



CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICION



**Nutrición y desarrollo
- una evaluación mundial -**

1992



CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICION

Nutrición y desarrollo: una evaluación mundial

1992



ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION



ORGANIZACION MUNDIAL
DE LA SALUD

Edición revisada, 1992

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. El material que contiene este documento podrá reproducirse siempre que en la nota de referencia se indique: "*Reproducido de la Conferencia Internacional sobre Nutrición: Nutrición y desarrollo: una evaluación mundial, 1992*".

© FAO y OMS, 1992

Impreso en Italia

Indice

RESUMEN	vii
Capítulo uno	
ALCANCE Y DIMENSIONES DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES	1
Magnitud y tendencias de los problemas nutricionales	3
Consecuencias de la malnutrición	27
Bibliografía	29
Capítulo dos	
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL	31
Alimentación y nutrición	34
Salud y nutrición	38
Cuidados y nutrición	44
Bibliografía	50
Capítulo tres	
POLITICAS DE DESARROLLO Y NUTRICION	51
Políticas macroeconómicas y de crecimiento económico y nutrición	54
Políticas agrícolas y nutrición	56
Políticas de salud y nutrición	59
Políticas de medio ambiente y nutrición	62
Políticas de población y urbanización	66
Contexto económico internacional y nutrición	70
Bibliografía	74
Capítulo cuatro	
POLITICAS Y PROGRAMAS PARA MEJORAR LA NUTRICION	75
Mejora de la seguridad alimentaria de los hogares	79
Protección del consumidor mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos	85
Prevención de carencias específicas de micronutrientes	88
Promoción de dietas y modos de vida sanos	91
La prevención y el manejo de las enfermedades infecciosas	96
Asistencia a grupos socioeconómicamente desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables	99
Evaluación, análisis y vigilancia de las situaciones nutricionales	104
Bibliografía	111
Capítulo cinco	
ESFUERZOS PARA HACER FRENTE AL PROBLEMA DE LA NUTRICION	113
Principios para incorporar la nutrición en el desarrollo	115
Vías de actuación	120
Observaciones finales	132
Bibliografía	133

Cuadros

Cuadro 1 DEA per cápita por regiones y grupos económicos	5
Cuadro 2 Estimación de la desnutrición crónica en las regiones en desarrollo, en los períodos de 1969-71, 1979-81 y 1988-90	6
Cuadro 3 Prevalencia y número de niños menores de cinco años con bajo peso para la edad (P/E), por regiones	9
Cuadro 4 Población a riesgo y afectada por malnutrición debida a carencia de micronutrientes	15
Cuadro 5 Cambio de diversos parámetros en países con mortalidad decreciente o creciente entre 1960 y 1985	19
Cuadro 6 Asociación entre determinados componentes del régimen alimenticio, el peso corporal y la incidencia del cáncer	26

Figuras

Figura 1 Cambios en el suministro de energía alimentaria por regiones	4
Figura 2 Estimación de las personas desnutridas crónicamente en las regiones en desarrollo, número y porcentaje de la población total	7
Figura 3 Tendencias en la prevalencia de niños faltos de peso en cada región (en números)	10
Figura 4 Tendencias en la prevalencia de niños faltos de peso en cada región	10
Figura 5 Tasa de mortalidad infantil	13
Figura 6 Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, 1991	13
Figura 7 Variación porcentual de las tasas de mortalidad como consecuencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación	17
Figura 8 Tasas medias de mortalidad como consecuencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (por edades)	18
Figura 9 Distribución estimada de las causas de mortalidad en 1990	20
Figura 10 Prevalencia de la obesidad entre niños en edad preescolar	23

Resumen

1. El objetivo de la erradicación del hambre y la malnutrición, y del sufrimiento humano que los acompaña, está al alcance de la humanidad. Sin embargo, el logro de este objetivo sigue representando ahora un desafío tan grande como en el pasado. Para hacer frente a este reto de alcance mundial, es preciso un compromiso total y una acción concertada por parte de todos los interesados: gobiernos, organizaciones no gubernamentales, comunidades locales, el sector privado y la comunidad internacional, con inclusión de las organizaciones internacionales.

2. En el presente documento, *Nutrición y desarrollo: una evaluación mundial*, se analizan la información y los datos más recientes disponibles y se consideran las opiniones de numerosos expertos sobre los problemas de la nutrición en todo el mundo. También se basa en las conclusiones y los resultados del intenso proceso de consulta iniciado para la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN). En este proceso se han llevado a cabo actividades de carácter nacional, con miras a preparar documentos de los países, y de carácter regional, mediante una serie de ocho reuniones regionales preparatorias de la CIN.

3. En el documento se evalúa el carácter y la magnitud de los problemas nutricionales tanto en los países en desarrollo como desarrollados. También se analizan los factores causantes, en tres apartados correspondientes a la alimentación, la salud y los cuidados, y se examinan las políticas y programas más amplios que tienen repercusiones sobre el bienestar nutricional de la población. Por último, en el documento se estudian posibles líneas de acción y estrategias básicas que es preciso llevar a cabo, primordialmente en los países, con el apoyo activo de todos los interesados a fin de poner al alcance de todos la seguridad alimentaria y la salud.

ALCANCE Y DIMENSIONES DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES

4. El hambre y la malnutrición siguen siendo los problemas más devastadores con que se enfrenta la mayoría de la población pobre del mundo. Prácticamente en todos los países del mundo existe algún tipo de hambre y malnutrición, a pesar del mejoramiento general del suministro de alimentos, la salud y los servicios sociales. Nadie puede dudar de la seriedad del problema, que afecta a millones de seres humanos. Una de cada cinco personas del mundo en desarrollo padece desnutrición crónica, 192 millones de niños sufren de malnutrición proteinoenergética y más de 2 000 millones de personas están afectadas por carencias de micronutrientes. Además, existen ya enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer que se están convirtiendo en muchos países en un problema para la salud pública.

5. Si bien las cifras y las tendencias indicadas son alarmantes, se han realizado avances en reducir la difusión general de los problemas nutricionales, y muchos países han alcanzado un éxito notable en su lucha contra los problemas del hambre y la malnutrición. En los países en desarrollo considerados en conjunto, a lo largo de los 20 últimos años ha disminuido de manera constante la proporción y el número absoluto de personas con desnutrición crónica. En 1969-71 eran alrededor de 941 millones las personas con desnutrición crónica, frente a 786 millones en 1988-90, lo que representa una disminución del 36 al 20 por ciento de la población de esos países. El objetivo actual, posible de alcanzar, es mantener y acelerar los progresos ya realizados.

6. El suministro de energía alimentaria en los países en desarrollo siguió aumentando en el decenio de 1980, aunque a un ritmo más lento que en el decenio precedente. Según las estimaciones de la FAO, en 1988-90 había en el mundo suficientes alimentos para satisfacer las necesidades de energía de la población mundial, si se hubieran distribuido de acuerdo con las necesidades individuales. Al final del decenio de 1980, alrededor del

60 por ciento de la población mundial vivía en países que disponía, para su alimentación, de más de 2 600 kcal por persona y día. Al mismo tiempo, sin embargo, había 11 países, en su mayor parte del África subsahariana y con una población de 123 millones de habitantes, cuyo suministro de energía alimentaria era notablemente deficiente, con menos de 2 000 kcal por persona y día.

7. La malnutrición proteinoenergética, evaluada en función del crecimiento físico y las medidas corporales, está todavía muy extendida en el mundo, sobre todo entre los niños. Hay aproximadamente alrededor de 192 millones de niños menores de cinco años de edad que sufren malnutrición proteinoenergética aguda o crónica. Este número aumenta durante los períodos anuales de escasez de alimentos en muchos países en desarrollo, y también en tiempos de epidemias de hambre y de inquietud social.

8. El porcentaje de niños menores de cinco años de edad con peso inferior al normal ha ido disminuyendo en todos los continentes en los 15 últimos años, pero el número absoluto se ha mantenido prácticamente constante, debido al crecimiento demográfico. El mayor número de niños ha correspondido a Asia (155 millones), pero está disminuyendo. Sin embargo, en África ha aumentado de 20 millones en 1975 a 27 millones en 1990.

9. La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años también ha disminuido en casi todos los países en desarrollo en los 15 últimos años. La tasa de mortalidad por debajo de los cinco años está relacionada con la falta de peso, y es mucho más elevada en los países en desarrollo (120 muertes por cada 1 000 niños nacidos vivos), de manera particular en los países menos adelantados (200 muertes por cada 1 000 nacidos vivos), que en los países desarrollados (20 muertes por cada 1 000 nacidos vivos).

10. El porcentaje de recién nacidos con insuficiencia ponderal (inferior o igual a 2,5 kg) es un indicador de desnutrición fetal debida a la desnutrición o a infecciones de la madre. La prevalencia de la insuficiencia ponderal en 1991 fue de más del 6 por ciento en los países desarrollados, pero alcanzó casi el 19 por ciento en los países en desarrollo, con tasas muy elevadas en Asia sudoriental y en África.

11. Entre las carencias de micronutrientes las más predominantes son las de hierro (más de 2 000 millones de afectados), yodo (más de 1 000 millones de amenazados) y vitamina A (40 millones de afectados). La carencia de yodo está extendida por todo el mundo y afecta a las poblaciones de las zonas montañosas o con tendencia a las inundaciones, donde el suelo tiene deficiencia de yodo. Hay más de 200 millones de personas que padecen bocio, 26 millones con deficiencias mentales y 6 millones con cretinismo. La carencia de vitamina A se da especialmente en las zonas donde es escaso el consumo de frutas y hortalizas, y en algunas ocasiones también la ingestión de grasa. La carencia de hierro está generalizada, afectando en primer lugar a las mujeres embarazadas, las mujeres en edad de procrear y los niños pequeños. En muchos países en desarrollo, alrededor del 50 por ciento de estos segmentos de la población sufre de estas carencias.

12. Hay varias otras carencias de micronutrientes, como las de zinc, selenio y otros oligoelementos, que afectan a un número considerable de personas de algunas partes del mundo. Todavía se producen brotes de enfermedades carenciales clásicas, como el beriberi, la pelagra y el escorbuto, en campamentos de refugiados y en otras poblaciones desposeídas, y hay también un número considerable de niños que siguen padeciendo raquitismo.

13. Los cambios de alimentación y de tipo de vida que acompañan a la urbanización, el aumento de los ingresos y la longevidad han conducido a la aparición de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación que plantean problemas importantes. Entre ellas cabe mencionar la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus (tipo 2, no dependiente de la insulina), ciertos tipos de cáncer y la caries dental. Se ha establecido una asociación entre estas enfermedades y determinados factores de

la alimentación (en particular el consumo excesivo de energía y grasas, sobre todo grasas saturadas y colesterol) y del tipo de vida (sobre todo el hábito de fumar, la tensión emocional y la falta de ejercicio físico), así como los factores hereditarios.

14. Con el comienzo de una campaña educativa para reducir tales factores de riesgo y la mejora de la asistencia médica y del sistema de detección de enfermedades, la prevalencia de esas enfermedades ha ido disminuyendo en los 15 últimos años en numerosos países europeos y en América del Norte, el Japón y Australia. Los datos de 26 países desarrollados y 16 en desarrollo (en su mayor parte del grupo de ingresos medianos bajos) pusieron de manifiesto que las tasas de mortalidad específica por edades, entre los grupos de edad de 45-54 y 55-64 años eran casi idénticas en los países desarrollados y en desarrollo. En la población de más de 65 años, la tasa era más elevada en los países desarrollados, pero la diferencia se está reduciendo. En los países de Europa oriental y en algunos países en desarrollo está aumentando la tasa de mortalidad por esos trastornos. La creciente tasa de mortalidad está relacionada con un índice elevado de urbanización y un aumento del consumo de alimentos, sobre todo de grasas totales y saturadas. Los datos recientes sugieren que cambios introducidos en la alimentación y en el tipo de vida pueden invertir la tendencia respecto a los daños de las arterias coronarias bloqueadas.

15. La obesidad está estrechamente vinculada a las enfermedades cardiovasculares, hipertensión inclusive, y a la diabetes. El elevado consumo de sal está asociado con una mayor prevalencia de hipertensión arterial en algunas poblaciones. Hay diversos factores que pueden desencadenar la diabetes, como por ejemplo un sistema de alimentación y un tipo de vida análogos a los asociados con el riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares. La alimentación rica en grasas, sobre todo de grasas saturadas, está asociada con una incidencia mayor de cáncer de colon, de próstata y de mama. La alimentación rica en productos vegetales, almidones, fibra y (pro)vitamina A suele estar relacionada con una incidencia menor de cáncer gastrointestinal. Sin embargo, no se ha demostrado que en estas asociaciones haya una relación causal.

16. Las consecuencias de la malnutrición en sus diversas formas son variadas y tienen una gran importancia para el bienestar humano y el desarrollo socioeconómico. En los lactantes y los niños pequeños, la desnutrición y el retraso en el crecimiento están asociados con una actividad física reducida, menor resistencia a las infecciones, desequilibrio del desarrollo intelectual y la capacidad cognoscitiva y aumento de la morbilidad y la mortalidad. El bajo peso al nacer, que como tal suele deberse a la malnutrición materna, está asociado con un desequilibrio de la evolución del crecimiento posterior y una mortalidad neonatal e infantil elevada.

17. La carencia grave o moderada de yodo durante el embarazo o la fase inicial de la infancia puede provocar cretinismo neurológico o hipotiroideo -que da lugar a sordomudez, desequilibrio de la coordinación motriz, falta de crecimiento o defectos mentales graves- y un mayor índice de abortos y mortinatalidad. La carencia de vitamina A es la causa más común de ceguera infantil evitable. También provoca ceguera nocturna, disminución de la resistencia a las infecciones y aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad debida a diversas infecciones, sobre todo las diarreicas y respiratorias, y al sarampión.

18. En las mujeres, el estado nutricional deficiente está asociado con un aumento de la prevalencia de la anemia, problemas en el embarazo y el parto y aumento de la tasa de retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. En los adultos, la desnutrición y la anemia pueden dar origen a una salud deficiente y a una productividad escasa, como consecuencia de la alteración del rendimiento físico e intelectual, y pueden constituir un obstáculo para el desarrollo comunitario y nacional.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL

19. El estado nutricional depende de una amplia gama de factores, que pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o que impiden la utilización óptima de los alimentos ingeridos. Los factores que más directamente influyen en la nutrición se analizan bajo las categorías de alimentos, salud y cuidados. Cada uno de estos factores es esencial para una buena nutrición y, a menudo se influyen mutuamente. Las políticas de desarrollo, aunque generalmente no se tienen en cuenta en el ámbito de la nutrición como tal, pueden también afectar al bienestar nutricional.

20. Es necesario subrayar que la pobreza es la causa original de la malnutrición. La desnutrición aguda y crónica y la mayoría de las carencias de micronutrientes afectan principalmente a la población pobre y desfavorecida, que no tiene acceso a suficientes alimentos, viven en ambientes poco sanos sin acceso a agua potable y servicios básicos y no tienen tampoco acceso a una enseñanza e información apropiadas. Por otra parte, la sobrealimentación y los desequilibrios dietéticos, que pueden dar lugar a enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, traspasan las fronteras socioeconómicas, aunque históricamente están relacionados con el aumento de los ingresos y del nivel de vida.

21. **Alimentación y nutrición.** El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen en relación con las necesidades. Las necesidades se determinan en función de diversos factores, como la edad, el sexo, la masa corporal, la actividad física, el crecimiento, el embarazo y la lactancia, las infecciones, y la eficacia de la utilización de los nutrientes.

22. La disponibilidad estable de alimentos a nivel nacional, regional y de hogar es un elemento fundamental del bienestar nutricional. En el ámbito familiar, la seguridad alimentaria presupone que se tenga acceso a alimentos adecuados en términos de cantidad, calidad e inocuidad. La seguridad alimentaria del hogar depende de que se disponga de suficientes ingresos y bienes, entre ellos la cantidad y calidad de tierras que se poseen.

23. En los países en desarrollo, donde aproximadamente dos tercios de la población vive en zonas rurales, la producción de cultivos y ganado, las actividades pesqueras y forestales son fuentes directas de alimentos y proporcionan ingresos para la compra de alimentos. Una mayor producción de alimentos para consumo familiar o como fuente de ingresos contribuye a estabilizar los precios de los alimentos y a mejorar la nutrición. También puede contribuir a la seguridad alimentaria el mejoramiento de las instalaciones de mercadeo.

24. En las zonas urbanas, la pobreza y el desempleo son factores importantes que afectan a la nutrición, así como la baja calidad de la vivienda, la salud y la enseñanza. El grado en que el aumento de los ingresos se transforma en un mejor consumo de alimentos y en cuidados para la familia depende también de la enseñanza y de factores socioculturales. Cuando la madre ejerce el control en los gastos del hogar, generalmente la nutrición de los niños suele ser mejor.

25. El carácter estacional de la producción en los países en desarrollo influye en el acceso a los alimentos. La estación que precede a la cosecha, que a menudo se caracteriza por la escasez de alimentos, coincide generalmente con el período del año de máxima carga de trabajo agrícola y de incidencia de enfermedades infecciosas, en particular la malaria y las enfermedades diarreicas. Se ha observado que la producción de cultivos comerciales influye más a menudo positivamente que negativamente en el acceso a los alimentos. Las prácticas agrícolas y la tecnología pueden influir considerablemente en la nutrición a través de diversos mecanismos, tales como el empleo, la capacidad de recabar ingresos, el gasto de energía, el empleo del tiempo y los efectos en el medio ambiente y en la salud.

26. La inocuidad y calidad de los alimentos tiene una influencia importante en la nutrición. Para asegurar que los alimentos sean inocuos y mantener su calidad durante la producción, manipulación, elaboración y envasado es necesario disponer de un sistema eficaz de control de calidad de los alimentos. La contaminación microbiana y química, incluidos los residuos de plaguicidas, pueden tener graves consecuencias. La manipulación higiénica de los alimentos, en particular los destinados a los niños pequeños, puede representar una importante contribución a la inocuidad de los alimentos y a la nutrición.

27. **Salud y nutrición.** Diversas infecciones, sobre todo las enfermedades diarreicas y respiratorias, el sarampión, los parásitos intestinales y el SIDA repercuten en gran medida en el estado nutricional. La interacción de la infección y el consumo insuficiente de alimentos que hace retardar el crecimiento de los niños da origen a un círculo vicioso, el complejo de malnutrición-infección. Las personas con nutrición deficiente son más susceptibles a muchas de las infecciones, y sus infecciones son a menudo más graves y más prolongadas. Las infecciones son de por sí perjudiciales para el estado nutricional, ya que reducen el apetito y la ingestión de alimentos, y aumentan la demanda metabólica y las pérdidas de nutrientes. Las enfermedades diarreicas transmitidas por el agua y los alimentos representan los problemas de mayor importancia. Las carencias de micronutrientes, en particular de hierro y vitamina A, reducen la resistencia a las infecciones, mientras que las infecciones y las infestaciones parasitarias desequilibran el estado de micronutrientes en el organismo.

28. Es necesario mejorar las condiciones de salud ambiental para romper el complejo de malnutrición-infección. Para ello es necesario abordar los problemas del agua contaminada, la evacuación insana de desechos humanos y del hogar y la deficiente higiene alimentaria y personal en los hogares y en los lugares donde se elaboran y comercializan los alimentos.

29. Los servicios de salud contribuyen a mejorar el bienestar nutricional: las vacunas, impiden que se contraigan enfermedades; los servicios terapéuticos acortan la duración de las enfermedades; la terapia de rehidratación oral reduce la gravedad y las consecuencias de las enfermedades diarreicas. Reforzando los servicios de salud se puede promover más eficazmente la lactancia materna y prácticas apropiadas de destete, así como los cuidados en el hogar y la alimentación de los niños enfermos; los servicios de salud sirven asimismo para proporcionar cuidados apropiados antes del parto, asesoramiento nutricional y servicios de asistencia en el parto; impartir enseñanza sobre nutrición, y elaborar y apoyar estrategias apropiadas para prevenir carencias de micronutrientes.

30. Una deficiente disponibilidad y utilización de servicios de salud, en particular de servicios primarios a nivel local, constituyen un factor importante que contribuye a la malnutrición, sobre todo de niños pequeños. Sin tales servicios no se podrá lograr una prevención y gestión apropiadas de las enfermedades infecciosas. Las iniciativas de atención primaria de salud a nivel comunitario son administradas por las comunidades y a favor de ellas, desempeñan una importante función en el esfuerzo de reducir al mínimo los riesgos de desnutrición. El desarrollo de tales cuidados sanitarios de ámbito comunitario depende del grado de desarrollo del gobierno local, de la descentralización de las responsabilidades y la gestión de los asuntos comunitarios por la comunidad misma.

31. El consumo de excesiva cantidad de alimentos o de dietas desequilibradas, unido a menudo a formas de vida no saludables, tales como insuficiente ejercicio físico, el estrés, el abuso de alcohol y tabaco, contribuyen también a condiciones de salud deficientes y dan lugar a una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta. Cabe señalar entre éstas la obesidad, la hipertensión, apoplejía, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y algunos tipos de cáncer. Aunque estas enfermedades se encuentran a menudo en las poblaciones acomodadas, son cada vez más comunes en todos los grupos de ingresos en los países industrializados y en las clases de ingresos medios y altos de los países en desarrollo. En América Latina se observa también en algunos países alta prevalencia de obesidad en mujeres de bajos ingresos.

32. **Cuidados y nutrición.** Los cuidados sanitarios y la alimentación sana constituyen elementos esenciales de una buena salud y nutrición. Pueden darse casos de malnutrición aun cuando se tenga acceso a cantidades y tipos de alimentos suficientes, así como a servicios de saneamiento y salud apropiados. Aunque unos ingresos suficientes, una mayor disponibilidad de alimentos y unos servicios de salud más amplios, son requisitos necesarios para mejorar la nutrición, no aportarán mejoras a menos que los hogares estén en condiciones de valerse de ellos.

33. En este contexto, los cuidados entrañan una importancia fundamental. Dichos cuidados consisten en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, de tiempo, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños en edad de crecimiento y otros miembros de la familia. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos económicos y sociales. De particular importancia es la alimentación de los niños pequeños: tanto el amamantamiento materno como las prácticas apropiadas de destete son fundamentales para una buena nutrición, y el éxito depende de un buen apoyo nutritivo y emocional de los que prestan cuidados, en particular las madres. Un factor especialmente importante es la educación materna.

34. No obstante, las madres no han de ser las únicas que han de prestar cuidados, también los padres y otras personas tienen funciones importantes que desempeñar y su dedicación y capacidad de proporcionar cuidados apropiados para todos los miembros de la familia son esenciales para el bienestar nutricional. Es preciso señalar, sin embargo, que en muchos países lo que determina esencialmente el tipo de alimentos que se consumen, el modo en que se preparan y la cuantía del apoyo emocional y la respuesta que se da a las necesidades de los niños pequeños es la índole de las actividades de la madre, que tiene un carácter apremiante y que limita su tiempo.

35. Es esencial reforzar la familia como la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional. En tales esfuerzos es necesario tener en cuenta las funciones, conocimientos, y motivación de los miembros del hogar, así como sus limitaciones de tiempo, y el control de los ingresos y otros recursos de que dispone la familia. En muchos casos, es especialmente importante asegurar que las mujeres tengan acceso a los recursos y a la educación que necesitan para mejorar los cuidados para sí mismos y sus familias.

36. A nivel de comunidad, el disponer de una suficiente organización y prestación de cuidados es un importante factor determinante del estado nutricional de los grupos vulnerables, tanto directamente —evaluando la comunidad sus propios problemas y decidiendo las medidas apropiadas—; e indirectamente mediante la capacidad de la comunidad de sobrevivir en un ambiente ecológico y económico hostil. En cualquier caso, es preciso estimular y apoyar a las comunidades a que aborden sus propios problemas. Tal vez haya que prestar cada vez mayor atención a crear nuevas estructuras comunitarias para la prestación de cuidados, ya que la urbanización y otras fuerzas sociales suelen debilitar los modelos tradicionales de prestación de cuidados familiares y comunitarios. Estos cuidados se proporcionan a través de diversas organizaciones de voluntarios y de bienestar social. Otros mecanismos son los programas de alimentación, los subsidios alimentarios, los sistemas de seguridad social, y otros.

37. Tal vez, el bienestar nutricional de los grupos desfavorecidos vulnerables depende, además de la capacidad de los hogares de ocuparse de los miembros de la familia, de la capacidad y voluntad de la sociedad de prestarles asistencia. Las personas desposeídas, los refugiados y personas desplazadas son ejemplos particulares de grupos que dependen de la asistencia exterior para satisfacer sus necesidades nutricionales.

POLITICAS DE DESARROLLO Y NUTRICION

38. Las políticas y estrategias nacionales de desarrollo pueden influir en forma importante en la situación nutricional de la población. Como muchas de las causas básicas de la malnutrición no están inmediatamente relacionadas con la nutrición, las estrategias gubernamentales más eficaces para reducir la malnutrición a escala nacional han sido las orientadas hacia el crecimiento con equidad.

39. Los efectos de las políticas de desarrollo en la nutrición pueden ser positivos o negativos. El incremento de los efectos nutricionales positivos de las políticas de desarrollo tanto a escala nacional como en los diferentes sectores puede contribuir de forma significativa a mejorar el estado nutricional. Al mismo tiempo, para asegurar un impacto adecuado de las intervenciones nutricionales específicas, se requiere un contexto favorable en lo que respecta a las políticas generales de desarrollo y a las políticas sectoriales. Las políticas de desarrollo pueden influir en la nutrición a través de uno o todos los tipos de factores indicados: alimentación, salud y asistencia.

40. El crecimiento económico, al aumentar los ingresos, puede aportar beneficios nutricionales de muchas maneras, tanto directas como indirectas. Con algunas excepciones, existe una fuerte relación positiva entre los ingresos per cápita y los indicadores de bienestar. No obstante, el crecimiento económico no mejora automáticamente la nutrición. Son muchas las razones que aconsejan insistir en la equidad junto con el crecimiento como parte integrante de una estrategia de desarrollo. La equidad y el crecimiento económico, lejos de ser incompatibles, aumentan su eficacia cuando se aplican conjuntamente. Un elemento de la máxima importancia es garantizar que los ingresos reales de los pobres y grupos vulnerables aumenten significativamente conforme se produce el crecimiento.

41. Las políticas macroeconómicas pueden repercutir de forma positiva o negativa en los diferentes grupos de población; por ejemplo, si estas políticas discriminan al sector de la alimentación y la agricultura, o dan lugar a reducciones en los servicios de salud, la nutrición puede verse negativamente afectada. En la mayor parte de los casos, la carga del ajuste recae en forma desproporcionada sobre los pobres y las personas vulnerables desde el punto de vista nutricional.

42. No se trata de decidir si es necesario realizar un ajuste, ya que a la larga son los pobres quienes más sufrirán si continúan los desequilibrios macroeconómicos. Es preciso establecer "redes de seguridad", que acompañen el ajuste económico con el ajuste social y seleccionen mejor las intervenciones en favor de los pobres. Al mismo tiempo, quizás sean también necesarios los programas de compensación (por ejemplo, alimentación suplementaria, ampliación de la asistencia sanitaria, programas de generación de ingresos), para contribuir a paliar los efectos negativos sobre la población pobre.

43. Las repercusiones nutricionales de las políticas agrícolas pueden ser positivas en cuanto pueden mejorar la producción, disponibilidad, procesamiento y comercialización de los alimentos, además de incrementar las oportunidades de empleo. Las políticas agrícolas pueden también tener efectos sobre la utilización del tiempo, el trabajo y la energía, las condiciones ambientales y de vida, el contenido de nutrientes de los alimentos producidos, todo lo cual puede repercutir en las funciones propias de los hombres y las mujeres, que a su vez pueden tener consecuencias nutricionales. Es preciso evaluar con sumo cuidado el impacto de la agricultura comercial frente a la agricultura de subsistencia, así como de las nuevas tecnologías agrícolas.

44. La utilización y ulterior desarrollo de alimentos tradicionales, los sistemas mejorados de actuación después de la cosecha y de almacenamiento de los alimentos y el desarrollo de los servicios de comercialización, pueden aportar también beneficios nutricionales. Las políticas que determinan el acceso a la tierra y el sistema de tenencia son importantes en

muchos lugares del mundo. Desde la perspectiva de la nutrición, lo que interesa es determinar quiénes se verán afectados, y en qué medida, por las diversas políticas agrícolas, y luego tratar de asegurar que se beneficien también las personas pobres y mal alimentadas, y que los efectos negativos que ellos soportan se reduzcan al mínimo.

45. En muchas zonas rurales, los problemas nutricionales dominantes están más estrechamente relacionados con la falta de empleo que con la escasez de alimentos. En muchas ocasiones, la necesidad más acuciante es la creación de empleo, tanto agrícola como no agrícola, mediante actividades relacionadas con la agricultura.

46. La atención primaria de salud (APS) es la estrategia universalmente adoptada para conseguir la salud para todos, y en particular el bienestar nutricional. En la práctica, no obstante, el componente de alimentación y nutrición de los programas de atención primaria de salud suele ser débil. Los otros elementos esenciales de la atención primaria de salud contribuyen también en forma sustancial a mejorar la nutrición, sobre todo mediante la prevención y tratamiento de enfermedades, especialmente las enfermedades infecciosas.

47. Las políticas de salud pueden repercutir también en la nutrición, por su influencia en el contexto físico y sociocultural, así como por la calidad y alcance de los servicios de salud. La reducción de las desigualdades en los servicios de salud y nutrición, con especial atención a los grupos de población en situación de riesgo, es un aspecto importante de la política de salud. Los programas de salud organizados por distritos y comunidades, y la creciente financiación local de los servicios de salud, son planteamientos que pueden mejorar en breve plazo las condiciones nutricionales locales.

48. Es fundamental desarrollar los recursos humanos necesarios a escala nacional y local para abordar los problemas nutricionales con mayor eficacia. Es preciso promover los planteamientos intersectoriales y comunitarios junto con los esfuerzos por reforzar las actuales capacidades de los hospitales y centros de salud. El fomento de la capacidad de dirección en todos los niveles y la introducción de objetivos nutricionales en las políticas de salud y de componentes nutricionales en los programas de atención primaria de salud, primaria, son también estrategias fundamentales.

49. Las políticas ambientales deben abordar las principales causas de los cambios del medio ambiente que repercuten en la salud, la alimentación y la nutrición. El contexto físico y biológico tiene importantes repercusiones sobre la salud. La presión demográfica del Tercer Mundo junto con la lucha diaria de los pobres por la subsistencia imponen una carga tremenda a los recursos naturales de que depende la supervivencia.

50. Las políticas ambientales pueden abordar los problemas de la degradación del suelo, la erosión, la deforestación, el sobrepastoreo y otras prácticas inadecuadas de explotación de la tierra, las fuentes de combustibles y de energía, la protección del hábitat, la urbanización, la contaminación y la calidad del aire, el agua y los alimentos. También los recursos pesqueros, tanto marinos como continentales, se encuentran amenazados. Los problemas ambientales de la contaminación de los alimentos y del agua como consecuencia de métodos inadecuados y excesivamente intensivos de producción agrícola son también motivo de creciente preocupación en la mayor parte de los países.

51. Entre las áreas de actuación se incluyen las siguientes: formular planteamientos de alimentación, nutrición y salud que estén más en consonancia con el medio ambiente; garantizar el acceso de los hogares pobres a recursos suficientes con el fin de reducir al mínimo los impactos negativos sobre el medio ambiente; adoptar medidas que reduzcan los riesgos sanitarios debidos a motivos ambientales, especialmente las enfermedades transmitidas por los alimentos y por el agua; promover modelos de vida sostenibles que no constituyan una amenaza para la salud y el medio ambiente; y promover investigaciones para el desarrollo de tecnologías y sistemas de explotación agrícola que sean sostenibles y saludables para el medio ambiente.

52. El rápido crecimiento de la población mundial y de la urbanización presenta varios desafíos. El aumento demográfico es un problema crítico en lo que respecta a la disponibilidad de alimentos en muchos países en desarrollo, especialmente aquellos cuyas poblaciones, según las previsiones, se duplicarán en los próximos 20-25 años. El aumento del número de personas a nivel mundial, nacional y familiar exigirá más alimentos, más bienes, más servicios y más oportunidades de empleo. Entre las políticas eficaces para abordar los problemas demográficos deben figurar la promoción de un desarrollo económico más equitativo y las medidas para ofrecer un acceso más fácil a los servicios de educación, salud y planificación familiar.

53. Muchas políticas demográficas tratan de corregir los altos niveles de fecundidad mediante programas de planificación familiar destinados a reducir el número de nacimientos por mujer y a incrementar los intervalos entre embarazos. La lactancia materna, sobre todo cuando se practica con carácter exclusivo, retrasa la reanudación de la ovulación y por lo tanto favorece el espaciamiento de los embarazos y la salud materna. Los servicios de nutrición, salud materno-infantil y planificación de la familia darán mejores resultados si se relacionan e integran mutuamente.

54. La proporción de la población mundial que vive en zonas urbanas pasó del 39 por ciento en 1975 al 43 por ciento en 1990 y se prevé que llegue al 51 por ciento para el año 2000. En general, las poblaciones urbanas suelen tener regímenes alimentarios más variados y acceso más fácil a los servicios de salud y otros servicios sociales, que las poblaciones rurales, y suelen estar mejor alimentadas. No obstante, en muchos países en desarrollo el rápido proceso de urbanización ha provocado graves dificultades de orden económico, social y nutricional.

55. Las poblaciones urbanas no son homogéneas y muchos grupos urbanos y periurbanos son más pobres y están peor alimentados que muchas poblaciones rurales. Tienen que gastar una parte considerable de sus ingresos en alimentos, que con frecuencia son de mala calidad. Por otra parte, están más expuestas al desempleo.

56. En muchas zonas urbanas pobres y superpobladas, con frecuencia disminuye la prevalencia y duración de la lactancia materna, mientras que la lactancia artificial y los problemas ambientales, entre ellos los relacionados con la vivienda, la falta de suministro de agua y la eliminación de desechos, junto con la falta de higiene alimentaria, provocan un aumento de las enfermedades diarreicas. Se debe procurar hacer lo posible para reducir la creciente incidencia de enfermedades no transmisibles debidas a los cambios en los estilos de vida y en el régimen alimentario asociados a la urbanización.

57. Además del crecimiento demográfico y de la urbanización, se están registrando también otros cambios demográficos que pueden tener importantes repercusiones en la nutrición. En particular, se observa un considerable aumento del número de personas ancianas (de más de 65 años de edad) en la mayor parte de los países. Se prevé que para el año 2000 aproximadamente el 60 por ciento de la población mundial de más de 65 años vivirá en países en desarrollo. Esta situación tendrá considerable impacto en la demanda de diferentes tipos de servicios de salud y sociales, y el sector de la salud tendrá que hacer frente a una incidencia creciente de enfermedades no transmisibles típicas de la vejez. La necesidad de promover dietas equilibradas y estilos de vida sanos para impedir estas enfermedades resulta evidente.

58. El contexto económico internacional repercute en la nutrición de muchas maneras, sobre todo influyendo en las perspectivas de desarrollo y en los recursos disponibles en todos los sectores que influyen en la alimentación, salud y asistencia. Las barreras al comercio internacional son muy numerosas y su eliminación puede favorecer los ingresos de divisas, el empleo y el producto nacional bruto (PNB). No obstante, su eliminación no provocaría necesariamente beneficios para todos y podría ser perjudicial para los sectores relacionados con algunos productos que se benefician de los actuales sistemas de comercio preferencial.

59. Las políticas agrícolas de los países industrializados, incluidas las de sostenimiento de los precios, tienen significativos efectos en los precios mundiales y en el comercio. Repercuten también negativamente en los sectores agrarios de otros países exportadores de productos agrícolas. En lo que respecta a los países con déficit de alimentos, las políticas agrícolas de los países industrializados pueden influir favorablemente a corto plazo pero ser perjudiciales a la larga. La liberalización de las políticas agrícolas de los países industrializados puede ejercer un efecto global favorable sobre la seguridad alimentaria de los países en desarrollo en general.

60. La carga de la deuda exterior de los países en desarrollo sigue siendo decisiva. En 1990, la deuda exterior superó el PNB regional en el África subsahariana. El coeficiente entre el servicio de la deuda y las exportaciones se mantiene en niveles sin precedentes en el conjunto de los países en desarrollo. Se está registrando una salida neta de recursos de los países en desarrollo a los acreedores, salida que en el período de 1983-1989 sumó un total de 242 mil millones de dólares EE.UU. Graves obstáculos externos, por ejemplo la contracción de los mercados para sus productos, han impedido en gran parte a muchos países en desarrollo hacer frente a la situación de la deuda. Recientemente, han comenzado a aplicarse algunos programas limitados de reescalonamiento de la deuda e incluso de reducción de la misma, pero el impacto general ha sido pequeño.

61. La asistencia exterior al desarrollo debería aportar beneficios tanto nutricionales como económicos. No obstante, en la actualidad ésta es muy pequeña en comparación con las necesidades del desarrollo, y muchas veces no se selecciona debidamente a los países o a las poblaciones más necesitadas.

POLITICAS Y PROGRAMAS PARA MEJORAR LA NUTRICION

62. Para mejorar la nutrición es preciso formular estrategias y adoptar medidas específicas, de acuerdo con las condiciones vigentes en cada país y con los recursos disponibles. No obstante, se pueden determinar algunas esferas comunes de acción para proteger y promover el bienestar nutricional. Estas esferas engloban las cuestiones siguientes:

63. **Mejora de la seguridad alimentaria de los hogares.** La causa principal de la inseguridad alimentaria de los hogares es la pobreza. La seguridad alimentaria de los hogares depende sobre todo de la capacidad de éstos para conseguir alimentos suficientes con el fin de garantizar a todos sus miembros en todo momento una alimentación suficiente. La inseguridad alimentaria de los hogares puede ser crónica, estacional o transitoria. Entre los grupos vulnerables figuran los agricultores que viven en tierras marginales, los jornaleros sin tierras o temporales, los pastores nómadas, los pescadores y trabajadores forestales en pequeña escala y los pobres de las zonas rurales.

64. Para lograr la seguridad alimentaria es necesario garantizar un suministro alimentario suficiente tanto en el país como en los hogares, proporcionar un grado razonable de estabilidad en los suministros alimentarios a lo largo del año y también de un año a otro y asegurar que todos los hogares tengan acceso a los alimentos que necesitan, produciéndolos o procurándoselos.

65. Las políticas seleccionadas para lograr la seguridad alimentaria deben estar en consonancia con las características del problema de la seguridad alimentaria en cada país, la naturaleza de los grupos vulnerables a la inseguridad alimentaria, la disponibilidad de recursos y la capacidad institucional y de infraestructura.

66. Sin embargo, las estrategias para mejorar la seguridad alimentaria de los hogares incluyen en general las medidas siguientes: adopción de estrategias de desarrollo y políticas macroeconómicas globales que creen las condiciones necesarias para un crecimiento con equidad; aceleración del crecimiento en el sector alimentario y agrícola y fomento del desarrollo rural orientado hacia los pobres; mejora del acceso a la tierra y

a otros recursos naturales; crédito a los hogares pobres; aumento de las oportunidades de empleo; planes de transferencia de ingresos; estabilización de los suministros alimentarios; mejora de la planificación y de la acción en situaciones de emergencia; ayuda alimentaria y reforzamiento de los mecanismos de supervivencia de los hogares.

67. ***Protección de los consumidores mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos.*** Para una buena nutrición resulta esencial reforzar la seguridad alimentaria y los sistemas de control de calidad, fomentar métodos de fabricación adecuados y educar a los consumidores y vendedores de alimentos sobre la manipulación apropiada de éstos. Además de proteger a los consumidores, unas medidas adecuadas de control de los alimentos reducen las pérdidas de los mismos y pueden estimular el comercio mundial de productos alimenticios, con lo que se crea empleo, se aumentan los ingresos y se mejora el bienestar nutricional.

68. Para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos a fin de que la población pueda tener acceso a una dieta sana se requieren leyes, reglamentaciones y normas de amplio alcance, el deseo de cumplirlas por parte de los fabricantes y elaboradores de alimentos y la organización de una inspección eficaz. Es fundamental la vigilancia nacional de las enfermedades transmitidas por los alimentos y el seguimiento de los contaminantes.

69. Los gobiernos pueden asesorar a los consumidores y a la industria alimentaria sobre buenas prácticas agrícolas, y de manipulación de alimentos adecuadas, además sobre medidas para reducir al mínimo el desperdicio, y evitar su contaminación. Es necesario hacer conocer tanto a la industria como a los consumidores las leyes, reglamentos y normas relativos a los alimentos, a través de la educación. Se deberán establecer normas sobre el etiquetado de alimentos e información en materia de nutrición, así como orientaciones sobre la publicidad a fin de ayudar a los consumidores a decidir con mayor conocimiento de causa. Los conceptos de calidad e inocuidad de los alimentos deberán integrarse en otros programas patrocinados por los gobiernos y relacionados con la nutrición.

70. Los países de ingresos bajos deberán comenzar a crear la capacidad institucional necesaria para ejecutar programas amplios en relación con la calidad de los alimentos. Hay que insistir en la importante contribución de la calidad e inocuidad de los alimentos a un mayor acceso a los mismos. Los organismos internacionales y los países que cuentan ya con una práctica en este sector podrían ayudar a crear la infraestructura necesaria para garantizar un adecuado control de los alimentos y establecer la legislación y los mecanismos de ejecución oportunos. En las zonas urbanas, es necesario reforzar los procedimientos de control de los alimentos para cumplir las normas básicas relativas a la higiene en la preparación de los mismos. Es necesario contar con una infraestructura que proporcione el agua necesaria y saneamiento básico tanto a nivel comercial como en los hogares.

71. La función de la industria en lo que se refiere a garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos se extiende desde la producción agrícola hasta los servicios de alimentación. Entre las buenas prácticas agrícolas se incluye una utilización adecuada de los plaguicidas, fertilizantes y medicamentos veterinarios antes de la cosecha y un control del almacenamiento, utilización de productos químicos y prácticas de manipulación, así como un transporte apropiado.

72. Las organizaciones internacionales pueden facilitar asesoramiento y asistencia técnica experimentada sobre reforzamiento de los programas de calidad e inocuidad de los alimentos, incluido el uso correcto de los aditivos alimentarios y el control de los diferentes contaminantes en los alimentos. Los países miembros reciben asesoramiento sobre la elaboración de leyes y reglamentaciones, como las normas elaboradas por la Comisión del Codex Alimentarius (Codex), órgano auxiliar de la FAO y de la OMS. Estas normas internacionales protegen la salud de los consumidores y garantizan unas prácticas comerciales justas. Las normas y códigos de prácticas deben constituir una parte integral

de los sistemas nacionales e internacionales de seguridad alimentaria para garantizar la inocuidad de los alimentos.

73. **Prevención de carencias específicas de micronutrientes.** Los objetivos de eliminar las carencias de yodo y de vitamina A y reducir sustancialmente la carencia de hierro en este decenio son alcanzables, si se realizan con urgencia esfuerzos concertados. Es necesario formular y aplicar estrategias y actividades para hacer frente a las carencias específicas de micronutrientes en el marco de los planes nacionales para mejorar la nutrición.

74. El planteamiento básico deberá consistir en mejorar la diversidad de la dieta estimulando la producción y consumo de alimentos ricos en micronutrientes. En las zonas rurales y urbanas existe un amplio margen para mejorar los suministros directos de alimentos ricos en micronutrientes de los hogares. La planificación alimentaria y agrícola puede acrecentar la disponibilidad de alimentos ricos en micronutrientes y programas selectivos de educación nutricional pueden contribuir a aumentar su consumo.

75. Un planteamiento complementario podría ser el enriquecimiento de los alimentos, que implica la adición de micronutrientes, en particular, yodo, vitamina A y hierro, a alimentos comunes. En los países en desarrollo, los problemas principales que plantea el enriquecimiento de alimentos son el costo y el modo de aplicación. El enriquecimiento es difícil cuando existen numerosos productores en pequeña escala y exige la adopción y aplicación de leyes apropiadas.

76. Un tercer planteamiento es el suplemento de la alimentación con aceite yodado (mediante administración oral o por inyección), vitamina A (en cápsulas con dosis elevadas o mediante sistemas de dosificación oral) y hierro medicinal. El suplemento de la alimentación puede ser una medida eficaz a corto plazo cuando llega a los grupos destinatarios, pero a menudo su aplicación no es sistemática y el número de personas atendidas es insuficiente. Con frecuencia, los principales grupos destinatarios (como mujeres embarazadas y niños) no son los mismos para cada uno de los micronutrientes y pueden existir muchas limitaciones prácticas. Debe considerarse únicamente como una medida temporal hasta que puedan encontrarse soluciones a largo plazo.

77. El cuarto planteamiento se refiere a las medidas y leyes en materia de salud pública que son necesarias para abordar factores ambientales críticos, como la calidad del agua, el saneamiento y la higiene de los alimentos, y para promover servicios esenciales, como programas de inmunización, lucha contra enfermedades endémicas, la higiene materno-infantil, la atención sanitaria primaria y la educación e información en materia de salud.

78. **Promoción de dietas apropiadas y estilos de vida sanos.** La gente necesita información exacta sobre la mejor forma de satisfacer sus necesidades nutricionales. Las estrategias destinadas a promover dietas sanas sirven de estímulo y crean oportunidades para que la gente cambie su comportamiento, teniendo en cuenta las preferencias individuales, los modos de vida y las limitaciones de tiempo. La promoción de dietas y modos de vida sanos implica la educación nutricional y orientación dietética del público; la capacitación de profesionales en salud y agricultura; directrices para los servicios de alimentación; participación de los grupos de consumidores y la industria alimentaria. Se ha demostrado que revertir la creciente tendencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta está relacionada con estos esfuerzos de promoción. La promoción de dietas sanas puede tener también repercusiones en las políticas agrícola, industrial y social y en el comercio internacional.

79. En algunos países se han preparado directrices dietéticas, así como aportes dietéticos recomendados para la población. Las declaraciones relativas a las directrices dietéticas destinadas al público proporcionan asesoramiento para la selección de una dieta equilibrada y estimulan la adopción de modos de vida sanos para promover la salud, teniendo en cuenta el suministro de alimentos, el medio ambiente y las características

económicas, sociales y culturales de los diferentes grupos de la población. Un Grupo de Estudio de la OMS (1990) ha recomendado la adopción de objetivos nutricionales para la población como instrumentos para la planificación general. La Comisión FAO/OMS del Codex Alimentarius ha elaborado directrices sobre el etiquetado nutricional para someterlas a la consideración de los gobiernos.

80. En general, la educación nutricional ha sido eficaz cuando el objetivo no era la divulgación de información sino la modificación del comportamiento. El aprendizaje y la comercialización sociales, así como estrategias adecuadas de entretenimiento y de educación para la comunicación de masas se han aplicado con éxito para mejorar el estado nutricional entre personas de bajos ingresos y otros grupos. Los mensajes educativos serán distintos para tener en cuenta las diferencias en modos de vida, cultura y acceso a los alimentos naturales o elaborados. La comunicación de mensajes nutricionales es tan efectiva como otras intervenciones de carácter nutricional en lo que se refiere a la relación costo-eficacia. Para obtener cambios significativos en el comportamiento es indispensable mantener los programas de comunicación nutricional durante un período prolongado.

81. Con el fin de que establezca una comunicación eficaz, la formación académica y el perfeccionamiento en servicio de los profesionales de salud, maestros, agentes de extensión agrícola y otros trabajadores de la comunidad son componentes esenciales de la estrategia global para promover dietas y estilos de vida sanos. La educación para la salud en las escuelas puede influir positivamente sobre todos los miembros de la familia. Entre los elementos esenciales de la educación nutricional figuran los planes de estudio y materiales didácticos pertinentes, la preparación de maestros, la modificación del ambiente escolar y la cooperación entre la escuela, los padres y los servicios de salud y sociales locales.

82. **Prevención y control de las enfermedades infecciosas.** La prevención de las infecciones y la lucha contra las enfermedades infecciosas implican la reducción de su incidencia, duración y gravedad. Entre las esferas de acción prioritarias se incluyen la educación en materia de salud, el control de la salud ambiental y de la higiene de los alimentos, las campañas de vacunación, los cuidados terapéuticos, la vigilancia y fomento del crecimiento y la atención primaria de salud.

83. Un tratamiento temprano y apropiado de las enfermedades infecciosas puede tener efectos importantes sobre el estado nutricional. El ejemplo de mayor éxito es la terapia de rehidratación oral para la diarrea, que ahora se acepta y aplica en forma generalizada. Una ingestión alimentaria suficiente durante los episodios diarreicos y después de éstos reduce la repercusión sobre el estado nutricional y acelera la recuperación. La existencia de servicios terapéuticos en los hogares o en los dispensarios para los casos de infecciones respiratorias graves, diarrea, malaria, enfermedades infantiles y parasitarias, contribuye a prevenir la malnutrición. La disponibilidad de medicamentos esenciales influye en la utilización de los servicios de salud y en su capacidad para reducir la duración de las enfermedades y mejorar el estado nutricional.

84. Los programas de salud ambiental que se ocupan del abastecimiento de agua potable, la eliminación de desechos humanos y urbanos y la disponibilidad de viviendas suficientes pueden reducir considerablemente la morbilidad resultante de diversas enfermedades infecciosas de transmisión hídrica y fecal. Las enfermedades transmitidas por los alimentos están muy difundidas y es necesario luchar contra ellas dado que son una de las principales causas de la diarrea, al igual que muchas otras infecciones debidas a bacterias, virus, micotoxinas y parásitos.

85. En los últimos diez años ha aumentado constantemente la cobertura de las campañas de vacunación en casi todos los países en desarrollo, la cual se prevé que se ampliará aún más en el decenio de 1990 hasta llegar al 70 por ciento. Si los niños que acuden a los centros de salud pudieran ser pesados y vacunados en el curso de la misma visita, se reduciría el riesgo de perder contacto con ellos.

86. Una detección temprana del retardo de crecimiento mediante programas de vigilancia y promoción del mismo es uno de los principales métodos combinados para hacer frente a la asociación entre malnutrición e infección. En muchos países se están elaborando programas de promoción y vigilancia del crecimiento centrados en la comunidad, a menudo realizados en cooperación entre las comunidades, los servicios de salud del gobierno y organizaciones no gubernamentales.

87. La accesibilidad, aceptabilidad e idoneidad de los servicios de salud influyen notablemente en la posibilidad de que la población los utilice y se beneficie de ellos y de que altere su comportamiento para mejorar su salud. En particular, la ampliación de los servicios de salud materno-infantil a zonas remotas o no atendidas puede contribuir en gran medida a aliviar la infección y la malnutrición. La APS o atención de salud basada en la comunidad es la forma fundamental de responder a las necesidades de la comunidad en este ámbito y asegurar su participación activa en la planificación y aplicación de su propia asistencia sanitaria, generar una toma de conciencia en cuestiones de salud, movilizar a la comunidad y prevenir infecciones mediante modificaciones del medio ambiente y de prácticas sanitarias perjudiciales.

88. Los programas sanitarios específicos, dirigidos a prevenir infecciones e infestaciones tropicales mediante vacunaciones y lucha contra los vectores, pueden ejercer una influencia positiva sobre la nutrición. Además, es necesario adoptar precauciones para asegurarse de que las actividades de desarrollo nuevas o existentes no crean más problemas nutricionales y de salud.

89. **Asistencia a grupos socioeconómicamente desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables.** Se deberán elaborar políticas para mejorar la asistencia a personas nutricionalmente vulnerables, como lactantes, niños pequeños, madres, incapacitados y ancianos. Estas políticas deberán reforzar la capacidad de la familia, como unidad social y económica, para prestar cuidados. Para prestar cuidados suficientes a estas personas, así como a refugiados y personas desplazadas, será a menudo necesario reforzar las capacidades e instituciones a nivel comunitario, nacional e internacional.

90. El primer tipo de cuidados necesarios está destinado a los lactantes y se centra en la lactancia materna, que ofrece ventajas biológicas, psicológicas y sociales. Es necesario formular y ejecutar programas nacionales para la protección y promoción de la lactancia materna. La observación de ciertos factores negativos en los servicios de maternidad ha conducido a la formulación de programas para elaborar los principios que deben aplicar los hospitales especialmente adecuados para los niños, así como programas de capacitación.

91. El proceso de destete se inicia con la introducción gradual de alimentos complementarios debidamente preparados para la capacidad digestiva del lactante, de acuerdo con la disponibilidad de alimentos y las tradiciones culturales locales. Es importante una alimentación frecuente con alimentos de una densidad energética suficiente. Es necesario hacer hincapié en la importancia de que la madre u otra persona que presta cuidados siga asistiendo al niño, en particular durante los episodios de infección y en general a lo largo del segundo año de vida del niño.

92. En muchos hogares, las principales personas que prestan cuidados son las mujeres, cuya capacidad depende en gran medida de su salud, educación, tiempo y energía, así como del control que tienen sobre los recursos del hogar y de su aptitud para utilizarlos eficazmente. La salud física y mental de las madres se promueve facilitando el acceso a los servicios sanitarios y afines. Se deberán difundir ampliamente directrices dietéticas para las madres durante el embarazo y la lactancia. Puede ser beneficioso para las madres y los hijos animar a los progenitores a que dejen transcurrir un período de tiempo suficiente entre los embarazos. También se puede subrayar la contribución de la lactancia materna a un intervalo más largo entre nacimientos.

93. Una mejora de la educación y alfabetización de las madres puede influir en las aptitudes y conocimientos necesarios para unas prácticas satisfactorias en materia de puericultura, así como en las decisiones de los progenitores con respecto al empleo del tiempo y de los recursos. Deberá fomentarse un equilibrio apropiado entre el tiempo empleado en prestar a la familia cuidados suficientes y el tiempo empleado en trabajar fuera del hogar, en particular mediante un reparto equitativo de las responsabilidades relativas a los cuidados y de la carga de trabajo entre los miembros de la familia. La mejora de la alfabetización y educación de los padres puede aumentar también la aportación de éstos al bienestar nutricional de sus hijos.

94. Los ancianos constituyen una proporción considerable de la población en muchos países, y su creciente empobrecimiento en algunos de ellos aumenta el riesgo de carencias nutricionales. En general, las estructuras tradicionales de cuidados familiares que se encuentran en casi todas las sociedades ofrecen protección a los ancianos, pero se están debilitando. Puede que sean necesarios programas especiales para abordar los problemas nutricionales de los ancianos, por ejemplo, el de proporcionarles productos alimenticios o comidas preparadas. El objetivo de las estrategias para prestar asistencia a los incapacitados debería consistir en evitar la dependencia prestando más atención a la capacitación profesional y el desarrollo de aptitudes. Se deberán promover las organizaciones familiares y comunitarias que ayuden a estas personas a hacer frente a su incapacidad.

95. Los sistemas tradicionales de apoyo pueden ser muy eficaces en lo que respecta a la reducción del volumen de trabajo, la ayuda económica, el aumento de los conocimientos o el apoyo emocional. El apoyo de la comunidad mediante la creación de guarderías infantiles, grupos de trabajo, cooperativas o sistemas oficiosos de reparto de las tareas es también decisivo.

96. A escala nacional, es necesario elaborar tecnologías apropiadas y crear una infraestructura mejor que permita reducir las exigencias de tiempo y trabajo de las mujeres. Es necesario reforzar, mediante la legislación correspondiente, los derechos de las mujeres a la propiedad y a los ingresos y realizar esfuerzos para ofrecerles seguridad social siempre que sea posible.

97. Las estrategias internacionales para prestar asistencia se aplican cuando los refugiados cruzan las fronteras y los organismos internacionales están llamados a ofrecerles protección social. Los refugiados y personas desplazadas necesitan recursos que les ayuden a hacer frente a las privaciones, a cubrir sus necesidades básicas y a ser capaces de valerse por sí mismos.

98. **Evaluación, análisis y vigilancia de las situaciones nutricionales.** El estado nutricional es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas y es un indicador sensible del nivel global de desarrollo. La información relacionada con la nutrición es esencial para seleccionar y ejecutar políticas y programas eficaces con miras a mejorar el bienestar nutricional. Para que sea útil, la información debe llegar a los responsables de la adopción de decisiones en el momento oportuno y de forma que pueda entenderse fácilmente.

99. La información relativa a la nutrición es necesaria para fines muy diversos, por ejemplo, para identificar problemas de nutrición crónicos y sus causas, prever y detectar problemas nutricionales de breve duración o agudos, distinguir entre los grupos de población que necesiten intervenciones de socorro a corto plazo y los que requieren políticas y programas a más largo plazo, y supervisar los cambios y evaluar el efecto de las intervenciones y de los programas de desarrollo.

100. Los esfuerzos para evaluar y vigilar el estado nutricional y otros factores pertinentes para la nutrición deben ser oportunos y eficaces en función de los costos y estar dirigidos hacia objetivos específicos como la preparación de planes de desarrollo y la adopción de decisiones presupuestarias. Dos principios sencillos, pero fundamentales, que han de

tenerse en cuenta al abordar el acopio, análisis y mecanismo de notificación de datos son los siguientes: (i) la información sólo es útil si se utiliza y (ii) los recursos utilizados para la recolección y el análisis de datos deben valorarse en relación con los recursos aún mayores necesarios para las intervenciones.

101. Generalmente, la forma más práctica de efectuar un seguimiento de la nutrición es utilizar un número mínimo de indicadores y centrarse en aquéllos que se prestan a una evaluación periódica. La prevalencia de las situaciones de falta de peso en niños en edad preescolar es el indicador de desnutrición más utilizado en los distintos países. También son útiles los análisis que utilizan criterios tales como zonas administrativas, zonas urbanas y rurales, zonas ecológicas y factores socioeconómicos posiblemente seleccionados, por ejemplo, fuente de ingresos o acceso a servicios y programas.

102. En caso de crisis alimentarias, es necesario asignar oportunamente los recursos necesarios para llevar a cabo obras públicas y organizar la distribución de alimentos. Con frecuencia, los indicadores de alerta más importantes se basan en las previsiones sobre disponibilidad y precio de los alimentos. La experiencia de varios países, entre ellos Botswana, India e Indonesia, demuestra que es posible resolver satisfactoriamente las crisis alimentarias con ayuda de información oportuna y apropiada.

103. Mientras que la evaluación del estado de seguridad alimentaria de determinados hogares puede resultar difícil, la vigilancia de los cambios en los precios de los alimentos es relativamente sencilla y puede ser un indicador útil en muchos sistemas nacionales de alerta.

104. La vigilancia de las enfermedades infecciosas puede llevarse a cabo en las comunidades a través del sistema de salud o del servicio de atención primaria de salud. También se deberán evaluar las prácticas de lactancia materna y de destete.

105. Para vigilar las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación puede ser útil seguir los modelos dietéticos y las tendencias de las enfermedades. Las tendencias que se evalúan a menudo a nivel nacional a partir de los datos de las hojas de balance de alimentos se refieren al aporte energético total y al porcentaje de energía procedente de las grasas y de las grasas de origen animal.

106. Se necesita también información sobre la ejecución y rentabilidad de los programas que tienen como objetivo resolver determinados problemas de nutrición o que están dirigidos a un determinado grupo o zona geográfica. Es imprescindible contar con una capacidad institucional apropiada para vigilar la nutrición. Muchos países están aún en la fase de establecimiento de sistemas de información sobre nutrición, que por lo general empiezan por recoger datos sobre la desnutrición infantil. A menudo, el uso de fuentes de datos y sistemas de información establecidos permite elaborar un sistema con más aplicaciones, de conformidad con las prioridades y recursos de cada país.

107. Las evaluaciones de la seguridad alimentaria a escala mundial tienen dos tipos de objetivos: preconizar una asignación de los recursos que permita abordar el hambre y la malnutrición, y alertar a los donantes respecto de crisis alimentarias inminentes. Estas evaluaciones se basan en información procedente de diversas fuentes, dos de las cuales son las hojas de balance de alimentos de la FAO y el Sistema Mundial de Información y Alerta (SMIA). Se han iniciado proyectos internacionales de vigilancia de la salud, en los que participan diversos países, a través de la OMS. Uno de estos proyectos, la Red mundial de vigilancia y prevención de las enfermedades cardiovasculares, se está ampliando para incluir a algunos países en desarrollo. La OMS ha establecido también el Banco mundial de datos sobre antropometría nutricional y la Base mundial de datos para el análisis de las tendencias nutricionales.

ESFUERZOS PARA HACER FRENTE AL PROBLEMA DE LA NUTRICION

108. Una clara visión del carácter y la magnitud de los problemas nutricionales, así como de los factores y las políticas que repercuten en ellos, es el primer paso de la formulación de estrategias para hacer frente al problema de la nutrición. Es también necesario recordar los principios fundamentales que son indispensables para el éxito de las políticas encaminadas al mejoramiento del bienestar nutricional, así como la contribución que pueden hacer al respecto los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades locales, el sector privado y la comunidad internacional, incluidos los organismos internacionales.

