

TENDENCIAS DEL DESARROLLO

Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo

Estrategia para una intervención en gran escala

PANORAMA GENERAL



BANCO MUNDIAL

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433, EE.UU.

Teléfono: 202-473-1000
Sitio web: www.worldbank.org
Correo electrónico: feedback@worldbank.org

Reservados todos los derechos
Primera edición

1 2 3 4 09 08 07 06

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste.

El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Las fronteras, los colores, las denominaciones y demás información de los mapas incluidos en la presente publicación no implican juicio alguno de parte del Banco Mundial acerca de la condición jurídica de cualquier territorio, ni la aprobación o aceptación de esas fronteras.

Derechos y autorizaciones

El material contenido en esta publicación está registrado como propiedad intelectual. Su reproducción o transmisión total o parcial sin la debida autorización puede constituir una violación de la legislación aplicable. El Banco Mundial alienta la difusión de sus publicaciones y, normalmente, autorizará su reproducción sin demora.

Los permisos para copiar o reproducir cualquier parte de estos materiales pueden obtenerse enviando una solicitud con toda la información necesaria a Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, EE.UU.; teléfono: 978-750-8400; fax: 978-750-4470; sitio web: www.copyright.com.

Cualquier otra consulta sobre derechos y licencias, incluidos derechos subsidiarios, deberá dirigirse a: Office of the Publisher, The World Bank, a la dirección antedicha, al fax número 202-522-2422 o a la dirección de correo electrónico pubrights@worldbank.org.

Diseño de la portada: Fletcher Design
Fotos de la portada: Banco Mundial

Índice

Prólogo

Agradecimientos

Siglas y abreviaturas

Glosario

Panorama general

Tres razones que justifican la intervención para reducir la malnutrición

¿Cuáles son las causas de la malnutrición y cómo deberían intervenir los gobiernos?

Próximas medidas

Notas

1 ¿Por qué invertir en nutrición?

Nutrición y economía

Nutrición y los objetivos de desarrollo del milenio

Nutrición y derechos humanos

Conocimientos técnicos que permiten mejorar la nutrición

Notas

2 ¿Qué gravedad reviste la malnutrición y por qué se produce?

Desnutrición

Bajo peso al nacer

Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Malnutrición por carencia de micronutrientes

¿Cuáles son las causas de la malnutrición, y a quiénes perjudica más?

Notas

3 Vías para mejorar la nutrición

Vías lentas y rápidas para mejorar la nutrición

Programas comunitarios de promoción del crecimiento

Programas de prevención del bajo peso al nacer

Programas de micronutrientes

Programas de alimentos y protección social

Programas de lucha contra la malnutrición y el VIH/SIDA

Programas para combatir el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Función de las políticas

Políticas de nutrición y políticas que tienen como efecto secundario influir en la nutrición

Notas

4 Ampliación de las actividades

Gestión de los programas de nutrición

Organización de servicios

Distribución del financiamiento y coordinación de sus proveedores

Fortalecimiento del compromiso y la capacidad

Notas

5 Aceleración de los progresos en nutrición: próximas medidas

Unión de las entidades de desarrollo en torno a un programa común de nutrición

Tres desafíos prácticos clave que dificultan la ampliación de las actividades

Dónde concentrar las medidas destinadas a combatir la malnutrición

Apoyo a un programa bien definido de investigación-acción en nutrición

Diferencias entre las necesidades detectadas y los objetivos centrales de las entidades de desarrollo

Próximas medidas

Notas

Anexo 1: Vías rápidas para mejorar la nutrición: Experiencias nacionales

Anexo 2: Vías lentas para mejorar la nutrición

Anexo 3: Prioridades fundamentales para la investigación-acción en nutrición: Una propuesta

Anexos técnicos

Referencias

Índice

Cuadros

- 1.1 Relación costos-beneficios de los programas de nutrición
- 1.2 Costos unitarios anuales de los programas de nutrición
- 1.3 Costo de las intervenciones en nutrición (US\$)
- 1.4 Reducción de la fracción de niños de bajo peso en Tanzania en diferentes marcos hipotéticos de crecimiento del ingreso y cobertura de las intervenciones en nutrición (%)
- 1.5 Prevalencia del bajo peso y la anemia en niños indios por quintil de ingresos
- 1.6 Motivos por los cuales la inversión en nutrición es crucial para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio
- 1.7 Según el Consenso de Copenhague, el suministro de micronutrientes es una inversión fundamental
- 1.8 Cobertura de las intervenciones en nutrición en algunos programas en gran escala
- 3.1 Vías para mejorar la nutrición
- 3.2 Variedad de intervenciones para programas de lucha contra la obesidad
- 3.3 Ejemplos de políticas que tienen como efecto secundario influir en la nutrición
- 5.1 Prioridades recomendadas para la investigación-acción en nutrición

Gráficos

- 1.1 El círculo vicioso de pobreza y malnutrición
- 1.2 Relación entre ingresos y malnutrición
- 1.3 Reducción estimada de la prevalencia del peso inferior al normal en distintos escenarios de crecimiento económico y elasticidad-ingreso de la nutrición
- 1.4 Progresos hacia la meta de la reducción de la pobreza no relacionada con los ingresos
- 1.5 Progresos hacia la meta de la reducción de la pobreza no relacionada con los ingresos (ODM vinculado a la nutrición)
- 2.1 Prevalencia y tendencias de la malnutrición entre los niños menores de cinco años, 1980–2005
- 2.2 Tendencias proyectadas del número de niños menores de cinco años de peso inferior al normal, 1990–2015
- 2.3 Prevalencia y número de niños de bajo peso al nacer
- 2.4 Tendencias de la obesidad entre los niños menores de cinco años
- 2.5 Sobrepeso materno e infantil
- 2.6 Sobrepeso materno frente a la desnutrición materna e infantil
- 2.7 Coexistencia de carencia energética y obesidad en países de ingreso bajo e ingreso mediano
- 2.8 Prevalencia de carencia subclínica de vitamina A en niños de 0 a 72 meses, por región, 1990–2000
- 2.9 Prevalencia de carencia de hierro en niños de edad preescolar, por región, 1990–2000
- 2.10 Prevalencia de insuficiencia ponderal en niños por suministro de energía alimentaria per cápita, por región, 1970–96
- 2.11 Prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años, por grupo de edad
- 2.12 Prevalencia y tasas de disminución de la insuficiencia ponderal en regiones y países del Banco Mundial
- 3.1 Formas de interacción entre malnutrición y VIH/SIDA
- 5.1 Principales entidades de desarrollo que apoyan la nutrición
- 5.2 Tipología y magnitud de la malnutrición en regiones y países del Banco Mundial

Recuadros

- 1.1 Desviación de los objetivos de desarrollo del milenio
- 2.1 La prevalencia de la desnutrición en los países de Asia meridional es mucho más elevada que en África
- 2.2 Oportunidad de solucionar el problema de la malnutrición
- 2.3 Tres mitos acerca de la nutrición
- 3.1 ¿Por qué persiste la malnutrición en muchos hogares que gozan de seguridad alimentaria?
- 3.2 ¿Seguridad alimentaria en contraposición a seguridad nutricional?
- 3.3 Las nuevas conductas deben tener sentido para la población pobre
- 3.4 Subsidios alimentarios frente a programas de protección social focalizados
- 3.5 Pruebas de que los programas de transferencias condicionales pueden dar buenos resultados
- 3.6 Resumen de las conclusiones del estudio científico sobre nutrición y VIH/SIDA
- 3.7 Función de las políticas públicas
- 3.8 Impacto de las políticas agrícolas y alimentarias en la nutrición y la salud
- 4.1 Cómo administró Tailandia su programa nacional de nutrición
- 4.2 Apreciación, análisis y acción: El proceso de la “Triple A”

- 4.3 Institucionalización de la nutrición en Bangladesh: Del proyecto al programa
- 4.4 Cinco medidas para integrar la nutrición en los documentos nacionales de estrategia de lucha contra la pobreza
- 4.5 Diez razones que explican el escaso compromiso con los programas de nutrición
- 4.6 PROFILES
- 5.1 Enseñanzas para la nutrición que se pueden extraer del VIH/SIDA
- 5.2 Qué hacer cuando...

