

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA  
1998

EL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1988  
puede reproducirse en su totalidad o en parte,  
siempre que se cite la procedencia.

ISBN 0-19-829401-8  
ISSN 0265-718X

Número de venta: S.97.XX.USA.3

UNICEF, 3 UN Plaza,  
Nueva York, NY 10017,  
Estados Unidos de América.

UNICEF, Palais des Nations, CH-1211,  
Ginebra 10, Suiza.

*Fotografía de la portada*  
India, 1996, 96-0163/Dominica

*Fotografía de la contraportada*  
Sudán, 1993, UNICEF/93-1007/Press

# ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1998

---

Carol Bellamy, Directora Ejecutiva,  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

# Contenido

*Prefacio* por Kofi A. Annan, Secretario General de las Naciones Unidas 6

## *Capítulo I*

**La desnutrición: causas, consecuencias y soluciones** 7

La desnutrición se considera raras veces como una situación de emergencia; los niños que la sufren no padecen hambruna y apenas muestran señales aparentes. Y, sin embargo, la crisis de la desnutrición, mayormente invisible, es responsable de más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que se producen en todo el mundo, y además viola los derechos de la infancia de forma profunda, al comprometer su desarrollo mental y físico y contribuir a la perpetuación de la pobreza. Más amplia de lo que muchos presuponen —uno de cada tres niños del mundo la padece—, la desnutrición reduce la productividad y las capacidades de sociedades enteras. Este capítulo examina la escala de la tragedia, las estrategias que contribuyen a paliarla y los nuevos hallazgos de las ciencias.

**La emergencia silenciosa:** En esta sección se presentan la escala de la desnutrición y el juego complejo de factores que contribuyen a causarla, entre los que se cuentan los servicios inadecuados de salud y la discriminación contra las mujeres. 9

**Enfoques que han tenido éxito:** Participación de la comunidad, enriquecimiento de los alimentos, vigilancia y promoción del crecimiento, programas de administración de suplementos: éstos son algunos de los muchos enfoques que cambian y salvan las vidas de los niños. 37

**Lograr que la ciencia rinda frutos:** La vitamina A ha reducido las tasas de mortalidad materna en un promedio de un 44%, según un estudio reciente. Esta sección se concentra en algunos de los avances que está logrando la ciencia en su lucha por mejorar la nutrición. 71

## *Capítulo II*

**Tablas estadísticas** 91

Las estadísticas, indicadores básicos de la atención, los cuidados y los recursos que los niños reciben en sus comunidades y países, contribuyen a ilustrar el progreso hacia las metas que se establecieron en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. Las ocho tablas que aparecen en este informe se han ampliado para ofrecer la mayor cobertura posible de importantes indicadores básicos sobre nutrición, salud, educación, población, progreso económico y situación de las mujeres, además de las tasas de progreso y los resúmenes regionales. También se incluyen datos completos, siempre que estén disponibles, sobre los países menos poblados, y se abarcan 193 países en total, reunidos por orden alfabético. Los países están clasificados en la página 93 en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de 5 años en 1996, que es el primer indicador básico de la tabla 1.

## **Recuadros**

1	LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA A SALVAN LA VIDA A MUJERES EMBARAZADAS	12
2	¿QUÉ ES LA DESNUTRICIÓN?	14
3	EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL DEFICIENTE DESARROLLO INTELECTUAL	16
4	EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA NUTRICIÓN	20
5	CRECIMIENTO Y SANEAMIENTO: ¿PODEMOS APRENDER DE LOS POLLOS?	26
6	LA LECHE MATERNA Y LA TRANSMISIÓN DEL VIH	30
7	LAS GALLETAS CON ALTO CONTENIDO ENERGÉTICO MEJORAN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL EN UN 50%	32
8	EL UNICEF Y EL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS	38
9	LAS TRES “A” SE ARRAIGAN EN OMÁN	40
10	UNA CELEBRACIÓN DE LOS ADELANTOS EN MATERIA DE SALUD INFANTIL EN EL BRASIL	42
11	EL CUENTO DE ELÍAS: DE CÓMO MEJORÓ LA NUTRICIÓN EN MBEYA (TANZANÍA)	44

12	LAS MUJERES DEL NÍGER ASUMEN EL LIDERAZGO EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN	46
13	EL PROGRAMA DE HOSPITALES “AMIGOS DEL LACTANTE”: ADELANTOS EN EL ÁMBITO DE LA LACTANCIA	50
14	CONTROLAR LA DESNUTRICIÓN EN BANGLADESH	52
15	LOS KIWANIS SE MOVILIZAN PARA ACABAR CON LAS CONSECUENCIAS LETALES DE LA CARENCIA DE YODO	56
16	INDONESIA AVANZA EN LA LUCHA CONTRA LA CARENCIA DE VITAMINA A	62
17	PARA QUE LOS PROGRAMAS DE ENRIQUECIMIENTO DE ALIMENTOS SEAN SOSTENIBLES	64
18	ZINC Y VITAMINA A PARA ELIMINAR EL PALUDISMO	74
19	LA PROTECCIÓN DE LA NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS	80
20	PROGRESO EN LA LUCHA CONTRA LOS PARÁSITOS	84
21	LA NUTRICIÓN INFANTIL, UNA PRIORIDAD PARA LA NUEVA SUDÁFRICA	86

## Enfoques

	CUMBRE MUNDIAL SOBRE LA ALIMENTACIÓN	39
	DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL	49
	VITAMINA A	76
	ZINC	77
	HIERRO	78
	YODO	79
	ÁCIDO FÓLICO	83

## Gráficos

GRÁF. 1	DESNUTRICIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL	11
GRÁF. 2	TENDENCIAS EN LA DESNUTRICIÓN POR REGIÓN	18
GRÁF. 3	DE UNA BUENA NUTRICIÓN A UNA MAYOR PRODUCTIVIDAD	19
GRÁF. 4	POBREZA Y DESNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	21
GRÁF. 5	CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	24
GRÁF. 6	CONSUMO ALIMENTARIO INADECUADO — CICLO DE LA ENFERMEDAD	25
GRÁF. 7	CICLO DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO A TRAVÉS DE LAS GENERACIONES	34
GRÁF. 8	UNA MEJOR NUTRICIÓN A TRAVÉS DEL MÉTODO DE LAS TRES “A”	41
GRÁF. 9	ENFERMEDADES POR CARENCIA DE YODO	55
GRÁF. 10	PROGRESO EN LOS PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS DE VITAMINA A	59
GRÁF. 11	LAS MUERTES POR SARAMPIÓN Y LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA A	72
GRÁF. 12	ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS DE ZINC Y CRECIMIENTO INFANTIL (ECUADOR, 1986)	73
GRÁF. 13	ESTATURA DE LA MUJER Y PARTO POR CESÁREA (GUATEMALA, 1984-1986)	75

	<i>Referencias</i>	88
	<i>Índice analítico</i>	128
	<i>Glosario</i>	131

---

# Prólogo

**P**ara saber cómo será el futuro, a veces no es necesario acudir a las proyecciones de las supercomputadoras. Para saber cómo será en gran medida el próximo milenio basta con ver cómo atendemos hoy a nuestros niños. La ciencia y la tecnología ejercerán su influencia sobre el mundo del mañana, pero una parte muy importante del futuro ya está cobrando forma en los cuerpos y las mentes de nuestros niños.

En *El Estado Mundial de la Infancia 1998*, el UNICEF, que es el único organismo de las Naciones Unidas dedicado exclusivamente a los niños, enuncia una verdad que no por simple es menos urgente. La buena nutrición puede cambiar profundamente la vida de los niños, mejorar su desarrollo físico y mental, proteger su salud y sentar las bases de su futura capacidad productiva.

Más de 200 millones de niños de los países en desarrollo están desnutridos. Para ellos, y para el mundo en general, este mensaje tiene un carácter urgente. La desnutrición es una de las causas principales de más de la mitad de los casi 12 millones de muertes de niños menores de 5 años que se registran anualmente en el mundo en desarrollo. Los niños desnutridos suelen sufrir la pérdida de sus capacidades intelectuales. Se enferman con más frecuencia. Y si sobreviven, pueden llegar a la edad adulta con discapacidades mentales o físicas permanentes.

Este sufrimiento y este derroche de potencial humano se debe a enfermedades que, en gran medida, se pueden prevenir; a que se interrumpe demasiado temprano el amamantamiento; a que no se comprenden suficientemente las necesidades de los niños en materia de nutrición; y a que diversos prejuicios profundamente enraizados condenan a la pobreza a las mujeres y los niños.

El mundo sabe qué debe hacer para poner fin a la desnutrición. Sobre la base firme de la cooperación entre las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales, los gobiernos y los organismos internacionales, es posible encauzar el futuro —y las vidas de nuestros hijos— por la senda que nosotros elijamos y que los niños merecen. La senda que lleva al crecimiento y el desarrollo saludable, a la mayor capacidad productiva, a la justicia social y a la paz.

