



Asamblea General

Distr. general
26 de diciembre de 2011
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

19º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Olivier De Schutter

Resumen

En el presente informe, presentado al Consejo de Derechos Humanos con arreglo a su resolución 13/4, el Relator Especial sobre el derecho a la alimentación aborda la relación existente entre salud y malnutrición. Muestra por qué la desnutrición, la carencia de micronutrientes y la sobrealimentación son distintos aspectos de la malnutrición que deben encararse de forma conjunta con un enfoque de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los sistemas alimentarios actuales no han conseguido acabar con el hambre y además promueven dietas que generan sobrepeso y obesidad, dos fenómenos que provocan aún más muertes en todo el mundo que un peso inferior al normal. Solo se conseguirá una transición hacia dietas sostenibles apoyando distintos sistemas de explotación agrícola que permitan garantizar a todas las personas el acceso a dietas adecuadas y al mismo tiempo respaldar los medios de subsistencia de los agricultores pobres, y que sean sostenibles desde un punto de vista ecológico. Las mujeres, como principales cuidadoras de los niños pequeños, deben poder tomar decisiones fundamentadas y autónomas en materia de alimentos y alimentación para que sus hijos puedan disfrutar del derecho a un nivel de nutrición que les asegure un crecimiento, una salud y un desarrollo adecuados. La adopción de un marco de derechos humanos puede servir para garantizar que las respuestas a corto plazo no excluyan la posibilidad de soluciones a largo plazo.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–3	3
II. Un triple desafío	4–12	4
A. El papel de los sistemas agroalimentarios: del aumento de la producción a la garantía de una dieta sostenible	4–5	4
B. Desnutrición y carencia de micronutrientes	6–8	4
C. Sobrepeso y obesidad	9–12	5
III. Lucha contra la carencia de micronutrientes	13–25	9
A. Iniciativas recientes centradas en la nutrición	13–14	9
B. El desafío de la sostenibilidad	15–21	10
C. El valor añadido de un marco de derechos humanos	22–25	13
IV. Combatir el sobrepeso y la obesidad	26–47	14
A. El papel de los sistemas agroalimentarios	26–36	14
B. Reestructuración de los sistemas agroalimentarios	37–47	17
V. Conclusiones y recomendaciones	48–53	22

I. Introducción

1. El derecho a la alimentación no puede limitarse al derecho a no pasar hambre. Debe incluir también el derecho a una dieta adecuada que proporcione todos los elementos nutritivos que una persona necesita para llevar una vida sana y activa, y los medios para tener acceso a ellos. Los Estados tienen el deber de proteger el derecho a una dieta adecuada, en particular regulando el sistema alimentario, y de hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada reforzando proactivamente el acceso de su población a los recursos necesarios para poder tener dietas adecuadas¹. Con este fin, en las Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional (Directrices sobre el derecho a la alimentación) se recomienda a los Estados velar por que los cambios en la disponibilidad de alimentos y en el acceso a ellos no afecten negativamente a la composición de la dieta y la ingesta dietética, así como apoyar la diversidad de la alimentación y hábitos sanos de consumo de alimentos, en particular la lactancia materna². Las empresas del sector agroalimentario también tienen el deber de respetar el derecho a una alimentación adecuada, evitando vulnerar este derecho y tratando de impedir cualquier repercusión negativa de sus actividades en el disfrute de dicho derecho³. El propio sistema de las Naciones Unidas debe velar por que la nutrición se tenga en cuenta en todas las áreas de política pertinentes.

2. En el presente informe el Relator Especial aclara el contenido de esas obligaciones y examina las consecuencias del componente de adecuación del derecho a la alimentación para las políticas agrarias y para la modificación de los sistemas alimentarios. Es evidente que la nutrición no se limita al acceso que tienen los hogares a los alimentos, sino que está estrechamente ligada al estado de salud de cada uno de los miembros de la familia, las relaciones de poder en el hogar y la educación en materia de nutrición. Sin embargo, el presente informe se centrará en un conjunto de factores determinantes para los resultados nutricionales, que están relacionados con la producción, el procesamiento, la comercialización, la venta al por menor y el consumo de alimentos (con los sistemas agroalimentarios, en términos generales). Esta es solo una parte de la nutrición en su conjunto, pero una parte fundamental y una que actualmente está experimentando profundas transformaciones.

3. Para la elaboración del informe se celebraron varias consultas y reuniones de expertos. El Relator Especial desea expresar su agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como a los participantes en la reunión de expertos que se celebró en Ginebra el 9 de mayo de 2011 y en el seminario organizado el 20 de mayo de 2011 por el Departamento sobre Género y Nutrición de la Universidad de Hohenheim. El Relator Especial también se reunió con la secretaria del Comité Permanente de Nutrición y con representantes de la Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada (GAIN), incluido el presidente de su junta, y recibió actualizaciones periódicas sobre la iniciativa Movimiento para el Fomento de la Nutrición, entre otras cosas participando en la Reunión de Alto Nivel sobre Nutrición que se celebró en Nueva York el 20 de septiembre de 2011. Distintos interesados y científicos de todas las regiones, incluidos la Harvard Law and International Development Society y Oxford Pro Bono Publico, informaron al Representante Especial. Siguen a continuación las principales conclusiones del Relator sobre la forma en que puede conseguirse que los sistemas alimentarios garanticen el derecho a una dieta adecuada a todos los individuos.

¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 12 (2009) sobre el derecho a una alimentación adecuada, párrs. 6, 9 y 15.

² Directriz 10.1.

³ Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos (A/HRC/17/31), principios 11 a 24.

II. Un triple desafío

A. El papel de los sistemas agroalimentarios: del aumento de la producción a la garantía de una dieta sostenible

4. Desde la década de 1960 la seguridad alimentaria se ha venido vinculando en gran medida a la producción, a menudo sin considerar su relación con la nutrición. El hambre y la malnutrición se asociaban a una falta de ingesta calórica. Dada la generalización del hambre en el mundo, este enfoque quizás resultaba comprensible. Sin embargo, este hecho hizo que se pusiera demasiado énfasis en aumentar la producción agrícola y en reducir los precios de los alimentos, sin prestar la debida atención a garantizar la disponibilidad y accesibilidad de un amplio abanico de alimentos diversos con los micronutrientes necesarios para asegurar el pleno desarrollo físico y mental de los niños y permitir a los adultos llevar vidas sanas y productivas. En otras palabras, al considerarse que el principal desafío era combatir la malnutrición proteico-calórica, se descuidó la exigencia de que la dieta resultara adecuada. Tampoco se tuvieron en cuenta, más allá de proporcionar alimentos disponibles a bajos precios, las demás funciones de la agricultura (asegurar ingresos dignos a los productores y mantener los ecosistemas).

5. Sin embargo, todo esto está cambiando. Hoy en día los expertos están de acuerdo en que los sistemas alimentarios deben garantizar el acceso de todos a "dietas sostenibles", entendidas como "dietas con bajo impacto ambiental que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional y a la vida sana de las generaciones presentes y futuras. Las dietas sostenibles concurren a la protección y respeto de la biodiversidad y los ecosistemas, son culturalmente aceptables, económicamente justas, accesibles, asequibles, nutricionalmente adecuadas, inocuas y saludables, y permiten la optimización de los recursos naturales y humanos"⁴. Esta definición reconoce la necesidad de que los sistemas agroalimentarios dejen de centrarse exclusivamente en aumentar la producción y pasen a tener en cuenta la satisfacción de otros requisitos, como la adecuación de las dietas, la equidad social y la sostenibilidad ambiental. Todos estos elementos resultan esenciales para vencer de forma duradera el hambre y la malnutrición, como ya destacó el Relator Especial en informes anteriores.

B. Desnutrición y carencia de micronutrientes

6. El mundo está pagando ahora un alto precio por haberse centrado casi exclusivamente en aumentar la producción durante el último medio siglo. La desnutrición sigue siendo considerable, en gran medida porque los sistemas agroalimentarios no han contribuido a aliviar la pobreza en las zonas rurales. Una de cada siete personas en el mundo sigue pasando hambre. En torno al 34% de los niños de países en desarrollo, 186 millones de niños en total, miden menos de lo que deberían medir para su edad, el síntoma más común de desnutrición crónica⁵. Aunque el índice de precios de los alimentos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ajustado para tener en cuenta la inflación, refleja que el costo de los alimentos descendió desde principios de la década de 1960 hasta 2002 (aparte de un pico registrado en

⁴ Definición aprobada por consenso por los participantes del Simposio científico internacional sobre biodiversidad y dietas sostenibles, celebrado del 3 al 5 de noviembre de 2010 en Roma. Véase el informe definitivo del simposio, pág. ix, disponible en www.fao.org/ag/humannutrition/29186-021e012ff2db1b0eb6f6228e1d98c806a.pdf.

⁵ El 42% de los niños del África Subsahariana y el 48% de los niños del Asia Meridional sufren atrofiás. Véase www.unicef.org/nutrition/index_statistics.html.

1973-1974), los más pobres siguen siendo aún demasiado pobres como para poder alimentarse dignamente porque la agricultura no se ha diseñado para apoyar los medios de vida de los grupos marginados y más vulnerables.

7. Asimismo, un gran número de personas (los niños y las mujeres se ven afectados de forma desproporcionada) experimentan carencias de micronutrientes. Al menos 100 millones de niños tienen carencia de vitamina A, lo que limita su crecimiento, debilita su sistema inmunológico y, en casos de carencia grave, ocasiona ceguera y aumenta la mortalidad. Entre 4.000 millones y 5.000 millones de personas sufren carencia de hierro, entre ellas la mitad de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años de los países en desarrollo, y se calcula que 2.000 millones sufren anemia. La carencia de hierro afecta al crecimiento, al desarrollo cognitivo y a la función inmune, y hace que los niños no obtengan buenos resultados en la escuela y que los adultos sean menos productivos. La carencia de yodo y de zinc también incide negativamente en la salud y reduce las posibilidades de supervivencia infantil. En torno a un 30% de los hogares del mundo en desarrollo no consumen sal yodada, y los niños de madres con graves carencias de yodo tienen más probabilidades de sufrir problemas de aprendizaje o cretinismo. Por último, la falta de ciertas vitaminas y minerales también puede afectar al desarrollo físico y mental y al sistema inmunológico de las personas⁶.