Mapas

- 1.1 Prevalencia mundial de la insuficiencia ponderal en niños menores de cinco años
- 1.2 Prevalencia mundial del retraso del crecimiento en niños menores de cinco años
- 1.3 Prevalencia mundial de la carencia de vitamina A y tasas de cobertura de la administración de suplementos de esta vitamina
- 1.4 Prevalencia mundial de los trastornos por carencia de yodo y tasas de cobertura de abastecimiento de sal yodada

Panorama general

Desde hace mucho tiempo se sabe que la malnutrición dificulta el crecimiento económico y perpetúa la pobreza. No obstante, ni la comunidad internacional ni la mayoría de los gobiernos de los países en desarrollo han abordado el problema de la malnutrición en los últimos decenios, a pesar de que existen métodos de comprobada eficacia para resolverlo. Ahora las consecuencias de la inacción se manifiestan en los insuficientes avances realizados hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) y la reducción de la pobreza en general. La malnutrición persistente no solo está impidiendo en muchas partes la consecución del primero de esos objetivos —reducir la pobreza y el hambre a la mitad—, sino también la de otros relacionados con la salud maternoinfantil, el VIH/SIDA, la educación y la igualdad de género. Urge optar ahora entre seguir fracasando, que es lo que viene ocurriendo desde hace más de un decenio en el ámbito de las medidas de la comunidad internacional contra el VIH/SIDA, o asignar por fin a la nutrición el papel fundamental que le cabe en el desarrollo, para poder llevar a la práctica la gran variedad de mejoras económicas y sociales que de ella dependen.

Tres razones que justifican la intervención para reducir la malnutrición

Elevado rendimiento económico, marcada incidencia en el crecimiento económico y reducción de la pobreza

El rendimiento de la inversión en nutrición es muy alto. En el Consenso de Copenhague se llegó a la conclusión de que los beneficios generados por las intervenciones en nutrición se encuentran entre los más elevados de 17 posibles inversiones en desarrollo (Cuadro 1). Las inversiones en micronutrientes recibieron calificaciones superiores a las asignadas a aquellas orientadas a la liberalización comercial, el paludismo, y el agua y el saneamiento. Los programas comunitarios destinados a los niños menores de dos años también resultan eficaces en función de los costos para prevenir la desnutrición.

En conjunto, la relación costos-beneficios de las intervenciones en nutrición varía entre 5 y 200 (Cuadro 2).

La malnutrición desacelera el crecimiento económico y perpetúa la pobreza por tres vías: pérdidas directas de productividad derivadas del mal estado de salud; pérdidas indirectas resultantes del deterioro de las funciones cognitivas y la falta de escolaridad, y pérdidas originadas en el aumento de los costos de la atención de salud. Los costos económicos de la malnutrición son considerables: se estima que las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y debido a la malnutrición se puede

llegar a perder hasta el 2% ó el 3% del producto interno bruto (PIB). Por ende, mejorar la nutrición es una cuestión que concierne a la economía tanto o más que al bienestar social, la protección social y los derechos humanos.

Cuadro 1. Según el Consenso de Copenhague, el suministro de micronutrientes es una inversión primordial

<i>Calificación</i>	<i>Desafío</i>	<i>Oportunidad</i>
Muy buena	1. Enfermedades	Combatir el VIH/SIDA
	2. Malnutrición y hambre	Suministrar micronutrientes
	3. Subsidios y comercio	Liberalizar el comercio
	4. Enfermedades	Combatir el paludismo
Buena	5. Malnutrición y hambre	Idear nuevas tecnologías agrícolas
	6. Saneamiento y agua	Idear nuevas tecnologías de abastecimiento de agua en pequeña escala
	7. Saneamiento y agua	Implementar sistemas administrados por la comunidad
	8. Saneamiento y agua	Llevar a cabo investigaciones sobre el agua en la agricultura
	9. Gobierno	Reducir el costo de la instalación de nuevas empresas
Regular	10. Migración	Reducir los obstáculos a las migraciones
	11. Malnutrición y hambre	Reducir la malnutrición de lactantes y niños pequeños
	12. Enfermedades	Ampliar los servicios de atención básica de salud
	13. Malnutrición y hambre	Reducir la prevalencia del bajo peso al nacer
Mala	14-17. Clima/migración	Varias

Fuente: Bhagwati y colaboradores (2004).

Al reducir la desnutrición y la malnutrición por carencia de micronutrientes se reduce directamente la pobreza en su definición amplia, que incluye el desarrollo humano y la formación de capital humano. Sin embargo, la desnutrición también está estrechamente vinculada a la pobreza de ingresos. La prevalencia de la malnutrición suele ser dos ó tres veces mayor —en ocasiones aún más—entre el quintil de ingresos más bajos que entre el de ingresos más altos. Ello implica que mejorar la nutrición es una estrategia beneficiosa para los pobres, ya que aumenta sus posibilidades de obtener ingresos en mayor proporción que para el resto de la población.

Cuadro 2. Relación costos-beneficios de los programas de nutrición

<i>Programas de intervención</i>	<i>Costos-beneficios</i>
Promoción de la lactancia materna en hospitales	5-67
Programas integrados de atención infantil	9-16
Administración de suplementos de yodo (mujeres)	15-520
Administración de suplementos de vitamina A (niños < 6 años)	4-43
Enriquecimiento con hierro (per cápita)	176-200
Administración de suplementos de hierro (embarazadas)	6-14

Fuente: Behrman, Alderman y Hoddinott (2004).

Mejorar la nutrición es esencial para reducir la pobreza extrema. El reconocimiento de esta necesidad se evidencia en la definición del primer ODM: erradicar la pobreza extrema y el hambre. Las dos metas consisten en reducir a la mitad, entre 1990 y 2015:

- La proporción de personas cuyo ingreso es inferior a US\$1 diario.
- La proporción de personas que padece hambre (medida por el porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso es inferior al normal).

La primera meta se refiere a la pobreza de ingresos; la segunda aborda dimensiones distintas del ingreso. El indicador clave utilizado para medir los progresos logrados en relación con esta última meta es la prevalencia de insuficiencia ponderal (en niños de menos de cinco años). Por lo tanto, mejorar la nutrición es, en sí misma, una de las metas de los ODM. Sin embargo, la mayor parte de las evaluaciones de los avances hacia los ODM se ha centrado, fundamentalmente, en la meta de la pobreza de ingresos, y en general se considera, según los pronósticos, que los países, en su mayoría, están bien encaminados para alcanzar el objetivo vinculado a la pobreza. No obstante, de 143 países, solo 34 (24%) tienen miras de alcanzar la meta no relacionada con los ingresos (ODM relativo a la nutrición) (Gráfico 1). Ningún país de Asia meridional, donde la desnutrición es más elevada, alcanzará ese ODM, aunque Bangladesh estará cerca de hacerlo y Asia en su conjunto lo logrará. Algo todavía más alarmante es que, en realidad, el estado nutricional se está deteriorando en 26 países, muchos de ellos de África, donde la relación entre VIH y desnutrición es particularmente estrecha y se refuerza recíprocamente. Por otra parte, 57 países carecen de datos sobre tendencias, de modo que no es posible saber si están realizando progresos. Sin lugar a dudas, es fundamental que todo esfuerzo por reducir la pobreza se centre nuevamente en la meta de la pobreza no relacionada con los ingresos.