109. Para incorporar la nutrición en el desarrollo nacional puede individuarse una serie de principios, entre los que figuran los siguientes: formulación de políticas encaminadas a un desarrollo económico y social sostenible que haga hincapié en un crecimiento con equidad; la promoción de la participación de la comunidad local; el reforzamiento de la capacidad técnica y gerencial tanto a nivel comunitario como a niveles gubernamentales intermedios; la prestación de atención particular al desarrollo y la capacitación de los recursos humanos; el mejoramiento de la condición de la mujer; el fomento de la acción intersectorial y de la asociación de los organismos; la incorporación de objetivos nutricionales en las políticas y los programas sectoriales; el incremento de la función y la educación de los consumidores, y la obtención de seguridades por lo que respecta al compromiso de los gobiernos y de la comunidad internacional.

110. La finalidad debería consistir en tres clases principales de acción:

- la incorporación de objetivos y actividades nutricionales en los planes de desarrollo nacionales, sectoriales e integrados, y la asignación de los recursos humanos y financieros necesarios para que se puedan lograr esos objetivos;
- la aplicación de intervenciones nutricionales específicas dirigidas hacia problemas o grupos particulares; y
- la generación de actividades comunitarias para la evaluación nutricional de los problemas y la aplicación de medidas adecuadas.

111. Para poder hacer frente al problema de la nutrición es necesario asignar a diversas entidades, tanto públicas como privadas, funciones y responsabilidades que les permitan apoyarse mutuamente. A continuación figura un breve examen de dicho cometido.

112. Es preciso que los gobiernos desempeñen un papel principal en la búsqueda de soluciones a los problemas que plantea la nutrición. Sin embargo, aunque asumen directamente la responsabilidad de algunas estrategias, los gobiernos deben estimular y facilitar la labor de otras instituciones en otros sectores. La función de los gobiernos se centraría sobre todo en las actividades sectoriales, especialmente en el campo de la agricultura, la salud, la educación y el bienestar social. Los ministerios podrían preparar un examen del efecto que sus políticas, programas o proyectos ejercen sobre la nutrición. La cooperación intersectorial, especialmente entre la salud y la agricultura, es importante en muchos aspectos, y existe un margen considerable para incrementarla. Cada país debe evaluar sus propias experiencias y procesos de cooperación intersectorial, y reforzarlos en la medida necesaria a la luz de sus necesidades y recursos.

113. Las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar un papel importante, a nivel popular, para la generación de actividades novedosas. Deben hacer todo lo posible para su plena integración en el sistema nacional, y abordar el problema de las duplicaciones y la producción de un mayor impacto. Las asociaciones de consumidores pueden iniciar un diálogo con la industria alimentaria y los agentes de las redes de distribución.

114. La industria privada tiene un importante papel que desempeñar en el sector de la nutrición, sobre todo porque la mayor parte de la producción alimentaria y agrícola

proviene de los pequeños agricultores que trabajan por cuenta propia. Las pequeñas industrias rurales y de otro tipo son también importantes, especialmente en lo que respecta a la buena elaboración de los alimentos, a su calidad e inocuidad, y a la obtención de productos nutritivos. También es considerable la contribución de las industrias privadas a la investigación en el campo de la nutrición.

115. La legislación relativa a la calidad e inocuidad de los alimentos, así como su etiquetado, comercialización y publicidad, es de competencia del gobierno, pero la aplicación y el control del cumplimiento de estas medidas están principalmente en manos del sector privado y de los consumidores. Es fundamental, el diálogo entre todos los asociados, especialmente el gobierno, los consumidores y la industria privada, que deberán cooperar entre sí, para obtener mejoras sostenibles.

116. La comunidad internacional puede prestar apoyo a los esfuerzos nacionales a través de las organizaciones internacionales y de los organismos bilaterales. Muchos organismos de las Naciones Unidas se ocupan directamente de los problemas nutricionales o influyen en la nutrición a través de sus actividades generales. De ellos, la FAO, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial tienen direcciones o subdirecciones de nutrición, mientras que muchos otros poseen al menos un asesor de nutrición contratado a tiempo pleno. Los organismos de las Naciones Unidas interesados participan en el Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación (CAC/SCN). La totalidad de la contribución financiera y técnica de las organizaciones bilaterales es considerable y muchas de ellas disponen de asesores nutricionales, algunos de los cuales participan activamente en el CAC/SCN.

117. El apoyo a la investigación internacional en materia de nutrición se suministra en los sectores de la agricultura y la salud. El Grupo Consultivo sobre Investigación Agrícola Internacional (GCIAl) presta apoyo a 18 centros internacionales de todo el mundo que han hecho importantes contribuciones al desarrollo de la investigación agrícola, a veces con repercusiones nutricionales considerables. Aunque el apoyo a la investigación nutricional es relativamente más limitado en el sector de la salud, en todas las regiones existe una red activa de instituciones de investigación.

118. El desarrollo de los recursos humanos es un requisito indispensable para resolver satisfactoriamente el problema de la nutrición. A nivel nacional, se necesitan profesionales que puedan dirigir la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas nacionales. La capacitación debe orientarse hacia los problemas y la acción. Es necesario reforzar las instituciones nacionales de capacitación en todos los países. Un aspecto vital es el desarrollo de capacidades para el análisis nutricional y la adopción de medidas a nivel de distrito, donde generalmente no se dispone de personal de nutrición. Además, es preciso desarrollar la capacidad de los dirigentes de la comunidad en lo que respecta a la evaluación de la situación nutricional y a la elaboración de medidas para mejorarla.

119. En este momento existe una magnífica oportunidad, aprovechando la tendencia actual hacia la democracia, para desarrollar iniciativas comunitarias, contando con suficiente apoyo sectorial e intersectorial a nivel de distrito y superior. Afrontar el reto que presenta la nutrición es una tarea formidable que podrá realizarse siempre que exista un compromiso mundial global y se den actuaciones concertadas de parte de los gobiernos, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, considerados en conjunto. Es fundamental la necesidad de centrar la atención de los encargados de planificar y elaborar las políticas en el hecho de que la situación nutricional es uno de los principales indicadores del desarrollo, de manera que la mejora del bienestar humano se convierta en uno de los objetivos primordiales del proceso de desarrollo. Son indispensables las iniciativas nacionales y la asignación de recursos para la formulación y ejecución de las políticas y los programas nacionales. La comunidad internacional puede hacer una enorme contribución mediante una acción concertada orientada hacia las necesidades y las prioridades de los países. En colaboración con los gobiernos, las organizaciones internacionales deberán desempeñar una función catalizadora y ofrecer consejo y apoyo para promover los esfuerzos nacionales encaminados al logro del bienestar nutricional de la población.

Capítulo uno

Alcance y dimensiones de los problemas nutricionales

Magnitud y tendencias de los problemas nutricionales

1. El hambre y la malnutrición siguen siendo los problemas más devastadores con que se enfrenta la mayoría de los pobres del mundo. Prácticamente en todos los países persiste la malnutrición en sus diversas formas, a pesar del mejoramiento general de la disponibilidad alimentaria, las condiciones de salud y la disponibilidad de servicios educativos y sociales en todo el mundo. Aunque es imposible medir con precisión el número total de personas malnutridas, los últimos datos indican que el 20 por ciento aproximadamente de la población del mundo en desarrollo, a saber más de 780 millones de personas, carecen de una ingesta alimentaria suficiente y más de 192 millones de niños padecen malnutrición proteinoenergética. Diversas carencias de micronutrientes afectan a muchas más personas, 2 000 millones aproximadamente. Además, enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con la alimentación, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, representan problemas incipientes para la salud pública en la mayoría de los países.

2. El consumo insuficiente de alimentos es una de las causas principales de la desnutrición, pero no es la única. Las infecciones, las infestaciones parasitarias y el estilo de vida son factores que a menudo se combinan con una ingesta alimentaria insuficiente o desequilibrada para dar lugar a diversas condiciones que conducen a un déficit o pérdida de peso, falta de crecimiento, anemia, trastornos del aprendizaje, niveles reducidos de actividad y capacidad para trabajar, mayor predisposición a otras enfermedades, ceguera y diversas enfermedades crónicas. Las consecuencias de la desnutrición tan generalizada son graves para las personas y hogares afectados. Además de los sufrimientos humanos, las pérdidas de capacidad de desarrollo humano se traducen en unos costos sociales y económicos que ningún país puede permitirse. En una sección posterior de este capítulo se examinan las consecuencias y costos de una nutrición insuficiente.

3. Las situaciones alimentarias y nutricionales se pueden evaluar mediante diversos indicadores. Estos incluyen desde indicadores de la disponibilidad de alimentos, el acceso a los mismos y su consumo, hasta indicadores del estado nutricional, como mediciones corporales, tasas de mortalidad y datos clínicos y bioquímicos.

ESTIMACION DEL NUMERO DE PERSONAS DESNUTRIDAS CRONICAMENTE

4. **Disponibilidad de energía alimentaria.** Un indicador de la situación alimentaria y nutricional general ampliamente utilizado es la disponibilidad de energía alimentaria (DEA). Este indicador es una estimación del promedio diario de energía per cápita disponible para el consumo humano, de la disponibilidad total de alimentos durante un período determinado. La FAO calcula las cifras de la DEA basándose en las hojas de balance de alimentos (HBA), que indican la disponibilidad y utilización de los alimentos en los países. Las cifras relativas a la disponibilidad de energía alimentaria deberían utilizarse con precaución como indicadores de la suficiencia relativa de la disponibilidad alimentaria global. Estas cifras no indican el consumo efectivo, ni las desigualdades en la distribución de los suministros disponibles. Teniendo en cuenta las desigualdades en la distribución y las pérdidas y derroches que se producen en los puntos de venta al por menor y en los hogares, la disponibilidad de alimentos per cápita deberá ser considerablemente superior a las necesidades fisiológicas per cápita. No obstante, los datos de las HBA son muy útiles para indicar las tendencias en los suministros de alimentos y de energía a nivel nacional y regional.

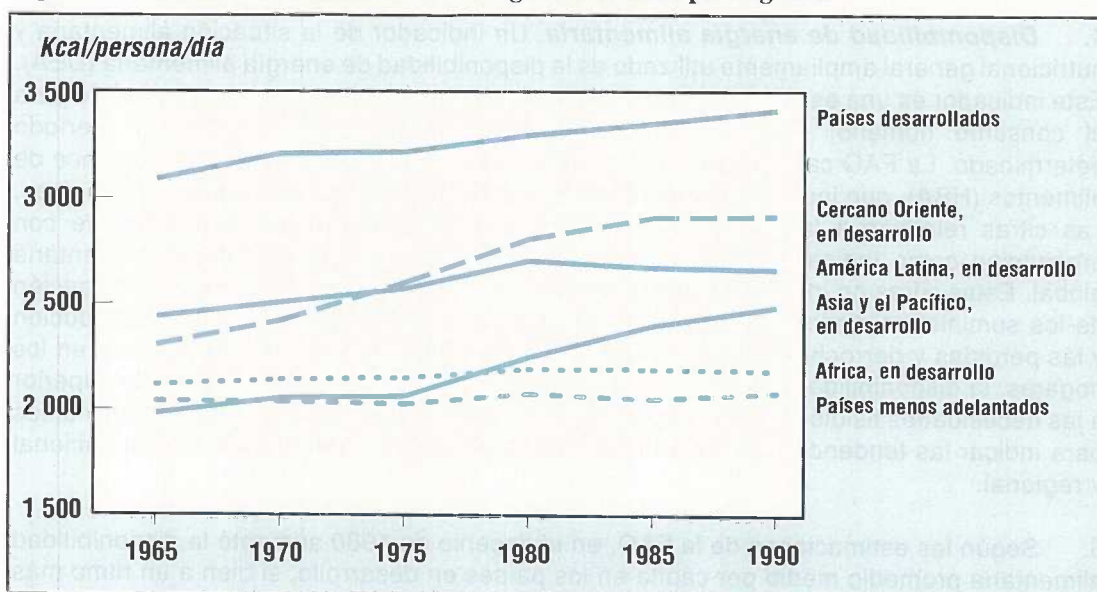
5. Según las estimaciones de la FAO, en el decenio de 1980 aumentó la disponibilidad alimentaria promedio medio per cápita en los países en desarrollo, si bien a un ritmo más lento que en el decenio de 1970 (véanse Cuadro 1 y Figura 1). Esto sucedió en general

en los países de bajos ingresos, con excepción de China, donde la disponibilidad de alimentos aumentó considerablemente en el decenio de 1980. Sin embargo, en el grupo de los países menos adelantados se registraron en general pocos progresos durante este decenio.

6. El problema es especialmente grave en el África subsahariana, donde hay que hacer frente continuamente a dificultades de suministros de alimentos. En 1992, también África austral y oriental se vio afectada por una crisis alimentaria aguda como consecuencia de la sequía, así como de los disturbios civiles en curso en algunos países, lo cual ha hecho descender aún más la disponibilidad de alimentos con respecto a un nivel ya inaceptablemente bajo. La sequía ha dado lugar a un descenso espectacular de la producción de cultivos alimentarios y a situaciones de aguda escasez de alimentos en varias zonas. Actualmente, Somalia está sufriendo una masiva epidemia de hambre y en Etiopía, Kenya y Sudán las precipitaciones han sido escasas en la estación de las lluvias y, si se quiere evitar un nuevo deterioro de la situación en el cuerno de África, habrá que desplegar un considerable esfuerzo en operaciones de socorro. Por otra parte, los continuos conflictos civiles registrados en Somalia y en el sur del Sudán no solamente han dificultado la producción nacional de alimentos sino que han provocado también afluencia de refugiados y personas desplazadas y han entorpecido los esfuerzos para facilitar ayuda de socorro a la mayor parte de las personas afectadas. En África oriental y austral, la sequía ha afectado también al sector ganadero, del cual depende una gran parte de la población de estas subregiones. Además, la región austral de África depende por lo general de las exportaciones de alimentos procedentes de Zimbabwe y la República Sudafricana, países que durante el presente año han necesitado también para sí mismos cantidades importantes de alimentos y, en consecuencia, no han podido suministrar a los países fronterizos. En general, se han visto afectadas 40 millones de personas que dependen de una ayuda continua de urgencia para su supervivencia.

7. Aun cuando en el decenio de 1980 disminuyó la disponibilidad de alimentos en varios países, a finales del decenio aproximadamente un 60 por ciento de la población mundial vivía en países donde se disponía de más de 2 600 calorías (kcal) por persona y día. Para ilustrar la disparidad existente entre los países en cuanto a los suministros alimentarios disponibles, se pueden clasificar a los países en grupos por debajo o por encima de un determinado límite, en este caso de 2 600 kcal. En 1989-1990, 41 países en desarrollo (con una población de más de un millón de habitantes) disponían de más de 2 600 kcal

Figura 1. Cambios en el suministro de energía alimentaria por regiones



Fuente: FAO.

CUADRO 1. **DEA¹ per cápita por regiones y grupos económicos**

Región o grupo económico	1969-71	1979-81	1988-90
<i>kcal/persona/día</i>			
Todo el mundo	2 430	2 580	2 700
Países desarrollados	3 190	3 290	2 700
América del Norte	3 230	3 330	3 600
Europa	3 240	3 370	3 450
Oceanía	3 290	3 160	3 330
Antigua URSS	3 320	3 370	3 380
Países en desarrollo²	2 120	2 330	2 470
Africa	2 140	2 180	2 200
Asia y el Pacífico	2 040	2 250	2 450
América Latina y el Caribe	2 500	2 690	2 690
Cercano Oriente	2 420	2 810	2 920
Países menos desarrollados	2 030	2 060	2 070

Fuente: FAO

¹ Disponibilidad de energía alimentaria.² Incluidos los países menos desarrollados.

por persona, mientras que 15 países superaban las 3 000 kcal. En cuanto a los países desarrollados, sólo tres de ellos disponían de menos de 3 000 kcal.

8. Aunque siguen registrándose casos de desnutrición en países con una disponibilidad alimentaria global suficiente, una disponibilidad insuficiente de alimentos indica claramente que la incidencia de los problemas nutricionales será aún mayor. En 1988-90, hubo 11 países con una DEA inferior a 2 000 kcal por persona. No es posible que una población cubra sus necesidades de energía con una disponibilidad tan limitada. El hambre y la desnutrición afectarán inevitablemente a buena parte de los 123 millones de personas que viven en estos países donde la situación alimentaria es tan crítica.

9. Las estimaciones globales de la disponibilidad de alimentos, ya sea a nivel mundial, regional o nacional, no pueden reflejar el consumo familiar o personal de alimentos. El consumo familiar depende de la capacidad de las familias para producir o procurarse alimentos, y está supeditado a la cuantía y distribución de los ingresos, a la disponibilidad y desperdicio de alimentos, a los precios y a la elección de los consumidores. A nivel personal, las preferencias y las prácticas relativas al cuidado y la alimentación son también factores importantes que determinan la ingesta alimentaria.

10. **Deficiencia energética crónica del régimen alimenticio.** Teniendo en cuenta las limitaciones de la utilización de las cifras relativas a los suministros globales para evaluar el bienestar nutricional, la FAO ha elaborado una metodología que permite estimar el número y la proporción de la población que no tiene acceso a una cantidad de alimentos suficiente para cubrir sus necesidades de energía durante un período del año. Esta proporción de la población está constituida por las personas a las que podría denominarse desnutridas crónicamente. Sin embargo, dado que esta cifra no tiene en cuenta los problemas de la distribución de los alimentos dentro de los hogares, ni el número de personas que se enfrentan con problemas estacionales o graves de malnutrición, ni el de

CUADRO 2. Estimación de la desnutrición crónica¹ en las regiones en desarrollo, en los períodos de 1969-71, 1979-81 y 1988-90

Región	Período	Población total (millones)	Proporción (porcentaje)	Número (millones)
Africa	1969-71	288	35	101
	1979-81	384	33	128
	1988-90	505	33	168
Asia y el Pacífico	1969-71	1 880	40	751
	1979-81	2 311	28	645
	1988-90	2 731	19	528
América Latina y el Caribe	1969-71	281	19	54
	1979-81	357	13	47
	1988-90	433	13	59
Cercano Oriente	1969-71	160	22	35
	1979-81	210	12	24
	1988-90	269	12	31
Total de las regiones en desarrollo	1969-71	2 609	36	941
	1979-81	3 262	26	844
	1988-90	3 938	20	786

Fuente: FAO

¹ Definida "deficiencia energética crónica del régimen alimenticio".

las que padecen infecciones, el número efectivo de personas desnutridas será probablemente superior. Esta metodología se elaboró en relación con las encuestas alimentarias mundiales de la FAO y se basa en estimaciones de la distribución en los hogares de los recursos alimentarios disponibles y en la aplicación de un punto de corte para las necesidades energéticas.

11. En 1988-90 hubo en el mundo un suministro de alimentos muy superior al que sería necesario para cubrir las necesidades energéticas, si se hubiera distribuido de acuerdo con las necesidades individuales. Sin embargo, la FAO ha estimado que, en ese período, más de 780 millones de personas en los países en desarrollo no tuvieron acceso regular a una cantidad de alimentos suficiente para cubrir sus necesidades de energía alimentaria con el fin de llevar una vida activa y sana. Aun cuando esta cifra represente una mejoría considerable con respecto a períodos anteriores, sigue siendo excesivamente alta. (Véase Cuadro 2.)

12. En el conjunto de las regiones en desarrollo se ha registrado en los últimos 20 años una disminución constante de la proporción y del número efectivo de la población crónicamente desnutrida. En 1969-71 llegaba aproximadamente a 941 millones el número de personas crónicamente desnutridas, frente a 786 millones en 1988-1990. Este descenso representa una disminución del 36 al 20 por ciento en dichos países.

13. Sin embargo, esta mejoría mundial no ha sido uniforme en todas las regiones en desarrollo. En Africa, la proporción de la población desnutrida crónicamente se ha mantenido prácticamente invariable desde el decenio de 1970 pero, debido a la tasa de crecimiento demográfico anual de la región, que asciende a un 3 por ciento aproximadamente, el número de personas afectadas ha aumentado espectacularmente, pasando de 101 millones de personas en 1969-1971 a 128 millones en 1979-1981 y 168 millones en 1988-1990.

14. En el decenio de 1980 el ritmo de la mejoría se hizo más lento tanto en América Latina y el Caribe como en el Cercano Oriente. Aunque la proporción era ya bastante baja (12-13 por ciento), el crecimiento demográfico en ambas regiones hizo que aumentara efectivamente el número de personas consideradas desnutridas crónicamente. Sin embargo, en la región de Asia y el Pacífico se ha registrado una mejoría constante en los 20 últimos años, disminuyendo la proporción de la población afectada durante este período de un 40 por ciento a un 19 por ciento.

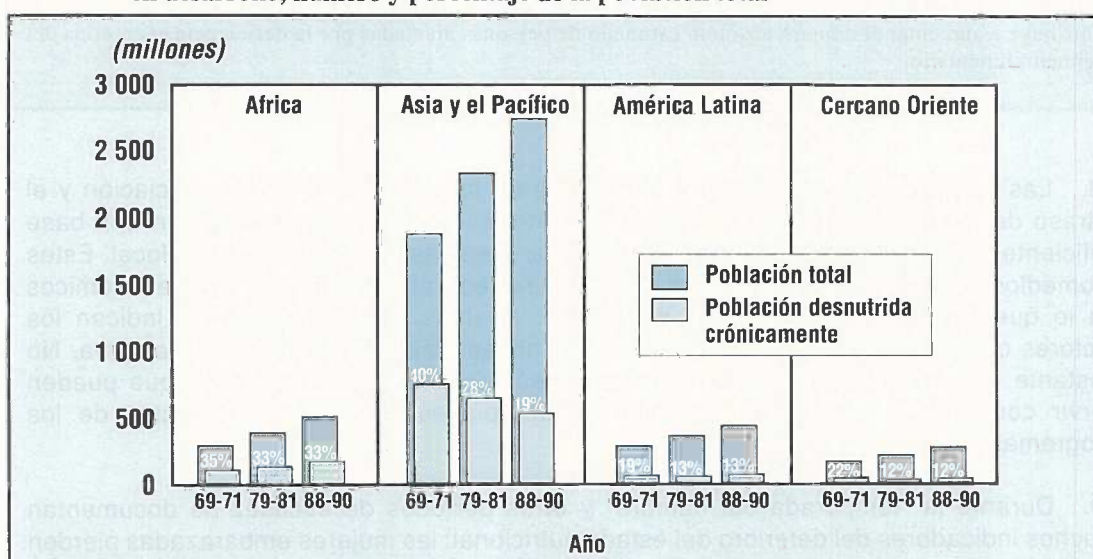
15. Aunque Africa es la región con la proporción más alta de población afectada (33 por ciento), es con mucho en la región de Asia y el Pacífico, y especialmente en Asia meridional (véase Figura 2), donde vive el número mayor de personas desnutridas crónicamente, a saber 528 millones.

MALNUTRICION PROTEINOENERGETICA

16. La expresión "malnutrición proteinoenergética" (MPE) se ha utilizado para describir una serie de trastornos, caracterizados sobre todo por la falta o retraso del crecimiento de los niños. También se han empleado otros términos como síndrome pluricarencial infantil. Las formas clínicas extremas de MPE se denominan marasmo nutricional y kwashiorkor. Entre las causas inmediatas del MPE se incluyen la ingestión alimentaria insuficiente y las enfermedades infecciosas, que con frecuencia van unidas. La MPE afecta de modo más grave a los lactantes y niños pequeños, a causa de sus elevadas necesidades energéticas y proteicas en relación con su peso corporal y de su particular vulnerabilidad a las infecciones.

17. Las mediciones antropométricas que se utilizan para calcular la masa corporal y la falta de crecimiento, a menudo asociadas con la edad, permiten elaborar ciertos índices que reflejan características individuales o de sectores de la población. "Emaciación", "retraso del crecimiento" u "obesidad" son términos que describen el estado nutricional de determinadas personas y se expresan de modo cuantitativo en diversos índices antropométricos.

Figura 2. Estimación de las personas desnutridas crónicamente¹ en las regiones en desarrollo, número y porcentaje de la población total



Fuente: FAO.

¹ Definidas como las personas cuyo aporte diario de energía alimentaria durante un año es como promedio menor del necesario para mantener el peso corporal y realizar una actividad ligera.

UTILIZACION DE LOS DATOS DE LA "HOJA DE BALANCE DE ALIMENTOS" PARA EVALUAR LAS SITUACIONES NUTRICIONALES

Es difícil realizar evaluaciones precisas del nivel nutricional de un país. Las fuentes de información más exactas son tal vez las encuestas nacionales sobre el estado nutricional y el volumen efectivo del consumo de alimentos, pero estas encuestas son costosas, exigen tiempo y resultan a menudo poco prácticas, especialmente en lo que respecta a los países de bajos ingresos. Otra posibilidad, con frecuencia más viable, consiste en utilizar la "Hoja de balance de alimentos" (HBA) de la FAO, en la que se examina la situación alimentaria de cada país. La HBA proporciona, entre otros datos, información sobre el promedio de la disponibilidad de energía alimentaria (DEA) per cápita de cada país, que indica la cantidad de alimentos disponibles para el consumo humano.

La DEA no es un instrumento perfecto y puede inducir a error, al no ofrecer una evaluación directa del consumo de alimentos. Por ejemplo, las personas pueden ser demasiado pobres para comprar los alimentos disponibles. Los intentos de evaluar la suficiencia de los alimentos comparando la DEA con la cifra de las necesidades fracasan en ocasiones por estos motivos. Además, no siempre resulta evidente cuál es la cifra de las necesidades que se debe utilizar. ¿Debería ser la necesaria para la mera supervivencia o referirse a un determinado nivel de actividad?

A pesar de estas limitaciones, la DEA, combinada con información sobre la distribución de los suministros alimentarios, permite estimar el número de personas que reciben un aporte energético demasiado bajo. La DEA está también estrechamente correlacionado con otros indicadores de la salud y del desarrollo socioeconómico.

En relación con las encuestas alimentarias mundiales de la FAO, se han perfeccionado recientemente los conceptos utilizados para estimar el número de personas de los países en desarrollo que, como promedio durante un año, no tienen acceso a una cantidad de alimentos suficiente para cubrir sus necesidades de energía. Aunque estas personas se clasifican correctamente entre aquellas con deficiencia energética crónica del régimen alimenticio, se suele considerar que representan al porcentaje de la población que sufre desnutrición crónica. En las modificaciones se incorporan preocupaciones relativas a la distribución desigual y a las variaciones entre hogares en relación con las estimaciones de las necesidades de energía.

Desde la quinta encuesta alimentaria mundial, llevada a cabo en 1986, se han introducido varias modificaciones conceptuales en la metodología, como los cambios en los puntos límites (TMB de 1,2 y 1,4) utilizados anteriormente para definir las necesidades de energía. La TMB o tasa de metabolismo basal se refiere al consumo de energía de una persona cuando está en estado de ayuno y permanece en reposo completo. Ahora se ha adoptado un nivel de energía más elevado y realista (TMB de 1,54), que representa la energía necesaria para mantener el peso corporal y llevar a cabo una actividad ligera. Al aumentar el nivel de las necesidades de energía utilizado ha aumentado en consecuencia el número absoluto estimado de personas afectadas por la deficiencia energética del régimen alimenticio. Del mismo modo, la adición de la República Popular de China, y algunos otros países previamente excluidos por falta de información, contribuye a aumentar el número absoluto estimado de personas afectadas por la deficiencia energética del régimen alimenticio.

18. Las estimaciones mundiales y nacionales de la prevalencia de la emaciación y el retraso del crecimiento deben interpretarse con cautela, dado que no ofrecen una base suficiente para realizar una evaluación y adoptar medidas apropiadas a nivel local. Estos promedios no revelan las diferencias entre zonas geográficas o grupos socioeconómicos en lo que respecta a la situación nutricional. Además, los promedios no indican los factores causantes de la MPE ni las acciones necesarias para resolver el problema. No obstante, es posible que los datos globales señalen tendencias generales que pueden servir como base para planificar acciones apropiadas y evaluar los efectos de los programas nacionales de gran alcance.

19. Durante la "temporada del hambre" y otros períodos de escasez se documentan muchos indicadores del deterioro del estado nutricional: las mujeres embarazadas pierden peso y paren niños con insuficiencia ponderal, la morbilidad y mortalidad infantiles alcanzan su punto máximo, la productividad de los trabajadores disminuye y se manifiestan otros signos de salud precaria. En los climas tropicales, la incidencia más alta de enfermedades infecciosas se registra con frecuencia durante la temporada de las lluvias, que suele ser el período que precede a la recolección de las nuevas cosechas.

CUADRO 3. Prevalencia y número de niños menores de cinco años con bajo peso para la edad¹ (P/E), por regiones

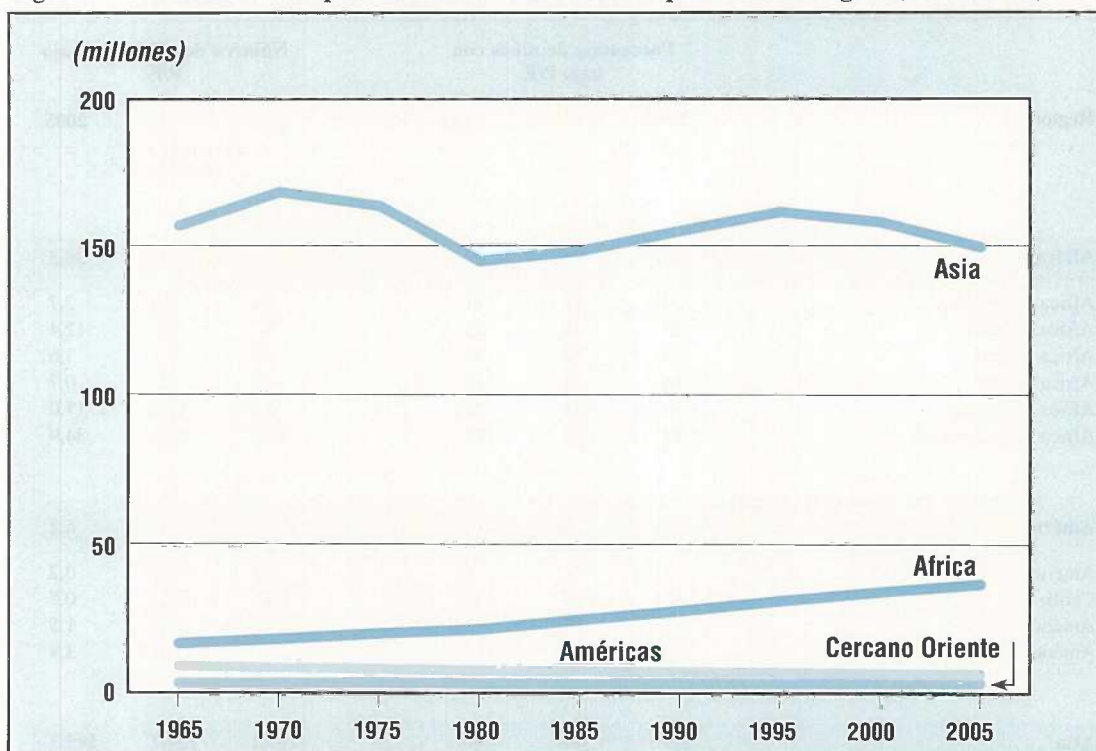
Región	Porcentaje de niños con bajo P/E			Número de niños con bajo P/E		
	1975	1990	2005	1975	1990	2005
<i>en millones²</i>						
Africa continental	26	24	22	19,7	27,4	36,5
Africa del Norte	20	13	11	3,1	3,0	2,7
Africa oriental	25	24	22	5,7	8,7	12,4
Africa central	24	22	19	1,8	2,7	3,6
Africa austral	16	13	10	0,7	0,7	0,7
Africa occidental	35	32	29	8,3	12,2	17,0
Africa subsahariana ³	28	26	24	17,4	25,4	34,9
América	12	9	8	7,8	6,8	6,2
América del Norte	4	2	1	0,7	0,3	0,2
Caribe	18	15	14	0,6	0,5	0,5
América Central	14	12	8	2,0	1,6	1,5
América del Sur	15	11	10	4,4	4,3	3,9
Asia⁴	49	44	41	163,1	154,7	149,3
Asia oriental	33	21	17	47,4	25,4	18,5
Asia sudoriental ⁵	48	38	32	24,6	21,6	18,4
Asia meridional	68	62	57	91,0	107,6	112,3
Cercaño Oriente⁶ (Asia occidental)	22	15	12	2,9	2,9	3,1
Porcentaje promedio/número total	47,5	40,8	37,8	193,6	191,9	195,2

Fuente: FAO/OMS, 1992

¹ Peso por edad inferior a menos 2DT del valor de referencia de la OMS.² Las proyecciones de la población para los años 1990 y 2005 se basan en la variante mediana de las Naciones Unidas.³ África oriental, central, austral y occidental, con inclusión del Sudán entre los países de África del Norte.⁴ Con exclusión de los países de la antigua URSS, y del Cercano Oriente (o Asia occidental) que se tabula por separado.⁵ Con inclusión de Papúa Nueva Guinea y Vanuatu.⁶ Con exclusión de Gaza y Chipre.

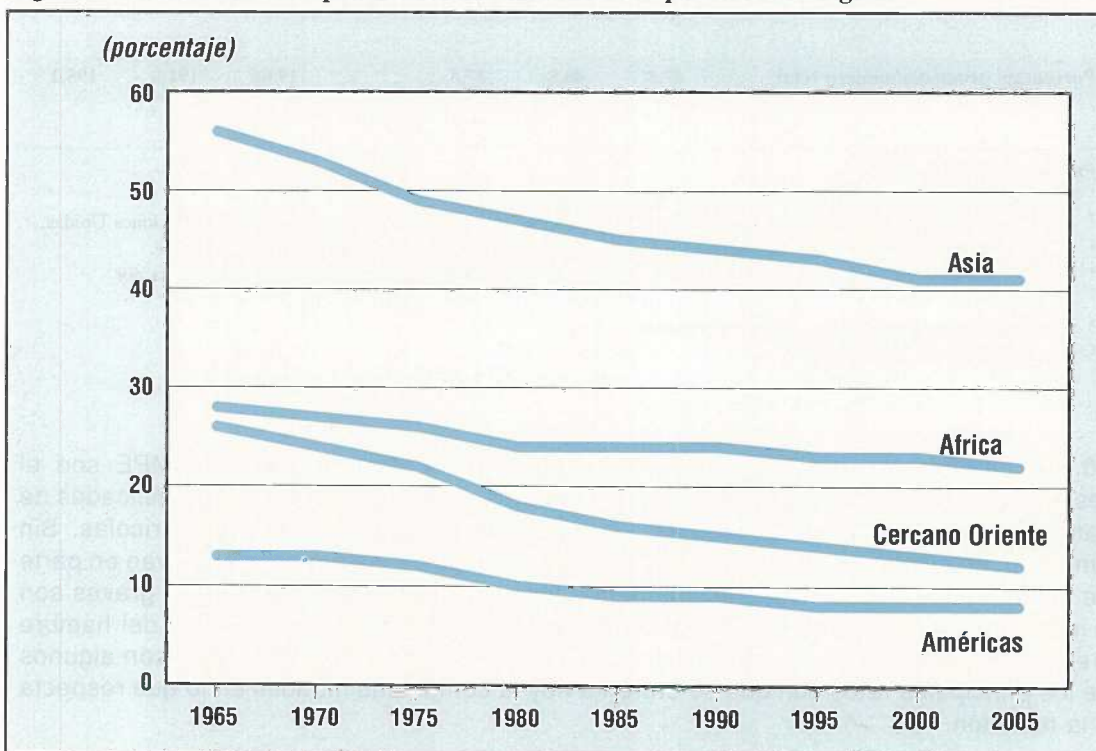
20. A menudo las manifestaciones más evidentes y dramáticas de la MPE son el resultado de situaciones de crisis. Muchas de estas situaciones pueden ser calificadas de catástrofes naturales, como sequías, inundaciones y brotes de plagas agrícolas. Sin embargo, en muchos casos las causas y consecuencias de los riesgos se derivan en parte de la actividad humana. Desgraciadamente, los problemas nutricionales más graves son a menudo los que resultan de las guerras y conflictos civiles. La prevención del hambre y el alivio de los efectos inmediatos y a largo plazo de las crisis alimentarias son algunos de los principales retos con que se enfrenta hoy la comunidad mundial en lo que respecta a la nutrición.

Figura 3. Tendencias en la prevalencia de niños faltos de peso en cada región (en números)



Fuente: FAO/OMS.

Figura 4. Tendencias en la prevalencia de niños faltos de peso en cada región



Fuente: FAO/OMS.

LA ANTROPOMETRIA, INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL

Los índices antropométricos son un reflejo aproximado del estado nutricional y los indicadores más frecuentemente utilizados son el peso corporal y la talla en relación con la edad y el sexo del sujeto. Otros indicadores son la circunferencia del brazo, cabeza y muslo y el espesor de la piel. Los principales índices antropométricos utilizados son: peso por talla, talla por edad, peso por edad e índice de masa corporal (BMI) P/T^2 , es decir, el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros). La OMS utiliza los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos (NCHS) como norma, ya que a través de muchos estudios se ha demostrado que el crecimiento de un niño normal, sano y suficientemente nutrido se aproxima casi siempre a estos valores de referencia. Preferiblemente, los datos antropométricos para los niños se expresan en "índices Z" basados en desviaciones típicas (DT) por encima o por debajo del valor de referencia de la mediana para una persona de determinada edad. El valor de la mediana menos 2 DT se considera generalmente como el punto límite o umbral, por debajo del cual se estima que el estado es insatisfactorio, es decir, que existe desnutrición.

Peso para la talla (P/T)

Este índice se utiliza tanto para los adultos como para los niños en relación con los valores de referencia aceptados. En las personas con un grave estado de desnutrición (las que reciben ingestas dietéticas insuficientes o han padecido recientemente una infección aguda), el descenso del peso corporal es relativamente rápido; la talla permanece invariable en el caso de los adultos y se modifica muy lentamente en los niños. El P/T es una medida de "desnutrición aguda" o "emaciación" y constituye el índice más utilizado en casos de emergencia nutricional, así como en situaciones prolongadas de desnutrición como el hambre endémica. El peso por talla resulta útil para determinar el estado nutricional de niños y adultos. En el caso de los niños, la relación P/T puede utilizarse sin necesidad de conocer la edad del individuo. En la mayoría de los casos, menos del 2 por ciento de los niños de edad inferior a cinco años se encuentra por debajo de la mediana menos 2 DT. Si el 5-10 por ciento de un grupo de población se encuentra por debajo de este nivel, puede describirse como moderado el grado de desnutrición, mientras que si la proporción supera el 10 por ciento, se suele considerar que la situación es grave.

Talla para la edad (T/E)

Este parámetro se utiliza para determinar la "desnutrición crónica" en los niños. Una desnutrición prolongada provoca el retraso del crecimiento de talla y peso en un grado aproximadamente comparable. La dificultad para aumentar la estatura se llama "retraso del crecimiento". El crecimiento se ve afectado sobre todo por factores ambientales y socioeconómicos de larga duración y, por lo tanto, refleja las condiciones socioeconómicas de carácter general. En los países en desarrollo es habitual la desnutrición crónica generalizada, y la proporción de individuos por debajo de la mediana menos 2 DT oscila a menudo entre el 20 y el 60 por ciento, con una media que se aproxima al 40 por ciento. Las poblaciones en las que del 25 al 50 por ciento de los niños de menos de cinco años de edad tienen una T/E por debajo de la mediana menos 2 DT, se consideran por lo general moderadamente afectadas, mientras que las que superan el 50 por ciento se consideran gravemente afectadas.

Peso para la edad (P/E)

La proporción de niños de menos de cinco años de edad que se encuentran por debajo de la mediana menos 2 DT (peso por edad) oscila entre el 10 y el 50 por ciento, con una media en torno al 20-30 por ciento en muchos países en desarrollo. Las poblaciones donde el 20-40 por ciento de los niños tienen una deficiencia ponderal con respecto a la edad, pueden considerarse moderadamente afectadas, y las que tienen más del 40 por ciento están gravemente afectadas. Es más frecuente poder disponer del indicador peso por edad que del peso por talla o talla por edad, pero resulta más difícil de interpretar, ya que puede estar afectado por la desnutrición aguda o crónica. Las pesadas en serie indican los aumentos progresivos de peso, y dan un cuadro más dinámico de la velocidad de crecimiento y de la situación nutricional. Se trata, de hecho, de un método mucho mejor para evaluar la nutrición, aun cuando sea más difícil de realizar.

Índice de masa corporal (IMC)

Este índice, definido como peso/talla^2 proporciona una medida de la delgadez del cuerpo. Establece una relación entre el peso y la superficie corporal, en lugar de la talla. Empíricamente, se ha descubierto que la mayor parte de los individuos tienen un IMC que oscila entre el 18,5 y el 25,0. Los individuos con un IMC superior a 30 se consideran obesos, y los que no llegan al 18,5, están faltos de peso. En algunos estudios se ha observado un aumento de las tasas de mortalidad en los sujetos tanto con falta como con exceso de peso. La OMS y la FAO están estudiando actualmente este parámetro con miras a establecer valores límite para interpretar este índice de forma más científica. En el caso de los niños, si bien se puede aplicar también este parámetro, no se han establecido todavía puntos de corte.

Fuente: Grupo de Trabajo de la OMS sobre utilización e interpretación de indicadores antropométricos del estado nutricional. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Nº 64: 929-941 (1986).

21. **Antropometría infantil.** De acuerdo con análisis recientes, se ha registrado una disminución de la prevalencia del bajo peso para la edad entre la población infantil. Si se suman las cifras de Africa, Asia, el Cercano Oriente y América, el porcentaje de niños clasificados con déficit de peso se reduce desde un 47,5 por ciento hasta un 40,8 por ciento para el período comprendido entre 1975 y 1990. Suponiendo que las tendencias actuales continúen, se prevé un nuevo descenso del 3 por ciento para el año 2005 (véase Cuadro 3). Sin embargo, dado que durante ese mismo período se registró un gran número de nacimientos, la cifra absoluta de los niños con déficit de peso se mantuvo relativamente constante en unos 192 millones. Teniendo en cuenta que no se dispone de datos de todos los países para este análisis, el número efectivo de niños con déficit de peso podría ser superior. Hay que señalar que estos datos reflejan la situación en épocas de "normalidad". En algunas zonas, especialmente en Africa, graves catástrofes naturales o aquellas causadas por el hombre han dado lugar a una mayor desnutrición o incluso al hambre.¹

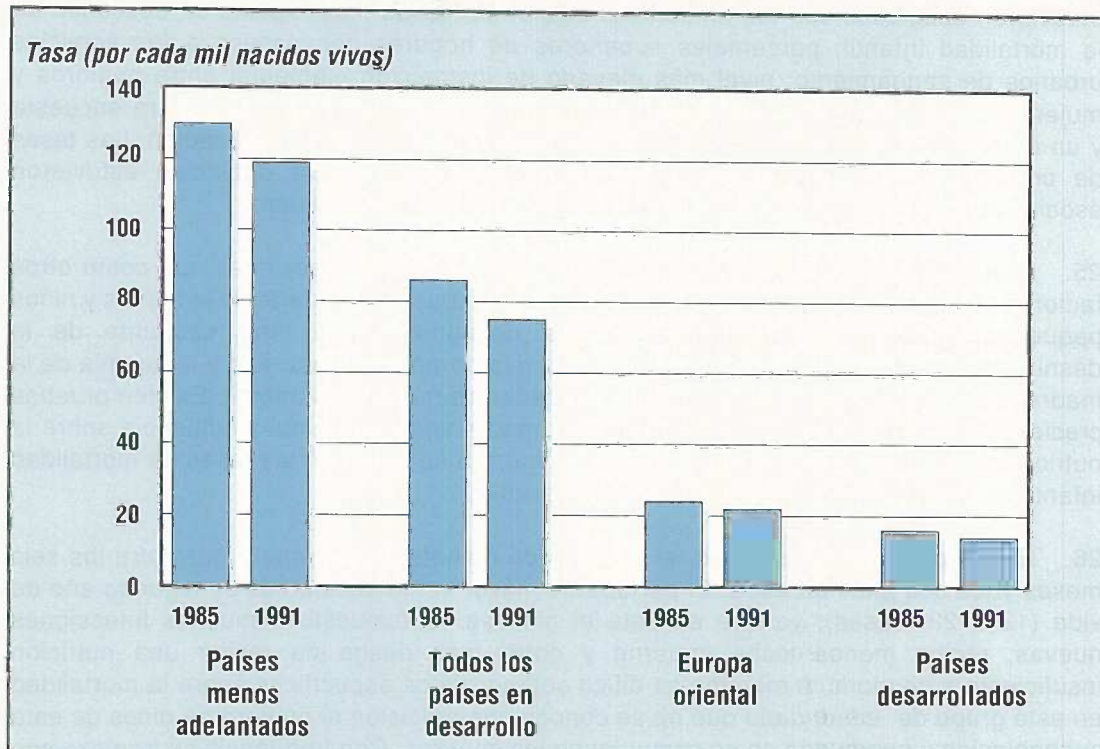
22. En Asia, en 1990 hubo 155 millones de niños con déficit de peso, lo que representó el 44 por ciento de los niños menores de cinco años. Sin embargo, tanto el número total como el porcentaje disminuyeron entre 1975 y 1990 y se prevé que esta tendencia continuará. En Africa, hubo cerca de 20 millones de niños con déficit de peso en 1975; esta cifra creció hasta más de 27 millones en 1990 y se prevé que aumentará hasta 36 millones para el año 2005. Aunque el número efectivo de niños con déficit de peso está aumentando, se ha registrado un ligero descenso porcentual, desde un 26 por ciento hasta un 24 por ciento. En América, el número de niños con déficit de peso se redujo desde cerca de 8 millones en 1975 hasta 6,8 millones en 1990. Esto representa una disminución desde un 12 por ciento hasta un 9 por ciento. A pesar del descenso porcentual desde un 22 por ciento hasta un 15 por ciento en el Cercano Oriente, el número efectivo de niños con déficit de peso se mantuvo en 2,9 millones durante este período de 15 años. (En las Figuras 3 y 4 se indican las tendencias de la desnutrición infantil desde 1965 hasta la cifra prevista para el año 2005.)

23. El análisis indica variaciones considerables en la prevalencia dentro de las regiones. En casi todas las regiones de Africa se registraron descensos en el porcentaje de niños con déficit de peso que oscilaron entre un 1 y un 3 por ciento, con la excepción del norte de Africa, donde el descenso fue más apreciable. En Asia se registraron descensos importantes, que oscilaron entre un 8 y un 12 por ciento, en la prevalencia de déficit de peso en todas las regiones, mientras que en América hubo descensos que oscilaron entre un 2 y un 4 por ciento.

24. Un análisis de datos nacionales corrobora esta tendencia hacia una mejora general del estado nutricional de los niños. La OMS ha llevado a cabo un análisis de datos nacionales sobre nutrición procedentes de 19 países, seleccionados sobre la base de dos encuestas nacionales como mínimo y separados por cuatro o más años. El porcentaje de niños con déficit de peso y retraso del crecimiento disminuyó en todos los países en un promedio de un 3 por ciento anual con respecto al nivel inicial de prevalencia. La prevalencia de niños con retraso del crecimiento se redujo también pero en una mediana del 2 por ciento anual con respecto al nivel inicial. Estas tasas de disminución más rápida

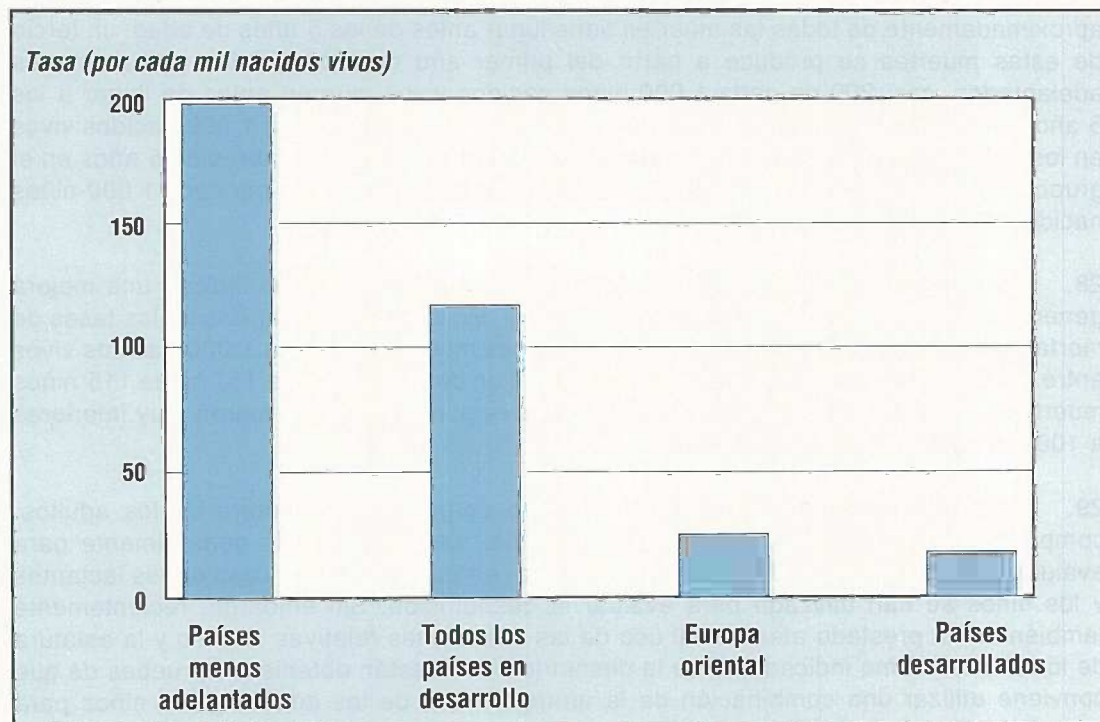
¹ Recientemente, la FAO/OMS, el CAC/Subcomité de Nutrición y el UNICEF han analizado datos relativos a la prevalencia de déficit de peso entre niños menores de cinco años de todo el mundo (es decir niños cuyo peso es inferior al peso mediano para su edad en dos desviaciones típicas de los valores de referencia de la OMS/National Center for Health Statistics). El informe FAO/OMS presenta un análisis de los datos para el período 1975-1990 y de proyecciones hasta el año 2005. En el análisis se utilizan datos longitudinales procedentes de 60 países que representan todas las regiones del mundo salvo la antigua URSS, para la que no se dispone de datos suficientes. En la actualidad se están procesando datos por países y otros indicadores (basados en el peso para la estatura y en la estatura para la edad), que estarían disponibles en 1993; entretanto, se dispone de proyecciones para cada país. Las observaciones precedentes se basan en un informe FAO/OMS (mayo de 1992); sin embargo, hay que señalar que existen diferencias con respecto a los datos presentados por otras instituciones.

Figura 5. Tasa de mortalidad infantil



Fuente: OMS.

Figura 6. Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, 1991



Fuente: OMS.

estuvieron asociadas con las tendencias siguientes: tasas más rápidas de descenso de la mortalidad infantil; porcentajes superiores de hogares con acceso a los servicios urbanos de saneamiento; nivel más elevado de instrucción elemental entre hombres y mujeres; mayor disponibilidad per cápita de calorías y proteínas en la primera encuesta y un número elevado de personas atendidas en las campañas de vacunación. Las tasas de crecimiento demográfico y el aumento de la densidad de población estuvieron asociados con un incremento de las tasas de retraso del crecimiento.

25. **Mortalidad infantil.** El estado nutricional precario y las infecciones, así como otros factores ambientales y socioeconómicos, pueden conducir a la muerte de lactantes y niños pequeños. Factores nutricionales como la desnutrición del feto resultante de la desnutrición o infecciones de la madre, la toxemia durante el embarazo y la anemia de la madre influyen considerablemente sobre las tasas de mortalidad infantil. Existen pruebas crecientes de que el estado nutricional de la madre tiene una amplia influencia sobre la nutrición y supervivencia del lactante. En la Figura 5 se resumen las tasas de mortalidad infantil en los países desarrollados y en desarrollo.

26. En los países en desarrollo, el proceso de destete suele tener lugar entre los seis meses y los dos años de edad. El período de mayor vulnerabilidad es el segundo año de vida (12 a 23 meses), ya que en éste el niño se ve expuesto a muchas infecciones nuevas, recibe menos leche materna y corre más riesgo de recibir una nutrición insuficiente y de morir. A menudo es difícil obtener datos específicos sobre la mortalidad en este grupo de edad, dado que no se conoce con precisión el número de niños de esta subpoblación y puede que no se comuniquen las muertes. Con frecuencia se tropieza con la misma dificultad en lo que respecta a la tasa de mortalidad por edad específica para niños de 1 a 4 años, indicador indirecto pero muy útil del estado nutricional de los niños pequeños.

27. La OMS, el PNUD y el UNICEF utilizan en la actualidad como indicadores las tasas de mortalidad para niños menores de 5 años, que a menudo son más fáciles de obtener que las tasas de mortalidad para niños de 12-23 meses o de 1-4 años. En los países donde la prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias es elevada, la mitad aproximadamente de todas las muertes tiene lugar antes de los 5 años de edad, un tercio de estas muertes se produce a partir del primer año de vida. En los países menos adelantados, casi 200 de cada 1 000 niños nacidos vivos mueren antes de llegar a los 5 años, en comparación con los menos de 20 niños muertos de cada 1 000 nacidos vivos en los países desarrollados. Las tasas de mortalidad para niños menores de 5 años en el grupo restante de países en desarrollo es aproximadamente de 120 por cada 1 000 niños nacidos vivos (véase Figura 6).

28. Los datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican una mejora general en lo que respecta a la mortalidad infantil. En el África subsahariana, las tasas de mortalidad infantil se redujeron de 165 a 121 niños muertos por cada 1 000 nacidos vivos entre 1960 y 1983. En Asia meridional se registró un descenso desde 157 hasta 115 niños muertos por cada 1 000 nacidos vivos. En otras regiones las tasas fueron muy inferiores a 100 por cada 1 000 nacidos vivos.

29. **Índice de masa corporal (IMC).** El peso corporal y la estatura de los adultos, comparados con diversos patrones de referencia, se han utilizado generalmente para evaluar el grado excesivo de peso o la obesidad, en tanto que en el caso de los lactantes y los niños se han utilizado para evaluar la desnutrición. Sin embargo, recientemente también se ha prestado atención al uso de las mediciones relativas al peso y la estatura de los adultos como indicadores de la desnutrición. Se están obteniendo pruebas de que conviene utilizar una combinación de la antropometría de los adultos y los niños para evaluar la desnutrición en una población dada.

30. Los datos de las encuestas indican que el índice de masa corporal (IMC) de un adulto, es decir, el peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura

CUADRO 4. Población a riesgo y afectada por malnutrición debida a carencia de micronutrientes

Región ¹	Trastornos por carencia de yodo		Carencia de vitamina A		Carencia de hierro o anemia
	Amenazada	Afectada (bocio)	Amenazada ²	Afectada ² (xeroftalmia)	
	<i>millones</i>		<i>millones</i>		<i>millones</i>
Africa	150	39	18	1,3	206
América	55	30	2	0,1	94
Asia sudoriental	280	100	138	10,0	616
Europa	82	14	-	-	27
Mediterráneo oriental	33	12	13	1,0	149
Pacífico occidental ³	405	30	19	1,4	1 058
Total	1 005	225	190	13,8	2 150

Fuente: OMS, 1992

¹ Regiones de la OMS.² Solamente niños en edad preescolar.³ Incluida China.

calculada en metros, está estrechamente relacionado con la esperanza de vida y puede proporcionar un índice de invalidez funcional. Un IMC decreciente está relacionado con un incremento de las enfermedades y, por consiguiente, con una menor capacidad de trabajo. La capacidad de resistencia en el trabajo y de esforzarse al máximo en las actividades agrícolas y de otro tipo se reduce progresivamente a medida que se reduce el IMC, lo que da lugar a una disminución en los niveles de productividad económica. A medida que se reduce el IMC disminuye no sólo la intensidad sino también la clase de trabajo físico que se realiza. La actividad relacionada con la comunidad y el trabajo productivo fatigoso pueden verse sacrificados si es preciso mantener el trabajo agrícola y doméstico indispensable.

31. Un importante trastorno funcional determinado por un IMC bajo es el efecto sobre el embarazo y el mayor riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido (véase la sección anterior). El parto prematuro y el retraso del crecimiento intrauterino son característicos de las madres con un IMC bajo, situación que empeora si la madre es delgada y adolescente.

32. Como se han realizado relativamente pocos estudios representativos para determinar la proporción de habitantes con IMC bajo en diversos países o comunidades, no se dispone de muchas estimaciones nacionales o regionales comparables. Sin embargo, en algunos países de América Latina, Asia y Africa se han recopilado datos que se han examinado recientemente, dada su utilidad para estimar cuán generalizados están el peso excesivo y la insuficiencia de peso en el país. Las evaluaciones se preparan sobre la base de puntos de corte previamente establecidos, según los cuales se considera que un IMC inferior a 18,5 indica un peso inferior al normal con riesgo creciente de morbilidad, entre 18,5 y 25,0 indica un peso normal y superior a 25,0 indica un peso excesivo, mientras que por encima de 30 se considera que el sujeto es obeso.

33. En todos los países estudiados se observó que la mayor parte de la población tenía un IMC normal, salvo en la India, donde el peso de la mayoría de los habitantes era insuficiente (menos de 18,5). En cinco de los seis países examinados de América Latina la prevalencia del peso excesivo fluctuaba entre un 22 y un 45 por ciento, mientras que la insuficiencia de peso se advirtió en menos del 10 por ciento de los habitantes. Haití constituyó la excepción de América Latina, dado que el peso de más de un cuarto de la población era insuficiente. Sigue examinándose la importancia y la conveniencia de utilizar el IMC de los adultos como medida de la insuficiencia general de alimentos en el seno de las comunidades.

34. Se comienza a apreciar la utilidad de combinar la medida del IMC de los adultos con el estado nutricional de los niños. En los lugares donde los IMC de los adultos son adecuados, pero es deficiente el crecimiento de los niños, la atención podría orientarse hacia la educación, la reducción de las infecciones y la promoción del cuidado de los padres, a diferencia de las soluciones relacionadas con el aumento de la producción agrícola, el incremento de la disponibilidad de alimentos en los hogares y la garantía de la seguridad alimentaria.

35. **Insuficiencia ponderal del recién nacido.** La insuficiencia ponderal del recién nacido es un problema de salud importante en los países en desarrollo y está asociado con la mortalidad tanto neonatal como posneonatal. Con fines comparativos a nivel internacional, la OMS define la insuficiencia ponderal del recién nacido como el peso inferior a 2 500 g, es decir hasta 2 499 g inclusive. Sin embargo, con fines clínicos cada país puede elegir otro valor para el punto de corte. La insuficiencia ponderal del recién nacido está asociada con la prematurez (edad de gestación inferior a 37 semanas) y con un retraso del crecimiento intrauterino inferior al 10º centil del patrón de referencia para el peso al nacer y la edad de gestación. La OMS estima que el 17,4 por ciento de los recién nacidos en todo el mundo presentan insuficiencia ponderal, el 6,5 por ciento en los países desarrollados y el 18,8 por ciento en los países en desarrollo. Un análisis por regiones revela unas tasas muy elevadas en el sur del Asia central (33,5 por ciento) y en el África subsahariana (15 por ciento).