8. Al igual que ocurre con la desnutrición, la carencia de micronutrientes (o "hambre oculta") también vulnera el derecho de los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico y mental y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, reconocidos en el párrafo 2 del artículo 6 y el párrafo 2 c) del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño. El entorno, y no la genética, es lo que explica las diferencias en el desarrollo de los niños entre las distintas regiones. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS ponen de manifiesto que los niños y lactantes de distintas regiones geográficas del mundo muestran patrones de crecimiento muy similares cuando se satisfacen sus necesidades de salud y nutrición, por lo que, en principio, todos los niños tendrían el mismo potencial de crecimiento⁷. Por lo tanto, los Estados tienen el deber de fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el mantenimiento de la lactancia, combinada con alimentos complementarios adecuados, hasta el segundo cumpleaños del niño; y de establecer sistemas alimentarios que puedan garantizar el acceso de todos los individuos no solo a una ingesta calórica suficiente sino también a dietas suficientemente variadas que aporten todo el abanico de micronutrientes necesarios.

C. Sobrepeso y obesidad

9. Otro desafío en materia de nutrición es el de las personas cuya ingesta calórica supera la que necesitan. Hoy en día más de 1.000 millones de personas de todo el mundo tienen sobrepeso (índice de masa corporal (IMC) >25), y al menos 300 millones son obesas (IMC >30). El sobrepeso y la obesidad ocasionan 2,8 millones de muertes en todo el mundo, de forma que, en la actualidad, el 65% de la población mundial vive en países (todos los países de ingresos altos y la mayoría de los países de ingresos medianos) en los que el sobrepeso y la obesidad ocasionan más muertes que un peso inferior al normal⁸. En un país como los Estados Unidos de América, esto quiere decir que, en la actualidad, los niños podrían tener esperanzas de vida inferiores a las de sus padres⁹. Y sin embargo, la

⁶ Véase www.unicef.org/nutrition/index_bigpicture.html.

⁷ Véase www.who.int/entity/childgrowth/2_why.pdf.

⁸ OMS, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010* (Ginebra, 2011), página 2 de la versión en inglés; OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009), págs. 16 y 17.

⁹ S. J. Olshansky y otros, "A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st

obesidad y las enfermedades no transmisibles vinculadas, en particular, a dietas poco sanas ya no están limitadas a los países ricos (véanse los gráficos 1 y 2). Se calcula que, para 2030, como consecuencia de estas enfermedades 5,1 millones de personas morirán al año en países pobres antes de alcanzar los 60 años, frente a los 3,8 millones que mueren actualmente¹⁰. La obesidad y el sobrepeso afectan como mínimo al 50% de la población de 19 de los 34 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹¹, pero han pasado a considerarse problemas de salud pública en todas las regiones (véase el gráfico 2). Las muertes y dolencias derivadas de enfermedades no transmisibles superan actualmente a las de las enfermedades transmisibles en todas las regiones salvo en África, y está previsto que las muertes derivadas de enfermedades no transmisibles aumenten en un 15% en todo el mundo entre 2010 y 2020, y en más de un 20% en África, en el África Sudoriental y en el Mediterráneo Oriental¹². Asimismo, estas enfermedades resultan mortales con mayor rapidez en los países pobres. Tanto en África como en el Sudeste Asiático el 41% de las muertes ocasionadas por elevados IMC se producen en personas de menos de 60 años, frente al 18% en los países de ingresos altos¹³. Para la sociedad el costo es inmenso, tanto el costo directo (atención sanitaria) como el costo indirecto (pérdida de productividad)¹⁴. Desde que aparece la obesidad hasta que aumenta el costo de la atención sanitaria pasa un plazo de tiempo considerable, pero se calcula, por ejemplo, que los costos derivados del sobrepeso y la obesidad en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte podrían aumentar en 2015 en hasta un 70% con respecto a 2007 y llegar a ser 2,4 veces superiores en 2025¹⁵. En países como la India y China está previsto que el impacto de la obesidad y la diabetes se dispare en los próximos años¹⁶. En promedio, un aumento del 10% en las enfermedades no transmisibles provocaría una pérdida del 0,5% en el producto interno bruto (PIB)¹⁷.

century", *New England Journal of Medicine*, vol. 352, N° 11 (2005), pág. 1143.

¹⁰ R. Beaglehole y otros, "Priority actions for the non-communicable disease crisis", *Lancet*, vol. 377, N° 9775 (2011), págs. 1438 a 1447.

¹¹ OCDE, *Health at a Glance 2011* (París, 2011), pág. 54.

¹² OMS, *Informe sobre la situación mundial*, página 9 de la versión en inglés.

¹³ OMS, *Global Health Risks*, pág. 17.

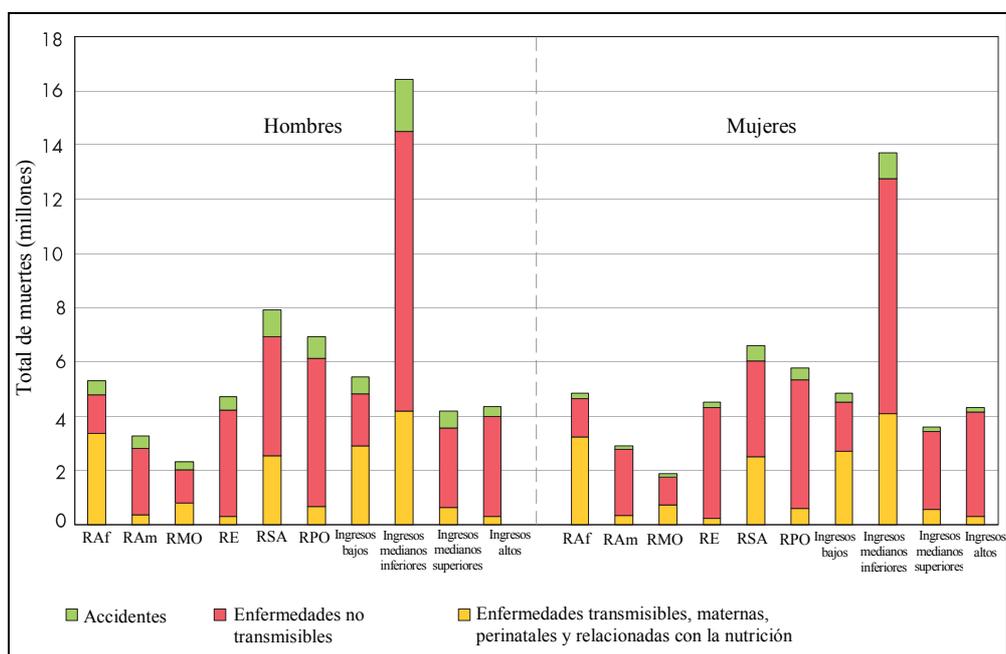
¹⁴ En los Estados Unidos, los gastos médicos directos y los gastos indirectos atribuibles a la diabetes en 2002 se calcularon en 132.000 millones de dólares de los Estados Unidos, más del doble del total del costo sanitario para ese año (American Diabetes Association, "Economic costs of diabetes in the US in 2002", *Diabetes Care*, vol. 26, N° 3 (2003), pág. 917. En 2007 la cifra era de 174.000 millones de dólares de los Estados Unidos (American Diabetes Association, "Economic costs of diabetes in the US in 2007", *Diabetes Care*, vol. 31, N° 3 (2008), pág. 596. En la región de América Latina y el Caribe el costo sanitario por casos de diabetes se sitúa en 65.000 millones de dólares al año, o entre el 2% y el 4% del PIB (informe del Secretario General (A/66/83), párr. 28).

¹⁵ Reino Unido, Oficina Gubernamental para la Ciencia, *Tackling Obesities: Future Choices* (2007), pág. 40.

¹⁶ B. M. Popkin, "Will China's nutrition transition overwhelm its health care system and slow economic growth?" *Health Affairs*, vol. 27, N° 4 (2008), pág. 1072 (calculando que el costo económico indirecto del sobrepeso y la obesidad podría alcanzar el 8,73% del PIB en 2025).

¹⁷ OMS, *Informe sobre la situación mundial*, página 3 de la versión en inglés.

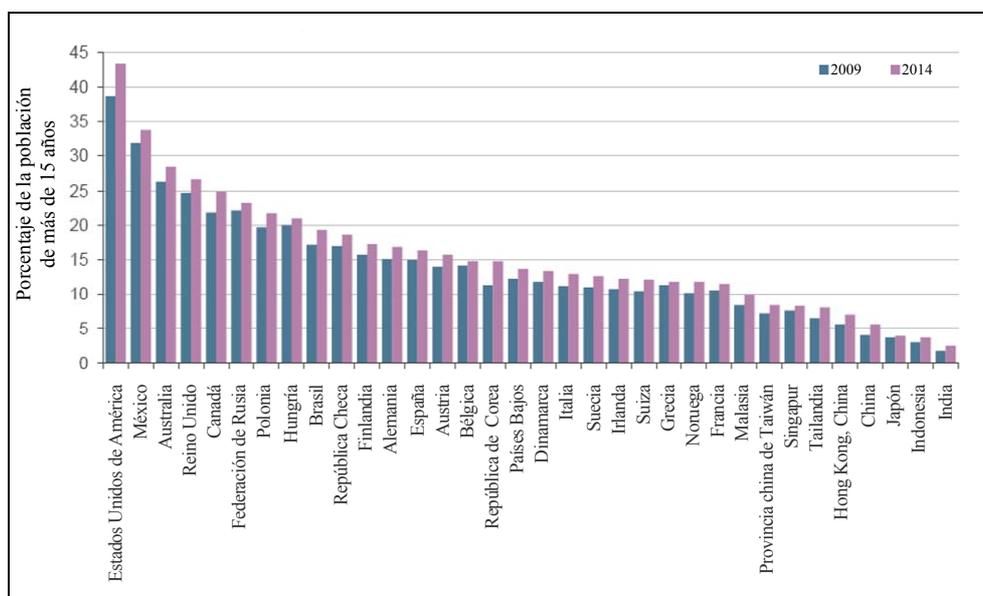
Gráfico 1
Total de muertes por grupo general de causa, por región de la OMS, grupo de ingresos del Banco Mundial y género, 2008



Fuente: OMS, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010* (Ginebra, 2011), página 10 de la versión en inglés.