El problema de la malnutrición presenta características y proporciones alarmantes

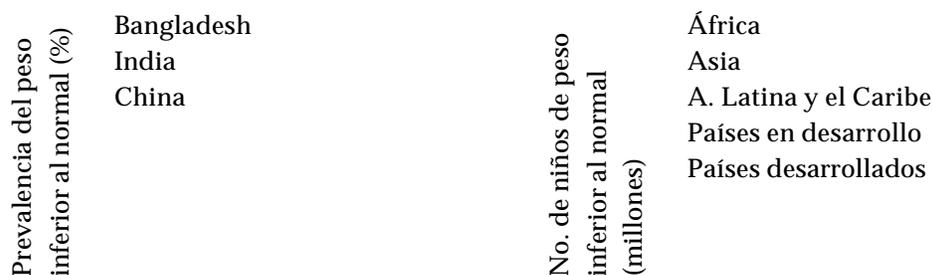
Actualmente la malnutrición es un problema que aqueja a países pobres y ricos, y tanto en unos como en otros la población más pobre es la más afectada. En los países desarrollados, la obesidad se está extendiendo con rapidez, especialmente entre los más pobres, y está trayendo consigo una epidemia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como diabetes y cardiopatías, que incrementan los costos de la atención de salud y reducen la productividad. En los países en desarrollo, si bien la desnutrición y la malnutrición por carencia de micronutrientes siguen estando muy difundidas, también la obesidad se está convirtiendo rápidamente en un problema. Actualmente es frecuente encontrar, en un mismo hogar, niños de peso inferior al normal y adultos obesos, tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Malawi	Nicaragua	Somalia	Uzbekistán
Mozambique		Sudáfrica	
Nigeria	Oriente Medio y Norte de África (1)	Swazilandia	América Latina y el Caribe (12)
Rep. Centroafricana	Marruecos		Belice
Rep. Dem. del Congo		Asia oriental y el Pacífico (11)	Brasil
Rwanda	Asia meridional (4)	Estados Federados de Micronesia	Dominica
Sierra Leona	Bangladesh*	Fiji	Ecuador
Uganda	India	Kiribati	Granada
	Pakistán	Islas Marshall	Paraguay
Asia oriental y el Pacífico (5)	Sri Lanka	Islas Salomón	Saint Kitts y Nevis
Camboya		Palau	Santa Lucía
Filipinas		Papua Nueva Guinea	San Vicente
Rep. Dem. Popular Lao		Samoa	Suriname
		Timor-Leste	Trinidad y Tabago
		Tonga	Uruguay
		Vanuatu	
			Oriente Medio y Norte de África (2)
		Europa y Asia Central (17)	Djibouti
		Belarús	Líbano
		Bosnia y Herzegovina	
		Bulgaria	Asia meridional (2)
		Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	Afganistán
		Estonia	Bhután

Fuente: Cálculos del autor. Véase también el Anexo técnico 5.6.

Nota: Todos los cálculos se basan en datos sobre tendencias de 1990-2002 extraídos de la Base mundial de datos de la OMS sobre crecimiento y malnutrición infantil (a abril de 2005). Los países marcados con un asterisco publicaron posteriormente datos preliminares de encuestas sobre demografía y salud que parecen indicar mejoras y, por lo tanto, pueden ser reclasificados cuando den a conocer oficialmente la nueva información.

Gráfico 2. Prevalencia y tendencias de la malnutrición entre los niños menores de cinco años, 1980-2005

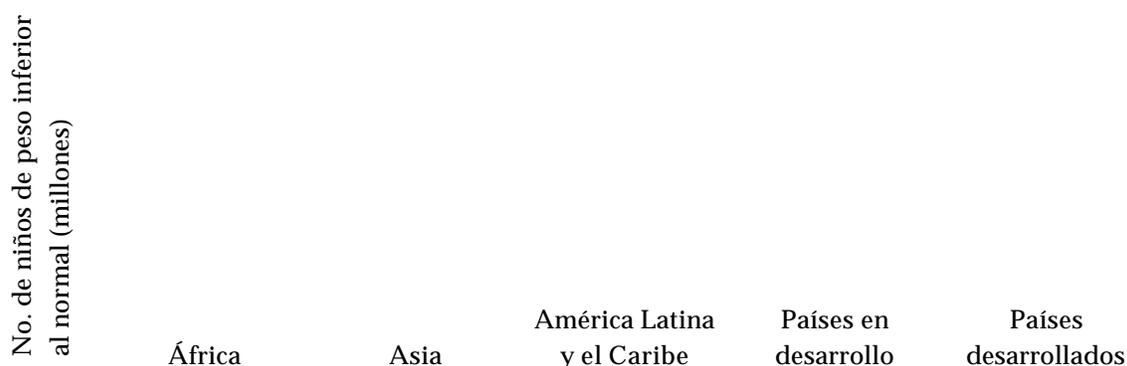


Prevalencia del retraso del crecimiento (%)	África	No. de niños con retraso del crecimiento (millones)	África
	Asia		Asia
	A. Latina y el Caribe		A. Latina y el Caribe
	Países en desarrollo		Países en desarrollo
	Países desarrollados		Países desarrollados

Fuente: De Onis (2004a); SCN (2004).

Nota: Las estimaciones se basan en las regiones establecidas por la OMS. La prevalencia y los números también figuran en el Anexo técnico 2.1.

Gráfico 3. Tendencias proyectadas del número de niños menores de cinco años de peso inferior al normal, 1990-2015



Fuente: De Onis y colaboradores (2004a, 2004b).

Nota: Las estimaciones se basan en las regiones establecidas por la OMS.

En el mundo en desarrollo, casi un tercio de los niños continúan teniendo un peso inferior al normal o presentando retraso del crecimiento, y el 30% de la población sigue sufriendo carencia de micronutrientes, pero el panorama está cambiando (Gráfico 2):

- En África al sur del Sahara la malnutrición va en aumento. La malnutrición y el VIH/SIDA se refuerzan recíprocamente, de modo que el éxito de los programas de lucha contra el VIH/SIDA en África depende, en parte, de que se preste más atención a la nutrición.
- En Asia la malnutrición está disminuyendo, pero Asia meridional todavía tiene las tasas más altas y el mayor número de niños malnutridos. Contrariamente a lo que suele creerse, las tasas de prevalencia de la desnutrición en los países populosos de Asia meridional—India, Bangladesh, Afganistán, Pakistán— son mucho más elevadas (38% a 51%) que en los países de África al sur del Sahara (26%).
- Incluso en Asia oriental, América Latina y Europa oriental, muchos países presentan graves problemas de desnutrición o malnutrición de micronutrientes. Ejemplos de ello son,

respectivamente, Camboya, Filipinas, Indonesia, República Democrática Popular Lao y Viet Nam; Guatemala, Haití y Honduras, y Uzbekistán.