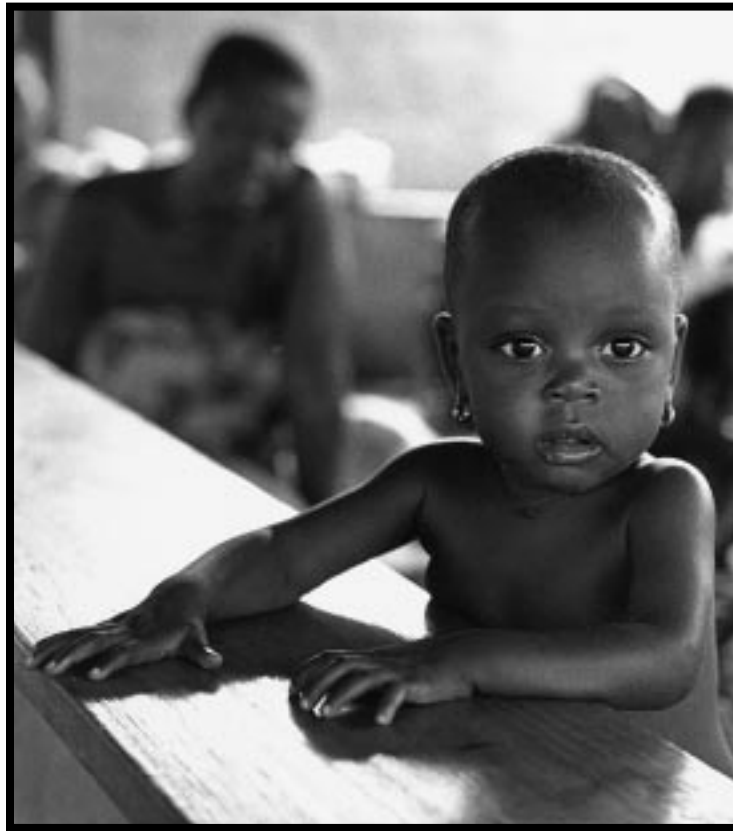


*Kofi A. Annan*  
*Secretario General de las Naciones Unidas*

---

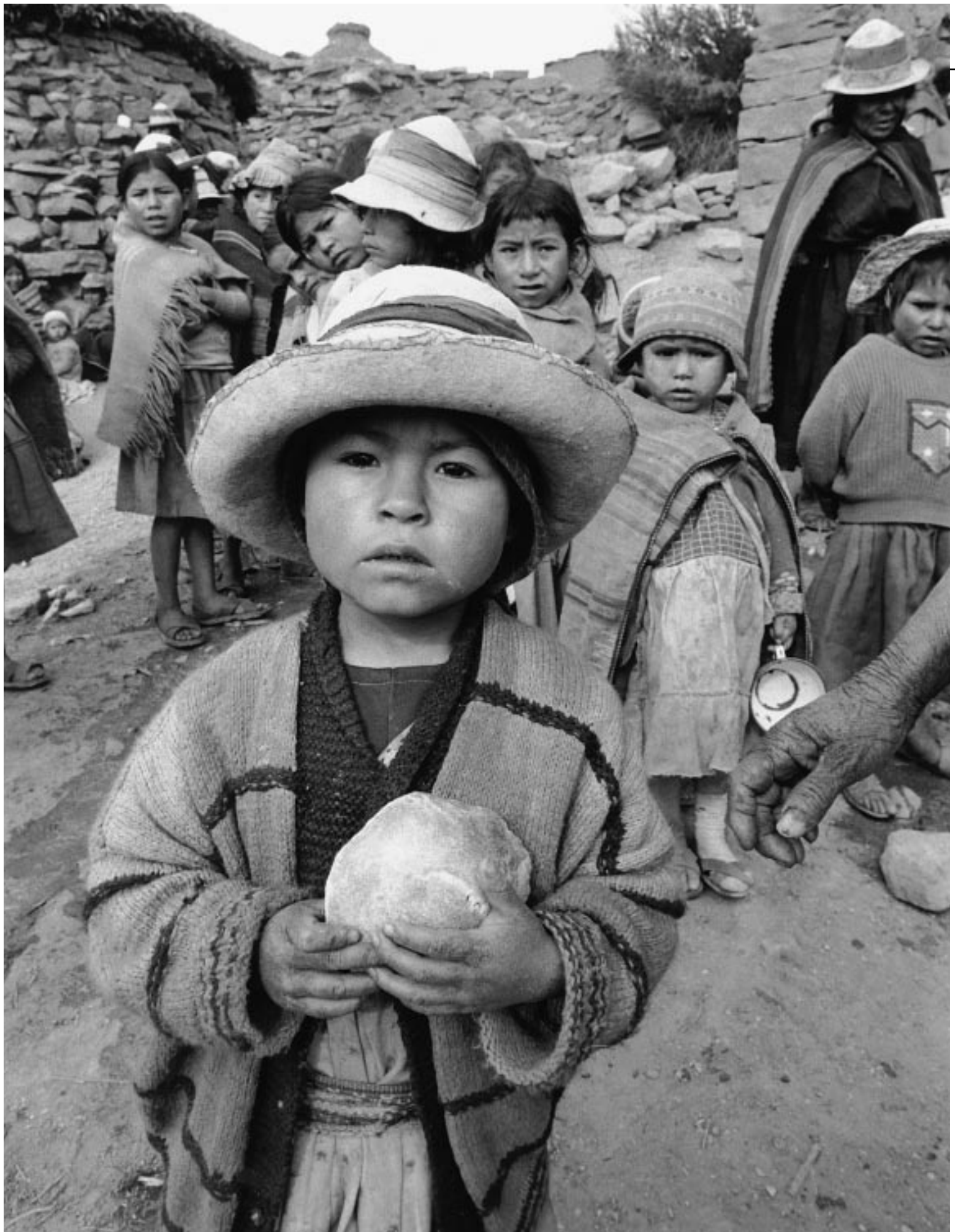
# Capítulo I

## La desnutrición: causas, consecuencias y soluciones



UNICEF/282/Murray-Lee

*Una niña saludable en un centro de salud materno-infantil, Benin.*





# Una emergencia silenciosa

Se trata de un fenómeno directamente relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurren el mundo, una proporción que no tiene precedentes en la historia de las enfermedades infecciosas desde la época de la peste negra. Y sin embargo, no se trata de una enfermedad infecciosa.

Su poder destructivo se hace sentir en los millones de sobrevivientes que padecen discapacidades, sufren una mayor propensión a contraer enfermedades durante el resto de sus vidas o quedan merdados intelectualmente.

Se trata de un fenómeno que amenaza a las mujeres y las familias y que, en última instancia, pone en peligro la existencia misma de sociedades enteras. Asimismo, debilita la lucha que llevan a cabo las Naciones Unidas en pro de la paz, la igualdad y la justicia. Es una violación flagrante de los derechos de los niños que socava prácticamente todos los aspectos de las tareas del UNICEF en pro de la supervivencia, la protección y el desarrollo pleno de los niños del mundo.

A pesar de todo ello, la crisis mundial de la desnutrición no ha causado una gran alarma popular, ni siquiera cuando existen pruebas científicas cada vez mayores y más convincentes de que el peligro que representa es grave. Se presta más atención a los altibajos de los mercados bursátiles del mundo que al potencial destructivo de la desnutrición, o que a los igualmente importantes beneficios que entraña la nutrición racional, incluso a las pruebas cada

vez más firmes de que el mejoramiento de la nutrición —mediante la ingestión de cantidades adecuadas de vitamina A y yodo, por ejemplo— puede beneficiar profundamente a poblaciones enteras.

La desnutrición es una emergencia silenciosa, pero la crisis que desencadena es muy real, y su persistencia tiene unas graves y amenazantes repercusiones sobre los niños, la sociedad y el futuro de la humanidad.

Contrariamente a lo que muchos piensan, el problema de la desnutrición no se limita a si un niño puede satisfacer su apetito. Ese niño puede ingerir una cantidad suficiente de alimentos como para calmar su hambre inmediata, y estar, sin embargo, desnutrido.

Y la desnutrición es una emergencia no sólo silenciosa sino también, en gran medida, invisible. Tres cuartas partes de los niños del mundo que mueren debido a causas relacionadas con la desnutrición son niños a quienes los expertos en nutrición califican de leve a moderadamente desnutridos y que a los ojos de un lego no muestran signos o síntomas de problemas.

Las consecuencias trágicas de la desnutrición en el plano mundial no son sólo el resultado del hambre, las guerras y otras catástrofes, como se cree generalmente. En rigor de la verdad, a esos acontecimientos se debe solamente una porción minúscula de la crisis mundial de la desnutrición. Pero esas situaciones de emergencia —como las crisis actuales en la región de los grandes lagos del África central y de la República Popular Democrática de Corea— suelen originar las formas más graves de desnutrición. En tales situaciones, resulta fundamental satisfacer

*Se presta más atención a los altibajos de los mercados bursátiles del mundo que al potencial destructivo de la desnutrición, o que a los igualmente importantes beneficios que entraña la nutrición racional.*

---

*Foto: Una mejora en la nutrición produce beneficios profundos. Una niña en Bolivia sostiene una hogaza de pan.*



UNICEF/9510/Isaac

*Reducir la desnutrición debería convertirse en una prioridad urgente a nivel mundial, ya que la falta de acción es una afrenta escandalosa al derecho humano a la supervivencia. Un niño desnutrido con su madre en el Afganistán.*

las necesidades de los afectados en materia de alimentación, pero también lo es el protegerlos de las enfermedades y garantizar que los niños de corta edad y otros sectores vulnerables reciban buena atención.

La desnutrición infantil no se limita al mundo en desarrollo. En algunas naciones industrializadas, las crecientes desigualdades en materia de ingresos, en combinación con la disminución de la protección social, tienen repercusiones preocupantes sobre el bienestar de los niños en materia de nutrición.

Cualesquiera que sean las interpretaciones falsas del público general, las dimensiones de la crisis en materia de nutrición están claras. Se trata de una crisis, en primer lugar, relacionada con la muerte y la incapacitación de niños en gran escala, con miles de mujeres que pasan a engrosar las estadísticas de mortalidad materna debido en parte a carencias en materia de nutrición, y con el costo social y económico que estrangula el desarrollo y hace desvanecer las esperanzas.

Hace mucho tiempo que se tiene conciencia de que la desnutrición es consecuencia de la pobreza. Y cada vez resulta más evidente que la una también es causa de la otra.

En algunas partes del mundo, especialmente en América Latina y el Asia oriental, se ha conseguido una notable reducción en las tasas de desnutrición infantil. Pero en términos generales, la cantidad absoluta de niños desnutridos ha ido en aumento.

La mitad de los niños del Asia meridional están desnutridos. En África, uno de cada tres niños tiene un peso inferior al normal, y en diversos países de ese continente empeora la situación de los niños en materia de nutrición.

Los niños desnutridos tienen una mayor tendencia a morir como consecuencia de las enfermedades comunes de la niñez, a diferencia de quienes reciben una nutrición adecuada. Y las investigaciones demuestran que existe una relación entre la desnutrición a edad temprana — incluso durante el período de crecimiento del feto— y el posterior desarrollo de enfermedades crónicas, como las enfermedades coronarias, la diabetes y la alta presión arterial. Esto representa un motivo de preocupación adicional en aquellos países donde la desnutrición ya es un problema grave.

Los grupos más vulnerables son los fetos en desarrollo, los niños menores de 3 años y las mujeres antes y durante el embarazo, y en la etapa de amamantamiento. En los niños, la desnutrición ataca especialmente a quienes carecen de un régimen alimentario que les nutra adecuadamente, así como a quienes no están protegidos contra las enfermedades frecuentes y no reciben atención adecuada.

Las enfermedades suelen ser consecuencia de la desnutrición; y ésta es, con frecuencia, resultado de las enfermedades. El paludismo, una de las principales causas de la mortalidad infantil en muchas partes del mundo, tiene también repercusiones sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños. En las regiones de África donde es común el paludismo, una tercera parte de los casos de desnutrición infantil se deben a esa enfermedad. El paludismo tiene también consecuencias peligrosas para la nutrición de las embarazadas. Además de ello, las embarazadas son más susceptibles a contraer paludismo, y los hijos de mujeres infectadas corren mayor peligro de nacer con anemia y un peso inferior al normal.

No existe un solo tipo de desnutrición. La desnutrición ocurre de maneras diversas que a menudo se manifiestan combinadas y que se complementan las unas con las otras, como la malnutrición proteínico-energética, los trastornos causados por la carencia de yodo y las enfermedades debidas a la carencia de hierro y vitamina A, por ejemplo.

En muchos casos, la desnutrición entraña la carencia de “micronutrientes”, sustancias tales como la vitamina A y el yodo, que el organismo humano no puede elaborar por sí mismo, pero que necesita, generalmente en cantidades minúsculas, para regular una amplia gama de funciones fisiológicas esenciales.

Cada tipo de desnutrición es el resultado de una compleja interacción de diversos factores que abarcan aspectos tan dispares como el grado de acceso de las familias a los alimentos, la atención materno-infantil, el agua potable y el saneamiento ambiental, y los servicios sanitarios básicos.

Y cada tipo de desnutrición mina y destruye el organismo humano de manera diferente.

La carencia de yodo puede afectar la capacidad intelectual; la anemia es una de

las causas de las complicaciones del embarazo y el parto que matan anualmente a unas 585.000 mujeres; la carencia de ácido fólico en las embarazadas puede provocar a los hijos defectos congénitos, como la espina bífida; y la carencia de vitamina D puede ser causa de deformaciones óseas, incluso de raquitismo.

Desde hace tiempo se sabe que la carencia de vitamina A, que afecta a unos 100 millones de niños de corta edad de todo el mundo, causa ceguera. Pero también resulta cada vez más claro que aún la carencia leve de esa vitamina afecta al sistema inmunológico y reduce en los niños la capacidad de resistencia contra la diarrea, que anualmente provoca unos 2,2 millones de muertes infantiles, y contra el sarampión, que causa todos los años cerca de un millón de muertes de niños. Y los resultados de las investigaciones más recientes llevan a pensar que la carencia de vitamina A también es una de las causas de la mortalidad materna, especialmente entre las mujeres que habitan regiones empobrecidas (Recuadro 1).

En su nivel más básico, la desnutrición es la consecuencia de las enfermedades y de una ingesta alimentaria inadecuada, que por lo general se unen para crear una combinación debilitante y con frecuencia letal. Pero además de los aspectos fisiológicos, la desnutrición se relaciona también con muchos otros factores, entre ellos los de índole social, política, económica y cultural.

La discriminación y la violencia contra las mujeres son causas importantes de la desnutrición.

Las mujeres son las principales proveedoras de los alimentos que consumen los niños durante los períodos más importantes de su desarrollo, pero las prácticas de atención de los niños más vinculadas a su bienestar en materia de nutrición sufren invariablemente las consecuencias de la división del trabajo y los recursos, que favorece a los hombres, y la discriminación en la educación y el empleo contra las niñas y las mujeres.

Otra causa de la desnutrición es la falta de acceso a la educación de buena calidad y a la información correcta. Si no hay estrategias en materia de información ni programas de educación mejores y más accesibles, es imposible lograr el nivel de conciencia, las aptitudes y las prácticas necesarias para combatir la desnutrición.

En resumidas cuentas, nada resulta simple cuando se trata de la desnutrición, salvo, quizás, que se está cobrando un enorme número de víctimas.

De los cerca de 12 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente de enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, más de 6 millones, o el 55%, perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición (Gráfico 1).

Unos 2,2 millones de niños mueren por deshidratación diarreaica debida a la diarrea persistente que con frecuencia se agrava debido a la desnutrición.

Y se ha descubierto que la anemia es uno de los factores, si no la causa principal, de entre el 20% y el 23% de todas las muertes maternas posparto que ocurren en África y Asia', una cifra que muchos expertos consideran demasiado cauta.

Aún cuando éstas fueran las únicas consecuencias de la desnutrición, se trata de unas estadísticas lo suficientemente aterradoras como para que su reducción se convierta en una prioridad mundial absoluta y para que la falta de medidas en ese sentido resulte una afrenta escandalosa al derecho humano a la supervivencia.