Nota: RAF = Región de África, RAm = Región de las Américas, RMO = Región del Mediterráneo Oriental, RE = Región de Europa, RSA = Región de Asia Sudoriental, RPO = Región del Pacífico Occidental.

Gráfico 2
Población obesa (IMC 30 kg/m² o más) 2009/2014



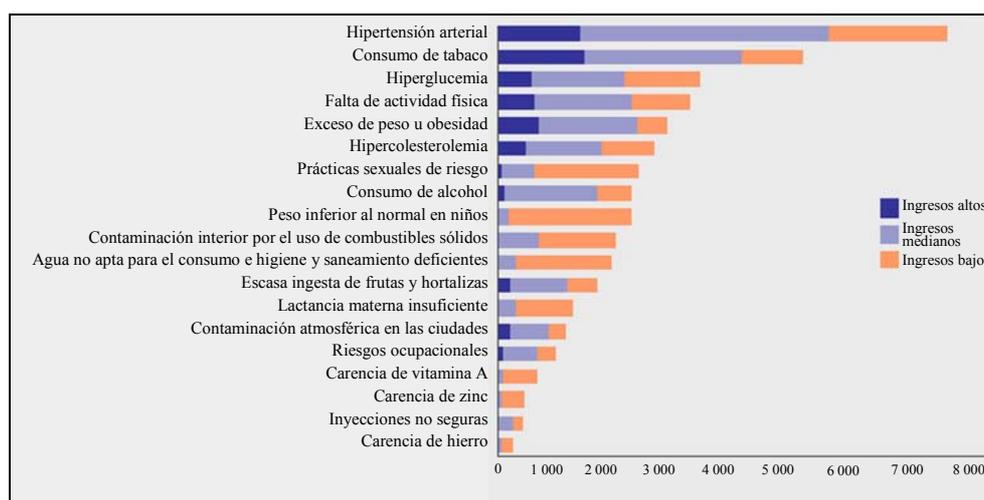
Fuente: Euromonitor International, *Cardiovascular Health: A Key Area of Functional Food and Drinks Development* (junio de 2010).

10. Los efectos en la salud de una mala dieta son bien conocidos¹⁸. Las dietas ricas en sal y alcohol, combinadas con la falta de ejercicio¹⁹, suelen hacer que aumente la tensión arterial, lo que a su vez hace aumentar el riesgo de accidentes cerebrovasculares, cardiopatías e insuficiencia renal. En torno al 51% de los accidentes cerebrovasculares de todo el mundo y el 45% de las cardiopatías isquémicas pueden atribuirse a una tensión arterial alta, un fenómeno que afecta particularmente a los países europeos y africanos de ingresos medianos. Las dietas ricas en grasas saturadas y la inactividad física pueden hacer aumentar los niveles de colesterol, otro factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y causa de 2,6 millones de muertes al año²⁰. Los cambios en las dietas y la falta de ejercicio físico pueden provocar una resistencia a la insulina o hacer, de algún otro modo, que aumente la glucosa en sangre, responsable del 6% de las muertes en todo el mundo, al exponer a los individuos afectados a diabetes, cardiopatías o accidentes cerebrovasculares. Algunos preparados para lactantes con acabados de glicación avanzada muy superiores a los de la leche podrían predisponer a la diabetes²¹. Por último, las dietas poco saludables aumentan el riesgo de cáncer de pecho, colon, próstata y otros órganos, y un bajo consumo de frutas y verduras, por ejemplo, aumenta el riesgo de padecer no solo enfermedades cardiovasculares sino también cánceres gastrointestinales.

Gráfico 3

Las 19 principales causas de muertes prematuras (en todo el mundo, por nivel de ingresos del país, 2004)

Mortalidad en miles (total: 58,8 millones)



Fuente: OMS, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009), pág. 10.

¹⁸ OMS, *Global Health Risks*, págs. 16 a 18.

¹⁹ En el presente informe el Relator Especial no analizará la falta de ejercicio físico derivada de la urbanización y los cambios en los medios de transporte, un factor de riesgo importante que, en conjunción con las dietas de alto contenido energético, contribuye a la aparición de enfermedades no transmisibles. Se calcula que este factor es el responsable entre el 21% y el 25%, aproximadamente, de los cánceres de pecho y colon, el 27% de los casos de diabetes y en torno al 30% de cardiopatías isquémicas.

²⁰ OMS, *Global Health Risks*, pág. 16, e *Informe sobre la situación mundial*, página 2 de la versión en inglés.

²¹ V. Mericq y otros, "Maternally transmitted and food-derived glycotoxins", *Diabetes Care*, vol. 33, N° 10 (2010), págs. 2232 a 2237.

11. La lucha contra las enfermedades no transmisibles no cuenta con financiación suficiente, en parte porque no se incluyó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se aprobaron en 2000. Menos del 3% de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud se destina a combatir estas enfermedades, aunque sean las causantes de más de un tercio de todas las muertes prematuras²². Los segmentos más pobres de la población se ven afectados de forma desproporcionada²³. Las familias pobres a veces no pueden permitirse el mayor gasto en salud que estas enfermedades suponen. Cada año, 100 millones de personas se ven arrastradas a la pobreza por no poder permitirse los servicios sanitarios que necesitan²⁴. En la India, por ejemplo, el tratamiento de la diabetes le cuesta en promedio al individuo afectado entre el 15% y el 25% de los ingresos familiares²⁵, y las enfermedades cardiovasculares generan gastos catastróficos para el 25% de las familias de la India y arrastran a la pobreza al 10% de las familias²⁶. Asimismo, es posible que las personas enfermas no puedan trabajar y que sus familiares deban encargarse de su cuidado, lo que genera pérdidas de ingresos. Puede pasar que el promedio de las familias pobres sea menos consciente de los riesgos de una dieta poco saludable y que no tenga recursos para mejorar su dieta.

12. Deberán reconfigurarse los sistemas agroalimentarios para hacer frente a todos los aspectos de la malnutrición (desnutrición, carencia de micronutrientes y sobrealimentación) conjuntamente, y no por separado. La malnutrición, en todas sus formas, no puede combatirse aplicando un enfoque de ciencias de la alimentación exclusivamente, como facilitar "alimentos saludables" enriquecidos con micronutrientes o alimentos terapéuticos listos para el consumo destinados a combatir la carencia de micronutrientes o los efectos negativos para la salud de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, sodio y azúcar. Para garantizar una disponibilidad y accesibilidad adecuadas de frutas y verduras y una dieta suficientemente equilibrada y variada entre los distintos grupos de alimentos, será necesario reformar los sistemas agroalimentarios. Esto significa dar prioridad al acceso a dietas adecuadas sostenibles desde el punto de vista social y medioambiental sobre la mera provisión de calorías baratas. Las intervenciones encaminadas a combatir las distintas formas de malnutrición anteriormente descritas deben valorarse en función de si favorecen u obstaculizan este cambio en las prioridades.

III. Lucha contra la carencia de micronutrientes

A. Iniciativas recientes centradas en la nutrición

13. Mediante una serie de medidas recientes se ha intentado combatir la carencia de micronutrientes, yendo más allá del enfoque tradicional de la baja ingesta calórica. El Programa Mundial de Alimentos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) pusieron en marcha en 2006 la Iniciativa encaminada a poner fin al hambre y la

²² R. Nugent y A. Feigl, "Where have all the donors gone? Scarce donor funding for non-communicable diseases", Centro para el Desarrollo Mundial, Documento de trabajo N° 228 (Washington, D.C., 2010), pág. 17.

²³ Ala Din Alwan y otros, "El desarrollo en peligro: la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas se ocupará de las enfermedades no transmisibles", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 89 (2011), páginas 546 y 546A de la versión en inglés.

²⁴ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 5.

²⁵ A. Ramachandran y otros, "Increasing expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country: a study from India", *Diabetes Care*, vol. 30, N° 2 (2007), págs. 252 a 256.

²⁶ A. Mahal y otros, *The Economic Implications of Non-Communicable Disease for India*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, D.C., Banco Mundial, 2010).

desnutrición entre los niños. En 2008, la FAO, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la iniciativa de Esfuerzos Renovados contra el Hambre Infantil (REACH) para intensificar las medidas destinadas a combatir la desnutrición infantil mediante una acción coordinada de los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, los donantes y el sector privado en el marco de planes liderados por los países. El Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre la crisis mundial de la seguridad alimentaria del Secretario General, integrado por 22 miembros, ha actualizado el Marco Integral de Acción para abordar de forma expresa la seguridad alimentaria y nutricional y prestar especial atención a la relación existente entre agricultura, sistemas alimentarios y resultados nutricionales. Por último, la iniciativa de múltiples interesados Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), puesta en marcha en 2009 y que ha ido adquiriendo fuerza desde la presentación del Marco para el Fomento de la Nutrición en abril de 2010, trata de promover inversiones y medidas concretas para mejorar la nutrición de las madres y los niños durante el período de 1.000 días comprendido entre el embarazo y la edad de 2 años del niño, durante el cual una mejor nutrición puede incidir de forma determinante en su futuro.

14. Además de alentar a los gobiernos a aprobar planes nacionales para que la nutrición reciba más atención en las distintas políticas sectoriales, el SUN también incluye el establecimiento de vínculos de asociación entre las empresas, la sociedad civil y los gobiernos para fomentar la atención a la nutrición mediante estrategias relacionadas con esta a lo largo de la cadena de valor a nivel nacional. Entre las intervenciones del sector privado figuran la producción de productos alimenticios fortificados, el fomento de un comportamiento saludable en términos nutricionales, la creación de entornos de trabajo que permitan a las mujeres garantizar una buena nutrición para ellas y sus hijos, el velar por que los grupos de bajos ingresos puedan acceder a productos con valor nutricional y la creación de capacidad local por medio de la transmisión de conocimientos y tecnología. Algunas de estas asociaciones reciben el apoyo de GAIN, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, en sus siglas en inglés, una asociación entre los sectores público y privado que se creó durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de 2002 relativo a los niños. Desde entonces, GAIN ha establecido contactos con 600 empresas mediante 36 amplios proyectos en más de 25 países para mejorar el acceso a micronutrientes ausentes en las dietas. Según sus promotores, cerca de 400 millones de personas se benefician de ella mediante productos alimenticios de mayor valor nutritivo.