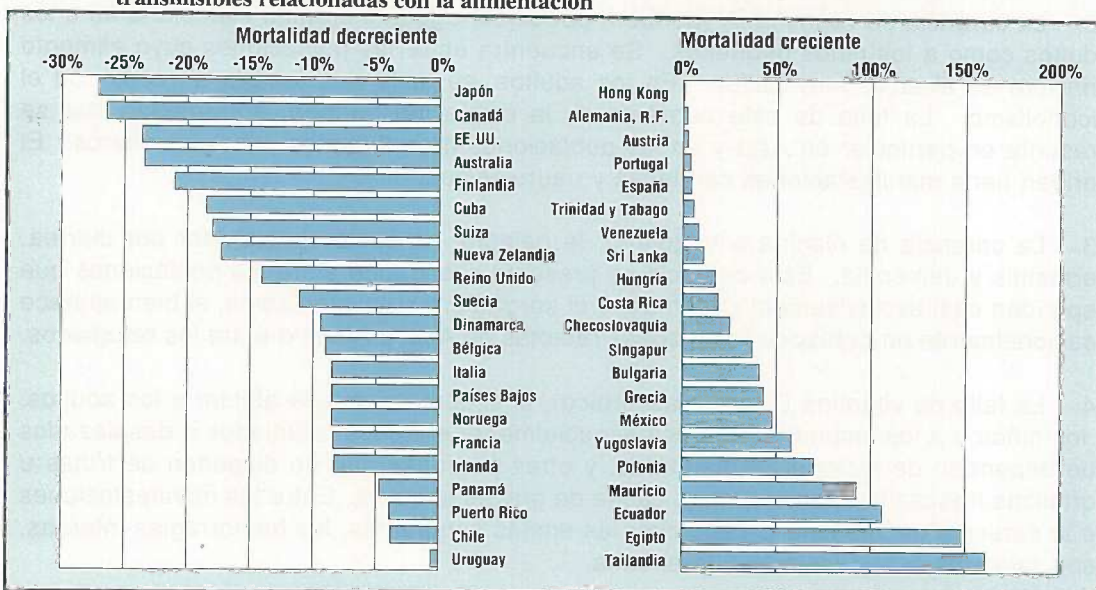
36. Las causas de la insuficiencia ponderal del recién nacido son múltiples y están relacionadas entre sí. Los análisis han indicado que los principales factores que influyen en la insuficiencia ponderal del recién nacido en los países en desarrollo son, por orden de importancia, una ingestión calórica o ganancia de peso escasa durante el embarazo, un peso bajo antes del embarazo, una estatura baja, la malaria y el hecho de que el feto sea femenino; mientras que en los países desarrollados entre los factores se incluyen el hábito de fumar cigarrillos, la baja ingestión calórica y ganancia de peso durante el embarazo, el peso bajo antes del embarazo, la prematurez, el hecho de que el feto sea femenino y la estatura materna baja.

CARENCIAS DE MICRONUTRIENTES

37. Las carencias de micronutrientes de importancia para la salud pública son los trastornos por falta de yodo, la carencia de vitamina A y la carencia de hierro o anemia. En el Cuadro 4 se expone la distribución de las carencias de micronutrientes por regiones.

38. **Trastornos por carencia de yodo (TCY).** Más de 1 000 millones de personas viven en zonas donde el suelo no tiene yodo suficiente. Paden bocio 200 millones de personas y 26 millones tienen defectos mentales provocados por la carencia de yodo, siendo 6 millones los afectados por cretinismo. Aunque en 95 países hay personas afectadas por la carencia de yodo, más de la mitad de ellas viven en China e India. La carencia de yodo provoca no sólo el bocio, sino también trastornos del desarrollo físico y mental. Constituye la causa más común de retraso mental que puede evitarse. En los casos graves, esta carencia provoca sordomudez, cretinismo y otros defectos graves. La falta de este micronutriente puede reducir la resistencia a las infecciones en la niñez

Figura 7. Variación porcentual de las tasas de mortalidad como consecuencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación¹



Fuente: OMS.

¹ En sujetos de 65 y más años entre 1960-64 y 1985-89 en 42 países.

dando lugar a una mayor mortalidad. Puede también empeorar la función reproductiva causando tasas mayores de abortos, mortinatalidad, anomalías congénitas, etc.

39. **Carencia de vitamina A (CVA).** Hay por lo menos 190 millones de niños que viven en zonas donde el consumo de alimentos que contienen vitamina A es escaso y 40 millones de ellos tienen carencia de vitamina A (demostrada por métodos bioquímicos), mientras que 13 millones padecen en sus ojos signos clínicos de dicha carencia. Cada año, de un cuarto de millón a medio millón de niños quedan ciegos, parcial o totalmente, por carencia de vitamina A, y dos tercios de ellos mueren dos meses después de quedar ciegos. Pero, aparte de estas víctimas, otros muchos niños -10 ó 20 veces más- se hallan en riesgo porque la carencia de vitamina A reduce su resistencia a las infecciones. Esto ocurre en 37 países, la mitad de los cuales se encuentran en África. La gran mayoría de los niños en riesgo de una carencia de vitamina A vive en el sur y sudeste de Asia. La carencia de vitamina A provoca ceguera nocturna y llega a causar xeroftalmía; contribuye también a reducir el crecimiento físico y a limitar la resistencia a las infecciones, con el consiguiente incremento de la mortalidad de los niños pequeños.

40. **Carencia de hierro.** La carencia de hierro (anemia) afecta a más de 2 000 millones de personas que viven prácticamente en todos los países. Las personas más afectadas por la carencia de hierro son las mujeres y los niños en edad preescolar, de los cuales más del 50 por ciento son anémicos. Afecta también a los niños de más edad y a los hombres. Las poblaciones más afectadas son las de África y el sur de Asia. En los lactantes y los niños la anemia se relaciona con el retraso del crecimiento físico y del desarrollo de la capacidad cognoscitiva, y con una reducción de la resistencia a las infecciones. En los adultos, la carencia de hierro provoca fatiga y reduce la capacidad de trabajo; también limita considerablemente las funciones reproductivas. La anemia materna predispone a las mujeres a hemorragias e infecciones antes, durante y después del parto, y hasta un 20 por ciento de las muertes de las madres se deben principalmente a la carencia de hierro. La anemia materna también provoca el retraso del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer y el incremento de las tasas de mortalidad perinatal.

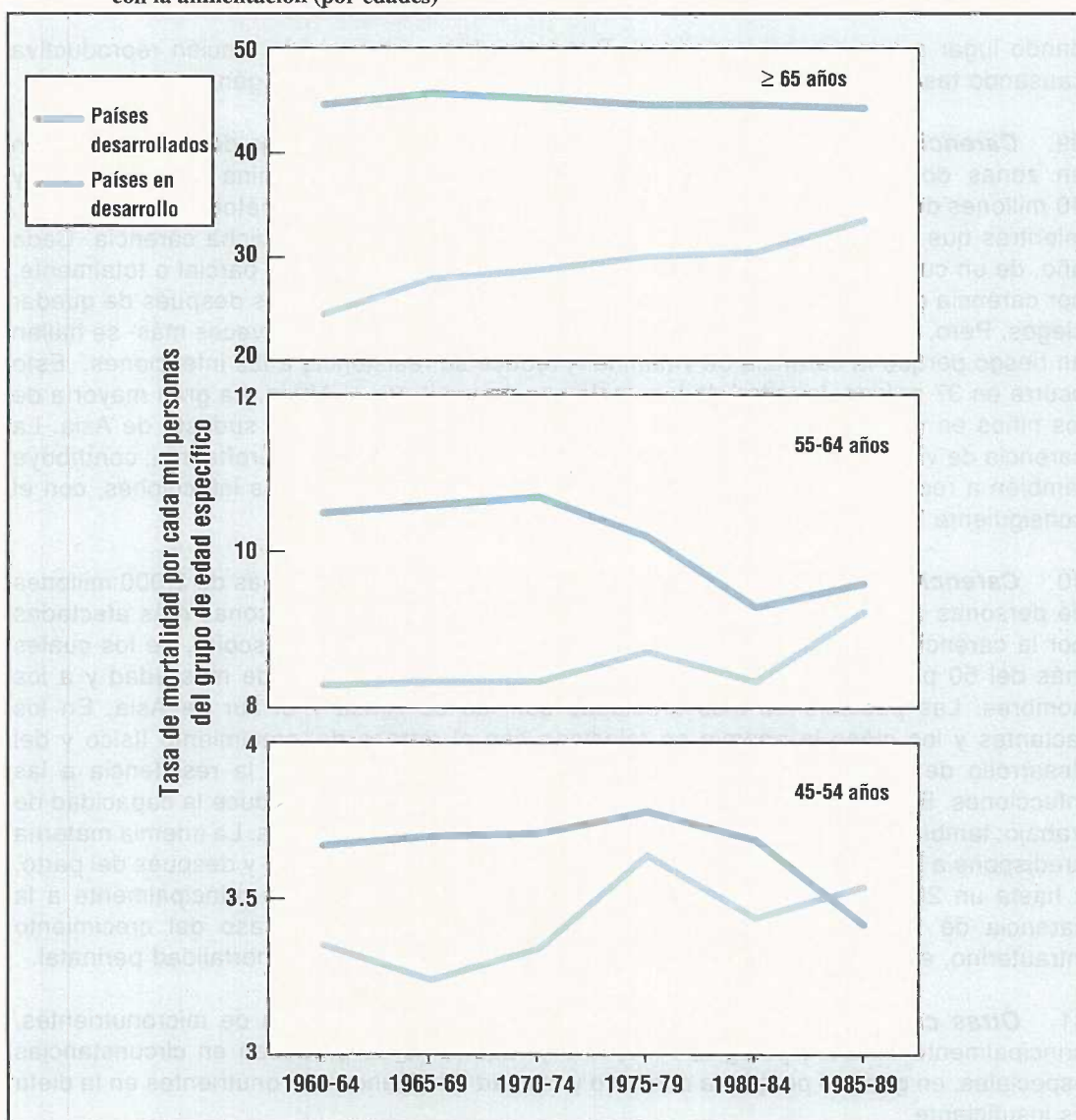
41. **Otras carencias de micronutrientes.** Varias otras carencias de micronutrientes, principalmente beriberi, pelagra, escorbuto y raquitismo se producen en circunstancias especiales, en general porque la cantidad y calidad de algunos micronutrientes en la dieta es insuficiente.

42. La carencia de vitamina B₁ (beriberi) puede ser aguda o crónica y afecta tanto a los adultos como a los niños pequeños. Se encuentra entre las poblaciones cuyo alimento principal es el arroz muy pulido. En los adultos, se halla relacionada a veces con el alcoholismo. La falta de este nutriente es la causa del beriberi, enfermedad que se presenta en particular en Asia y en las poblaciones de refugiados y los prisioneros. El beriberi tiene manifestaciones cardíacas y neurológicas.

43. La carencia de niacina o triptófano, la pelagra, se suele caracterizar por diarrea, dermatitis y demencia. Esta carencia se presenta sobre todo entre las poblaciones que dependen casi exclusivamente del maíz o el sorgo para su alimentación, si bien aparece ocasionalmente en poblaciones de zonas remotas de Asia o África o entre los refugiados.

44. La falta de vitamina C (ácido ascórbico), el escorbuto, puede afectar a los adultos, a los niños o a los lactantes. Aparece especialmente entre los refugiados o desplazados que dependen de raciones alimentarias, y otras personas que no disponen de frutas u hortalizas frescas frecuentemente a causa de graves sequías. Entre las manifestaciones de la carencia de vitamina C cabe citar las encías sangrantes, las hemorragias internas, especialmente subperiósteas, y la anemia.

Figura 8. Tasas medias de mortalidad como consecuencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (por edades)



Fuente: OMS.

CUADRO 5. Cambio de diversos parámetros en países con mortalidad decreciente o creciente¹ entre 1960 y 1985

Parámetros	Países con mortalidad decreciente	Países con mortalidad creciente
<i>Cambio porcentual</i>		
Probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad	- 63,7	- 63,2
Esperanza de vida	+ 8,2	+ 11,2
Desarrollo urbano	+ 17,5 ²	+ 38,6 ²
PNB	+ 445,3	+ 446,5
Calorías	+ 8,9 ²	+ 18,2 ²
Proteínas (g/día)	+ 10,4 ²	+ 21,3 ²
Grasas (g/día)	+ 23,5 ²	+ 46,2 ²

Fuente: OMS

¹ Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación de personas de 65 o más años.² La diferencia entre 1960 y 1985 es significativa para el valor $p < 0,02$.

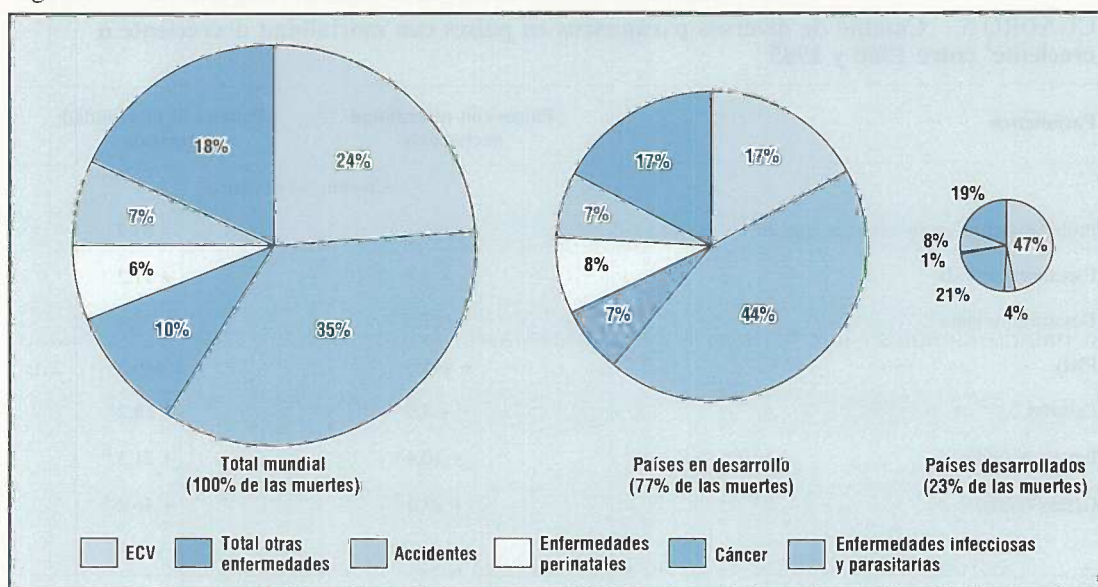
45. El raquitismo sigue siendo un problema en algunas comunidades en cuya dieta hay poca vitamina D y su exposición a la luz solar es insuficiente, sobre todo en la infancia. Se dan casos de raquitismo principalmente en el norte de África, el Medio Oriente, y el Asia oriental y sudoriental.

46. El flúor, que es necesario para un buen desarrollo de la estructura dental y para la resistencia a la caries, es insuficiente en el suelo y el agua en algunas zonas de la mayoría de los países. La escasez de flúor en el agua potable hace que aumente el riesgo de caries dentales. En otras zonas, puede haber una excesiva ingestión de flúor que provoca manchas en los dientes y deformidades en el esqueleto.

47. El cinc y el selenio son dos oligoelementos esenciales cuya deficiencia se sabe que es causa de notables problemas de salud pública en amplios grupos de población. La carencia de cinc acentúa el retraso del crecimiento, provoca diarrea en poblaciones malnutridas y perjudica el sistema inmunitario. La carencia de selenio va unida a la enfermedad Keshan, que es una cardiomiopatía que afecta principalmente a los niños y las mujeres, y la enfermedad Kashin-Beck que es una osteoartropatía endémica que afecta a los niños, principalmente en poblaciones de China y en la región del Asia central de la antigua Unión Soviética. Existen descripciones de las carencias de molibdeno, cobre y cromo, pero no se ha definido bien su importancia para la salud pública.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACION

48. Como resultado de los grandes cambios socioeconómicos, entre los que se incluyen la rápida urbanización y la evolución de los servicios de salud tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, en los últimos años se ha producido un cambio considerable en las condiciones sanitaria y nutricional considerable que ha dado lugar a modificaciones importantes en las modalidades de las enfermedades. Anteriormente se creía que los problemas de las enfermedades crónicas no transmisibles eran secundarios en los países en desarrollo. Pero en los últimos decenios se ha advertido claramente que estos problemas afectan cada vez más a determinados segmentos de la sociedad de los países en desarrollo.

Figura 9. Distribución estimada de las causas de mortalidad en 1990¹


Fuente: OMS.

¹ Estas estimaciones se basan en el número total de muertes estimadas por la División de Población de las Naciones Unidas, en el número de muertes de niños menores de cinco años estimado por los programas de la OMS para los países en desarrollo, en los datos relativos a las causas de las muertes notificadas por los países desarrollados al World Health Statistics Annual, en la hipótesis de que el modelo global de mortalidad en los países en desarrollo no ha sufrido variaciones desde 1985.

49. Durante los últimos 40 años se ha reconocido cada vez más, especialmente en los países industrializados, que determinadas enfermedades crónicas no transmisibles están estrechamente relacionadas con la alimentación y con otros aspectos del modo de vida, especialmente con la tensión emocional, el escaso ejercicio físico y el consumo de tabaco. Se ha descubierto que la dieta es especialmente importante en los siguientes trastornos: obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y embolias, diabetes mellitus (tipo 2: no dependiente de la insulina), caries dental, diversas formas de cáncer y otras enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Estas enfermedades, consideradas en conjunto, son responsables de más del 70 por ciento de las muertes en los países desarrollados.

50. Desde hace algunos decenios se sabe que el aumento de estos trastornos está relacionado con un aporte energético excesivo, especialmente en forma de grasas y en particular de grasas saturadas y, hasta cierto punto, alcohol y sal. En algunos países se pusieron en práctica acciones educativas para incitar a las personas a reducir el consumo de estos componentes dietéticos y evitar los comportamientos que aumentan el riesgo de padecer estos trastornos. Como resultado se redujo la incidencia de algunos de estos trastornos en algunos países desarrollados. Por lo tanto, nos encontramos ante un cuadro general variable, con algunos países que presentan un alto porcentaje de incidencia y otros en los que ésta tiende a disminuir.

51. En 1991/92, la OMS efectuó un análisis de estas tendencias e intentó descubrir los factores que las ocasionan. Se estudiaron las tendencias de la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación² en 42 países respecto de los cuales se dispone de datos casi completos para el período comprendido entre 1960 y 1989³. (Véase Figura 7).

² Estas son neoplasmas malignos, diabetes, obesidad, enfermedades del sistema circulatorio (excepto la fiebre reumática), enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis, colestiasis y colecistitis.

³ La OMS llevó a cabo estos análisis utilizando la **Base de Datos Mundial para el Análisis de las Tendencias Nutricionales**, recopilada por el Servicio de Nutrición en colaboración con el Servicio de Métodos de Vigilancia, Evaluación y Proyección.

52. De esos 42 países, 26 se consideran desarrollados y los 16 restantes, países en desarrollo. Cabe señalar que este último grupo posee servicios y datos estadísticos sanitarios mejores que los de muchos países en desarrollo; casi todos ellos son países de ingresos medianos o de ingresos medianos bajos, según la definición del Banco Mundial. Los países desarrollados corresponden más o menos a las economías de ingresos elevados o de ingresos medianos altos.

53. La Figura 8 representa las tendencias de la mortalidad por edades (número anual de muertes por cada 1 000 personas de la franja de edad específica) debida a estas causas. En el segmento de la población entre 45 y 54 años de edad, durante los tres decenios no ha habido cambios significativos en los porcentajes de ningún país, tanto desarrollado como en desarrollo. Sin embargo, en el grupo entre 55 y 64 años se registró una disminución del 9 por ciento en los países desarrollados y un aumento del 11 por ciento en los países en desarrollo. Entre los mayores de 65 años no se produjo ningún cambio en los países desarrollados, aunque sí un gran incremento (37 por ciento) en los países en desarrollo.

54. Es sorprendente que en el grupo entre 45 y 54 años los porcentajes son iguales en los países desarrollados y en desarrollo. En el grupo entre 55 y 64 años hay una ligera diferencia. En la población de edad avanzada (65 años y más) la diferencia entre los países desarrollados y en desarrollo es mucho mayor, aunque en los últimos años se está acortando dado que los porcentajes disminuyen en los países desarrollados y aumentan en los países en desarrollo.

55. A pesar de que la mayor parte de las muertes se producen en los últimos años de vida, los factores que afectan las causas de mortalidad actúan a lo largo de toda la vida. Dado que los cambios en la alimentación y en el modo de vida pueden tardar decenios en influir en las tasas de mortalidad, deberían aplicarse medidas preventivas a partir de los primeros años de vida.

56. En la Figura 7 se muestran los logros alcanzados en la reducción de las tasa de mortalidad de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Aquí se muestra el cambio porcentual experimentado en las tasas de mortalidad de las enfermedades relacionadas con la dieta entre 1960-64 y 1985-89 en 42 países, en el grupo de edad superior a 65 años. Las tasas disminuyeron en 21 países, de los cuales 16 son desarrollados y cinco en desarrollo. Sin embargo, exceptuando a Cuba, la disminución en dichos países en desarrollo fue mínima. Cuba, que se destaca por sus esfuerzos en favor de la salud pública y por sus estadísticas de salud (que se aproximan en otros aspectos a las de los países desarrollados), mostró un descenso significativo.

57. Por el contrario, la tasa de mortalidad aumentó en 21 países, de los cuales diez eran desarrollados y 11 en desarrollo. De estos países desarrollados, 4 se encuentran a Europa occidental, pero los incrementos eran inferiores al 5 por ciento, es decir, insignificantes. Los grandes aumentos sólo se advertían en los países de Europa oriental y en los países en desarrollo, y los porcentajes de incremento eran mucho mayores que los porcentajes de disminución de los países desarrollados.

58. El Cuadro 5 muestra los cambios porcentuales de diversos parámetros en países agrupados en función del incremento o de la reducción de la mortalidad debida a estas enfermedades. Por lo que respecta a los parámetros relativos a la probabilidad de que los lactantes mueran antes de cumplir un año de edad (mortalidad infantil), esperanza de vida y PNB per cápita, los cambios fueron similares en los dos grupos de países.

59. Los factores principales que difieren en los dos grupos de países son el grado de desarrollo urbano y la disponibilidad de alimentos. Según otros datos, es probable que los factores dietéticos más importantes sean la proporción de calorías procedentes de las grasas y sobre todo de las grasas saturadas.

60. Pueden observarse las características de los países que aparecen en los dos extremos de la Figura 7. Las mejoras más destacadas (disminuciones) se produjeron en el Japón (una disminución del 27 por ciento de las muertes debidas a enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimenticio). En otros países que se destacan por sus grandes esfuerzos educativos para influir en la ingesta dietética, especialmente mediante la limitación del consumo de grasas, grasas saturadas y sal, y para promover estilos de vida más saludables, se ha conseguido también hacer descender la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimenticio.

61. En el otro extremo se encuentran cuatro países en desarrollo cuyos ingresos, grado de desarrollo urbano y tendencia a adoptar modelos dietéticos desfavorables han evolucionado con gran rapidez. Las tasas de aumento de la mortalidad superaron el 100 por ciento en Ecuador, Egipto y Tailandia.

62. También ha aumentado en todos los países la cantidad de personas que viven más de 65 años, por lo que la cifra absoluta de muertes debidas a estos trastornos está en constante aumento. La principal preocupación es que el incremento de la tasa de mortalidad debida a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación se producirá en grupos de gente más joven, y que una proporción cada vez mayor de la población activa se verá afectada por estas enfermedades. Esto repercutirá desfavorablemente en las familias, en las comunidades y en el desarrollo nacional.

63. **Enfermedades cardiovasculares.** Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen aproximadamente el 24 por ciento (12 millones)⁴ de todas las muertes en el mundo, representando la segunda proporción más elevada entre todas las causas de defunción. En los países desarrollados, aproximadamente el 47 por ciento de las muertes se deben a ECV relacionadas con la obesidad y con la cantidad de grasas saturadas en la dieta, así como con otros aspectos del modo de vida, especialmente el hábito de fumar. En los países en desarrollo la proporción de muertes debidas a ECV es sólo del 17 por ciento (véase Figura 9). Sin embargo, puesto que el 77 por ciento de las muertes se produce en los países en desarrollo, el número absoluto de muertes debidas a ECV es mayor que en los países desarrollados.

64. La OMS está vigilando los cambios en los modelos de mortalidad y morbilidad de las ECV, así como los factores fisiológicos, de comportamiento y de otro tipo asociados a estos cambios. Los análisis de la OMS muestran claramente que en los hombres las tasas de mortalidad estandarizada por edades son más altas que en las mujeres y que las cardiopatías coronarias producen muchas más muertes que las enfermedades cerebrovasculares. En el período comprendido entre 1952 y 1967 las tasas de cardiopatías coronarias aumentaron significativamente entre los hombres en la mayoría de los países, mientras que entre las mujeres el aumento sólo se produjo en una minoría de países. Entre 1970 y 1985 hubo una disminución sustancial para ambos sexos en casi todos los países, excepto en los de Europa oriental y en algunos países de Europa meridional.

65. A pesar del considerable éxito en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en muchos países desarrollados, preocupa el incremento de este tipo de enfermedades en Europa oriental y en los países en desarrollo. Ello se debe, en parte, a la mejora de la esperanza de vida. Sin embargo, también ha contribuido significativamente el aumento de la frecuencia de los grandes factores de riesgo de estas enfermedades, especialmente entre los hombres de los países en desarrollo.

66. **Hipertensión arterial y apoplejía.** En contraste con las cardiopatías isquémicas, entre 1952 y 1985 se produjo una disminución sostenida de la mortalidad debida a enfermedades cerebrovasculares en casi todos los países incluidos en el estudio MONICA,

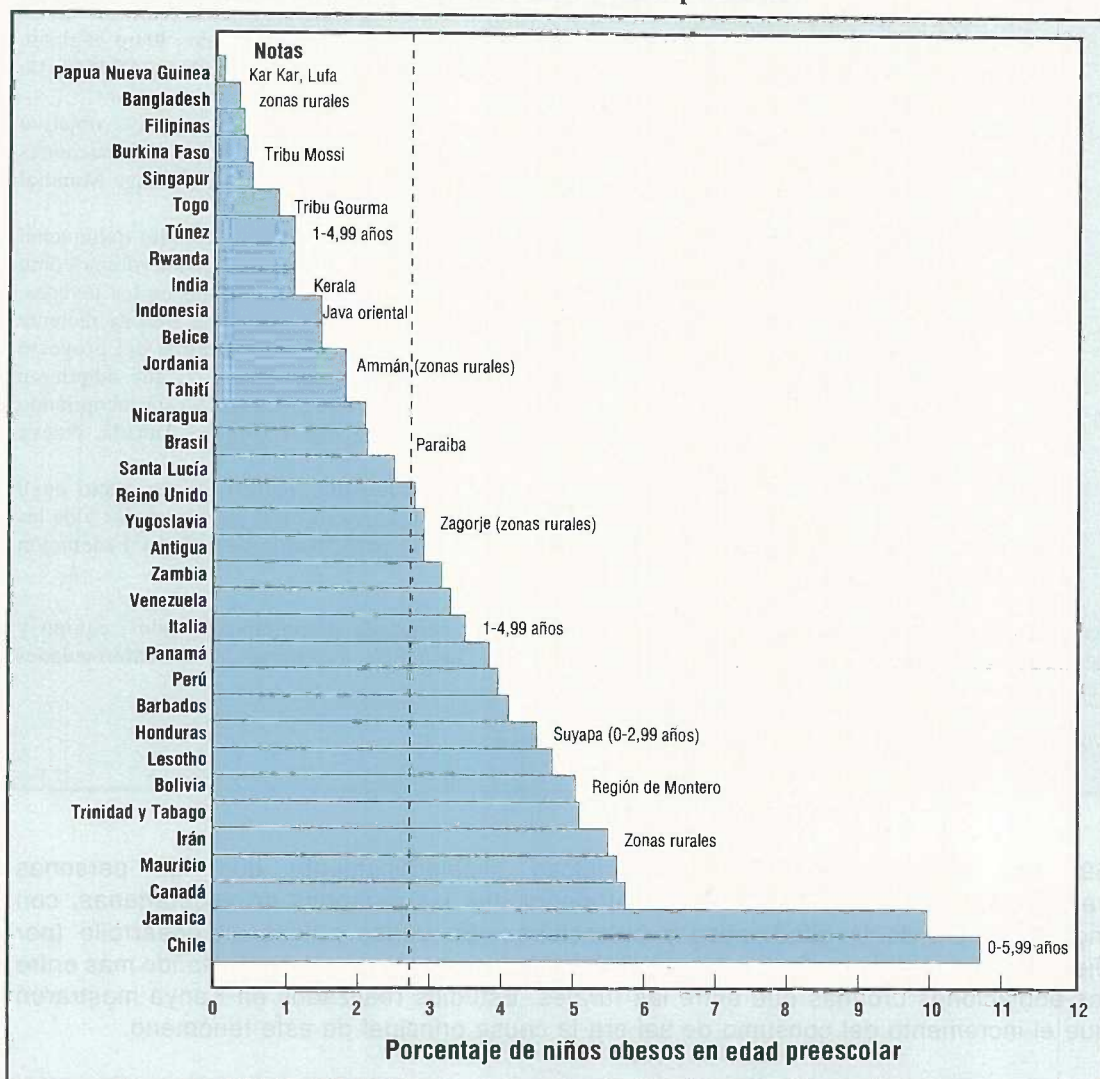
⁴ Aproximadamente 7 millones, de estos 12 millones de personas, mueren de ECV en los países en desarrollo.

excepto en Europa oriental. Esta disminución fue por lo general mayor en el período comprendido entre 1970 y 1985.

67. La hipertensión arterial está muy relacionada con las cardiopatías coronarias y con las apoplejías. Las observaciones indican que un aumento de la tensión arterial diastólica de tan solo 7,5 milímetros de mercurio aumenta el riesgo de cardiopatías coronarias en un 28 por ciento y el riesgo de apoplejías en un 44 por ciento.

68. Un IMC alto y un consumo elevado de alcohol tienen una gran repercusión en la tensión arterial. El consumo de sal, especialmente cuando es superior a los 6 gramos al día, acentúa el aumento progresivo de la tensión arterial con la edad que se observa en algunos países y en algunas personas. Un mayor consumo de potasio y de calcio puede tener efectos moderadores.

Figura 10. Prevalencia de la obesidad entre niños en edad preescolar¹



Fuente: OMS.

¹ Definida como un peso superior a dos desviaciones típicas por encima de la media del peso por altura de referencia. Se estima que en una población bien nutrida aproximadamente el 2,7 por ciento de los niños pertenecerían a dicha categoría.

PROYECTOS DE LA OMS PARA HACER FRENTE A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV)

En 1985, la OMS inició un proyecto decenal, conocido como MONICA, para ayudar a las autoridades que se ocupan de la salud pública a determinar si los programas de prevención son eficaces. El proyecto de investigación MONICA, que es uno de los mayores jamás emprendidos, vigila las tendencias en poblaciones comprendidas entre los 25 y los 64 años de 26 países a través de una red de 39 centros. Cada centro sigue el historial de unas 1 200 personas representativas de una población de 15 millones. Los resultados obtenidos hasta ahora indican que existen diferencias en la mortalidad entre las poblaciones de las tres ciudades francesas de Lille, Estrasburgo y Toulouse. Las tasas de mortalidad más bajas se registran en Toulouse, debido a que en esa ciudad el régimen alimenticio tiene un contenido mayor de aceites, grasas poliinsaturadas, hortalizas y frutas, y menor de lípidos de origen animal y grasas saturadas.

Están en curso otros proyectos de la OMS para prevenir y controlar las ECV, entre los que se incluyen los siguientes:

- **CARDIAC** (enfermedades cardiovasculares y comparación alimentaria), estudio realizado en 23 países en desarrollo y desarrollados cuyo objetivo es determinar los vínculos entre régimen alimenticio e hipertensión arterial. Está dirigido por el centro colaborador de la OMS en la Universidad Shimane de Izumo, Japón.
- **PEP** (Proyecto de educación de pacientes), proyecto que abarca ocho países y cuyo objetivo principal es difundir entre médicos y enfermeros de familia métodos para enseñar a los pacientes con hipertensión arterial a hacer frente a su condición. En el proyecto participa la Liga Mundial de la Hipertensión.
- **PBDAY** (Determinaciones patobiológicas de la arteriosclerosis en jóvenes), estudio quinquenal llevado a cabo en 20 centros de 16 zonas del mundo, cuyo objetivo principal es determinar cómo se desarrolla la aterosclerosis estudiando la pérdida de elasticidad de las arterias en los jóvenes.
- Proyecto mundial de vigilancia y prevención de enfermedades cardiovasculares, red de reciente creación que abarca centros de países en desarrollo vinculados con otros centros del proyecto MONICA y cuyo objetivo es prestar asistencia a estos países con el fin de que adquieran conocimientos prácticos para llevar a cabo programas de prevención. La OMS está recopilando datos de 27 países, sobre todo de Europa, pero también de Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, Israel y Japón.
- Programa de prevención de la fiebre reumática y de cardiopatías reumáticas, proyecto cuyo objetivo es reducir en los países en desarrollo el número de casos de estas enfermedades y de las muertes resultantes de ellas entre los niños. En el proyecto participan la Sociedad y Federación Internacionales de Cardiología.

Es evidente que solo el firme compromiso por parte de los países de proporcionar fondos, equipo y personal para los programas de prevención impedirá la inminente proliferación de enfermedades cardiovasculares.

Fuente: World Health. Enero-febrero 1992. OMS, Ginebra.

69. Los estudios epidemiológicos indican sistemáticamente que las personas vegetarianas tienen una tensión arterial menor que las personas no vegetarianas, con independencia de la edad, peso y pulsaciones. En varios países en desarrollo (por ejemplo, Ghana, Kenya, Papúa Nueva Guinea) la hipertensión está aumentando más entre las poblaciones urbanas que entre las rurales. Estudios realizados en Kenya mostraron que el incremento del consumo de sal era la causa principal de este fenómeno.

70. **Obesidad.** En los países industrializados, la obesidad afecta al 7-15 por ciento de los adultos en torno a los 40 años de edad. Sin embargo, no es un problema exclusivo de las poblaciones ricas o de los países de ingresos altos. La obesidad ya es corriente en el mundo en desarrollo, especialmente entre la población pobre de los países de ingresos medios y entre la elite de los países de ingresos bajos. Por ejemplo, entre las mujeres de las zonas urbanas de varios países del Caribe, la prevalencia es superior al 30 por ciento. También se observan tasas altas de exceso de peso entre los niños (véase Figura 10). La

obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades relacionadas con la alimentación, incluidas las enfermedades cardíacas, la hipertensión, la diabetes y diversas formas de cáncer, aumentando el riesgo al aumentar la obesidad.

71. La obesidad es atribuible en gran medida a factores ambientales, especialmente la dieta y la actividad física. A medida que las sociedades se enriquecen y se mecanizan, decae la demanda de actividad física. Este modo de vida puede afectar tanto a los adultos como a los niños. La ingestión excesiva de energía, sin proporción alguna con su consumo, puede deberse al aporte excesivo de cualquiera de los macronutrientes, pero las grasas comestibles favorecen especialmente la acumulación de peso. Los análisis nacionales e internacionales confirman la idea de que el problema de la obesidad está directamente relacionado con la proporción de energía que se obtiene de las grasas.

72. **Diabetes.** La diabetes mellitus no dependiente de la insulina es el tipo más común de diabetes y está estrechamente relacionada con la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Entre los adultos de todo el mundo se está extendiendo una especie de epidemia de diabetes. Parece ser que esta tendencia está estrechamente relacionada con el modo de vida y el cambio socioeconómico. Las personas de los países en desarrollo y las minorías o las comunidades desfavorecidas de los países industrializados corren en la actualidad un riesgo mayor de sufrir diabetes.

73. Los datos epidemiológicos sobre la población entre 30 y 64 años muestra que en algunas comunidades tradicionales de países en desarrollo, por ejemplo entre la población rural de la República Unida de Tanzania, no existen casos de diabetes o son raros. En la mayor parte de Europa, América y en algunos países en desarrollo aparece de forma moderada (3-10 por ciento). La incidencia es alta (10-20 por ciento) en algunas zonas urbanas de India, China y Mauricio, en la población hispana de los Estados Unidos y entre los emigrantes procedentes del subcontinente indio cuando se instalan en el Reino Unido, el Caribe, Singapur y la República de Sudáfrica. La frecuencia es muy alta entre los indios de las zonas urbanas y rurales de Fiji, entre los aborígenes australianos y en la población india de Nauruan y Pima.

74. Parece que son varios los factores ambientales que desencadenan la diabetes no dependiente de la insulina, entre los que se encuentran la vida sedentaria, factores dietéticos, el consumo excesivo de alcohol, la tensión, la urbanización y las condiciones socioeconómicas. Se ha comprobado que las dietas ricas en alimentos vegetales, y especialmente las dietas vegetarianas, reducen el riesgo de diabetes como causa directa o subyacente de mortalidad. Los últimos estudios epidemiológicos también han señalado que los niños con un peso bajo al nacer corren mayores riesgos de sufrir posteriormente de diabetes y enfermedades cardiovasculares. También se han obtenido resultados similares con las crías de animales de experimentación que consumían dietas pobres en proteínas.

75. Es preciso profundizar en el estudio de otros factores dietéticos responsables de este cuadro epidemiológico. Sin embargo, ante estos hallazgos surge cierta preocupación acerca de la posibilidad de una extensa "epidemia" de diabetes en el futuro.

76. **Cáncer.** Tras las enfermedades cardiovasculares el cáncer es la segunda causa más frecuente de mortalidad en los países desarrollados y representa el 10 por ciento de todas las muertes del mundo. El examen de las pruebas indica que existen asociaciones entre componentes dietéticos y diversos tipos de cáncer (véase Cuadro 6). Es evidente que un consumo elevado de grasas totales y saturadas está vinculado a un riesgo mayor de cáncer de colon, próstata y mama. La relación es mucho más clara para el cáncer de colon y menos evidente para el cáncer de mama. Los descubrimientos epidemiológicos no son totalmente concluyentes; sin embargo, estas conclusiones están generalmente refrendadas por datos de laboratorio procedentes de pruebas sobre animales.

CUADRO 6. Asociación entre determinados componentes del régimen alimenticio, el peso corporal y la incidencia del cáncer¹

Lugar del cáncer	Grasa	Peso corporal	Fibra	Frutas y hortalizas	Alcohol	Alimentos ahumados, salados y encurtidos
Pulmón				-		
Mama	+	+			+/-	
Colon	++		-	-		
Próstata	++					
Vejiga				-		
Recto	+			-	+	
Endometrio		++				
Cavidad oral				-	+ ²	
Estómago				-		++
Cuello del útero				-		
Esófago				-	++ ²	+

Fuente: OMS, 1990

Clave: + = Asociación positiva; a mayor ingestión, mayor incidencia del cáncer.

- = Asociación negativa; a mayor ingestión, menor incidencia del cáncer.

¹ Datos adaptados y ampliados de "The Surgeon General's Report on Nutrition and Health DHHS, 1988".

² Asociación sinérgica con el hábito de fumar.

77. Las dietas ricas en alimentos vegetales, especialmente en las hortalizas verdes y amarillas y cítricos, están asociadas a una menor incidencia de cáncer de pulmón, colon, esófago y estómago. Aunque los mecanismos que regulan estos efectos no se conocen totalmente, estas dietas generalmente son pobres en grasas saturadas y ricas en almidones, fibras, vitaminas y minerales, incluidos el betacaroteno y la vitamina A. Sin embargo, no se puede afirmar con seguridad que estos efectos beneficiosos se deban al alto contenido de fibras de estos alimentos.

78. Además, parece que el consumo abundante y prolongado de alcohol está relacionado con el cáncer del aparato digestivo superior y con el cáncer de hígado. El exceso de peso es sin duda un factor de riesgo para el cáncer del endometrio y el cáncer de mama posterior a la menopausia, pero la relación entre estos cánceres y un consumo excesivo de energía no está tan clara.

Consecuencias de la malnutrición

79. La desnutrición y la carencia de micronutrientes puede producir una serie de condiciones que afectan de modo adverso a la salud y el bienestar de las personas. En los casos más graves puede poner en peligro la vida, pero tanto en su forma más leve como en la más severa, las consecuencias de una nutrición deficiente y de una mala salud son el descenso de la calidad general de vida y el descenso de los niveles de desarrollo del potencial humano. Además, la mala salud unida a la malnutrición reduce los recursos y la capacidad de obtener ingresos de los hogares que ya son pobres, aumentando de este modo sus problemas sociales y económicos.

80. La malnutrición y la pobreza a menudo acrecientan el uso de prácticas agrícolas insostenibles, debido a los esfuerzos desesperados de las personas pobres para obtener alimentos suficientes. Al mismo tiempo, la creciente incidencia de problemas de salud no transmisibles relacionados con la alimentación crea una carga adicional para los hogares y los sistemas de atención sanitaria. La malnutrición que a menudo procede de intentos fracasados de desarrollo social y económico, contribuye a su vez a limitar todavía más el futuro desarrollo humano, económico y social.

81. El hambre, la malnutrición, las deficiencias nutricionales y otras enfermedades relacionadas con la alimentación ocasionan diversas incapacidades temporales y permanentes. Hay muchos datos que demuestran que una mala nutrición repercute significativamente en la reproducción, en la actividad física, en el crecimiento y en el desarrollo infantil, en la capacidad de aprendizaje, en el rendimiento laboral y en la calidad general de la vida y del bienestar. Además, la malnutrición reduce la resistencia de las personas a las infecciones, aumentando el alcance y la gravedad de las enfermedades entre las personas malnutridas.

82. **En los lactantes y en los niños pequeños** la malnutrición grave está asociada directamente a altos niveles de mortalidad infantil. Los niños con bajo peso al nacer debido a una malnutrición intrauterina y a la escasa nutrición y al débil estado de salud de la madre tienen en el futuro más riesgos de retrasos en el crecimiento, morbilidad y mortalidad. La anemia, cuando aparece durante la lactancia y en la infancia, está asociada a una pérdida significativa de capacidades cognitivas, una menor actividad física y una escasa resistencia a las enfermedades. El retraso en el crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer y la mayor mortalidad perinatal están asociados a la anemia materna. El bajo peso al nacer es el indicio más importante de mortalidad durante los primeros meses de vida.

83. Además de la anemia debida a una carencia de hierro, las carencias de otros micronutrientes pueden producir resultados graves, debilitadores o incluso mortales. La carencia de yodo en la infancia puede provocar retraso mental, desarrollo muscular retardado, falta de crecimiento, descenso de la actividad física, trastornos musculares, parálisis y deficiencias de habla y de audición. La carencia de vitamina A es la causa más común en el mundo de ceguera infantil prevenible. Debido a la importancia de la vitamina A en la regulación del sistema inmunitario del organismo, incluso su carencia moderada puede producir un aumento de las infecciones, retrasos en el crecimiento y mayores tasas de mortalidad infantil. La carencia de vitamina A parece que está conectada con numerosas enfermedades, especialmente con el sarampión.

84. La nutrición afecta al desarrollo intelectual, a la capacidad de aprendizaje y al rendimiento escolar de los niños. El retraso en el crecimiento debido a una mala nutrición afecta al desarrollo de las funciones motoras y mentales, mientras que la desnutrición grave afecta tanto al crecimiento del cerebro como a los niveles de actividad. Los resultados de pruebas de seguimiento de niños malnutridos efectuadas durante 20 años a partir del decenio de los setenta revelan la presencia de daños tempranos irreversibles

en el desarrollo intelectual derivado de la malnutrición. La malnutrición en los años preescolares origina retraso en el crecimiento. El hambre durante la etapa escolar afecta a la capacidad de atención y aprendizaje. La mala salud y la malnutrición crónica, especialmente la anemia, durante los primeros años cruciales de la etapa educativa pueden entorpecer la capacidad de aprendizaje.

85. **En las mujeres** un estado nutricional deficiente puede tener graves repercusiones, como muestran los indicadores de salud, incluida la incidencia de la anemia. El desgaste físico del embarazo y la lactancia incrementa las necesidades nutricionales precisas para mantener la salud y el bienestar. La anemia materna puede producir la muerte y contribuye al retraso del crecimiento intrauterino, al bajo peso al nacer y a una mayor mortalidad perinatal. La carencia de yodo durante el embarazo es causa de abortos espontáneos, mortinatalidad y muertes infantiles y puede producir cretinismo y trastornos en el desarrollo cerebral del feto.

86. La mala nutrición de la madre es responsable del nacimiento de niños de bajo peso y de la consiguiente alta mortalidad infantil. Aunque son muchos los factores que influyen en el peso de los niños al nacer (estatura de la madre, dotación genética, trabajo físico fatigoso durante el embarazo, infecciones, edad, espaciamiento de los nacimientos, hábito de fumar, presencia de servicios prenatales, duración de la gestación y la nutrición) no menos del 80 por ciento de los casos de niños de bajo peso al nacer se deben a la mala nutrición de la madre. Las graves privaciones nutricionales durante el embarazo producen un retraso crónico en el crecimiento intrauterino e incluso una disminución del potencial de crecimiento. Las mujeres malnutridas durante su infancia sufren retrasos de crecimiento que a su vez influyen en el peso de sus hijos al nacer, perpetuando ciclos de crecimiento deficiente.

87. **Entre los adultos** la anemia producida por una carencia de hierro o de folato merma la resistencia a las enfermedades y reduce la actividad física y la capacidad para el trabajo, repercutiendo negativamente en la productividad y en los ingresos. Las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, incluidas las enfermedades cardiovasculares, algunas formas de cáncer, la obesidad y la alta tensión arterial, ocasionan trastornos nutricionales y en la salud, e incluso la muerte.

88. Un mal estado nutricional puede reducir la productividad directamente o bien indirectamente como consecuencia del ausentismo y la falta de motivación. En los países en desarrollo, donde gran parte del trabajo requiere un arduo esfuerzo físico, la mala nutrición puede afectar a la capacidad física y al rendimiento o a la competencia. Varios estudios han mostrado un deterioro en el rendimiento físico como consecuencia de una nutrición de peor calidad y una reducción de la fuerza muscular y de la resistencia en el trabajo cuando se produce una pérdida de peso. El uso de la antropometría adulta para indicar el grado de malnutrición durante la infancia ha vinculado la malnutrición prolongada con el descenso de la productividad en el trabajo.

Bibliografía del Capítulo uno

- ACC/SCN. 1987. *First report on the world nutrition situation*. Geneva.
- ACC/SCN. 1989. *Update on the nutrition situation: recent trends in nutrition in 33 countries*. Geneva.
- ACC/SCN. 1990. *Appropriate uses of anthropometric indices in children*. State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 7. Geneva.
- Doll, R. & Peto, R. 1981. *The causes of cancer*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO. 1982. *Malnutrition: its nature, causes, magnitude and policy implications*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/83/6)
- FAO. 1984. *Integrating nutrition into agricultural and rural development projects: six case studies*. Nutrition in agriculture no. 2. Rome, FAO.
- FAO. 1985. *The fifth world food survey*. Rome, FAO.
- FAO. 1992. *The State of Food and Agriculture 1991*. Rome, FAO.
- Gillespie, S., Kevany, J. & Mason, J.B., eds. 1991. *Controlling iron deficiency*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 9. Geneva.
- Government of the United Republic of Tanzania, WHO & UNICEF. 1988. *The joint WHO/UNICEF nutrition support programme in Iringa, Tanzania: 1983-1988 evaluation report*.
- Gurney, M. & Gorstein, J. 1988. The global prevalence of obesity – an initial overview of available data. *World Health Stat. Quar.*, 41:251-254.
- Haddad, L. & Bouis, H. 1991. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford Bull. Econ. Stat.*, 53(1): 45-67.
- Hetzel, B. 1988. *The prevention and control of iodine deficiency disorders*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 3. Geneva.
- James, W.P.T. 1991. *Body mass index: an objective measure for the estimation of chronic energy deficiency in adults*. Aberdeen, Rowett Research Institute.
- Keller, W.D. & Kraut, H.A. 1962. Work and nutrition. In G.H. Bourne, ed. *World Rev. Nutr. Dietetics*, Vol. 3:65-81.
- Keller, W.D. & Fillmore, C. 1983. Prevalence of protein-energy malnutrition. *World Health Stat. Quar.*, 38: 331-347.
- Keys, A. *et al.* 1984. The seven countries study: 2289 deaths in 15 years. *Prev. Med.*, 13: 141-154.
- King, H. & Rewers, M. 1991. Diabetes in adults is now a Third World problem. *Bull. World Health Organ.*, 69(6): 643-648.
- King, H. & Rewers, M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. (in press)
- Klein, R., Freeman, H., Kagan, J., Yarbrough, C. & Habicht, J. 1972. Is big smart? The relation of growth to cognition. *J. Health Soc. Behav.*, 13:219.
- Kramer, M.S. 1987. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.*, 65(5): 663-737.
- Levin H. 1986. A benefit-cost analysis of nutritional programmes for anaemia reduction. *World Bank Res. Obser.*, 1: 219-246.
- Martorell, R. 1975. Acute morbidity and physical growth in rural Guatemalan children. *Amer. J. Dis. Child.*, 129: 1296-1301.
- Mason, J.B., Habicht, J.-P., Tabatabai, J. & Valverde, V. 1984. *Nutritional surveillance*. Geneva, WHO.
- McGuire, J. & Austin, J. 1987. Beyond survival: children's growth for national development. *Assignment Children*. New York, UNICEF.
- Monteiro, C. *et al.* 1991. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. Nutrition Unit. Geneva, WHO. (mimeo)
- Pollitt, E. 1990. *Malnutrition and infection in the classroom*. Paris, UNESCO.
- Reutlinger, S. & Selowsky, M. *Malnutrition and poverty: magnitude and policy options*. World Bank staff occasional papers no. 23. Washington, DC.
- Sahn, D. & Alderman, H. 1988. The effects of human capital on wages, and the determinants of labour supply in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 29:157-183.
- Spurr, G. 1984. Physical activity, nutritional status and physical work capacity in relation to agricultural productivity. In E. Pollitt & P. Amante, eds. *Energy intake and activity*. New York.
- Strauss, J. 1986. Does better nutrition raise farm productivity? *J. Pol. Econ.*, 94: 297-320.
- UNICEF. 1991. *State of the world's children*. New York.

- Uemura, K. & Pisa, Z.** 1988. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950. *World Health Stat. Quar.*, 41: 155-178.
- US Department of Health and Human Services.** 1988. *The Surgeon General's report on nutrition and health*. Washington, DC.
- WHO.** 1982. *Prevention of coronary heart disease*. WHO technical report series no. 678.
- WHO.** 1986. *Community prevention and control of cardiovascular diseases*. WHO technical report series no. 732.
- WHO.** 1987. *Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000*. Geneva.
- WHO.** 1988. Noncommunicable diseases: a global problem. *World Health Stat. Quar.*, 41(3/4).
- WHO.** 1990. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO technical report no. 797. Geneva.
- WHO.** 1991. *Country studies on nutritional anthropology Brazil 1989*. Geneva.
- WHO.** 1992. *World Health Stat. Ann. 1991*. Geneva.
- WHO.** 1992. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000, second evaluation; and Eighth report on the world health situation (document A45/3).
- WHO.** 1992. National strategies for overcoming micronutrient malnutrition (document A45/17).
- WHO.** 1992. Medium and long term forecasts of prevalence and numbers of malnourished children: global and regional level models. A report submitted to FAO/WHO by A. Kelly.
- WHO/FAO/UNU.** 1986. *Expert consultation: energy and protein and requirements*. Geneva.
- Wolgemuth, J., Latham, M., Hall, A., Chesher A. & Crompton D.** 1982. Worker productivity and the nutritional status of Kenyan construction workers. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 36: 68-78.

Capítulo dos

Factores que influyen en el estado nutricional

1. Los factores que influyen en el estado nutricional de una persona son muchos y diversos. Prácticamente todo lo que favorece a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o lo que obstaculiza su utilización óptima, contribuye a la malnutrición. Los factores que influyen más directamente en la nutrición pueden agruparse en tres categorías generales, a saber alimentación, salud y cuidados. Estas categorías abarcan diversas cuestiones, entre las que se incluyen las siguientes: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad; estado personal de salud, estilo de vida y utilización personal de los servicios de salud; y capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas.

2. Cada uno de estos elementos -alimentación, salud y cuidados- es esencial para una buena nutrición. Por ejemplo, tanto las buenas prácticas de alimentación de lactantes como la nutrición dependen de tres factores: la disponibilidad de alimentos y acceso a los mismos, las prácticas sanitarias y los cuidados prestados en el hogar. Estos factores están también relacionados entre sí y las acciones que afectan a uno de ellos pueden tener consecuencias importantes en otro. Por ejemplo, la adopción de nuevas tecnologías agrícolas puede influir en la nutrición a través no sólo del suministro alimentario y de los ingresos, sino también de su repercusión en el saneamiento y la salud y en el tiempo disponible para proporcionar cuidados suficientes a los miembros del hogar. Las políticas de desarrollo que afectan a la economía y a la sociedad en conjunto no suelen incluirse en el ámbito de la nutrición como tal. Sin embargo, las repercusiones de estas políticas sobre el bienestar nutricional son considerables y pueden vigilarse a través de sus efectos en la alimentación, la salud y los cuidados.

3. Sin embargo, la pobreza es la causa principal de la mayoría de los casos de desnutrición. La desnutrición, tanto grave como crónica, y la mayor parte de las carencias de micronutrientes afectan primordialmente a los hogares pobres y desfavorecidos cuyos miembros no pueden producir o procurarse alimentos suficientes, que viven en medios marginales o faltos de condiciones higiénicas y sin suministro de agua potable y servicios básicos, que no tienen acceso a una educación e información apropiadas o que están socialmente desfavorecidos de algún otro modo. Por otro lado, la sobrealimentación y los desequilibrios dietéticos, que pueden dar lugar a enfermedades crónicas, traspasan muchas fronteras socioeconómicas. Además de afectar a los sectores más opulentos en todos los países, la sobrealimentación puede afectar también a grupos de ingresos más bajos en países con ingresos medios y altos.

4. En este capítulo se examinan los factores que tienen una influencia directa sobre la nutrición, agrupados bajo los epígrafes siguientes: alimentación, salud y cuidados. Las políticas de desarrollo más amplias, que comprenden las relativas al desarrollo económico, medidas macroeconómicas y ajuste estructural, agricultura, salud, medio ambiente, población y urbanización, así como a la coyuntura económica internacional, se estudian en el Capítulo 3.

Alimentación y nutrición

CONSUMO DE ALIMENTOS

5. El contenido de nutrientes de los alimentos consumidos en relación con las necesidades, determinadas en función de la edad, sexo, nivel de actividad física y estado de salud, así como de la eficiencia de la utilización de nutrientes por el cuerpo, influye en el bienestar nutricional. Las enfermedades infecciosas afectan en particular a la ingestión alimentaria y a la utilización de los nutrientes. La relación sinérgica entre ingestión alimentaria insuficiente y enfermedad infecciosa es tan fuerte que es difícil evaluar la función de cada una por separado.

6. Una dieta es satisfactoria cuando proporciona suficiente energía, proteínas, grasas, carbohidratos, micronutrientes (vitaminas y minerales) y otros componentes esenciales, como fibra dietética, suficientes para cubrir las necesidades corporales de un modo equilibrado, diversificado y culturalmente aceptable. Si la ingestión es demasiado baja, pueden producirse carencias nutricionales. Por otra parte, si la ingestión es excesiva, pueden surgir otros problemas relacionados con la nutrición. Para hacer frente al gasto energético del metabolismo, de la actividad, de la respuesta a las enfermedades y del crecimiento, es necesaria una ingestión suficiente de nutrientes. Durante el embarazo y la lactancia, aumentan las necesidades de nutrientes, inclusive energía y proteínas.

7. Todavía en el decenio de 1970 existía la creencia generalizada de que la carencia proteínica era la causa principal de la malnutrición, por lo que se hicieron esfuerzos considerables para aumentar el consumo de alimentos ricos en proteínas. Además, a menudo se prestó especial atención al fomento de proteínas de origen animal de "alta calidad". Ahora se sabe que las dietas basadas en cereales complementados con leguminosas tienen un contenido de aminoácidos que proporciona un nivel satisfactorio de proteínas, siempre que se consuma una cantidad de alimentos suficiente para cubrir las necesidades diarias de energía. De hecho, la carencia energética es un problema mucho más importante que la carencia proteínica entre las poblaciones donde el consumo insuficiente de alimentos da lugar a la malnutrición infantil.

8. Teniendo en cuenta que los lactantes y niños pequeños sólo pueden consumir un volumen limitado de alimentos de una sola vez, la densidad nutricional y energética de sus alimentos reviste especial importancia. Aun cuando los alimentos sean abundantes, la lactancia es el modo más económico y eficaz desde el punto de vista energético de proveer a las necesidades dietéticas de los niños de pecho. Durante los 4-6 primeros meses de vida, no se requieren más alimentos o líquidos que la leche materna, *ni siquiera agua*, para cubrir las necesidades nutricionales normales del lactante. Una ventaja importante, que puede tener consecuencias significativas para el estado nutricional del lactante, es la protección que proporciona la leche materna contra la infección.

9. Desde los 4-6 meses de edad -el momento preciso depende de las circunstancias de cada caso- los lactantes pueden empezar a recibir, además de la leche materna, una variedad de alimentos disponibles sobre el terreno, preparados de modo inocuo y con un alto contenido energético, para satisfacer sus nuevas necesidades nutricionales. Los alimentos voluminosos con una baja densidad energética pueden no proporcionar al niño calorías suficientes, a menos que se complementen con aceite. Se aconseja a las madres que sigan amamantando a sus hijos hasta los dos años, o incluso después si lo desean.

10. Una ingestión alimentaria excesiva y desequilibrada aumenta con frecuencia el riesgo de diversas enfermedades crónicas importantes, no transmisibles y relacionadas con la dieta, como la arterioesclerosis, enfermedades coronarias, hipertensión, apoplejía, diabetes y algunos tipos de cáncer. Además, otros factores como el consumo de alcohol y tabaco, la tensión nerviosa y un bajo nivel de actividad física debido a los cambios en

el estilo de vida, sobre todo en las zonas urbanas, agravan los problemas de una ingestión excesiva y desequilibrada. La predisposición genética constituye también un factor importante y la susceptibilidad a los efectos negativos de los diversos factores difiere de una persona a otra.

11. Al cambiar de un modo de vida rural a otro más urbano, las personas consumen a menudo alimentos que suelen tener un contenido más alto de proteínas, grasas y carbohidratos refinados y más bajo de carbohidratos complejos y fibra dietética. Estas tendencias del consumo de alimentos se corresponden a menudo con un aumento del acceso a una variedad mayor de alimentos en las zonas urbanas, y de su disponibilidad. El consumo de diversas frutas y hortalizas, carne, pescado, productos lácteos, aceites vegetales, azúcar y cereales refinados, tiende a ser mayor en general en las zonas urbanas, mientras que el de tubérculos, cereales enteros y secundarios y legumbres es menor. Sin embargo, las personas pobres que viven en zonas urbanas no pueden a menudo costearse la mayor variedad de alimentos ofrecidos y deben recurrir a un número limitado de productos de más bajo costo.

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS Y ACCESO A LOS MISMOS

12. Una disponibilidad constante de alimentos a nivel nacional, regional y familiar es la base del bienestar nutricional. Por consiguiente, un requisito previo para mejorar la nutrición en la mayoría de los países de bajos ingresos con déficit de alimentos es intensificar la producción alimentaria. Además, la agricultura, incluidas la pesca y la silvicultura y las industrias rurales conexas, proporciona ingresos a los campesinos sin tierras y a sus familias, que a menudo se cuentan entre los grupos más vulnerables desde el punto de vista nutricional. La necesidad de aumentar la productividad y el nivel de vida de los pequeños productores y de las personas que se encuentran en una situación de desventaja en cuanto a suelo, clima o lejanía; la necesidad de mantener las ganancias de los productores para que puedan adoptar tecnologías que aumenten la productividad y les permitan hacer un uso óptimo de la mano de obra; y la necesidad de prestar apoyo suficiente a la agricultura dentro de un presupuesto para desarrollo ya limitados, son algunos de los problemas más urgentes que es necesario abordar. Sólo aunando los esfuerzos para reducir la desigualdad social y la pobreza se podrán encontrar soluciones duraderas a los problemas nutricionales.

13. Los problemas nutricionales no están relacionados únicamente con el suministro global de alimentos. Con frecuencia el problema consiste en que los pobres no poseen el poder adquisitivo necesario para tener acceso a los alimentos que necesitan. Por consiguiente, aunque para cubrir las necesidades de una población en su conjunto es preciso disponer de cantidades suficientes de alimentos inocuos y nutritivos, también es esencial que sea suficiente el acceso de todos los hogares a estos suministros. El concepto de seguridad alimentaria en los hogares significa que éstos deben tener acceso material y económico a alimentos adecuados desde el punto de vista de la cantidad, calidad e inocuidad. Esto, a su vez, depende de que los hogares tengan acceso a los recursos -alimentos, ingresos y bienes- necesarios para asegurarles una dieta suficiente, sin correr el riesgo de perder dicho acceso. Un aumento de la producción de alimentos para consumo personal, como fuente de ingresos y para estabilizar los precios puede contribuir a mejorar la nutrición.