Pero el tema de la desnutrición supera el ámbito de la supervivencia infantil y la mortalidad y morbilidad materna. Los niños desnutridos, a diferencia de los que reciben buena alimentación, no sólo padecen incapacidades de por vida y el debilitamiento de sus sistemas inmunológicos, sino que no tienen la misma capacidad de aprendizaje que los niños que disfrutaron de una nutrición adecuada.

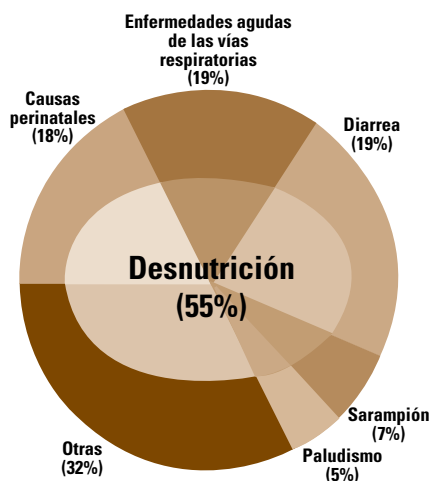
En los niños de corta edad, la desnutrición disminuye la motivación y la curiosidad, y reduce el nivel de juego y de actividades de exploración e investigación. Estos efectos, por su parte, limitan el desarrollo mental y cognoscitivo al disminuir las relaciones de los niños con el medio que los rodea y con las personas que los cuidan.

En el caso de las mujeres embarazadas, la desnutrición, y especialmente la carencia de yodo, puede producir en los hijos diversos grados de retraso mental.

En la primera infancia, la anemia por carencia de hierro puede retardar el desarrollo psicomotor y afectar el desarrollo cognoscitivo mediante la reducción del cociente intelectual en unos 9 puntos.

## Gráf. 1 Desnutrición y mortalidad infantil

Incluso cuando el niño tiene un bajo peso moderado, el riesgo de mortalidad aumenta. La OMS calcula que la mitad de todas las muertes de niños que ocurrieron en los países en desarrollo durante 1995 se debieron a problemas relacionados con la desnutrición.



Fuente: OMS, basado en C.J.L. Murray y A.D. López, The Global Burden of Disease, Harvard University Press, Cambridge (USA), 1996; y D.L. Pelletier, E.A. Frongillo y J.P. Habicht, 'Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality', en American Journal of Public Health, 1993:83.

## Los suplementos de vitamina A salvan la vida a mujeres embarazadas



Gilles Vauclair

**T**odos los años, alrededor de 600.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo en el mundo entero. Según los resultados preliminares de un importante nuevo estudio, los suplementos prenatales de vitamina A pueden ayudar a rebajar este enorme coste en vidas humanas. Al medir los efectos que tienen pequeñas dosis semanales de vitamina A en la salud y supervivencia de mujeres embarazadas del sur del Nepal, el estudio descubrió que la tasa de mortalidad entre las mujeres que recibían tanto las pequeñas dosis de vitamina A como los suplementos de betacaroteno descendía de forma espectacular, en un promedio de un 44%.

Como muchas otras partes del mundo en desarrollo, el Nepal tiene una tasa de mortalidad materna especialmente alta —125 veces mayor que la de los Estados Unidos— y la carencia de vitamina A es frecuente, especialmente entre las mujeres embarazadas. La ceguera nocturna, durante mucho tiempo dejada de lado por los médicos y considerada por las mujeres una consecuencia normal del embarazo, es en realidad

un preocupante síntoma de carencia de vitamina A, que padecen entre un 10% y un 20% de las mujeres embarazadas.

Investigadores de la Universidad Johns Hopkins de los Estados Unidos y de la Sociedad Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera de Nepal, con el apoyo de la USAID y de la Task Force Sight and Life, con base en Suiza, realizaron el estudio para comprobar si la mortalidad materna, fetal o perinatal podría reducirse suministrando a las mujeres en edad de procrear una pequeña dosis semanal de vitamina A. También se investigaron concienzudamente la ceguera nocturna y la anemia femenina, así como los defectos congénitos de los hijos de las mujeres estudiadas.

Se proporcionaron tanto suplementos de vitamina A<sup>a</sup> como placebos a aproximadamente 44.000 jóvenes casadas, de las cuales más o menos la mitad estaban embarazadas durante el estudio. Los suplementos lo eran en forma de vitamina A pura o de betacaroteno, el ingrediente activo de la vitamina A que se encuentra en frutas y verduras y que el cuerpo transforma en vitamina A.

Durante el embarazo y los tres meses posteriores al parto se produjeron entre las mujeres que recibían dosis de vitamina A pura un 38% menos de muertes que entre las mujeres que no recibían suplementos, y un 50% menos<sup>b</sup> entre las mujeres que tomaron betacaroteno. La anemia, que normalmente se asocia a la carencia de hierro y que se sabe que es una de las causas que contribuyen a la mortalidad materna, fue nada menos que un 45% inferior entre las mujeres que recibían suplementos y que no estaban infectadas de anquilostomiasis.

Se descubrió que las mujeres que sufrían de ceguera nocturna (la falta de visión tras la puesta del sol o con poca luz) eran más propensas a contraer infecciones y a padecer anemia y falta de peso, y corrían mayor riesgo de muerte. La ceguera nocturna se redujo, en un 38% y en un 16% respectivamente, entre los grupos que tomaban vitamina A y betacaroteno, lo que plantea interrogantes sobre la mezcla más apropiada de nutrientes y las cantidades que se precisan para prevenir esta enfermedad. Entre los niños de hasta 6 meses de edad nacidos de las mujeres objeto del estudio no se observó que hubiera ninguna disminución de las tasas de mortalidad fetal o perinatal.

Los científicos no han terminado todavía de analizar los efectos de los suplementos en las diferentes causas de muerte materna. No obstante, las muertes por infecciones son causa importante de elevadas tasas de mortalidad materna, y se sabe que la vitamina A es esencial para el buen funcionamiento del sistema inmunológico, que reduce la gravedad de la infección.

Los resultados de este estudio indican que allí donde las mujeres presentan frecuentemente carencias de vitamina A, la ingesta regular y adecuada de esta vitamina<sup>c</sup> o de betacaroteno cuando están en edad de procrear puede reducir notablemente el riesgo de mortalidad asociado al embarazo. La ingesta correcta de vitamina A, si se combina con la eliminación de parásitos, puede también reducir drásticamente la anemia entre las embarazadas.

Este estudio ayuda a subrayar la necesidad urgente de mejorar la nutrición de las jóvenes y las mujeres como parte de un enfoque multidireccional dirigido a reducir la mortalidad materna, y la tragedia que este problema supone en el mundo en desarrollo, y abre la vía a nuevas estrategias que pueden aplicarse a gran escala en un futuro próximo.

**Notas:**

**a** Los suplementos de baja dosis contenían 7.000 mg de retinol equivalente (RE), (23.300 UI) de vitamina A, o una cantidad similar de betacaroteno, lo que equivale aproximadamente a las necesidades semanales de una mujer.

**b** Las muertes se redujeron de 713 fallecimientos por 100.000 embarazos en el grupo de mujeres que no recibían suplementos a 443 y 354 fallecimientos respectivamente por 100.000 embarazos entre las mujeres que recibían la dosis semanal de vitamina A y las que tomaban suplementos de betacaroteno.

**c** Aunque se encuentra en muchos alimentos, la vitamina A tiene poderosos efectos biológicos y es esencial prevenir el mal uso de los suplementos, especialmente entre embarazadas. Los suplementos de dosis elevadas (200.000 UI) de vitamina A, del tipo que se proporciona regularmente, en intervalos de cuatro a seis meses, a los niños de los países en desarrollo **nunca** deberían tomarlos mujeres en edad de procrear debido a los riesgos de que puedan dañar a un feto en formación. No obstante, durante las ocho semanas posteriores al parto, pueden suministrarse a las mujeres suplementos en dosis elevadas sin peligro. Estas, durante sus años fecundos, pueden tomar suplementos semanales de vitamina A, como los suministrados en este estudio, en bajas dosis, e incluso suplementos diarios, con escaso riesgo tanto para la madre como para el feto y, en cambio, con considerables beneficios en aquellos casos en que es probable que exista una carencia.

---

*Foto: Un niño con su madre en Nepal, donde un estudio reciente mostró que la administración a las mujeres embarazadas de suplementos de vitamina A una vez a la semana reduce significativamente las muertes maternas.*

Se ha descubierto que los niños de edad preescolar que sufren anemia tienen dificultades para mantener la atención y para distinguir entre diversos estímulos visuales. También se ha establecido que existen relaciones entre la carencia de hierro y el desempeño escolar deficiente de los alumnos primarios y los adolescentes.<sup>2</sup>

Los bebés con bajo peso al nacer tienen, como promedio, cocientes intelectuales 5 puntos menores que los niños sanos. Y los niños que no son amamantados, cocientes menores en unos 8 puntos que los que sí lo son.

La privación de inteligencia humana en tal escala, y por razones casi totalmente susceptibles de prevención, representa un desperdicio de proporciones casi criminales.

Privados de su potencial intelectual y físico, los niños desnutridos que superan la infancia enfrentan un futuro de carencias. Serán adultos con limitadas capacidades físicas e intelectuales, con niveles reducidos de productividad y tasas elevadas de enfermedades crónicas y discapacidades, y en su mayoría vivirán en sociedades que no cuentan con los recursos económicos necesarios ni siquiera para brindar los más elementales servicios terapéuticos y de rehabilitación.

En el plano familiar, los crecientes costos y presiones que la discapacidad y las enfermedades relacionadas con la desnutrición imponen a quienes atienden a las personas afectadas pueden tener resultados devastadores para las familias pobres, especialmente para las madres en los países en desarrollo, que reciben poca o ninguna asistencia de unos servicios sociales sobrecargados de trabajo.

Y cuando esas pérdidas que suceden en el microcosmos familiar se repiten millones de veces en el plano social, el detrimento que esto representa para el desarrollo mundial es sobrecogedor.

Según una fuente<sup>3</sup>, solamente en 1990, las pérdidas mundiales en capacidad productiva social ocasionadas por cuatro tipos superpuestos de desnutrición —la corteza de talla y la emaciación relacionadas con la desnutrición, las enfermedades causadas por carencia de yodo y las causadas por carencias de hierro y de vitamina A— representaron casi 46 millones de años de vida productiva y libre de discapacidades.

Se calcula que las carencias de vitaminas y minerales cuestan a algunos países

*Se calcula que las carencias de vitaminas y minerales cuestan a algunos países el equivalente de más de un 5% de su producto nacional bruto en vidas perdidas, discapacidad y menor productividad.*

## ¿Qué es la desnutrición?



UNICEF/94-07367/Toutoumji

La desnutrición normalmente es el resultado de la combinación de una ingesta alimentaria inadecuada y una infección (Gráfico 6). En los niños, la desnutrición es sinónimo de deficiencias en el crecimiento, ya que los niños desnutridos tienen una estatura y un peso menores de lo que deberían tener atendiendo a su edad. Para conseguir una medida rápida de la desnutrición en una población, debe medirse y pesarse a los niños y compararse después los resultados con los de la “población de referencia”, de la que se sabe que ha crecido correctamente. Pesarse y medir la estatura son las formas más comunes de evaluar la desnutrición en la población.

A pesar de que todavía muchos se refieren a los defectos del crecimiento como “desnutrición proteínico-energética”, se admite actualmente que los defectos del crecimiento en los niños se deben no sólo a la carencia de proteínas y alimentos energéticos sino también a una ingesta inadecuada de minerales vitales (como hierro, zinc y yodo) y vitaminas (como la vitamina A) y, a menudo, también de ácidos grasos esenciales. Las células del cuerpo requieren frecuentemente estos minerales en cantidades minúsculas, del orden de unas milésimas de un gramo o menos. Por ello se les denomina micronutrientes. Los micronutrien-

tes se necesitan para la producción de enzimas, hormonas y otras sustancias necesarias para regular los procesos biológicos que están en la base del crecimiento, la actividad y el desarrollo y para el funcionamiento de los sistemas inmunológico y reproductivo.

Todos los minerales que el cuerpo necesita —por ejemplo, calcio, fósforo, hierro, zinc, yodo, sodio, potasio y magnesio— deben estar presentes o bien en la comida que ingerimos o bien en los suplementos de la dieta. A pesar de que el cuerpo elabora muchas de las moléculas orgánicas complejas que necesita a partir de componentes fundamentales más simples, las vitaminas —la vitamina A, el complejo vitamínico B, la vitamina C, etc— no se sintetizan. La vitamina D es excepcional en el sentido de que, si una persona se expone el tiempo suficiente a la luz solar directa, puede elaborarse en la piel.