B. El desafío de la sostenibilidad

15. En el presente informe no se abordarán las evaluaciones de estas distintas iniciativas de promoción de la nutrición y los proyectos englobados en la iniciativa SUN. Debe valorarse positivamente el que la nutrición adquiera cada vez más relevancia a nivel internacional. También resulta positivo que SUN reconozca la necesidad de que las medidas de fomento de la nutrición estén lideradas por las autoridades nacionales a través de un enfoque intersectorial y de que aúnen el compromiso y apoyo de los gobiernos de los países en desarrollo, los donantes, la sociedad civil, los organismos de desarrollo y el sector privado. Sin embargo, al prestar asistencia estos actores no deben pasar por alto los derechos que el derecho internacional confiere a las mujeres, los niños, las minorías, los refugiados, los desplazados internos y demás grupos que puedan verse marginados o discriminados. Aunque el Relator Especial valora los avances realizados en el marco de SUN, pide que sus iniciativas se alineen expresamente con los derechos humanos, incluido el derecho a la alimentación. A este respecto habría que hacer una serie de observaciones.

16. En primer lugar, resulta preocupante que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981²⁷ y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud sigan sin aplicarse suficientemente, a pesar del amplio reconocimiento de que la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida y el mantenimiento de la lactancia, combinada con alimentos complementarios seguros y adecuados, hasta el segundo cumpleaños del niño e incluso más allá es la mejor forma de alimentar al niño y reduce el riesgo de obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida²⁸. Los países comprometidos con el fomento de la nutrición deberían empezar por regular la comercialización de preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna, conforme a lo establecido en la resolución 63.23 de la Asamblea Mundial de la Salud y aplicando todas las recomendaciones de la OMS sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos y bebidas no alcohólicas a niños, conforme a lo dispuesto en la resolución 63.14 de la Asamblea Mundial de la Salud.

17. En segundo lugar, el hecho de centrar la atención en las mujeres embarazadas, las mujeres en período de lactancia y los lactantes, en algunas iniciativas recientes sobre nutrición, aunque es comprensible, no debe disminuir la importancia de satisfacer las necesidades nutricionales de otros grupos como el resto de los niños, las mujeres no embarazadas ni en período de lactancia, los adolescentes y los ancianos. El derecho a una alimentación adecuada, que incluye una nutrición adecuada, es un derecho universal garantizado a todos. Así, para hacerlo efectivo son necesarias estrategias nacionales de base amplia, que aborden todos los factores que generan malnutrición, en vez de optar por iniciativas centradas exclusivamente en necesidades concretas del desarrollo del niño desde su concepción hasta que cumple los 2 años.

18. En tercer lugar, aunque las intervenciones destinadas a mejorar la nutrición y centradas en las mujeres embarazadas y en período de lactancia y en los niños de hasta 2 años son fundamentales, no por ello deja de ser necesario combatir las causas estructurales de la desnutrición o las dietas inadecuadas. El Relator Especial ya señaló anteriormente que las principales causas estructurales son unos sistemas alimentarios inequitativos que no incluyen suficientemente a los pequeños agricultores más pobres ni contribuyen a reducir la pobreza en las zonas rurales²⁹, así como la prioridad otorgada al monocultivo de determinados alimentos básicos en vez de optar por sistemas agrícolas diversos que contribuyan a garantizar dietas más adecuadas³⁰. La vulneración de los derechos de las mujeres, la desigualdad entre los géneros y la falta de empoderamiento de las mujeres son otros de los principales motivos de los malos resultados nutricionales. Mejorar el acceso de las mujeres a los recursos productivos³¹, permitir que tomen decisiones sobre el presupuesto del hogar³² y protegerlas de cualquier presión, por ejemplo

²⁷ Aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución 34.22.

²⁸ Véase la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución 66/2 de la Asamblea General, anexo, párr. 43 i).

²⁹ A/HRC/13/33 y A/66/262 (cadenas alimentarias), A/65/281 (acceso a la tierra) y A/64/170 (políticas de semillas).

³⁰ A/HRC/16/49, párrs. 26 y 27.

³¹ Véase FAO, *El estado mundial de la agricultura y la alimentación 2010-2011: Las mujeres en la agricultura. Cerrar la brecha de género en aras del desarrollo* (Roma, 2011). Reducir las diferencias entre los géneros en la agricultura haría aumentar la producción agrícola en entre un 2,5% y un 4%, reduciéndose así el hambre y la pobreza (pág. vi).

³² M. Walsh, "Women in food aid interventions: impacts and issues", en *Time for Change: Food Aid and Development* (Programa Mundial de Alimentos, Roma, 2008). Las posibilidades de supervivencia de los niños aumentan en un 20% cuando la madre controla el presupuesto familiar.

de tipo económico, que las empuje a renunciar a la práctica óptima del amamantamiento contribuiría considerablemente a obtener resultados nutricionales positivos.

19. Deben mantenerse los esfuerzos en estos frentes. Las intervenciones en materia de nutrición deberían integrarse en estrategias más amplias que garanticen el disfrute del derecho a una alimentación adecuada. Por ejemplo, podría ser necesario suministrar alimentos enriquecidos (para mejorar su contenido nutricional) cuando la producción local no esté lo suficientemente diversificada y no pueda ofrecer todos los alimentos que se necesitan para una dieta adecuada. A largo plazo resultará más sostenible modificar y reforzar los sistemas alimentarios locales mediante sistemas de producción agrícola diversificados que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de dietas adecuadas. Los sistemas alimentarios basados en condiciones y conocimientos locales, como los cultivos familiares o comunitarios, pueden ser una forma rentable de combatir la carencia de micronutrientes, como ponen de manifiesto algunos ejemplos en Bangladesh, Camboya, el Níger y Sudáfrica³³. Estos sistemas alimentarios alternativos ofrecen la ventaja adicional de que aumentan los ingresos de las comunidades locales y su resistencia a posibles crisis de precios, otra posible forma de lograr resultados nutricionales positivos.

20. En cuarto lugar, podrían plantearse preocupaciones en torno a la relación existente entre soluciones que dependen de la importación de tecnologías y productos y los contextos locales en que se aplican dichas soluciones. La tecnología desempeña un papel fundamental en la mejora de la nutrición. Por ejemplo, la yodación de la sal es una forma rentable de reducir la carencia de yodo. La biofortificación (la mejora a nivel de los cultivos del contenido en micronutrientes de los alimentos básicos) puede beneficiar considerablemente a las poblaciones rurales, mejorando su acceso a alimentos ricos en nutrientes producidos localmente a precios más asequibles, como pone de manifiesto la decisión de cultivar la batata de pulpa anaranjada en Mozambique, que permitió reducir considerablemente la carencia de vitamina A³⁴. Sin embargo, estas tecnologías podrían generar una dependencia a largo plazo en las comunidades en las que se aplican si se protegen con derechos de propiedad intelectual. También podrían reducirse las oportunidades y el acceso a los mercados de los agricultores locales si las tecnologías dan lugar a la creación de nuevos mercados que son acaparados por los agentes económicos que las introducen.

21. El debate sobre las contribuciones de GAIN es buen ejemplo de ello. Uno de los motivos de que las empresas se asocien con GAIN es para llegar a "la base de la pirámide", es decir, a posibles clientes demasiado pobres como para constituir un mercado solvente a corto plazo. Sin embargo, las iniciativas apoyadas por GAIN no deberían excluir soluciones sostenibles y equitativas en que los productores locales abastezcan a las personas. Algunos proyectos de GAIN sí fomentan la capacidad de los productores locales y pueden mantenerse a largo plazo sin ayuda externa. Sin embargo, las iniciativas de este tipo deben incluir estrategias de salida claras que permitan a las comunidades autoalimentarse. En este sentido, el apoyo de los donantes a GAIN debería depender del cumplimiento del requisito de subsidiariedad y de la adopción de una estrategia de salida clara. En concreto, y tal y

³³ Véanse M. Faber y A. J. S. Benadé, "Integrated home-gardening and community-based growth monitoring activities to alleviate vitamin A deficiency in a rural village in South Africa", *Food, Nutrition and Agriculture*, N° 32 (2003), págs. 24 a 32. Véase también A/HRC/19/59/Add.3, párrs. 47 a 49 (sobre huertos familiares y agricultura urbana en la provincia de KwaZulu Natal). Para obtener ejemplos de países de Asia, véanse Helen Keller International, "Homestead Food Production for Improving Micronutrient Status of Women and Children, Poverty Reduction and Promotion of Gender Equality", 2006, y Banco Mundial, *From Agriculture to Nutrition: Pathways, Synergies and Outcomes* (Washington, 2007), págs. 39 a 42.

³⁴ J. Low y otros, "A food-based approach introducing orange-fleshed sweet potatoes increased vitamin A intake and serum retinol concentrations among young children in rural Mozambique", *Journal of Nutrition*, vol. 137 (2007), págs. 1320 a 1327.

como se señalaba en la propuesta de proyecto de código de conducta para la consecución de dietas sostenibles, "cuando los ecosistemas son capaces de sustentar dietas sostenibles, las intervenciones, las políticas y los programas de nutrición que fomentan el uso de suplementos, alimentos terapéuticos listos para el consumo, enriquecedores alimentarios y preparados para lactantes resultan inadecuados y pueden provocar malnutrición. (...) La comercialización de estos sucedáneos de alimentos y de productos conexos podría llegar a generar graves problemas de salud"³⁵.

C. El valor añadido de un marco de derechos humanos

22. Las anteriores iniciativas en materia de nutrición pueden reforzarse adoptando un enfoque basado en los derechos humanos (rendición de cuentas, participación y no discriminación) e integrándose en estrategias nacionales más amplias destinadas a garantizar el disfrute del derecho a la alimentación. Dicho enfoque aumentaría la eficacia y la capacidad de contribuir a soluciones sostenibles a largo plazo.