En un estudio llevado a cabo recientemente por la OMS (De Onis y colaboradores, 2004b), se pronosticó que la prevalencia de la insuficiencia ponderal en los países en desarrollo disminuiría 36% (del 30% en 1990 al 19% en 2015), muy por debajo de la disminución del 50% necesaria para alcanzar el ODM pertinente en el mismo lapso (Gráfico 3)¹. Estos datos mundiales ocultan diferencias interregionales que se están profundizando de manera inquietante. Gran parte de la mejora mundial prevista deriva de una disminución proyectada de la prevalencia del 35% al 18% en Asia, que se explicaría fundamentalmente por mejoras en China. En cambio, se prevé que en África la prevalencia aumentará del 24% al 27%. Y la situación en África oriental —región azotada por el VIH/SIDA, que tiene importantes interacciones con la malnutrición— es crítica. Se pronostica que allí, en 2015, la prevalencia superará en 25% a la observada en 1990.

Muchos países (con exclusión de varios de África al sur del Sahara) alcanzarán la meta relativa a la pobreza de ingresos establecida en los ODM (porcentaje de habitantes que viven con menos de un US\$1 al día), pero menos del 25% llegará a la meta no vinculada a la pobreza de ingresos, de reducir a la mitad la insuficiencia ponderal de niños menores de cinco años (Gráfico 3). Aun si Asia en su conjunto alcanza esta meta, grandes países del continente, como Afganistán, Bangladesh, India y Pakistán, continuarán teniendo en 2015 tasas de desnutrición inaceptablemente altas, lo que ampliará las desigualdades existentes entre ricos y pobres.

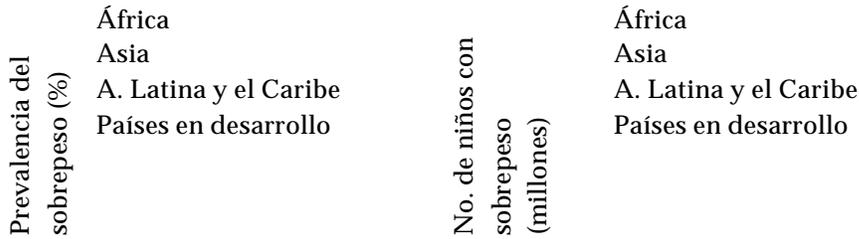
La carencia de vitaminas y minerales clave sigue siendo muy difundida y se superpone considerablemente con problemas de desnutrición general (peso inferior al normal y retraso del crecimiento). En un reciente informe sobre la situación mundial se consigna que el 35% de la población mundial presenta carencias de yodo, el 40% de los habitantes del mundo en desarrollo padece de ferropenia y más del 40% de los niños sufre de avitaminosis A.

Aun cuando se basan en datos sobre un número limitado de países, las tendencias del sobrepeso en niños de menos de cinco años son alarmantes (Gráfico 4) en todos los países en desarrollo y particularmente en los de África, donde las tasas parecen estar aumentando a un ritmo mucho más acelerado (con un incremento del 58%) que en el mundo en desarrollo en su conjunto (incremento del 17%). La falta de datos no permite explicar fehacientemente por qué África está experimentando esta tendencia exagerada; sin embargo, la correlación entre sobrepeso materno y sobrepeso infantil parece indicar que allí puede encontrarse alguna de las respuestas.

Los datos equivalentes correspondientes a tasas de sobrepeso y obesidad entre las madres ponen de manifiesto tendencias que causan similar preocupación. Los países de Oriente Medio y Norte de África tienen las tasas de sobrepeso materno más elevadas, seguidos de los de América Latina y el Caribe. No obstante, varios países africanos tienen tasas de sobrepeso materno superiores al 20%.

También es evidente que el sobrepeso coexiste en los mismos países en los que la desnutrición infantil y materna está muy difundida y en muchos países con bajo PNB per cápita (Gráfico 5). En Mauritania, más del 40% de las madres presenta sobrepeso, mientras que, al mismo tiempo, más del 30% de los niños tiene un peso inferior al normal. Por otra parte, en el 60% de los hogares donde vivía una persona con peso inferior al normal también había otra con sobrepeso, lo que demuestra que la insuficiencia ponderal y el sobrepeso coexisten no sólo en los mismos países, sino también en los mismos hogares. En Guatemala, coexisten niños con retraso del crecimiento y madres con sobrepeso. También en estos casos, los datos respaldan la premisa de que, salvo cuando se producen hambrunas, la existencia de alimentos y la posibilidad de los hogares de acceder a ellos no son las principales causas de la desnutrición.

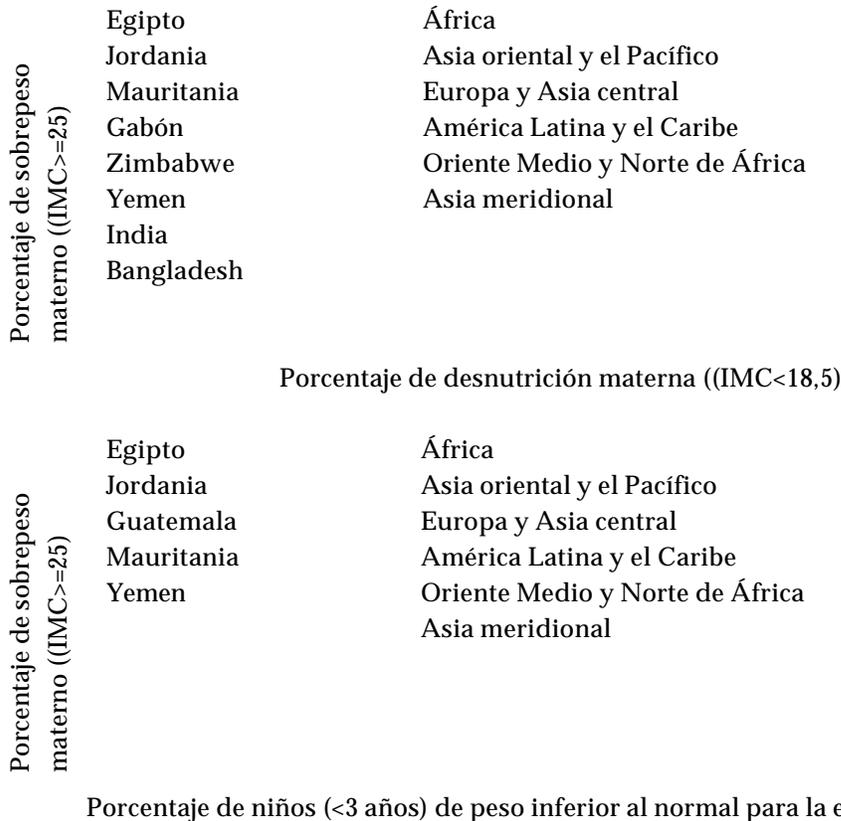
Gráfico 4. Tendencias de la obesidad entre los niños menores de cinco años



Fuente: SCN (2004).

Nota: Las estimaciones se basan en las regiones establecidas por la OMS.

Gráfico 5. Tasas de sobrepeso materno: Comparación entre regiones



Fuente: Cálculos del autor, utilizando datos de measuredhs.com.

Los mercados están fracasando

Los mercados no logran abordar el problema de la malnutrición cuando las familias no tienen dinero para comprar suficientes alimentos o solventar gastos de atención sanitaria. Se pueden plantear argumentos vinculados a los derechos humanos y la equidad, así como otros

relacionados con el rendimiento económico, que justifican la intervención de los gobiernos en ayuda de esas familias. Pero la malnutrición ocurre también en muchas familias que no son pobres, porque la gente no siempre sabe qué alimentos o prácticas de alimentación son mejores para sus niños o para ella misma; también le cuesta darse cuenta de que sus niños comienzan a sufrir problemas de malnutrición, ya que las dificultades de crecimiento y la carencia de micronutrientes no suelen ser detectadas fácilmente por personas sin preparación para ello. La necesidad de corregir estas “asimetrías de información” es otro argumento a favor de la intervención de los gobiernos (Recuadro 1). Y los gobiernos deberían intervenir porque una mejor nutrición es un bien público que beneficia a todos; por ejemplo, puede reducir la propagación de enfermedades contagiosas y aumentar la productividad económica nacional.