Aunque los micronutrientes se necesitan a cualquier edad, los efectos de una ingesta inadecuada son especialmente graves durante las épocas de crecimiento intenso, embarazo, primera infancia y lactancia. Cada día aprendemos algo nuevo sobre la importancia de los nutrientes en el desarrollo físico y cognoscitivo del niño.

A pesar de que la desnutrición moderada ampliamente extendida puede no

resultar obvia a menos de que se someta a los niños a sesiones de pesaje y vigilancia del crecimiento, algunos niños gravemente desnutridos desarrollan síntomas clínicos que pueden ser fácilmente observables, a saber, la consunción grave (o marasmo) y el síndrome conocido como kwashiorkor, que se acompaña de cambios en la piel y el cabello e hinchazón de los brazos y las piernas. A pesar de que el asunto se ha investigado durante años, las razones por las que unos niños desarrollan kwashiorkor y otros marasmo siguen siendo un misterio. Lo que está claro es que, de no tratarse, los niños que presentan cualquiera de esos cuadros clínicos tienen grandes posibilidades de morir de desnutrición severa, y que tanto el kwashiorkor como el marasmo pueden prevenirse asegurando una ingesta adecuada de alimentos nutritivos y evitando las infecciones reiteradas. También son causa de muerte formas menos graves de desnutrición, sobre todo porque debilitan la resistencia del niño frente a las infecciones (Gráfico 1).

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 estableció que las carencias de tres micronutrientes —hierro, yodo y vitamina A— son especialmente frecuentes y que constituyen un problema grave para los niños y las mujeres de los países en vías de desarrollo. Recientemente, el conocimiento que se tiene de la frecuencia y la importancia del zinc en el crecimiento y el desarrollo del niño ha hecho que se incluya también este mineral en la lista. La deficiencia de vitamina D se considera ahora un problema de primer orden entre la infancia de países en desarrollo como Mongolia, las zonas septentrionales de China y algunos países de la Comunidad de Estados Independientes, que tienen largos inviernos.

A lo largo de todo este informe, el término desnutrición se utiliza para definir las consecuencias de la combinación de una ingesta inadecuada de energía proteínica y micronutrientes con infecciones frecuentes.

*Foto: Tres hermanas en un centro de salud, Haití.*

el equivalente de más de un 5% de su producto nacional bruto en vidas perdidas, discapacidad y menor productividad. De acuerdo con esos cálculos, en 1995 Bangladesh y la India sufrieron pérdidas del orden de los 18.000 millones de dólares.<sup>4</sup>

La baja resistencia que tienen los niños desnutridos ante las enfermedades reduce la eficacia de los considerables recursos que se invierten en garantizar que las familias cuenten con acceso a los servicios básicos de salud y saneamiento ambiental. Y los perniciosos efectos de la desnutrición en el desarrollo cerebral y el desempeño intelectual comprometen las inversiones de los gobiernos y sus aliados en la educación básica.

La anemia por carencia de yodo y hierro, que amenaza a millones de niños, es motivo de especial inquietud para los países empeñados en mejorar sus sistemas de educación.

Los niños menores de 2 años que sufren carencia de hierro presentan problemas de coordinación y equilibrio y tienen conductas más retraídas y vacilantes. Esos factores pueden reducir la capacidad de los niños para relacionarse con el medio ambiente y obtener conocimientos de su entorno, y puede causar la disminución de su capacidad intelectual.<sup>5</sup>

La deficiencia grave de yodo *in utero* puede ser causa del profundo retraso mental que caracteriza el cretinismo. Pero aun las carencias más leves pueden tener efectos negativos en la capacidad intelectual de los niños. Se cree que en la república de Georgia, por ejemplo, donde se descubrieron recientemente altas tasas de carencia de yodo, los 50.000 niños nacidos en 1996 vinieron al mundo con un déficit combinado de 500.000 puntos de cociente intelectual.<sup>6</sup>

Muchos niños padecen diversos tipos de desnutrición, de manera que las cifras tienden a superponerse. Pero los cálculos más dignos de crédito indican que en el mundo hay 226 millones de niños que sufren cortedad de talla, ya que su estatura es menor que el promedio entre los niños de su edad o más corta que lo que se podría atribuir a una determinada variación genética (Recuadro 2). Ese defecto es especialmente peligroso en el caso de las mujeres, debido a que quienes no logran un desarrollo físico pleno corren más peligro de tener complicaciones en el alumbramiento y, por ende, un mayor peligro

de muerte. Este tipo de cortedad de talla se relaciona con la reducción de la ingesta alimentaria a largo plazo, por lo común debida a reiterados episodios de enfermedad y regímenes alimentarios de baja calidad.

Un estudio realizado en Guatemala indicó que los hombres afectados por cortedad de talla grave tenían, como promedio, 1,8 años de estudios menos que los que habían tenido un desarrollo físico normal, y que las mujeres que habían tenido un desarrollo limitado habían estudiado, como promedio, un año menos que las que no sufrían cortedad de talla. Se trata de diferencias importantes, porque cada año de educación escolar representa un incremento salarial del 6%<sup>7</sup> (Recuadro 3).

Se calcula que unos 67 millones de niños sufren emaciación, lo que significa que tienen un peso inferior al que corresponde a su estatura como resultado de una ingesta alimentaria reducida, de enfermedades, o de ambos factores.

Unos 183 millones de niños tienen un peso inferior a lo que les corresponde según su edad. Un estudio indicó que los niños que tenían una grave incidencia de peso inferior al normal<sup>8</sup> tenían dos veces más probabilidades de morir en el plazo de un año que los niños con peso normal para su edad.<sup>9</sup>

Más de 2.000 millones de personas, en su mayoría mujeres y niños, sufren carencia de hierro,<sup>10</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que el 51% de los niños menores de 4 años de los países en desarrollo están anémicos.<sup>11</sup>

En la mayoría de las regiones del mundo en desarrollo, las tasas de desnutrición han disminuido en los dos decenios pasados, pero las reducciones han tenido lugar a ritmos muy diversos (Gráfico 2). Una excepción es la región del África al sur del Sahara, donde las tasas de desnutrición comenzaron a aumentar en la mayoría de los países a principios del decenio de 1990, como resultado del deterioro económico de la región que se inició a fines del decenio anterior. A medida que se redujeron los presupuestos gubernamentales, los servicios sociales básicos y los servicios sanitarios sufrieron las consecuencias más graves. También disminuyó el ingreso per cápita, lo que redujo las posibilidades de la población de adquirir alimentos.

***Los niños menores de 2 años que sufren carencia de hierro presentan problemas de coordinación y equilibrio y tienen conductas más retraídas y vacilantes. Esos factores pueden reducir la capacidad de los niños para relacionarse con el medio ambiente y obtener conocimientos de su entorno, y puede causar la disminución de su capacidad intelectual.***

## El retraso en el crecimiento y su relación con el deficiente desarrollo intelectual

Según un estudio recientemente llevado a cabo en Filipinas, la desnutrición en las primeras épocas de la existencia está relacionada con las carencias en el desarrollo intelectual del niño, que persisten pese a la escolarización y que dificultan su capacidad de aprendizaje. El estudio analizó el retraso en el crecimiento —consistente en una baja estatura para la edad y en un indicador básico de desnutrición— entre más de 2.000 niños que viven en la zona metropolitana de Cebú, la segunda ciudad más poblada de Filipinas. Casi dos tercios de los niños estudiados presentaban retraso en el crecimiento. El estudio descubrió que los más gravemente afectados a la edad de 2 años eran aquellos que ya lo tenían de forma precoz antes de cumplir los 6 meses de edad. Esos mismos niños, en las pruebas de inteligencia, obtuvieron a los 8 y los 11 años una puntuación señaladamente inferior a la de los niños que no presentaban retrasos en el crecimiento.

El estudio tiene profundas repercusiones a nivel mundial: 226 millones de niños menores de 5 años procedentes de los países en desarrollo, alrededor

del 40% de este grupo de edad, sufren un retraso en el crecimiento de moderado a grave. “Los elevados índices de retraso en el crecimiento de los niños parecen indicar que, a largo plazo, también tendrán carencias en su desarrollo físico y mental, que pueden impedirles extraer la máxima ventaja de las oportunidades de aprendizaje que brinda la escolarización. Ello puede influir también en el éxito que esos niños tengan después en la vida”, afirma la Dra. Linda S. Adair, Profesora Asistente de Nutrición en la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill (Estados Unidos), una de las autoras de la investigación.

“El retraso en el crecimiento no causa directamente un bajo desarrollo intelectual en los niños”, subraya la profesora Adair. “Más bien, es muy probable que los mismos factores que han retrasado su crecimiento mermen también su desarrollo intelectual”. Entre los niños de Cebú, esos factores subyacentes son el bajo peso al nacer, una lactancia insuficiente, la alimentación baja en calorías, con la que se trataba de complementar o sustituir la lactancia, y las frecuentes diarreas e infecciones respiratorias. El estudio también descubrió que los niños que presentan retrasos en el crecimiento tienden a ser escolarizados más tarde y faltan a clase más días que los niños bien alimentados.

El estudio, parte de un programa de investigación en el que colaboraron tanto la Oficina de Estudios de Población de la Universidad de San Carlos, en Cebú, como la Universidad de Carolina del Norte, puso al descubierto que el 28% de los niños estudiados presentaban un serio retraso en el crecimiento. A los 2 años de edad, dichos niños tenían una estatura que era 11 centímetros inferior a la de los niños sanos. A los 8 años de edad, los coeficientes de inteligencia de los niños con gran retraso de crecimiento eran inferiores en 11 puntos a los de los niños sin problemas de crecimiento.

Cuando, a los 11 años de edad, se volvió a examinar de nuevo a los niños, los que tenían mayores retrasos a los 2 años siguieron obteniendo, en las pruebas de inteligencia, puntuaciones infe-



UNICEF/97-0518/Vauclair

Cerca del 40% de todos los niños menores de 5 años en el mundo padecen un retraso en el crecimiento debido a la desnutrición. Muchos de ellos tienen también problemas en la escuela. Aquí, el contraste de estatura es aparente entre dos niñas de la misma edad en Bangladesh.

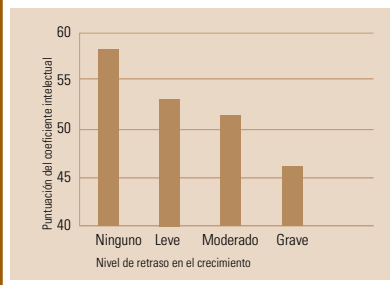
riores a las de los niños sanos, si bien la brecha había disminuido, situándose en aproximadamente 5 puntos de coeficiente de inteligencia. Los niños que presentaban un retraso severo del crecimiento también obtuvieron, en pruebas de lenguaje y de matemáticas, puntuaciones señaladamente inferiores.

La mayoría de los niños del estudio provenían de familias pobres, y sus regímenes alimentarios y los de sus madres estaban por debajo de los niveles en materia de nutrición recomendados por el Gobierno filipino. Dichos niños provenían de comunidades urbanas pobres y densamente pobladas, de zonas de extrarradio de reciente creación y de comunidades rurales.

Este estudio subraya la importancia y la repercusión duradera que tiene la nutrición en los meses cruciales que preceden y siguen al nacimiento, en los que debe existir una alimentación materna correcta. Los niños que no pueden iniciar su existencia con fuerza se ven en dificultades para recuperar el terreno perdido, y ello puede tener efectos duros en su propio desarrollo y en el de las sociedades a las que pertenecen.

### Los efectos del retraso en el crecimiento

En una prueba de inteligencia no verbal que se administró entre niños de 8 años de las Filipinas, los resultados se correspondieron de forma sustancial con el nivel de retraso en el crecimiento de los niños cuando tenían 2 años. Los resultados más bajos fueron los de los niños con un grave retraso en el crecimiento a los 2 años, mientras que los resultados de los niños sin retraso en el crecimiento fueron un promedio de 11 puntos más altos.





Investigadores de los Estados Unidos calcularon que más de 13 millones de niños, es decir casi uno de cada cuatro estadounidenses menores de 12 años, tienen problemas para recibir la cantidad de alimentos que necesitan, problemas que se hace más graves durante la última semana del mes, cuando la familia se gasta los últimos dólares que le quedan de los beneficios sociales o los salarios.<sup>12</sup> Más de un 20% de los niños de los Estados Unidos viven en condiciones de pobreza, una proporción dos veces superior a la que existe en la mayoría de los demás países industrializados.<sup>13</sup>

Según un estudio llevado a cabo recientemente en el Reino Unido, los niños y adultos de las familias pobres están amenazados por problemas de salud relacionados con el régimen alimentario. Entre los problemas que menciona ese estudio figuran las altas tasas de anemia infantil y adulta, los nacimientos prematuros y de niños con bajo peso al nacer, las enfermedades dentales, la diabetes, la obesidad y la hipertensión.<sup>14</sup>

En Europa central y oriental, las dislocaciones económicas propias de la transición a las economías de mercado y las profundas reducciones de los programas estatales de asistencia social afectan de manera más grave a los sectores más vulnerables.