14. En los países en desarrollo, donde los dos tercios aproximadamente de la población viven en zonas rurales, la producción agrícola y pecuaria, la pesca y la silvicultura son fuentes directas de alimentos y proporcionan ingresos para comprar alimentos. Prácticamente todas las comunidades del mundo, por apartadas que estén, dependen en cierto grado de los mercados. Por tanto, las relaciones de intercambio, la eficiencia de los sistemas de comercialización, la existencia de precios justos para los productores y consumidores, la condición de los hogares como compradores o vendedores netos de alimentos y los bienes que poseen las familias, incluida la cantidad y calidad de las tierras

de que disponen, son todos ellos factores importantes que determinan el estado nutricional. Entre los sectores más amenazados por la inseguridad alimentaria figuran los campesinos sin tierras y sus familias, quienes compran alimentos con unos salarios que a menudo son ocasionales e inciertos. En los países donde no se ha aplicado una reforma agraria necesaria, los arrendatarios de pequeñas explotaciones agrícolas constituyen otro grupo sumamente vulnerable. En las zonas urbanas donde la población compra la mayor parte de sus alimentos, los pobres son vulnerables a las fluctuaciones en los precios de los alimentos y a los cambios en las condiciones de empleo y en el volumen de sus ingresos.

15. La mejora de la nutrición de los hogares pobres está estrechamente relacionada con el aumento de sus ingresos y bienes. Sin embargo, la pobreza no sólo se caracteriza por ingresos bajos y bienes escasos que redundan en un volumen reducido de consumo, sino también por un nivel bajo de educación y vivienda y saneamiento precarios. La cuantía de los ingresos ordinarios y la educación (especialmente de la madre), así como las características socioculturales del grupo, que pueden influir en la adopción de decisiones, determinarán el grado en que un aumento de los ingresos se transformará en un incremento a corto plazo del consumo de alimentos y de los cuidados prestados en la familia. Cuando la madre controla los gastos del hogar, los niños resultan beneficiados.

16. El carácter estacional de la producción en los países en desarrollo influye también en el acceso a los alimentos, al determinar las diferentes modalidades de disponibilidad de los mismos, la afluencia al hogar de ingresos monetarios procedentes de las ventas de la cosecha y del trabajo agrícola remunerado y los períodos tanto de mayor demanda de mano de obra agrícola (y por consiguiente de gasto de energía) como de precios más altos de los alimentos. La característica estacional de la agricultura puede dar lugar a períodos de alteración del equilibrio energético, que a menudo coinciden con la incidencia de las enfermedades infecciosas. Cuando las precipitaciones anuales se concentran en una sola temporada, como sucede en África occidental, la malnutrición es más grave durante la estación de las lluvias, que precede a la cosecha, cuando las existencias de alimentos se han agotado. Por consiguiente, los niveles más bajos de ingestión estacional coinciden con un gasto elevado de energía en las actividades agrícolas, precios elevados de los alimentos, niveles altos de infección y, con frecuencia, un fuerte endeudamiento.

17. La combinación de cultivos, tanto básicos como secundarios y comerciales no alimentarios, influye en el acceso a los alimentos en las zonas rurales. Investigaciones recientes indican que la adopción de cultivos comerciales no alimentarios tienen en general efectos positivos en la nutrición, ya que aumenta los ingresos de los productores rurales y por consiguiente su capacidad para comprar alimentos en caso necesario. Aunque pueden producirse efectos perjudiciales como una disminución de la diversidad de los cultivos alimentarios, un flujo desigual de dinero contante, riesgos relacionados con el mercado y la producción, reducción de la superficie o de la calidad de la tierra destinada a los cultivos alimentarios y desplazamientos de los ingresos monetarios de las mujeres a los hombres que trabajan, los beneficios de un aumento de los ingresos monetarios y del flujo de efectivo han sido en general positivos. Los cultivos comerciales suelen ser un complemento de los cultivos alimentarios, y los ingresos obtenidos de la venta de los primeros pueden utilizarse para complementar la producción de alimentos propios con alimentos obtenidos en el mercado.

18. El tipo de sistema agrícola aplicado repercute en el empleo, especialmente en el caso de los campesinos sin tierras que son a menudo los miembros más pobres y más vulnerables de la sociedad, desde el punto de vista nutricional. La creación de empleo y los ingresos provenientes del trabajo remunerado en las zonas rurales son factores que determinan esencialmente el estado nutricional de los pobres. El gasto energético en las actividades agrícolas y en el hogar presenta también un aspecto importante desde el punto de vista nutricional, ya que un elevado nivel de gasto energético puede dar lugar a la malnutrición. Las tecnologías que ahorran mano de obra podrían ser beneficiosas, pero no deberían desplazar a los trabajadores en zonas con un alto nivel de desempleo. Las

prácticas agrícolas pueden influir también considerablemente en la nutrición debido a sus efectos sobre el medio ambiente y el estado de salud (como las consecuencias de la migración y el uso de plaguicidas) y sobre la prestación de cuidados y las prácticas de alimentación.

CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

19. Para asegurar el mantenimiento de la inocuidad y calidad de los alimentos durante la producción, manipulación, elaboración y envasado, es necesario un sistema eficaz de control de la calidad de los mismos. Unas medidas apropiadas de control de los alimentos contribuyen también a reducir las pérdidas de éstos y a fomentar una dieta sana. Además, las medidas para asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos estimulan el comercio alimentario mundial y dan lugar a la creación de empleo, a un aumento de los ingresos y, en definitiva, a una mejoría del estado nutricional.

20. El control de la calidad de los alimentos es importante tanto para la población rural como para la población urbana. Para mantener la inocuidad de los alimentos y conservar su calidad es necesario adoptar precauciones y controles que abarcan la totalidad de la cadena de producción de alimentos. La necesidad de impedir la contaminación microbiana y química de los alimentos es universal. Si los alimentos no se elaboran adecuadamente, los consumidores pueden verse expuestos a diversos contaminantes. Además, los alimentos elaborados han de prepararse y envasarse de tal modo que se asegure que cumplen las normas básicas relativas a la calidad e inocuidad de los alimentos que incluyen el enriquecimiento con los necesarios nutrientes cuando así proceda.

21. Los contaminantes presentes en el medio ambiente, como residuos de plaguicidas y de otras sustancias químicas agrícolas, suscitan también una preocupación general. Aunque su presencia en la mayoría de los alimentos se mantiene dentro de unos límites que se consideran inocuos, es necesario realizar esfuerzos para garantizar la calidad e inocuidad constantes de los alimentos con el fin de proteger a los consumidores y fomentar el comercio internacional.

22. La educación en materia de manipulación y elaboración higiénica de los alimentos es tan importante en la industria alimentaria como en el hogar. Unas precauciones sencillas pueden contribuir considerablemente a mantener inocuos los alimentos en el hogar, en los pequeños establecimientos y en los lugares donde se consumen. La educación y capacitación, respaldadas por unos códigos de prácticas bien aplicados, pueden conseguir resultados similares en la industria alimentaria. Es de particular importancia la educación del consumidor a través de distintos medios entre los que se incluyen los de comunicación social, el etiquetado con información sobre alimentos y nutrición y los programas de alimentación.

23. La calidad deficiente de los alimentos y las enfermedades de origen alimentario pueden tener consecuencias sociales y económicas importantes. Estas consecuencias son en ocasiones catastróficas, en particular para los países que cuentan con recursos limitados. Las enfermedades de origen alimentario pueden causar pérdidas de ingresos y de rendimiento en el trabajo y aumentar los gastos en asistencia médica. Los productos alimenticios con un contenido de contaminantes que supera los límites autorizados por los países importadores pueden ser rechazados. Además, la reputación de un país en lo que respecta a la calidad deficiente de sus alimentos puede dar lugar a un descenso del comercio y de los ingresos de exportación, así como del turismo.

Salud y nutrición

MALNUTRICION, INFECCIONES Y SALUBRIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

24. La buena salud y el saneamiento del medio son esenciales para una buena nutrición, y sin embargo no están al alcance de la mayoría de la población mundial. La disponibilidad de agua limpia en cantidades suficientes, un saneamiento eficaz del medio ambiente, la higiene en las actividades domésticas, la lucha contra los vectores y la utilización de los servicios sanitarios son todos ellos elementos que contribuyen a la mejora del estado nutricional. Recíprocamente, las circunstancias que aumentan la exposición a riesgos para la salud aumentan los riesgos de malnutrición. Las enfermedades diarreicas, el sarampión, las enfermedades respiratorias agudas (ERA), la tuberculosis y, más recientemente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) tienen repercusiones importantes en el estado nutricional. Entre las infestaciones parasitarias más destacadas desde el punto de vista nutricional están el paludismo, el anquilostoma, la ascariasis, la amebiasis y la esquistosomiasis.

25. La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) -causante del SIDA- y las infecciones asociadas con éste, en especial la diarrea crónica, dan lugar a una pérdida de peso y a un deterioro nutricional tan evidentes que en un principio esta afección se conocía como la enfermedad de la delgadez. El número de personas infectadas con el VIH se duplicará en el próximo decenio. Cabe prever que los niveles de malnutrición aumentarán y tendrán repercusiones indirectas sobre la producción de alimentos, como consecuencia de la disminución de mano de obra disponible. Con el tiempo, la población general (seronegativa), en especial los huérfanos cuyos progenitores hayan muerto de SIDA, serán vulnerables a la malnutrición.

26. En las personas deficientemente nutridas la enfermedad y las dolencias tienden a ser más frecuentes, más graves y más prolongadas. En los episodios infecciosos acompañados de fiebre y después de ellos, las necesidades nutricionales son mayores, y aumentan en particular las necesidades energéticas. Las infecciones crónicas o la repetición frecuente de infecciones agudas pueden hacer casi imposible el mantenimiento de un estado nutricional adecuado, mediante el incremento de la ingestión alimentaria únicamente. A su vez, una nutrición escasa influye notablemente en la génesis de las enfermedades, al afectar negativamente a la integridad de los tejidos epiteliales y al sistema inmunitario.

27. Entre los mecanismos a través de los cuales las infecciones pueden ser perjudiciales para el estado nutricional de los niños pueden señalarse los siguientes: reducción de la ingestión de alimentos y agua debido a la anorexia; disminución de la absorción y de la ingestión de alimentos; aumento de las pérdidas de nutrientes y agua; aumento de las necesidades metabólicas y por consiguiente de las necesidades nutricionales; alteración de los conductos metabólicos y reducción intencional de la ingestión de alimentos o rechazo completo de los mismos. Puede haber problemas nutricionales específicos vinculados a distintos estados patológicos. La deshidratación por diarrea es una causa destacada de mortalidad infantil. Determinados estados patológicos, y especialmente las enfermedades diarreicas y el sarampión, pueden precipitar la aparición de carencias de vitamina A, que pueden ocasionar la ceguera y la muerte. La infestación por anquilostomas provoca pérdidas de hierro. El paludismo provoca inicialmente una anemia hemolítica, pero durante el período de recuperación de la enfermedad se produce en general una carencia de hierro. Las carencias de vitamina A, yodo, hierro y zinc repercuten todas ellas en el sistema inmunitario.

28. A menudo es difícil determinar si la causa principal del retraso del crecimiento del niño es la enfermedad infecciosa o la insuficiencia de la dieta. Lo que ocurre en realidad es que ambas cosas actúan de forma sinérgica, y que cada una de ellas agrava los efectos de la otra para producir lo que se ha denominado complejo de malnutrición e infección. Los efectos combinados de las enfermedades infecciosas y de los regímenes alimenticios inadecuados durante la enfermedad pueden no tener consecuencias graves para los niños bien nutridos. Para los niños con falta de peso, en cambio, los episodios de infección son más graves y prolongados. Para alcanzar mejoras duraderas del bienestar nutricional es decisivo romper esta asociación entre malnutrición e infección.

29. Las enfermedades transmitidas por los alimentos están muy generalizadas tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Las enfermedades graves de origen alimentario se deben a bacterias, virus y parásitos patógenos o a intoxicaciones graves causadas por contaminantes químicos. Se estima que estas infecciones dan lugar a 1 500 millones de casos de diarrea al año en niños menores de cinco años, de los que se deriva la muerte de más de 3 millones de ellos.

30. La OMS estima que hasta un 70 por ciento de todos los casos de diarrea tiene un origen alimentario. Los alimentos de destete contaminados con *E. coli* causan hasta el 25 por ciento de los casos de diarrea. La diarrea suele provocar desintegración de los tejidos y anorexia, con la consiguiente subnutrición, especialmente en niños pequeños; además, algunos agentes patógenos pueden provocar aborto, parto prematuro o malformación del feto.

31. Las diarreas crónicas o recurrentes pueden también causar malnutrición proteinoenergética, anemia y carencia de vitamina A, especialmente en niños pequeños, lo que da lugar a defectos de crecimiento y trastornos del sistema inmunitario que reducen la resistencia a otras enfermedades infecciosas.

32. De todas las enfermedades, la diarrea (a menudo transmitida por los alimentos) es la que tiene mayores efectos negativos sobre el crecimiento de los lactantes. Las enfermedades de origen alimentario constituyen también un problema importante para la salud de los adultos. Las personas ancianas e inmunodeficientes (por ejemplo, los pacientes de cáncer y SIDA) son especialmente sensibles a los efectos de los agentes patógenos transmitidos por los alimentos sobre la salud.

33. El saneamiento del medio ambiente, el suministro de agua y la inocuidad de los alimentos son importantes factores determinantes del estado de nutrición y de salud. La contaminación de las fuentes de aprovisionamiento de agua depende de hábitos higiénicos tales como la eliminación de los excrementos y de las basuras, si bien la propia disponibilidad de agua es a menudo la variable más importante. La mejora del abastecimiento de agua y del saneamiento lleva consigo la disminución de las enfermedades diarreicas, la mejora de la situación nutricional y la reducción de la mortalidad infantil. Las repercusiones de esas mejoras dependen de otros factores, tales como los niveles de ingresos y de educación. Una importante ventaja de un suministro de agua potable en las proximidades de las viviendas es la reducción del tiempo y la energía empleados por las mujeres en su acarreo.

34. La inspección de los alimentos contribuye a proteger a los consumidores rurales y urbanos de los riesgos que plantean para la salud los alimentos perecederos que se comercializan a través de los sistemas locales de distribución. La carne procedente de animales enfermos, la leche mezclada con agua contaminada y la falta de refrigeración en las instalaciones lecheras de las zonas rurales representan riesgos graves para la salud. La contaminación de los alimentos que da lugar a enfermedades infecciosas, como fiebre tifoidea y diarrea aguda, puede redundar en un estado nutricional precario, especialmente en el caso de grupos vulnerables como los niños pequeños. Para evitar enfermedades de origen alimentario son necesarias unas prácticas de higiene y manipulación de los alimentos adecuadas en los hogares. En las zonas urbanas, donde el consumo de

alimentos preparados en la vía pública es cada vez más frecuente, los organismos patógenos pueden introducirse en las materias primas e ingredientes a través de una manipulación incorrecta de los alimentos.

35. Las prácticas agrícolas tienen consecuencias importantes para la salud de las comunidades rurales. Por ejemplo, los sistemas de riego han ampliado los criaderos de los vectores patógenos del paludismo y de la esquistosomiasis. Cada vez más, entran en conflicto las demandas derivadas de la necesidad de agua para el riego y la necesidad de ese recurso esencial para el uso humano. El hecho es que el dilema ha de resolverse, dado que han de ponderarse los potenciales efectos perjudiciales del riego frente a las ventajas del aumento de los suministros de alimentos y de los ingresos que pueden derivarse del propio riego. Además, del uso inadecuado de sustancias químicas en la agricultura se derivan riesgos para la salud.

ESTILOS DE VIDA Y ALIMENTACION

36. Los estilos de vida sanos, que contribuyen a acentuar la sensación de bienestar de las personas, pueden actuar como amortiguadores respecto a las enfermedades. En ellos intervienen factores tales como: una dieta equilibrada, ejercicio físico regular; limitación de los estados de agotamiento y evitar el abuso del alcohol y del tabaco. El hábito de fumar tabaco sigue siendo en todo el mundo un problema para la salud, por estar directamente relacionado con una mayor mortalidad por cáncer y con una mayor presencia de enfermedades cardíacas, y por sus efectos sobre el estado nutricional del feto.

37. Los datos de carácter demográfico reunidos en recientes estudios epidemiológicos confirman la importancia de la alimentación y de los estilos de vida en lo que atañe al cambio de las modalidades de malnutrición. El cambio de los perfiles de morbilidad y mortalidad en muchas zonas que están experimentando cambios sociales y económicos rápidos es característico de la relación dinámica entre los cambios de la alimentación, la disminución de las enfermedades infecciosas y la acentuación de los estilos de vida sedentarios. Es significativo al respecto el caso de la Europa oriental, donde estudios recientes ponen de manifiesto una disminución de la esperanza de vida en las zonas menos desarrolladas de la región, aun cuando sigan disminuyendo los índices de mortalidad infantil.

38. Aunque las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta se observan sobre todo en poblaciones opulentas, están suscitando creciente preocupación entre las clases pobres y medias de los países industrializados. Además, están empezando a plantear problemas de salud pública en numerosos países en desarrollo. En muchos de ellos, se ha registrado incluso un desplazamiento notable del interés desde los problemas de desnutrición hacia los problemas relacionados con una ingestión alimentaria excesiva y desequilibrada.

39. Los regímenes alimenticios que incluyen grandes cantidades de frutas, hortalizas, legumbres y cereales integrales llevan consigo una disminución de la aparición de esas enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. Las dietas que suponen menores riesgos en relación con las enfermedades cardíacas y determinados cánceres son las que no tienen un contenido excesivo de calorías y grasas (especialmente grasas saturadas y colesterol), incluyen alimentos con cantidades suficientes de carbohidratos complejos y fibra dietética, así como vitaminas y minerales, y tienen un contenido moderado de sal.

40. La obesidad, relacionada a menudo con un exceso de aporte energético y de ingestión de grasas, aumenta el riesgo de hipertensión, apoplejía, diabetes y enfermedades coronarias. Un consumo excesivo de alcohol está asociado con diversos problemas de salud, así como con problemas sociales relacionados con la dependencia. En algunas personas, una ingestión elevada de sal está relacionada con el aumento de la tensión arterial. Una ingestión elevada de grasas comestibles, especialmente grasas

saturadas, está vinculada con un nivel elevado de colesterol, que constituye un factor de riesgo para las enfermedades coronarias. La relación entre régimen alimenticio y cáncer está menos demostrada, aunque las pruebas existentes indican que las dietas ricas en grasas están relacionadas con algunos tipos de cáncer, como los de colon, próstata y mama. En algunas poblaciones, el cáncer de estómago está asociado con dietas que contienen grandes cantidades de alimentos ahumados y conservados en sal. Además, la frecuencia del consumo de azúcar y de otros carbohidratos refinados está estrechamente relacionada con la carie dental.

DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA Y ACCESO A LA MISMA

41. Son varios los servicios sanitarios que pueden mejorar el estado nutricional: la vacunación contribuye a romper la peligrosa asociación entre malnutrición e infección; los servicios terapéuticos acortan la duración de las enfermedades; la terapia de rehidratación oral reduce la gravedad y las consecuencias de las enfermedades diarreicas. Una alimentación apropiada durante la diarrea y después de ésta acelera la recuperación. El riesgo, la gravedad y las secuelas de la diarrea durante los seis primeros meses de vida disminuyen considerablemente si los lactantes se alimentan exclusivamente con leche materna. La prestación de cuidados prenatales puede mejorar el peso al nacer. En el momento del nacimiento, las prácticas obstétricas ejercen una fuerte influencia sobre el inicio y el establecimiento de la lactancia materna. Programas específicos de alimentación complementaria en relación con el hierro, vitamina A y yodo pueden constituir una intervención sanitaria eficaz.

42. La disponibilidad de servicios, personal capacitado, infraestructura y medicamentos esenciales, así como la disposición de la población para solicitar servicios sanitarios, determinan su utilización. Estos factores están relacionados entre sí y dependen del apoyo que reciba el personal sanitario, de su capacidad para trabajar y de su satisfacción en el empleo. La aceptación y calidad de los servicios sanitarios, su accesibilidad y la relación entre personal sanitario y pacientes son factores importantes que influyen en la utilización de los servicios.

43. Los servicios de salud primarios, secundarios y terciarios contribuyen esencialmente a prevenir la malnutrición y a mejorar la nutrición. Aunque la preocupación principal del paciente está relacionada con los servicios terapéuticos prestados en el centro sanitario local, para sostener una nutrición adecuada son necesarios otros elementos de la atención primaria de salud, como educación sanitaria, agua potable y saneamiento básico, servicios de higiene maternoinfantil, incluida planificación familiar, campañas de vacunación, lucha contra enfermedades endémicas y suministro de medicamentos esenciales. Los servicios de higiene maternoinfantil constituyen el elemento fundamental de los servicios sanitarios locales en lo que respecta a la nutrición. El establecimiento de una red de servicios de higiene maternoinfantil, en la que se preste especial atención a la práctica y promoción de la vigilancia del crecimiento infantil, es una de las medidas de salud pública más importantes para prevenir la desnutrición. Cuando se produce una falta de crecimiento, se identifican las causas -ya sean dietéticas o estén relacionadas con prácticas de alimentación o problemas socioeconómicos- y se adoptan las medidas apropiadas. Teniendo en cuenta las circunstancias económicas con que se enfrentan actualmente muchos países pobres, el número de personas atendidas por estos servicios de salud periféricos es muy bajo. Dadas las limitaciones financieras, servicios móviles de salud que eran frecuentes en el pasado se han visto obligados a disolverse. En ocasiones, las dificultades vigentes dan lugar a una degradación de la calidad de estos servicios. Todas estas circunstancias son factores de alto riesgo para la malnutrición.

INDONESIA FOMENTA LA NUTRICION Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

En Indonesia, las autoridades competentes reconocen que las tasas elevadas de fecundidad acentúan las dificultades con que se tropieza para satisfacer las demandas de tierra, empleo y servicios y representan una grave limitación para conseguir los objetivos establecidos en materia de nutrición. Se están elaborando estrategias que permitan atender las necesidades de un creciente número de personas y fomenten a la vez una reducción del tamaño de las familias.

Los profesionales de la salud indonesios consideran que una nutrición y planificación familiar mejores son objetivos imprescindibles e inseparables para elevar la calidad de vida. En 1990 la población de Indonesia ascendía a 179 322 000 personas. Aunque la tasa de crecimiento se ha reducido considerablemente desde un 2,32 por ciento en 1971-1980 a un 1,97 por ciento en 1981-1990, el número elevado de jóvenes en la población de este país (más de 64 millones de menores de 15 años) significa que el crecimiento demográfico será rápido a lo largo del próximo siglo.

El programa de planificación familiar de Indonesia, dirigido por la Junta Nacional de Coordinación de la Planificación Familiar (BKKBN), ha obtenido éxitos notables en sus intentos de reducir las tasas de fecundidad. Cuando se inició el programa de planificación familiar hace 20 años, la tasa bruta de natalidad era de un 43 por mil, mientras que en la actualidad es de un 28 por mil. Aunque son muchos los factores sociales que han influido en la reducción de las tasas de natalidad, la causa principal del descenso de la fecundidad ha sido el conocimiento y utilización de anticonceptivos modernos.

Pese a la mejora de la ingestión dietética y de las prácticas de alimentación y cuidado de los niños que se ha registrado, Indonesia se sigue enfrentando con graves problemas de nutrición en cuatro ámbitos: malnutrición proteinoenergética (MPE), carencia de vitamina A, trastornos por carencia de yodo (TCY) y anemia nutricional.

Función esencial de los promotores voluntarios de la salud

Uno de los mecanismos más importantes que está aplicando el Gobierno indonesio para hacer frente a los problemas nutricionales es el plan de mejora de la nutrición familiar (UPGK). Dadas las dificultades del personal profesional para atender a una población de casi 200 millones de personas, muchas de las cuales viven en comunidades rurales diseminadas por todo el archipiélago, Indonesia ha recurrido a los promotores voluntarios de la salud, conocidos como *kaders*.

El éxito de los programas de nutrición y planificación familiar puede atribuirse en buena medida a estos voluntarios que trabajan en centros comunitarios de salud denominados *posyandu*. En los últimos años el número de centros ha aumentado rápidamente hasta alcanzar los 231 589 *posyandu* en todo el país. Los voluntarios ofrecen servicios nutricionales, como vigilancia del crecimiento, y distribuyen dosis de nutrientes entre los que se incluyen suplementos de hierro, cápsulas de vitamina A y Oralite. Estos voluntarios registran y transmiten la información necesaria para supervisar la nutrición y difunden consignas relativas a la educación nutricional. Además de sus actividades para mejorar la nutrición, los *kaders* divulgan mensajes relacionados con la planificación familiar, como el concepto del tamaño ideal de la familia feliz y próspera, formada por los progenitores y tres hijos, y ofrecen asesoramiento sobre anticonceptivos. Teniendo en cuenta que los promotores de la salud proceden de la comunidad y se ocupan de un número reducido de casos, conocen bien a las personas a quienes atienden, lo que facilita el debate de cuestiones delicadas relativas a la nutrición y a los métodos anticonceptivos.

Adaptación de los valores tradicionales de la vida moderna

La estrategia aplicada en Indonesia se vale de la estructura y las relaciones sociales existentes para promover sus programas. La política demográfica goza de un amplio respaldo; de hecho, las mujeres de los funcionarios públicos de todos los niveles participan en la ejecución de los programas. Se procura contar con el apoyo público de los dirigentes religiosos y tradicionales de las aldeas. Valores culturales tradicionales, como el reparto de las responsabilidades y la solidaridad, facilitan la ejecución de los programas nutricionales y demográficos. Al mismo tiempo, los indonesios no dudan en impulsar el cambio de prácticas culturales en caso necesario.

Aunque las tendencias macroeconómicas influyen sin duda en la capacidad de un país para hacer frente a los problemas nutricionales e introducir cambios demográficos, la experiencia de Indonesia demuestra que para mejorar la nutrición y reducir las tasas de fecundidad no es necesario esperar a que se produzcan cambios socioeconómicos de gran envergadura. De hecho, las proyecciones demográficas, los indicadores nutricionales y las estadísticas agrícolas han convencido a las autoridades indonesias encargadas de la planificación y la formulación de políticas de que estas intervenciones no se pueden aplazar si se quieren mantener, e incluso superar, los beneficios obtenidos hasta la fecha.

44. Se ha reconocido que el número de personas asistidas por los servicios oficiales de salud en las comunidades es bajo. La esencia de la atención primaria de salud consiste en que las comunidades participen en los componentes fundamentales de su propia asistencia sanitaria, con el apoyo del centro de salud más cercano, y los organizan. Desde la Conferencia de Alma Ata, este proceso se ha ampliado hasta alcanzar a un número considerable de comunidades en casi todos los países, aunque es necesario llegar a más personas necesitadas. Muy a menudo esto se consigue mediante la creación de un comité de salud en las aldeas y la capacitación de trabajadores de salud en las comunidades. Otro factor que contribuye a determinar el estado nutricional es el grado de sensibilización de las comunidades respecto de las cuestiones sanitarias y su capacidad para elaborar un programa de salud a nivel comunitario, dado que todos los aspectos de la asistencia sanitaria repercuten sobre la nutrición. La existencia de estas actividades locales es un factor importante para la nutrición de los niños pequeños y de las madres.

Cuidados y nutrición

EN LOS HOGARES

45. Los cuidados constituyen en sí un elemento esencial de una buena salud y nutrición. Pueden darse casos de malnutrición aun cuando un hogar tenga acceso a cantidades y tipos de alimentos suficientes, así como a servicios de saneamiento y salud apropiados. Aunque unos ingresos suficientes, una mayor disponibilidad de alimentos y servicios de salud más amplios son requisitos necesarios para mejorar la nutrición, no aportarán mejoras a menos que los hogares estén en condiciones de valerse de ellos. Además de la necesidad de aumentar la aptitud de las familias para proporcionar cuidados a todos sus miembros, la mejora de la nutrición de los grupos desfavorecidos y vulnerables puede depender también de la capacidad y disposición de la sociedad para prestarles asistencia.

46. Los cuidados consisten en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, de tiempo, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños en edad de crecimiento y de otros miembros de la familia. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y de organización. Además, ofrecen la posibilidad de hacer el mejor uso posible de los recursos alimentarios del hogar destinados a la alimentación de los niños, especialmente en el contexto de nutrición infantil. Estos cuidados implican el uso eficaz de los recursos para proteger a los niños de las infecciones, atenderlos durante las enfermedades y prestar asistencia a otras personas que puedan ser incapaces de cuidar de sí mismas debido a su invalidez o ancianidad. De modo más general, incluyen la preocupación por el bienestar psicológico y emocional. Aunque constituyen objetivos en sí, pueden a su vez, beneficiar a la nutrición y la salud. Se considera que el apoyo emocional, incluido el sentimiento de seguridad, constituye un factor determinante de la nutrición infantil en las primeras fases de la vida.

47. Proporcionar cuidados personales en el hogar constituye un aspecto importante del comportamiento humano. El tipo de cuidados prestados depende de los recursos del hogar y de las actitudes de los que adoptan decisiones respecto del uso de dichos recursos. Para que las personas puedan proteger y mejorar su propio estado nutricional y el de aquellos que tienen a su cargo, requieren una información básica sobre las necesidades nutricionales y sanitarias, así como sobre el modo mejor de satisfacerlas con los recursos disponibles. Además de medios económicos, las jefes de familia y dispensadoras de cuidados primarios necesitan también tiempo, energías y motivación para asegurar el bienestar equitativo de todos los miembros de la familia y poner en práctica sus conocimientos. Una buena nutrición depende de la disponibilidad de diversos alimentos, bienes y servicios, pero sobre todo de que las personas sean capaces de utilizarlos eficazmente.

48. Los conocimientos, aptitudes y prácticas de los miembros de la familia, en particular del jefe de la misma y del dispensador de cuidados primarios, determinan en gran medida el estado nutricional de la familia. La malnutrición puede deberse a una comprensión deficiente de las necesidades nutricionales variables del organismo a lo largo del ciclo vital, así como del modo mejor para cubrir estas necesidades con los alimentos disponibles. Las modas y tabúes alimentarios, los hábitos alimentarios incorrectos, las técnicas precarias de preparación de los alimentos, así como una comprensión insuficiente de los riesgos para la salud y unas necesidades dietéticas y unos estados fisiológicos especiales, son todos ellos factores que contribuyen a una nutrición deficiente. Aunque ninguna de estas prácticas es fácil de cambiar, la educación en materia de nutrición puede ser una intervención apropiada y eficaz para ayudar a prevenir y corregir los problemas nutricionales.

49. Las personas que prestan cuidados pueden ser tanto la madre y el padre como otras personas. Sin embargo, es preciso señalar que, en muchos países, lo que determina

esencialmente el tipo de alimentos que se consumen, el modo en que se preparan y la cuantía del apoyo emocional y la respuesta que se da a las necesidades de los niños pequeños es la índole de las actividades de la madre (es decir la combinación de tareas domésticas y actividades que generan ingresos), que tienen un carácter apremiante y limitan su tiempo. Todos estos aspectos de la vida diaria afectan al estado nutricional y, en las sociedades muy pobres, tienen una importancia crucial para prevenir la malnutrición infantil. Por consiguiente, es esencial tener en cuenta la función de la mujer y sus conocimientos, motivación, tiempo y control de los recursos, en particular los ingresos. Las madres que han recibido educación y disponen de recursos son más capaces de hacer frente a las enfermedades de sus hijos y a otros problemas. La posición subordinada de las mujeres en muchas sociedades puede ser también una causa importante de la malnutrición. Los niños y las mujeres figuran entre las primeras víctimas de la pobreza y la malnutrición en situaciones en que las creencias vigentes legitiman su posición de inferioridad.

LA FUNCION DE LAS MUJERES EN LA NUTRICION

Son muchas las formas en que las mujeres contribuyen al estado nutricional de todos los miembros del hogar y, de hecho, lo determinan. Si bien estas contribuciones son apreciables en todo el mundo en desarrollo, revisten especial importancia en las familias rurales y pobres y en los hogares en que la mujer es jefe de familia.

Una de las formas principales en que las mujeres contribuyen a la nutrición es a través de su función como trabajadoras agrícolas. Las mujeres aportan con frecuencia más del 50 por ciento del trabajo destinado a la producción de cultivos comerciales y realizan hasta el 80 por ciento de las labores que lleva consigo la producción de cultivos alimentarios para el consumo familiar. También proporcionan la mayor parte de la mano de obra para cultivar los huertos que suministran a las familias hortalizas, tubérculos y frutas complementarios, así como para criar pequeños animales.

Las mujeres predominan en las actividades posteriores a la cosecha, tales como comercialización, elaboración (en los hogares y en las fábricas), venta callejera y almacenamiento. También suelen encargarse de seleccionar los alimentos para el consumo familiar, así como de comprarlos y prepararlos.

Las mujeres contribuyen a la nutrición gracias a los ingresos que generan. El 42 por ciento aproximadamente de la población femenina mayor de 15 años realiza actividades remuneradas y las mujeres predominan en el sector no estructurado de la economía. De este modo, las mujeres aportan una proporción importante de los ingresos familiares necesarios para la adquisición de alimentos y la sostenibilidad nutricional.

Las mujeres influyen en la nutrición por medio de sus hábitos alimentarios. Son depositarias de información sobre alimentación y nutrición que puede abarcar desde el conocimiento de productos forestales comestibles no madereros hasta conocimientos prácticos de cocina. Son las principales encargadas de alimentar a los niños, instruirles en materia de nutrición, establecer modelos alimentarios e inculcar a los niños normas culturales relacionadas con los alimentos.

Las mujeres influyen en la nutrición mediante la atención sanitaria que dan y reciben. A ellas les incumbe sobre todo la atención de la salud materno-infantil, que incluye entre otras cosas la vigilancia del embarazo, la educación en materia de nutrición durante el mismo, el suministro de suplementos nutritivos y alimenticios, la educación sanitaria, la asistencia al parto, la protección de la lactancia materna, la prevención de enfermedades comunes y la lucha contra las mismas, y el saneamiento de los hogares.

Las mujeres contribuyen a la nutrición suministrando leña y agua potable. En la mayor parte del mundo en desarrollo, las mujeres se encargan de recoger y utilizar leña y agua potable para el consumo familiar. Además de ser importantes para la preparación de los alimentos, el estado nutricional y la salud, estos dos recursos influyen en la sostenibilidad a largo plazo del medio ambiente.

50. La lactancia materna es una de las actividades más elementales e importantes relacionadas con la prestación de cuidados. Para el niño, la lactancia materna representa una combinación de acceso a los alimentos, protección contra las infecciones y recepción de cuidados afectuosos en una sola actividad. Para la madre, el amamantamiento significa un fortalecimiento de los lazos con su hijo y, cuando éste no recibe más líquidos o alimentos que la leche materna, contribuye a protegerla de otro embarazo en los seis

GRUPOS VULNERABLES: LOS REFUGIADOS

A lo largo de la historia la necesidad económica ha impulsado a los emigrantes, quizás las personas más pobres del mundo, a desplazarse dentro de su país o a cruzar las fronteras de éste para dirigirse a los lugares donde existe demanda de mano de obra. Los refugiados políticos, las víctimas de las sequías y otras personas que huyen de peligros ambientales y agitaciones nacionales o internacionales constituyen un elemento cada vez más importante de los modelos de emigración. Los emigrantes representan sólo una pequeña proporción de la población, pero pueden influir considerablemente en el uso de los recursos, entre ellos los suministros alimentarios y los servicios de atención de la salud.

El número total de refugiados que dependen de la asistencia internacional ha aumentado rápidamente en los dos últimos decenios. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estimaba que a finales de 1970 había 2,5 millones de refugiados, mientras que diez años después había 8,2 millones. En 1992, el número total de refugiados que reciben asistencia se estima en 19,5 millones. De ellos, 6 millones residen en campos de refugiados en África y 8 millones se localizan en el Cercano Oriente, África del norte y Asia sudoccidental. El número de refugiados en América del Norte y Europa aumentó desde unos 2 millones en 1991 hasta 3,5 millones en 1992, debido a los conflictos étnicos registrado en Europa oriental, especialmente en Yugoslavia. El resto de los refugiados se encuentra en América Latina, Asia y Oceanía. Resulta cada vez más difícil resolver los problemas que plantean los refugiados. En consecuencia, cada vez es mayor el número de ellos que permanece durante períodos más largos de tiempo en condiciones de dependencia al menos parcial de la ayuda alimentaria.

Durante el último decenio se han observado altos niveles de malnutrición proteinoenergética aguda, especialmente entre las poblaciones de refugiados de África. Las razones inmediatas de esta malnutrición son diversas. En algunas situaciones de urgencia, los refugiados están ya malnutridos cuando reciben asilo. A veces esto se debe a la escasez de alimentos, causada por factores naturales o políticos o, como sucede en el Cuerno de África, por una combinación de unos y otros, antes de la huida. La escasez de alimentos es a menudo un factor que influye en la decisión de huir. En otras ocasiones, la malnutrición en el momento de la llegada a un campo de refugiados es el resultado de la escasez de alimentos durante la huida. La mayoría de los refugiados huyen de sus hogares a pie y muchos de ellos se desplazan durante semanas sin alimentos suficientes. Los refugiados que llegan malnutridos a las etapas iniciales de una situación de urgencia se enfrentan con problemas graves, al no haberse establecido todavía mecanismos para responder a sus necesidades. Cuando no se dispone inicialmente de una ración completa, el estado nutricional de los refugiados que estaban relativamente bien nutridos en el momento de su llegada empeorará inevitablemente. Los riesgos para la salud resultantes del hacinamiento, de un alojamiento y abastecimiento de agua insuficientes y de otros problemas de salud pública son en general mayores en las etapas iniciales. Por ello, el deterioro del estado nutricional puede ser rápido, con fuertes aumentos de la morbilidad y de la mortalidad.

La prevalencia de la malnutrición aguda entre los refugiados etíopes en el Sudán oriental aumentó hasta un 50 por ciento en 1985, a raíz de su huida del hambre y de la guerra civil. Las tasas de malnutrición se mantuvieron elevadas hasta ocho meses después de su llegada, cuando se organizaron raciones de socorro y servicios sanitarios eficaces. En 1990 se observaron también tasas de malnutrición

primeros meses después del parto. El aumento del intervalo entre los nacimientos protege a su vez la salud y el estado nutricional de la madre y los de otros miembros de la familia.

51. El conjunto de actividades esenciales que viene a continuación es el proceso de destete, que tiene lugar entre los seis y los 24 meses. Los lactantes están expuestos a los riesgos nutricionales más graves, en forma de contaminación de los alimentos, menor densidad energética, alimentación menos frecuente y pérdida de la seguridad materna durante esta época. Esta responsabilidad se confía a veces a un hermano mayor que no es capaz de cuidar adecuadamente del lactante, lo que puede causar su malnutrición e incluso su muerte. La dureza de las condiciones de vida en las zonas rurales y urbanas pobres puede dar lugar a que los contactos entre la madre y el hijo sean escasos a partir del destete. Los conocimientos y la motivación del dispensador de cuidados afecta directamente al carácter de la respuesta de las necesidades de los niños. En este contexto, los problemas relacionados con los cuidados a las adolescentes pasan a menudo inadvertidos, aunque éstas constituyen también un grupo nutricionalmente vulnerable y necesitado de cuidados.

aguda relativamente elevadas (45 por ciento) entre los refugiados procedentes del sur del Sudán en Etiopía occidental, debido a las limitaciones relativas a un suministro oportuno de raciones alimentarias, agua, saneamiento y servicios sanitarios suficientes. El estado nutricional de los refugiados somalíes en Etiopía oriental se agravó efectivamente durante los seis primeros meses después de su llegada al país de acogida (1988/89). El contenido energético diario de las raciones alimentarias distribuidas desde febrero a mayo de 1989 fue como promedio de 1 463 Kcal por persona, en comparación con el mínimo recomendado de 1 900 Kcal por persona y día. El hacinamiento, la falta grave de agua y el saneamiento precario, que dieron lugar a un aumento de las enfermedades transmisibles y de la mortalidad, exacerbaron la carencia de alimentos suficientes.

En 1991 y durante la primera mitad de 1992 se han observado niveles igualmente elevados de malnutrición entre los refugiados de Somalia en el norte de Kenya y en Djibouti. El mecanismo de respuesta a estas situaciones ha consistido en el establecimiento de programas de alimentación selectiva para la rehabilitación de las personas malnutridas, así como con fines de prevención. Aunque la rehabilitación nutricional a través de programas de alimentación selectiva puede resultar eficaz, estos programas dependen del suministro de raciones generales apropiadas a todos los refugiados, y no pueden reemplazarlo.

En algunas situaciones, las tasas de desnutrición de mantuvieron bajas o disminuyeron rápidamente, como en Tailandia (1979) y Pakistán (1980). En estos casos, se organizaron con rapidez operaciones de socorro de urgencia y se establecieron sistemas eficaces de entrega de alimentos y servicios sanitarios, a tiempo para prevenir problemas de salud y nutrición a más largo plazo. Más recientemente, en 1990, en Guinea, África occidental, se evitó una malnutrición generalizada gracias a la generosa ayuda prestada por los aldeanos de este país a los refugiados liberianos en ausencia de una asistencia internacional inmediata.

La prevalencia de la malnutrición aguda ha sido baja entre los refugiados mozambiqueños en Malawi, pero la calidad de las raciones alimentarias no ha sido suficiente para evitar varios brotes de pelagra en gran escala (1989/90). El escorbuto ha constituido un problema constante en los campos de refugiados del Cuerno de África, por ejemplo en Etiopía, Somalia y Sudán, donde las raciones de alimentos se han limitado a dos o tres productos y el contenido de vitamina C ha sido muy inferior a la dosis diaria recomendada por FAO/OMS. La falta de variedad en las raciones básicas de socorro es un importante factor de riesgo para carencias de micronutrientes como la pelagra y el escorbuto. El riesgo es mayor en situaciones de dependencia prolongada y total de la ayuda alimentaria externa. La disponibilidad del gobierno hospedante para integrar servicios, promover la autosuficiencia y facilitar el acceso a las oportunidades de empleo, cuando existen, es importante para reducir la vulnerabilidad de los refugiados.

Cuando el Gobierno del país de acogida no está en condiciones de hacerse cargo de los inmigrantes y los organismos internacionales carecen de recursos para atender a las necesidades de éstos se plantea un problema de política importante. Sólo si se adoptan políticas y acuerdos internacionales y se facilitan recursos se podrá hacer frente a estas trágicas situaciones.

Fuente: ACNUR

52. El nivel educacional de las madres, independientemente de los ingresos del hogar, está relacionado positivamente con un mejor estado nutricional de los niños y una tasa de mortalidad infantil más baja. Los efectos de la educación materna en la salud de los hijos están condicionados por una administración mejor de los recursos del hogar. La educación materna va asociada con frecuencia con un mayor uso de los servicios de atención de la salud, tasas de fecundidad más bajas y comportamientos más centrados en la prestación de cuidados a los niños. Al aumentar el nivel educacional, las mujeres tienen más poder dentro de la familia para asignar recursos destinados a los alimentos y a otros bienes necesarios para la salud y bienestar de sus hijos.

53. La asignación de los alimentos dentro del hogar es una cuestión importante y está directamente relacionada con las causas básicas del acceso a los alimentos y a los cuidados. De conformidad con las costumbres de ciertas sociedades, algunos miembros de la familia reciben más alimentos que otros en proporción con sus necesidades nutricionales. Por ejemplo, las investigaciones indican que en ciertos países los varones son objeto de un trato de favor.

54. Son numerosos los factores familiares y demográficos relacionados con la malnutrición infantil, como el tipo de vivienda y abastecimiento de agua, el orden de nacimiento, la edad de la madre, la edad del niño en el momento del destete y la presencia o ausencia de otros hermanos. Los nacimientos frecuentes pueden reducir las reservas nutricionales de una mujer. Cuando la ingestión de nutrientes de una mujer embarazada es limitada, lo primero que se cubren son las necesidades del feto. Además, la presencia de un gran número de niños pequeños en el hogar puede tener efectos negativos en éstos, independientemente de otros factores socioeconómicos.

EN LAS COMUNIDADES

55. En los párrafos anteriores se ha subrayado la importancia de los cuidados prestados por las personas y familias para el bienestar nutricional. Sin embargo, las comunidades influyen también considerablemente sobre la nutrición. El estado nutricional es el resultado de una compleja trama de factores sociales, económicos, demográficos y ambientales. Las sociedades tienen un instinto de supervivencia básico y uno de los elementos esenciales de esta supervivencia es una nutrición suficiente. Muchas comunidades, especialmente en los países en desarrollo, han de hacer frente a un entorno físico y económico muy riguroso. Su capacidad para actuar en este entorno depende en parte de sus recursos naturales, que pueden ser totalmente insuficientes. Por ejemplo, una aldea puede haberse establecido, por motivos históricos, en una tierra inadecuada para la agricultura, sumamente erosionada o agotada, o localizada en zonas infestadas con agentes o vectores de enfermedades. La supervivencia de la comunidad depende de su capacidad para superar esas limitaciones gracias a sus propios recursos, a la ayuda del Gobierno o a otros recursos externos.

56. El entorno económico puede ser igualmente problemático. Por ejemplo, las aldeas aisladas pueden tener dificultades para competir con otras situadas en zonas con mejores accesos a un mercado y tener que aceptar una disminución de los precios de algunos de sus productos primarios.

57. La aptitud de una comunidad para hacer frente a estos problemas depende de su propia estructura y organización, de la capacidad de sus dirigentes, de su disposición a cooperar con los demás y a velar por los intereses de la comunidad en conjunto. En las aldeas suele haber un gobierno, consejo u otra organización de carácter oficial u oficioso. La idoneidad de esta estructura y el estímulo y apoyo proporcionados por el centro más cercano del gobierno local tienen una influencia considerable sobre la capacidad de la comunidad para hacer frente a sus problemas ambientales e internos.

58. La organización social y la capacidad de dirección pueden repercutir también notablemente en el estado nutricional de la comunidad. Por ejemplo, unos dirigentes activos pueden organizar las tareas comunitarias necesarias para mantener los caminos y puentes de la aldea. Grupos de agricultores pueden facilitar los contactos comerciales con el mundo exterior, a fin de posibilitar la comercialización de sus productos y el acceso a los servicios gubernamentales.

59. Si existe una sensibilización suficiente con respecto a las cuestiones nutricionales, de salud o sociales, el comité de aldea, o grupos extraoficiales, especialmente organizaciones de mujeres de la comunidad, pueden en ocasiones identificar a las personas deficientemente nutridas, familias con problemas, personas desplazadas, campesinos sin tierras u otras familias desfavorecidas. En las comunidades bien organizadas, una organización local se ocupa de estos problemas. Si no existen organizaciones comunitarias de este tipo, es probable que el estado nutricional de los miembros de la comunidad, junto con otros indicadores de la calidad de vida, empeoren notablemente.

SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

60. Además de los tipos de cuidados proporcionados por las comunidades, existen mecanismos para prestar asistencia de modo más sistemático. Por ejemplo, los gobiernos u organizaciones no gubernamentales prestan asistencia a través de sistemas de seguridad social. En general, estos sistemas están organizados a nivel nacional o local y son más frecuentes en las zonas urbanas.

61. La prestación de cuidados en forma de respuesta socialmente organizada a las necesidades nutricionales se encuentra en una fase de transición. A medida que las comunidades se modernizan y las poblaciones se reinstalan en zonas urbanas, las estructuras tradicionales de asistencia dentro de las familias y comunidades se debilitan. Esto sucede especialmente en el caso del sistema de la familia extensa y puede dar lugar a la creación de grupos de personas que no reciben asistencia a menos que los gobiernos u otras instituciones decidan ocuparse de ellas. En muchos países, organizaciones benéficas colman las lagunas existentes en la prestación de asistencia. En varios países desarrollados, el Estado proporciona seguridad social para mantener un volumen mínimo de ingresos.

62. En lo que respecta a la nutrición, las formas de seguridad social varían en los países desarrollados y en desarrollo. Varios países en desarrollo subvencionan los precios al consumidor de los alimentos, especialmente para las poblaciones urbanas, lo que contribuye a aumentar el aporte calórico que reciben los pobres. En algunos países, se han instituido programas de alimentación para madres, lactantes y niños en edad escolar. En ciertos países en desarrollo existen también determinadas formas de seguridad social (por ejemplo seguro médico, seguro de invalidez, subsidios de desempleo), pero éstas son escasas y se limitan al sector del empleo estructurado. La mayoría de los países en desarrollo no disponen de recursos para establecer un sistema oficial de seguridad social hasta que no alcanzan unos niveles medios de ingresos. Tanto en los países desarrollados como en desarrollo, los ancianos tienden a estar aislados socialmente. En algunos países se presta asistencia a estos grupos vulnerables a través de programas de distribución de alimentos y comidas. Asimismo, los programas destinados a otros grupos, tales como los inválidos, pueden considerarse también formas de asistencia. Además, cuando los refugiados atraviesan las fronteras internacionales, los organismos internacionales tienen la obligación de proteger su bienestar, y los recursos que les proporcionan en forma de alimentos y otros bienes se convierten en parte de la estrategia de asistencia.

Bibliografía del Capítulo dos

- Abdullah, M. & Wheeler, E.** 1985. Seasonal variations and the intra-household distribution of food in a Bangladeshi village. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 41: 1305-13.
- Alderman, H.** 1990. *Nutritional status in Ghana and its determinants, social dimensions of adjustment in sub-Saharan Africa*. Working paper no. 5. Washington, DC, World Bank.
- Behrmann, J.R., Deolalikar, A.B. & Wolfe, B.L.** 1988. Nutrients: impacts and determinants. *World Bank Econ. Rev.*, 2(3): 299-320.
- Berg, A.** 1981. *Malnourished people: a policy view*. Washington, DC, World Bank.
- Chambers, R., Longhurst, R. & Pacey, A., eds.** 1981. *Seasonal dimensions to rural poverty*. London, Frances Pinter.
- Chen, L.** 1983. Interaction of diarrhoea and malnutrition. In L.C. Chen & N. Scrimshaw, eds. *Diarrhoea and malnutrition: interaction, mechanisms and interventions*, p. 3-19. New York, Plenum Press.
- Chen, L., Huq E. & Huffman, S.** 1981. A prospective study of the risk of diarrhoeal diseases according to the nutritional status of children. *Amer. J. Epidemiol.*, 114: 284.
- Haaga, J.G & Mason, J.B.** 1987. Food distribution within the family: evidence and implications for research and programmes. *Food Policy*, 12(2): 146-160.
- Heller, P. & Drake, W.** 1979. Malnutrition, child morbidity and the family decision process. *J. Dev. Econ.*, 6: 203-235.
- Hornik, R.** 1985. *Nutrition education*. ACC/SCN State-of-the-art review. Nutrition policy discussion paper no. 1. Geneva.
- Kielmann A. et al.** 1983. Child and maternal health services in rural India: the narangwal experiment. *Integrated nutrition and health care*, vol. 1. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Lipton, M.** 1983. *Poverty, undernutrition and hunger*. World Bank staff working paper no. 597. Washington, DC.
- Longhurst, R.** 1984. *The energy trap: work, nutrition and child malnutrition in northern Nigeria*. Cornell international nutrition monograph series no. 13. Ithaca, NY.
- Martorell, R., Leslie, J. & Moock, P.** 1984. Characteristics and determinants of child nutritional status in Nepal. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 39: 74-86.
- Mata, L.J.** 1978. *The children of Santa María Cauqué: a prospective field study of health and growth*. The MIT Press international nutrition policy series no. 2. Cambridge, MA.
- Rowland, M. et al.** 1977. A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Brit. J. Nutr.*, 37: 441-450.
- Rowland, M., Rowland, S. & Cole, T.** 1988. Impact of infection on the growth of children for 0 to 2 years in an urban West African community. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 47: 134-138.
- Sahn, D.E., ed.** 1989. *Seasonal variability in Third World agriculture: the consequences for food security*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Sahn, D.** 1990. *Malnutrition in Côte d'Ivoire: social dimensions of adjustment in sub-saharan Africa*. Working paper no. 3. Washington, DC, World Bank.
- Scrimshaw, N., Taylor C. & Gordon J.** 1968. *Interaction of nutrition and infection*. Geneva, WHO.
- Tomkins, A.** 1981. Nutritional status and severity of diarrhoea among preschool children in rural Nigeria. *Lancet*, 1: 860-862.
- Tomkins, A. & Watson, F.** 1989. *Malnutrition and infection: a review*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 5. Geneva.
- Wolfe, B. & Behrman, J.** 1982. Determinants of child nutrition, health, and nutrition in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 11:165-193.

Capítulo tres

Políticas de desarrollo y nutrición

1. Las relaciones existentes entre políticas de desarrollo y bienestar nutricional son numerosas y diversas. Las causas básicas de los problemas de desnutrición y sus soluciones escapan muchas veces al campo de la nutrición. En muchos casos, las estrategias gubernamentales más eficaces para reducir la incidencia y prevalencia de la malnutrición a escala nacional han sido las orientadas al crecimiento con equidad de los ingresos nacionales más que las centradas específicamente en la malnutrición.

2. A pesar de estas relaciones, los responsables de la planificación y políticas nacionales no han logrado muchas veces prestar la debida atención a las repercusiones de las políticas de desarrollo sobre la nutrición. En consecuencia, tales políticas no han logrado todos los beneficios nutricionales posibles. En algunos casos, determinadas políticas de alcance general han tenido un impacto negativo sobre el bienestar nutricional. Por ejemplo, la búsqueda de la industrialización a expensas del sector agrario ha agravado los problemas nutricionales en algunas circunstancias. Las políticas macroeconómicas que intentan corregir los desequilibrios entre el total de la oferta y la demanda pero no logran prestar la debida atención a sus repercusiones sociales y en el campo de la nutrición pueden provocar graves problemas nutricionales, especialmente en los hogares pobres y vulnerables. Aunque las mejoras de la nutrición quizá no figuren entre los objetivos primarios de las políticas de desarrollo sectoriales o subsectoriales, la identificación de sus posibles repercusiones sobre la nutrición debería ser objeto de especial atención por parte de los responsables de la adopción de política.

3. Al mismo tiempo, desde la perspectiva de las intervenciones selectivas que tratan de abordar determinados obstáculos al bienestar nutricional, es preciso diseñar y analizar tales programas en un contexto de políticas más amplio. Un programa destinado a mejorar la alimentación, la salud o la asistencia puede dar buenos resultados pero, si las políticas generales de desarrollo no tratan de producir efectos positivos sobre la nutrición, quizá no logre tener un efecto significativo permanente sobre el bienestar nutricional.

EFFECTOS DE LAS POLITICAS DE DESARROLLO SOBRE LA NUTRICION

4. En el presente capítulo se examinan los impactos nutricionales de los siguientes tipos de políticas: políticas macroeconómicas y de crecimiento económico, políticas agrícolas, de salud, y de medio ambiente, así como relativas a la población y a la urbanización y políticas referentes al contexto económico internacional.

5. La influencia de las diferentes políticas sobre la nutrición puede variar según las características del grupo vulnerable y los mecanismos a través de los cuales se produce el impacto. Este se puede conseguir a través de uno o de todos los factores directos, a saber, la alimentación, la salud y la asistencia, así como de sus relaciones mutuas. Las políticas de desarrollo debidamente aplicadas pueden incrementar los ingresos generando empleo o influyendo en los precios de los bienes y servicios, sobre todo en los alimentos. Por ejemplo, muchos gobiernos subvencionan los precios de los alimentos, lo que a menudo beneficia ante todo a los consumidores urbanos. Las políticas pueden mantener o incrementar la productividad de los recursos, como la tierra y la mano de obra de los grupos vulnerables. Este objetivo podría lograrse mediante una legislación referente a las políticas agrícolas y ambientales o con políticas de salud que fomenten la productividad de la mano de obra. Las políticas pueden también establecer y ampliar servicios como los de extensión agraria, las clínicas, guarderías, escuelas, mercados y centros de insumos agrícolas, además de la infraestructura, por ejemplo carreteras, puentes, pozos y suministro de agua potable, todo lo cual puede repercutir beneficiosamente en la nutrición.

6. El entorno económico internacional influye de forma decisiva en las perspectivas de desarrollo y en los recursos a disposición de un país para los gastos públicos en todos los sectores relacionados con la alimentación, la salud y la asistencia y puede tener fuertes repercusiones sobre la nutrición.

Políticas macroeconómicas y de crecimiento económico y nutrición

7. Para medir el crecimiento económico se suele utilizar como criterio el producto nacional bruto (PNB) per cápita. Una de las críticas formuladas contra este criterio es que no incluye importantes características de los flujos del producto nacional que determinan en gran parte la fidelidad con que el PNB refleja el bienestar de los individuos de un país. En particular, el PNB per cápita enmascara el problema de la distribución: el mismo nivel de ingresos nacionales produce situaciones de bienestar muy diferentes si los ingresos están distribuidos en forma relativamente equitativa entre la población que si sólo alcanzan a algunos grupos. Se ha propuesto otro criterio, a saber el índice de desarrollo humano, que incluye el PNB per cápita, la esperanza de vida y la tasa de alfabetización.

8. Pero, con algunas excepciones, existe una relación fuerte y constante entre el PNB per cápita y los indicadores de bienestar. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de los niños de menos de cinco años de edad disminuye conforme aumenta el PNB per cápita. Además, este efecto resulta especialmente fuerte en los grupos con bajos ingresos y se debilita conforme se sube a niveles de ingresos superiores.

9. El crecimiento de los ingresos puede mejorar de varias maneras los niveles de vida, el bienestar individual y, por lo tanto, la nutrición. Conforme aumentan los ingresos reales, crece la demanda de bienes y servicios y aumentan los empleos disponibles, lo que hace posible que un número mayor de personas atienda sus necesidades en materia de alimentación, asistencia sanitaria y vivienda segura e higiénica. No obstante, se requieren políticas gubernamentales específicas para garantizar que los beneficios del crecimiento lleguen a la población pobre y vulnerable. Cuando un país tiene indicadores de bienestar que son mucho peores que los de la mayor parte de los demás países con PNB per cápita semejantes, podría decirse que tiene un crecimiento "aleatorio". Son países en que los ingresos nacionales relativamente elevados están muy desigualmente distribuidos y en que el gasto público en el sector social es relativamente bajo.

10. Por el contrario, hay países en que los indicadores de bienestar son más altos de lo que harían pensar los niveles de PNB. Estos países han concedido gran importancia a la atención de las necesidades básicas (como alimentos de bajo costo y atención primaria de salud) por parte del gobierno. Otros países han hecho gran hincapié en promover el crecimiento económico con equidad, a fin de garantizar una distribución más equitativa de los ingresos así como inversiones mayores en el desarrollo de los conocimientos técnicos y de los recursos humanos.

11. Sin un crecimiento económico sostenido, la contribución de la redistribución de los ingresos y del capital al logro de mejoras constantes y duraderas en el bienestar de la población suele ser limitada. Por ello, hay muchas razones que aconsejan una atención especial a la equidad junto con el crecimiento como parte integrante de una estrategia de desarrollo. La experiencia demuestra que equidad y crecimiento económico no son incompatibles, y funcionan mejor cuando se realizan conjuntamente.

12. Los gobiernos tienen una serie de opciones para garantizar que el crecimiento se logre con equidad, de manera que se consigan mejoras en la nutrición. Las estrategias de desarrollo pueden tener efectos distintos en los diferentes grupos de personas: algunos salen beneficiados y otros quedan marginados. Es de suma importancia que los ingresos reales de los grupos pobres y vulnerables aumenten significativamente con el crecimiento.

13. Las políticas macroeconómicas, es decir, las políticas monetarias o fiscales o relacionadas con los tipos de cambio, sueldos, precios y comercio exterior, presentan un ejemplo interesante de cómo pueden influir las políticas en la situación nutricional de diferentes grupos de la población. Por ejemplo, las políticas macroeconómicas pueden

repercutir negativamente en la nutrición si discriminan al sector de la alimentación y de la agricultura y a las zonas rurales o a los grupos pobres y vulnerables o recortan los servicios sociales, como la salud, enseñanza, las subvenciones alimentarias en favor de beneficiarios concretos, etc. En especial, estos efectos negativos pueden darse en muchos países en desarrollo inmersos en programas de ajuste estructural, que muchas veces implican la eliminación de las subvenciones a los alimentos y recortes en los servicios públicos de salud con el fin de reducir el déficit presupuestario y lograr un equilibrio entre la oferta y la demanda agregada en la economía. En la mayor parte de los casos, la carga del ajuste recae desproporcionadamente sobre los pobres y las personas nutricionalmente más vulnerables.