Recuadro 1. ¿Por qué persiste la malnutrición en muchos hogares que gozan de seguridad alimentaria?

- Las mujeres embarazadas y lactantes ingieren muy pocas calorías y proteínas, no se tratan algunas infecciones —como las enfermedades de transmisión sexual, que provocan bajo peso al nacer— o no descansan lo suficiente.
- Durante el embarazo, las madres tienen muy poco tiempo para cuidar a sus hijos pequeños o para cuidarse a sí mismas.
- Las madres de los recién nacidos desechan el calostro, la primera leche, que fortalece el sistema inmunitario del niño.
- En muchos casos, las madres dan a los niños de menos de seis meses otros alimentos, además de la leche materna, aun cuando ésta, como alimentación exclusiva, constituye la mejor fuente de nutrientes y la mejor protección contra muchas enfermedades infecciosas y crónicas.
- Quienes cuidan a los niños demoran demasiado en comenzar a introducir alimentos sólidos como complemento de la alimentación.
- Quienes están a cargo de su cuidado, dan a los niños menores de dos años muy poca comida o alimentos de bajo contenido energético.
- Aunque haya alimentos disponibles, su distribución en el hogar puede ser inapropiada, de modo que no se satisfacen las necesidades de las mujeres y los niños pequeños, cuyas dietas, en muchos casos, no contienen cantidades suficientes de las proteínas o los micronutrientes adecuados.
- Quienes cuidan a los niños no saben cómo alimentarlos durante episodios de diarrea o fiebre, o después de ellos.
- Debido a la falta de higiene de quienes cuidan a los niños, los alimentos se contaminan con bacterias o parásitos.

¿Cuáles son las causas de la malnutrición y cómo deberían intervenir los gobiernos?

Contrariamente a lo que se suele creer, la desnutrición no es simplemente resultado de la inseguridad alimentaria: muchos niños provenientes de ambientes que gozan de seguridad alimentaria y de familias que no son pobres tienen un peso inferior al normal o presentan retraso del crecimiento, debido a la alimentación y atención inapropiadas de los lactantes, el acceso deficiente a los servicios de atención de salud o las malas condiciones de saneamiento. En muchos países donde la malnutrición está muy difundida, la producción de alimentos no es el factor limitante (Recuadro 2), excepto en casos de hambruna. Los factores más importantes son, en primer lugar, el insuficiente conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, las prácticas de alimentación complementaria y la función de los micronutrientes, y, en segundo término, la falta de tiempo de que disponen las mujeres para atender correctamente a sus bebés y cuidarse a sí mismas durante el embarazo.

Los efectos más perniciosos de la desnutrición se producen durante el embarazo y los dos primeros años de vida, y las consecuencias de esos daños tempranos para la salud, el desarrollo cerebral, la inteligencia, las posibilidades de beneficiarse de la educación y la productividad son, en gran medida, irreversibles (Recuadro 3). Las medidas dirigidas a los niños mayores producen un efecto escaso o nulo. La evidencia inicial parece indicar que la obesidad y enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular y la diabetes también pueden tener origen en la primera infancia. Por ello se aconseja a los gobiernos cuyos recursos son limitados que se concentren en la oportunidad ofrecida por el breve período que va desde la concepción a los 24 meses de edad del niño, si bien para controlar la obesidad quizá sea necesario seguir adoptando medidas posteriormente.

En los países donde las tasas medias de sobrepeso entre menores de cinco años son elevadas, una gran proporción de niños nace con sobrepeso, lo que hace suponer que el daño se produce durante el embarazo. Estos resultados son coherentes con la evidencia fisiológica que indica que la obesidad se origina en las fases iniciales de la vida, a menudo en el útero, aunque lo más probable es que las intervenciones para prevenir la obesidad deban continuar en etapas posteriores de la vida.

El aumento de los ingresos y la producción de alimentos, así como el espaciamiento de los nacimientos y la educación de la mujer son, por lo tanto, vías importantes, aunque lentas, para mejorar la nutrición. Es más rápido proporcionar educación y servicios sanitarios y nutricionales (como la promoción de la lactancia exclusiva y la alimentación complementaria apropiada, acompañada de atención prenatal y servicios básicos de salud materno-infantil) y enriquecer y complementar los alimentos con micronutrientes. La experiencia de México demuestra que, en países de ingreso mediano, con las transferencias condicionales de efectivo, sumadas a una mejor prestación y oferta de servicios sanitarios y nutricionales, se logró que la población pobre utilice los servicios de nutrición. Otros países, como Bangladesh, Honduras y Madagascar, han recurrido con éxito a las asociaciones entre el Estado y el sector no gubernamental para movilizar a las comunidades y combatir la malnutrición mediante estrategias comunitarias.

Las experiencias que se están llevando a cabo para abordar las diferentes formas de malnutrición se encuentran en distintas etapas de desarrollo:

Recuadro 2. Tres mitos acerca de la nutrición

La mala nutrición contribuye a más de la mitad de las defunciones infantiles que se producen en todo el mundo, proporción no igualada por ninguna enfermedad infecciosa desde la Muerte negra. Está estrechamente vinculada a la mala salud y factores ambientales. Sin embargo, en muchos casos los planificadores, los políticos y los economistas no advierten esa relación. Los siguientes mitos son fruto de interpretaciones gravemente erróneas:

Primer mito: *La malnutrición es, más que nada, un problema de ingesta insuficiente de alimentos.* No es así. Naturalmente, la alimentación es importante, pero las formas más graves de malnutrición obedecen a malas condiciones de saneamiento y enfermedades, que provocan diarrea, especialmente entre los niños más pequeños. La condición y la educación de la mujer son muy importantes a la hora de mejorar la nutrición. Mejorar el cuidado de los niños de corta edad es fundamental.

Segundo mito: *Una mejor nutrición es consecuencia de otras medidas orientadas a la reducción de la pobreza y el progreso económico. No es posible saltar etapas del proceso.* También esto es falso. Para mejorar la nutrición se requiere la intervención focalizada de los padres y la comunidad, con el apoyo de medidas locales y nacionales en la esfera de la salud y los servicios públicos, especialmente de abastecimiento de agua y saneamiento. Tailandia ha demostrado que, de este modo, se puede reducir la malnutrición moderada y grave en 75% o más en un decenio.

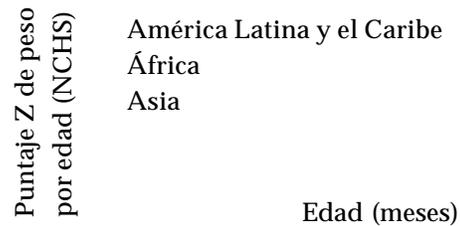
Tercer mito: *Si los recursos son escasos, prácticamente resulta inviable tomar medidas amplias en gran escala para favorecer la nutrición, en particular en los países pobres.* Erróneo nuevamente. A pesar de su difícil situación económica, muchos países en desarrollo han logrado progresos impresionantes. Más de dos tercios de la población del mundo en desarrollo consume actualmente sal yodada para combatir la carencia de yodo y la anemia que afecta a unos 3.500 millones de personas, especialmente mujeres y niños en unas 100 naciones. Alrededor de 450 millones de niños reciben al año cápsulas de vitamina A para subsanar la carencia de esta vitamina, que provoca ceguera y aumenta la mortalidad infantil. Se han descubierto nuevas formas de promover y apoyar la lactancia materna, y las tasas de lactancia materna se han mantenido en muchos países y se han incrementado en otros. Las vacunaciones masivas y la promoción de la rehidratación oral también han contribuido en gran medida a mejorar la nutrición.