23. La *rendición de cuentas* exige que, una vez adquiridos los compromisos y fijadas las metas, se supervisen los avances en el suministro de los recursos. De no lograrse los resultados previstos, se redefinirán los medios empleados. Por consiguiente, resulta fundamental crear indicadores que midan las aportaciones, los resultados y los procesos, y que se adopten medidas correctivas cuando los recursos prometidos no se suministren o no se alcancen los resultados previstos³⁶.

24. El requisito de la *participación*, conforme a lo establecido en la directriz 10.3 de las Directrices sobre el derecho a la alimentación, asegura que se tengan en cuenta los contextos nutricionales y agrícolas locales. También implica que las soluciones se basen en la demanda, que se definan los asociados locales y que las medidas lideradas por los países no se equiparen a medidas lideradas por los gobiernos. Además permite encontrar soluciones alternativas basadas en las condiciones y los conocimientos locales, como cultivos familiares o comunitarios. La participación exige que los beneficiarios tomen parte en el proceso de evaluación y que colaboren en el diseño de las soluciones que más podrían beneficiarles. Esto no solo significa empoderamiento de los beneficiarios, sino que además aumenta la eficacia de las intervenciones al crear un circuito de retroinformación que posibilita un aprendizaje constante y una mejora de las políticas.

25. El requisito de la *no discriminación* garantiza que las intervenciones estén centradas específicamente en los grupos más vulnerables y marginados y que tengan en cuenta la perspectiva de género. Por último, la aprobación por los gobiernos de *estrategias nacionales para la realización del derecho a la alimentación* por medios participativos debería garantizar la determinación de las necesidades de todos los grupos, incluidas las mujeres embarazadas y en período de lactancia y los lactantes, y la planificación de medidas para atender dichas necesidades. Estas estrategias también deberían vincular las medidas destinadas a mejorar la nutrición en la primera infancia con las etapas posteriores de la vida, a través de la adopción de una perspectiva que abarcara la totalidad del ciclo vital, conforme a las recomendaciones de la OMS³⁷, para tener en cuenta, por ejemplo, que,

³⁵ Informe definitivo del Simposio científico internacional sobre biodiversidad y dietas sostenibles (véase nota 4 *supra*), pág. 16.

³⁶ Compárese con la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños del Secretario General puesta en marcha el 22 de septiembre de 2010 y que se centra expresamente en el derecho humano al más alto nivel posible de salud física y mental y considera fundamental la rendición de cuentas.

³⁷ Véase la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, resolución 57.17 de la Asamblea Mundial de la Salud, anexo, párr. 28. R. Uauy y J. Kain hablan de la importancia de este enfoque en "The epidemiological transition: need to incorporate obesity prevention into nutrition programmes", *Public Health Nutrition*, vol. 5, N° (2002), págs. 223 a 229.

a diferencia de la leche materna, los sucedáneos de esa leche pueden provocar obesidad. Asimismo deberían facilitar la coordinación interdepartamental, en el reconocimiento de que el derecho a una dieta adecuada exige la colaboración de todos los niveles del gobierno, y permitir establecer un marco estable y plurianual que creara las condiciones necesarias tanto para las inversiones privadas como para un esfuerzo continuado del Gobierno.

IV. Combatir el sobrepeso y la obesidad

A. El papel de los sistemas agroalimentarios

26. En la sección II, el Relator Especial describe el considerable crecimiento de las enfermedades no transmisibles y las muertes evitables en todas las regiones. Esto se explica por una amplia gama de factores, como son el tabaco y el consumo de alcohol, una menor actividad física a causa de la urbanización y, por ende, estilos de vida más sedentarios y dietas inadecuadas. Las muertes evitables suelen atribuirse al "estilo de vida elegido", es decir, hacer menos ejercicio, consumir más sal, azúcar y grasa. Pero se trata de un problema sistémico. Hemos creado entornos generadores de obesidad y hemos diseñado sistemas alimentarios que, con frecuencia, se oponen a estilos de vida más sanos en vez de propiciarlos³⁸. La transformación de los sistemas agroalimentarios es un aspecto fundamental de esa pauta.

1. Políticas agrícolas

27. La producción agrícola ha aumentado de forma espectacular en los últimos 40 años, resultado de una combinación de la selección genética de los cultivos, el uso intensivo de fertilizantes, la mecanización de la producción en las grandes plantaciones en nuevas áreas de cultivo y, en los países que podían permitírselo, los subsidios agrícolas y las intensas actividades de investigación y desarrollo. Sin embargo, hubo un desequilibrio en este proceso. Se fomentó el cultivo de algunos cereales básicos y de soja, y los subsidios otorgados fueron en parte responsables de una producción y un consumo excesivos³⁹. En comparación, se hizo muy poco por mejorar la disponibilidad y asequibilidad de legumbres como las lentejas o los guisantes de angola, o de frutas y verduras, por ejemplo, reduciendo las pérdidas después de la cosecha y mejorando la comercialización con una mejor infraestructura de transporte entre agricultores y consumidores.

28. ¿Cuál fue el resultado? Entre 1961 y 2009, mientras la producción de frutas y verduras aumentó en 332%, la de semillas oleaginosas creció un 610% y la de carne, un 372%⁴⁰. Este fenómeno se asocia a los cambios en la alimentación. Aproximadamente durante el mismo período (1963-2003), en los países en desarrollo aumentó la cantidad de calorías procedentes de la carne (119%), el azúcar (127%) y los aceites vegetales (199%), y en los países industrializados también se registró un mayor consumo de aceites vegetales (105%). Globalmente, las dietas se hicieron hipercalóricas y ricas en azúcar, sal y grasas saturadas, ya que muchos alimentos ricos en fibra fueron sustituidos por alimentos altamente procesados⁴¹.

³⁸ Véase D. Stuckler y K. Siegel, eds., *Sick Societies: Responding to the Global Challenge of Chronic Disease* (Nueva York, Oxford University Press, 2011).

³⁹ Véase L. S. Elinder, "Obesity, hunger and agriculture: the damaging role of subsidies", *British Medical Journal*, vol. 331, N° 7528 (2005), págs. 1333 a 1336.

⁴⁰ Consejo de Chicago sobre Asuntos Mundiales, *Bringing Agriculture to the Table: How Agriculture and Food Can Play a Role in Preventing Chronic Disease* (2011) (estudio de un grupo de expertos presidido por Rachel Nugent), pág. 29.

⁴¹ J. Kearney, "Food consumption trends and drivers", *Philosophical Transactions of The Royal Society*, vol. 365, N° 1554 (2010), pág. 2795.

29. Las políticas agrícolas han provocado cambios en la alimentación de dos maneras. En primer lugar, el maíz y la soja se han convertido en insumos económicos en las industrias alimentaria y pecuaria. La mayor parte de la soja del mundo se transforma en alimento para animales y en aceite vegetal. Cada vez se utilizan mayores cantidades de cereales (principalmente maíz) para producir edulcorantes derivados del almidón (jarabe de maíz rico en fructosa), lo cual explica en gran medida el aumento mundial en el consumo de edulcorantes calóricos. En 2000, el consumo diario por persona era de 306 kcal, aproximadamente un tercio más que en 1962, y por entonces los edulcorantes calóricos también representaban una proporción mayor de ingesta total de calorías e hidratos de carbono⁴². A causa de la disminución considerable de los precios de los cultivos básicos, la industria agroalimentaria respondió "añadiendo valor" con un mayor procesamiento de los alimentos, con lo que las dietas pasaron a ser más ricas en grasas saturadas y ácidos grasos trans, sal y azúcares. Todo ello, combinado con la urbanización y las mayores tasas de empleo femenino, precipitó la rápida expansión de los alimentos procesados, tanto a nivel nacional como a través de las exportaciones que inundaron los mercados extranjeros.

30. En segundo lugar, el precio influyó en la alimentación, puesto que cambiaron los precios relativos de los alimentos en la cesta de consumo. En países de altos ingresos, una alimentación sana que incluya una amplia variedad de frutas y verduras es más cara que una alimentación rica en aceites, azúcares y grasas⁴³. Si bien este no es *el* motivo del aumento del sobrepeso y la obesidad en los últimos años, es sin duda *uno* de los factores responsables de esta situación, y causa importantes disparidades socioeconómicas en la calidad de la alimentación. Los científicos han encontrado una estrecha relación entre niveles bajos de educación y de ingresos y mayores tasas de obesidad, diabetes de tipo 2 y enfermedades coronarias⁴⁴.

31. Esto no debería permitirse. Toda sociedad en la que una alimentación sana es más cara que una poco sana es una sociedad que debe enmendar su sistema de precios, necesidad aún más imperiosa cuando los más pobres no logran tener una alimentación que no sea perjudicial para su salud.

2. Globalización de la cadena alimentaria

32. La globalización de las cadenas de distribución de alimentos afecta a la nutrición de dos maneras. En primer lugar, la pauta general ha sido que los países en desarrollo exportan alimentos de alta calidad, verduras y frutas tropicales en particular, a los países ricos, mientras que importan cereales refinados. Esto significa que mientras que un aumento del comercio puede haber reducido el precio de los macronutrientes en los países de bajos ingresos (aunque con una mayor vulnerabilidad ante los cambios bruscos en los precios), ha sucedido lo contrario en el caso de productos ricos en micronutrientes, lo que ha llevado a las familias pobres de los países en desarrollo a cambiar por una alimentación monótona, pobre en micronutrientes, basada principalmente en alimentos básicos feculentos, ya que una dieta más variada puede ser costosa o menos asequible que la formada por productos

⁴² B. M. Popkin y S. J. Nielsen, "The sweetening of the world's diet", *Obesity Research*, vol. 11 (2003), págs. 1326 y 1328.

⁴³ P. Monsivais y otros, "Following federal guidelines to increase nutrient consumption may lead to higher food costs for consumers", *Health Affairs*, vol. 30, N° 8 (2011), págs. 1471 a 1477; C. Rehm y otros, "The quality and monetary value of diets consumed by adults in the United States", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, N° 5 (2011), págs. 1333 a 1339.

⁴⁴ J. Banks y otros, "Disease and disadvantage in the United States and in England", *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, N° 17 (2006), págs. 2037 a 2045; P. Monsivais y otros, "Are socio-economic disparities in diet quality explained by diet cost?", *Journal of Epidemiology and Community Health* (solo disponible en línea), 2010.

básicos⁴⁵. Este efecto de los precios puede afectar a la nutrición como consecuencia de la evolución de los precios relativos de los alimentos.