14. El problema no es si el ajuste es necesario o no, pues a la larga son las personas pobres y vulnerables las que continuarán sufriendo o verán incluso agravados sus sufrimientos si continúan los desequilibrios macroeconómicos. Lo que interesa saber es cómo se pueden diseñar y ordenar los programas de ajuste y si deben ir acompañados con programas que actúen como "redes de seguridad", de manera que las medidas adoptadas, al mismo tiempo que logran el equilibrio macroeconómico y el crecimiento económico, protejan a las personas pobres y vulnerables. Generalmente se han adoptado dos planteamientos, pero ambos coinciden en la necesidad de identificar los grupos nutricionalmente vulnerables y tratar de satisfacer sus necesidades dentro del proceso de ajuste. El primer planteamiento es de orientación social y se propone reducir específicamente los efectos negativos del ajuste sobre la población pobre. Para ello hay que seleccionar políticas económicas menos deflacionistas a mediano plazo, promover una asignación más equitativa de los recursos entre sectores productivos y sociales, al mismo tiempo que se incrementa la eficiencia en unos y otros, mejorar la selectividad de las intervenciones y subsidios y supervisar los niveles de vida y la situación de salud y nutricional de los pobres.

15. El otro planteamiento consiste en establecer programas de compensación para ayudar a mitigar los efectos negativos sobre los pobres, cuando se produzcan. Estos intentos incluyen programas de alimentación complementaria, la moderación de las subidas de los precios o la reducción de las subvenciones, la expansión de la asistencia sanitaria, la institución de programas generadores de ingresos y el establecimiento de programas que actúen como "red de seguridad". Los programas de compensación suelen resultar más costosos y muchas veces requieren apoyo adicional de los donantes. En la mayor parte de los casos de ajuste, la especial atención a las necesidades nutricionales de la población pobre puede promover considerables modificaciones en las políticas, lo que debería contribuir a proteger su bienestar.

16. Con la introducción de la estabilización económica y del ajuste estructural de reformas económicas en muchos países en desarrollo y de Europa oriental y central, existe gran preocupación por el impacto de tales políticas sobre la nutrición, especialmente por los efectos negativos observados en la salud y en la nutrición. Por ejemplo, los países de Europa central y oriental están atravesando un proceso de transformación que supondrá el paso de una economía de planificación central a una economía orientada al mercado. En la mayor parte de estos países se ha decretado la liberalización de los precios, la eliminación o reducción radical de las subvenciones y la comercialización del crédito. No obstante, la mayor parte de estos países iniciaron el proceso de reforma con niveles relativamente elevados de consumo de alimentos. Este consumo ha sufrido algunas reducciones que podrían repercutir negativamente en algunos grupos vulnerables. A pesar de todo, no se han registrado deficiencias generalizadas. Las compras no alimentarias se han reducido y en el país que primero comenzó este proceso, Polonia, se han recuperado los niveles anteriores de consumo de alimentos. Se han observado también fuertes pero breves presiones a la importación de alimentos. La expectativa de una mayor variedad de productos alimentarios intensificará este proceso, cuando las respectivas economías superen el impacto inicial.

Políticas agrícolas y nutrición

17. Las políticas agrícolas pueden tener fuertes efectos benéficos sobre la nutrición, gracias a su impacto en el nivel y estabilidad de la producción alimentaria en las explotaciones, en la cuantía y estabilidad de los ingresos de los hogares nutricionalmente vulnerables, en los precios de los alimentos, en las obligaciones laborales y distribución del tiempo de la mujer y en el contenido de nutrientes de los alimentos producidos. No obstante, muchas veces el desarrollo agrícola se ha preocupado más por aumentar la producción total de determinados alimentos y productos no alimentarios que por elevar los niveles de consumo de los hogares pobres, generar medios de vida sostenibles o contribuir a una alimentación sana. Por ello, algunos grupos sociales quizá no se benefician del aumento de la producción agrícola, debido a su pobreza y a la consiguiente falta de acceso a los alimentos, o por otras limitaciones. Existen muchos ejemplos de países donde la disponibilidad total de alimentos puede considerarse suficiente, pero en los que persisten situaciones graves de malnutrición entre los grupos pobres y vulnerables de la población.

18. Los efectos del sector agrícola sobre la nutrición van mucho más allá de la producción y disponibilidad de alimentos, y las consideraciones nutricionales pueden influir en el diseño y selección de una serie de políticas y programas agrícolas. En último término, la misión del sector agrícola debería ser la de incrementar el nivel de vida y mejorar la nutrición, no simplemente la generación de productos agropecuarios. Ello significa que la preocupación por quiénes producen, qué producen, cómo producen y dónde producen puede ser tan importante como cuánto se produce. Por ello, las políticas que determinan el acceso a la tierra y a los insumos agrícolas y la seguridad en la tenencia de la misma son factores fundamentales para determinar las interrelaciones entre agricultura y nutrición. En algunos países, sobre todo en África, los derechos de propiedad de la tierra se basan todavía en prácticas tradicionales, pero como consecuencia de las presiones demográficas las políticas gubernamentales tienen cada vez mayor impacto. La reforma agraria puede ser un paso esencial para satisfacer las necesidades nutricionales de un país. Otra consideración importante es cómo se elaboran y distribuyen los alimentos y otros productos. Es preciso hacer hincapié en la importancia de la contribución del sector privado para alcanzar los objetivos en materia de políticas.

19. Como se ha señalado ya, las políticas agrícolas pueden influir en la nutrición a través de una serie de mecanismos distintos de la producción de alimentos, por ejemplo las oportunidades de empleo y los ingresos, los precios, las limitaciones temporales, las obligaciones laborales y el gasto energético, las condiciones ambientales y de vida, ingresos en divisas, las cuestiones relativas a género y un conjunto de factores sociales. Desde el punto de vista nutricional es preciso determinar quién se verá afectado, y en qué medida, por determinadas políticas agrícolas, y, luego, procurar que se beneficie también la población pobre y malnutrida y que se reduzcan al mínimo los posibles efectos negativos. Cuando es inevitable que se produzca algún efecto negativo, deberán aplicarse mecanismos que protejan a quienes pueden verse perjudicados por tales políticas.

20. La introducción de nuevas tecnologías agrícolas puede tener efectos tanto positivos como negativos sobre la nutrición. Aunque la mecanización, por ejemplo, puede permitir una mayor productividad por unidad de mano de obra, y por lo tanto una mayor producción agrícola, en algunos países el efecto neto podría ser negativo desde el punto de vista nutricional si el resultado de ese proceso es una mayor exigencia de trabajo y la eliminación de empleos agrícolas, muchas veces desempeñados por mujeres. La pérdida de empleos y fuentes de ingresos de la mujer puede tener efectos negativos directos en sus ganancias, que por lo general se dedican en gran parte a la compra de alimentos.

21. En muchas zonas rurales, los problemas nutricionales dominantes están más estrechamente asociados a la falta de puestos de trabajo, que a la escasez de alimentos. La necesidad más acuciante es en muchos casos la creación de empleo en zonas rurales

mediante actividades relacionadas con la agricultura. El fomento del empleo no agrícola, sobre todo en las agroindustrias de las economías de base agrícola, es también fundamental para mejorar la nutrición. Deberá prestarse especial atención a los efectos de las tecnologías adoptadas en las agroindustrias y otras industrias rurales sobre el empleo y los ingresos. Para la protección de los empleos agrícolas y no agrícolas en una situación de excedente de mano de obra, deberá evitarse que las políticas macroeconómicas, como el mantenimiento de una moneda sobrevalorada, reduzcan artificialmente el costo interno de los bienes de capital importados y eleven innecesariamente el costo de la mano de obra interna.

22. Los problemas de la nutrición deben inspirar también otras decisiones relativas a la política agrícola. Los cultivos alimenticios tradicionales son consumidos muchas veces por personas pobres y privadas de seguridad alimentaria que viven en zonas agrícolas marginales. Sin embargo, el potencial de estos cultivos tradicionales, por ejemplo las raíces y tubérculos, las legumbres y leguminosas, no se aprovecha debidamente por varias razones, como los problemas relacionados con el almacenamiento, transporte y procesamiento; precios más bajos de los alimentos importados, (lo que elimina los incentivos para su producción y comercialización), y la falta de investigación sobre la manera de incrementar los rendimientos. Un aumento de la producción de estos alimentos por los pequeños productores mejoraría directamente la disponibilidad alimentaria de este grupo nutricionalmente vulnerable. Algunos de estos alimentos, especialmente las raíces y tubérculos, constituyen alimentos básicos, pero otros, entre ellos varias leguminosas, semillas oleaginosas, hortalizas y frutas, constituyen, en la alimentación de muchas personas, fuentes primarias de aceites, vitaminas y minerales necesarios. Los alimentos tradicionales reducen los problemas asociados a las fluctuaciones estacionales de los suministros alimentarios, ya que están adaptados a su medio y pueden llenar déficits alimentarios estacionales.

23. Además de los beneficios directos sobre el estado nutricional, la generalización de la producción y consumo de alimentos tradicionales puede provocar también significativos beneficios económicos. En el plano local, una mayor utilización de los alimentos tradicionales podría representar un aumento de los ingresos de quienes participan en su producción, procesamiento y comercialización, en muchos casos, mujeres. En el plano nacional, el estímulo de la producción, elaboración y comercialización de estos alimentos podría reducir la demanda de alimentos importados.

24. No obstante, para alentar la producción de alimentos tradicionales es preciso seleccionar y reproducir variedades mejoradas de elevado rendimiento, resistentes a las plagas y enfermedades y nutritivas, así como promover investigaciones de apoyo e innovaciones tecnológicas en la elaboración y preparación de los alimentos. Una política agrícola orientada a la nutrición debería orientar las actividades de extensión a propagar variedades mejoradas de cultivos tradicionales, con el adecuado asesoramiento técnico. Este planteamiento puede implicar, no obstante, una reorientación radical de los gastos de investigación y extensión, para lo que se requerirían decisiones estratégicas conscientes.

25. Los cultivos comerciales presentan un complejo equilibrio entre consideraciones diversas, muchas veces contradictorias. Dichos cultivos, además de aumentar los ingresos en divisas, cuando se exportan, podrían elevar y quizá estabilizar los ingresos familiares, directamente o mediante la creación de empleos en el sector agrícola y fuera de él, además de elevar el nivel del consumo de alimentos. Las tecnologías mejoradas de producción, como el uso de insumos y de materiales de plantación mejorados, a que se recurre con frecuencia en los cultivos comerciales, pueden hacer sentir sus efectos en el sector de los cultivos alimentarios, aumentando también la producción de alimentos. Por otra parte, es posible que el crecimiento de los ingresos no mejore la ingestión alimentaria si los nuevos ingresos no se dedican a la adquisición de alimentos. Existe también la posibilidad de retirar tierras y mano de obra de la producción de alimentos para dedicarlas a la producción de cultivos comerciales. En particular, es posible que las mujeres tengan

que dedicar más tiempo a las actividades generadoras de ingresos pero que no se beneficien de éstos ni controlen la forma de gastarlos, a pesar de que suelen ser ellas las responsables del suministro alimentario familiar. Además, los precios de los alimentos en los mercados locales pueden subir en consecuencia, contrarrestando así parcial o totalmente el aumento de los ingresos y perjudicando en particular a quienes no se benefician de los cultivos comerciales por carecer de tierras o de empleo. Por ello, si la política agrícola implica la introducción de cultivos comerciales u otras actividades agrícolas generadoras de ingresos, es preciso sopesar cuidadosamente los probables efectos socioeconómicos y adoptar las necesarias medidas correctoras.

26. La mejora en el manejo de las actividades posteriores a la cosecha puede reducir en forma significativa las pérdidas de alimentos y aumentar la disponibilidad general de éstos, además de favorecer una reducción de los costos para productores y distribuidores y un descenso de los precios para los consumidores. Estas pérdidas se estiman en torno a un diez por ciento de los cereales, de las leguminosas y del pescado y a un 20 por ciento en el de los alimentos amiláceos. Las actividades posteriores a la cosecha, donde existe mayor probabilidad de pérdidas son el almacenamiento, la comercialización y la manipulación de alimentos en el hogar. Aunque en las zonas urbanas, donde se registra la comercialización y distribución de los alimentos al por menor, el almacenamiento es importante, en las zonas rurales es fundamental, sobre todo en los hogares en situación de semisubsistencia, cuya seguridad alimentaria depende directamente de los alimentos almacenados. Además, las prácticas de almacenamiento en el hogar afectan a la calidad e inocuidad de los alimentos, por ejemplo, el secado y almacenamiento eficaz del maní y los cereales es necesario para reducir al mínimo la formación de aflatoxinas y otras micotoxinas.

27. La disponibilidad de servicios de comercialización de alimentos mejora generalmente la nutrición. Las familias que tienen mercados y otros servicios de fácil acceso pueden comprar en todo momento alimentos más baratos, tener una alimentación diversificada y, por consiguiente, disfrutar de un estado nutricional mejor que el de las familias que no tienen esa posibilidad. Para que los servicios funcionen bien se requiere también una infraestructura adecuada —por ejemplo carreteras, puentes y ferrocarriles—, y medios de transporte y comercialización, así como políticas liberales y no intervencionistas en el comercio interno. Los agricultores, pescadores y los consumidores rurales y urbanos deberían tener acceso a los mercados sin tener que dedicar demasiado tiempo o dinero. De hecho, los esfuerzos por reducir las deficiencias de la comercialización y los costos de transacción pueden ser en algunos casos más eficaces como medio de aumentar la disponibilidad de alimentos que de aumentar la producción. Estas iniciativas pueden ser relativamente sencillas, por ejemplo la adopción de políticas de liberalización de las licencias de transporte o la supresión de las restricciones al transporte de alimentos.

Políticas de salud y nutrición

28. Las políticas de salud son el conjunto de principios en virtud de los cuales los gobiernos tratan de organizar los sistemas de salud para atender las necesidades sanitarias de la población y promover su bienestar físico, mental y social. Estas políticas pueden tener efectos muy diversos en la nutrición.

29. La atención primaria de salud (APS) es la estrategia adoptada universalmente para garantizar la salud de toda la población. Esta estrategia se está aplicando en mayor o menor grado en los diferentes países, a través de actividades comunitarias, apoyadas por servicios distritales de salud reforzados y la movilización y asignación de recursos adicionales. Las actividades nutricionales deberían formar parte integral de la APS. Pero, en realidad, el aspecto nutricional de la APS suele ser muy secundario. Medidas elementales, como el tratamiento de las infecciones, la inmunización, el tratamiento de las diarreas y de las deficiencias de crecimiento y la misma malnutrición precoz, son muchas veces insuficientes, sobre todo en los países de bajos ingresos donde las infraestructuras sanitarias son débiles. No obstante, en la mayoría de los países, es claro que los sistemas sanitarios centrales y periféricos contribuyen significativamente a la promoción de la nutrición mediante varios servicios y actividades comunitarias. Actualmente se tiende a integrar las actividades de nutrición en las actividades de salud organizadas a nivel local, con inclusión de hospitales, centros de salud y comunidades, así como a incluir la nutrición en las actividades de desarrollo rural en general, planificadas y administradas a nivel de distrito.

30. Las políticas de salud pueden repercutir en la nutrición, dada su influencia en el contexto sociocultural. La mejora de la salud implica un cambio de comportamiento. Este se logra a través de varios procesos de comunicación social, incluida la educación sanitaria y nutricional, la enseñanza oficial, la distribución de información y la promoción. Estas formas de comunicación se dirigen al público en general, y especialmente a los consumidores; a los pacientes y grupos en situación de riesgo; al sector salud y a otros sectores gubernamentales que se ocupan de la salud y la nutrición; a la empresa privada, y en particular a la industria alimentaria y a las organizaciones no gubernamentales. Una comunicación adecuada tiene como consecuencia una mayor sensibilidad ante los problemas nutricionales. Según la eficacia de la comunicación y la capacidad de respuesta de los sistemas, la comunicación puede impulsar un comportamiento más adecuado (por parte de los individuos) y la adopción de medidas (por parte de las instituciones) para aliviar las situaciones de desnutrición y de sobrealimentación. Las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar una función clave en la aplicación de las políticas sanitarias.

31. La lucha contra las enfermedades transmisibles es otro ámbito importante en que pueden influir las políticas y programas de salud. La disminución de las enfermedades infecciosas contribuye en gran manera a la tendencia actual a la mejora de la situación nutricional en la mayor parte de los países en desarrollo.

32. Las políticas de salud se proponen también impulsar la mejora del medio físico, como el suministro hídrico, el saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la vivienda. Para lograr un ambiente sano, se requiere el establecimiento de una legislación adecuada que contemple problemas como por ejemplo, la contaminación de los suministros hídricos y la calidad de los alimentos. Todas estas medidas repercuten favorablemente en la nutrición.

33. Las políticas de salud tienen importantes efectos en la situación demográfica. La mayor parte de los países han adoptado políticas integradas de salud materno-infantil y de planificación de la familia, tendentes a garantizar el debido espaciamiento de los embarazos para salvaguardar la salud de la madre y el niño, incluyendo su estado nutricional.

34. Un aspecto importante de la política de salud es la reducción de las desigualdades en el estado de salud y nutrición y de las desigualdades en el acceso a los servicios de nutrición y salud. En el informe a la Asamblea Mundial de la Salud de 1992 (A45/3) se señalan los progresos realizados en el camino de la equidad mediante la adopción de políticas, estrategias y destinatarios para reducir la desigualdad entre ciertos grupos de la población. Entre estos últimos cabe citar los siguientes: la mayor parte de las poblaciones rurales; la población urbana pobre de barrios marginales; las mujeres en edad de procrear; algunos grupos vulnerables especiales, como los nómadas, migrantes, personas desplazadas, refugiados y habitantes de las zonas muy remotas. Todos estos grupos corren peligros especiales de malnutrición, y orientando hacia ellos las políticas y programas de salud se podría proteger y promover significativamente su bienestar nutricional.

35. Una de las deficiencias de los sistemas de salud y de sus componentes nutricionales es la falta de recursos. Casi todos los países en desarrollo han tenido que adoptar medidas de ajuste estructural, cuyo resultado ha sido en muchos casos una contracción de las asignaciones presupuestarias al sector de la salud. Aunque la financiación de la salud de base comunitaria se ha desarrollado notablemente, como en el caso de la iniciativa de Bamako en África, la cobertura y calidad de las actividades de APS siguen estando muy por debajo de lo necesario.

36. La insuficiencia de recursos humanos y de personal dirigente es otro de los factores que limitan las intervenciones de salud y nutricionales que podrían derivarse de las políticas de salud. En algunos países sólo se encuentra personal con capacitación en nutrición en las provincias o distritos, y muchas veces no tiene la preparación necesaria para poder planificar y aplicar con eficacia las medidas necesarias para paliar los problemas nutricionales. Hay enormes diferencias en el grado de desarrollo de las políticas y programas de promoción de los recursos humanos específicamente orientados a las tareas que debería desempeñar este personal. Dichas políticas y programas son factores que contribuyen en forma notable a delimitar la capacidad del sistema de salud de hacer frente a los problemas nutricionales. Es preciso mejorar la capacidad de manejo de las iniciativas y acciones de nutrición en los distritos y, en los niveles superiores del sistema de salud, pero en muchos casos falta el personal docente capaz de impartir esa capacitación. La nutrición debería enseñarse con una concepción holística de la promoción de la salud, mediante iniciativas de base comunitaria con apoyo intersectorial. Una orientación centrada en la resolución de problemas concretos, basada en el análisis de los problemas nutricionales de una comunidad o asociados a la aplicación de las medidas tendentes a mejorar la nutrición, sería una forma idónea de abordar la capacitación relacionada con el sector y la investigación operativa.

37. En los 120 países aproximadamente, que tienen problemas de salud derivados de trastornos crónicos relacionados con la dieta, el personal de salud carece generalmente de capacitación para poder ofrecer asesoramiento y orientación, tanto a los individuos como a la comunidad en general.

38. Otro planteamiento generalmente aceptado es el de la intervención intersectorial, especialmente en el sector agrícola, pero resulta difícil de aplicar. Muchas veces no se da la coordinación necesaria para colaborar con éxito en diversos niveles en la lucha contra la desnutrición o la sobrealimentación.

39. En algunos países existe una cooperación eficaz de los departamentos universitarios y las organizaciones no gubernamentales locales o internacionales con el sector salud a fin de promover una mejor nutrición. No obstante, en la mayor parte de las ocasiones la capacidad de generar o mantener dicha cooperación es insuficiente, aun cuando ésta forme parte de la política de salud.

40. La decisión política es esencial en el desarrollo de una política de salud, pero, ante los innumerables obstáculos, muchas veces es insuficiente para promover una acción

eficaz. El peso e influencia relativos del sector de la salud en el presupuesto público son muchas veces bastante bajos y los recursos financieros pueden resultar escasos y desigualmente distribuidos. El ajuste estructural, que insiste con fuerza en la autofinanciación y en la participación de la comunidad, ha supuesto en muchos países un descenso de los fondos disponibles para el sector salud. El personal de los servicios periféricos de salud tiene muchas veces la impresión de no recibir la debida atención de los organismos centrales, sobre todo cuando los escasos recursos se orientan hacia servicios urbanos más complejos. Dentro del sistema de salud, las actividades de nutrición tienen con frecuencia una prioridad muy baja y lo mismo podría decirse de la mayor parte de las dependencias de nutrición, que carecen de los recursos financieros y humanos necesarios para actuar eficazmente.

41. En todos los países, la aplicación eficaz de políticas de salud para mejorar la nutrición requiere al mismo tiempo voluntad política y recursos humanos y financieros suficientes. Entre los obstáculos más frecuentes a la eficacia de las iniciativas nutricionales del sector salud cabría citar la poca precisión de los objetivos, la falta de desarrollo de las estrategias y la insuficiencia de las actividades de supervisión y evaluación. El fortalecimiento de la capacidad de gestión en el sector de la salud, especialmente en lo que se refiere al diseño y ejecución de actividades de nutrición en todos los niveles, es una necesidad prioritaria.

42. Es preciso incorporar objetivos nutricionales más explícitos en las políticas de salud. El examen de las competencias institucionales, tanto a nivel central como periférico, y la mejor definición de las acciones y procesos de toma de decisiones (incluidas las relaciones con otros sectores) aumentarían sin duda la eficacia de las actuales políticas de salud relacionadas con la nutrición.

Políticas de medio ambiente y nutrición

43. Las políticas de medio ambiente deben tratar las causas principales de los cambios del medio ambiente que afectan a la salud, los alimentos y la nutrición. Los efectos de los cambios ambientales son de interés común. Entre ellos cabe citar el uso excesivo de clorofluorocarbonos, la utilización extendida de productos químicos peligrosos, la combustión ineficiente de combustibles fósiles, la acumulación de residuos tóxicos, el uso de tecnologías o prácticas de producción agrícola inapropiadas, la deforestación y la pesca excesiva. En el fondo de todo ello, está la escasa sensibilidad de los responsables de las políticas acerca de los costos inmediatos y a largo plazo de la mala gestión de los recursos naturales, la incapacidad de los mercados de asumir dichos costes, la mala definición o el colapso de los derechos de propiedad y la falta de acceso por parte de los pobres a recursos suficientes o a oportunidades alternativas de empleo.

44. La salud humana depende en último término de la capacidad de la sociedad de ordenar la interacción entre las actividades humanas y el entorno físico y biológico de tal manera que salvaguarde y promueva la salud sin poner en peligro la integridad de los sistemas naturales de que depende el entorno físico y biológico. El entorno físico tiene importantes repercusiones en la salud humana, no sólo por su interacción con el tipo y distribución de la flora y la fauna (entorno biológico). Este tiene gran influencia en el suministro de alimentos y en los reservorios y mecanismos de transmisión de muchas enfermedades. Entre los factores ambientales que pueden representar un peligro para la salud cabría citar los siguientes: agentes biológicos nocivos (virus, bacterias, mohos, parásitos) y sus vectores y reservorios; agentes físicos y químicos presentes en el medio ambiente con independencia de las actividades humanas y que pueden atentar contra la salud bien por su presencia (por ejemplo, los radionucleidos de origen natural y los rayos ultravioleta) o por su relativa carencia (por ejemplo, el yodo y el selenio); y los agentes físicos y químicos nocivos introducidos en el medio ambiente por actividades humanas (por ejemplo, los óxidos de nitrógeno, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las partículas emanadas de los combustibles fósiles, los desechos gaseosos, líquidos y sólidos producidos por la industria y los desechos radiactivos). Los efectos de estos agentes pueden aumentar o disminuir como consecuencia de la intervención o actividad humana.

45. La presión demográfica en gran parte del mundo en desarrollo, junto con la lucha diaria de los pobres para atender las necesidades vitales básicas, representan una tremenda sangría para los recursos naturales de los cuales depende la supervivencia. Las políticas ambientales tratan temas como la degradación del suelo, la erosión, la deforestación, el pastoreo excesivo, la protección del hábitat, la salinización del suelo, creciente urbanización y la calidad del aire, del agua y de los alimentos. Todos los años se talan por lo menos 11 millones de hectáreas de bosques tropicales, debido sobre todo al esfuerzo desesperado de los campesinos pobres por despejar un espacio para los cultivos o el pasto, o por obtener combustible para cocinar o para calefacción. La pérdida de tierra cultivable mediante la degradación del suelo está igualmente extendida y quizá sea incluso más grave desde un punto de vista nutricional. Los estudios de la FAO demuestran que cada año se pierden entre cinco y siete millones de hectáreas de tierra cultivable, la mayor parte de ella en los países en desarrollo. La erosión por el agua y el viento, el incremento de la salinidad y las inundaciones son las causas principales de la degradación del suelo. Las zonas áridas y semiáridas están constantemente amenazadas por la desertificación. Los cálculos actuales indican que más del 80 por ciento de los pastizales de Africa y del Cercano Oriente corren un riesgo entre moderado y grave de convertirse en tierras no cultivables.

46. La degradación ambiental derivada de prácticas inadecuadas de utilización de la tierra es una de las causas principales de las situaciones de emergencia alimentaria y pone en peligro la integridad a largo plazo de los suministros de alimentos. Prácticas como la expansión agrícola no planificada, períodos reducidos de barbecho, el pastoreo excesivo

y el uso abusivo de madera como fuente de energía (especialmente cerca de los grandes asentamientos urbanos de las zonas áridas y semiáridas) contribuyen a la degradación ambiental. Esta se produce de forma indirecta, mediante la erosión y compactación del suelo y variaciones del nivel hidrostático y de los cursos de agua, o directa, debido a una menor disponibilidad de alimentos, combustible, forraje y otros productos forestales. La expansión incontrolada de la tala de espacios forestales produce una combinación de deforestación y escasa producción agrícola, que a su vez reduce la cantidad de alimentos producidos de forma natural por los bosques y acelera la erosión del suelo y el agotamiento de las capas freáticas.

47. En los últimos años, en los países más desarrollados ha aumentado la preocupación por los temas relacionados con el medio ambiente como resultado de una mayor sensibilización acerca del carácter acumulativo de determinados problemas, como la contaminación de los alimentos y del agua derivada de métodos de producción agrícola peligrosos y demasiado intensivos. El uso indiscriminado de productos químicos agrícolas, incluidos los plaguicidas, herbicidas y fungicidas, cuyos residuos pueden permanecer durante mucho tiempo y contaminar los alimentos destinados al hombre y a los animales, contribuye significativamente a la contaminación ambiental y al desequilibrio ecológico. El uso excesivo o inadecuado de fertilizantes minerales, especialmente nitratos y sales de fosfato, contamina las aguas subterráneas, los ríos y lagos, rompe el delicado equilibrio del ecosistema y es responsable de la formación de compuestos peligrosos. Estos problemas ya no están limitados a los países desarrollados, sino que también afectan cada vez más a los países en desarrollo que están intensificando sus sistemas de producción agrícola.

48. La degradación ambiental que merma las existencias de leña, principal fuente de energía para cocinar en la mayor parte de los países en desarrollo, repercute directa y profundamente en la situación nutricional. En las zonas donde la leña escasea los alimentos a menudo no se preparan de la forma adecuada y se ingieren parcialmente cocidos. Las mujeres de las zonas rurales tienen que recorrer largas distancias para recoger leña, lo que requiere una mayor inversión de tiempo y energía. Un estudio realizado en Nepal ha demostrado el tiempo que las madres emplean en recoger leña es un factor determinante del estado nutricional de los niños. Los peligros para la salud y el estado nutricional que presentan los alimentos poco cocidos son patentes en el caso de algunos alimentos básicos, por ejemplo la yuca, que deben estar muy bien cocidos para que sean inocuos para el consumo humano, para hacerlos más gustosos o digestibles, o para reducir los riesgos de infección.

49. Las condiciones ambientales adversas también amenazan los recursos pesqueros, mientras que la ordenación ineficaz y los conflictos sobre el acceso a la propiedad común dan como resultado una explotación excesiva. En muchas áreas, la pesca continental está amenazada por la presión demográfica, la contaminación de ríos y lagos, el desvío de las aguas para ser utilizadas en las zonas urbanas, la industria y la agricultura. Al igual que los bosques y las tierras, los recursos pesqueros están muy amenazados en la mayor parte de las regiones. La pesca excesiva, que se practica en muchas partes del mundo, está agotando las poblaciones a un ritmo superior al de la población, poniendo así en peligro esta importante fuente de alimentos y de empleo.

50. Entre los obstáculos que se interponen a los programas de medio ambiente se encuentran el carácter a largo plazo de los problemas, la desigualdad en el acceso a la tierra y a otros recursos naturales y la fragmentación de las explotaciones, el colapso generalizado de los sistemas tradicionales de gestión de recursos debido a las presiones comerciales y demográficas y las señales económicas inadecuadas de las decisiones gubernamentales y de las fuerzas comerciales.

51. Pueden señalarse varias áreas clave de actuación. En primer lugar, es necesaria una mayor integración de los aspectos nutricionales, sanitarios, económicos y ambientales. El primer paso es delimitar las áreas en las que es preciso integrar los objetivos de la política

ambiental con los relativos a la nutrición, la salud y la economía. Por ejemplo, si hubiera que conciliar las preocupaciones ambientales con la necesidad de incrementar el suministro de alimentos y de otros productos agrícolas para satisfacer necesidades cada vez mayores, sería preciso desarrollar sistemas y tecnologías agrícolas alternativos, así como equilibrar adecuadamente la intensificación y la diversificación en la elección de sistemas, tecnologías y prácticas de producción. Igualmente, si a los costos de producción, elaboración y distribución se sumaran los de protección del medio ambiente y mantenimiento de la base de recursos, habría que sopesar cuidadosamente la repercusión en los precios de los alimentos y en la nutrición. También es necesario evitar que la inquietud por el medio ambiente cree nuevas presiones para la introducción de barreras al comercio de productos considerados como "perjudiciales" para el medio ambiente. También sería preciso ocuparse de otros temas ambientales, como los posibles cambios climáticos debidos al recalentamiento de la tierra y la pérdida de recursos genéticos, para evitar la repercusión negativa a largo plazo sobre la nutrición.

52. En segundo lugar, una condición previa esencial para formular estrategias y políticas es comprender el proceso de toma de decisiones de los hogares, porque en muchos casos son los pobres de las zonas rurales quienes determinan el resultado de las actuaciones gubernamentales para fomentar el desarrollo sostenible mediante sus decisiones sobre asignación de recursos, prácticas de producción y consumo. En su lucha diaria por la supervivencia los pobres de las zonas rurales deben hacer muchas elecciones difíciles. Las estrategias de supervivencia que adoptan incluyen muchas actuaciones que afectan a los recursos ambientales: tierra, biomasa forestal, pastos y agua. Algunas elecciones finalizan en actuaciones sostenibles; otras no. Con frecuencia, los pobres no tienen más alternativa que sobreexplotar los recursos naturales para sobrevivir. La seguridad cotidiana predomina sobre cualquier tipo de preocupación por el futuro. Incluso la satisfacción de las necesidades alimentarias inmediatas está fuera del alcance de muchos campesinos pobres. En consecuencia, gran parte de la degradación de los recursos naturales se debe a que la población rural pobre se ve obligada a utilizar prácticas de cultivo y pastoreo que degradan el medio ambiente. La necesidad les obliga a extraer los recursos de nutrientes de la tierra, cultivando vertientes escarpadas o explotando pastizales con el fin de alimentarse. También habría que analizar las diversas tareas domésticas de las mujeres para ver cómo perciben y reaccionan ante el agotamiento de recursos naturales, como la leña y el agua. En consecuencia, las políticas ambientales deben ocuparse de estos temas básicos, incrementando el acceso de los pobres a los recursos y tecnologías adecuados u ofreciendo oportunidades alternativas de subsistencia.

53. En tercer lugar, es preciso sensibilizar a las personas, organizaciones y gobiernos acerca de sus funciones y responsabilidades con relación a la salud y al medio ambiente. Para lograr los objetivos relacionados con la salud y la nutrición, las personas deben vivir en un entorno que facilite un saludable desarrollo físico, mental y social. En las zonas rurales, el entorno, especialmente en los climas tropicales, favorece la proliferación de muchos agentes patógenos biológicos, como los causantes de muchas formas de diarrea, infección respiratoria, infecciones infantiles, malaria, gusanos intestinales, esquistosomiasis, tripanosomiasis y oncocercosis. Además, la creciente urbanización, sobre todo donde los recursos financieros son del todo insuficientes, representa numerosos peligros para la salud, desde la proliferación de desechos domésticos a los productos industriales tóxicos. Donde los recursos financieros son suficientes, las construcciones y los servicios se pueden diseñar de manera que se reduzca el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos, el agua y las heces y muchos otros problemas sanitarios. Se requiere una legislación alimentaria y sanitaria que garantice la atención a todos estos aspectos de la salud ambiental, siendo también esenciales los mecanismos que garanticen su aplicación y acatamiento.

54. En cuarto lugar para que todos dispongan de un entorno favorable a la salud, es también necesario fomentar modos de vida y modelos de consumo compatibles con la sostenibilidad ecológica. Los países desarrollados también deberán reorientar sus modelos de producción y consumo y seguir buscando los medios para llevar a cabo sus objetivos

económicos y de nutrición sin los niveles actuales, excesivamente elevados, de deterioro ambiental para ellos mismos y para otros países. Es preciso sensibilizar a las personas, organizaciones y gobiernos acerca de sus funciones y responsabilidades con relación a la salud y al medio ambiente. Para ello es necesario reducir el riesgo de peligros biológicos, físicos y químicos, asegurar a todas las personas los medios para adquirir tales recursos de los que depende la salud y planificar todos los sectores para minimizar los efectos adversos para la salud y el medio ambiente.

55. Finalmente, hay que reconocer la importante función de la investigación y de la tecnología para orientar estas actividades hacia objetivos ambientales, nutricionales, agrícolas y de salud. Hay que prestar una atención especial a los sistemas de producción y a las necesidades de los pequeños agricultores, recurriendo tanto a las tecnologías autóctonas tradicionales como a la investigación estratégica. El objetivo global debería ser crear condiciones en que sea más rentable conservar los recursos que destruirlos. La finalidad de la investigación y de la tecnología debería ser el desarrollo de sistemas sostenibles de producción para diversos tipos y calidades de recursos de agua y suelo, como las tierras de labor de alto y bajo potencial, bosques y pesquerías. En particular, es necesario desarrollar tecnologías sostenibles para las grandes extensiones de tierras marginales donde viven la mayoría de las personas pobres y desnutridas del mundo y que en el pasado la investigación ha ignorado por completo.

56. En un mundo interdependiente todos los países deberán buscar, individual y colectivamente, medios para alcanzar los objetivos nutricionales y de desarrollo sin causar daños irreversibles al medio ambiente. Sin lugar a duda los costos que esto supone son elevados, pero los costos de la inacción son todavía mayores. También es cierto que los recursos y tecnologías necesarios para alcanzar estos objetivos están fuera del alcance de muchos países en desarrollo. Las organizaciones internacionales, las comunidades locales y las organizaciones no gubernamentales pueden contribuir significativamente en esta tarea, pero sus esfuerzos deben ejercerse en un contexto nacional e internacional adecuado. A nivel nacional se requiere una mayor sensibilización y la voluntad de actuar.

57. La comunidad internacional debe contribuir en forma decisiva a apoyar los esfuerzos nacionales mediante asistencia financiera y técnica, así como a mejorar el acceso al mercado y a establecer precios justos. En este contexto, las decisiones y compromisos que se alcancen en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (CNUMAD) constituirían el marco de actuación adecuado a nivel nacional e internacional.

Políticas de población y urbanización

58. Las repercusiones de las políticas de población sobre la nutrición son importantes, especialmente en aquellos países con déficit de alimentos en los que el crecimiento demográfico sigue siendo rápido y en los que la urbanización aumenta. A pesar de que el equilibrio global entre población y disponibilidad de alimentos no es el único factor determinante del bienestar nutricional, tiene una influencia importante. En términos sencillos, a mayor población a nivel mundial, nacional o doméstico, mayor será la cantidad necesaria de alimentos, bienes y servicios. Este es un problema grave en muchos países en desarrollo, especialmente en aquellos en los que se prevé que la población se duplicará en los siguientes 20-25 años y en los que las tierras son insuficientes. Al igual que sucede con los problemas del medio ambiente, es fundamental afrontar los problemas de la población si se desean obtener mejoras sostenibles en la nutrición. Una política eficaz para afrontar el problema de la población debe perseguir una mayor equidad en el desarrollo económico, así como facilitar un mejor acceso a la salud, la educación y los servicios de planificación familiar.

DINAMICA DE LA POBLACION

Las diferencias en las tasas de crecimiento de la población provocarán en el próximo siglo cambios sorprendentes en algunas zonas geográficas. Con excepción de Africa, las tasas de crecimiento demográfico han bajado del 2,1 por ciento anual en los últimos años sesenta a aproximadamente el 1,7 por ciento en 1992. Según las previsiones, esta tendencia continuará; en el año 2020, la tasa media anual de crecimiento de la población será aproximadamente el 1 por ciento. Durante los últimos años ochenta, las tasas anuales de crecimiento de la población han sido más altas en el mundo en desarrollo (2,1 por ciento) que en los países desarrollados (0,6 por ciento). En los países menos adelantados, el crecimiento anual durante el mismo período fue del 2,8 por ciento.

Las mencionadas proyecciones se basan en las tendencias previstas en las tasas de natalidad y mortalidad. Los cambios en los estilos de vida, por ejemplo en el comportamiento reproductivo, pueden influir en las pautas demográficas. Otros factores pueden influir también en el número de habitantes y en la estructura por edades en el futuro. Por ejemplo, las mejoras en la prestación de asistencia sanitaria pueden reducir la mortalidad. La actual epidemia del SIDA alcanzará dimensiones significativas, sobre todo en el Africa subsahariana, donde se ven especialmente afectados los niños y los adultos jóvenes.

Tanto los países en desarrollo como los desarrollados han registrado mejoras en la esperanza de vida pero existen todavía entre ellos fuertes discrepancias. La esperanza de vida media en los países desarrollados es de 75,8 años; en los países en desarrollo, 62,8 años. Además, en los países menos adelantados del mundo, esta cifra es de sólo 50,7 años.

Cambios en la distribución por edades

La proporción entre niños y adultos es considerablemente más elevada en los países en desarrollo (59,2/100) que en los países desarrollados (32,9/100). En los países menos adelantados llega al 84,7 por ciento.

En los países desarrollados, la proporción de la población con más de 65 años de edad ha subido del 12,0 por ciento al 12,8 por ciento, mientras que en los países en desarrollo ha pasado del 4,2 por ciento al 4,5 por ciento. El número efectivo de personas ancianas que viven en países en desarrollo ha subido de 153 millones a 182 millones, mientras que en los países desarrollados residen 145 millones de personas ancianas. En el año 2000, el número de ancianos (es decir, la población con más de 65 años de edad) puede alcanzar los 250 millones en los países en desarrollo y los 173 millones en el mundo desarrollado.

Crecimiento de la densidad demográfica

El crecimiento de la población provoca una mayor densidad demográfica, sobre todo en el Asia meridional y sudoriental. Entre 1985 y 1990, el número de personas por kilómetro cuadrado pasó de 47 a 52 en los países en desarrollo y de 24 a 28 en los países menos adelantados. La densidad de la población en los países desarrollados se ha mantenido relativamente estable en torno a unas 20 personas por kilómetro cuadrado.

59. La mayoría de las políticas de población relacionadas con la fecundidad tratan de reducir el nivel de la misma. La disminución global de la fertilidad se obtiene reduciendo el número de hijos por mujer y alargando los intervalos entre nacimientos. Los dos fenómenos tienen un efecto positivo en el estado nutricional de madres e hijos. Por lo que respecta al tamaño de la familia, se ha observado en distintas encuestas que, en las familias con el mismo nivel de ingresos, los hijos que pertenecen a familias numerosas están expuestos a mayores riesgos de carencia de energía.

60. El estado nutricional de las madres afecta a la fecundidad, que es la capacidad fisiológica de procrear, y por tanto a la fertilidad. Esta relación se ha observado en su aspecto negativo en los períodos de hambre durante los cuales los índices de natalidad disminuyen enormemente, para aumentar con rapidez una vez concluida la escasez de alimentos. La relación negativa también aparece en circunstancias menos extremas. La anemia y la carencia de yodo se asocian con índices elevados de pérdida fetal y de mortalidad perinatal; la desnutrición crónica y las carencias vitamínicas tienen efectos similares.

61. Además de la interacción general entre fertilidad y nutrición, la lactancia materna tiene un efecto especial. Durante los cuatro o seis primeros meses de vida, es muy importante para la nutrición del niño que éste se alimente exclusivamente de leche materna, lo cual retrasa a su vez el retorno de la fertilidad de la madre contribuyendo, por lo tanto, a que los intervalos entre nacimientos sean mayores. Ello se debe a la amenorrea de la lactancia, ya que ésta reprime la secreción de la hormona necesaria para la fertilidad, siendo más eficaz si la lactancia es exclusiva que si es parcial. El espaciamiento de los embarazos permite prolongar la lactancia materna y cuanto mayor es el tiempo transcurrido entre los embarazos mejor suele ser la nutrición infantil. La salud de la madre se resiente si los embarazos son demasiado seguidos, y además las familias deben realizar grandes sacrificios de tiempo y de ingresos. El espaciamiento de los embarazos, depende de la supervivencia infantil ya que en algunas sociedades hay fuertes presiones para que se proceda inmediatamente a la sustitución de los niños fallecidos.

62. Los programas de nutrición, salud materno-infantil y planificación familiar serán más eficaces si están integrados y vinculados entre sí. La eficacia de la lactancia materna como método anticonceptivo disminuye con el tiempo y debe considerarse como un complemento a otros métodos de planificación familiar. Estos métodos deberían tener en cuenta las pautas de lactancia materna y creencias locales, de forma que ninguna otra medida anticonceptiva interfiera con la lactancia. Sin embargo, con demasiada frecuencia, la lactancia materna y la planificación familiar no se consideran conjuntamente.

63. La proporción de la población mundial que habita en zonas urbanas ha aumentado del 39 por ciento en 1975 al 43 por ciento en 1990, y se espera que alcance el 51 por ciento antes del año 2000. Este movimiento de masas conlleva repercusiones importantes para la nutrición, el acceso a los alimentos y los cuidados sanitarios preventivos. A diferencia de la urbanización que se ha producido en los países ricos, los cuales han conseguido absorber grandes cantidades de población, la registrada en los países en desarrollo ha provocado enormes tensiones económicas y sociales, así como el hacinamiento de masas de población urbana empobrecida en suburbios muy poblados con un acceso limitado a los cuidados sanitarios y la alimentación.

64. El proceso dinámico del crecimiento urbano obliga a los productores que viven en zonas rurales a satisfacer la demanda creciente de productos agrícolas. Para poder alimentar con la producción local a la población urbana adicional que habrá entre 1980 y el año 2000, se requiere un aumento de la producción de alimentos que varía entre el 16 por ciento en Asia y el 24 por ciento en África. En la actualidad, las necesidades de alimentación de las poblaciones urbanas en muchos países se satisfacen en muchos

casos a costa de una dependencia cada vez mayor de las importaciones, a menudo debida a la comercialización de alimentos importados a precios subvencionados, lo que supone una competencia desleal a los productos locales.

65. Las condiciones socioeconómicas resultantes de la urbanización tienen efectos tanto positivos como negativos sobre el estado nutricional. Entre los efectos positivos puede señalarse un aporte dietético mejor como resultado de una mayor disponibilidad y variedad de alimentos y de un mejor acceso a la asistencia sanitaria y otros servicios sociales. Las dietas en las zonas urbanas son más variadas que en las zonas rurales, especialmente en materias grasas, productos animales, hierro y vitamina A, aunque no por ello el aporte energético es necesariamente mayor. Ello puede deberse a que en las encuestas fue imposible tener en cuenta la gran cantidad de pequeñas comidas entre horas en las zonas urbanas. Es más probable la explicación de que el gasto de energía es inferior en las zonas urbanas por lo que las necesidades de consumo son también inferiores.

66. Los patrones de consumo de alimentos desarrollados en áreas urbanas, tienden a sustituir los alimentos básicos como raíces, tubérculos y cereales secundarios por otras fuentes de energía, especialmente trigo y arroz. A menudo, estos cambios aumentan los costos de alimentos importados y originan excedentes de productos alimenticios tradicionales. Existe una tendencia general en la dieta urbana a sustituir progresivamente los hidratos de carbono complejos por carbohidratos refinados, azúcares y grasas. Encuestas de hogares hechas recientemente en América Latina y África, han confirmado que los patrones de consumo en las zonas urbanas de los países en desarrollo muestran una ingestión cada vez mayor de azúcar, alcohol, bebidas refrescantes, cereales muy molidos y alimentos elaborados, pero también indican al mismo tiempo mejoras en el estado nutricional y de salud, una reducción de la mortalidad infantil y una mayor longevidad. El rápido desarrollo urbano provoca también tensiones en la infraestructura y los servicios destinados a proteger la calidad de los alimentos, además de su producción.

67. En las zonas urbanas, además, la lactancia materna se complementa y se interrumpe más pronto. En Asia, la lactancia materna se practica menos en las zonas urbanas que en las rurales, si bien, cuando se ha producido una disminución en ambas, los cambios en los tiempos de destete son similares. En la mayoría de países, el número de mujeres que amamantan a sus hijos después de seis meses disminuye de forma más pronunciada en las zonas urbanas. Sólo en Filipinas se han observado reducciones reales de la iniciación de la lactancia materna en las zonas urbanas. Las diferencias de las pautas de la lactancia materna entre la ciudad y el campo son fuertes en América Latina y el Caribe, mientras que en África y el Cercano Oriente las diferencias no son tan pronunciadas.

68. La urbanización puede tener también otros efectos negativos sobre la nutrición. Por ejemplo, un crecimiento rápido de la población urbana puede llevar a que se construyan viviendas improvisadas, no se disponga de suministros de agua adecuados y se acumulen desperdicios y basuras, todo lo cual contribuye a una mala higiene. Incluso cuando se ha conseguido controlar estas condiciones y, por tanto, reducir la morbilidad, se ha producido un incremento notable en los estados de salud o enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, que se asocian al cambio de las pautas de consumo de alimentos y a modos de vida más sedentarios. No todas las poblaciones urbanas se han beneficiado de igual modo de una mayor disponibilidad de bienes y servicios y, de hecho, tanto la cantidad absoluta como relativa de población urbana empobrecida está aumentando en muchos países. El resultado es que en algunas regiones se ha producido un desplazamiento de la pobreza del campo a las ciudades y su periferia.

69. Debe prestarse especial atención a determinados grupos de la población urbana, en la cual las condiciones varían más que en las zonas rurales. Aunque la malnutrición es en general menos frecuente en las ciudades, los casos que se dan entre la población urbana pobre son más graves, especialmente en niños pequeños.

70. La familia urbana tiene que comprar casi todos sus alimentos, muchos de los cuales están preparados comercialmente y se venden en la calle o en los mercados. En algunos casos esto incluye también los alimentos para lactantes. Los pobres de las zonas urbanas son también más vulnerables a los factores económicos que afectan al mercadeo de alimentos ya que dedican una elevada proporción de su presupuesto a la comida, y dependen del salario que reciben a cambio de su trabajo para obtener sus ingresos. Además, es posible que la familia que habita en la ciudad carezca de la red de apoyo social de que disponen las familias en el campo, especialmente las familias sin vivienda o aquellas en las que el cabeza de familia es una mujer. Por otro lado, los centros de venta de alimentos a menudo están situados lejos de las zonas en las que viven los más pobres.

71. En algunas ocasiones, las políticas de población se ocupan del problema de la distribución de la población entre las zonas rurales y urbanas, generalmente con la intención de moderar el índice de emigración a las ciudades y, por lo tanto, reducir la presión sobre las infraestructuras y servicios urbanos. Estas políticas se basan en diversas estrategias para reducir las desigualdades de desarrollo entre las zonas rurales y urbanas. Sin embargo dado que estas políticas surten efectos a largo plazo y que en muchos casos no son muy eficaces, resulta difícil constatar si producen un efecto determinado en el estado nutricional de la población rural o urbana.

72. Por otro lado, las políticas alimentarias pueden afectar a la urbanización. Al formular políticas alimentarias, se presta especial atención a las poblaciones urbanas. Por ejemplo, se fijan precios bajos para los alimentos básicos y se promueve la comercialización subvencionada de alimentos para los habitantes de las zonas urbanas y los precios y la calidad de los alimentos se controlan mejor en las ciudades. Esto supone una ventaja adicional para los habitantes de las zonas urbanas con respecto a las de las zonas rurales, y por lo tanto a un motivo más para que se desplacen los habitantes rurales a las ciudades. Esta influencia es mucho más fuerte si se mantienen bajos los precios de los alimentos al productor, reduciendo por lo tanto, los ingresos de los agricultores.

Contexto económico internacional y nutrición

73. Por políticas multilaterales con repercusiones en la nutrición y el bienestar se entienden las políticas que afectan a las condiciones del comercio internacional de bienes y servicios, junto con las que repercuten en la libertad de movimientos de personas y trabajadores, las estrategias internacionales de reducción de la deuda y las transferencias internacionales de recursos, en especial la asistencia internacional al desarrollo, incluido su componente de ayuda alimentaria. Si se exceptúa la parte de la ayuda alimentaria internacional suministrada directamente a los beneficiarios finales, estas tres categorías de política tienen sobre todo repercusiones indirectas en la nutrición, dada su influencia en el empleo, los ingresos, los precios y la acumulación de bienes productivos y recursos financieros a disposición de los países implicados. Por ello, se puede afirmar en general, aunque con ciertas precauciones, que la adopción de planteamientos más liberales en estos ámbitos de la cooperación multilateral facilitaría la introducción de normas más idóneas de nutrición; y, por el contrario, los planteamientos restrictivos en estos tres sectores frenarían el desarrollo. A continuación se examinan sucesivamente los tres aspectos.

POLITICAS RELATIVAS AL COMERCIO INTERNACIONAL

74. En términos globales, hay abundantes pruebas del crecimiento simultáneo de los ingresos y del comercio. Hay también pruebas de que la eliminación de las barreras al comercio, muy numerosas, podrían incrementar los ingresos en divisas, el empleo y el PNB. Análisis recientes permiten pensar que la supresión de los obstáculos al comercio de mercancías por los países desarrollados podría provocar un crecimiento neto de los ingresos de divisas de los países en desarrollo por un total aproximado de 40 mil millones de dólares EE.UU. al año, lo que se transformaría en un crecimiento del tres por ciento de su PNB, es decir de unos 75 mil millones de dólares al año. La medida en que cada país se beneficiaría de estas mejoras dependería, lógicamente, de sus políticas internas, por ejemplo de los tipos de cambio, gravámenes a la exportación y aranceles de importación e incentivos a los productores para que inviertan y produzcan artículos que puedan exportarse.

75. La supresión de los obstáculos al comercio no implica necesariamente beneficios para todos. De hecho, en la medida en que la liberalización signifique una erosión de los actuales mecanismos de comercio preferencial, algunos países y sectores actualmente acogidos a tales mecanismos podrían sufrir pérdidas. De la misma manera, la liberalización podría tener efectos diferenciados, ya que las actuales distorsiones del comercio y los impactos sobre las corrientes comerciales y los precios del mercado internacional difieren considerablemente de un sector a otro.

76. Las políticas agrícolas de los países industrializados tienen efectos significativos, quizá involuntarios, sobre el nivel y variabilidad de los precios mundiales de los productos agrícolas y sobre el volumen y estructura del comercio internacional. El apoyo a los productores internos durante un largo período de tiempo tiene considerables repercusiones en la estructura de las corrientes del comercio agrícola, la distribución de los ingresos y el bienestar económico general. Además, las políticas que buscan la estabilidad para los agricultores y consumidores nacionales tienen muchas veces profundas consecuencias en el comercio y en los precios mundiales.

77. Los efectos negativos de las políticas agrícolas de los países industrializados sobre los sectores agrícolas de otros países exportadores de productos agrícolas son numerosos. En primer lugar, disminuyen las importaciones agrícolas de los países industrializados que apoyan la producción interior. En segundo lugar, cuando la producción interna supera a las necesidades internas y los excedentes generados se exportan en los

mercados mundiales, disminuye el volumen de las exportaciones de otros exportadores. En tercer lugar, en una situación de exceso de oferta en el mercado mundial, los precios mundiales bajan y, por lo tanto, bajan también los ingresos conseguidos por otros exportadores con un determinado volumen de exportaciones. Finalmente, los precios del mercado mundial podrían desestabilizarse y, por lo tanto, influir negativamente en los exportadores que están más expuestos a las fuerzas del mercado libre.

78. Las políticas agrícolas de los países industrializados pueden tener consecuencias tanto positivas como negativas para los países en desarrollo con déficit de alimentos. En general, los efectos positivos se refieren a las ganancias conseguidas por los importadores de alimentos al tener acceso a suministros alimentarios a bajos precios, así como a la disponibilidad de ayuda alimentaria. Teniendo en cuenta los considerables déficits alimentarios estructurales de varios países en desarrollo, la disponibilidad de alimentos baratos en el mercado mundial les ofrece la oportunidad de emprender programas tendentes a facilitar el acceso de la población pobre a los alimentos y representa cierto alivio para sus problemas inmediatos relacionados con la balanza de pagos. No obstante, el impacto de las políticas agrícolas de los países industrializados sobre la solución a largo plazo de los problemas alimentarios de los países en desarrollo, bien mediante la autosuficiencia alimentaria o mediante la autonomía orientada al mercado, generalmente no es positivo. Dado los bajos precios vigentes en los mercados alimentarios mundiales, muchos países en desarrollo encuentran ventajoso optar por una política de alimentos baratos.

79. En el caso de los países en desarrollo que establecen precios agrícolas relacionados con unos precios mundiales indebidamente bajos como consecuencia del proteccionismo, el resultado es la caída de los precios internos a niveles más bajos de lo normal. En tales circunstancias, disminuye la rentabilidad de las inversiones internas y externas en la agricultura, los recursos productivos se desvían a otros sectores menos competitivos y se aplaza la adopción de nuevas tecnologías y de medidas para aumentar la productividad. El efecto a largo plazo es la prolongación del déficit alimentario y de la dependencia de alimentos importados, incluida la ayuda alimentaria.

80. El impacto de la liberalización de las políticas agrícolas de los países industrializados sobre la seguridad alimentaria de los países en desarrollo se ha evaluado en varios estudios recientes que indican la posible dirección de los efectos y consecuencias de la liberalización del comercio sobre la seguridad alimentaria mundial. Se estima que la liberalización de las políticas agrícolas de los países industrializados elevará los precios del mercado mundial y estimulará el crecimiento de dicho comercio. Entre los efectos positivos para los países en desarrollo cabría señalar la subida del nivel general de los ingresos reales, la mejora de las relaciones de intercambio y considerables subidas de los ingresos rurales.

81. Los beneficios conseguidos por los países en desarrollo con la liberalización de las políticas agrícolas de los países industrializados se concentrarían sobre todo en los países que son importantes exportadores de los productos a los que afectaría la liberalización. Además, los posibles beneficios dependerían de la respuesta de los países exportadores a un contexto comercial mundial más libre. En la medida en que los países en desarrollo modifiquen sus políticas en respuesta a los cambios en las políticas agrícolas de los países industrializados, es probable que aumenten sus beneficios generales.

82. Los resultados positivos de la Ronda Uruguay de Negociaciones Comerciales Multilaterales iniciada al final de 1986, en búsqueda de una mayor liberalización del comercio internacional en todos los sectores, con inclusión de la agricultura y de los productos tropicales, pueden tener repercusiones importantes en la seguridad alimentaria y en la nutrición. Por el contrario, si se desaprovechara esta oportunidad de liberalización del comercio, los costos podrían ser muy elevados, sobre todo en lo que respecta al bienestar nutricional de millones de personas pobres.

DEUDA INTERNACIONAL

83. La situación de la deuda externa de los países en desarrollo continúa siendo crítica. Según el Banco Mundial, el total de su deuda pendiente, estimada en 1,341 billones de dólares en 1990, era un seis por ciento superior al nivel del año anterior. En el África situada al sur del Sahara el volumen de la deuda en relación con las dimensiones de la economía aumentó significativamente en 1990, llegando a representar aproximadamente el 112 por ciento del PNB de la región. En lo que respecta a otras de las regiones en desarrollo más gravemente afectadas, África del Norte y el Cercano Oriente y América Latina y el Caribe, la proporción entre la deuda y el PNB se mantuvo en niveles altos, el 87 y el 48 por ciento, respectivamente.

84. Aunque el coeficiente global entre el servicio de la deuda y las exportaciones de los países en desarrollo (pago de intereses y amortización en proporción de las exportaciones de bienes y servicios) disminuyó ligeramente en 1990, su nivel continúa siendo muy elevado. Por ejemplo, se estima que, desde comienzos de los años setenta a finales de los ochenta, el servicio de la deuda subió del 13,3 por ciento de los ingresos de exportación al 23,2 por ciento en el conjunto de los países en desarrollo, y del 4,7 por ciento al 25,1 por ciento en el caso del África situada al sur del Sahara.

85. Conviene señalar que los citados indicadores regionales son cifras medias, y que la magnitud del problema de la deuda, y por lo tanto de su impacto sobre la nutrición, difiere enormemente de unos países a otros. No obstante, en términos generales, mientras que hasta 1982 hubo transferencias netas de recursos relacionados con la deuda en favor de los países en desarrollo, posteriormente se registró una salida neta creciente de tales recursos desde los países en desarrollo a sus acreedores, alcanzándose un total de 242 mil millones de dólares en el período 1983-89.

86. Durante los años ochenta, el crecimiento de los complejos problemas del servicio de la deuda se asoció a una grave reducción de los ingresos de exportación de muchos países en desarrollo. A lo largo del decenio, se hizo hincapié en la necesidad de que los países deudores reformaran sus políticas macroeconómicas internas – de hecho, las teorías sobre la solución del problema de la deuda se centraban fundamentalmente en ese tema, junto con un cierto reescalonamiento de las deudas pendientes. No hay ninguna duda de que para la cobertura del servicio de la deuda se requieren políticas internas capaces de generar excedentes; pero las políticas deben permitir también aumentos satisfactorios del consumo interno y estimular la inversión, además de acabar con la fuga de capitales.

87. No obstante, la actitud dominante en los años ochenta ante el problema de la deuda pasaba por alto los graves impedimentos externos con que se enfrentaban los países en desarrollo, algunos de los cuales escapaban en gran parte o totalmente a su control. Entre los obstáculos a la generación de divisas en cantidad suficiente figuraban el bajo crecimiento, y hasta estancamiento, de la demanda de productos primarios en los grandes mercados de importación, por varias razones; las políticas proteccionistas de los mismos países acreedores, que limitaban el acceso al mercado de algunos productos de exportación de los países en desarrollo; y los efectos de los programas de ajuste estructural que implicaban, en algunos casos, que los países en desarrollo debían aumentar las exportaciones de unos productos cuya demanda internacional no crecía en la misma proporción. En esta situación, para atender el servicio de la deuda hubo que recurrir en gran parte a la contracción de las importaciones de bienes de capital y de consumo.

88. La reestructuración interna y la generación de divisas en cantidad suficiente encontraron dificultades excepcionales en los años ochenta. Al mismo tiempo, el tercer elemento capaz de garantizar una administración eficaz de la deuda – a saber, la reducción directa de la deuda – ha hecho pocos progresos hasta ahora. No obstante,

ahora hay una mayor tendencia a la reducción de la deuda, en oposición al reescalonomiento de la misma, y en los últimos años se han formulado (y aplicado a algunos países deudores) planes imaginativos. Varios países en desarrollo se han beneficiado del crecimiento del condono de los préstamos en concepto de asistencia oficial al desarrollo, pero el impacto general ha sido pequeño.