Fuente: Extraído de Jolly (1996).

- En cuanto a la desnutrición y la malnutrición por carencia de micronutrientes, varios programas en gran escala han dado buenos resultados (en Bangladesh y Tailandia, en Madagascar y en Chile, Cuba, Honduras y México). Ahora el desafío consiste en aplicar las enseñanzas a escala en más países. El problema no es qué hacer sino, antes bien, cómo reforzar el compromiso y la capacidad de los países y los asociados en el desarrollo para ampliar esos programas.

Recuadro 3. Oportunidad de solucionar el problema de la desnutrición

La oportunidad de mejorar la nutrición se presenta durante un breve período: desde antes del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño. Hay consenso en cuanto a que, cuando el crecimiento físico, el desarrollo cerebral y la formación del capital humano se ven afectados durante ese lapso, los daños son graves y, en gran medida, irreversibles. De ahí que las intervenciones deben orientarse a aprovechar esa oportunidad. Toda inversión que se realice después de este período crítico tiene muchas menos probabilidades de mejorar la nutrición.



Fuente: Shrimpton y colaboradores (2001).

Nota: Las estimaciones se basan en las regiones establecidas por la OMS.

- En cambio, se han ensayado y puesto en práctica pocos modelos en gran escala vinculados al sobrepeso y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, el bajo peso al nacer y las complejas interacciones entre malnutrición y VIH/SIDA. En esta esfera, la investigación-acción y el aprendizaje en la práctica son prioritarios, pero los esfuerzos en gran escala por combatir el VIH o las enfermedades no transmisibles no prosperarán a menos que se aborde el problema de la nutrición; es decir, se plantea el desafío de acortar el desfase entre el avance de la ciencia y la ampliación de las iniciativas.

Si bien algunos programas exitosos se han ampliado sin la aplicación de políticas de nutrición integrales, la política también es importante. Pocos países cuentan con políticas de nutrición bien concebidas y dotadas de los recursos necesarios. Lo más frecuente es que las directrices trazadas para otros sectores (comercio, tipo de cambio, empleo, género, agricultura, bienestar social y salud) produzcan un efecto aleatorio, a veces negativo, en la nutrición, y se conviertan sin quererlo, de hecho, en políticas de nutrición. Los análisis del impacto en la situación social y la pobreza deberían utilizarse más para evaluar los efectos intencionales y no intencionales de las políticas de desarrollo en los resultados en materia de nutrición. Asimismo, en una institución coordinadora, como el ministerio de hacienda o un departamento de seguimiento de la pobreza, debe desarrollarse la capacidad de asesorar a las autoridades sobre las consecuencias que las distintas políticas traen aparejadas para la nutrición.

La política también puede contribuir a reducir los problemas de salud y los efectos económicos negativos derivados del aumento del sobrepeso y la obesidad en países en desarrollo, mediante intervenciones dirigidas tanto a la demanda como a la oferta.

Si hay intervenciones eficaces, ¿por qué no se han aplicado en gran escala en más países?

Los programas de nutrición han tenido un bajo grado de prioridad para los gobiernos y las entidades de desarrollo por tres motivos (Recuadro 5). En primer lugar, en las comunidades hay poca demanda de servicios de nutrición, porque la malnutrición suele ser invisible; las familias y las comunidades ignoran que incluso una malnutrición moderada o leve contribuye apreciablemente a provocar muertes, enfermedades y retraso intelectual, y la mayoría de las familias malnutridas son pobres y, por lo tanto, tienen escasa representación. En segundo término, los gobiernos y los asociados en el desarrollo han tardado en tomar conciencia de que los costos económicos de la malnutrición son muy elevados, que la malnutrición demora el avance no sólo hacia el objetivo de desarrollo del milenio vinculado con ella, sino también hacia otros ODM, o que existe actualmente una considerable experiencia en la ejecución en gran escala de programas de nutrición accesibles y eficaces en función de los costos. En tercer lugar, en el campo de la nutrición actúan múltiples organizaciones, de modo que, tanto en los gobiernos como en los organismos de asistencia para el desarrollo, la malnutrición a menudo “se pierde” en algún vacío: varios ministerios sectoriales o departamentos de un organismo son parcialmente responsables del tema, pero ninguno es el responsable principal. En los países, los fondos suelen ser distribuidos por sectores o ministerios, por lo cual, a menos que un sector tome la iniciativa, no se podrá implementar ningún programa en gran escala.

De qué manera puede la comunidad internacional del desarrollo ayudar a los países a hacer más por la nutrición

Los países deben tomar la iniciativa de volver a asignar a la nutrición un lugar mucho más importante en sus programas de desarrollo. Cuando piden asistencia en cuestiones relacionadas con ella, las entidades de desarrollo deben, ante todo, ayudar a los países a elaborar una visión compartida y reunir consenso sobre lo que es preciso hacer, la forma de hacerlo y a quiénes corresponde la tarea, y recién después suministrar asistencia financiera y de otra índole. En el presente informe se sostiene que la escala de las intervenciones en nutrición no se ha ampliado debido, en gran parte, a la falta de un compromiso sostenido de los gobiernos, lo que derivó en una reducida demanda de asistencia para nutrición. En esta situación, las entidades de desarrollo no deben limitarse a actuar cuando los gobiernos se lo solicitan. Deben utilizar la totalidad de sus recursos de análisis, promoción y fortalecimiento de la capacidad para alentar e instar a las autoridades a asignar a la nutrición un lugar más preponderante en el programa de gobierno, en aquellos países donde los problemas vinculados a ella estén demorando el logro de los ODM (Cuadro 3). Los asociados en el desarrollo sólo podrán cumplir una función semejante si comparten una visión común del problema de la malnutrición y estrategias amplias para abordarlo, y se expresan con una voz común. Por lo tanto, también ellos necesitan tomar una nueva postura. Deben convocarse en torno a un programa estratégico común en la esfera de la nutrición y concentrarse en intervenciones en mayor escala y más eficaces para combatir la desnutrición y la carencia de micronutrientes en países prioritarios, y en investigación-acción y aprendizaje en la práctica sobre bajo peso al nacer, sobrepeso, y VIH/SIDA y nutrición. Como parte de esa nueva postura deben examinarse y modificarse los volúmenes de financiamiento, actualmente insuficientes, destinados a la nutrición. Por ejemplo, si bien el Banco Mundial es la entidad de desarrollo que más invierte en la nutrición mundial, entre 2000 y 2004 sus inversiones en intervenciones encaminadas a mejorar la nutrición por la vía rápida no superaron el 1,5% del

financiamiento que la institución otorgó para desarrollo humano, lo que representa apenas el 0,3% del total del financiamiento concedido por ella.