En la Federación Rusa, la tasa de cordedad de talla de los niños menores de 2 años aumentó del 9% en 1992 al 15% en 1994.<sup>15</sup> Y en las repúblicas de Asia central y Kazakstán, un 60% de las mujeres embarazadas y los niños de corta edad sufren anemia.

Los resultados de la desnutrición tampoco respetan barreras intergeneracionales. Los hijos de las mujeres desnutridas y de peso inferior al normal tienden a ser pequeños al nacer.

En general, el 60% de las mujeres en edad de procrear del Asia meridional, donde la mitad de los niños tienen peso inferior al normal, pesan menos de lo que deberían de acuerdo a su estatura. En la región sudoriental del Asia, la tasa de mujeres con peso inferior al normal es del 45%, mientras que en los países del África al sur del Sahara es del 20%.

## **El poder de una buena nutrición**

Resulta difícil exagerar la magnitud de la devastación que causa la desnutrición, de

la misma manera que no es fácil sobreestimar el poder contrario que ejerce la nutrición. No sólo es la buena nutrición un factor clave en el desarrollo saludable de los individuos, las familias y las sociedades, sino que hay cada vez más razones para pensar que mediante el mejoramiento de la nutrición de las mujeres y los niños es posible vencer varios de los escollos más difíciles que enfrenta la humanidad en materia de salud, como las enfermedades crónicas y degenerativas, la mortalidad materna, el paludismo y el SIDA.

La prueba más obvia del poder de una buena nutrición es que en muchos países hay muchos niños que son más altos, fuertes y saludables que la generación de sus padres, más baja y menos robusta. Estos niños también se diferencian de sus progenitores por los regímenes alimentarios más sanos de que disfrutaban, así como por el ambiente más saludable y favorable en el que crecen.

Los niños más fuertes se convierten en adultos más fuertes y productivos. Las niñas bien alimentadas se transforman en mujeres que corren menos riesgos durante el embarazo y el alumbramiento, y cuyos hijos inician sus vidas con bases más firmes para su desarrollo físico y mental. La historia demuestra que las sociedades en las que se satisfacen las necesidades en materia de nutrición de las mujeres y los niños ofrecen también más posibilidades de que unas y otros logren mayores avances sociales y económicos (Gráfico 3).

Por ejemplo, aproximadamente el 50% del crecimiento económico logrado en el Reino Unido y diversos países de Europa occidental entre 1970 y 1980 ha sido atribuido a la mejor nutrición y las mejores condiciones de salud y saneamiento ambiental imperantes, como resultado de inversiones sociales que, en algunos casos, datan de hasta un siglo antes.<sup>16</sup>

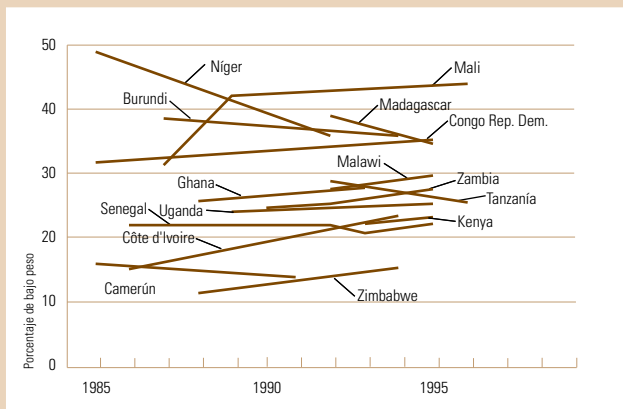
Aun en los países y las regiones donde la pobreza es endémica, es posible proteger y hasta aumentar el nivel de salud y desarrollo de las mujeres y los niños (Gráfico 4). En algunas regiones del Brasil, por ejemplo, la tasa de niños con peso inferior al normal se redujo entre 1973 y 1996 del 17% a menos de un 6%, a pesar de que en el mismo período las tasas de pobreza prácticamente se duplicaron.

Mucho es lo que ya se ha conquistado. Como ilustración, mediante la yodación

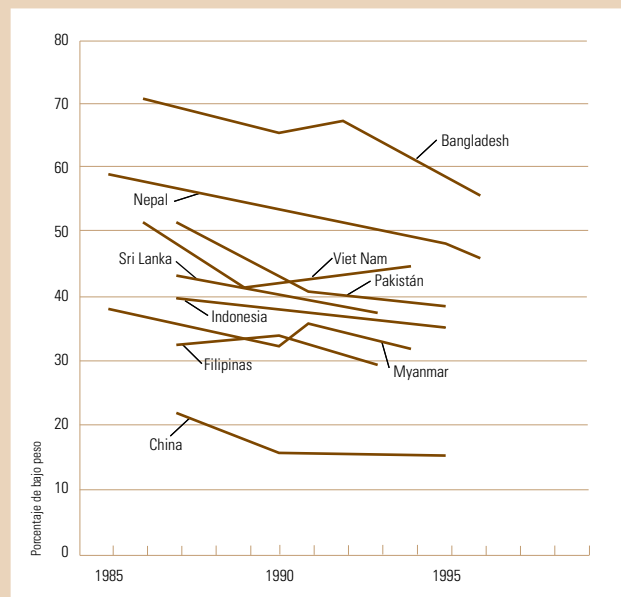
***Por ejemplo, aproximadamente un 50% del crecimiento económico logrado en el Reino Unido y diversos países de Europa occidental entre 1970 y 1980 ha sido atribuido a la mejor nutrición y las mejores condiciones de salud y saneamiento ambiental imperantes, como resultado de inversiones sociales que, en algunos casos, datan de hasta un siglo antes.***

## Gráf. 2 Tendencias en la desnutrición por región

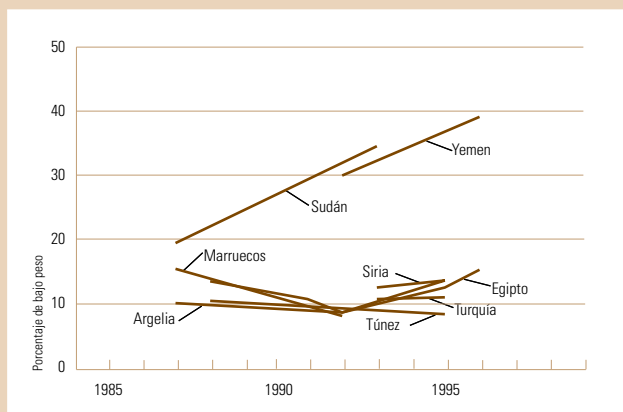
El gráfico muestra la tendencia en materia de desnutrición en 41 países, en cuatro regiones, y abarca más de la mitad de los niños menores de 5 años en el mundo en desarrollo. No se han incluido los países con poblaciones menores de 5 años de menos de un millón, incluso cuando había datos disponibles sobre las tendencias.



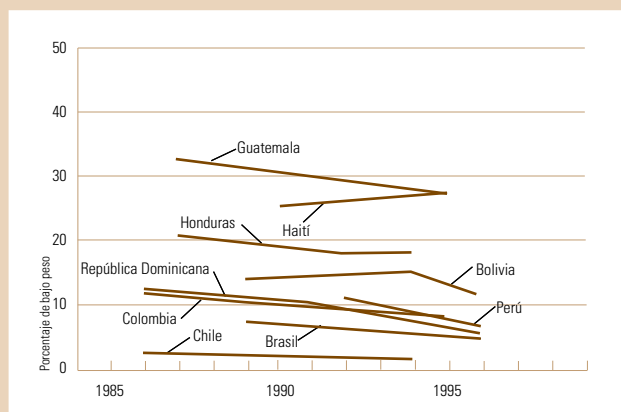
### África al sur del Sahara



### Asia y el Pacífico



### Oriente Medio y Norte de África



### América Latina y el Caribe

**Nota:** La desnutrición se mide como el porcentaje de niños menores de 5 años con desviaciones estándar por debajo de -2 en relación al valor promedio para la población de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS) en materia de peso por edad. Las tasas se han ajustado por edad; las cifras de algunos países reflejan tasas para la población de menores de 3 años.

**Fuente:** UNICEF, 1997.

de la sal se salva anualmente a unos 12 millones de niños de las lesiones mentales irreversibles causadas por la carencia de yodo. Y más de un 60% de los niños de corta edad del mundo reciben hoy suplementos de vitamina A.

Es posible revertir, aunque sea en forma parcial, los efectos de la desnutrición grave en el desarrollo mental de los niños. Se ha descubierto que es posible lograr un aumento notable de la inteligencia de los niños gravemente desnutridos si se les brinda de manera constante atención sanitaria, alimentación adecuada y estímulo.<sup>17</sup>

También hay pruebas cada vez más abundantes de que la buena nutrición ayuda al organismo a defenderse de las infecciones, y que cuando existe una infección, la buena nutrición alivia su gravedad y acelera la recuperación.

Hace 30 años, la mayoría de las personas aceptaba que “un buen régimen alimentario” era beneficioso para la salud en general. Pero la idea de que podían existir elementos nutritivos específicos que ayuden a prevenir enfermedades, o lo que resulta aun más increíble, a curar enfermedades específicas, sonaba más a fantasía que a ciencia.

En la actualidad, tras una larga serie de análisis clínicos y estudios, esas ideas se van asimilando a las corrientes científicas más ortodoxas, ya que los expertos en nutrición, además de los inmunólogos, pediatras y gerontólogos, investigan las posibles consecuencias en materia de política pública de los planes en gran escala destinados a mejorar la nutrición y los efectos que tendrían esos planes en una amplia gama de vitales procesos fisiológicos.

La desnutrición, que se manifiesta en el crecimiento deficiente de los niños y adolescentes y en las altas tasas de bebés con bajo peso al nacer, tiene efectos bien conocidos en la capacidad de resistencia a las enfermedades de los niños. Resulta razonable, por lo tanto, afirmar que en la lucha mundial en pro de la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil, las medidas destinadas a mejorar la nutrición pueden resultar tan importantes y poderosas como, por ejemplo, los programas de inmunización.

Se dispone ya de diversos estudios que parecen indicar —aunque aún no lo hayan probado— que si una mujer embarazada que está infectada con el virus de inmuno-

deficiencia humana padece una carencia de vitamina A, pueden aumentar las probabilidades de que transmita el virus a su hijo.

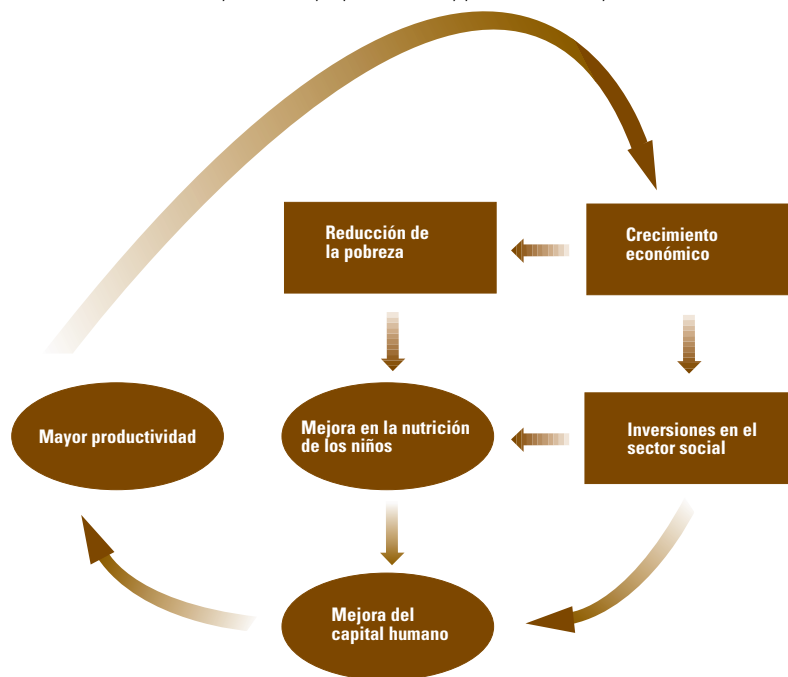
Se cree que a principios del próximo milenio, entre 4 y 5 millones de niños estarán infectados con el VIH. La mayoría de ellos, especialmente en los países de África al sur del Sahara, se contagiarán la infección de sus madres. Aunque no existirá seguridad absoluta al respecto hasta dentro de uno o dos años, es posible que si se aumenta la ingestión de vitamina A en las poblaciones con altas tasas de infección con el VIH o con carencia de vitamina A, se podría ayudar a reducir las tasas de contagio con ese virus.