ASISTENCIA EXTERIOR PARA EL DESARROLLO

89. Aunque incluida en el total de las transferencias de recursos a los países en desarrollo antes citadas, la asistencia exterior para el desarrollo puede evaluarse por separado en este contexto, por varias razones. En primer lugar, los países donantes pueden asignar la asistencia exterior al desarrollo, y en cierta medida la asignan, para objetivos concretos de la asistencia al desarrollo. Por ejemplo, en su declaración de estrategia sobre esta asistencia en los años noventa, los ministros de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y los directores de las instituciones donantes multilaterales han incluido el desarrollo de los recursos humanos y la mitigación de la pobreza entre las prioridades de la asistencia al desarrollo. En segundo lugar, la selección de los objetivos de la asistencia puede establecer, y de hecho establece, diferencias entre los países destinatarios y entre los beneficiarios de los respectivos países. Como ejemplo de esta diferenciación cabría citar la limitación del acceso a los recursos en condiciones altamente favorables en el marco de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) del Grupo del Banco Mundial a los países de bajos ingresos, y la prioridad recomendada en favor de los países con déficit de alimentos en sus orientaciones y criterios para la ayuda alimentaria.

90. En conjunto, la ayuda al desarrollo, además de prestar apoyo al desarrollo económico y social en general, podría ser un poderoso vehículo para el logro de objetivos concretos, en particular en el sector de la nutrición. No obstante, para ello se requieren varias mejoras. En primer lugar, las dimensiones globales de la asistencia al desarrollo se han mantenido en niveles decepcionantemente bajos. En particular, la asistencia al desarrollo ofrecida por los países de la OCDE, cifrada actualmente en 52 mil millones de dólares EE.UU. al año, representa por término medio el 0,35 por ciento de su PNB frente al objetivo internacionalmente aprobado del 0,7 por ciento del PNB. En segundo lugar, la asignación de la ayuda al desarrollo para el logro de objetivos como la mitigación de la pobreza no se ha hecho patente todavía. A este respecto, se ha señalado que sólo una cuarta parte de la ayuda llega a los diez países que cuentan en total con unas tres cuartas partes de la población más pobre del mundo. Finalmente, varios estudios han demostrado la necesidad y las maneras de incrementar la eficiencia y la eficacia de la ayuda.

Bibliografía del Capítulo tres

- ACC/SCN. 1990. *Women and nutrition*. ACC/SCN Symposium report. Nutrition policy discussion paper no. 6.
- ACC/SCN. 1992. Breastfeeding, birth spacing and nutrition. Annual Symposium on Population and Nutrition. SCN News. Geneva.
- Chenery, H. *et al.* 1974. *Redistribution with growth*. Oxford, Oxford University Press.
- Cooper Weil D., Alicbusan, A., Wilson, J., Reich, M. & Bradley, D. 1990. The impact of development policies on health: a review of the literature. Geneva, WHO.
- Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. 1987 and 1988. *Adjustment with a human face*. Vol. 1: *Protecting the vulnerable and promoting growth*. Vol. 2: *Country case studies*. Oxford, Clarendon Press.
- Demery, L. & Addison, T. 1987. *The alleviation of poverty under structural adjustment*. Washington, DC, World Bank.
- Dreze, J. & Sen, A. 1989. *Hunger and public action*. Oxford, Clarendon Press.
- FAO. 1988. *Urbanization, food consumption patterns and nutrition*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/89/5)
- FAO. 1991. *Agricultural issues in structural adjustment programs*. FAO Economic and social development paper no. 66. Rome, FAO.
- Gross, R. & Monteiro, C.A. 1989. Urban nutrition in developing countries: some lessons to learn. *UNU Food Nutr. Bull.*, 11(2):14-20.
- Harpham, T. & Stephens, C. 1991. Urbanization and health in developing countries. *World Health Stat. Quar.*, 44(2): 62-69.
- Hicks, N. & Kubish, A. 1983. *The effects of expenditure reductions in developing countries*. Washington, DC, World Bank.
- Jamal, V., ed. 1988. The African crisis: food security and structural adjustment. *Int. Lab. Rev.*, 127(6).
- Kennedy, E. & Cogill, B. 1987. *Income and nutritional effects of the commercialisation of agriculture in Southwestern Kenya*. Research report no. 63. Washington, DC, IFPRI.
- Maxwell, S., ed. 1988. Cash crops in developing countries. *IDS Bull.*, 19(2).
- Maxwell, S., ed. 1990. Food security in developing countries. *IDS Bull.*, 21(3).
- McGuire, J. & Popkin, B. 1990. *Helping women improve nutrition in the developing world: beating the zero sum game*. World Bank technical paper no. 114. Washington, DC, World Bank.
- Pinstrup-Andersen, P. 1985. Food prices and the poor in developing countries. *Eur. Rev. Agri. Econ.*, 12(78):69-81.
- Pinstrup-Andersen, P. 1987. Macroeconomic adjustment policies and human nutrition: available evidence and research needs. *UNU Food Nutr. Bull.*, 9(1):69-86.
- Pinstrup-Andersen, P., ed. 1988. *Food subsidies in developing countries: costs, benefits and policy options*. Washington, DC, Johns Hopkins Press for IFPRI.
- Popkin, B.M. & Bisgrove, E.Z. 1988. Urbanization and nutrition in low income countries. *UNU Food Nutr. Bull.*, 10(1):3-23.
- Prema, K., Bamji, M.S. & Damodaram, M. 1981. *Nutrition, fertility and mortality: a review*. Rome, FAO.
- Szostak, W.B. & Sekula, W. 1991. Nutritional implications of political and economic changes in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):687-693.
- Traill, B. & Henson, S. 1991. The nutritional implications of changing food systems in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):703-718.
- von Braun, J. & Kennedy, E. 1986. *Commercialisation of subsistence agriculture: income and nutritional effects in developing countries*. Washington, DC, IFPRI.
- von Braun J. & Pandya-Lorch, R. 1991. *Income sources of malnourished people in rural areas: microlevel information and policy implications*. Working papers on commercialisation of agriculture and nutrition no. 5. Washington, DC, IFPRI.
- UNDP. 1991. *Human development report*. New York.
- UNICEF. 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. UNICEF policy review no. 1. New York.
- World Bank. 1986. *Poverty and hunger: issues and options for food security in developing countries: a World Bank policy study*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank. 1990. *World development report*. Washington, DC, World Bank.
- WHO/WFP. 1988. *Structural adjustment, health, nutrition and food aid in the African region*.
- WHO. 1992. *Our planet, our health: report of the WHO Commission on Health and Environment*. Geneva.

Capítulo cuatro

Políticas y programas para mejorar la nutrición

1. En los cuatro últimos decenios se han logrado, como promedio, en todo el mundo enormes avances en cuanto al desarrollo económico y al bienestar social. Sin embargo, ese promedio de avances deja en la penumbra la dura realidad que persiste en muchos países y para algunos grupos de personas que social y económicamente permanecen al margen del curso principal del desarrollo, sin poder satisfacer muchas de sus necesidades básicas.

2. Hay aproximadamente 50 países de bajos ingresos en los que el PNB per cápita está por debajo de los 610 dólares EE.UU. al año. En esos países hay mucha desnutrición, en particular entre los niños de corta edad y las mujeres, y hay una elevada prevalencia de emaciación, retrasos del crecimiento y carencias de micronutrientes. Muchas personas viven en zonas alejadas en las que están expuestas a repetidas situaciones de escasez de alimentos y a dificultades económicas y ambientales. En muchos de esos países la infraestructura está subdesarrollada, el sector privado es débil y a menudo los gobiernos no son capaces de proporcionar los diversos servicios necesarios para atender a las necesidades de la población, o no pueden hacerlo con la calidad necesaria. Si bien los problemas de nutrición predominantes son los de la desnutrición, algunos grupos de la población urbana sufren trastornos crónicos relacionados con la alimentación.

3. Por otra parte, hay aproximadamente 40 países de altos ingresos en los que las alteraciones relacionadas con la alimentación, principalmente la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes mellitus surgida en edad adulta y la caries dental, constituyen problemas destacados. Si bien en esos países el abastecimiento de alimentos es suficiente y los ingresos per cápita son, como promedio, elevados, hay en ellos algunos hogares que sufren los mismos tipos de desnutrición que se hallan en los países de bajos ingresos. Unos 80 países de ingresos medios de todo el mundo constituyen un tercer grupo de países en los que puede haber problemas graves tanto de desnutrición como de sobrealimentación.

4. Para hacer frente a esa amplia variedad de problemas han de elaborarse estrategias nacionales e internacionales apropiadas aplicables en las distintas circunstancias. Además de la diversidad de los problemas nutricionales y de sus causas, cada país tiene posibilidades distintas en cuanto a personal capacitado, infraestructuras y políticas y programas ya en marcha para hacer frente a las causas de la malnutrición.

POLITICAS Y PROGRAMAS REFERENTES A LA NUTRICION

5. Esta sección trata de algunos ámbitos prioritarios para la acción y de las políticas relacionadas con ellos que pueden tener repercusiones importantes sobre la nutrición, con miras a poner de relieve aspectos importantes que los encargados de formular los planes y las políticas deberían tener en cuenta al elaborar y poner en práctica planes de actuación para la mejora de la nutrición. Las políticas examinadas más adelante se agrupan en torno a los siguientes temas interrelacionados:

- mejora de la seguridad alimentaria de los hogares;
- protección del consumidor mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos;
- prevención de las carencias de micronutrientes;
- promoción de formas de alimentación y estilos de vida sanos;
- prevención de las enfermedades contagiosas y lucha contra las mismas;
- cuidado de la población socioeconómicamente desvalida y tradicionalmente vulnerable;
- evaluación, vigilancia y seguimiento del estado nutricional.

6. El referirse a las cuestiones planteadas atendiendo a estos temas facilita la elaboración de una perspectiva común a distintos sectores, sobre los problemas de la

nutrición y permite un enfoque más definido para trabajar de modo que permita encontrar soluciones. El asumir un enfoque temático para hacer frente a los problemas de la nutrición debería permitir también atender a las muchas facetas de cada problema, facilitando además que cada sector u organismo defina el mejor modo de trabajar para mejorar la situación. En las ocho reuniones regionales celebradas para preparar la Conferencia Internacional sobre la Nutrición se examinaron esos temas y la exposición que sigue a continuación refleja las principales conclusiones a las que se llegó en dichas reuniones.

Mejora de la seguridad alimentaria de los hogares

7. La seguridad alimentaria de los hogares depende fundamentalmente de la capacidad de éstos para obtener alimentos suficientes que garanticen de modo permanente una ingestión dietética adecuada a todos sus miembros para llevar una vida activa y sana. Existen diferentes formas de inseguridad alimentaria doméstica, cada una de las cuales exige como respuesta diferentes políticas. La inseguridad alimentaria crónica es propia de los hogares en los que la comida es permanentemente escasa. La inseguridad alimentaria estacional deriva de las situaciones de escasez de alimentos y de los precios elevados en los períodos de penuria que preceden a la cosecha o durante el desempleo estacional. La inseguridad alimentaria transitoria se debe a deficiencias de la producción ganadera y agrícola, a la pérdida de empleo, a dificultades en las importaciones, a catástrofes naturales o de origen humano y a otras circunstancias adversas.

8. La causa principal de la inseguridad alimentaria de los hogares es la pobreza. Esta inseguridad afecta a un amplio sector de la población tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Entre los grupos vulnerables figuran los agricultores de tierras marginales, campesinos sin tierras, trabajadores temporales, pequeños pescadores y a los trabajadores de la silvicultura, a los pastores y pobres de las zonas urbanas. Para aumentar la productividad y los ingresos de estos diversos grupos se requiere una estrategia que combine muchos instrumentos de políticas y trate de hallar un equilibrio entre los beneficios a corto y largo plazo.

9. La elección de las políticas debe adaptarse a las características de los problemas de seguridad alimentaria del país, a la naturaleza de la población afectada por la inseguridad alimentaria, a los recursos disponibles y a las posibilidades infraestructurales e institucionales. Las políticas deberían asegurar a todos los hogares los medios para obtener alimentos sobre una base sostenible.

10. El logro de la seguridad alimentaria tiene tres dimensiones. En primer lugar, es necesario asegurar un suministro suficiente de alimentos tanto a nivel nacional como doméstico. En segundo lugar, hay que mantener un grado razonable de estabilidad en el abastecimiento de alimentos de año en año y a lo largo de todo el año. En tercer lugar, y quizá lo más importante, es preciso asegurar a cada hogar un acceso físico y económico a los alimentos, así como la capacidad para producir u obtener los alimentos que necesita.

11. Se señalan a continuación algunas esferas decisivas en las que hay que tomar medidas para lograr la seguridad alimentaria en los hogares:

12. **Estrategia de desarrollo global y políticas macroeconómicas.** Las diversas estrategias de desarrollo pueden tener efectos enormemente variados en la atenuación de la pobreza y en la seguridad alimentaria. Puede hacerse mucho para reducir la inseguridad alimentaria mediante actuaciones públicas, incluso en los casos en que la renta per cápita es baja. Sin embargo, es necesario crear las condiciones para un crecimiento económico equitativo, de modo que puedan sostenerse a largo plazo los programas para aliviar la pobreza y garantizar la seguridad alimentaria.

13. Establecer un equilibrio óptimo entre los objetivos de política macroeconómica y las necesidades de seguridad alimentaria supone una difícil elección para muchos países en desarrollo, ya que los tipos de cambio, las políticas de importación y exportación, la inflación, y los déficits presupuestarios pueden repercutir significativamente en los precios, los ingresos y el empleo, especialmente de los pobres. En particular, los programas de ajuste estructural para fomentar el crecimiento económico a través de cambios en la política macroeconómica a menudo incluyen la reducción de las subvenciones para productores y consumidores y a corto plazo pueden afectar negativamente la seguridad

alimentaria de los pobres. Por lo tanto, el objetivo de los programas de ajuste estructural debería ser minimizar el impacto adverso en la seguridad alimentaria de los pobres y, cuando algunos efectos negativos sean inevitables, sería preciso estudiar medidas compensatorias apropiadas para mitigar las dificultades.

14. ***Aceleración del crecimiento en el sector de la alimentación y la agricultura y fomento del desarrollo rural centrándose especialmente en los pobres.*** El crecimiento en el sector de la alimentación y la agricultura es vital para la seguridad alimentaria. Además de garantizar un suministro de alimentos adecuado y estable, este sector proporciona el sustento a la mayoría de la población de los países en desarrollo. Los incentivos al productor y las nuevas tecnologías que incrementan la producción y el empleo en el sector de la alimentación y la agricultura pueden paliar la pobreza y mejorar la seguridad alimentaria.

15. Las políticas para incrementar la producción alimentaria y agrícola pueden tener un impacto mucho mayor en la seguridad alimentaria si aumentan y estabilizan la producción y los ingresos de los pobres. En consecuencia, los programas encaminados especialmente a intensificar la productividad, tales como los que facilitan el acceso a los insumos, al crédito y a otros servicios de investigación agrícola, así como a los mercados mediante una mejora de la infraestructura pueden ser especialmente útiles para los pequeños agricultores y las zonas marginales. Los programas para mejorar el acceso a los factores de producción, aumentar los conocimientos técnicos y proporcionar créditos y otros insumos pueden ayudar a otros grupos que carecen de seguridad alimentaria, como los pobres de las zonas urbanas y los trabajadores del sector pesquero y forestal. El reforzamiento de la dirección local, la intervención de las comunidades y, la participación popular así como el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres como productoras y consumidoras pueden tener una importancia crucial.

16. ***Mejora del acceso a la tierra y a otros recursos naturales.*** Las reformas agrarias pueden elevar la productividad y los ingresos de los pobres, ya que la falta de acceso a la tierra y a otros recursos naturales es una de las principales causas de la pobreza y la inseguridad alimentaria en los hogares en muchos países. Esta privación a menudo empeora con la degradación ambiental y la pérdida del usufructo de la propiedad rural pública y de los recursos forestales y pesqueros debido a la presión demográfica y a los cambios de política. La aplicación efectiva de las reformas de la tenencia agraria, la redistribución de la tierra allí donde está muy desigualmente repartida y el reasentamiento en nuevas tierras cuando sea posible, pueden contribuir a mejorar el acceso a la tierra y a otros recursos naturales.

17. ***Crédito a los hogares pobres.*** El fomento de trabajo por cuenta propia a través de la inversión privada puede ser un instrumento útil para fortalecer la seguridad alimentaria. Los programas de crédito que han tenido más éxito son los que combinan el crédito en pequeña escala con la motivación de grupo y el asesoramiento y asistencia técnicos. Los programas de crédito destinados a grupos de mujeres han sido especialmente beneficiosos para la seguridad alimentaria.

18. ***Aumento de las oportunidades de empleo.*** En esta esfera clave de la acción para mitigar la pobreza rural y urbana, el sector privado puede desempeñar un papel muy importante aumentando las oportunidades de empleo tanto en la agricultura como en la industria. Las obras públicas que requieren mucha mano de obra pueden ser un instrumento eficaz para la estrategia de seguridad alimentaria doblemente beneficioso. A corto plazo pueden incrementar los ingresos de los pobres y, a largo plazo, su capacidad de generar ingresos a través de la creación de bienes productivos como instalaciones de riego, carreteras, etc. Los programas de obras públicas pueden llegar a las personas que carecen de seguridad alimentaria concentrándose en las regiones desfavorecidas en las que predomina la pobreza y, si se elaboran adecuadamente, pueden ser autoselectivos, como es el caso del plan de garantía de empleo en Maharashtra, India.

19. **Planes de transferencia de ingresos.** El consumo de alimentos puede elevarse mediante planes de transferencia de ingresos, como subsidios alimentarios. Sin embargo, estos programas ejercen una presión considerable sobre los recursos de los países en desarrollo. Por ello, a menudo se pone en tela de juicio la eficacia de los subsidios alimentarios generalizados para lograr la seguridad alimentaria sobre una base sostenible. En su lugar, son preferibles los subsidios alimentarios selectivos, cupones para alimentos y programas selectivos de alimentación que detectan a los grupos vulnerables y satisfacen exclusivamente sus necesidades de alimentos. Sin embargo, requieren una infraestructura administrativa de la que por ahora carecen muchos países en desarrollo. La alternativa es introducir planes que sean autoselectivos, por ejemplo, elegir para la distribución únicamente los alimentos que consumen principalmente los pobres o situar los centros de distribución de alimentos en las zonas donde viven éstos.

20. **Estabilización de los suministros alimentarios.** Estas políticas consisten a menudo en utilizar existencias gubernamentales para satisfacer las necesidades en épocas de cosechas escasas y/o durante el período anterior a la recolección. Es útil mantener unas existencias limitadas, especialmente en forma de reservas estratégicas de seguridad alimentaria, como primera línea de defensa en situaciones de emergencia. Sin embargo, la acumulación de existencias resulta cara y se necesita un equilibrio entre sus costos y beneficios. Una alternativa es recurrir a las políticas orientadas al comercio, que permiten al país obtener suministros alimentarios en los mercados mundiales mediante transacciones comerciales o en forma de ayuda alimentaria. En la práctica habría que adoptar una combinación apropiada de políticas que incluyera una parte de acumulación de existencias y cierta dependencia de los mercados mundiales, en función de las circunstancias de cada país.

21. A menudo también es necesario invertir en la agricultura para mejorar la manipulación, el almacenamiento, la conservación y la distribución posteriores a la recolección con el fin de reducir las pérdidas en todas las fases. Los incentivos para fomentar la elaboración de los alimentos a nivel local y utilizar y conservar mejor los alimentos autóctonos pueden contribuir también a la seguridad alimentaria de los hogares.

22. Respecto a las fluctuaciones de la disponibilidad y del consumo de alimentos en el transcurso de la estación y entre estaciones, un primer enfoque sería incrementar la capacidad productiva y/o las oportunidades del hogar para obtener ingresos. El desarrollo de los canales de comercialización también podría ayudar a equilibrar el suministro de alimentos a lo largo del año, lo mismo que varias estrategias agrícolas, tales como un mayor interés por las raíces y cultivos secundarios, la rotación de cultivos, los cultivos mixtos, la selección varietal, la planificación escalonada de siembras y cosechas y el fomento de los huertos domésticos y de la comunidad. La plantación de especies vivaces durante la temporada agrícola baja como árboles frutales, nueces, hojas o tallos comestibles puede ser también una estrategia útil para paliar la escasez estacional de alimentos.

23. **Planificar mejor la preparación para afrontar situaciones de emergencia.** Las catástrofes naturales como sequías, inundaciones, ciclones y temblores de tierra originan inseguridad alimentaria. Además, los refugiados y personas desplazadas también se enfrentan a este tipo de inseguridad. Estos problemas requieren acciones a nivel nacional e internacional. A nivel nacional es preciso reforzar la capacidad de afrontar las situaciones de emergencia y las situaciones de escasez de alimentos que de ellas se derivan. Cuatro elementos básicos pueden resultar útiles: un sistema de alerta eficaz, una reserva de seguridad alimentaria estratégicamente situada y eficazmente almacenada, un plan de emergencia predeterminado como, por ejemplo, códigos para el socorro en situaciones de hambre, y una mayor atención a los derechos de las personas afectadas, por ejemplo, a través de programas de obras públicas. También es importante introducir medidas que permitan evitar tales catástrofes, como sistemas de riego para zonas expuestas a la sequía y planes de control de inundaciones.

INSEGURIDAD ALIMENTARIA, HAMBRE Y MECANISMOS DE SUPERVIVENCIA: ENSEÑANZAS DE AFRICA

La epidemia de hambre que azotó el Cuerno de África y el Sahel no hace muchos años representa todavía una amenaza para algunos países de estas regiones. Además, muchas personas del África austral corren ahora peligro de desnutrición. La inseguridad alimentaria y el hambre no pueden considerarse independientemente del problema de la pobreza. Muchos supervivientes del Cuerno de África han quedado con muy pocos medios de vida y una base de recursos agrícolas cada vez menos segura que representa una protección muy escasa frente a futuras crisis. En tales circunstancias, la población se encuentra en situación de permanente inseguridad alimentaria y de creciente vulnerabilidad a futuras crisis.

Aunque las epidemias de hambre de Etiopía, Sudán y Burkina Faso presentan rasgos diversos, los factores que las propiciaron son muy semejantes: propensión a la sequía, escasez de medios de vida, falta de oportunidades de empleo, bajo nivel de la tecnología agrícola, bajo nivel de infraestructuras y malas condiciones de higiene y salud ambiental. La incapacidad de los hogares de hacer frente a situaciones de fuerte inseguridad alimentaria y la falta de preparación por parte de los gobiernos pueden provocar situaciones de hambre.

La sucesión de acontecimientos que lleva al hambre es compleja. Aunque en Sudán y Etiopía hay una estrecha relación entre sequía y producción de alimentos, un año de sequía por sí solo no provoca necesariamente hambre. Aunque es importante señalar que el hambre no se produce de repente, ello no significa que en el futuro no pueda ser provocada por un solo año de sequía. Los recursos familiares en las regiones expuestas al hambre están ya en gran parte agotados, lo que hace que los hogares sean todavía más vulnerables que antes. Ello significa que los mecanismos autóctonos de respuesta son insuficientes y que es necesario intensificar iniciativas y políticas públicas de prevención del hambre y de preparación para situaciones de urgencia.

Ante la inminencia de una situación de escasez alimentaria, los hogares adoptan una gran variedad de estrategias de gestión de los recursos, conocidos muchas veces como "mecanismos de supervivencia", mucho antes de que el hambre constituya una amenaza. Estas estrategias consisten en una serie de actividades de supervivencia frente al hambre, y en cierto sentido constituyen una ampliación de las actividades cotidianas que ayudan a la población a administrar sus recursos en momentos de dificultad. En circunstancias normales, los hogares reducen los riesgos de diversas maneras. Los agricultores recurren a la diversificación de los cultivos, utilizan variedades de semillas resistentes a la sequía, hacen ahorros e inversiones y almacenan alimentos. Las redes de apoyo social, con sus donativos, intercambio de alimentos y concesión de préstamos, ayudan también a los hogares a utilizar sus recursos más eficazmente y superar las dificultades.

Los estudios sobre Etiopía, Sudán y Burkina Faso han revelado que, conforme se iban agotando las reservas familiares, los hogares recurrían primero a vender el ganado y, luego, se deshacían de muebles y joyas, pedían prestado a sus familiares y amigos y buscaban empleo en actividades no agrícolas. Cuando la crisis se agravaba, los niveles de consumo se reducían a una sola comida al día o dos en el caso de familias en situación más desahogada, y se consumían alimentos silvestres o propios de momentos de hambre, como hojas silvestres, bayas y roedores. La reducción de la frecuencia de las comidas tenía graves consecuencias en el estado nutricional de los hijos.

Finalmente, en Etiopía y el Sudán, cuando se habían agotado todas las estrategias de supervivencia disponibles y la asistencia de socorro no llegaba a tiempo, la única posibilidad era la migración a los campamentos de socorro para recibir ayuda alimentaria o, en los casos más dramáticos, sucumbir a la enfermedad y a la muerte.

Para impedir futuras epidemias de hambre, se requiere un conocimiento más completo de la capacidad de la población para hacer frente a las situaciones de urgencia alimentaria. El conocimiento de las respuestas —especialmente las que revelan una situación de "dificultad excepcional"— es fundamental para una programación eficaz de las medidas contra el hambre. Para prevenir la inseguridad alimentaria se requieren conocimientos sobre las personas expuestas a la inseguridad alimentaria; por ejemplo, habría que saber quiénes son y dónde están y hasta qué punto sus hogares y comunidades tienen capacidad de responder.

Los proyectos de obras públicas con gran participación de mano de obra contribuyen en forma decisiva a aumentar el poder adquisitivo de la población pobre durante las épocas de escasez de alimentos, impidiendo de esa manera la migración a los campamentos y a las ciudades. La clave para la seguridad alimentaria y la prevención del hambre a largo plazo es la adopción de políticas que apoyen actividades como la promoción del crecimiento agrícola mediante una tecnología agrícola mejorada, el establecimiento de reservas estratégicas de cereales y de sistemas de alarma eficaces, la mejora de la infraestructura rural y la prestación de los servicios básicos de sanidad y educación.

Fuente: Food insecurity, famines, and coping mechanisms: lessons from Ethiopia, Sudan and Burkina Faso.

J. von Braun, P. Webb, T. Reardon y T. Teklu. IFPRI, Washington. Diciembre de 1991.

24. La comunidad internacional puede desempeñar una función muy importante para ayudar a los países a prevenir y afrontar las situaciones de emergencia y a satisfacer las necesidades de los refugiados y desplazados. El Sistema Mundial de Información y Alerta sobre la Alimentación y la Agricultura de la FAO (SMIA) facilita regularmente a la comunidad internacional información actualizada sobre la disponibilidad actual de alimentos y las previsiones por países. Se están realizando esfuerzos para aumentar la capacidad del sistema de controlar los cambios en las condiciones socioeconómicas que pueden afectar a la seguridad alimentaria de los grupos vulnerables. Un mecanismo reforzado a nivel internacional como la Reserva Alimentaria Internacional de Emergencia (RAIE) también contribuiría a asegurar una respuesta pronta y eficaz de la comunidad internacional ante las situaciones de emergencia. Las organizaciones no gubernamentales desempeñan una función fundamental para paliar la inseguridad alimentaria de los hogares, especialmente en situaciones de emergencia, mediante un sistema de alerta, planes de vigilancia alimentaria y nutricional, movilización de recursos y la ejecución de programas de actuación.

25. **Ayuda alimentaria.** La ayuda alimentaria es sumamente importante para mejorar la seguridad alimentaria de los hogares en situaciones de emergencia naturales y de origen humano. También puede ayudar a los gobiernos a afrontar los problemas de inseguridad alimentaria crónica. Por ejemplo, la ayuda alimentaria puede dar apoyo a la balanza de pagos, estabilizar los precios de los alimentos, contribuir a constituir reservas de alimentos, favorecer los programas de obras públicas y, a través de la monetización, crear fondos para que los utilice el gobierno. En la medida en que la ayuda alimentaria hace que disminuya el gasto en importaciones de alimentos puede considerarse como una subvención al comercio exterior. Esto podría permitir importar comercialmente cantidades adicionales de alimentos o de insumos agrícolas, incrementando de este modo el suministro global de alimentos.

26. La creciente monetización de la ayuda alimentaria, aceptada por donantes y receptores, permite transformar los alimentos en dinero líquido, contribuyendo al desarrollo y a la mejora de la nutrición. Las ventas en el mercado libre de productos de ayuda alimentaria reducen los precios de los alimentos y, en consecuencia, proporcionan una subvención implícita que puede mejorar el estado nutricional de los grupos vulnerables. Sin embargo, se precisa una protección contra los posibles efectos desincentivadores de la producción local de alimentos como resultado del descenso de los precios a causa de la ayuda alimentaria.

27. **Fortalecimiento de los mecanismos de los hogares para afrontar las situaciones de emergencia.** Según los hogares consigan o no afrontar las situaciones de emergencia se pueden señalar básicamente tres situaciones básicas: la prevención de las pérdidas, la contención de daños y el colapso doméstico. Para afrontar eficazmente las situaciones de emergencia es importante entender el comportamiento de los hogares ante estas situaciones con el fin de incrementar su capacidad para afrontarlas. Sin embargo, no basta con dejar que los hogares pobres dependan exclusivamente de estos mecanismos, ya que no constituyen una protección adecuada ante los peligros que surgen las situaciones de emergencia. Además, cuando estas situaciones ocurren frecuentemente y en rápida sucesión, la fuerza de los mecanismos para afrontarlas se reduce mucho, dejando a los hogares peligrosamente expuestos a los peores efectos de las situaciones adversas. Debido a la falta de recursos, a un apoyo institucional inadecuado y a otros factores, los mecanismos que utilizan los hogares no son siempre eficaces o eficientes para desviar el impacto adverso de las situaciones de emergencia, ya sean naturales o de origen humano. Es preciso actuar en dos frentes. En primer lugar, hay que reforzar la capacidad del hogar para protegerse del impacto de la emergencia, por ejemplo, mediante instalaciones domésticas y comunitarias de almacenamiento y elaboración de alimentos, planes

colectivos de ahorro y crédito, diversificación de fuentes de ingresos, fortalecimiento de la base de producción, construcción de carreteras y otras instalaciones de comercialización, etc. En segundo lugar hay que ayudar a los hogares cuando sobrevienen situaciones de emergencia, por ejemplo, suministrando semillas para cultivos a corto plazo, si es posible, proporcionando alimentos para animales, agua, ayuda alimentaria e implantando medidas de rehabilitación para recuperarse de la repercusión debilitadora de la situación de emergencia.

Protección del consumidor mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos

28. Para una buena nutrición resulta esencial reforzar la inocuidad de los alimentos y los sistemas de control de calidad, fomentar unos métodos de fabricación adecuados y educar a los consumidores sobre la manipulación inocua de los alimentos. Los gobiernos, la industria de la alimentación, los consumidores y los organismos internacionales tienen todos ellos cometidos importantes, relacionados entre sí, que desempeñar al respecto.

29. Para garantizar que durante su producción, manipulación, elaboración y envasado se mantenga la inocuidad de los alimentos y la calidad de los mismos, es imprescindible contar con un sistema eficaz de inspección de la calidad. Unas medidas adecuadas de control de los alimentos contribuyen también a reducir las pérdidas de los mismos y a fomentar un régimen alimenticio sano así como la aplicación de tecnologías alimentarias adecuadas. Además, el garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos puede estimular el comercio mundial de productos alimenticios y favorecer la creación de empleo, aumentar los ingresos y, por último, mejorar el estado nutricional.

30. Los gobiernos son responsables de promover la disponibilidad de alimentos nutritivos y variados y de garantizar su calidad e inocuidad a fin de que la población pueda elegir una dieta sana. Para ello se requieren leyes, reglamentaciones y normas de amplio alcance, así como la organización de programas eficaces para hacerlos cumplir y seguir de cerca su aplicación, incluida la inspección y los análisis de laboratorio. Sin embargo, dado lo limitado de los recursos para las actividades de inspección y de vigilancia del cumplimiento de las normas, cada país tendrá que decidir sus prioridades en cuanto a la protección de la salud de la población y la garantía de un comercio equitativo. Para ello es fundamental la vigilancia nacional de las enfermedades transmitidas por los alimentos y el seguimiento de los contaminantes y de los recursos disponibles. En consecuencia, los gobiernos deberán recoger y analizar la información relativa a la calidad e inocuidad del suministro alimentario. Cuando se comprueba o sospecha la existencia de un problema, deberá alentarse la realización de estudios especiales y la vigilancia de las enfermedades.

31. Los gobiernos tienen una función que desempeñar en lo que respecta a la educación del consumidor y el asesoramiento de la industria alimentaria sobre una serie de cuestiones relativas a la calidad e inocuidad de los alimentos, entre lo que se refieren a la práctica agrícola, manufacturera y de manipulación adecuada, a las medidas que hay que adoptar para reducir al mínimo el desperdicio de alimentos, así como para evitar la contaminación de los mismos. Habrá que hacer conocer tanto a la industria como a los consumidores las leyes, reglamentos y normas relativos a los alimentos. Los programas educativos deberán estar dirigidos a determinados grupos, incluidos los económicamente desfavorecidos, la población que acaba de emigrar a las zonas urbanas, las mujeres como principales encargadas del cuidado de la familia, los individuos con necesidades nutricionales especiales y los manipuladores de alimentos, sobre todo los vendedores callejeros, agricultores, supervisores industriales, educadores y profesionales de la salud. Los gobiernos pueden asimismo necesitar establecer normas sobre el etiquetado de alimentos e informaciones en materia de nutrición, así como orientaciones sobre publicidad a fin de ayudar a los consumidores a decidir con mayor conocimiento de causa.

32. Constituye un cometido especial de los gobiernos el procurar que los conceptos de calidad e inocuidad de los alimentos estén integrados en otros programas patrocinados por aquellos y relacionados con la nutrición, como los programas de alimentación, los de educación en materia de nutrición, los de asistencia primaria de salud en particular, y otros programas relacionados con intervenciones oficiales. Los programas de ayuda de los organismos internacionales en estos sectores tienen una importancia crucial en los países

en desarrollo. En los programas de estudio habrá que incluir algún tema sobre la importancia que tiene una cuidadosa manipulación de los alimentos para evitar la contaminación, como parte de las actividades docentes generales en materia de salud y nutrición. Los gobiernos podrán ayudar mejor a comprender las cuestiones relativas a la calidad e inocuidad de los alimentos realizando investigaciones en materia de salud pública y tecnología alimentaria.

33. Pocos países de bajos ingresos poseen la estructura institucional necesaria para establecer programas amplios de calidad de los alimentos, a pesar de necesitar mucho para comenzar a crear dicha capacidad. Como quiera que la prioridad principal de muchos países con bajos ingresos es aumentar el acceso a los alimentos, hay que insistir en la importancia de la calidad e inocuidad de los mismos para contribuir a un mayor acceso tanto de los hogares como a nivel nacional. Los países que cuentan ya con legislación y mecanismos de ejecución, incluidos los servicios de inspección y laboratorio, podrían ayudar a otros países en este sector, dentro del espíritu de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD). Sin embargo, la mayor parte de los países con bajos ingresos necesitará contar con la ayuda de los organismos internacionales para crear la infraestructura necesaria a fin de garantizar un adecuado control de los alimentos.

34. En muchos países de ingresos medios, la transición de una sociedad predominantemente rural y basada en la agricultura a otra urbana y comercializada, exige un refuerzo de los procedimientos de control de los alimentos para cumplir las normas básicas en lo que se refiere a la higiene en la preparación de los mismos. Se necesita contar con una infraestructura que proporcione el agua necesaria y el saneamiento básico adecuado para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos tanto a nivel comercial como en los hogares.

35. La función de la industria en lo que se refiere a garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos se extiende desde la producción agrícola hasta los servicios de alimentación. Entre las buenas prácticas agrícolas se incluye una utilización adecuada de los plaguicidas, fertilizantes y medicamentos veterinarios antes de la cosecha y un control del almacenamiento, utilización de productos químicos y prácticas de manipulación y transporte después de la misma. La industria alimentaria tiene asimismo una importante función que desempeñar en la creación de tecnologías alternativas rentables para mantener la calidad e inocuidad de los alimentos, aplicando planteamientos modernos de la garantía de calidad (por ejemplo, los puntos críticos de control y análisis de riesgos), y en la capacitación de administradores y manipuladores de alimentos.

36. Las organizaciones internacionales pueden jugar un papel muy importante dando asesoramiento y asistencia técnica experimentada a los gobiernos sobre la calidad e inocuidad de los alimentos, incluido el uso inocuo de los aditivos alimentarios y el nivel permitido de los mismos en determinados alimentos, así como sobre los niveles máximos recomendados de los distintos contaminantes de los productos alimenticios. A nivel mundial, las organizaciones internacionales tendrán que continuar evaluando la magnitud de la contaminación alimentaria y sus efectos sobre la salud mediante la vigilancia del nivel de determinados contaminantes en los alimentos y la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmitidas por los alimentos a escala regional y mundial.

37. Además, las organizaciones internacionales deben desempeñar una función importantísima de asesoramiento a los países miembros sobre la elaboración de leyes y reglamentaciones, y en particular sobre orientaciones y normas de calidad, inocuidad y etiquetado, como las de la Comisión del Codex Alimentarius (Codex), órgano auxiliar de la FAO y de la OMS. Estas normas internacionales protegen la salud de los consumidores al mismo tiempo que garantizan unas prácticas comerciales justas. Las normas alimentarias son importantes para fomentar el comercio internacional y nacional de los productos alimenticios. Las normas y códigos de prácticas deben constituir una parte integral de los sistemas nacionales e internacionales de seguridad alimentaria para garantizar la inocuidad de los alimentos.

EL COMERCIO ALIMENTARIO Y LA EPIDEMIA DEL COLERA EN LAS AMERICAS

Los mercados de exportación de productos primarios o con diversos niveles de elaboración constituyen un factor esencial para el crecimiento de la región de América Latina y el Caribe, ya que representa una importante fuente de divisas. Las explotaciones agrícolas, pesqueras y forestales representaron el 31 por ciento de todas las exportaciones en 1989, y su valor total alcanzó los 38 000 millones de dólares EE.UU. En 1988 las exportaciones de alimentos representaron el 13,1 por ciento del total de las exportaciones en el Brasil, el 13,4 por ciento en Chile, el 40,3 por ciento en el Ecuador, el 9,1 por ciento en México y el 32,6 por ciento en el Uruguay. En 1989, las exportaciones de pescado y productos pesqueros de América Latina alcanzaron un valor de 3 405 millones de dólares EE.UU., siendo Chile, México, Perú y Ecuador los principales exportadores (861 millones, 484 millones, 437 millones y 437 millones de dólares EE.UU., respectivamente).

La epidemia del cólera, cuya presencia se detectó por primera vez en el Perú a comienzos de 1991, ha tenido efectos catastróficos en el comercio interno y la importación/exportación de alimentos. La epidemia continúa extendiéndose a otros países de América Latina y el Caribe y ha producido numerosas víctimas. Al comienzo, cuando se manifestó la epidemia, al atribuirse la transmisión del cólera a diversos alimentos, se difundió la alarma en los países afectados y en los países importadores de alimentos procedentes de América Latina.

El gran peligro de contaminación del cólera a través del marisco fresco y congelado y, en menor medida, las frutas y hortalizas que han sido tratadas con agua, ha provocado un endurecimiento de los sistemas de cuarentena y de control de los alimentos por parte de los países que importan alimentos de América Latina. Se han registrado graves efectos negativos sobre el comercio y las economías de muchos de los países de América Latina, sobre todo en el caso del Perú. El comercio interno se vio también negativamente afectado en varios de los países de América Latina por la incertidumbre de los consumidores sobre la inocuidad del suministro alimentario. Entre los principales vehículos posibles de transmisión del cólera en el Perú se identificó a los vendedores callejeros de alimentos. Se tomaron medidas para mejorar la manipulación y preparación de los alimentos vendidos y, en algunos casos, se limitó la venta de alimentos en la vía pública. La transmisión de la enfermedad se atribuyó a productos como el pescado y las hortalizas, cuyo consumo disminuyó espectacularmente. Incluso después de las medidas adoptadas por los gobiernos, pasó algún tiempo antes de que se recuperara el consumo.

Los grupos con escasez de recursos sufren los efectos de las importantes pérdidas de ingresos debidas a la disminución del comercio. Los pequeños productores, por ejemplo, pueden continuar consumiendo su propia producción pero quizá no puedan venderla a precios que les permitan satisfacer el resto de sus necesidades básicas, incluyendo en ellas algunos otros alimentos, lo que provocaría modificaciones en su dieta. Aunque se adoptaron medidas para mejorar la manipulación y preparación de los alimentos vendidos, en algunos casos se restringió la venta callejera, lo que afectó a una parte significativa de la población cuyos ingresos procedían de la venta de esos productos.

La información disponible sobre las pérdidas económicas causadas por la epidemia del cólera es todavía escasa e incompleta. No obstante, según las cifras presentadas por el Perú, se estimaba que las pérdidas incluirían aproximadamente 5 000 millones de dólares EE.UU. en 1991 en la industria pesquera. La Asociación exportadora del Perú ha señalado una pérdida directa de 13 000 millones de dólares EE.UU.

Fuente: Consulta Técnica Conjunta FAO/OPS/OMS en inocuidad y comercialización de alimentos frente a la epidemia del cólera en las Américas, Programa de control de alimentos de la FAO para la prevención y el control del cólera en las Américas, Buenos Aires, Argentina, 6-8 de abril de 1992.

Prevención de carencias específicas de micronutrientes

38. Tres objetivos del Plan de Acción aprobado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y suscrito por diversos organismos internacionales prevén la práctica eliminación de las carencias de yodo y vitamina A y una reducción sustancial de la carencia de hierro en este decenio. Estos objetivos son alcanzables si se realizan con urgencia esfuerzos concertados. La superación de las carencias de micronutrientes es uno de los ámbitos en que existen tecnologías conocidas y asequibles, y en que es más fácil lograr las metas establecidas. Ello representa un reto excepcional y una oportunidad para que las ciencias y la tecnología de la nutrición, así como los gobiernos, el sector privado y las comunidades, aúnen sus fuerzas.

39. El requisito básico es que los diferentes países formulen y apliquen planes nacionales de acción con estrategias y actividades definidas para hacer frente a las carencias de micronutrientes. Hasta la fecha, la mayoría de los países que se han ocupado de los diversos problemas relacionados con los micronutrientes, han abordado cada uno de ellos por separado. Las evaluaciones indican que, con frecuencia, los programas que se han aplicado para cada uno de los micronutrientes no han llegado más que a una parte limitada de la población vulnerable. Sólo unos cuantos países han elaborado programas integrados, complementarios y sostenibles.

40. Teniendo en cuenta que las estrategias en cuestión son muy diferentes y que con frecuencia intervienen en ellas agentes muy diversos, se necesitará un plan de acción distinto para cada una de las carencias de micronutrientes. Sin embargo, también pueden agruparse en un plan general que les sirva de marco. Uno de los primeros requisitos en casi todos los países es una mejor evaluación de la situación de las carencias más comunes de micronutrientes. En la mayoría de los países se han realizado algunas encuestas no locales o regionales, pero a menudo estas encuestas no están actualizadas. Además, la situación está cambiando constantemente como resultado de la aplicación de programas, en cuyo caso se necesitan evaluaciones periódicas, cada cinco años como mínimo. Estas evaluaciones pueden realizarse a escala nacional (por ejemplo para determinar zonas afectadas) o concentrarse en zonas que se consideren afectadas. Es preferible que tales evaluaciones se hagan distrito por distrito, limitando al mismo tiempo los costos en la medida de lo posible. Ello se puede conseguir en parte combinando las evaluaciones sobre micronutrientes con otras encuestas nutricionales, teniendo presente el carácter específico de las necesidades relativas a las encuestas sobre micronutrientes. En cada caso se deberán determinar las causas inmediatas y básicas de las carencias, informando después a las poblaciones afectadas. Para formular, aplicar o evaluar programas de lucha contra la carencia de micronutrientes de un modo eficaz en función de los costos, es necesaria una información inicial suficiente, no sólo sobre los aspectos sanitarios sino también sobre los factores alimentarios, socioculturales y económicos.

41. Básicamente, las cuatro estrategias principales de intervención son las siguientes:

42. **Mejora de la diversidad de la dieta**, por ejemplo estimulando la producción y consumo de alimentos ricos en micronutrientes, especialmente hortalizas de hoja verde y frutas con un alto contenido de vitamina A, hierro y otros micronutrientes. Esta estrategia es en general la más importante y sostenible, al menos en el caso de la vitamina A y del hierro. En cuanto al yodo, el pescado y el marisco constituyen buenas fuentes alimentarias; por otra parte se deberá reducir en la medida de lo posible el consumo de alimentos bociógenos.

43. La prevención de las carencias de micronutrientes mediante el fomento del consumo de una dieta variada se suele considerar un planteamiento a largo plazo. Sin embargo, experiencias recientes han demostrado que se pueden conseguir modificaciones

importantes de los hábitos alimentarios (por ejemplo, promoviendo la producción y el consumo locales de determinadas hortalizas) incluso en un plazo relativamente breve. En las zonas rurales, e incluso en las urbanas, existe un amplio margen para la producción doméstica en pequeñas parcelas con el fin de mejorar el suministro directo a los hogares de alimentos ricos en micronutrientes. A nivel nacional, la planificación alimentaria y agrícola puede contribuir a aumentar la disponibilidad de alimentos ricos en micronutrientes. Una educación y comunicación intensivas son necesarias para conseguir la comprensión, motivación y participación popular necesarias. El enfoque alimentario es un componente autónomo y crucial de las estrategias, centrados en las comunidades, para promover la seguridad alimentaria en los hogares. La estrategia basada en la alimentación es la única solución sostenible con miras a eliminar para siempre la carencia de micronutrientes.

44. El **enriquecimiento de los alimentos**, implica la adición de yodo a la sal (o a otros alimentos comunes); la adición de vitamina A a las grasas o aceites, azúcar, sal, etc.; o la adición de hierro al trigo, arroz o sal. Se ha procedido con éxito al enriquecimiento del glutamato monosódico, preparados lácteos y alimentos de destete de varios tipos con diversos micronutrientes, especialmente en países industrializados. El resultado neto de los programas de enriquecimiento en estos países ha sido la eliminación o la desaparición casi completa de muchas de las carencias de micronutrientes, aunque las carencias de yodo y hierro están aún generalizadas en Europa en niveles inferiores de prevalencia.

45. Los problemas principales que plantea el enriquecimiento de alimentos en los países en desarrollo son el costo y el modo de aplicación. Por ejemplo, el enriquecimiento de la sal suele exigir la cooperación del sector privado; es difícil cuando existen numerosos productores en pequeña escala; y se tropieza con problemas para redactar, aprobar y hacer cumplir la legislación apropiada. Es imprescindible garantizar el desarrollo de la capacidad nacional para ejecutar y dirigir estas intervenciones, establecer una comunicación con el público en gran escala. Es también fundamental la cooperación activa de los productores y comerciantes de sal o de alimentos y la motivación de los consumidores y las comunidades. Aunque el enriquecimiento de los alimentos es técnicamente fácil en los países industrializados, en los países en desarrollo la distribución de la mayoría de los productos que podrían enriquecerse es limitada; la sal es prácticamente el único vehículo posible, dado que su consumo es universal.

46. La **suplementación de la alimentación**, por ejemplo con aceite yodado (mediante administración oral o por inyección), vitamina A (en cápsulas con dosis elevadas o mediante sistemas de dosificación oral) y hierro medicinal, suele considerarse una medida a corto plazo y de eficacia inmediata, en espera de que se elaboren sistemas a más largo plazo. Por ejemplo, se usa como medida de urgencia para poblaciones desplazadas, o como intervención temporal hasta que puedan aplicarse medidas a largo plazo. Incluso las intervenciones a corto plazo, llevadas a cabo en gran escala, pueden tardar uno o dos años en organizarse. En la mayoría de los países, se ofrecen de forma generalizada suplementos de hierro a través de los servicios de higiene maternoinfantil y de los servicios locales de salud, y en ocasiones a través del programa de atención primaria de salud a nivel comunitario. Sin embargo, en la mayoría de los casos la aplicación de esta medida no es sistemática y el número de personas atendidas resulta insuficiente. Es mucho lo que se podría hacer para mejorar el suministro de estos suplementos, aumentar el número de comunidades beneficiadas, mejorar la capacitación del personal sanitario y la adhesión a los programas. Existen ya canales de distribución para estos suplementos; por ejemplo, los programas de salud maternoinfantil y de vacunación, diversos centros de atención primaria de salud, escuelas, servicios de extensión y organizaciones no gubernamentales ofrecen suplementos de hierro. Sin embargo, hay que reconocer que, a menudo, los principales grupos destinatarios (como mujeres embarazadas y niños en edad preescolar o escolar) no son los mismos para cada uno de los micronutrientes, y existen muchas limitaciones prácticas para conseguir una integración con otros servicios sanitarios.

47. Existen diversas **medidas de salud pública** que deben ser apoyadas, entre ellas las relativas a la legislación, en particular sobre sistemas de control de la calidad e inocuidad de los alimentos para programas de enriquecimiento; medidas para hacer frente a factores ambientales críticos (agua, saneamiento, higiene de los alimentos); programas de vacunación; lucha contra enfermedades endémicas; atención primaria de salud/higiene materno-infantil; y educación e información en materia de salud. La promoción del amamantamiento y la mejora de la nutrición materna tienen también una importancia decisiva.

48. Aunque algunas de estas intervenciones, por ejemplo la yodación de la sal, han de ser específicas, la mayoría de ellas deben realizarse en el contexto más amplio de la atención primaria de salud y de las estrategias generales de desarrollo en todos los niveles, desde el familiar y comunitario hasta el de distrito y nacional. Para conseguir los máximos beneficios y garantizar la seguridad alimentaria, es imprescindible establecer una estrecha asociación con los programas de lucha contra las infecciones y de salud materno-infantil/planificación familiar, incluido el fomento de la lactancia materna.

49. Es posible llevar a cabo una acción común para dos o más micronutrientes. De este modo se pueden reducir los costos, fortalecer los sistemas de atención primaria de salud y obtener el máximo provecho de los recursos humanos. Esta acción común puede incluir los elementos siguientes:

- En el caso de la vitamina A y del hierro, se puede conseguir fácilmente una mejora de la dieta, dado que muchos alimentos son ricos en estos dos micronutrientes (y en otros). Además, a menudo se puede mejorar el estado de los niños pequeños en lo que respecta a los micronutrientes mediante una distribución más equitativa de los alimentos dentro de la familia.
- El enriquecimiento doble o incluso triple, por ejemplo de la sal con yodo y hierro, es técnicamente posible, pero está todavía en una fase experimental y serán necesarias más investigaciones para reducir los costos de este método. Sería posible introducir el enriquecimiento múltiple de alimentos como leche o mezclas de cereales/legumbres en programas de ayuda alimentaria.
- Los programas combinados de suplemento de los alimentos, integrados en los programas sanitarios existentes según se indicó anteriormente, ofrecen una oportunidad excelente para llevar a cabo acciones rápidas y eficaces en función de los costos; es conveniente una investigación operativa en este ámbito.
- Para apoyar todos estos programas, es necesario recurrir a la comunicación social, prestando especial atención a la educación en nutrición de la población en todo el mundo. Es necesario intensificar considerablemente estas actividades, que serán más eficaces en función de los costos-efectividad, si se abordan los tres programas de control de micronutrientes conjuntamente.
- En muchos países es también posible establecer mecanismos comunes de dirección y administración, que pueden contribuir a movilizar los recursos necesarios – humanos, materiales y financieros – tanto en el país como fuera de él.
- La evaluación simultánea (inicial o periódica) del estado de los micronutrientes puede representar otra esfera de acción común. Sin embargo, el hecho de que los grupos de edad considerados en las encuestas serán diferentes para los tres micronutrientes complica la situación. Será necesario realizar más investigaciones para superar esta limitación.

Promoción de dietas y modos de vida sanos

50. De todos los esfuerzos que se realizan para mejorar la nutrición la promoción de mejores hábitos alimentarios y de un comportamiento positivo con respecto a la salud es una de las tareas más difíciles. Además del acceso a diversos alimentos sanos y asequibles, la gente necesita información exacta sobre lo que constituye una dieta sana y la mejor forma de satisfacer sus necesidades nutricionales. Además del aspecto relativo a la educación, las estrategias destinadas a promover dietas sanas deben incluir elementos que sirvan de estímulo y creen oportunidades para que la gente cambie su comportamiento, teniendo en cuenta las preferencias individuales, los modos de vida y a menudo las limitaciones de tiempo.

51. En diversos países desarrollados o en desarrollo se han realizado esfuerzos a nivel nacional con objeto de promover dietas y modos de vida sanos y algunas de estas iniciativas han sido bien documentadas por el Grupo de Estudio de la OMS (1990). La inversión de la creciente tendencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta registrada en algunos países desarrollados se atribuye a los esfuerzos encaminados a promover dietas y modos de vida sanos, así como una mejor asistencia médica y una vigilancia sanitaria adecuada. Se prevé que esas intervenciones contribuirán también a invertir esa clase de tendencias en los países en desarrollo.

52. El considerable incremento de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta registrado en muchos países en desarrollo subraya la necesidad de vincular los aspectos nutricionales con las políticas y los planes de desarrollo. La promoción de dietas y modos de vida sanos podría exigir la adopción de medidas en los siguientes sectores: educación nutricional y orientación dietética del público; capacitación de profesionales en atención sanitaria, extensión agrícola, etc.; directrices para los servicios de alimentación y participación de los grupos de consumidores y de la industria alimentaria; seguridad en cuanto a la calidad y la inocuidad de los alimentos, y seguimiento y evaluación de la situación alimentaria y nutricional del país; incremento de la disponibilidad de los distintos alimentos necesarios para satisfacer la demanda de una alimentación sana por parte de los consumidores.

53. En algunos países los gobiernos y las organizaciones privadas han preparado *directrices dietéticas* generalmente después de un extenso examen científico de la relación entre la dieta y la salud. Además, los organismos científicos han establecido aportes dietéticos recomendados para la población. Tradicionalmente, dichos aportes se han basado en ingestas sanas y adecuadas a fin de evitar deficiencias y de satisfacer las necesidades de casi todos los individuos de la población. Dichos aportes se han utilizado ampliamente, incluso para planificar y adquirir suministros de alimentos para subgrupos de la población, establecer normas para los programas de alimentación y servir de base para la preparación de etiquetas con información sobre los aspectos nutricionales.

54. Más recientemente algunos gobiernos u organizaciones privadas han elaborado orientaciones dietéticas, lo que revela el creciente interés en la prevención de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta. Las declaraciones relativas a las orientaciones dietéticas destinadas al público proporcionan un asesoramiento adecuado para la población del país, les indica que deben seleccionar una dieta equilibrada y les estimula a adoptar modos de vida igualmente sanos, incluida la promoción del amamantamiento con objeto de mejorar la salud. Se ha prestado cada vez más atención al asesoramiento sobre los patrones de alimentación y los modos de vida que aumentan el mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta. Las orientaciones dietéticas son más útiles si sirven de base y proporcionan los principios rectores para todos los mensajes sobre educación nutricional ampliamente difundidos entre

el público. Esto contribuirá a que se facilite información coherente y exacta a los consumidores.

55. En las declaraciones relativas a las directrices dietéticas a menudo se incluyen *objetivos alimentarios* expresados en alimentos o grupos de alimentos que deban incluirse en la dieta diaria. El suministro de alimentos, el medio ambiente, así como las características económicas, sociales y culturales de la población, deben considerarse cuando se elaboren los objetivos alimentarios, y por consiguiente éstos deben formularse de manera que se ajusten a una determinada población.

56. Además de las directrices dietéticas cualitativas, en algunos países se han propuesto objetivos nutricionales cuantitativos. El Grupo de Estudio de la OMS (1990) ha recomendado *objetivos nutricionales para la población*, que serían los límites dentro de los cuales debería estar incluida la media de las ingestas nutricionales de los países o de las comunidades. El Grupo previó que los objetivos para la población serían instrumentos para la planificación general en relación con la clase, la cantidad y la calidad de los alimentos producidos, importados o consumidos, y como medida para estimar cuán adecuadas han sido las respuestas a la comunicación social.

57. El *etiquetado de los alimentos y de los aspectos nutricionales* puede ayudar al público a seleccionar una dieta sana. La información sobre el contenido de nutrientes suministrada en la etiqueta de los alimentos puede facilitar la aplicación de las directrices dietéticas. La Comisión FAO/OMS del Codex Alimentarius ha elaborado directrices sobre el etiquetado de los aspectos nutricionales que se aplican a todos los alimentos preenvasados y a los destinados a la alimentación de grupos; las directrices que se presentarán a la consideración de los gobiernos. En algunos países se ha prestado atención últimamente a la posibilidad de simplificar el etiquetado nutricional mediante la sola inclusión de aquellos nutrientes o componentes dietéticos que revisten importancia para la salud pública. Las encuestas de consumo realizadas en los países desarrollados indican un mayor interés en el contenido de nutrientes y en la necesidad de formatos menos complicados para las etiquetas. Se están realizando muchas investigaciones que tienen por objeto examinar los distintos formatos de las etiquetas para favorecer su comprensión por parte de los consumidores. Además, en algunos países se reglamentan específicamente las declaraciones de *propiedades saludables* y los *descriptores* como por ejemplo "bajo contenido de grasas" y "contenido reducido de calorías", que figuran en las etiquetas de los alimentos para garantizar que los alimentos así etiquetados satisfagan determinados criterios.

58. La *educación* a todos los niveles también desempeña un papel esencial en la promoción de dietas y modos de vida saludables. Se ha comprobado la eficacia de algunos métodos utilizados para motivar y cambiar el comportamiento con objeto de mejorar la nutrición y fomentar modos de vida saludables. En general, se ha observado que la educación nutricional ha sido eficaz para el cambio del comportamiento cuando el objetivo no era la divulgación de información sino la modificación de dicho comportamiento. Los métodos aplicados con éxito han incorporado estrategias válidas utilizadas en otros sectores como el aprendizaje y la comercialización sociales, así como otras estrategias de entretenimiento y educación para la comunicación de masas. Los programas que han adoptado esos métodos han influido positivamente en la mejora del estado nutricional, incluso entre los grupos de bajos ingresos.

59. El contenido y el énfasis de los mensajes educativos serán distintos en las zonas rurales y en las urbanas para tener en cuenta las diferencias en modos de vida, cultura y acceso a los alimentos naturales o elaborados. También serán distintos los canales más eficaces utilizados para la educación y la información pública dado que los habitantes de las zonas rurales viven a menudo en zonas dispersas o en pequeños aglomerados, y es posible que sus niveles de alfabetización sean inferiores a aquéllos que viven en los centros urbanos, especialmente en los países en desarrollo. Por tanto, se necesita una planificación minuciosa de todas las intervenciones educativas que tengan por objeto

promover unas dietas y modos de vida saludables. Se necesita contar con información para elegir los grupos beneficiarios y desarrollar objetivos, estrategias, métodos y recursos, dentro del contexto político, económico y social de cada lugar.

60. El objetivo del trabajo relacionado con la comunicación de mensajes nutricionales consiste en cambiar los comportamientos alimentarios específicos que contribuyen a un mal estado de salud. Los datos disponibles indican que esa actividad es inferior a otras intervenciones de carácter nutricional en lo que se refiere a la relación costo-eficacia. Para obtener cambios significativos en el comportamiento es indispensable mantener los programas de comunicación nutricional durante un período prolongado.

61. Los medios de difusión locales y nacionales pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la nutrición y la salud. Debe asegurarse su completa participación mediante la inclusión de los dirigentes de esos medios en las fases iniciales de la formulación de programas. Si aprenden más acerca de la importancia de las dietas y modos de vida particulares, así como de la forma en que esas intervenciones pasan de un estrato social a otro, esos dirigentes también estarán en mejor situación para influir en sus colegas a fin de que dirijan al público mensajes equilibrados, cuando los intereses comerciales promueven productos inadecuados como cigarrillos, licor o dietas y modos de vida malsanos.

62. La preparación y producción de material didáctico adecuado para su presentación a través de los medios de difusión debe conformarse a principios bien establecidos. Los conocimientos de los expertos en medios de difusión pueden utilizarse para evaluar mejor la manera de ampliar las actividades de la comunidad. Basándose en la experiencia adquirida hasta la fecha pueden hacerse generalizaciones que se indican a continuación, sobre la comunicación de mensajes nutricionales: los comportamientos específicos tienen más posibilidades de ser adoptados; el éxito exige un esfuerzo sostenido; es indispensable una exposición frecuente y directa a los mensajes; se pueden necesitar investigaciones a fondo para crear una estrategia eficaz de comunicación; es de importancia vital la identificación del público apropiado y la posibilidad de llegar a él así como las preferencias de los consumidores son un elemento clave para el diseño de campañas eficaces para la comunicación de mensajes nutricionales.

63. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los profesionales, incluidos médicos, enfermeras, maestros, agentes de extensión agrícola y otros trabajadores de la comunidad, pierden oportunidades de promover dietas y modos de vida saludables porque su capacitación no les ha preparado para ello. La formación académica y la adquirida en el servicio son componentes esenciales de la estrategia global orientada a mejorar sus conocimientos prácticos para promover dietas y estilos de vida saludables.

64. El *sector de la salud* tiene una gran responsabilidad con respecto a la promoción de dietas y modos de vida saludables. Dicha promoción debe formar parte de las actividades ordinarias que ofrecen los servicios de asistencia sanitaria, y también formar parte activa de las actividades de protección y promoción de la salud en favor de los individuos o grupos vulnerables.

65. Aunque las responsabilidades del *sistema escolar* se orientan sobre todo hacia los niños y los adolescentes, las iniciativas relacionadas con la educación en salud también pueden influir positivamente en los adultos de la familia. La educación nutricional debe convertirse en una parte integrante de un amplio programa escolar de educación para la salud que pueda llegar hasta los jóvenes y los niños en edad escolar dentro y fuera del ámbito de la escuela. Entre los elementos esenciales del programa de educación nutricional figuran la disponibilidad de planes de estudios sobre nutrición, la preparación de maestros, la producción de material didáctico pertinente, la influencia en el ambiente escolar para promover una dieta sana (por ejemplo, huertos escolares/comunitarios, la

inocuidad de los alimentos en la comunidad, etc.) y la cooperación entre la escuela, los padres, la comunidad y los servicios sanitarios, agrícolas y sociales locales.

66. La buena nutrición puede promoverse en los *lugares de trabajo* mediante la subvención de las comidas o fomentando la venta de comidas nutritivas y bien equilibradas. Además de beneficiar directamente a los trabajadores, éstas y otras prácticas, como el patrocinio o fomento de equipos deportivos e instalaciones de gimnasia, las recomendaciones contra el abuso del tabaco y del alcohol, ofrecimiento de un medio ambiente limpio y de condiciones de trabajo seguras, favorecen la adopción de modos de vida saludables por parte de los trabajadores.

67. El papel que desempeña la *industria de la alimentación* en la promoción de una dieta sana se basa principalmente en la comercialización de diversos alimentos sanos y de buena calidad que puedan contribuir a una dieta saludable. El aumento de las ventas de productos, como los productos lácteos de bajo contenido de grasas, indica claramente que la industria de la alimentación puede responder, y que responderá, a la demanda de los consumidores basada en decisiones orientadas a la mejora de la salud. Es importante el papel que desempeñan los responsables de la nutrición y de la educación en salud a nivel comunitario, dado que deben proporcionar los mensajes adecuados para la creación de esa demanda. La legislación y las normas relacionadas con el etiquetado y la publicidad de los alimentos pueden estimular a la industria y al sector comercial a representar con exactitud y a promover con veracidad las cualidades nutricionales de los alimentos así como al mantenimiento de las normas de calidad e inocuidad de los mismos.

68. Los productores y los proveedores de *servicios alimentarios* pueden desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas. Si disponen de la orientación, la legislación y la supervisión apropiadas, los servicios alimentarios pueden ser buenos instrumentos para fomentar dietas adecuadas y otros aspectos de los modos de vida sanos debido a su popularidad y a su uso generalizado por parte de un elevado número de escolares, de trabajadores del comercio y la industria, y de otras personas que pasan parte del día relativamente alejados de sus hogares.

69. En el seno de los países, los objetivos relacionados con la mejora de la nutrición y la promoción de dietas sanas tienen múltiples repercusiones en los aspectos económicos de la agricultura, las políticas industriales y sociales y el comercio internacional. Es indudable que se necesite tiempo para que surjan políticas y programas coherentes y para que cambien las viejas actitudes. Como resultado de la promoción de las dietas tradicionales a las que se atribuyen menores riesgos de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, en algunos países se presta más atención al fomento de la producción y a la comercialización de los alimentos tradicionales.

LA COMUNICACION, MEDIO PARA CAMBIAR EL COMPORTAMIENTO Y MEJORAR LA NUTRICION

En los dos últimos decenios, se han formulado nuevos planteamientos eficaces para estimular cambios en el comportamiento y mejorar la nutrición a través de la comunicación nutricional. Estos planteamientos utilizan varias técnicas modernas de comunicación entre las que se incluyen los principios de la comercialización y la ciencia del comportamiento, para identificar comportamientos específicos relacionados con la nutrición en un contexto social más amplio y preparar mensajes y materiales adecuados para los públicos destinatarios. La implicación de los miembros de la comunidad en el desarrollo y aplicación de estrategias de comunicación es totalmente necesaria. Los programas que han adoptado estos planteamientos han tenido efectos positivos sobre diversos grupos, entre ellos los formados por personas de bajos ingresos.

Para una mayor eficacia, la comunicación nutricional deberá tener en cuenta las preferencias de los consumidores, la disponibilidad y costo de las prácticas específicas y el impacto nutricional previsto de los cambios de comportamiento propuestos. La mayor parte de los programas de comunicación han tratado sobre todo de influir en los consumidores y en las personas encargadas de prestar asistencia para mejorar las prácticas de alimentación de los niños, apoyar la lactancia materna y corregir las carencias de vitamina A y de otros micronutrientes. Además, algunos programas han intentado reforzar la confianza de las personas encargadas de la asistencia y de influir en los otros miembros del hogar o de la comunidad para reasignar los recursos y superar la resistencia al cambio.

De la consideración de los planteamientos que han resultado eficaces se deducen las siguientes conclusiones:

- Los comportamientos específicos basados en la acción son los que mayores posibilidades tienen de adopción.
- Se requiere un esfuerzo a largo plazo para mantener el cambio en los comportamientos.
- Es fundamental la recepción frecuente de mensajes directos.
- Para formular una estrategia de comunicación eficaz se requiere una información básica obtenida a través de la correspondiente investigación.
- Es imprescindible identificar y entrar en contacto con los públicos seleccionados como destinatarios.
- La consideración de las preferencias del consumidor es fundamental para la formulación de campañas y productos de comunicación nutricional.
- Los dirigentes de la comunidad y las redes son medios eficaces para promover soluciones a los problemas de la nutrición.
- Deberán examinarse los medios de contacto interpersonales y a través de los medios de comunicación social para evaluar cuántas personas reciben los mensajes y con qué frecuencia. Para ser eficaces, la mayor parte de los programas deberán combinar las estrategias basadas en el contacto interpersonal y en los medios de comunicación.
- Los trabajadores de extensión o divulgación deben estar debidamente capacitados en las técnicas interpersonales y de comunicación y deberán ser objeto de supervisión.

Los responsables de la adopción de políticas, oficiales gubernamentales y otras personas encargadas de tomar decisiones pueden contribuir en gran manera a reforzar los programas de comunicación nutricional, sobre todo concediendo a este tipo de comunicación alta prioridad y prestando los recursos necesarios, sobre todo personal con formadores sanitarios y directores de programas bien capacitados; adoptando un planteamiento multidisciplinario para la identificación de los problemas de nutrición y la planificación de las intervenciones; vinculando las intervenciones nutricionales con otros programas sanitarios y de desarrollo socioeconómico; desarrollando gradualmente programas que se centren en dos o tres intervenciones nutricionales y en comportamientos específicos que puedan tener especial repercusión en la nutrición; recabando ayuda de universidades, agencias de publicidad y otros grupos con la experiencia necesaria; reconociendo los gastos ordinarios mínimos por destinatario en relación con los costos de iniciación y ofreciendo marcos cronológicos adecuados y una asignación duradera de personal y de otros recursos para lograr cambios prolongados de comportamiento.

Fuente: "Communicating to Improve Nutrition Behaviour: The Challenge of Motivating the Audience to Act", USAID Nutrition Communication Project Academy for Educational Development, Parlato, M. C. Green y C. Fishman, Washington, D.C. 1992.

La prevención y el manejo de las enfermedades infecciosas

70. La prevención de las infecciones y el manejo de las enfermedades infecciosas implican la reducción de su incidencia, duración y gravedad. Entre las esferas de acción prioritaria se incluyen la educación en materia de salud, el control de la salud ambiental y de la higiene de los alimentos, las campañas de vacunación, los cuidados terapéuticos, la vigilancia y fomento del crecimiento y la APS.

71. La incidencia de las enfermedades infecciosas está en buena parte relacionada con el comportamiento. La educación en materia de salud trata de modificar actitudes y comportamientos. La transmisión de enfermedades se reducirá si se informa al público y a los grupos expuestos a enfermedades, sobre la transmisión de enfermedades infecciosas y parasitarias, saneamiento, higiene de los alimentos y prevención y tratamiento doméstico de la diarrea. La incidencia y gravedad de los episodios diarreicos en los lactantes, incluidos los niños mayores de seis meses, pueden reducirse mediante el fomento de la lactancia materna. La educación en materia de salud para prevenir la diarrea deberá abarcar también la preparación de alimentos de destete, la utilización de alimentos fermentados, el tratamiento del agua, la higiene personal y el saneamiento. La educación en materia de salud dirigida a grupos específicos, como madres que asisten a dispensarios, o divulgada a través de la radio y la televisión, puede tener una gran repercusión (OMS, 1986; UNICEF, 1991). La educación práctica en materia de salud en las escuelas puede llegar tanto a los alumnos como a sus progenitores. Los programas educativos de carácter oficioso, como los cursos de alfabetización, pueden incluir también temas relativos a la educación para la salud. En Indonesia, un proyecto amplio de comunicación y modificación del comportamiento en materia de nutrición demostró que la educación por sí sola podía mejorar el estado nutricional de determinados grupos vulnerables.

72. Los programas de salud ambiental, que se ocupan del abastecimiento de agua potable, la eliminación de desechos humanos y urbanos y la disponibilidad de viviendas suficientes, pueden reducir considerablemente la morbilidad resultante de diversas enfermedades infecciosas de transmisión hídrica y fecal. Por ejemplo, en un proyecto realizado en Colombia con fondos del Banco Mundial, cada 10 por ciento de aumento del número de letrinas dio lugar a un 15 por ciento de descenso de la proporción de niños con problemas nutricionales. Un abastecimiento de agua potable puede reducir también considerablemente la incidencia de la diarrea y de diversas infecciones transmitidas por el agua.

73. Las enfermedades transmitidas por los alimentos están muy difundidas y son muy frecuentes. La mayoría de los casos de diarrea tienen un origen alimentario, al igual que muchas otras infecciones debidas a bacterias, virus, micotoxinas y parásitos. La higiene personal y de los alimentos, el control de la calidad de los alimentos y la legislación al respecto, como por ejemplo las reglamentaciones relativas a la pasteurización de la leche y la calidad química y microbiológica de los alimentos elaborados, son algunas de las medidas destinadas a prevenir estas enfermedades. Los programas de inocuidad de los alimentos contribuyen considerablemente a combatir la asociación entre malnutrición e infección.

74. En los diez últimos años ha aumentado constantemente en casi todos los países en desarrollo el número de beneficiarios de las campañas de vacunación, si bien este número sigue siendo insuficiente en el caso de las campañas que requieren múltiples visitas. El número de personas atendidas podría aumentar notablemente, si los niños que acuden a los dispensarios pudieran ser pesados y vacunados en el curso de la misma visita, con lo que se reduciría el riesgo de perder contacto con ellos. Se estima que el 69 por ciento de las faltas de vacunación se debe a que no se aprovechan estas ocasiones.

75. Un tratamiento temprano y apropiado de las enfermedades infecciosas puede tener efectos importantes sobre el efecto nutricional. El ejemplo más destacado es la terapia de rehidratación oral para la diarrea, que ahora se acepta y aplica en forma generalizada. Una ingestión alimentaria suficiente durante los episodios diarreicos y después de éstos, especialmente en el caso de la diarrea crónica, reduce la repercusión sobre el estado nutricional y acelera la recuperación. La existencia de servicios terapéuticos en el hogar o en los dispensarios para los casos de infecciones respiratorias graves, diarrea, malaria, enfermedades infantiles y parasitarias, contribuye a prevenir la malnutrición. La disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales influye en la utilización de los servicios sanitarios y en su capacidad para reducir la duración de las enfermedades y mejorar el estado nutricional.

EL VIH Y LA LACTANCIA MATERNA

Dada la creciente difusión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo, cada vez es mayor el número de mujeres en edad de procrear infectadas por este virus, que se puede transmitir a sus hijos futuros o a los de corta edad. Aproximadamente un tercio de los niños nacidos en todo el mundo de madres infectadas por el VIH están también ellos mismos infectados. Muchas veces la transmisión de madre a hijo se produce durante el embarazo, aunque datos recientes confirman que se debe también en parte a la lactancia. Afortunadamente, la inmensa mayoría de los niños alimentados por madres infectadas con el HIV no adquieren el contagio a través de la lactancia materna.

La OMS y el UNICEF convocaron conjuntamente en 1992 una consulta técnica encargada de examinar todos los datos disponibles sobre la transmisión del VIH y la lactancia materna. La consulta llegó a la conclusión de que en las zonas donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición son las causas principales de mortalidad infantil y ésta es elevada, debería aconsejarse la lactancia materna de los niños. Ello se debe a que el riesgo de que el niño contraiga la infección del VIH a través de la leche materna es probablemente inferior al riesgo de muerte por otras causas si el niño recibe otro tipo de alimentación. Las mujeres de estos lugares que tienen el VIH y disponen de medios alternativos de alimentación deberían solicitar el asesoramiento de sus dispensadores de atención para decidir la manera más segura de alimentar a sus niños.

Por otra parte, en los lugares donde la causa principal de mortalidad durante la infancia no son las enfermedades infecciosas y donde la tasa de mortalidad infantil es baja, las mujeres embarazadas que están infectadas con el VIH deberían buscar un método alternativo de alimentación para sus niños en vez de la lactancia materna. En estos contextos, debería ofrecerse a las mujeres la posibilidad de someterse a pruebas voluntarias y confidenciales sobre el VIH, con el correspondiente asesoramiento anterior y posterior a la prueba, y aconsejarles que se sometieran a estas pruebas antes del parto.

76. No se dispone de un tratamiento ni de una vacuna comercializada para las víctimas del SIDA. Aun cuando se descubriera un método eficaz de tratamiento, su costo haría probablemente que no resultara asequible para un gran número de afectados. Un tratamiento apropiado de los pacientes de SIDA incluye una dieta suficiente, así como medidas para reducir al mínimo la exposición a infecciones comunes. La prevención se orienta sobre todo a evitar la exposición al virus a través de lesiones, inyecciones o contactos sexuales. En la actualidad, los esfuerzos en este sentido se están integrando con otros programas para prevenir enfermedades transmitidas por conducto sexual, especialmente entre grupos como prostitutas y sus clientes.

77. Una detección temprana de los defectos de crecimiento mediante programas de vigilancia y promoción del crecimiento, es uno de los principales métodos combinados para hacer frente a la asociación entre malnutrición e infección. En primer lugar es necesario determinar las causas de los defectos de crecimiento y adoptar medidas adecuadas, ya sea en el centro de salud o a nivel comunitario. La infección es con frecuencia la principal causa del retraso del crecimiento. Es necesario aumentar considerablemente la capacidad del personal de salud y de los dirigentes comunitarios para realizar el diagnóstico de los defectos del crecimiento. Actualmente se están elaborando en muchos países programas de promoción de la vigilancia del crecimiento basados en la comunidad, a menudo

realizados en cooperación entre las comunidades, los servicios de salud del Gobierno y organizaciones no gubernamentales.

78. La accesibilidad, aceptabilidad e idoneidad de los servicios de salud influye notablemente en el hecho de que la población se beneficie o no de éstos y altere su comportamiento para mejorar su salud. En particular, la ampliación de los servicios de salud maternoinfantil a zonas remotas o no atendidas puede contribuir en gran medida a aliviar la infección y la malnutrición.

79. La APS o atención de salud basada en la comunidad es la forma fundamental de responder a las necesidades de la comunidad en este ámbito, al asegurar su participación activa en la planificación y aplicación de su propia asistencia en salud, generar una toma de conciencia en cuestiones de salud, y movilizar a la comunidad y prevenir las infecciones mediante modificaciones del medio ambiente y de las prácticas sanitarias inadecuadas.

80. Las actividades llevadas a cabo fuera del sector de salud son igualmente importantes para abordar las causas más esenciales y determinantes de la malnutrición y la infección. Cada infección tiene su propio mecanismo de transmisión, que casi siempre está relacionado con el medio ambiente. Por ejemplo, la propagación de las enfermedades respiratorias está vinculada con condiciones de hacinamiento. La contaminación del agua y de los alimentos, la falta de agua suficiente para la higiene personal y del hogar y el contacto humano con insectos y otros animales contribuyen directamente a la transmisión de enfermedades diarreicas. Una eliminación inadecuada de las aguas fecales, que permite que los parásitos se introduzcan en el cuerpo a través de la piel o de la boca, facilita la transmisión de parásitos intestinales. Cuando las condiciones ambientales, ya sean de carácter natural o de origen humano, permiten la proliferación de vectores, éstos facilitan la transmisión de otros parásitos, malaria y esquistosomas. Por ejemplo, estrategias alternativas como el riego intermitente han conseguido reducir la reproducción de mosquitos y, por consiguiente, la incidencia de la malaria en la India y Portugal. Cuando se construyen presas y sistemas de riego, un buen diseño técnico puede evitar los peligros de la propagación de esquistosomiasis.

81. En la mayoría de los casos se necesitan programas de salud específicos dirigidos a prevenir o reducir la reproducción del agente infeccioso o su transmisión, directamente o a través de vectores. Sin embargo, es también necesario adoptar precauciones para asegurarse de que los proyectos o actividades de desarrollo nuevos o existentes no creen más problemas sanitarios. En la documentación de todos los proyectos de desarrollo propuestos debería incluirse una declaración sobre sus efectos en la nutrición o la salud.

Asistencia a grupos socioeconómicamente desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables

82. Las políticas para mejorar la asistencia a personas vulnerables, como lactantes, niños pequeños y madres, deberían tratar de reforzar directamente la capacidad de la familia, como unidad social y económica, para prestar cuidados. Los cuidados son también un componente importante del bienestar sanitario y nutricional de otros miembros vulnerables de la sociedad, entre ellos los ancianos, incapacitados, refugiados y desplazados. Para prestar cuidados suficientes a estas personas será a menudo necesario aumentar la capacidad en el plano comunitario, nacional e internacional.

83. **Fomento de la lactancia materna.** El primer tipo de cuidados necesarios está destinado a los lactantes y se centra en la lactancia materna. Esta constituye la base de una relación dinámica entre la madre y el lactante, que tiene dimensiones psicológicas y sociales además del aspecto físico consistente en el suministro de leche materna. Es importante asegurarse de que el amamantamiento se establezca de modo firme y apropiado desde el comienzo; de que el calostro se utiliza, y no se desecha, en los primeros días de vida; y de que los lactantes se alimentan únicamente con leche materna durante 4-6 meses. Esto entraña un asesoramiento, estímulo y preparación apropiados de la madre durante la asistencia prenatal y después del nacimiento del niño. Teniendo en cuenta que en los países en desarrollo está aumentando el número de partos que tienen lugar en las dependencias u hospitales de maternidad, es esencial garantizar que existen instalaciones apropiadas y se aplican prácticas que fomentan la lactancia materna. Por ejemplo, los recién nacidos deberían compartir la habitación y la cama con la madre.

84. La observación de los factores negativos que con frecuencia influyen en los servicios de maternidad, como el uso innecesario de sucedáneos de la leche materna, ha conducido a la formulación de diez principios que deben aplicar los "hospitales especialmente adecuados para los niños". En la actualidad se están difundiendo por todo el mundo programas para desarrollar hospitales con este enfoque y capacitar al personal correspondiente. Prácticamente todos los países necesitan adoptar medidas rápidas y decididas en este sentido para impedir un ulterior retroceso de la lactancia materna a medida que avanza el desarrollo urbano. Es necesario elaborar y aplicar programas nacionales de protección y fomento de la alimentación con la leche materna. En algunos países se han formulado también criterios para evaluar el estado de la lactancia materna, que habrán de utilizarse en la vigilancia de tales programas. Además, es necesario intensificar en todos los centros sanitarios la orientación y estímulo individual de las madres, en lo que respecta a las ventajas de la alimentación con leche materna. Los países con tasas bajas de lactancia materna deberían fijarse el objetivo de invertir esta tendencia, y los países con prácticas más satisfactorias al respecto el de conservar y mejorar incluso la situación actual, especialmente en las zonas urbanas.

85. **Alimentación de niños pequeños.** A partir de los 4-6 meses de vida, se inicia el proceso de destete con la introducción gradual de alimentos complementarios debidamente preparados para la capacidad digestiva del lactante, de acuerdo con la disponibilidad de alimentos y las tradiciones culturales locales. Muchos países tienen directrices nacionales sobre alimentación de niños de pecho, pero otros no las tienen. En ocasiones, las directrices existentes se redactaron en una época en la que no había plena conciencia de la importancia de una alimentación frecuente (de cuatro a seis veces al día) y de una densidad energética suficiente de los alimentos para niños de pecho. Puede que sea necesario insistir más en la importancia de utilizar papillas de cereales suficientemente concentradas (las mezclas tradicionales están con frecuencia demasiado diluidas) y de añadir un poco de aceite vegetal, al mismo tiempo que se hace un mejor uso de alimentos como legumbres, hortalizas de hoja verde y amarillas, etc., que son ricos en proteínas y

micronutrientes. La utilización de cereales fermentados o malteados durante el período de destete es también beneficiosa y debería ser objeto de fomento, si ya se ha experimentado en el país, o de investigación, si aún no se ha estudiado.

86. Es evidente que estas directrices dietéticas para lactantes y niños pequeños deberán adaptarse a la disponibilidad de alimentos y costumbres locales. A menudo es necesario adaptar una directriz nacional a zonas ecológicas y modalidades de consumo de alimentos diferentes en un mismo país. También es necesario hacer mucho hincapié en la importancia de que la madre o la persona que se encargue del cuidado del niño, le preste una continua y estrecha atención, en particular durante los episodios de infección y en general durante el segundo año de vida del niño pequeño en que éste suele confiarse a abuelos o hermanos mayores.

87. **Bienestar materno.** En muchos hogares, los principales dispensadores de cuidados son las mujeres. Por consiguiente, la capacidad para prestar cuidados en el hogar depende en gran medida de la salud de la madre, de su educación, de su tiempo y energía, del control que tiene sobre los recursos del hogar y de su aptitud para utilizarlos eficazmente. Por tanto, son necesarios diversos tipos de medidas para asegurar una asistencia apropiada en el hogar. En primer lugar es necesario promover la salud física y mental de la madre facilitándole el acceso a los servicios de salud y afines, en particular los servicios de salud general, de asistencia prenatal y de planificación familiar. También es necesario elaborar y difundir ampliamente directrices dietéticas para las madres durante el embarazo y la lactancia. Puede ser beneficioso para las madres y los hijos animar a los progenitores a que dejen transcurrir un período de tiempo suficiente entre los embarazos. Un espaciamiento demasiado breve puede dar lugar a una insuficiencia ponderal del recién nacido y a una falta de capacidad para cuidar de éste y de otros niños pequeños. La propia madre puede sufrir un agotamiento nutricional como consecuencia de nacimientos demasiado frecuentes y una sobrecarga debida a sus tareas excesivas, incluidas las exigencias de cuidados infantiles. Es importante que la educación sobre el valor de la planificación familiar vaya dirigida también a los hombres. También se puede subrayar en este contexto la contribución de la lactancia materna a un intervalo más largo entre nacimientos.

88. Es necesario adoptar medidas para aumentar la educación y alfabetización de las madres, ya que tanto la educación como las creencias influyen en las aptitudes y conocimientos necesarios para unas prácticas satisfactorias en materia de puericultura. Es muy importante que la educación se oriente hacia el cuidado del niño, en particular la importancia de la alimentación exclusiva con leche materna en los primeros meses de vida, el aumento de la densidad energética y de la calidad de los alimentos complementarios, la aplicación de prácticas apropiadas de destete, la disminución de la contaminación y el mantenimiento de una alimentación frecuente. La educación de la madre puede influir también en las decisiones de los progenitores con respecto al empleo del tiempo y de los recursos. Además, se deberá mejorar la capacidad de leer y escribir del padre y su educación general, ya que sus creencias y su interés por el estado de salud de sus hijos tienen repercusiones importantes sobre el bienestar nutricional de éstos.

89. La cantidad de tiempo de que dispone la madre, su volumen de trabajo y su capacidad para obtener ingresos tienen también una gran influencia sobre la nutrición de los niños. A menudo, los ingresos controlados por las mujeres tienen mayores beneficios inmediatos para la nutrición de la familia que los ingresos generales o controlados por los hombres. Cuando una madre es incapaz de cuidar de su hijo a causa del trabajo, el estado nutricional del niño puede verse perjudicado. Por otra parte, el aumento de los ingresos obtenidos por una madre que trabaja puede tener efectos positivos sobre el bienestar nutricional de un niño. Por tanto, debería fomentarse un equilibrio apropiado entre el tiempo empleado en prestar a la familia cuidados suficientes y el tiempo empleado en trabajar fuera del hogar. La adopción de técnicas que ahorren mano de obra puede ser útil

para reducir el volumen de trabajo de la mujer. Sin embargo, lo más necesario es con frecuencia promover un reparto equitativo de las responsabilidades relativas a los cuidados y de la carga de trabajo entre los miembros de la familia.

90. **Asistencia a ancianos e incapacitados.** La proporción de los ancianos en la población tanto de los países desarrollados como en desarrollo está creciendo rápidamente. Una nutrición apropiada contribuye notablemente a aplazar o prevenir el desarrollo de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en edades avanzadas y el fomento de dietas y estilos de vida sanos durante la infancia y la edad adulta puede reducir al mínimo la incidencia de tales enfermedades en una etapa posterior de la vida. El consumo de alimentos se suele reducir con la edad. Esta reducción está a menudo asociada con una disminución de las necesidades como consecuencia de una tasa metabólica basal más baja, un descenso de la actividad física y una masa corporal menor. Otros factores, como la apatía y la depresión, pueden contribuir a la disminución del apetito, al igual que el consumo de ciertos medicamentos y de alcohol. El creciente empobrecimiento de los ancianos aumenta también el riesgo de carencias nutricionales.

91. Con frecuencia los ancianos quedan aislados socialmente, por lo que pueden ser necesarios programas para abordar este problema. Es preciso que los servicios comunitarios que prestan asistencia sanitaria a los ancianos estén plenamente integrados en la atención primaria de salud. Los programas que proporcionan productos alimenticios o comidas preparadas a los ancianos pueden contribuir a asegurar unas dietas suficientes y equilibradas. En general, las estructuras tradicionales de cuidados familiares que se encuentran en casi todas las sociedades ofrecen protección a los ancianos. Sin embargo, como se ha señalado, muchas de estas estructuras se debilitan cuando estas poblaciones se ven afectadas por el desarrollo urbano o el empobrecimiento.

92. El objetivo de las estrategias para prestar asistencia a los incapacitados debería consistir en evitar la dependencia y permitir que éstas personas pudieran valerse por sí solas. Tales estrategias deberían promover y reforzar las organizaciones que ayudan a estas personas a hacer frente a su incapacidad a nivel familiar y comunitario. Puede que sea necesario aumentar la eficacia de la capacitación profesional y del desarrollo de aptitudes.

93. **Asistencia en las comunidades.** En muchas comunidades, los sistemas tradicionales de apoyo, como la familia numerosa, ofrecen grandes ventajas en lo que respecta al apoyo prestado a ciertas personas en momentos de dificultad. Este apoyo social de la familia o de la comunidad puede aumentar la asistencia que reciben las mujeres y los niños, como consecuencia de la reducción del volumen de trabajo, la ayuda económica, el aumento de los conocimientos o el apoyo emocional. El apoyo de la comunidad es también decisivo para resolver los problemas relacionados con el cuidado de los niños o la carga de trabajo, mediante la creación de guarderías infantiles, grupos de trabajo, cooperativas o sistemas oficiosos de reparto de las tareas. Sin embargo, el desarrollo urbano y el rápido cambio social están erosionando este tipo de apoyo. Por tanto, es necesario adoptar medidas encaminadas a promover organizaciones de mujeres, ayudar a los hermanos mayores que se hacen cargo de niños pequeños y alentar la participación del padre en el cuidado de los hijos, a través de los medios de difusión y de grupos de apoyo.

94. La asistencia en las comunidades constituye otro componente importante de la estrategia para mejorar la nutrición. En las sociedades tradicionales, especialmente en las zonas rurales, los resultados dependen en buena medida de la capacidad de la administración de la aldea para determinar los problemas nutricionales y adoptar medidas apropiadas. El reforzamiento de las estructuras de la aldea puede ser muy útil para evaluar problemas nutricionales y ofrecer respuestas adecuadas, en ausencia de una conciencia o análisis de las cuestiones nutricionales, si se aplican medidas eficaces, por ejemplo a través de una organización apropiada de las actividades agrícolas, sociales y generadoras de ingresos en la aldea. Puede que haya que reforzar las estructuras

gubernamentales en las aldeas mediante la democratización, la descentralización de las responsabilidades y programas de capacitación para dotar a los dirigentes comunitarios de las aptitudes analíticas y de administración necesarias. El desarrollo de los recursos humanos locales y de medidas concretas orientadas hacia la nutrición en cada comunidad debería constituir un componente bien definido de los planes de desarrollo de distrito.

95. Puede que sea más difícil aplicar este tipo de medidas en el medio urbano que en las zonas rurales, a causa de la ruptura de las estructuras y valores tradicionales y de la fragmentación de la sociedad. Pueden darse a la vez problemas de sobrealimentación y de desnutrición, y para abordarlos serán necesarios criterios diferentes en lo que respecta a la organización. Por consiguiente, es importante introducir consideraciones nutricionales en los procesos de planificación urbana y de administración local.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL PROGRAMA DE NUTRICION DE IRINGA, EN TANZANIA

La movilización social es uno de los rasgos esenciales del programa nutricional de Iringa, en Tanzania. Según el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Apoyo a la Nutrición, la movilización integra simultáneamente la promoción y la educación en todos los niveles de la jerarquía administrativa. La promoción significa aumentar la sensibilidad ante los problemas de la nutrición y la entrega de recursos para su solución. La educación actúa conjuntamente con la promoción en el intento de garantizar que las personas motivadas dispongan de los instrumentos y capacidades necesarias para hacerlo eficazmente.

Uno de los objetivos del programa era mejorar, en todos los niveles, las capacidades de la sociedad para evaluar y analizar los problemas nutricionales y formular intervenciones adecuadas. En este sentido, una actividad especialmente lograda fue la supervisión comunitaria del crecimiento. Los comités de salud de las aldeas, con apoyo del personal sanitario de las mismas, establecieron un sistema de registro para los hogares y aldeas. Las aldeas suministraban estadísticas fundamentales sobre la población. Todos los niños de menos de cinco años de edad tenían gráficos de crecimiento y se pesaban en los centros sanitarios de la aldea al menos cada tres meses. La evolución del crecimiento de los niños se anotaba en los registros familiares y se preparaban informes para establecer el comportamiento conjunto de los niños de la aldea. El comité sanitario de la aldea asesoraba y aconsejaba a los padres de los niños cuyo crecimiento presentaba deficiencias. Se llevaba un registro de la mortalidad de los niños de la aldea, en el que se indicaba la edad del niño y los últimos signos o síntomas de enfermedad antes de la muerte.

Para evaluar los resultados de las actividades del programa se llevó a cabo una encuesta en los hogares. Se verificó la comprensión por parte de las madres de los gráficos de crecimiento y sus conocimientos sobre el uso de las sales de rehidratación oral (SRO).

El conocimiento de las fichas de crecimiento era muy satisfactorio, ya que casi el 80 por ciento de las madres entrevistadas demostró conocerlo a la perfección. El conocimiento de las SRO era menos completo, y la mayor parte de las madres sabía sólo parcialmente cuál era la mejor manera de mezclar las SRO.

Después de tres años de actividad, se analizó el impacto general del proyecto sobre el estado nutricional tomando como base la prevalencia de situaciones ligeras y graves de falta de peso. Entre 1984, en que comenzó el proyecto, y 1987 se observó una fuerte reducción del número de niños de pocos años con graves carencias de peso (por debajo del 60 por ciento del valor de referencia de su peso por edad), cuya proporción pasó del 6,3 al 1,7 por ciento, y una reducción del número de niños con carencia de peso moderada (es decir, por debajo del 80 por ciento del valor de referencia), que bajaron del 51 al 37 por ciento, en las 168 aldeas incluidas originalmente en el proyecto. En otras 442 aldeas de Iringa no implicadas en el proyecto el porcentaje de niños con graves carencias de peso en 1987 era el 5,6 por ciento, mientras que los que mostraban una carencia moderada de peso eran el 50,7 por ciento. La mortalidad de los niños de corta edad disminuyó también considerablemente en las aldeas del proyecto. Estos datos confirman el fuerte impacto del programa de nutrición de Iringa sobre la malnutrición de los niños pequeños, e ilustran un importante logro en el desarrollo de la capacidad de los hogares y comunidades para hacer frente a su situación nutricional.

Fuente: The Joint WHO/UNICEF Nutrition Support Programme in Iringa, Tanzania. 1983-1988 Evaluation Report. 1988.

96. **Asistencia a escala nacional.** A escala nacional, es necesario realizar esfuerzos para elaborar tecnologías apropiadas y crear una infraestructura mejor que permitan reducir, en particular, las exigencias de tiempo y trabajo de las mujeres. El objetivo de estas medidas sería aliviar actividades gravosas, como la recogida de agua y leña, facilitar el acceso a los servicios de salud, mejorar la higiene y el saneamiento y asegurar el acceso de las mujeres a tecnologías de elaboración de alimentos y agrícolas mejoradas.

97. Es necesario reforzar, mediante la legislación correspondiente, los derechos de las mujeres a la propiedad y a los ingresos. Por ejemplo, es preciso mejorar el acceso de las mujeres al crédito. Además, se debería aumentar el control de las mujeres sobre los ingresos del hogar fomentando las oportunidades de empleo para ellas e incrementando las utilidades obtenidas de los bienes del hogar.

98. Es necesario que los gobiernos se esfuercen en ofrecer seguridad social a las mujeres siempre que sea posible. Por ejemplo, el derecho a una licencia de maternidad constituye una cuestión normativa importante, con posibles beneficios de largo alcance para la salud y nutrición de las mujeres y de sus hijos.

99. **Asistencia a refugiados y personas desplazadas.** Existen también estrategias a nivel internacional para ofrecer asistencia. En particular, cuando los refugiados cruzan las fronteras internacionales, los organismos internacionales están llamados a ofrecerles protección social. Los refugiados son más susceptibles de padecer los mismos tipos de enfermedades que se encuentran entre otros grupos vulnerables en los países en desarrollo, por haberse convertido en indigentes. La malnutrición, las enfermedades contagiosas y los trastornos mentales y emocionales son algunas de las consecuencias más frecuentes del desplazamiento. Además, es probable que muchos refugiados no regresen a sus lugares de origen.

100. Los refugiados y personas desplazadas, como otros grupos vulnerables, no deberían considerarse sectores de la población total o permanentemente desvalidos y dependientes. Necesitan recursos que les ayuden a hacer frente a la privación, a cubrir sus necesidades básicas y a llegar a ser capaces a valerse por sí mismos, si es necesario, en su nuevo entorno. Cuando se proporcionan raciones alimentarias, su distribución debería basarse en las necesidades y no en la disponibilidad inmediata de ciertos recursos procedentes de donantes.

Evaluación, análisis y vigilancia de las situaciones nutricionales

101. La información es esencial para adoptar decisiones eficaces con respecto a las políticas y programas destinados a mejorar el bienestar nutricional de la población. Pero para que sea útil, la información debe llegar a los correspondientes responsables de la adopción de decisiones en distintos niveles, desde el individual al internacional, en el momento oportuno y de forma que pueda entenderse fácilmente.

102. La información relativa a la nutrición es necesaria para fines muy diversos, por ejemplo para identificar problemas de nutrición crónicos y sus causas, prever y detectar problemas nutricionales de breve duración o agudos, distinguir entre los grupos de población que necesitan intervenciones de socorro a corto plazo y los que requieren políticas y programas a más largo plazo, y supervisar los cambios y evaluar el efecto de los programas de desarrollo y de las intervenciones a corto y largo plazo.

103. Puesto que la nutrición es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, el estado nutricional de una población es un indicador sensible del nivel global de desarrollo de una sociedad. Los indicadores relacionados con la nutrición, como el número de personas desnutridas, la prevalencia de la malnutrición proteinoenergética (MPE) o la distribución de los índices de corpulencia de los adultos, junto con los indicadores clásicos del desarrollo nacional, como el PNB, constituyen una buena medida del bienestar y desarrollo humanos.

104. Al recoger y analizar información sobre nutrición, es necesario realizar un esfuerzo para ajustarse a las necesidades de los responsables de adoptar decisiones. Con demasiada frecuencia, la información se recoge y no se utiliza; sin una noción clara de qué información se necesita, quién la necesita, cuándo y para qué propósito, puede producirse una pérdida considerable de tiempo y recursos.

105. Lo ideal sería proporcionar información sobre el número de personas que están afectadas actualmente por tipos específicos de malnutrición así como de aquéllas que tienen probabilidades de estarlo más adelante. También debería proporcionarse información adicional sobre la localización de los grupos de población malnutrida y su estado nutricional a lo largo del tiempo. Para el desarrollo y seguimiento de los programas, también es importante recoger información sobre los factores que afectan al bienestar nutricional.

106. Es necesario hacer una distinción inicial entre problemas de nutrición prioritarios debidos al bajo consumo y a las infecciones, que constituyen el problema principal en la mayoría de los países en desarrollo, y las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta que también abundan en la mayoría de países. Las crisis alimentarias agudas, debidas a situaciones de emergencia naturales o provocadas por el hombre, deben distinguirse de la desnutrición endémica o crónica, que es a menudo el problema más grave, y de las carencias de micronutrientes. Es necesario realizar una valoración inicial para establecer qué problemas son prioritarios e identificar a las personas más afectadas. La base de ello puede ser la compilación y análisis de la información existente; sin embargo, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que existan sesgos si se utilizan muestras no representativas.

107. **Evaluación y Seguimiento de los Problemas de Nutrición:** Generalmente, la forma más práctica de efectuar un seguimiento de la nutrición es utilizar un número mínimo de indicadores y centrarse en aquéllos que se prestan a una evaluación regular. La prevalencia del bajo peso en niños en edad preescolar es el indicador de desnutrición más utilizado en los distintos países. Las fuentes de datos son las siguientes: datos del crecimiento recogidos en comunidades, centros sanitarios o escuelas; encuestas

periódicas de nutrición por muestreo o encuestas por hogares a nivel nacional o local llevadas a cabo por distintos motivos. Es fundamental obtener de forma periódica datos representativos de la unidad administrativa pertinente, el distrito por ejemplo. Resulta muy útil centrarse en determinadas tendencias utilizando los mismos indicadores en las mismas comunidades (puntos de alerta) que se obtienen a partir de actividades de seguimiento en curso o de repetidas encuestas. También resultaría muy útil recoger datos por debajo del nivel nacional utilizando criterios como áreas administrativas, zonas urbanas/rurales, zonas ecológicas y factores socioeconómicos posiblemente seleccionados como, por ejemplo, fuente de ingresos o acceso a servicios y programas, en el caso de que estos datos estuvieran disponibles.

VIGILANCIA DE LA NUTRICION – INDICADORES TIPICOS

- ***Crisis alimentarias***
 - Modalidades de producción
 - Precios del mercado
 - Existencias de alimentos
 - Descenso del peso corporal
- ***Malnutrición proteino-energética***
 - Antropometría infantil (peso/altura, peso/edad, altura/edad)
 - Crecimiento infantil
 - Tasas de enfermedades infecciosas
 - Ingestión alimentaria en relación con las necesidades
 - Índice de masa corporal
- ***Seguridad alimentaria en los hogares***
 - Niveles de empleo
 - Precios del mercado
 - Modificaciones en los ingresos reales y en el poder adquisitivo
 - Suministro de energía dietética
- ***Capacidad de prestar cuidados***
 - Educación de las madres
 - Tasas de analfabetismo
 - Empleo de las madres
 - Gasto público
 - Lactancia materna (duración/porcentaje)
- ***Asociación entre malnutrición e infecciones***
 - Incidencia de la diarrea
 - Cobertura de las campañas de vacunación
 - Saneamiento (tipo de servicios higiénicos)
 - Disponibilidad de agua limpia
 - Peso de los niños en función de su edad
- ***Carencias de micronutrientes***
 - Carencia de hierro: tasas de anemia
 - Vitamina A: ceguera nocturna-xeroftalmía infantil
 - Yodo: bocio; cretinismo
- ***Enfermedades crónicas no transmisibles***
 - Tasa de morbilidad/mortalidad: enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, ciertos cánceres; comparación con las tasas de enfermedades infecciosas
 - Distribución de la población por edades
 - Mortalidad específica de las distintas edades
 - Modificación de los modelos dietéticos/estilos de vida

108. Las causas de la malnutrición tienen que revisarse continuamente, pudiéndose agrupar en relación a la seguridad alimentaria en los hogares, factores sanitarios y la asistencia, tal como se explica en el Capítulo 2. Para evaluar y vigilar las situaciones nutricionales se precisa información sobre cada uno de estos factores. Una vez más, pueden obtenerse datos de las fuentes ya existentes.

109. En el caso especial de *crisis alimentarias* debidas a sequías, dificultades económicas, migraciones o guerras es necesario asignar en el momento oportuno los recursos necesarios para llevar a cabo obras públicas y distribución de alimentos. Con frecuencia, los indicadores de alerta más importantes se basan en las previsiones sobre disponibilidad y precio de los alimentos. En los países expuestos a la sequía, resulta útil combinar los datos sobre las lluvias y la situación de los cultivos alimentarios y el ganado con la información sobre existencias y reservas de alimentos, condiciones de mercado y distintos indicadores socioeconómicos para prever las crisis de alimentos. Las experiencias recientes de Botswana, India e Indonesia han demostrado que es posible aliviar las crisis alimentarias, siempre y cuando exista una voluntad para ello y que la información desempeña un papel fundamental. Cuando se han establecido sistemas de alerta nacionales o subregionales, proporcionan una valiosa información a este respecto. Entre las posibilidades de mejorar la disponibilidad de datos pertinentes cabría citar los siguientes: escuchar las preocupaciones populares, en particular las expresadas a través de la prensa libre, observar los cambios de comportamiento, utilizar indicadores basados en el precio de los alimentos, establecer puntos de alerta, aplicar métodos de evaluación rápidos y vigilar la ejecución de las intervenciones.

110. Los esfuerzos para combatir la *desnutrición endémica* se basan a menudo en la evaluación y seguimiento de los resultados nutricionales generales, normalmente la antropometría infantil, el peso al nacer, el peso y altura de la mujer y, algunas veces, los índices de mortalidad. Mientras que la evaluación del estado de seguridad alimentaria del hogar puede resultar difícil, el seguimiento de indicadores como los cambios en los precios de los alimentos, puede resultar relativamente sencillo, y se practica en diversos sistemas nacionales de alerta. Al seleccionar los indicadores adecuados para su vigilancia, debe procurarse utilizar aquéllos que proceden de las encuestas existentes, incluido el análisis de la información recogida habitualmente como, por ejemplo, los cambios en los precios en la producción local. Puede obtenerse información adicional a partir de los resultados de investigaciones, conversaciones locales y otros métodos.

111. Para determinar el estado de salud de la población, las principales consideraciones son la combinación malnutrición/infección, la atención primaria de salud y los modos de vida sanos. La vigilancia de las *enfermedades infecciosas* se lleva a cabo en las comunidades a través de los servicios de atención primaria de salud, en el caso de que existan, y a través del sistema sanitario, mediante la notificación de las enfermedades infecciosas. A través de este sistema, se vigila la incidencia de las infecciones, siendo las más importantes las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la malaria y el sarampión. Las principales intervenciones que el sector sanitario debe vigilar son el tratamiento de las enfermedades infecciosas, las inmunizaciones, la utilización de la terapia de rehidratación oral, la educación sanitaria y nutricional, la lucha contra las carencias de micronutrientes y las acciones de salud ambiental, entre las que se encuentra el suministro de agua potable y alimentos en buen estado y la eliminación de desechos. Para realizar una evaluación de los modos de vida sanos debe vigilarse el ejercicio físico, los hábitos de fumador, la dieta y la incidencia o prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, tal como se explica más abajo.

112. Es necesario desarrollar los métodos de evaluación y seguimiento de la capacidad de los hogares de proporcionar *atención adecuada*. La situación de la mujer y los esfuerzos por mejorarla constituyen un objetivo primordial. Los datos sobre el nivel de estudios, el acceso y control de los recursos, la capacidad de utilizar los servicios y

tecnologías sanitarios y agrícolas, los derechos a la propiedad y a los ingresos así como la carga de trabajo deben desglosarse por sexos, cuando sea pertinente. Además, deberá valorarse, cuando sea posible, el estado nutricional de las mujeres, incluida la anemia.

113. Deben vigilarse las prácticas de *lactancia materna* y sus factores determinantes, dada su primordial importancia en los primeros años de vida así como su influencia en la salud materna favoreciendo por ejemplo el espaciado de los embarazos. También debe valorarse la alimentación de los lactantes y las prácticas de destete, por lo menos cualitativamente.

114. Las *carencias de micronutrientes* – principalmente yodo, hierro y vitamina A – pueden evaluarse y vigilarse basándose en la disponibilidad y el consumo de alimentos, los signos clínicos de carencias, las pruebas bioquímicas y el seguimiento de los programas de control. La información esencial puede obtenerse combinando los datos recogidos en encuestas con la información procedente del sistema sanitario.

115. Existen pruebas de que determinados modelos dietéticos son factores de riesgo para algunas *enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta*, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y algunos tipos de cáncer. Puede resultar útil vigilar los modelos dietéticos y las tendencias de las enfermedades. Las tendencias que se valoran a menudo a nivel nacional a partir de los datos de las hojas de balance de alimentos se refieren al aporte energético total, al porcentaje de energía procedente de las grasas y de las grasas de origen animal en sustitución de las grasas saturadas. Cuando se cree que existen riesgos para algunos grupos de subpoblación, es aconsejable realizar estudios periódicos sobre el consumo de alimentos en dichos grupos. Se logrará una mayor eficacia si los datos de estos estudios se utilizan de forma comparada con los objetivos de ingestión dietética dado que los datos de las hojas de balance de alimentos no reflejan el consumo de alimentos real del individuo ni proporcionan valoraciones por grupos de subpoblación. Puesto que en muchos países en desarrollo no es fácil disponer de datos nacionales detallados de mortalidad y morbilidad, puede resultar útil utilizar datos de puntos seleccionados hasta que el sistema de asistencia sanitaria haya realizado una cobertura sistemática. Cuando sea factible, quizá sea conveniente el seguimiento de algunos indicadores sanitarios intermedios entre los que se encuentran la presión sanguínea, la glucosa en la sangre, el colesterol en suero y el índice de corpulencia para valorar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta en grupos de riesgo. Inicialmente, esta información podía obtenerse a partir de los datos recogidos en los centros sanitarios.

116. **Reforzamiento de los sistemas de información sobre nutrición:** Se necesita también información sobre la ejecución de los programas que tienen como objetivo resolver determinados problemas de nutrición o que están dirigidos a un determinado grupo o zona geográfica. Se ha recogido abundante información de este tipo sobre los programas para combatir los trastornos por carencia de yodo (TCY), y ahora se está ampliando a otros programas relativos a micronutrientes. Se han determinado las principales actividades que deben realizarse en el marco del programa de TCY y se ha establecido un sistema de puntuación para medir el grado de ejecución de cada actividad. La vigilancia de la ejecución de los programas ha demostrado ser un instrumento eficaz de administración, por lo que este planteamiento debería aplicarse de modo generalizado a todos los componentes de los programas de nutrición.

117. Los recursos utilizados para el acopio y análisis de datos deben relacionarse con el uso eficaz de los amplios recursos necesarios para las actividades e intervenciones destinadas a mejorar la situación. Es evidente que en una fase exploratoria sólo estarían justificados gastos relativamente pequeños en lo que respecta a la información. Sin embargo, la información no resulta costosa si se compara con los gastos en actividades ineficaces, mientras que los gastos e información son claramente improcedentes cuando no existen actividades. Por otra parte, las intervenciones que pueden tener efectos importantes sobre la nutrición, especialmente desde el punto de vista de la seguridad

alimentaria en los hogares, resultan costosas. Es probable que el costo de obtener información pertinente, en particular a través de encuestas especiales, esté justificado si se trata de asegurar un uso eficaz de los fondos públicos.

118. Debería subrayarse la necesidad de aprovechar al máximo las fuentes de datos ya existentes, especialmente cuando los recursos son muy limitados. En muchos países, los programas de vigilancia del crecimiento constituyen fuentes útiles. También se pueden recoger datos sobre el peso al nacer, cuándo existen. La vigilancia de los precios forma parte de muchos sistemas estadísticos ordinarios y puede utilizarse para vigilar las tendencias de la seguridad alimentaria en los hogares. Los datos sobre administración de programas pueden ser también importantes. Asimismo es frecuente añadir mediciones nutricionales a las encuestas realizadas en los hogares. Está aún por explorarse la posibilidad de procesar datos relativos al gasto de los hogares para evaluar el consumo de energía alimentaria. Cuando los datos disponibles son muy limitados y es necesario presentar rápidamente informes o mejorar la calidad, se debería considerar la posibilidad de utilizar puntos de alerta.

119. Los procedimientos de apreciación rápida pueden cumplir una función importante en todas las fases de la evaluación comunitaria, incluidas las evaluaciones iniciales y la verificación de los informes recibidos. Esta función se sumaría a la importancia reconocida para obtener información detallada, y a menudo cualitativa, sobre la ejecución de los programas.

SEGUIMIENTO DE LA NUTRICION EN LOS ESTADOS UNIDOS

El seguimiento de la nutrición en los Estados Unidos es fundamental para la investigación y la formulación de políticas. El seguimiento permite obtener información y disponer de una base de datos para las decisiones de política pública relacionadas con la educación nutricional, los programas nutricionales de salud pública, los programas de asistencia alimentaria y de servicios alimentarios con apoyo federal, la reglamentación del enriquecimiento de los alimentos, higiene y etiquetado de los alimentos y su producción y comercialización.

Las actividades de seguimiento de la información se remontan en los Estados Unidos al año 1986. No obstante, el Gobierno Federal no estableció oficialmente el National Nutrition Monitoring System (NNMS) hasta los últimos años setenta, en que el Congreso pidió que el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos establecieran un sistema general y coordinado de seguimiento. El NNMS tiene cinco componentes: nutrición y medidas relacionadas con la salud; consumo de alimentos y nutrientes; evaluación de conocimientos, actitudes y comportamientos; bases de datos sobre nutrientes y composición de los alimentos y determinaciones sobre el suministro de alimentos. Además de las dos encuestas fundamentales (Nationwide Food Consumption Survey/Continuing Survey of Food Intakes by Individuals y National Health and Nutrition Examination Survey), hay aproximadamente otras 40 encuestas y sistemas de vigilancia que reúnen y transmiten los correspondientes datos.

En 1990, el Presidente sancionó oficialmente la Ley de seguimiento de la nutrición e investigaciones afines. Esta ley se proponía reforzar el seguimiento de la nutrición en todo el territorio nacional, estableciendo que las Secretarías de Agricultura y Sanidad, respectivamente, prepararan y aplicaran un plan general de 10 años sobre un programa coordinado para evaluar e informar en forma continua sobre la situación alimentaria y nutricional de la población. Los esfuerzos federales relacionados con el seguimiento de la nutrición han tratado fundamentalmente de describir la situación alimentaria y nutricional de la población en general, desglosada por edades, sexos, razas y subgrupos étnicos. Además, los estados, los gobiernos locales y las organizaciones no gubernamentales supervisan ciertos aspectos de la nutrición, por ejemplo los sistemas de cuantificación de la inseguridad alimentaria en los hogares de bajos ingresos con hijos.

FAO: SISTEMA MUNDIAL DE INFORMACION Y ALERTA (SMIA)

Una red mundial, cuyo centro se encuentra en la Sede de la FAO, mantiene una mirada atenta sobre la situación alimentaria mundial. El Sistema Mundial de Información y Alerta (SMIA) recoge, analiza y difunde los últimos datos disponibles sobre todos los elementos que podrían influir en la oferta y demanda de alimentos. Estos incluyen desde las condiciones atmosféricas a los brotes de enfermedades animales y vegetales y desde los problemas de transporte a las políticas gubernamentales que repercuten en la producción, consumo, precios y comercio de los alimentos básicos.

El SMIA recoge información de numerosas fuentes, entre ellas las instituciones nacionales y las oficinas de la FAO en los países. Otros organismos de las Naciones Unidas y más de 50 organizaciones no gubernamentales que intervienen en operaciones de campo y de urgencia son también importantes fuentes de información. Las misiones de evaluación de los cultivos visitan las zonas donde la situación alimentaria es precaria o poco clara.

En los últimos años, el SMIA se ha visto grandemente fomentado por los avances de la tecnología. La expansión de las fuentes de datos, la mejora en la tecnología informática y de los satélites y la creciente perfección de las técnicas analíticas han incrementado su capacidad. Cada vez más, el SMIA utiliza medios electrónicos, como la Red internacional de las Naciones Unidas para casos de emergencia, para la entrega puntual de informes sobre los posibles desajustes en la seguridad alimentaria.

Para el seguimiento de la seguridad alimentaria pueden utilizarse también una gran variedad de indicadores socioeconómicos, como las reservas de cereales, los suministros del mercado, los sueldos (tanto rurales como urbanos), los precios del ganado, las tasas de sacrificio, la longitud de las colas en las tiendas de alimentos, los movimientos y crecimiento de la población, así como la incidencia de la malnutrición grave y la inanición. Se están llevando a cabo esfuerzos para mejorar el uso de los indicadores nutricionales y socioeconómicos en los informes del SMIA.

Teniendo en cuenta que la seguridad alimentaria depende en último término del acceso de las personas a una cantidad suficiente de alimentos, se están examinando las maneras de evaluar no sólo la disponibilidad de alimentos sino también su distribución. Un comienzo útil ha sido la realización de mapas de riesgo en que se indican, actualmente sólo en relación con algunos países seleccionados, quiénes y cuántos son los que se encuentran en situación de máximo riesgo de inseguridad alimentaria, por qué se encuentran en peligro y cuál es su situación actual desde el punto de vista de la nutrición y la seguridad alimentaria.

120. El desarrollo de la capacidad institucional es esencial para las actividades de vigilancia de la nutrición. En la mayoría de los casos en que se han establecido sistemas de vigilancia, un apoyo sostenido ha permitido que el sistema evolucionara a lo largo de los años. Al llegar a este punto, pasan a formar parte de un ciclo efectivo de información y acción. Muchos países están aún en la fase de establecimiento de programas y sistemas nacionales coherentes de información sobre nutrición, que por lo general empiezan con datos sobre la desnutrición infantil. A menudo, el uso de fuentes de datos y sistemas de información establecidos permite elaborar un sistema con más aplicaciones, de conformidad con las prioridades y recursos de cada país. Al crear estos sistemas, debe prestarse especial atención a la información necesaria para las actividades que hayan de realizarse.

121. **Apoyo mundial a la vigilancia de la nutrición:** Las decisiones adoptadas a nivel mundial, sobre la base de la evaluación de la seguridad alimentaria, suelen tener dos tipos de objetivos: preconizar una asignación de los recursos que permita abordar el hambre y la malnutrición en términos generales; y alertar a los donantes de las crisis alimentarias inminentes, sobre todo con el fin de que se asignen suministros y fondos para ayuda alimentaria de urgencia y se interrumpan tales suministros al término de la situación de urgencia. Estas decisiones se basan en información procedente de diversas fuentes, dos de las cuales son las hojas de balance de alimentos y el Sistema Mundial de Información y Alerta (SMIA) de la FAO.

122. Las estimaciones realizadas por la FAO a partir de las hojas de balance de alimentos, en los que se indican el volumen y las tendencias de la disponibilidad de energía dietética por países y años, podrían combinarse con información procedente del

Sistema Mundial de Información y Alerta de la FAO, con el fin de realizar una evaluación más actualizada de las tendencias que se observan en las existencias de alimentos. Ello permitiría realizar un cálculo aproximado de los niveles actuales de desnutrición en todo el mundo para grupos de países o tal vez para un solo país con un promedio móvil. Esto podría ser útil para vigilar los cambios que se producen de un año a otro. El planteamiento parece viable en principio, pero es necesario comprobar aún la metodología.

123. Se han iniciado proyectos internacionales de vigilancia de la salud, como MONICA (véase el recuadro del capítulo I sobre los proyectos de la OMS) y EURONUT, en los que participan diversos países, a través de la OMS. El proyecto MONICA reúne información sobre las tendencias de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo, en particular información sobre aspectos cualitativos del régimen alimenticio. Este proyecto se está ampliando para incluir algunos países en desarrollo, a través de la red mundial de vigilancia y prevención de las enfermedades cardiovasculares. El objetivo del estudio EURONUT es examinar los modelos dietéticos entre ancianos de 12 países europeos.

124. Se está procediendo a la ampliación del banco mundial de datos sobre antropometría nutricional, así como de la base mundial de datos para el análisis de las tendencias nutricionales, establecida por la OMS, para incluir una serie de parámetros relacionados con la nutrición. Asimismo se está estableciendo un sistema de información sobre micronutrientes, que abarca tanto datos sobre el estado de los micronutrientes como un panorama general de los programas e intervenciones de control, por países. Se están organizando cursos de capacitación con la intención de reforzar estos sistemas de información a nivel regional y nacional.

Bibliografía del Capítulo cuatro

- FAO/WHO.** 1992. Improving household food security: theme no. 1. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Protecting consumers through improved food quality and safety: theme no. 2. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Caring for the socio-economically deprived and nutritionally vulnerable: theme no. 3. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Preventing and managing infectious diseases: theme no. 4. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Promoting appropriate diets and healthy life-styles: theme no. 5. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Preventing specific micronutrient deficiencies: theme no. 6. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Assessing, analysing and monitoring nutrition situations: theme no. 7. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.

Capítulo cinco

Esfuerzos para hacer frente al problema de la nutrición

Principios para incorporar la nutrición en el desarrollo

1. En los capítulos anteriores se han examinado la magnitud, carácter y tendencias de los problemas nutricionales y los factores que influyen en ellos. Se ha subrayado la importancia esencial de la nutrición como aportación al desarrollo humano y resultado del desarrollo nacional, y se han examinado las políticas que repercuten en la nutrición. En este capítulo final se examinan los principios básicos que han de tenerse en cuenta para mejorar el bienestar nutricional y la contribución que los gobiernos y otros organismos pueden realizar al respecto.

2. Lo primero que se necesita es crear un entorno en el que se pueda prever que los hogares cubrirán sus necesidades nutricionales de modo sostenible. Esto se puede conseguir aplicando *políticas favorables a un crecimiento económico y un desarrollo social sostenibles* que beneficien a las personas pobres y malnutridas, junto con políticas que aseguren un suministro alimentario estable e inocuo suficiente para satisfacer todas las necesidades de nutrientes de la población. Aun cuando un desarrollo y un crecimiento económico para los que no se hubieran fijado tales objetivos podrían redundar también en un descenso de las tasas de malnutrición, es probable que en ese caso se tardara más tiempo y se causaran dificultades y sufrimientos considerables a muchas de las personas más pobres del mundo. Por el contrario, los intentos de hacer frente a los problemas nutricionales sobre todo a través de programas o intervenciones específicos en materia de nutrición, dirigidos con frecuencia a mujeres y niños, pueden no abordar las causas básicas de tales problemas, que son la pobreza, la ignorancia, la enfermedad y la discriminación social.

3. Lo que se necesita es un compromiso en favor del crecimiento con equidad – es decir, un planteamiento en el que se subraye que las personas y su bienestar deben ser el objetivo central de los esfuerzos nacionales en materia de desarrollo – y un mecanismo que asegure que los beneficios de tal desarrollo lleguen a las personas pobres y malnutridas. La incorporación de consideraciones nutricionales en los objetivos de todos los sectores pertinentes permitiría asegurar que los esfuerzos de éstos fueran beneficiosos para la nutrición. Sin embargo, seguirán siendo necesarias *intervenciones selectivas*, que vayan dirigidas a resolver los problemas específicos de las personas nutricionalmente vulnerables, ya que no es admisible dejar que continúen los sufrimientos y pérdidas derivados de la malnutrición en espera de que lleguen los beneficios de un desarrollo económico y social mayor y más equitativo.