33. En segundo lugar, la globalización de la cadena alimentaria provoca un cambio de una alimentación rica en hidratos de carbono complejos y en fibra a dietas con un alto porcentaje de grasas y azúcares. A causa de esta transición nutricional, los patrones de las enfermedades se alejan de las dolencias contagiosas y las deficiencias de nutrientes para reflejar una mayor incidencia de enfermedades coronarias, diabetes no insulino dependiente, algunos tipos de cáncer y obesidad⁴⁶. Esta tendencia es particularmente notable en las economías emergentes⁴⁷, y el Relator Especial ha analizado en detalle los mecanismos que intervienen en sus misiones al Brasil⁴⁸, China⁴⁹, Sudáfrica⁵⁰ y México⁵¹. La expansión del comercio alimentario y la agilización del proceso de integración vertical en las cadenas alimentarias, factores ambos que acrecientan la disponibilidad de alimentos procesados, aceleran la transición nutricional.

34. Si bien la globalización de las cadenas alimentaria hace que determinados consumidores tengan a su disposición una gran variedad de alimentos todo el año, ha repercutido negativamente en los sistemas alimentarios locales y ha aumentado la huella ecológica de los sistemas alimentarios. También ha llevado a muchos consumidores a consumir más cereales, carne y productos lácteos, aceite vegetal, sal y azúcar, y menos alimentos ricos en fibra. Por ejemplo, el rápido aumento del consumo de aceites vegetales (y, por ende, de grasas) puede explicarse en gran medida por la repentina disponibilidad en el mercado mundial de aceite vegetal, en especial de soja, a bajo precio⁵². Una mayor inversión extranjera directa en la industria de procesamiento y la existencia de más supermercados han hecho que un mayor número de consumidores tengan acceso a alimentos procesados, en particular los refrescos, aunque ese número no incluye a los más pobres. Por ejemplo, tras la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, empresas estadounidenses aumentaron masivamente sus inversiones en la industria mexicana de procesamiento de alimentos (de 210 millones de dólares en 1987 a 5.300 millones en 1999) y las ventas de alimentos procesados en México se dispararon a una tasa anual de 5% a 10% entre 1995 y 2003⁵³. El aumento resultante en el consumo de refrescos y refrigerios entre los niños mexicanos es la causa de las muy elevadas tasas de obesidad infantil en el país.

⁴⁵ M. T. Ruel, "Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities", *Journal of Nutrition*, vol. 133, N° 11 (2003), págs. 3911S a 3926S.

⁴⁶ C. Gopalan, *Nutrition in Developmental Transition in South-East Asia*, informe regional sobre salud de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO) (Nueva Delhi, Organización Mundial de la Salud, 1992).

⁴⁷ B. M. Popkin y P. Gordon-Larsen, "The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants", *International Journal of Obesity*, vol. 28 (2004), págs. S2 a S9; A. M. Thow, "Trade liberalisation and the nutrition transition: mapping the pathways for public health nutritionists", *Public Health Nutrition*, vol. 12 (2009), pág. 2150.

⁴⁸ Véase A/HRC/13/33/Add.6, párrs. 5 a 7.

⁴⁹ Véase A/HRC/19/59/Add.1, párrs. 20 y 21.

⁵⁰ Véase A/HRC/19/59/Add.3, párrs. 55 y 56.

⁵¹ Véase A/HRC/19/59/Add.2, párrs. 48 a 50.

⁵² C. Hawkes, "Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases", *Globalization and Health*, vol. 2, N° 4 (2006).

⁵³ *Ibid.* Cabe señalar que el consumo de bebidas de Coca-Cola aumentó de 275 raciones de 8oz (0,24 litros) anuales por persona en 1992 a 487 en 2002, cifra incluso superior a la del consumo en los Estados Unidos, pág. 7. Véase también A. Jiménez-Cruz y otros, "Consumption of fruit, vegetables, soft drinks, and high-fat-containing snacks among Mexican children", *Archives of Medical Research*, vol. 33, N° 1 (2002), págs. 74 a 80; T. L. Leatherman y A. Goodman, "Coca-Colonization of diets in the Yucatan", *Social Science and Medicine*, vol. 61, N° 4 (2005), págs. 833 a 846.

35. Las repercusiones de una cadena alimentaria cada vez más globalizada y dietas más uniformes en todo el mundo afectan de manera distinta a los grupos de población. A medida que un país pasa a una categoría de mayores niveles de renta, la incidencia del sobrepeso y la obesidad cambia. El segmento más pobre de la población presenta un bajo riesgo de obesidad en los países pobres⁵⁴, pero en las economías en desarrollo de ingresos medianos altos (en los que el producto nacional bruto *per capita* supera, aproximadamente, los 2.500 dólares de los Estados Unidos) y en los países de ingresos altos, los más pobres son los más perjudicados⁵⁵. En los países de ingresos altos, si bien el sobrepeso o la obesidad afecta de manera desproporcionada a los pobres, las mujeres corren un riesgo especial porque sus ingresos son, en promedio, más bajos que los de los hombres y debido a que los hombres en el grupo de ingresos bajos suelen dedicarse a trabajos que exigen un gran esfuerzo físico y más energía. Generalmente, las mujeres obesas o con sobrepeso tienen hijos que tienden a sufrir de sobrepeso u obesidad, lo cual provoca discriminación y un descenso de la productividad. Por lo tanto, la situación socioeconómica desfavorecida se perpetúa de generación en generación a causa del sobrepeso o la obesidad⁵⁶.

3. Comercialización de alimentos y bebidas

36. En la actualidad, las prácticas de comercialización de la industria agroalimentaria, especialmente en lo que concierne a las dirigidas a los niños, son objeto de especial preocupación. Son muy variadas, como publicidad televisiva, publicidad indirecta, asociaciones de promoción, promociones de ventas y publicidad directa en las escuelas, entre otros. La mayoría de la publicidad anuncia alimentos poco saludables, de gran contenido calórico, azúcares y grasas, y bajo en nutrientes. Según un estudio reciente sobre la publicidad televisiva en Australia, Asia, Europa Occidental y América del Norte y del Sur, en todos los países examinados los niños estaban expuestos a una enorme cantidad de publicidad sobre alimentos no saludables, con técnicas de persuasión específicas, lo cual llevó a los autores del estudio a pedir que se regulara la publicidad sobre alimentos durante períodos de gran audiencia infantil⁵⁷. La capacidad de esas prácticas de comercialización para modificar el comportamiento de los consumidores es sorprendente en los países en desarrollo, en parte porque las marcas de las empresas mundiales del hemisferio norte tienen connotaciones positivas⁵⁸.

B. Reestructuración de los sistemas agroalimentarios

37. Los gobiernos han tomado conciencia de los efectos adversos de la propagación de las enfermedades no transmisibles, causada por insuficiencias en la lactancia materna y en la alimentación de los niños pequeños y una alimentación que no es sana, y reconocen que urge adoptar medidas. En 2002 y 2004, respectivamente, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Esta última recomienda, entre otras cosas, limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituyendo las grasas saturadas por grasas insaturadas, y eliminar los ácidos grasos trans;

⁵⁴ Para el caso del Brasil, véase R. B. Levy-Costa y otros, "Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003)", *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, N° 4 (2005), págs. 530 a 540 (cabe señalar que la clase cuyos ingresos equivalen a cinco veces el salario mínimo *per capita* presenta un fuerte aumento en el consumo de grasas y una disminución en los hidratos de carbono).

⁵⁵ Popkin y Gordon-Larsen, *The nutrition transition*, pág. S6.

⁵⁶ F. Sassi, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat* (OCDE, 2010), págs. 83 y 84.

⁵⁷ B. Kelly y otros, "Television food advertising to children: a global perspective", *American Journal of Public Health*, vol. 100, N° 9 (2010), págs. 1730 a 1736.

⁵⁸ OMS, *Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children: Report of a WHO Forum and Technical Meeting*, Oslo, 2 a 5 de mayo de 2006, pág. 10.

aumentando el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres; limitar la ingesta de sal y consumir sal yodada⁵⁹. Se alienta a los Estados a adoptar estrategias nacionales sobre régimen alimentario y actividad física; a facilitar información correcta y equilibrada a los consumidores; a alinear las políticas agrícolas y alimentarias con los requisitos de salud pública; y a utilizar las políticas y los programas escolares para promover una alimentación sana. Los fabricantes de alimentos infantiles deben acatar las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud y elaborar sus productos conforme a las normas del Codex Alimentarius. Se espera que la industria agroalimentaria reduzca el contenido de grasa, azúcar y sal en los alimentos procesados y el tamaño de las porciones con el fin de que haya más opciones sanas y nutritivas, y que revise sus prácticas de comercialización. Recientemente, en 2011, los gobiernos se comprometieron a promover, proteger y apoyar la lactancia materna y promover la aplicación del Código Internacional y a "reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles", como una alimentación que no sea sana, "mediante la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales"⁶⁰.

38. Esos avances siguen sin estar a la altura de lo que exige la situación. La atención se sigue focalizando, en gran medida, en la demanda, las preferencias de los consumidores, en vez de la oferta, la variedad de alimentos disponibles y los precios de los diferentes tipos de alimentos. Los compromisos siguen siendo voluntarios. Los Estados deben proteger el derecho a una alimentación adecuada mediante la adopción de medidas que reduzcan las repercusiones negativas que tienen los actuales sistemas alimentarios en la salud pública. Por otra parte, los Estados deben atender estrictamente su deber de satisfacer el derecho a una alimentación adecuada adoptando medidas inmediatas para hacer una transición progresiva a una alimentación más sostenible.

1. Proteger y promover una alimentación adecuada

a) Utilizar el sistema fiscal para fomentar una alimentación sana

39. La Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS hace referencia a la necesidad de repensar las políticas agrícolas y fiscales para que tengan en cuenta los problemas de salud pública (párrs. 41 2) y 4)). El cobro de impuestos a los alimentos y la concesión de subsidios para fomentar una alimentación sana constituyen una intervención eficaz en función del costo y económica que abarca a toda la población y que puede tener un impacto significativo (A/66/83, párr. 42). Como lo demuestra la reciente introducción de estos impuestos en Dinamarca, Finlandia, Francia y Hungría⁶¹, gravar los alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcar y sal puede ser un instrumento eficaz. El precio representa un importante factor determinante en los niveles de consumo y

⁵⁹ Resolución 57.17 de la Asamblea Mundial de la Salud, anexo, párr. 22.