### El derecho a una buena nutrición

Más allá de las consecuencias a largo plazo de una buena alimentación, la nutri-

**Gráf. 3 De una buena nutrición a una mayor productividad**

Es más probable que se produzca una nutrición adecuada allí donde exista un crecimiento económico, especialmente un crecimiento igualitario; donde los servicios sociales sean asequibles y accesibles; y donde se realicen las inversiones adecuadas en los recursos humanos, incluida la potenciación de las mujeres. Una buena nutrición, a su vez, contribuye a una mayor productividad y por tanto a un mayor crecimiento económico.



Fuente: Adaptado de Stuart Gillespie, John Mason y Reynaldo Martorell, How Nutrition Improves, ACC/SCN, Ginebra, 1996.

# El reconocimiento del derecho a la nutrición

La nutrición ha sido considerada expresamente como un derecho en los instrumentos internacionales de derechos humanos aprobados desde 1924. Entre ellos hay *declaraciones*, que no son vinculantes, y *convenios y pactos*, que tienen fuerza de ley.

A continuación se pasa revista a algunos de esos hitos en materia de derechos humanos.

**1924: Declaración de los Derechos del Niño (también conocida como la Declaración de Ginebra).** Aprobada tras la Primera Guerra Mundial por la Liga de Naciones, gracias al empeño de Eglantyne Jebb, pionera en la lucha por los derechos del niño, la Declaración señala el inicio del movimiento en pro de los derechos del niño y constituye también la primera afirmación del derecho a la nutrición. La Declaración indica que el niño debe recibir los medios necesarios para su normal desarrollo tanto material como espiritual y afirma que “debe alimentarse al niño hambriento”.

**1948: Declaración Universal de Derechos Humanos.** Este monumento a los derechos humanos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, proclama en su artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” Este mismo artículo también afirma que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

**1959: Declaración de los Derechos del Niño.** Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas por unanimidad, la Declaración establece en su principio 14 que el niño “tendrá derecho a crecer y a desarrollarse en buena salud” y que “tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

## **1966: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

Aprobado por las Naciones Unidas y ratificado, hasta mediados de septiembre de 1997, por 137 estados, este pacto fue el primero que enunció las obligaciones de los Estados con respecto de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas. El artículo 11 afirma el derecho de toda persona a un nivel adecuado de vida, incluyendo alimentación adecuada, y “el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre”. El Pacto también obliga a los Estados Partes a adoptar medidas para hacer realidad este derecho, inclusive medidas para “mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos”.

**1986: Declaración sobre el derecho al desarrollo.** El artículo 1 de la Declaración, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, proclama que el derecho al desarrollo es un “derecho humano inalienable”, y que todas las personas tienen derecho a participar en él y a gozar de un desarrollo económico, social, cultural y político “en el que puedan realizarse completamente todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.” El artículo 8 hace un llamamiento a todos los Estados para que, entre otras medidas, garanticen la igualdad de oportunidades para todos en el acceso a servicios de la salud y alimentos.

## **1989: Convención sobre los Derechos del Niño.**

La Convención, el tratado de derechos humanos que goza de mayor ratificación, eleva a la categoría de ley internacional todos los derechos que garantizan la supervivencia, el desarrollo y la protección del niño. El artículo 28 demanda a todos los Estados Partes que reconozcan el derecho del niño al disfrute del “más alto nivel posible de salud” y que adopten medidas para hacer realidad ese derecho. Entre las medidas más importantes, se pide a los Estados que proporcionen asistencia médica y atención sanitaria a todos los niños, haciendo especial hincapié en los servicios

primarios de salud; que combatan la enfermedad y la desnutrición, dentro del ámbito de los servicios primarios de salud, mediante la provisión de alimentos suficientemente nutritivos, agua potable y saneamiento apropiado, y que proporcionen a las familias información sobre las ventajas de la lactancia.

Ratificaciones: A mediados de septiembre de 1997, la Convención había sido ratificada por 191 Estados: tan sólo dos Estados, los Estados Unidos de América y Somalia, no la han ratificado todavía.

## **1990: Declaración y Plan de Acción sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño.**

Los dirigentes de todo el mundo que asistieron, en un número nunca visto hasta entonces, a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se comprometieron, en la Declaración de la Cumbre Mundial, a “dar la mayor prioridad a los derechos del niño”. El Plan de Acción de la Cumbre estableció los pasos a seguir para aplicar la Declaración, señalando siete objetivos primarios y 20 secundarios. El principal objetivo en la esfera de la nutrición es la reducción a la mitad, antes de fin de siglo, de los niveles de desnutrición severa y moderada existentes en 1990 entre los niños menores de 5 años. Los siete objetivos secundarios en el ámbito de la nutrición son: la reducción de los casos de bajo peso al nacer a menos del 10% del total de nacimientos; la reducción de la anemia por carencia de hierro entre las mujeres a un tercio de los niveles de 1990; la eliminación total de los trastornos causados por la carencia de yodo; la eliminación total de la carencia de vitamina A; la capacitación de todas las mujeres para que alimenten a sus hijos, durante los primeros seis meses de edad, exclusivamente por medio de la lactancia; la institucionalización de la vigilancia y promoción del crecimiento, y la difusión de conocimientos y servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos y garantizar la seguridad alimentaria familiar.

ción adecuada está avalada por el derecho internacional en términos muy específicos que constan en diversas declaraciones internacionales y tratados de derechos humanos que se remontan a la fecha de aprobación por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1924 (Recuadro 4).

Los Estados partes de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, por ejemplo, deben garantizar que las mujeres reciban acceso pleno y justo a la atención de la salud, y que en ésta se incluya la nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, que reconoció en su Plan de Acción los efectos devastadores de la desnutrición en las mujeres y sus hijos, fijó metas específicas sobre la nutrición de los niños y las mujeres, como el acceso a una alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia; el fomento, la protección y el apoyo al amamantamiento y a las prácticas de alimentación complementarias; la vigilancia del crecimiento con las correspondientes medidas de seguimiento; y la vigilancia en materia de nutrición.

Pero el derecho a la nutrición se expresa de la manera más plena y resonante en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, cuya ratificación por parte de 191 países para fines de 1997 la ha convertido en el tratado de derechos humanos más respaldado de la historia.

Mediante la Convención, que compromete a los Estados partes a transformar en hechos concretos toda la gama de derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales de la infancia, prácticamente todos los gobiernos del mundo reconocen el derecho de todos los niños a los niveles más altos de salud posibles, a contar con establecimientos de tratamiento de las enfermedades y de recuperación de la salud; y de manera específica al derecho a la buena nutrición y a disfrutar de sus tres componentes fundamentales: la alimentación, la salud y la atención.

A la luz del principio fundamental de la Convención, la buena nutrición infantil constituye un derecho porque responde al “interés superior del niño”.

El artículo 24 de la Convención establece que los Estados partes deben tomar

“medidas apropiadas” para reducir la mortalidad infantil y combatir las enfermedades y la desnutrición a través del uso de la tecnología disponible y por medio del suministro de alimentos nutritivos y adecuados y de agua potable.

El mundo tiene la obligación de disminuir la desnutrición infantil valiéndose del derecho internacional, los conocimientos científicos, la experiencia práctica y los principios morales elementales.

Los daños que causa la desnutrición a los individuos, las familias y las sociedades pueden ser prevenidos. Cada vez se comprende mejor cuáles son las medidas que se deben tomar para reducir y poner fin a ese grave problema. Y los beneficios que eso traería aparejado para la humanidad —en materia de mayor creatividad, energía, capacidad productiva, bienestar y felicidad— son incalculables.

### Una cuestión de carácter urgente

Los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño —así como su potencial intelectual y físico— se forman durante el período comprendido entre la concepción y el tercer año de vida.

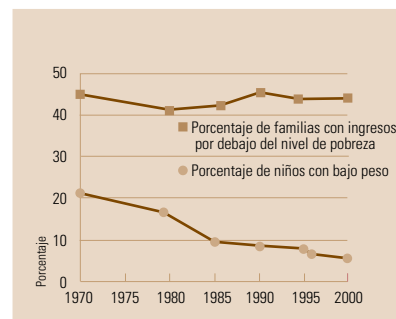
Debido a que en los primeros 18 meses de vida el desarrollo se produce de forma especialmente rápida, la situación en materia de nutrición de las mujeres que están embarazadas y que amamantan a sus hijos, y de los niños de corta edad, adquiere una importancia suprema con respecto al desarrollo físico, mental y social del niño en el futuro. No resulta exagerado afirmar que la evolución de la sociedad depende de la nutrición de las madres y los niños durante ese período fundamental de sus vidas.

El recién nacido saludable que se desarrolla a partir de una sola célula del tamaño aproximado del punto que cierra esta oración está compuesto de unos 2.000 millones de células y pesa, como promedio, 3.250 gramos.<sup>18</sup> En condiciones óptimas, el peso del lactante se duplica durante los cuatro primeros meses de vida y, para su tercer cumpleaños, el niño pesa unas cuatro veces y media más que al nacer.

A partir de la tercera semana de gestación, las células del cerebro se reproducen a razón de 250.000 por minuto.<sup>19</sup> Al nacer, el niño cuenta con 100.000 millones de

### Gráf. 4 Pobreza y desnutrición en América Latina y el Caribe

La desnutrición en América Latina descendió de un 21% en 1970 a un 7,2% en 1997, mientras que la tasa de pobreza, calculada según el nivel de ingresos, fluctuó sólo ligeramente durante los tres últimos decenios, descendiendo de un 45% en 1970 a un 44% en 1997. Estas tendencias revelan que la disminución de la desnutrición no depende solamente de un aumento en los ingresos. En América Latina, los progresos en la reducción de la desnutrición se atribuyen, en el nivel de las causas indirectas, a unas buenas prácticas de atención y al acceso a los servicios de salud, incluida la planificación de la familia y los servicios de agua y saneamiento; y en el nivel básico, a la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia educación y los recursos en efectivo que controlan.



Fuente: Aaron Lechtig, “Child Undernutrition in Latin America and the Caribbean: Trends, Reasons and Lessons”, presentado en el Taller sobre la situación cambiante de los niños en América Latina y el Caribe, Universidad de Notre Dame, South Bend (Estados Unidos), 26 de septiembre de 1997, basado en ACC/SCN, Update on the Nutrition Situation 1996: Summary of results for the Third Report on the World Nutrition Situation, y ECLAC, Panorama Social de América Latina 1996, CEPAL, Santiago (Chile), 1996.



*Las mujeres necesitan descanso y protección del exceso de trabajo durante el embarazo. Mientras persista la división desigual del trabajo, frecuente en todo el mundo, las prácticas de atención tan fundamentales para el bienestar del niño en materia de nutrición se verán afectadas. En Níger, una mujer embarazada transporta varios recipientes de sorgo.*

neuronas conectadas por sinapsis, los complicados empalmes neurales que comienzan a formarse en la décimotercera semana de gestación.<sup>20</sup>

Esos empalmes, que se multiplican más velozmente después del nacimiento, en gran parte debido al estímulo y la atención que recibe el niño, llegan a muchos millones cuando el niño saludable cumple dos años y medio. El desarrollo físico, mental y cognoscitivo depende de estos vínculos de comunicación entre las neuronas. De no existir esa comunicación, los mensajes no llegarían a destino, los músculos no flexionarían, y no serían posibles los complejos procesos del pensamiento y el aprendizaje.

Durante la fase fetal, el crecimiento depende de lo bien alimentada que haya estado la madre antes del embarazo, así como del peso que aumente mientras esté embarazada. El aumento de peso resulta fundamental para el desarrollo de los nuevos tejidos de la madre y el feto, y para el mantenimiento del organismo de la madre y el suministro de energía al mismo.

Debido a que el feto depende totalmente de la madre para la ingestión de elementos nutritivos, las embarazadas no sólo deben aumentar de peso sino consumir cantidades y proporciones óptimas de elementos nutritivos esenciales, como el hierro y el yodo.

Pero para muchas mujeres del mundo en desarrollo, donde a veces obstan a la buena nutrición factores económicos, sociales y culturales, puede resultar difícil satisfacer estas necesidades de alimentación, salud y atención, que están estrechamente interrelacionadas.