Recuadro 5. Diez razones que explican el escaso compromiso con los programas de nutrición

- La malnutrición suele ser invisible para las comunidades y las familias malnutridas.
- Las familias y los gobiernos no reconocen los costos humanos y económicos de la malnutrición.
- Es posible que los gobiernos desconozcan que existen intervenciones más rápidas para combatir la malnutrición que el crecimiento económico y la reducción de la pobreza o ignoren que los programas de nutrición tienen costos accesibles.
- Como en la esfera de la nutrición actúan múltiples organizaciones, el tema puede perderse en algún vacío.
- No siempre hay consenso sobre la mejor forma de intervenir para combatir la malnutrición.
- Rara vez se considera la nutrición adecuada como un derecho humano.
- La población malnutrida tiene escasa representación.
- A algunos políticos y administradores no les interesa si los programas están bien ejecutados.
- En ocasiones las autoridades afirman que están efectuando inversiones para mejorar la nutrición cuando, en realidad, los programas que financian (por ejemplo, de alimentación escolar) tienen escaso efecto en ella.
- Se produce un círculo vicioso: la falta de compromiso con la nutrición lleva a subinvertir en ella, de modo que se obtienen escasos resultados y ello, a su vez, agrava la falta de compromiso, porque las autoridades creen que los programas de nutrición no funcionan.

Fuente: Condensado de Heaver (2005b).

Cuadro 3. Motivos por los cuales la inversión en nutrición es crucial para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio

<i>Objetivo</i>	<i>Efecto en la nutrición</i>
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	La malnutrición debilita el capital humano, pues provoca efectos irreversibles e intergeneracionales en el desarrollo cognitivo y físico.
Objetivo 2: Alcanzar la educación primaria universal	La malnutrición afecta a las posibilidades de que un niño comience a asistir a la escuela, continúe sus estudios y tenga un buen rendimiento escolar.
Objetivo 3: Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres	Las diferencias de acceso a los recursos destinados a alimentos, salud y asistencia en perjuicio de la mujer pueden dar origen a malnutrición. La solución de la malnutrición empodera más a la mujer que al hombre.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad en la niñez	La malnutrición está relacionada directa o indirectamente con la mayor parte de las defunciones infantiles y es el factor que más contribuye a la carga de morbilidad en el mundo en desarrollo.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	La malnutrición pone en peligro la salud materna, ya que se vincula con la mayoría de los principales factores de riesgo de mortalidad derivada de la maternidad. En particular, plantean graves problemas la cortedad de talla y las carencias de hierro y yodo de las madres.
Objetivo 6: Luchar contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	La malnutrición puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, comprometer la terapia antirretrovírica y acelerar la declaración del SIDA y la muerte prematura. Aumenta las posibilidades de infección por tuberculosis y también reduce la probabilidad de sobrevivir al paludismo.

Fuente: Adaptado de Gillespie y Haddad (2003).

Aun cuando no es nuestra intención proponer un criterio único para abordar la malnutrición en el mundo, aconsejamos firmemente a los países y sus asociados en el desarrollo que, al elaborar estrategias específicas para un país o región, presten atención especial a las siguientes recomendaciones:

- Dirigir las estrategias y medidas a los pobres, a fin de abordar los aspectos de la reducción de la pobreza no vinculados al ingreso que están estrechamente relacionados con el desarrollo humano y la formación de capital humano.
- Centrar las intervenciones en el período que ofrece la oportunidad de solucionar la malnutrición —desde el embarazo hasta los dos primeros años de vida— porque es en ese lapso cuando se producen daños irreparables.
- Mejorar las prácticas de atención de la salud maternoinfantil, con el objeto de reducir la

incidencia del bajo peso al nacer y de corregir los hábitos de alimentación del lactante, por ejemplo, mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentación complementaria apropiada cuando corresponda, ya que muchos países y entidades de desarrollo han descuidado las inversiones en programas de esta índole.

- Ampliar los programas de suministro de micronutrientes, por su predominio general, sus efectos en la productividad, su costo accesible y su extraordinaria relación costos-beneficios.
- Aprovechar la capacidad nacional desarrollada mediante la elaboración de programas de suministro de micronutrientes para ampliar las actividades e incluir programas de nutrición comunitarios.
- Trabajar para mejorar la nutrición no sólo por medio de intervenciones en el sector de salud, sino también de medidas apropiadas en las esferas de la agricultura, el desarrollo rural, el abastecimiento de agua y saneamiento, la protección social, la educación, el género y el desarrollo impulsado por la comunidad.
- Aumentar las inversiones en las vías rápidas para mejorar la nutrición, sin dejar de mantener un equilibrio entre las vías rápidas y lentas.
- Integrar medidas vinculadas a la nutrición, equilibradas y diseñadas adecuadamente, en las estrategias de asistencia a los países, los distintos enfoques sectoriales (SWAp), los proyectos para combatir el SIDA en diversos países (MAP) y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP).

Además de estas recomendaciones genéricas, se ofrecen sugerencias prácticas sobre la forma en que los países podrían aplicar algunas de estas consideraciones al incluir la nutrición en sus estrategias nacionales de desarrollo.

Próximas medidas

Para ampliar las actividades y aumentar su eficacia es necesario abordar varios desafíos prácticos clave:

1. Fortalecer el compromiso mundial y nacional y la capacidad de invertir en nutrición.
2. Integrar la nutrición en las estrategias nacionales de desarrollo en aquellos países donde actualmente no se le asigna un alto grado de prioridad.
3. Reorientar los programas de nutrición en gran escala que resultan ineficaces, para maximizar sus efectos.

La investigación-acción y el aprendizaje en la práctica deben concentrarse en:

1. Documentar cuál es la mejor forma de fortalecer el compromiso y la capacidad, y de incorporar la nutrición en los programas de desarrollo.
2. Reforzar y perfeccionar los mecanismos de prestación de servicios relacionados con la nutrición.
3. Continuar mejorando la base de evidencias para invertir en nutrición.

En el ámbito mundial, la comunidad del desarrollo debe unirse para replantearse explícitamente la importancia de la malnutrición, abordarla como una de las causas fundamentales de la lentitud del crecimiento económico, la mortalidad y la morbilidad, y ponerse de acuerdo con los siguientes propósitos:

- Coordinar esfuerzos para afianzar el compromiso y aumentar el financiamiento destinado a la nutrición en las asociaciones mundiales y nacionales.
- Llevar a la práctica una serie de prioridades estratégicas amplias (como las seis descritas a grandes rasgos más arriba) para el próximo decenio y contribuir a ellas donde existan más ventajas comparativas.
- Concentrarse en un conjunto convenido de países prioritarios donde invertir en nutrición, ampliar los programas de nutrición e incorporarlos en los programas nacionales de desarrollo.
- Concentrarse en un conjunto convenido de países prioritarios para elaborar prácticas óptimas sobre la forma de fortalecer el compromiso y la capacidad, integrar la nutrición en los programas de desarrollo, y reducir el sobrepeso y la obesidad.
- Realizar esfuerzos colectivos para pasar del financiamiento de pequeños proyectos al financiamiento de programas en gran escala, excepto donde se necesitan pequeños proyectos con sólidos componentes de seguimiento y evaluación para poner a prueba intervenciones y sistemas de prestación, o para fortalecer la capacidad en la esfera de la nutrición.

A nivel nacional, la comunidad del desarrollo debe ampliar la magnitud de su asistencia ayudando a todos los países que padecen carencias de micronutrientes a trazar una estrategia nacional al respecto, financiarla y ampliarla hasta que abarque todo el país dentro de los cinco años, sin desplazar el programa global de lucha contra la desnutrición.