⁶⁰ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párr. 43.

⁶¹ En Dinamarca, la Ley N° 247, de 30 de marzo de 2011 (Ley sobre impuestos aplicables al contenido de grasa de los alimentos) implantó, a partir del 1° de octubre de 2011, un nuevo impuesto a las grasas saturadas en una variedad de alimentos, sobre la base de que se había demostrado que la sustitución de grasas saturadas por ácidos grasos poliinsaturados reducía el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (A. Astrup y otros, "The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010?", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 93, N° 4 (2011), págs. 684 a 688). En Hungría, desde el 1° de septiembre de 2011, se aplica un impuesto a los productos que contienen demasiada sal, azúcar o grasa —es decir, a la "comida basura"—, mientras que los impuestos sobre los refrescos han aumentado en un 10%; los ingresos se dedicarán a sufragar los gastos de atención de la salud.

la elasticidad de la demanda es especialmente alta en el caso de los refrigerios y las bebidas que se consumen fuera del hogar. Las investigaciones demuestran que aplicar un impuesto del 10% en los refrescos, que presentan importantes repercusiones negativas en la salud⁶², podría provocar una reducción del 8% al 10% en las compras de esas bebidas⁶³. La preocupación típica que se plantea al hablar de tales impuestos es que perjudicarían al segmento más pobre de la población, que gasta una proporción mayor de sus ingresos en alimentos y a menudo se ve obligado a adoptar dietas poco sanas. La solución reside en utilizar los ingresos públicos derivados de ese impuesto para hacer que los alimentos sanos sean más asequibles, ya que lo que debe cambiar son los precios relativos. Los pobres se ven perjudicados por ser pobres, a la vez porque los alimentos y los refrescos con alto contenido de grasas, azúcar y sal son baratos y porque una alimentación sana es cara⁶⁴.

b) *Revisar el sistema de subsidios existente*

40. Cuando los subsidios son un instrumento de la política agrícola, a menudo favorecen a los grandes productores de cereales y de soja, o a la industria ganadera. Al diseñar esos subsidios, nunca se tuvieron en cuenta las posibles consecuencias negativas externas sobre la salud pública y el medio ambiente⁶⁵. Es preciso reexaminar los subsidios existentes con el fin de adaptar las políticas agrícolas al requisito de una alimentación adecuada.

c) *Regular las prácticas de comercialización*

41. Los Estados deben aplicar plenamente en su legislación el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. Sin embargo, las prácticas de comercialización de la industria alimentaria tienen consecuencias ante las cuales es necesario adoptar medidas más audaces. Se ha demostrado la ineficacia de la autorregulación de la industria agroalimentaria. Como señalaron los expertos del Grupo de Trabajo del Grupo Internacional de Estudio de la Obesidad durante la elaboración de los principios de Sydney para reducir la promoción comercial de alimentos y bebidas entre los niños, las normas de la industria no pueden reducir sustancialmente el gran volumen y el alto impacto de la comercialización de alimentos y bebidas generadores de obesidad entre los niños⁶⁶. Una cosa es prohibir la publicidad que se aprovecha de la credulidad de los niños y otra muy distinta es controlar la cantidad de publicidad y el atractivo de que rodea a los productos para influir en su alimentación⁶⁷. Incluso las mejores prácticas en el área, como el compromiso de la Unión Europea contraído en diciembre de 2007 por diversas grandes empresas agroalimentarias, no van tan lejos como deberían, es decir, prohibir toda la

⁶² L. R. Vartanian y otros, "Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis", *American Journal of Public Health*, vol. 97, N° 4 (2007), págs. 667 a 675; G. Woodward-Lopez y otros, "To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic?", *Public Health Nutrition*, vol. 14, N° 3 (2011), págs. 599 a 609.

⁶³ T. Andreyeva y otros, "The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food", *American Journal of Public Health*, vol. 100, N° 2 (2010), pág. 220.

⁶⁴ En los Estados Unidos, un estudio piloto financiado en el marco de la Ley sobre alimentación, conservación y energía, de 2008 (conocida como Ley agrícola) demostró que con una reducción del 10% en el precio de frutas y verduras las compras aumentarían el 7,0% y el 5,8%, respectivamente.

⁶⁵ T. Lang y M. Heasman, *Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds and Markets* (Londres, Earthscan, 2004), págs. 171 a 175.

⁶⁶ "The 'Sydney Principles' for reducing the commercial promotion of foods and beverages to children", *Public Health Nutrition*, vol. 11, N° 9 (2008), pág. 883.

⁶⁷ C. Hawkes, "Self-regulation of food advertising: what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children", *Nutrition Bulletin*, vol. 30, N° 4 (2005), pág. 375.

publicidad que pueda alentar a los niños a consumir más alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal⁶⁸.

42. La Asamblea General reconoció la existencia del problema. Recomendó que se insistiera en la aplicación del conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños⁶⁹, y que los Estados tuviesen en cuenta que una regulación legal era la forma más eficaz para reducir la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal dirigida a los niños (véase el párrafo 22 y la Recomendación N° 8 de la OMS). De hecho, es lo mínimo que puede hacerse en lo que concierne a la protección del derecho humano a una alimentación adecuada, si bien los esfuerzos no deben detenerse ahí. Los niños no son las únicas víctimas de las prácticas de comercialización que fomentan el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal y hacen alegaciones cuestionables sobre salud. El poder de la industria agroalimentaria para influir en la alimentación está bien documentado⁷⁰, y los presupuestos públicos para la educación nutricional no están a la altura de los presupuestos de publicidad de las empresas de comida rápida y de refrescos⁷¹. El Relator Especial considera que no hay motivos para que la promoción de alimentos cuyo efecto negativo en la salud está demostrado pueda continuar sin obstáculos (estos productos reducen la esperanza de vida, en particular, de los segmentos más pobres de la población, que son además los que tienen menos conocimientos sobre nutrición) y proteger solo a los niños sería como reducir el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a su artículo 16, dedicado a la venta de productos de tabaco a menores. Además, convendría contar con un marco internacional, en forma de código internacional de conducta que regulase la comercialización de alimentos y bebidas para apoyar los esfuerzos nacionales, a fin de tener en cuenta el carácter internacional de la promoción comercial de alimentos y bebidas con muchas calorías y pocos micronutrientes.

2. La transición hacia dietas sostenibles

43. Si bien se alienta a la industria agroalimentaria a producir y elaborar alimentos más saludables, se dice muy poco sobre la necesidad de diseñar sistemas alimentarios más sanos con los que lograr dietas sostenibles en el sentido holístico mencionado más arriba. No obstante, ha llegado el momento de reconocer la verdadera tensión que existe entre una estrategia que promueva el consumo de alimentos procesados, enriquecidos con nutrientes, hasta el punto de que la alimentación adquiere un carácter médico, y una estrategia que promueva el consumo de alimentos locales y regionales, así como un cambio hacia el consumo de alimentos menos procesados y, por ende, más nutritivos⁷². Por razones de logística y de cambios estacionales, así como de urbanización de los estilos de vida, a veces, estas dos estrategias deben combinarse, ya que no todos los alimentos pueden ser de

⁶⁸ Para la determinación de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, véase el sistema de descripción de nutrientes desarrollado en el Reino Unido por el Organismo de Normas Alimentarias que utiliza el Servicio británico de comunicaciones para regular la publicidad en los programas televisivos infantiles (disponible en www.food.gov.uk/consultations/ukwideconsults/2008/nutrientprofiling).

⁶⁹ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párr. 43 f).

⁷⁰ Véase M. Nestle, *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, 2ª ed. (University of California Press, 2007).

⁷¹ M. Story y S. French, "Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 1, N° 3 (2004), pág. 2. En 2001, el presupuesto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos para educación nutricional fue de 333 millones de dólares; ese mismo año, el presupuesto de McDonald's para publicidad fue de 635 millones de dólares, el de Burger King, 298 millones y la publicidad de Coca Cola y Coca Cola Light alcanzó los 224 millones.

⁷² Véase Lang y Heasman, *Food Wars*.

origen local o adquirirse en los mercados de agricultores. Sin embargo, deben establecerse prioridades en las políticas públicas. El mercado de los productos alimenticios no puede ampliarse infinitamente y hay que tomar decisiones sobre el tipo de sistema alimentario que ha de promoverse.

44. Como lo ha indicado la OMS, los sistemas alimentarios locales cuyo objetivo es mejorar el acceso de los consumidores urbanos a los alimentos frescos y nutritivos, especialmente frutas y verduras, son esenciales para lograr el cambio hacia una alimentación más sana (A/66/83, párr. 60). Esto empieza por mejorar la relación entre agricultores locales y consumidores urbanos, aunque la contribución de la agricultura urbana y periurbana también puede ser significativa. Los programas urbanos y rurales pueden beneficiarse remodelando los sistemas alimentarios locales que ofrecen dietas saludables y sostenibles a precios asequibles para los consumidores. Estas dietas pueden lograrse más fácilmente si las cadenas de abastecimiento son más cortas y, por lo tanto, no están controladas por grandes establecimientos o empresas de transformación de alimentos ni dependen de las políticas nacionales que responden a intereses económicos más amplios⁷³. Además, con cadenas más cortas puede mejorar el acceso de los pequeños agricultores locales, tanto de países con rentas bajas y altas, a los mercados y sus ingresos⁷⁴. Alientan la mejora de la biodiversidad agrícola porque los cultivos locales pueden ampliarse, en lugar de verse desplazados por productos homogeneizados dirigidos a los mercados mundiales. Además, reducen la dependencia de los sistemas alimentarios de las cantidades considerables de energía necesarias para envasar, procesar y transportar los alimentos.