Cada año nacen en el mundo unos 24 millones de niños con peso inferior al normal, lo que representa el 17% de la totalidad de nacimientos. En su mayoría, esos niños nacen en los países en desarrollo, donde la principal causa de bajo peso al nacer no es, como en el mundo industrializado, el alumbramiento prematuro, sino el desarrollo fetal deficiente.

Los niños con bajo peso al nacer, a los que se define como los que nacen pesando menos de 2,5 kilogramos, corren más peligro de muerte que los lactantes de peso normal. Los que sobreviven sufren, como promedio, más casos de enfermedades, retraso del desarrollo cognoscitivo y mayores probabilidades de estar desnutridos.

Cada vez hay más pruebas que indican que el bajo peso al nacer predispone a los niños a padecer en el futuro tasas más elevadas de diabetes, enfermedades cardíacas y otros problemas de salud crónicos.

Las precauciones esenciales que se deben tomar con las mujeres embarazadas —como la atención y el descanso, la reducción de su trabajo y un régimen alimentario equilibrado que le suministre generosas cantidades de energía, proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos— son igualmente válidas para las mujeres que amamantan a sus hijos.

El amamantamiento combina perfectamente los tres componentes fundamentales de una nutrición sana —los alimentos, la salud y la atención— y constituye para el hijo la primera oportunidad de alimentación adecuada inmediatamente posterior al embarazo. Y aunque no todas las madres amamantan a sus hijos, la práctica sigue siendo una forma importante de proteger a los niños (véase también la página 47).

Debido a que la leche materna contiene todos los elementos nutritivos, anticuerpos, hormonas y antioxidantes que el lactante requiere para desarrollarse plenamente, es también un factor fundamental del desarrollo mental y físico de los niños.

Los niños que son amamantados no sólo tienen mejores reacciones inmunológicas a las vacunas, sino que el consumo de la leche materna les protege las membranas mucosas de los pasajes gastrointestinales y de las vías respiratorias, defendiéndolos de esta manera de la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores.<sup>21</sup>

En los países donde las tasas de mortalidad infantil son elevadas o moderadamente elevadas, un niño de una comunidad pobre que se alimente a biberón tendrá 14 veces más probabilidades de morir de enfermedades diarreicas y cuatro veces más probabilidades de morir de pulmonía que un niño alimentado exclusivamente con leche materna.<sup>22</sup>

El amamantamiento también es beneficioso para el desarrollo cognoscitivo. Un estudio sobre el tema demostró que las personas que habían sido amamantadas tenían, como promedio, cocientes intelectuales 8 puntos más altos que los niños que habían sido alimentados con biberón, además de mejores resultados en materia de rendimiento.<sup>23</sup> Los expertos en nutri-

ción suponen que esto se puede deber a que los ácidos grasos de cadena larga de la leche materna fomentan el crecimiento. También podría estar relacionado con la circunstancia de que los lactantes a quienes se amamanta sufren menos infecciones y, por tratarse de niños más sanos, se interesan más en el medio que los rodea y aprenden más que los otros niños.

Sin embargo, cuando se trata de madres infectadas con el VIH, el enorme valor del amamantamiento como baluarte contra la desnutrición, las enfermedades y la muerte tiene como contrapartida el peligro de que la leche de esas mujeres sea el vector de contagio del virus a los hijos, lo que sucede en el 14% de los casos, además del riesgo aun más grave, especialmente en las comunidades pobres con suministro inadecuado de agua y saneamiento, de que la alimentación artificial de los niños puede provocar la muerte por deshidratación a causa de diarreas e infecciones de las vías respiratorias.

Durante la segunda mitad del primer año de vida del niño, el crecimiento sináptico en la corteza prefrontal del cerebro, región que corresponde a la actividad reflexiva y lógica, consume el doble de la energía que necesita el cerebro adulto. Se supone que una parte importa del crecimiento sináptico se debe al estímulo y la atención que recibe el niño de corta edad: la atención, la alimentación y los juegos mediante los cuales los padres instruyen a sus hijos.

Después de unos seis meses, para poder lograr un crecimiento y un desarrollo óptimos, el niño debe recibir con frecuencia alimentos ricos en energía y contenido nutricional. Si el niño no recibe esa nutrición en el período de su desarrollo en que la necesita, las consecuencias son irreversibles. Y sigue siendo fundamental que el niño ingiera cantidades adecuadas de micronutrientes, especialmente yodo, hierro, vitamina A y zinc.

## Una explicación de las causas

Para poder comprender la magnitud y gravedad de la desnutrición, los avances logrados y las posibilidades de seguir progresando, es necesario comprender las complejas y sutiles causas del problema.

No hay duda que la desnutrición no es un problema simple con una solución sen-

cilla. La desnutrición es un fenómeno debido a causas diversas e interrelacionadas, y para subsanarla se necesitan respuestas igualmente intrincadas, polifacéticas y multisectoriales (Gráfico 5).

### Las causas inmediatas

La interacción entre la ingestión alimentaria inadecuada y las enfermedades, que representan las dos causas inmediatas más importantes de la desnutrición, tiende a crear un círculo vicioso, ya que cuando el niño desnutrido, cuya resistencia a las enfermedades es inferior, contrae una enfermedad, su desnutrición empeora. Los niños que entran en ese ciclo de desnutrición e infección pueden empeorar con consecuencias potencialmente fatales debido a que una agrava la otra (Gráfico 6).

La desnutrición reduce la capacidad del organismo para resistir la infección porque afecta el funcionamiento de los principales mecanismos de reacción inmunológica. Y esto, a su vez, lleva a casos de enfermedades cada vez más frecuentes, prolongados y graves.

Las infecciones causan la pérdida del apetito, la absorción deficiente de los alimentos y alteraciones del metabolismo y la conducta. Esto, a su vez, aumenta la necesidad de que el organismo ingiera elementos nutritivos, un factor que repercute en las pautas de alimentación de los niños de corta edad y en la manera en que se les da de comer (véase también la página 27).

### Las causas subyacentes

La ingestión alimentaria inadecuada y las enfermedades infecciosas tienen tres conjuntos de causas subyacentes: el acceso insuficiente a los alimentos en los hogares; la escasez de servicios sanitarios y un medio ambiente insalubre; y la atención inadecuada a las mujeres y los niños.

#### La seguridad alimentaria en el hogar

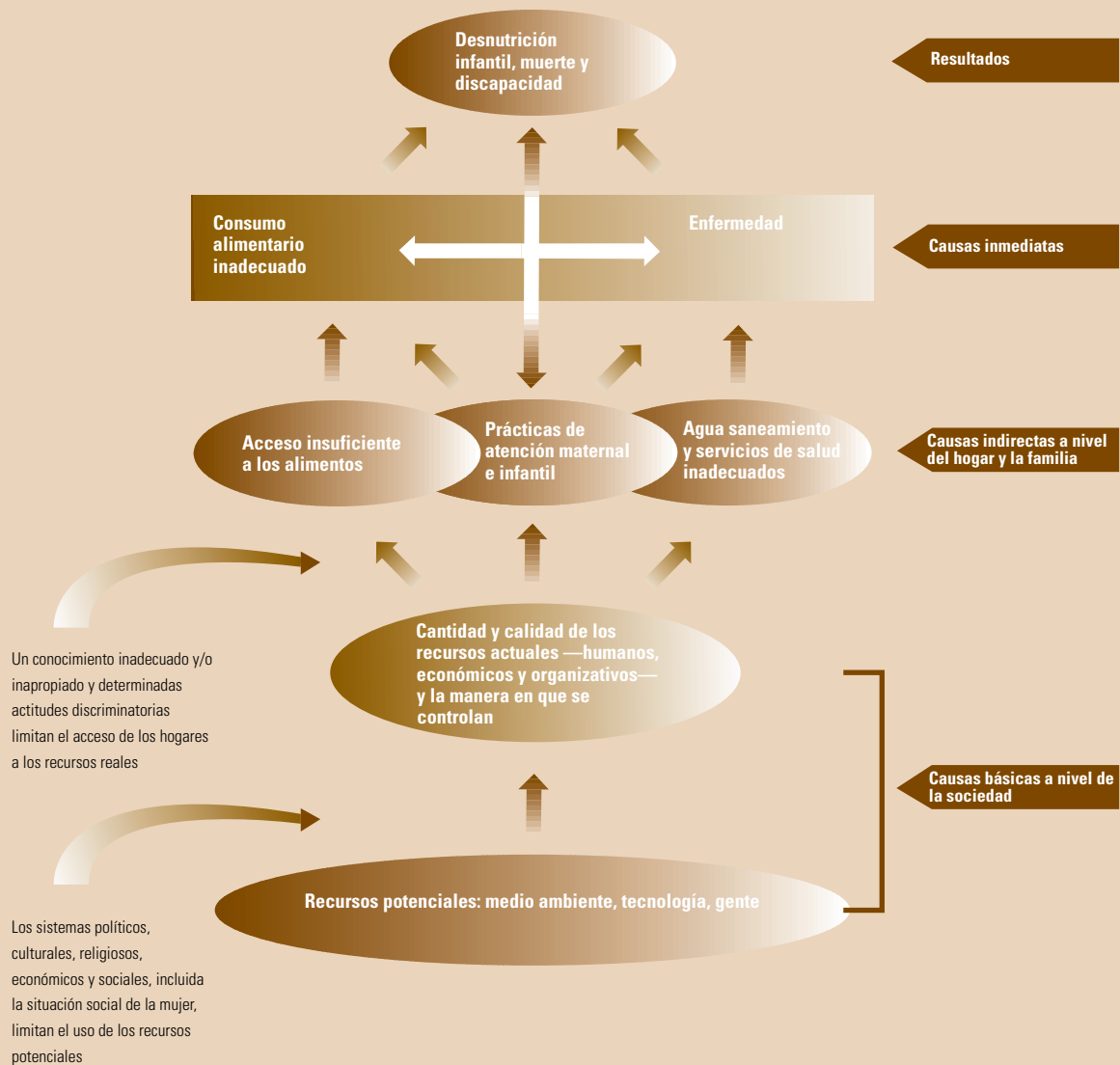
Se define a la seguridad alimentaria en el hogar como el acceso sostenible a alimentos sanos —que deben contener energía, proteínas y micronutrientes— de suficiente calidad y en suficiente cantidad como para asegurar que todos los inte-



*Una combinación variada de factores, como el acceso de las familias a la alimentación, la situación de la mujer, las prácticas de atención, las enfermedades y el acceso al agua potable, el saneamiento y los servicios básicos de salud, afectan la nutrición. Una niña a la puerta de su casa en El Líbano.*

## Gráf. 5 Causas de la desnutrición infantil

Este marco conceptual sobre las causas de la nutrición fue establecido en 1990 y forma parte de la Estrategia del UNICEF sobre Nutrición. El marco revela que las causas de la desnutrición son multisectoriales y abarcan la alimentación, la salud y las prácticas de atención. También se pueden clasificar como inmediatas (a nivel individual), indirectas (a nivel del hogar y la familia) y básicas (a nivel de la sociedad), de tal modo que los factores a un nivel influyen sobre otros niveles. El marco se utiliza, a nivel de distrito y en el plano local, como un instrumento de ayuda en la planificación de acciones eficaces para mejorar la nutrición. Sirve de guía en la apreciación y análisis de las causas del problema de la nutrición y contribuye a establecer la combinación más apropiada de medidas a tomar.



Fuente: UNICEF, 1997.



grantes de la familia ingieran alimentos adecuados y disfruten de una vida saludable.

En las regiones rurales la seguridad alimentaria en el hogar puede depender del acceso a la tierra y a otros recursos agrícolas que garanticen una producción doméstica suficiente.

En las zonas urbanas, donde los alimentos se adquieren por lo general en los mercados, es necesario que se disponga de una variedad de alimentos a precios accesibles para garantizar la seguridad alimentaria. Otras fuentes potenciales de alimentos son el trueque, los obsequios de amigos y familiares y, en casos extremos, los alimentos que puedan proveer las organizaciones humanitarias.

La seguridad alimentaria en el hogar depende del *acceso* financiero, material o social a los alimentos, a diferencia de la *disponibilidad* de los mismos. Por ejemplo, en determinado sitio puede haber abundancia de alimentos disponibles en el mercado, pero las familias pobres que no cuentan con medios para adquirirlos no tienen seguridad alimentaria.