La comunidad del desarrollo también debe apoyar de la siguiente forma a los países que sufren problemas de desnutrición:

- Escoger y apoyar como mínimo de cinco a 10 países con problemas graves de nutrición que se comprometan a colaborar con las entidades de desarrollo para incorporar la nutrición en los SWAp, MAP y los créditos de apoyo a la lucha contra la pobreza. En aquellos países que tienen poca experiencia en nutrición, los proyectos en este campo pueden constituir el primer paso; en otros, se necesitarán esfuerzos específicos para desarrollar la capacidad nacional.
- Escoger y apoyar de tres a cinco países donde sea necesario reorientar las inversiones en gran escala a fin de maximizar su efecto. Suministrarles ayuda coordinada para reorientar el diseño de los programas y mejorar la calidad de la ejecución, así como el seguimiento y la evaluación.
- Escoger y apoyar al menos de tres a cinco países donde los problemas de nutrición sean serios, pero no se estén adoptando las medidas apropiadas. En ellos, centrarse en fortalecer el compromiso, analizar las políticas e idear estrategias de intervención que puedan financiarse con la asistencia de los asociados en el desarrollo.

Para contribuir al logro de estos objetivos, las entidades de desarrollo deberán cofinanciar un fondo de donaciones destinado a catalizar actividades de fortalecimiento del compromiso y la investigación-acción, que complementará la asignación de US\$3,6 millones con cargo al Fondo de Donaciones para el Desarrollo efectuada recientemente por el Banco para ayudar a integrar la nutrición en los programas de salud materno-infantil. Los recursos en gran escala para las actividades nacionales bosquejadas más arriba deberían provenir de los canales de financiamiento normales, antes que de la creación de un fondo especial para nutrición. Las estimaciones iniciales parecen indicar que los costos del programa de micronutrientes para África ascienden aproximadamente a US\$235 millones anuales. Todavía deben estimarse los costos correspondientes a otras regiones y otros aspectos del programa de nutrición. Otros cálculos han arrojado cifras mucho más altas (US\$750 millones para el costo mundial de dos dosis anuales de

suplementos de vitamina A; entre US\$1.000 millones y US\$1.500 millones para la yodación de la sal en todo el mundo, incluidos de US\$800 millones a US\$1.200 millones provenientes del sector privado, y varios miles de millones de dólares para programas de nutrición comunitarios). El Banco Mundial está efectuando una estimación más detallada de los costos para establecer cifras más precisas.

Es necesario que las entidades de desarrollo y los países en desarrollo discutan, modifiquen, acuerden y lleven a la práctica el programa aquí propuesto. Si no se incrementan las iniciativas coordinadas y bien definidas, no es posible esperar progresos de importancia en materia de nutrición, ni avances notables hacia el logro de varios otros objetivos de desarrollo del milenio.

Notas

1. De Onis y colaboradores (2004b).
2. Doak y colaboradores (2005).

Prevalencia de la insuficiencia ponderal (%)	
África	<p>Seychelles Sudáfrica Swazilandia Gabón Botswana Santo Tomé y Príncipe Zimbabwe Cabo Verde Mauricio Gambia Lesotho Côte d'Ivoire Kenya Camerún Senegal Uganda Benin Rep. Centroafricana Rep. del Congo Rwanda Ghana Guinea Togo Malawi Somalia Comoras Mozambique Namibia Liberia Sierra Leona Chad Zambia Tanzanía Angola Nigeria Rep. Dem. del Congo Mauritania Guinea Madagascar Mali Burkina Faso Eritrea Níger Sudán Burundi Etiopía</p>
	Variación porcentual anual (1990-2002)
Asia oriental y el Pacífico	<p>Samoa Fiji China Vanuatu Mongolia Kiribati Tailandia Malasia Islas Salomón Indonesia Myanmar Papua Nueva Guinea Filipinas Viet Nam Rep. Dem. Popular Lao Timor-Leste Camboya</p>
	Variación porcentual anual

Prevalencia de la insuficiencia ponderal (%)	
Europa y Asia central	<p>Croacia República Checa Serbia y Montenegro Hungria Armenia Georgia Rumania Ucrania Bosnia y Herzegovina Kazajstán Fed. de Rusia Rep. Kirguisa Macedonia Turquía Turkmenistán Albania Azerbaiyán Uzbekistán</p>
	Variación porcentual anual (1990-2002)
América Latina y el Caribe	<p>Chile Paraguay Jamaica Venezuela Uruguay Rep. Dominicana Costa Rica Argentina Brasil Trinidad y Tabago Belice Colombia Perú México Bolivia Panamá Nicaragua El Salvador Guyana Suriname Santa Lucía Ecuador Honduras Haiti San Vicente y las Granadinas Guatemala</p>
	Variación porcentual anual (1990-2002)
Oriente Medio y Norte de África	<p>Libano Túnez Egipto Jordania Argelia Rep. Árabe Siria Marruecos Irán Iraq Djibouti Yemen</p>
	Variación porcentual anual
Asia meridional	<p>Bhután Sri Lanka Pakistán Maldivas India Bangladesh Nepal Afganistán</p>
	Variación porcentual anual

Fuente: Base mundial de datos de la OMS sobre crecimiento y malnutrición infantil.

Nota: TMNM5 = tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, por cada 1.000 nacidos vivos. La prevalencia de la insuficiencia ponderal se ha tomado de la última encuesta nacional disponible en cada país. El coeficiente de una regresión que vincula el logaritmo natural de la insuficiencia ponderal con el año de la encuesta sirve como promedio de la variación porcentual anual correspondiente al período para el que se dispone de datos. Para la estimación se usaron todos los datos nacionales disponibles entre 1990 y 2002. En el caso de India, se utilizaron datos nacionales ajustados sobre la prevalencia de la insuficiencia ponderal en zonas rurales (1990 y 1992), suministrados por la OMS. No se disponía de datos de los siguientes países sobre insuficiencia ponderal: África: Guinea Ecuatorial; Asia oriental y el Pacífico: Islas Marshall, Micronesia, Palau, Tonga; Europa y Asia central: Belarús, Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, República de Moldova, República Eslovaca, Tayikistán; América Latina y el Caribe: Dominica, Saint Kitts y Nevis; países industrializados: Antigua y Barbuda, República de Corea, Eslovenia.

La malnutrición persistente no sólo está impidiendo en muchas partes la consecución del primero de los objetivos de desarrollo del milenio —reducir la pobreza y el hambre a la mitad—, sino también la de otros relacionados con la salud maternoinfantil, el VIH/SIDA, la educación y la igualdad de género. La prevalencia de la insuficiencia ponderal en los niños es el indicador clave para medir los avances logrados frente a la pobreza no vinculada a los ingresos, y la malnutrición sigue siendo el problema sanitario más grave del mundo, así como el factor que más contribuye a la mortalidad infantil. En los países en desarrollo, casi un tercio de los niños tiene un peso inferior al normal o presenta retraso del crecimiento, y más del 30% de la población padece carencias de micronutrientes. Asimismo, están surgiendo nuevos problemas de malnutrición: la epidemia de obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación se está propagando al mundo en desarrollo, y la malnutrición se vincula a la pandemia del VIH/SIDA.

En Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo: Estrategia para una intervención en gran escala se sostiene que las entidades de desarrollo y los países en desarrollo deben aumentar la inversión en los programas de nutrición. Tal afirmación se basa en evidencia de que la magnitud del problema es muy importante y que las intervenciones en la esfera de la nutrición son esenciales para acelerar la reducción de la pobreza, tienen una elevada relación costos-beneficios y pueden mejorar la nutrición con mucha más rapidez que el crecimiento económico por sí solo. Además, una mejor nutrición puede estimular el crecimiento económico. En el informe se propone a la comunidad internacional del desarrollo y los gobiernos nacionales una estrategia global para acelerar las medidas orientadas a la nutrición.



BANCO MUNDIAL