
Honduras	3,360	3,415	3,404	3,486	3,595
Jamaica	5,975	6,141	6,398	6,681	7,033
México	2,993	3,071	3,039	3,074	3,205
Nicaragua	3,191	3,245	3,279	3,335	3,540
Panamá	4,225	4,268	4,382	4,476	4,687
Paraguay	3,430	3,511	3,519	3,543	3,867
Perú	3,084	3,062	3,098	3,133	3,334
República Dominicana	3,521	3,608	3,744	3,884	4,128
San Kitts y Nevis	2,998	3,179	3,31	3,405	3,526
Santa Lucía	3,263	3,400	3,517	3,595	3,673
San Vicente y las Granadinas	4,131	4,232	4,293	4,454	4,697
Sint Maarten (parte holandesa)	4,462	4,713	4,835	5,094	5,273
Suriname	4,969	5,311	5,337	5,739	6,090
Trinidad y Tabago	3,928	4,028	4,083	4,224	4,524
Uruguay	3,073	3,170	3,254	3,414	3,543

Nota: n.a. = dato no disponible; n.r. = no reportado.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023].
<https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

ANEXO II

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICIÓN

Subalimentación

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

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

Inseguridad alimentaria medida por la escala de experiencia de inseguridad alimentaria

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

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

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Datos de Seguridad Alimentaria. En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023]. <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS>

Retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años

El retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años: estatura (centímetros) para la edad (meses) < -2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. La baja estatura para la edad es un indicador que da cuenta de los efectos acumulados de la desnutrición y las infecciones desde, e incluso antes, del nacimiento. Puede ser el resultado de una deprivación nutricional de largo plazo, infecciones recurrentes y falta de agua e infraestructuras de saneamiento. Los niños y niñas con retraso del crecimiento corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades y morir. A su vez, el retraso del crecimiento suele afectar negativamente su desarrollo cognitivo y físico, provocando un bajo desempeño escolar y una capacidad intelectual reducida.

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

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

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

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

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

Fuente: UNICEF, OMS y World Bank. 2023. *UNICEF-WHO-World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends (2023 edition)*. [Consultado el 24 de abril de 2023]. <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023>

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva para infantes menores de seis meses de vida se define como una alimentación basada solamente en leche materna, sin recibir alimentos o bebidas adicionales, ni siquiera agua. Es una piedra angular de la supervivencia de los bebés y es el mejor alimento para los recién nacidos, en tanto la leche materna da

forma a su microbioma, fortalece el sistema inmune y reduce el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. También beneficia a las madres, porque previene las hemorragias posparto y favorece la involución uterina, disminuye el riesgo de anemia por deficiencia de hierro y de varios tipos de cáncer, aportando también beneficios psicológicos

Fuente: UNICEF. 2022. Infant and young child feeding. En: *UNICEF*. New York, USA. [Consultado el 6 de abril de 2023].

<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

Bajo peso al nacer

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

Fuente: UNICEF y OMS. 2023. *Low birthweight joint estimates 2023 edition*.

[Consultado el 12 de julio de 2023]. www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-nutritional-status-and-food-safety-and-events/joint-low-birthweight-estimates

Obesidad en adultos

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la relación entre el peso y la estatura de una persona, y se utiliza habitualmente para clasificar el estado nutricional de los adultos. Se calcula dividiendo el peso corporal en kilogramos por la raíz cuadrada de la estatura corporal en metros (kg/m^2). A partir de ello, se determinan como obesas las personas con un IMC igual o superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Fuente: OMS. 2020. Global Health Observatory (GHO) data repository. En: *OMS*. Ginebra. [Consultado el 28 de abril de 2020].

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

Anemia en mujeres entre 15 y 49 años

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

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

Fuente: OMS. 2021. Vitamin and Mineral Nutrition Information System (VMNIS).

En: *OMS*. [Consultado el 25 de mayo de 2021]. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>.

OMS. 2021. Global anaemia estimates, Edition 2021. En: *Global Health Observatory (GHO) data repository*. Ginebra. [Consultado el 20 de abril de 2023].

https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children

Costo y asequibilidad de la dieta saludable

El indicador de costo de una dieta saludable es el costo de comprar los alimentos menos costosos disponibles localmente para cumplir con los requerimientos de energía de 2 330 kcal / día y con los estándares nutricionales determinados en las Guías Alimentaria Basadas en Alimentos (GABA). El costo de una dieta saludable se convierte a dólares internacionales utilizando la paridad de poder adquisitivo (PPA).

Los indicadores de asequibilidad de una dieta saludable miden el porcentaje y el número de la población total de aquellos que no puede pagar este tipo de dieta. A su vez, se considera inasequible en un país cuando su costo supera el 52 % de los ingresos del hogar. Este porcentaje representa una parte de los ingresos que se pueden reservar de manera viable para alimentos, según las observaciones de que la población de los países de bajos ingresos gasta, en promedio, el 52 % de sus ingresos en alimentación, según los datos de gastos de los hogares de las cuentas nacionales de 2017 del Programa de Comparación Internacional (ICP) del Banco Mundial. Los datos de ingresos son proporcionados por la Plataforma de Pobreza y Desigualdad del Banco Mundial.

Fuente: FAO. 2023. FAOSTAT: Costo y Asequibilidad de una Dieta Saludable (CoAHD). En: FAO. Roma. [Consultado en julio de 2023].

<https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>

ANEXO III NOTAS

FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2023. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023. Urbanización, transformación de los sistemas agroalimentarios y dietas saludables a lo largo del continuo rural-urbano*. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc3017es>

Prevalencia de la subalimentación

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

Inseguridad alimentaria

Se incluyen las estimaciones regionales cuando estas dan cuenta de más del 50 % de la población. Para reducir el margen de error, las estimaciones nacionales se presentan como promedios trienales. Las estimaciones de la FAO refieren al número de personas que residen en hogares en los que se ha comprobado que al menos un adulto sufre inseguridad alimentaria.

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

No se presentan estimaciones para el Caribe para el periodo 2014-2019, ya que solo se cuenta con datos para los países que representan menos del 50 % de la población de la subregión. Las estimaciones para América Latina y el Caribe de 2014 a 2019 incluyen países del Caribe con una población combinada que representa solo el 30 % de la población de esa subregión, mientras que las estimaciones de 2020, 2021 y 2022 incluyen países del Caribe con una población combinada que representa entre el 60 % y el 65 % de la población subregional. Los países incluidos en la estimación de 2022 para el Caribe son: Antigua y Barbuda, las Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, la República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago.

Retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en menores de 5 años

Para las estimaciones regionales de emaciación infantil, los valores corresponden a las estimaciones previstas por el modelo para 2022 solamente. La emaciación es una afección aguda que puede cambiar con frecuencia y rapidez en el transcurso de un año calendario. Esto dificulta generar tendencias confiables a lo largo del tiempo con los datos de entrada disponibles; por lo tanto, este informe proporciona solo las estimaciones globales y regionales más recientes.

Lactancia materna exclusiva

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

ANEXO IV

GRUPOS DE PAÍSES

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

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

Los grupos son:

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

ISBN 978-92-5-138349-0



9 789251 383490

CC8514ES/1/11.23