45. Esta transformación puede conseguirse con una inversión adecuada en infraestructura (carreteras y servicios de transporte entre los productores locales de alimentos y los consumidores urbanos) y el apoyo a los mercados de agricultores, pero también utilizando alimentos saludables locales en instituciones públicas como las escuelas. En 2003 los gobiernos africanos apoyaron el Programa de alimentación escolar con productos locales del Programa general para el desarrollo de la agricultura en África y en la Cumbre Mundial de 2005 se dijo que "la ampliación de los programas locales de comidas escolares, de ser posible preparadas con alimentos producidos localmente", era una de las iniciativas de ejecución rápida para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁷⁵. En el Brasil, donde el Programa Nacional de Alimentação Escolar es un componente importante de la estrategia Hambre Cero, los municipios encargados de ejecutarlo tienen cada vez más en cuenta la necesidad de luchar contra el sobrepeso y la obesidad en sus políticas de abastecimiento⁷⁶. En los Estados Unidos, en 2010 se promulgó una ley para velar por que los niños estén sanos y no pasen hambre, según la cual el Departamento de Agricultura debe desarrollar directrices nutricionales sobre todos los alimentos distribuidos en las escuelas (art. 9A b) 2)). En 2008 la OMS presentó su marco normativo escolar para orientar eficazmente la elaboración de las normas nutricionales aplicables a los alimentos en las escuelas. Este objetivo puede también alcanzarse utilizando los huertos escolares.

⁷³ *Food, Agriculture and Cities: Challenges of food and nutrition security, agriculture and ecosystem management in an urbanizing world*, documento de posición de la iniciativa multidisciplinaria Alimentos para las ciudades de la FAO, 2011, págs. 29 y 41.

⁷⁴ Véase University of Washington Center for Public Health Nutrition, "How farmers markets can promote access to healthy food", Public Health Research Brief, agosto de 2010; M. Ostrom y otros, *Engines of The New Farm Economy: Assessing and Enhancing the Benefits of Farmers Markets for Small and Mid-sized Farms and Communities*, Iniciativa de investigación agroalimentaria del Instituto Nacional de Agricultura y Alimentación, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

⁷⁵ Documento final de la Cumbre Mundial de 2005, párr. 34.

⁷⁶ K. Otsuki y A. Arce, *Brazil: A Desk Review of the National School Feeding Program* (Programa Mundial de Alimentos, 2007), pág. 4.

3. Función de un marco de derechos humanos

46. Las muertes prematuras causadas por enfermedades no transmisibles vinculadas a una mala alimentación pueden evitarse y los Estados tienen el deber de ofrecer protección para ello. Mediante la aplicación de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, así como la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, los Estados no solo contraen compromisos políticos, sino que también cumplen con su deber asumido en virtud de las normas de derechos humanos de garantizar el derecho a una alimentación adecuada.

47. Por lo tanto, los Estados deben establecer objetivos vinculantes en la búsqueda de un planteamiento dual: a) proteger el derecho a una alimentación adecuada; y b) asegurar una transición hacia dietas más sostenibles. Los Estados deben garantizar la rendición de cuentas, conforme a la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud⁷⁷, estableciendo mecanismos independientes de vigilancia y permitiendo que víctimas individuales u organizaciones puedan presentar reclamaciones cuando no se adopten las medidas necesarias conforme a la estrategia nacional para la realización del derecho a la alimentación; esto es lo que distingue las obligaciones jurídicas de los meros compromisos políticos. Entre los indicadores que deberían utilizarse para supervisar la aplicación de las estrategias nacionales de prevención de enfermedades no transmisibles⁷⁸, la OMS debe considerar, por lo tanto, la existencia de un marco jurídico vinculante en el que las responsabilidades se asignen claramente y que comprenda sanciones aplicables cuando las medidas prometidas no se adopten, y debe incluir los requisitos de participación y no discriminación que conforman un planteamiento basado en los derechos humanos.

V. Conclusiones y recomendaciones

48. **El Relator Especial concluye que los actuales sistemas alimentarios presentan graves problemas de funcionamiento. El mundo está pagando un precio exorbitante por el hecho de que no se tengan en cuenta los efectos en la salud al diseñar los sistemas alimentarios, y urge un cambio de rumbo. En los países de la OCDE en particular, donde el nivel de los subsidios agrícolas sigue siendo elevado, con el sistema actual los contribuyentes pagan tres veces por un sistema que tiene todos los ingredientes de una vida poco sana. Los contribuyentes pagan por subsidios mal concebidos que favorecen a la industria agroalimentaria para vender alimentos altamente procesados a expensas de que las frutas y las verduras tengan un precio inferior; sufragan los gastos de comercialización de esa misma industria para vender los alimentos poco saludables, que se deducen de los beneficios imposables; y costean sistemas de atención de salud para los que las enfermedades no transmisibles representan hoy una carga insostenible. En los países en desarrollo, las principales cargas siguen siendo la desnutrición y la carencia de micronutrientes, pero estos países también son víctimas de esas malogradas políticas. Están viviendo un cambio rápido hacia el consumo de alimentos procesados, que suelen ser importados, y el abandono de las dietas tradicionales por parte de la población local. Este cambio ha limitado las posibilidades de que los agricultores locales logren vivir dignamente de la agricultura.**

⁷⁷ Véase el párrafo 31 ("Todas las partes interesadas deben responsabilizarse por la elaboración de políticas y la aplicación de programas que reduzcan eficazmente los riesgos prevenibles para la salud. La evaluación, el seguimiento y la vigilancia son componentes esenciales de esas actividades.").

⁷⁸ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General (nota 22 *supra*), párrs. 61 y 62 (definición del papel de la OMS en el establecimiento de un marco mundial de vigilancia general).

49. Para combatir las distintas facetas de la malnutrición es preciso adoptar un enfoque de ciclo vital que vele por el derecho a una alimentación adecuada para todos y reformar las políticas agrícolas y alimentarias, incluidos los impuestos, con el fin de reestructurar los sistemas alimentarios para la promoción de una dieta sostenible. Para esa transición hacen falta una voluntad política firme, un esfuerzo sostenido durante varios años y la colaboración de distintos sectores, como el agrícola, el financiero, el educativo, el comercial y el de la salud. Conforme a estas conclusiones, el Relator Especial formula las siguientes recomendaciones.

50. Los Estados, de conformidad con su obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada para todos, deben:

a) Adoptar una estrategia nacional para la realización del derecho a una alimentación adecuada que integre el objetivo de garantizar el derecho a una alimentación adecuada para todos y establezca metas y plazos concretos para la acción;

b) Incorporar en la legislación interna el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las recomendaciones de la OMS en materia de comercialización de sucedáneos de la leche materna y de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, y garantizar su aplicación efectiva;

c) Adoptar normas legales sobre la comercialización de los productos alimenticios, en cuanto forma más eficaz de reducir la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar y sal a los niños, según las recomendaciones de la OMS, y limitar la comercialización de estos alimentos dirigida a otros grupos;

d) Aplicar impuestos a los refrescos (bebidas gaseosas), y alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, a fin de subvencionar el acceso a las frutas y verduras y las campañas educativas sobre alimentación sana;

e) Reexaminar los sistemas existentes de subsidios agrícolas, a fin de tener en cuenta los efectos de las asignaciones actuales en la salud pública, y utilizar sistemas de adquisición pública en los programas de alimentación escolar y de otras instituciones públicas para apoyar el suministro de alimentos locales y nutritivos, prestando especial atención a los consumidores pobres;

f) Adoptar un plan para sustituir todos los ácidos grasos trans con grasas poliinsaturadas;

g) Redoblar el apoyo a los mercados de agricultores y a la agricultura urbana y periurbana, en los planes de ordenación, a través de incentivos fiscales y garantizando una infraestructura adecuada para unir a productores locales y consumidores urbanos;

h) Completar la reforma del Comité Permanente de Nutrición, con el fin de que se preste la debida atención a la nutrición en todo el sistema de las Naciones Unidas, bajo la orientación multilateral de los gobiernos, con una adecuada participación de organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones de agricultores.

51. El sector privado, en consonancia con su responsabilidad de respetar el derecho a una alimentación adecuada, debe:

a) Cumplir cabalmente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, absteniéndose de promover el consumo de sucedáneos de la leche materna, y cumplir las recomendaciones de la OMS sobre la

comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, incluso en los lugares donde su aplicación a nivel local es escasa o inexistente;

b) Abstenerse de imponer intervenciones basadas en la nutrición cuando los ecosistemas locales tienen capacidad para ofrecer dietas sostenibles, y velar sistemáticamente por que dichas intervenciones prioricen las soluciones locales y se ajusten al objetivo de avanzar hacia dietas sostenibles;

c) Garantizar, en las cadenas de abastecimiento de alimentos enriquecidos y en las intervenciones basadas en la nutrición, que los trabajadores reciban salarios dignos y que los agricultores reciban un justo pago por sus productos con el fin de hacer efectivo el derecho a una alimentación adecuada de todas las personas afectadas por las intervenciones;

d) Pasar de la oferta de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal a alimentos más sanos y eliminar el uso de ácidos grasos trans en el procesamiento de alimentos.

52. La OMS, en el desempeño del mandato que le ha conferido la Asamblea General⁷⁹, debe:

a) Tener en cuenta el papel de una dieta adecuada en la realización del derecho a una alimentación adecuada y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, e incluir los principios de derechos humanos de rendición de cuentas, participación y no discriminación en el diseño de un marco mundial de vigilancia general para combatir las enfermedades no transmisibles, así como en los marcos de indicadores sobre nutrición que se están elaborando;

b) Tener en cuenta las conclusiones del presente informe en la preparación de recomendaciones para un conjunto de objetivos mundiales voluntarios para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

53. El Equipo de Transición del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (Movimiento SUN) y los interesados que participan en él deben:

a) Mejorar el programa del Movimiento SUN basando todas las intervenciones en los principios de derechos humanos de rendición de cuentas, participación y no discriminación, y ajustarlas a las estrategias nacionales amplias para la realización del derecho a la alimentación adoptando un enfoque de ciclo vital a fin de aumentar su eficacia y su capacidad para contribuir a soluciones sostenibles a largo plazo;

b) Adoptar las medidas apropiadas para garantizar que esas intervenciones fortalezcan los sistemas alimentarios locales y favorezcan el cambio a dietas sostenibles.

⁷⁹ *Ibid.*, párrs. 60 a 63.