4. La *participación de las comunidades locales* es esencial para promover el crecimiento con equidad al tiempo que se protege también a las personas nutricionalmente vulnerables. Las comunidades locales suelen ser plenamente conscientes de sus problemas y de las condiciones necesarias para mejorar su bienestar. Es preciso asegurar la participación popular en la planificación y ejecución de los componentes de cada estrategia. De hecho será la población la que en definitiva tendrá que hacer que funcionen todos los componentes de una estrategia. En los últimos decenios, la tendencia mundial hacia una mayor democracia ofrece oportunidades reales para que las comunidades participen de modo más eficaz en los esfuerzos por mejorar el bienestar nutricional, e incluso los dirijan. La concesión de atribuciones a las personas desfavorecidas dará lugar a un aumento de su participación en el proceso de desarrollo y, por consiguiente, a una mejora de su nutrición. La concesión de atribuciones a las mujeres reviste especial importancia.

5. Sin embargo, con algunas excepciones, las organizaciones y órganos rectores de las comunidades son a menudo técnicamente débiles, no están bien informados de las cuestiones relativas a la nutrición y tienen poca capacidad de evaluar y analizar debidamente los problemas nutricionales o de adoptar las medidas necesarias. Por tanto,

existe una clara necesidad de que los niveles intermedios (regionales/provinciales) de gobierno apoyen a las comunidades locales y sirvan como vínculo entre el nivel local, en el que se llevan a cabo efectivamente las actividades, y el nivel nacional, en el que se adoptan decisiones de principio y se asignan recursos a los programas. Para determinar y abordar los problemas nutricionales, con frecuencia es necesario *reforzar la capacidad técnica y administrativa* tanto en el nivel comunitario como en los niveles intermedios.

ESTRATEGIAS PARA AYUDAR A LAS MUJERES Y MEJORAR EL BIENESTAR NUTRICIONAL

En un importante examen de las funciones y atribuciones de las mujeres en cuanto a facilitar y mantener el nivel nutricional de la familia se recomendaban cinco grupos principales de estrategias para ayudar a las mujeres a desempeñar estas funciones de modo más eficaz y equitativo. El primer grupo de estrategias entraña una reducción de la carga que representa la reproducción. Las dos estrategias más acertadas para conseguirlo consisten en aumentar la edad en que las mujeres comienzan a tener hijos y en tratar de alargar los intervalos de tiempo entre los nacimientos. Ambas estrategias requieren un aumento de las oportunidades educativas para las niñas, la realización de campañas informativas y la modificación de los factores que favorecen la formación de familias amplias (por ejemplo reduciendo las necesidades productivas de tiempo/trabajo, la pobreza y la degradación del medio ambiente).

En el segundo grupo de estrategias se incluyen métodos para aliviar la carga del cuidado de los niños. Aumentar las oportunidades educativas, mejorar la información sobre salud y nutrición, facilitar el acceso a tecnologías que ahorran tiempo y mano de obra, garantizar salarios más equitativos para las mujeres e introducir sistemas innovadores de cuidado de los niños, como guarderías infantiles ambulantes y centros de asistencia diurna patrocinados por las comunidades, son estrategias para alcanzar este objetivo.

El tercer conjunto de estrategias consiste en mejorar el acceso a los servicios de asistencia a la salud y nutrición maternas. Estas estrategias comprenden una nueva orientación hacia la salud tanto materna como infantil, especialmente en lo que respecta a la ampliación de los conocimientos sobre cuidados prenatales y posnatales y asistencia al parto y a la disponibilidad de los mismos, la ampliación de los servicios de divulgación y extensión, especialmente en las zonas rurales, y la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos.

El cuarto grupo de estrategias implica una mejora de la posición de las mujeres en la producción de alimentos y en la agricultura. Para ello es necesario aumentar la visibilidad de las aportaciones económicas de las mujeres en la producción de alimentos, mejorando las bases de datos y las estadísticas nacionales, y facilitar el acceso de las mujeres a los recursos productivos como tierra, tecnología, crédito, capacitación y extensión.

Por último, el quinto conjunto de estrategias consiste en realzar y mejorar la posición de las mujeres en la sociedad. Entre las estrategias para conseguirlo se incluyen el aumento de las oportunidades en materia de educación y de capacitación para niñas y mujeres, el incremento de las oportunidades para que las mujeres obtengan ingresos y controlen el uso de los mismos, la concesión de atribuciones a las mujeres por medio de la organización y la participación política y la modificación de actitudes sociales y culturales en favor de la igualdad de las mujeres a través de las instituciones educativas, políticas y jurídicas.

En definitiva, la aplicación de estas diversas estrategias permitirá abordar, por separado o conjuntamente, los problemas básicos con que se enfrentan las mujeres cuando intentan conseguir unos niveles nutricionales y sanitarios sostenibles para sus familias: a saber, la pobreza, la ignorancia, la enfermedad, el crecimiento demográfico, la degradación del medio ambiente, las desigualdades relativas al poder económico y político y la discriminación social.

Fuente: "Women, food and nutrition issues in need of a global focus". *Women and nutrition*, ACC/SCN Symposium Report, Nutrition Policy Discussion Paper N° 6. 1990.

6. Por tanto, *el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación* son ámbitos que es indispensable abordar. En muchos países, falta personal suficientemente capacitado para analizar los problemas nutricionales y sus causas y para participar en la formulación de estrategias y actividades eficaces con miras a combatir los problemas. La falta de competencia técnica, tanto entre los nutricionistas que se ocupan de cuestiones de desarrollo ajenas a la nutrición como entre las diversas personas encargadas de planificar el desarrollo y formular políticas que se ocupan de la nutrición, ha constituido una

limitación importante para un desarrollo eficaz de los programas. El creciente énfasis en los programas sanitarios y agrícolas a nivel de distrito, cuyo objetivo es mejorar la nutrición, exigirá un personal debidamente capacitado aún más numeroso. Esta ampliación del número de personas calificadas necesarias en cada nivel exigirá a su vez una ampliación proporcionada de los servicios y oportunidades de capacitación necesarios. Las instituciones nacionales que aplican los programas de capacitación en materia de alimentación y nutrición pueden tener una gran influencia en la formulación, ejecución y sostenibilidad de programas apropiados para mejorar la nutrición.

7. En muchos casos, será también necesario prestar especial atención a *mejorar la condición social y jurídica de las mujeres* en el hogar y en la sociedad. La función decisiva que desempeñan las mujeres en lograr la seguridad alimentaria, en virtud de su participación en la producción, elaboración, almacenamiento y comercialización de alimentos, se reconoce ahora de un modo más generalizado. Además, las mujeres contribuyen decisivamente al estado nutricional de la familia gracias a sus funciones en la preparación de alimentos, adquisición y transmisión de conocimientos e información en nutrición y contribución a los ingresos familiares. Sin embargo, las intervenciones concretas en materia de nutrición no están destinadas con frecuencia a reforzar su capacidad para hacer frente a sus responsabilidades tanto domésticas como económicas, especialmente en el caso de las mujeres rurales y pobres y de las que son jefe de familia, cuyo número va en aumento. En efecto, tales intervenciones no abordan adecuadamente las causas básicas de una nutrición deficiente, aunque se conocen estrategias viables para luchar contra estos problemas.

8. Todos los sectores interesados – gobiernos, ONG, el sector privado, la comunidad científica, organismos bilaterales y multilaterales de financiación y organizaciones internacionales – tienen un rol a desempeñar en los esfuerzos por hacer frente al problema de la nutrición. Cada uno de estos sectores, actuando por su cuenta, puede contribuir a mejorar el bienestar nutricional, pero si todos ellos actúan en conjunto, la repercusión será mucho mayor. Por tanto, es necesario elaborar acuerdos institucionales apropiados y desarrollar la capacidad para promover esta *cooperación entre los distintos sectores*. Asimismo, dentro de los gobiernos, es preciso estrechar los vínculos entre los diversos ministerios cuyas políticas y programas repercuten sobre la nutrición. La cooperación entre los ministerios de agricultura y salud tiene especial importancia. Esta cooperación es necesaria no sólo en el plano nacional, sino también en los planes regional y provincial, en los que se ejecutan efectivamente los programas.

9. También es necesario que otros ministerios determinen el modo en que podrían contribuir más eficazmente a mejorar la nutrición dentro de sus propios programas. En particular, muchos países tienen una oficina central y dependencias especializadas de planificación dentro de los diversos ministerios que deberían ocuparse de los aspectos nutricionales. Un paso inicial importante es incluir la mejora de la nutrición como objetivo explícito de sus políticas y programas. En algunos países, el reto consiste en hacer comprender a los encargados de formular políticas y a las dependencias de planificación, las posibilidades prácticas que existen en la actualidad para determinar y resolver los problemas nutricionales.

10. También se debe tener en cuenta el contexto internacional en el que actúan los países. Tanto los países en desarrollo como los países desarrollados tienen que examinar cuestiones que, en definitiva, influyen en el estado nutricional de su población, en particular los países con grupos de población que no se han beneficiado suficientemente del proceso de desarrollo. Para mejorar la nutrición de modo constante, es preciso un *compromiso común de las comunidades, gobiernos nacionales y organismos internacionales*. Las organizaciones bilaterales y las organizaciones internacionales no gubernamentales cumplen también una función esencial para el proceso general de desarrollo y podrían participar en el elaboración y aplicación de criterios comunes para abordar los problemas nutricionales.

11. *Las cuestiones relativas a la nutrición deberían incluirse también en el programa de los diversos foros internacionales, en los cuales se debería prestar especial atención a los países donde la situación nutricional ha mejorado con lentitud o no ha mejorado. Las contribuciones internacionales a los países deberían tener como objetivo determinar los grupos de población marginada cuyas condiciones nutricionales empeoran durante los períodos de crisis económica y social y que padecen de malnutrición. El apoyo internacional debería contribuir también a que estos países pudieran evitar los sufrimientos que algunos de ellos han experimentado como resultado del ajuste estructural. El sistema de las Naciones Unidas ofrece un foro apropiado para promover y coordinar empresas de este tipo, y en los esfuerzos de cooperación interinstitucional deberían participar todos los organismos interesados.*

INCORPORACION DE LOS OBJETIVOS NUTRICIONALES A LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO

La experiencia de Tailandia

Hasta hace poco la malnutrición proteinoenergética (MPE) era un grave problema en Tailandia que afectaba a la mitad de los niños tailandeses menores de cinco años. En 1977 se incluyó, el primer Plan Alimentario y Nutricional (PAN) en el cuarto Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (PNDES). El resultado más importante fue una mayor toma de conciencia por parte del público y de los sectores privados con respecto a los problemas de malnutrición del país. Sin embargo, la falta de colaboración intersectorial y una participación insuficiente de los grupos vulnerables de la población fueron los principales obstáculos para alcanzar los objetivos del plan.

Cinco años más tarde, en el quinto PNDES, se elaboró un PAN más completo teniendo en cuenta la experiencia anterior, en el que se reconocía que la malnutrición era fundamentalmente una consecuencia de la pobreza y la ignorancia. Se pusieron en práctica medidas nutricionales específicas para suministrar socorro inmediato a las poblaciones necesitadas, al mismo tiempo que se establecían gradualmente medidas sostenibles a largo plazo. Las medidas nutricionales específicas que se llevaron a cabo fueron programas de alimentación suplementaria en poblados o en escuelas, campañas de educación nutricional, recopilación de datos sobre la situación nutricional, actividades de enriquecimiento de los alimentos y actividades de desarrollo de los recursos humanos.

Además, en las regiones más pobres de Tailandia se aplicó un Plan de Alivio de la Pobreza (PAP) para mejorar las condiciones de vida. La producción agrícola, la creación de empleo rural, la prestación de servicios sanitarios básicos y el desarrollo de actividades centradas en los poblados fueron los cuatro aspectos principales del programa. Las comunidades locales participaron activamente en el proceso de preparación y puesta en práctica, y ésta fue una de las principales razones del éxito del programa. En las altas esferas hubo un gran empeño por asegurar la coordinación entre los sectores agrícola, sanitario y de desarrollo rural. En 1983 se introdujo un indicador "Necesidades Básicas Mínimas (NBM)" para medir la calidad de vida de la población rural, con el fin de detectar las áreas necesitadas y las medidas precisas para mejorar las condiciones de vida.

Todas estas actividades, el PAP, las medidas nutricionales específicas y el indicador NBM, han mejorado considerablemente las condiciones de vida y, en consecuencia, el estado nutricional de los grupos más pobres y vulnerables. La MPE mediana y grave se ha erradicado prácticamente y la incidencia de MPE entre los niños en edad preescolar ha descendido del 51 al 21 por ciento. Se dispone de una mayor cantidad y variedad de alimentos para el consumo, la cría de ganado ha aumentado y los servicios sanitarios llegan ahora a casi al 80 por ciento de la población prevista.

La experiencia de Tailandia demuestra que la toma de conciencia y el compromiso político son condiciones necesarias para preparar programas adecuados y sostenibles destinados a vencer la malnutrición. La participación de la población en todas las fases del proceso y la colaboración intersectorial son otras dos condiciones indispensables para garantizar el éxito durante las fases de preparación y aplicación.

Fuente: "Kiranondana public policy and implementation strategies for alleviation of malnutrition and poverty in Thailand". Tontisirin, K., UNICEF, Florencia, Italia, 1-3 de marzo de 1990.

12. Algunos de los factores más fundamentales de la malnutrición – crecimiento demográfico, degradación del medio ambiente, pobreza, desigualdad en la distribución del poder económico – tienen un carácter esencialmente estructural. La mejora de la nutrición exigirá medidas radicales para resolver estos problemas profundamente arraigados. Aunque ya se están abordando estas cuestiones, también es necesario *introducir cambios progresivos incorporando objetivos nutricionales en las políticas y programas pertinentes* y reforzando las instituciones que realizan los cambios. Estas soluciones han de concebirse en el marco de un desarrollo sostenible y a largo plazo.

13. Aunque estos principios se refieren sobre todo al contexto de la desnutrición, principios similares se aplican en gran medida a la prevención de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, pero la prevención de estas enfermedades depende en buena parte de la comunicación social. *La educación de los consumidores* tiene en este caso una importancia crucial. El factor decisivo sigue siendo permitir que los consumidores modifiquen su régimen alimenticio y su modo de vida a la luz de un mejor conocimiento de los problemas nutricionales. La diferencia principal es que el problema básico consiste en un conocimiento y/o motivación insuficiente, y no en la pobreza o las limitaciones ecológicas. Los vehículos más apropiados para la comunicación social son a menudo los medios de información y su objetivo primordial es modificar el comportamiento individual, y no el comportamiento comunitario. Además, es necesario que intervengan el sector privado y el público a fin de fomentar la disponibilidad de la gran variedad de alimentos necesarios para una dieta saludable, así como para facilitar el acceso a los mismos, especialmente de las capas más desfavorecidas de la población. Existe también una necesidad considerable de orientar y capacitar a profesionales de la sanidad y otros dirigentes comunitarios, con el fin de que puedan cumplir el cometido que les corresponde en la prevención de los problemas nutricionales. Los países con problemas tanto de desnutrición como de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación deberán abordar estas últimas, pero no deberán hacerlo en detrimento de las medidas necesarias para resolver el problema de la desnutrición.

Vías de actuación

14. Una actuación eficaz para mejorar la nutrición dependerá de la elaboración y puesta en práctica de estrategias e intervenciones adecuadas. Una vigilancia periódica de las políticas y de los elementos de los programas, junto con la supervisión de la situación nutricional, permitirá que los órganos decisorios estén informados del grado de aplicación de las normas y de su repercusión en la nutrición, con lo que podrán adoptar medidas correctivas urgentes siempre que sea necesario. Para ello será preciso establecer mecanismos y procedimientos que permitan abordar con su enfoque multisectorial los problemas de nutrición. Esto no quiere decir que se precisen políticas, planes o programas totalmente integrados, pero se insiste en que muchos sectores pueden contribuir decisivamente en la mejora de la nutrición. A estos sectores debería dárseles el mandato y la capacidad de actuar.

15. Poner en práctica a nivel nacional el compromiso de mejorar la nutrición supondrá normalmente desarrollar o perfeccionar las políticas y planes de actuación para afrontar los problemas prioritarios. Algunos países están muy adelantados a este respecto, habiendo establecido ya políticas y programas, o señalado las áreas de actuación a través de sus preparativos para la CIN. La finalidad de este proceso de orientación política debería ser conseguir que la mejora del bienestar humano y nutricional sean objetivos específicos de los planes y políticas nacionales de desarrollo en todo el mundo.

16. En la práctica a menudo se requieren tres enfoques complementarios para abordar los problemas de nutrición. *En primer lugar, el compromiso de fomentar un crecimiento equitativo* debe ir acompañado de la inclusión de objetivos y consideraciones nutricionales en los planes pertinentes de desarrollo nacional, sectorial e integrado pertinentes y de la asignación de los recursos humanos y financieros necesarios para llevar a cabo dichos objetivos. También es preciso que cada ministerio interesado revise sus programas para evaluar su repercusión en la nutrición y desarrolle medios viables para fomentar una mejor nutrición, dentro del ámbito de sus actividades.

17. *En segundo lugar, será preciso poner en ejecución intervenciones nutricionales dirigidas a problemas o grupos específicos.* Habría que determinar qué problemas son prioritarios y elaborar los programas específicos para abordarlos. Entre ellos cabría incluir, por ejemplo, medidas para resolver problemas como: la inseguridad alimentaria crónica, la atención y la alimentación de los niños, las infecciones, la ayuda en casos de catástrofes, etc. Estos programas deberán ser dirigidos a grupos específicos, ser viables desde el punto de vista financiero, ser gestionables y bien planificados, con actividades, calendarios y recursos bien definidos. También es fundamental el monitoreo del programa, a través del control de la aplicación y del impacto.

18. *En tercer lugar, es preciso llevar a cabo actuaciones basadas en la comunidad que fomenten la evaluación local de los problemas y la aplicación de medidas apropiadas.* Esta participación local es fundamental para que las comunidades pasen a depender de sí mismos y sean capaces de encontrar y poner en práctica soluciones duraderas a sus problemas de nutrición. Estas actuaciones podrían asociarse a las actividades de desarrollo en curso (por ejemplo, un programa de extensión agrícola o un programa comunitario de salud), o bien realizarse como elemento único del plan de desarrollo de un distrito o de un área.

19. Para cualquiera de los tres enfoques se precisa una información adecuada que permita detectar los problemas y controlar las intervenciones. Por parte del gobierno se necesitará un firme compromiso de mejorar la nutrición para que estos enfoques tengan resultados positivos, y puede que sea preciso contar con la ayuda de la más amplia comunidad de desarrollo. En las siguientes secciones se pasa revista a las funciones y responsabilidades de diversos sectores, tanto públicos como privados, en el apoyo de estas tentativas.

FUNCION DEL GOBIERNO

20. Los gobiernos deben asumir un papel destacado a la hora de buscar soluciones para los problemas de nutrición, ya que pueden tener una influencia considerable en la situación nutricional de la población. Por ejemplo, las intervenciones gubernamentales a nivel macroeconómico pueden afectar los precios de los alimentos, los salarios de los trabajadores y la disponibilidad y calidad de los servicios. Los gobiernos proporcionan con frecuencia servicios agrícolas y asistencia en salud y elaboran programas destinados a proteger a la población nutricionalmente vulnerable, especialmente durante las situaciones de emergencia. Al mismo tiempo que asumen la responsabilidad directa de algunos aspectos de la nutrición, los gobiernos deberían también alentar y favorecer el trabajo de otras instituciones en otras esferas.

21. En la medida en que los gobiernos asumen funciones diversas o instan a otras instituciones como empresas privadas u organizaciones no gubernamentales, a hacerlo, viene determinada por una amplia variedad de factores, entre los cuales destacan los recursos de que disponen. Sin embargo, como las organizaciones privadas de asistencia social no pueden llegar a muchos de aquellos que más necesitan de los programas especiales, los gobiernos mismos deben en estos casos intervenir.

22. **Actividades sectoriales.** Las principales instituciones del sector público directamente relacionadas con la actuación en materia de nutrición son los ministerios de agricultura y alimentación, salud, educación y servicio social. Otros cuyas repercusiones son significativas son los de finanzas, planificación y desarrollo económico, comercio, industria y las administraciones locales. En algunos países también existe un instituto de nutrición encargado de la investigación y la formación y, menos frecuentemente, un consejo nacional de nutrición o un organismo comparable encargado de asesorar a los ministerios de que se trate acerca de cómo integrar los temas de nutrición en los diversos planes, políticas y proyectos. En todos los países es preciso asegurar la cooperación y coordinación interministerial sobre asuntos de nutrición a través de un comité coordinador eficaz.

23. Los ministerios de agricultura y salud desempeñan una función predominante en la mejora de la nutrición y muchos de ellos disponen de departamentos o unidades específicos al efecto. Los gobiernos deberán estudiar, cuando sea necesario, la posibilidad de ampliar y reforzar los recursos de dichos departamentos, por encontrarse localizada la mayor competencia en materia de nutrición. Sin embargo, a menudo los departamentos de nutrición de estos ministerios no son responsables de actividades relacionadas con la planificación, aplicación y control de políticas y programas, en estos casos sería preciso corregir esa situación. Además, todos los ministerios interesados, especialmente los de planificación y desarrollo económico, deben examinar, con amplitud, la forma en que sus actividades afectan la nutrición. Para esto podría ser necesario, recurrir a la reorientación profesional y a la capacitación del personal de estos ministerios.

24. Los ministerios podrían plantearse la preparación de un estudio sobre la repercusión de sus políticas, programas o proyectos en la nutrición. Para ello podría tomarse como base los datos informativos disponibles y las ideas de funcionarios experimentados. En algunos países la preparación del informe nacional destinado a la CIN ya ha sentado los cimientos para este tipo de estudio.

MEDIDAS PROPUESTAS PARA UN PLANTEAMIENTO NACIONAL DESTINADO A MEJORAR LA NUTRICION

- Evaluar el alcance y la gravedad de los problemas nutricionales y analizar sus causas.
- Elaborar y acordar entre planificadores y nutricionistas una base de entendimiento común acerca de los factores determinantes de la situación nutricional de los distintos grupos de población vulnerables y afectados.
- Convertir la mejora del bienestar nutricional en un objetivo explícito de las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo nacional y sectorial.
- Reforzar en los sectores pertinentes la capacidad para analizar los resultados nutricionales de las políticas y programas de desarrollo.
- Analizar los efectos potenciales de las políticas macroeconómicas y planes de desarrollo pertinentes, sobre la nutrición especialmente la de los grupos de población más vulnerables, y señalar las actuaciones apropiadas para acrecentar los beneficios nutricionales, e incluirlos en los diversos programas sectoriales.
- Reforzar o desarrollar en los distintos sectores, según convenga, las capacidades técnicas y los mecanismos apropiados, a nivel nacional e intermedio, para llevar a cabo el análisis y la formulación de políticas referentes a la nutrición, la planificación y las actividades operacionales.
- Elaborar y aplicar, especialmente a nivel de distrito y de comunidad, programas (o intervenciones) específicos para mejorar el suministro de alimentos y la nutrición. Las áreas prioritarias de actuación incluyen: el incremento de la seguridad alimentaria de los hogares, la prevención de la carencia proteinocalórica de los grupos más vulnerables y la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos.
- Mantener y reforzar a todos los niveles las medidas de prevención y control de carencias nutricionales específicas (hierro, yodo, vitamina A).
- Evaluar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta y, en caso de que se plantee un problema grave de salud pública, aplicar o intensificar las medidas preventivas, principalmente a través de la educación de los consumidores.
- A efectos de adopción de decisiones a todos los niveles, desarrollar y reforzar los sistemas de vigilancia de los alimentos y de la nutrición, a nivel de distrito y nacional.
- Desarrollar la capacidad para emprender una vigilancia sistemática de los programas e intervenciones en cada una de dichas áreas y a todos los niveles.
- Realizar esfuerzos concertados para destinar recursos adicionales a las regiones y grupos de población que no se hayan beneficiado adecuadamente del proceso general de desarrollo social y económico.

25. En el sector salud podrían obtenerse más ventajas de las oportunidades que ofrece la estrategia de la OMS "Salud para todos en el año 2000". Los servicios de salud materno-infantil y la asistencia primaria en salud, especialmente el fomento del control del crecimiento dentro de las mismas comunidades, constituyen un marco apropiado para llevar a cabo actividades de nutrición. La vacunación y el control de la diarrea son dos elementos que normalmente se canalizan a través del sector sanitario y que repercuten significativamente en la nutrición. La educación nutricional también podría integrarse de modo más efectivo en estos sistemas.

26. Existe en el sector agrícola una amplia gama de posibilidades: incrementar los esfuerzos en lo que respecta a la producción de cultivos en zonas más desatendidas; fomentar la producción de cultivos tradicionales; mejorar los sistemas de cultivo y los rendimientos de las cosechas; fomentar los programas de producción que generan empleo, especialmente para las mujeres; reducir al mínimo las pérdidas posteriores a la cosecha; disminuir los problemas de disponibilidad estacional, promulgar leyes sobre calidad e inocuidad de los alimentos y crear sistemas de control de calidad de los alimentos. Las políticas y programas de desarrollo rural podrían también asignar beneficios nutricionales importantes si vincularan la salud y la agricultura.

27. El fortalecimiento de las instituciones públicas para abordar los problemas nutricionales no debería limitarse a los órganos decisorios gubernamentales. Es preciso elevar la capacidad y competencia de los institutos de investigación y departamentos universitarios en los ámbitos de la agricultura, salud, nutrición, comunicación y ciencias sociales. También es fundamental desarrollar la capacidad de gestión de los sistemas de prestación de servicios.

28. El fortalecimiento de una organización pública no sólo exige aumentar los recursos, sino también la capacidad de acción. Resulta decisivo desarrollar los recursos humanos a través de la educación y de la formación, insistiendo especialmente en los problemas operativos y en el empleo eficaz de personal capacitado.

29. Una proporción significativa de la ayuda al desarrollo que se facilita a los ministerios de agricultura y salud gira en torno a proyectos. Sin embargo, habría que procurar que las actividades relacionadas con los proyectos no absorban los recursos de las instituciones existentes ni las debiliten. Los últimos estudios indican que los proyectos pueden utilizarse para reforzar la infraestructura existente si los objetivos son moderados, las responsabilidades están claramente definidas, hay un alto grado de participación de los beneficiarios y se presta especial atención a la actitud y motivación del personal. El éxito en India del Proyecto Integrado sobre Nutrición Tamil Nadu financiado por el Banco Mundial se debe en gran parte a la cuidadosa integración de las actividades del proyecto en las instituciones existentes, así como en el bajo costo y en la concentración en pocas y bien integradas intervenciones sobre cuestiones de nutrición que no requieren técnicas de gestión. Los costos se mantienen bajos debido al alto grado de participación de los beneficiarios, de modo que el proyecto es repetible y sostenible.

30. **Cooperación intersectorial.** La aplicación de políticas nutricionales por parte de ministerios como los de agricultura y salud puede ser mucho más eficaz si existe una colaboración intersectorial. El mejorar la comunicación relativa a la nutrición dentro de los ministerios puede también contribuir a fortalecer la cooperación entre dichos ministerios. Esto es especialmente cierto por lo que respecta a los ministerios de agricultura y salud entre los cuales a menudo el vínculo de unión más común es la nutrición.

31. La agricultura repercute en la salud principalmente a través del suministro de alimentos y de ingresos. Las decisiones de los ministerios de agricultura en temas como proyectos de riego, manejo de plaguicidas y nutrición influirán en la salud. Debido a que los ministerios de agricultura influyen en la disponibilidad de alimentos, en los ingresos y en los modelos de consumo de un sistema de distribución y tienen una sólida estructura administrativa, existen muchas oportunidades de que colaboren con otros ministerios relacionados con la nutrición, sobre todo con el ministerio de salud. La planificación nutricional práctica en agricultura debería intentar fundamentalmente influir primeramente al productor, a la producción y a la forma en que la distribución de los beneficios de la producción y los ingresos pueden beneficiar a las personas nutricionalmente vulnerables.

EXITO Y SOSTENIBILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE NUTRICION

En un reciente estudio sobre los programas de nutrición en gran escala se han señalado ocho características necesarias para el éxito y la sostenibilidad de los mismos, que pueden resumirse de la siguiente forma: que sean moderados y claros en cuanto a los objetivos, que utilicen eficazmente la información y, sobre todo, que dediquen una atención especial a la "gestión popular" alentando y respetando a los beneficiarios y al personal del proyecto.

Los objetivos deberían ser realizables en un plazo determinado. Se deberían establecer al formular el programa; posteriormente se debería determinar y evaluar su modo de aplicación. Los elementos del proyecto deberían ser limitados y centrados en unas pocas, pero importantes, necesidades críticas.

Con la participación de la comunidad en la elaboración y aplicación de los programas se determinará cuáles son sus necesidades y se dará a las personas un sentido de propiedad sobre los elementos que se entreguen. Puede haber cierto grado de delegación del poder decisorio, aunque algunas decisiones todavía se adopten a nivel central. Pero sin un cierto grado de participación local, a pesar del tiempo que pueda consumir, el programa no será sostenible.

La cobertura, es decir, el número de beneficiarios previstos, tiene que evaluarse en función de la eficacia de dichos beneficiarios. Este principio debería quedar claro y entenderse desde el inicio.

Los métodos *selectivos* son importantes, pero tardan tiempo en evolucionar. Deberían desarrollarse a medida que avanza el programa.

La dirección y la gestión significa eficacia en la administración y utilización de los recursos. A menudo es el componente clave.

La formación y la supervisión ha sido el factor común del éxito de muchos programas y proyectos. Un nuevo período de formación siempre es necesario. Los índices de supervisión y la relación personal-cliente deben ser realistas.

El seguimiento y la evaluación del proceso permitirán una evaluación eficaz. Las nuevas valoraciones deberían basarse en un seguimiento lo suficientemente flexible como para efectuar modificaciones. Sin un seguimiento y una evaluación, que a veces son difíciles de llevar a cabo dentro de un programa, los programas que no son eficaces pueden seguir adelante.

Las actitudes y la motivación del personal son el elemento clave del funcionamiento del proyecto (favorecido por muchos de los elementos que se acaban de citar) y fundamentales para la expansión del programa.

Fuente: "Nutrition-relevant actions, some experiences from the eighties and lessons for the nineties", por S. Gillespie y J. Mason, ACC/SCN State of the Art Series Paper No 10, 1991.

32. Un sector de salud fuerte puede también contribuir a mejorar la agricultura. Los agricultores y trabajadores sanos son más productivos y menos propensos a los accidentes y lesiones; de manera similar, si una familia campesina disfruta de buena salud y está bien alimentada, estará más capacitada para asumir los riesgos que suponen los nuevos cultivos y los nuevos métodos agrícolas. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres de los países en desarrollo, que a menudo cargan con la mayor parte de la producción de alimentos y el peso de la mala salud, además de cumplir con su función reproductora. Otras actividades en las cuales la salud y la agricultura podrían cooperar provechosamente sobre el terreno son la organización de la comunidad, las actividades de extensión y capacitación, el suministro de agua y el saneamiento.

33. Muy a menudo, esta cooperación intersectorial puede resultar difícil a nivel nacional, pero se va haciendo progresivamente más viable a nivel provincial y local. Algunos países han avanzado en la descentralización de las competencias gubernamentales, abriendo excelentes oportunidades para la cooperación entre sectores. Por ejemplo, los agentes sanitarios, de desarrollo comunitario y de extensión agraria, podrían combinar sus esfuerzos, junto con los maestros de escuela, para abordar determinados problemas prioritarios en comunidades vulnerables seleccionadas. Sería útil empezar con un análisis de la repercusión nutricional de diversas actividades en curso de desarrollo local, como medio para asegurar que la nutrición se incorpore a la base de los programas de desarrollo.

34. En vista de las grandes posibilidades de interacción técnica entre los ministerios de agricultura y salud, y dada la importancia de las actividades de estos ministerios para mejorar la nutrición de las personas pobres, puede mejorarse la cooperación intersectorial existente en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo. Para ello cada país debe evaluar sus propias experiencias y procedimientos de cooperación intersectorial con el fin de reforzarlos en la medida en que sea necesario, a la luz de sus necesidades y recursos específicos.

FUNCION DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

35. Las organizaciones no gubernamentales o sin finalidad lucrativa constituyen un grupo muy heterogéneo de organizaciones nacionales e internacionales, que incluyen organizaciones comunitarias de todo tipo, asociaciones de consumidores, sindicatos, asociaciones de mujeres, agrupaciones de agricultores, organizaciones religiosas, universidades privadas, universidades públicas e instituciones de investigación, asociaciones profesionales de nutricionistas, de personal médico y de bromatólogos, y organizaciones internacionales no gubernamentales de socorro y desarrollo.

36. Las ONG pueden ser muy eficaces en el nivel de base en los países en desarrollo. Sus programas enfocados hacia los grupos más desfavorecidos, con un alto grado de ayuda pública, bajos costos de gestión y personal muy motivado los convierten en importantes organismos de desarrollo. Las ONG se dedican a cubrir las necesidades de las personas pobres y a ayudarlas a articular dichas necesidades. También influyen en la opinión pública de todos los países, desarrollados y en desarrollo, desempeñando una importante función en colaboración directa con las comunidades de muchas de las áreas importantes para la nutrición y, especialmente, adoptando medidas para mejorar los cuidados, el saneamiento, la asistencia primaria en salud y la adopción de estrategias eficaces de seguridad alimentaria. Pueden ser muy eficientes a la hora de introducir innovaciones en pequeña escala que pueden repetirse indefinidamente y de extenderse con insumos moderados.

37. Las ONG pueden incrementar la confianza en sí mismos de las personas pobres, capacitándolas para participar en programas oficiales. Una de sus muchas tareas es explorar estrategias alternativas de desarrollo que fomenten la confianza en sí mismos, la participación de la comunidad y la adopción de decisiones descentralizada. En los países desarrollados las organizaciones de consumidores y profesionales, mejor organizadas que en los países en desarrollo, pueden ser una fuerza poderosa, que suministra información y desempeña funciones de defensa eficaces, y actúan como mediadores para fomentar un diálogo y una cooperación más eficaces entre el gobierno, las instituciones académicas, los consumidores y la industria.

38. Las organizaciones de consumidores también pueden entablar un diálogo con la industria alimentaria, los sistemas de distribución y las organizaciones comerciales para que, por ejemplo, incorporen algunos mensajes educativos a la publicidad. Al suministrar información a los consumidores, también son capaces de influir en la producción de productos básicos y en las organizaciones de comercialización.

39. Sin embargo, las ONG tienen sus límites. Mientras que muchas ONG internacionales como el Fondo de Ayuda a la Infancia, CARE y Oxfam gestionan con éxito sobre el terreno grandes programas, la mayoría de ellas no pueden competir con los donantes multilaterales y bilaterales a la hora de poner en práctica proyectos en gran escala o financiar programas de reforma. Los aspectos relativos a la repercusión y al ejercicio de un mayor impacto adquieren mayor importancia cuando escasean los recursos. Otra desventaja es que a veces no están integrados en el sistema nacional y funcionan independientemente.

40. Las ONG pueden beneficiarse del aumento de los intercambios y la colaboración entre ellas mismas. En la actualidad se han creado redes internacionales y nacionales que ejercen presión a escala internacional e influyen en las políticas nacionales relativas a una gran variedad de cuestiones, como los salarios mínimos, la reforma de la propiedad de la tierra, la equidad y la sanidad, para incrementar el acceso a los alimentos y mejorar la situación nutricional.

41. Las ONG también desempeñan una función muy valiosa a la hora de cubrir las necesidades nutricionales durante las situaciones de emergencia naturales y provocadas por el hombre, estableciendo sistemas de alerta y suministrando socorro y ayuda para la rehabilitación.

FUNCION DE LAS EMPRESAS PRIVADAS

42. La función de las empresas privadas es importante para llevar a cabo la mejora nutricional. En la mayor parte de los países, la producción agrícola y de alimentos está en manos del sector privado, integrado en su mayoría por pequeños campesinos. Igualmente, la mayor parte del almacenamiento, manipulación y distribución de alimentos también está a cargo del sector privado. Este contribuye sustancialmente a una buena nutrición fomentando el desarrollo de las industrias y servicios en pequeña escala tanto en las áreas rurales como en las urbanas. Las pequeñas industrias rurales son una importante fuente de ingresos, incluso para las personas más pobres, lo que produce importantes beneficios nutricionales. A menudo las fuentes de financiación son un problema, ya que la estructura bancaria tradicional exige bienes como garantía. Sin embargo, el éxito de las innovaciones en la financiación del desarrollo local, por ejemplo, a través del Grameen Bank de Bangladesh y la Asociación de trabajadoras autónomas de la India, prueba que podría establecerse una asociación eficaz entre las entidades de crédito y la industria privada para reducir la pobreza.

43. El sector privado puede contribuir también a mantener o mejorar muchos factores determinantes de una buena nutrición, como el suministro de alimentos nutritivos e inocuos, un ambiente y alimentación saludables y la atención en salud. La contribución de las industrias privadas a la investigación en materia de nutrición, ciencia de los alimentos y tecnología, también es muy significativa. Un buen ejemplo de la función de la industria privada es el enriquecimiento con micronutrientes, por ejemplo, yodización de la sal, adición de vitamina A al azúcar, como en Guatemala, adición de vitamina D y de hierro y reducción de sal y grasas saturadas en los alimentos elaborados. Esto puede hacerse voluntariamente o como respuesta a una legislación.

44. Con la creciente urbanización de los países en desarrollo, la industria privada tendrá mayores mercados para promover sus productos alimenticios, ya que han asumido la función de procesamiento que anteriormente efectuaban los propios consumidores. Por ejemplo, en la mayoría de los países en las zonas urbanas y rurales gran parte de los cereales que se consumen son procesados ahora en molinos o fábricas en vez de en el hogar.

45. Resulta necesaria una legislación sobre la calidad e inocuidad de los alimentos y su etiquetado, comercialización y publicidad, que debe ir respaldada por un sistema eficaz de control de alimentos. Esto es competencia del gobierno, pero algunas asociaciones de consumidores han resultado ser muy eficaces en el control del cumplimiento de las normas. Se necesita la cooperación y el compromiso por parte de la industria para cumplir las normas legales y asegurar la gestión eficiente de la industria alimentaria en todos los países. Se deberían señalar y promover las oportunidades en que coinciden los intereses comerciales y una buena nutrición de los consumidores. Los gobiernos deberían fomentar directamente estas actividades. En el caso de una divergencia de intereses, los gobiernos deberán pasar a la acción expandiendo sus actividades de educación nutricional y haciendo cumplir con energía las normas y exigencias sobre calidad e inocuidad de los alimentos para que el etiquetado y la publicidad sean exactos y verdaderos, de modo que

no haya contradicción alguna con los esfuerzos en pro de una buena nutrición. En los países desarrollados la industria alimentaria funciona bajo controles estrictos relativos a la calidad, inocuidad e higiene de los alimentos. De hecho, los sistemas industriales de control de calidad desde el agricultor, pasando por la elaboración, almacenamiento y comercialización, hasta el consumidor, han resultado ser muy eficaces para reducir las pérdidas de alimentos y garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos básicos.

46. El diálogo y la cooperación entre todos los asociados, especialmente el gobierno, los consumidores y la industria privada son fundamentales para obtener mejoras sostenibles. Los gobiernos tienen la clara obligación de compartir la información con los consumidores y con la industria alimentaria y los intercambios entre consumidores e industria incrementarían la importancia del sector privado en los esfuerzos por reducir los problemas nutricionales.

FUNCION DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

47. Las actividades de nutrición que reciben el apoyo de organismos de las Naciones Unidas abarcan una amplia gama: producción de alimentos y desarrollo agrícola, control y calidad de los alimentos, ayuda alimentaria, sanidad, población, medio ambiente, suministro de agua y saneamiento, bienestar infantil, alfabetización femenina y desarrollo comunitario. Numerosos organismos de las Naciones Unidas se ocupan directamente de los problemas nutricionales o influyen en la nutrición a través de sus actividades generales. De ellos, la FAO, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial tienen direcciones o subdirecciones de nutrición, mientras que muchos otros poseen al menos un consejero de dedicación exclusiva.

48. La FAO es el organismo principal de las Naciones Unidas para la alimentación, la agricultura y el desarrollo rural, y encargado de mejorar el nivel de nutrición en todo el mundo y contribuir a liberar a la humanidad del hambre. En consecuencia, las actividades relacionadas con la nutrición son muy variadas e incluyen la ayuda a prácticamente todos los aspectos de la producción, elaboración y comercialización de productos alimenticios y agrícolas, así como a la preparación de normas sobre calidad, inocuidad, elaboración y consumo de alimentos. La Organización se dedica a fomentar el desarrollo agrícola sostenible y a mejorar el bienestar de las personas pobres y desfavorecidas. Sus esfuerzos para mejorar la nutrición mediante el desarrollo de la agricultura, de las actividades pesqueras y forestales en los países en desarrollo se centran en los siguientes temas prioritarios: seguridad alimentaria y sistemas de alerta, reforzamiento de los sistemas de control de calidad de los alimentos, y desarrollo sostenible desde el punto de vista del medio ambiente, conservación de los recursos genéticos, recopilación de datos agrícolas y participación de las personas, y de las mujeres en particular, en el desarrollo.

49. Entre las actividades de la FAO que influyen en la nutrición cabe citar la evaluación y el seguimiento de los problemas nutricionales, el desarrollo de políticas y planes adecuados, la aplicación de programas y proyectos basados en la comunidad, el establecimiento de un sistema de alerta durante situaciones de urgencia alimentaria, la lucha contra la carencia de micronutrientes, la incorporación de la nutrición a los proyectos agrícolas, pesqueros y forestales, la educación y formación nutricional y la garantía de la calidad y la inocuidad del suministro de alimentos para el consumo y la exportación reforzando los sistemas nacionales de control de alimentos. La Dirección de Política Alimentaria y Nutrición, en colaboración con otras direcciones técnicas interesadas, se ocupa de muchas de las actividades de la FAO relacionadas específicamente con la nutrición.

50. La FAO facilita datos sobre la disponibilidad de alimentos (suministro de energía alimentaria) a través de sus Hojas de Balance de Alimentos. Esta información se analiza y presenta en diversas publicaciones periódicas, como *El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación*, *Agricultura: Hacia el Año 2000* y las *Encuestas Alimentarias Mundiales*. Al tiempo que ofrecen información sobre el suministro de energía alimentaria y la

producción de alimentos per cápita, las *Encuestas Alimentarias Mundiales* estiman también el número de personas que no tienen suficiente acceso a los alimentos. La FAO prepara igualmente *Perfiles nutricionales por países*, en los que se resume la situación alimentaria y nutricional en el contexto de factores afines, como la producción agrícola, el desarrollo económico, los cambios demográficos y el acceso a los servicios.

51. La Dirección de Política Alimentaria y Nutrición también presta apoyo a la Secretaría conjunta FAO/OMS de la Comisión del Codex Alimentarius. Esta última tiene por objeto proteger a los consumidores nacionales y fomentar el comercio internacional de alimentos dictando normas sobre inocuidad de los alimentos, plaguicidas, residuos de medicamentos veterinarios y contaminantes; estableciendo normas de etiquetado y normas para análisis y toma de muestras; recomendando códigos uniformes sobre condiciones higiénicas de manipulación y fomentando el reconocimiento mutuo de sistemas de inspección y certificación de alimentos.

52. El programa nutricional de la OMS se ha elaborado principalmente para reforzar la capacidad de las instituciones nacionales para evaluar los problemas relacionados con la nutrición y la dieta, sus causas principales y factores coadyuvantes; elaborar y aplicar estrategias para afrontar la malnutrición, tanto por defecto como por exceso; y controlar los programas ejecutados y evaluar sus repercusiones. Para ello, la dependencia de la Sede ha desarrollado sistemas mundiales de información y bancos de datos sobre las principales formas de malnutrición y colabora con las oficinas regionales y en los países en la preparación de estos procedimientos a nivel regional y nacional. A escala nacional, la OMS intenta ayudar a los países a desarrollar planes de actuación en el sector sanitario y planes intersectoriales eficaces para mejorar la nutrición. Se presta especial atención a la supervisión de la nutrición y a la vigilancia del crecimiento, especialmente a nivel comunitario, a la mejora de la nutrición de los grupos vulnerables y a los programas para vencer la malnutrición debida a la carencia de micronutrientes. La OMS también presta su apoyo a la investigación operacional y a programas de formación a nivel local, nacional y regional, especialmente en la gestión de programas nutricionales. En la actualidad se están llevando a cabo programas de acción intensivos para la mejora nutricional en ocho de los países más necesitados. A nivel mundial, la función normativa de la OMS incluye la fijación de normas y directrices en áreas como la evaluación epidemiológica, el tratamiento de los trastornos relacionados con la nutrición y exigencias nutricionales. Vigila la ejecución del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y colabora estrechamente con otras organizaciones de las Naciones Unidas, bilaterales y no gubernamentales de todos los niveles, siendo sus principales asociados la FAO y el UNICEF.

53. El UNICEF ha contribuido muy eficazmente a satisfacer las necesidades nutricionales, sociales y sanitarias de niños y madres en todo el mundo, especialmente de aquéllos que se encuentran en circunstancias difíciles. Esto se ha conseguido apoyando una amplia gama de programas y proyectos de campo, especialmente los dirigidos al cuidado y alimentación infantil, fomento de la lactancia materna, vacunación, rehidratación oral, control del crecimiento, vigilancia nutricional, salud materna y educación. El UNICEF también ha sido muy eficaz al abogar ante el público y los formuladores de políticas por un "primer llamamiento en favor de los niños".

54. En los últimos años el Banco Mundial presta mayor atención al desarrollo de los recursos humanos y a la mejora de la nutrición mediante sus programas de préstamos. En la actualidad, aproximadamente el 13 por ciento de sus inversiones van destinadas a sectores sociales como educación, población, nutrición y salud. En términos monetarios es la principal fuente mundial de financiación de programas de nutrición y su potencial para paliar la malnutrición es considerable. Además de trabajar en pro de la mejora de la nutrición mediante el desarrollo social y económico, el Banco Mundial también colabora con los gobiernos para abordar directamente problemas de seguridad alimentaria, carencia de micronutrientes y asistencia y alimentación infantiles.

55. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) también apoya los programas de nutrición, pues su mandato es ayudar a los países en desarrollo a hacer el mejor uso posible de sus recursos naturales y humanos. Esto se consigue proporcionando ayuda técnica y financiera a varios sectores en colaboración con otros organismos especializados, e incluye el apoyo al desarrollo agrícola y rural, a las intervenciones en materia de nutrición, a los programas sociales para paliar la pobreza, a la creación de oportunidades de empleo, al reforzamiento de los sistemas de control de alimentos y a la mejora del contexto. Muchos de los proyectos de la FAO, la OMS y otros organismos que intentan mejorar la seguridad alimentaria, la nutrición, la salud y el comercio, están financiados por el PNUD. La inclusión de una valoración del impacto nutricional en los proyectos financiados por el PNUD podría tener considerables ventajas.

FLUJO DE LA AYUDA PARA NUTRICION

El total de la financiación bilateral y multilateral de los sectores de la ayuda alimentaria, población, agua y saneamiento, salud, bienestar infantil, alfabetización de las mujeres y desarrollo comunitario, así como de los proyectos de nutrición, se elevó a 45 billones de dólares en 1987. La estimación per cápita es muy variada: 6,6 dólares en el sur de Asia, 6,80 dólares en el sudeste asiático y China, 15,50 dólares en América del Sur, 21,80 dólares en el África subsahariana, 29,80 dólares en el Cercano Oriente y el norte de África y 33,20 dólares en América Central y el Caribe.

El importe directamente relacionado con la nutrición fue de 77,5 millones de dólares que, expresado en términos per cápita, supone una cifra de 0,02 dólares (2 centavos), variando de 5 centavos en África a 1,5 centavos en el sudeste asiático y China y menos 1 centavo en el Oriente próximo y norte de África. Exactamente la mitad de esta cantidad fue suministrada por las Naciones Unidas y sus organismos, el 38 por ciento por organismos donantes bilaterales y el resto por el Banco Mundial.

Fuente: Estimated of external flows in relation to nutrition, CAC/SCN, 1991.

56. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), al proporcionar ayuda internacional a los refugiados y asistencia material para cubrir sus necesidades y fomentar el autoabastecimiento económico, fomenta en general una mejor nutrición entre uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista nutricional. En colaboración con el Programa Mundial de Alimentos se han formulado recientemente directrices para el establecimiento y la elección de productos básicos para distribuciones generales de alimentos y programas de alimentación suplementaria.

57. El PMA, mediante sus programas de ayuda alimentaria destinados a socorro en situaciones de emergencia, programas de alimentación a grupos vulnerables y a escolares y de alimentos por trabajo, contribuye significativamente a mejorar la situación nutricional y la salud de las personas. El PMA, reconoce que los beneficios nutricionales de la ayuda alimentaria son mucho más eficaces si se combinan con la asistencia financiera, administrativa y técnica, siempre que ha sido factible ha vinculado la ayuda alimentaria a otros insumos incluidos la educación nutricional, la ayuda al sector sanitario y actividades de desarrollo social como la formación y facilidades de crédito.

58. Todos los organismos de las Naciones Unidas anteriormente citados así como otros, entre los que se encuentran el FIDA, la OIT, la UNESCO, FNUAP y UNU participan en el Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación (CAC/SCN), que es un foro muy útil para discutir muchos temas sobre la nutrición y que recopila y difunde información relacionada con la nutrición a los organismos y profesionales del ramo.

59. La contribución total financiera y técnica de las organizaciones bilaterales a los programas de desarrollo general, incluida la nutrición, es fundamental. El apoyo financiero se concede directamente al país destinatario o a través de organismos multilaterales.

Muchos de estos donantes bilaterales disponen de asesores nutricionales y algunos de ellos participan activamente en el CAC/SCN.

NECESIDADES DE LA INVESTIGACION

60. La investigación sobre nutrición se está llevando a cabo en muchos países de todas las regiones del mundo. En muchas instituciones de los países desarrollados se han iniciado programas a gran escala de investigación nutricional básica y aplicada. Parte del trabajo de campo y de la investigación de laboratorio se efectúa en países en desarrollo, normalmente en colaboración con instituciones nacionales o con los gobiernos. En dichos países este tipo de investigación a menudo está respaldada por recursos nacionales o por apoyo internacional y tiene normalmente un carácter aplicado u operacional, incluidos los estudios sobre cómo actuar en un contexto sociocultural determinado y ante problemas y programas nutricionales diversos, especialmente a nivel comunitario. A menudo se necesita una investigación operacional para aplicar mejor los programas de campo. También es muy común la investigación sobre ciencia de la alimentación aplicada, aunque muchas veces escasean los recursos, incluidos las instalaciones y los fondos. En muchos casos los mismos investigadores carecen de información o experiencia acerca de la formulación o aplicación de protocolos de investigación. En muchos casos se ven obligados a trabajar aislados, en condiciones extremadamente arduas. Pero a pesar de estas trabas, en todas las regiones existen redes de centros de investigación en funcionamiento. Todas ellas realizan valiosas contribuciones que pueden mejorar la nutrición, pero es preciso difundir y aplicar los hallazgos en mayor escala.

61. En agricultura, el Grupo Consultivo sobre Investigación Agrícola Internacional (GCAI) suministra apoyo a 18 centros de todo el mundo, con mandatos que cubren cultivos específicos como trigo, maíz, arroz y leguminosas, regiones geográficas específicas como las zonas semiáridas, así como la investigación sobre cuestiones normativas. La finalidad del GCAI es contribuir a incrementar, con investigaciones agrarias y actividades afines, la producción sostenible de alimentos, incluida la agricultura, silvicultura y pesca, con el fin de mejorar el nivel nutricional y el bienestar económico general de las personas de ingresos bajos. Los Centros, al proporcionar asistencia y asesoramiento sobre la fijación de prioridades en colaboración con los sistemas nacionales, colman las lagunas de centros nacionales de investigación, que generalmente carecen de recursos. En Asia, por ejemplo, el Instituto Internacional de Investigación de Cultivos para las Zonas Tropicales Semiáridas (ICRISAT) se ha asociado a la investigación adaptativa nacional india para incidir en mayor grado en la producción de sorgo y guandú entre los agricultores pobres de las regiones abandonadas. Además, el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IIPA) se ha centrado en el consumo de alimentos y la nutrición como esferas importantes de la política de investigación y ha colaborado fructíferamente con los gobiernos y las instituciones de todo el mundo en el fomento de políticas más eficaces para mejorar la nutrición de las personas pobres.

62. Sin embargo, en muchos casos la investigación nutricional no es una prioridad para los ministerios de agricultura o de salud. En particular, la investigación sanitaria relacionada con la salud ha desatendido generalmente las áreas de la investigación aplicada, los temas económicos, la gestión de programas y la comunicación social. La Comisión de Investigación Sanitaria para el Desarrollo ha examinado las estrategias existentes para ampliar la investigación sanitaria internacional y ha aconsejado destinar recursos a reforzar los centros de investigación nuevos y existentes de los países en desarrollo, integrándolos en una red internacional.

63. El programa de la Universidad de las Naciones Unidas (UNU) ha tenido un éxito considerable en la creación de un potencial de investigación nutricional, aunque se ha insistido más en la investigación básica que en la aplicada. Dicho programa se ha centrado en la formación avanzada del personal clave de las instituciones de los países en desarrollo capaces de contribuir a la investigación, formación y asesoramiento en materia de nutrición. Además, varios programas universitarios ofrecen programas breves

de formación nutricional para directivos y administradores de nivel intermedio de los países en desarrollo y en muchos casos supervisan programas y proyectos de investigación operacional.

NECESIDADES DE DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

64. Las personas encargadas de formular y planificar las políticas en los distintos ministerios deben ser capaces de incluir objetivos nutricionales en sus políticas y programas y de colaborar en la formulación de planes de actuación nacionales e intersectoriales. Deben poder evaluar la información relativa al tipo y al alcance de distintos problemas nutricionales, comprender las causas y el modo en que las actividades de sus ministerios pueden afectar a la situación, además de colaborar eficazmente con otros sectores para trazar y controlar las vías de actuación apropiadas.

65. Para ello se precisa una educación y una formación especializadas en temas relativos a la alimentación y a la nutrición. Para los nutricionistas que deban trabajar en la planificación y gestión de programas, esto puede suponer una formación adicional en economía y ciencias sociales y de la comunicación. Del mismo modo, los profesionales de otras disciplinas (agricultura, salud, economía, etc.) que deban ocuparse del tema de la nutrición deberán recibir formación adicional adecuada. Sin embargo, en ambos casos, dicha formación deberá estar adaptada a las condiciones del país e insistir en la aplicación práctica de las materias aprendidas. Esta información debería impartirse tanto en la preparación profesional como en la capacitación en servicio.

66. Además de la formación técnica específica también es muy necesario reforzar la capacidad de dirección en todos los niveles. Para ello se requiere una formación práctica en planificación y gestión de programas, evaluación, uso adecuado de la información, supervisión, presupuesto, administración y formación. En la actualidad en muchas universidades, institutos de nutrición y escuelas técnicas no existe este tipo de formación.

67. También son fundamentales la formación y el desarrollo de los recursos humanos de la comunidad. Dicha formación podría abordar toda una gama de temas, incluidos, entre otros, la atención y la alimentación de la familia, el control del crecimiento, el uso de la tecnología adecuada y la mejora de los procedimientos de elaboración, almacenamiento y manipulación de los alimentos. La formación debería responder a las necesidades de la comunidad y tratar de incrementar su autosuficiencia.

68. Los gobiernos, apoyados en algunos casos por organismos bilaterales y multilaterales, tienen una responsabilidad especial en el desarrollo en todos los niveles de la capacidad técnica, directiva y de investigación que se precisa para abordar los problemas nutricionales a corto y largo plazo. La cooperación entre gobiernos, donantes y organismos de asistencia técnica, universidades, la comunidad científica, ONG y el sector privado puede resultar muy eficaz para desarrollar y reforzar la capacidad de formación requerida. El desarrollo de oportunidades de educación y formación a nivel regional y subregional puede ser una forma muy efectiva de impartir esta formación.

Observaciones finales

69. Afrontar el reto que presenta la nutrición es una tarea formidable, que podrá realizarse siempre que exista un compromiso mundial y se adopten medidas concertadas por parte de los gobiernos, comunidades locales, ONG, el sector privado y la comunidad internacional, incluidas las organizaciones internacionales. En muchos casos el requisito básico es simplemente centrar la atención de los encargados de planificar y elaborar las políticas en la necesidad de establecer como objetivo fundamental del proceso de desarrollo la mejora del bienestar humano.

70. Esto no quiere decir que el desarrollo económico no sea importante, que sí lo es. Hoy día es comúnmente aceptado que la esencia del desarrollo es proporcionar a las personas, especialmente a los pobres y a los desfavorecidos, el entorno social y económico necesario para que lleven una vida sana. Para lograr este objetivo las políticas y los planes de desarrollo deberían estar encaminados a mejorar el desarrollo humano, incluida la mejora del bienestar nutricional. Lo que se precisa es un compromiso común para dar a las personas la oportunidad de mejorar, al tiempo que se distribuyen equitativamente los beneficios del desarrollo económico y social.

71. Teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de los problemas con que se enfrentan los países en desarrollo, no es probable que las fórmulas mundiales para incorporar objetivos nutricionales en los programas y políticas de desarrollo sean eficaces. Tales fórmulas deben estar en consonancia con las necesidades, características y prioridades concretas de los diferentes países y regiones. Además, para alcanzar los objetivos nutricionales se necesita tiempo, especialmente cuando es precisa una modificación de las aptitudes y comportamientos para obtener resultados positivos o cuando se trata de grupos a los que es difícil llegar.

72. Para lograr una mejora eficaz del estado nutricional de toda la población, y en particular de las personas pobres, son esenciales, ante todo, iniciativas y compromisos de recursos de los países para formular y ejecutar políticas y programas nacionales. Una estrecha cooperación entre el gobierno, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales y la industria privada es decisiva para el éxito de estos programas. Sin embargo, en muchos casos los recursos necesarios están fuera del alcance de un gran número de países en desarrollo. La comunidad internacional puede realizar una contribución especial prestando asistencia financiera y técnica para respaldar los esfuerzos nacionales. El apoyo internacional puede contribuir a reforzar un proceso de desarrollo orientado de modo equitativo a proteger a los pobres de las consecuencias negativas de los programas de ajuste, por ejemplo ofreciéndoles "redes de seguridad" o paliando los trastornos resultantes de las catástrofes naturales o causadas por el hombre. Las organizaciones internacionales pueden desempeñar también una función catalítica pero fundamental en apoyo de los esfuerzos nacionales ofreciendo asistencia en ámbitos de su competencia. Los recursos financieros y técnicos son esenciales para que los gobiernos del mundo en desarrollo sean capaces de adoptar y ejecutar políticas que incorporen el bienestar nutricional como objetivo primordial del desarrollo y pongan la seguridad alimentaria y la salud al alcance de todos.

Bibliografía del Capítulo cinco

- Becker, W. & Helsing, E., eds. 1991. *Food and health data: their use in nutrition policy-making*. WHO regional publications. European series no. 34. Copenhagen.
- Berg, A. 1987. *Malnutrition: what can be done? Lessons from World Bank experience*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press for the World Bank.
- BIDANI. 1989. *The Barangay integrated development approach to nutrition improvement of the rural poor: a nutrition-in-development action-research project*. College of Human Ecology. University of the Philippines at Los Baños College. Laguna.
- Commission on Health Research for Development. 1990. *Health research: essential link to equity in development*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO. 1990. Balanced diet: a way to good nutrition. FAO Seventeenth Regional Conference for Europe, Venice. (ERC/90/4)
- FAO/WHO. 1992. Incorporating nutrition objectives into development programmes and policies: theme no. 8. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- Field, J.O. 1987. Multisectoral nutrition planning: a post mortem. *Food Policy*, 12(1): 15-28.
- Gillespie, S. & Mason, J.B. 1991. *Nutrition-relevant actions: some experiences from the eighties and lessons for the nineties*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 10. Geneva.
- Gwatkin, D., Wilcox, J. & Wray, J. 1980. *Can health and nutrition interventions make a difference?* ODC monograph no. 13. Washington, DC.
- Jennings, J., Gillespie, S., Mason, J.B., Lotfi, M. & Scialfa, T., eds. 1991. *Managing successful nutrition programmes*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 8. Geneva.
- Lipton, M. & De Kadt, E. 1988. *Agriculture-health linkages*. Geneva, WHO.
- Lipton, M. & Longhurst, R. 1989. *New seeds and poor people*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- WHO. 1981. *International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Geneva.
- WHO. 1986. *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva.
- WHO. 1991. *Food and nutrition policy in Europe*. Report on a WHO Conference. Copenhagen.

W/Z9550/S