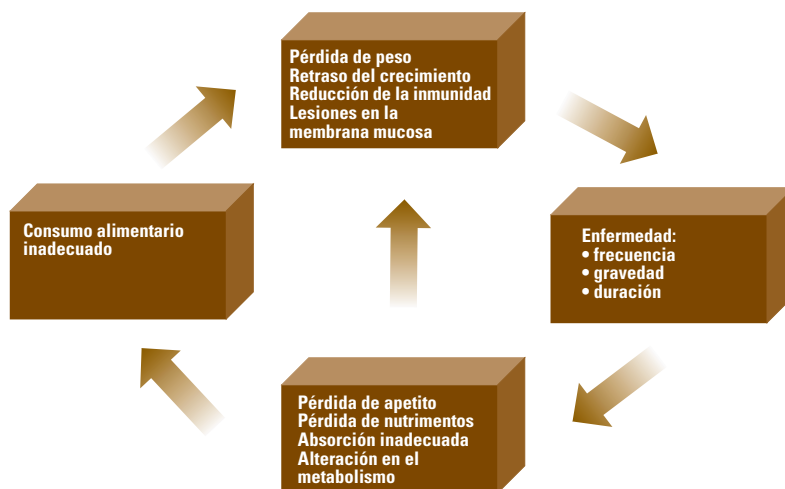
Para los pobres, por lo tanto, la seguridad alimentaria en el hogar suele ser en extremo precaria. La producción agrícola varía de acuerdo con la temporada y con las condiciones ambientales a largo plazo. Las familias que venden su producción agrícola pueden verse obligadas a cobrar precios fluctuantes debido a una serie de factores que no dominan, mientras que las familias que tienen necesidad de adquirir alimentos pueden verse obligadas a pagar precios exorbitantes.

Las familias en condiciones de mera subsistencia tienen muy pocas posibilidades de almacenar alimentos o de contar con soluciones alternativas que las protejan en épocas de necesidad. De manera que, aunque las familias pobres pueden contar con un acceso adecuado a los alimentos durante un mes, lo que es esencial es que el acceso a la nutrición sea no sólo regular sino también sostenible.

Las mujeres desempeñan un papel fundamental con relación a la seguridad alimentaria en el hogar. En la mayoría de las sociedades, son las únicas responsables de la preparación, la cocción, la conservación y el almacenamiento de los alimentos de la familia; y en muchas sociedades son las principales responsables de producirlos y adquirirlos. Para que la seguridad alimen-

## Gráf. 6 Consumo alimentario inadecuado/ciclo de la enfermedad

El consumo alimentario inadecuado y las infecciones se producen siguiendo un ciclo vicioso que puede considerarse como la causa de las altas tasas de mortalidad y morbilidad observadas en los países en desarrollo. Cuando los niños no comen lo suficiente o no comen bien, las defensas de su sistema de inmunodeficiencia se reducen, y como consecuencia de ello aumenta la frecuencia, gravedad y duración de la enfermedad. Esta última acelera la pérdida de nutrientes y suprime el apetito —y por lo tanto los niños enfermos tienden a no comer lo que deberían— y el ciclo continúa.



taria en el hogar se refleje en una buena nutrición, es necesario reducir esa abrumadora carga de trabajo, o distribuirla de manera más equitativa, para que sea posible satisfacer otras necesidades de los niños, que también están relacionadas con la nutrición.

## Los servicios sanitarios y el abastecimiento de agua potable y saneamiento

Uno de los requisitos esenciales para la buena salud es el acceso a los servicios preventivos y de tratamiento de la salud de buena calidad y a costo razonable.

Las familias deberían disponer de centros sanitarios a distancias prudentes de sus hogares y el personal de esos centros debería contar con la capacidad y los equipos necesarios para brindar la orientación y la atención requeridas. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), aunque los niveles de acceso a los servicios sanitarios varían ampliamente, en unos 35 de los países más pobres entre el 30% y el 50% de la población carece absolutamente de acceso a los servicios de atención de la salud.<sup>24</sup>

## Crecimiento y saneamiento: ¿Podemos aprender de los pollos?



UNICEF/96-0234/Toutouji

**H**ace ya tiempo que los granjeros que crían aves de corral saben que un pollo que vive en un entorno sucio crece deficientemente y que, si bien no siempre está claramente enfermo, gana poco peso.

¿Tiene esto alguna relación con el crecimiento de los niños? Puesto que el crecimiento, como otros resultados de la nutrición, está determinado muy directamente por la dieta y el estado de salud, la respuesta, al menos en parte, ha de ser afirmativa. Las enfermedades infecciosas —que se propagan más fácilmente en condiciones insalubres— causan una ingesta alimentaria menor y hacen que los nutrientes ingeridos sean de poca utilidad. Ello, a su vez, produce una menor resistencia a la infección, y así sucesivamente, en un círculo vicioso entre el régimen alimentario y la infección (Gráfico 6).

Los estudios de los que disponemos en la actualidad parecen indicar que un entorno insalubre puede tener efectos más graves que los atribuidos a brotes específicos de una enfermedad. Los investigadores creen que niños que viven en esas condiciones pueden sufrir problemas de baja intensidad pero casi constantes en sus sistemas inmunológicos, que merman su crecimiento, tal como se demostró en el caso de las aves de granja. El Dr. Noel Solomons, del

Centro de Estudios de Deficiencias Sensoriales, Envejecimiento y Metabolismo, y otros colegas sugieren que, además de existir niños sanos (que no presentan enfermedad clínica) y niños aquejados de infecciones graves (con síntomas de enfermedad fácilmente detectables), existe otra categoría de “infectados no aparentes”. Los niños con infecciones que no son aparentes no ofrecen síntomas de enfermedad clínica, pero algunos de sus indicadores inmunológicos presentan niveles anormales. Estas infecciones inaparentes y la crónica estimulación de baja intensidad de su sistema inmunológico, junto a las condiciones insalubres de vida, pueden indicar que los nutrientes se destinan a apoyar la respuesta inmune del organismo en vez de contribuir al crecimiento.

Aunque tanto en el Asia meridional como en el África al sur del Sahara hay pobreza, las tasas de desnutrición, y especialmente el retraso en el crecimiento, son mucho mayores en el Asia meridional. Se han propuesto diversas hipótesis para explicar esta diferencia, y una de ellas es que ello se debe tanto a las peores condiciones de saneamiento y prácticas higiénicas como a que tanto la densidad de población como la superpoblación son mucho mayores en el Asia meridional.

Sin duda, los peligros que entraña la escasez de agua potable son bien conocidos. Un reciente análisis de los datos recopilados por los Demographic and Health Surveys, un proyecto que cuenta con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), indica que los beneficios sanitarios y en materia de nutrición que se obtienen cuando se mejora el saneamiento, especialmente el de excrementos, pueden superar incluso a los que se derivan únicamente de la mejora del suministro de agua potable.

Un grupo dirigido por el Dr. Reynaldo Martorell, de la Emory University (Estados Unidos), ha preparado un estudio que arrojará luz sobre la relación existente entre el saneamiento y el retraso en el crecimiento. Este estudio seguirá a 800 niños en dos localizaciones del Asia meridional y a 800 más en otras dos del África al sur del Sahara, desde el momento en que sus madres quedan embarazadas hasta que tengan 2 años de edad, y recopilará gran cantidad de datos diferentes sobre saneamiento, prácticas higiénicas y otros aspectos del entorno del hogar. Se medirá con frecuencia el crecimiento del niño, y se anotarán indicadores sobre prácticas alimenticias, calidad del régimen alimentario, enfermedades y otros factores. El UNICEF está ayudando a conseguir los fondos necesarios para financiar este estudio.

Establecer un vínculo de causa y efecto entre las condiciones de saneamiento y el crecimiento del niño ayudará sobremanera a aclarar las prioridades a la hora de adoptar medidas en este ámbito. Dicho vínculo también pondrá de manifiesto cuán útil es el modelo “pollo sucio” para entender el retraso de crecimiento en los niños.

*Foto: Las condiciones de vida antihigiénicas provocan enfermedades que amenazan la existencia de los niños y su crecimiento. Nuevas investigaciones indican que un medio ambiente antihigiénico influye en el crecimiento incluso antes de que se produzca ninguna infección aguda.*

En África se inauguró en 1987 el programa conocido como Iniciativa de Bamako, con el propósito de resolver la crisis en materia de atención de la salud que se desató como resultado de las reducciones presupuestarias y el deterioro económico del decenio de los ochenta. Se trata de una estrategia destinada a mejorar los servicios de atención de la salud mediante el traspaso desde el gobierno central a las comunidades del control, la administración y hasta parte del financiamiento de estos servicios.

Los principios de la iniciativa, que ya se aplican en varios países africanos, son adoptados y adaptados también en otras regiones, en muchos casos con resultados promisorios. Los centros sanitarios reciben suministros de medicamentos básicos con más regularidad y, debido a que existen comités de administración integrados por miembros de cada comunidad, los pobladores pagan precios razonables por los servicios básicos y se da un uso apropiado a los fondos que se recaudan.

A pesar de ello, mucha gente carece de acceso a los servicios de atención de la salud y posiblemente no acude a recibir tratamiento adecuado cuando corresponde debido a las tarifas que deben pagar los usuarios de los servicios de atención de la salud.

Aun más difícil de poner en práctica es el reto adicional de generar un clima en el que los componentes de servicios preventivos de la salud y atención nutricional se puedan integrar al modelo de la Iniciativa de Bamako. Porque se trata de conceptos menos tangibles que la atención curativa, hay por lo general una menor demanda de servicios preventivos de la salud y atención nutricional. Pero los servicios de prevención son fundamentales y resultan muy eficaces en función de sus costos.

En cuanto a los factores ambientales que afectan la salud, la carencia de acceso directo a fuentes de agua potable y al saneamiento ambiental adecuado, además de las condiciones antihigiénicas en que se preparan los alimentos y que imperan dentro y alrededor de los hogares, a las que se deben la mayoría de los casos de diarrea infantil, tienen consecuencias graves en cuanto a la propagación de las enfermedades infecciosas.

Por añadidura, cuando los alimentos se preparan en condiciones antihigiénicas y

las familias viven en un medio ambiente insalubre, rodeadas de excrementos animales y humanos, los niños de corta edad corren mayor riesgo de contraer infecciones con parásitos intestinales, que es otra de las causas del crecimiento deficiente y la desnutrición (Recuadros 5 y 20).

Asimismo, sobre las mujeres y los niños suele recaer la responsabilidad de recoger el agua para el uso doméstico, tarea que consume gran cantidad de tiempo y energía. Se ha calculado que si se redujera la distancia que las mujeres deben recorrer para llegar a las fuentes de agua, podrían consumir mucha menos energía. Ese ahorro podría ser de entre 300 y 600 calorías por día, según la distancia a recorrer.<sup>25</sup>

Aunque se han realizado importantes avances en materia de acceso al agua potable, aún hay 1.100 millones de personas que carecen de ese elemento fundamental para una buena nutrición.<sup>26</sup>

En cuanto a la eliminación de desechos, el mundo está en franco retroceso, ya que las tasas de cobertura descienden tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Para fines de 1994, sólo el 18% de la población rural contaba con servicios adecuados de saneamiento,<sup>27</sup> unos 2.900 millones de personas carecía totalmente de acceso a tales servicios.<sup>28</sup>

## Las prácticas de la atención

La experiencia enseña que los niños pueden estar desnutridos aun cuando en sus hogares se cuente con alimentos adecuados y sus familias vivan en ambientes sanos y saludables y dispongan de acceso a los servicios de salud.

Hace relativamente poco tiempo que se reconocen y comprenden las perniciosas ramificaciones que tiene la atención inadecuada de las mujeres y los niños, el tercer componente de las causas subyacentes de la desnutrición.

La atención se refleja en la manera en que se alimenta, nutre, educa y orienta al niño. Se trata de la expresión por parte de los individuos y las familias de los valores domésticos y culturales que los alientan. Desde el punto de vista de la nutrición, la atención comprende todas las medidas, conductas y prácticas mediante las cuales la disponibilidad de alimentos y recursos sanitarios se traduce en el crecimiento y

***La experiencia enseña que los niños pueden estar desnutridos aun cuando en sus hogares se cuente con alimentos adecuados y sus familias vivan en ambientes sanos y saludables y dispongan de acceso a los servicios de salud.***

***La introducción de los alimentos complementarios es un paso vital. Si el niño comienza a recibir tales alimentos mucho antes de cumplir los 6 meses, o si los mismos se preparan o almacenan en el hogar en condiciones antihigiénicas, el niño corre mayores riesgos de sufrir desnutrición y enfermedades.***

desarrollo normal de los niños. Se suele suponer, erróneamente, que ese conjunto de actividades relacionadas con la atención de los niños compete exclusivamente a las madres, cuando en realidad es responsabilidad de toda la familia y la comunidad, que también debe brindar atención a las madres y a sus hijos.

Las madres que viven en comunidades donde reciben apoyo y atención pueden atender y criar mejor a sus hijos pequeños.

De las diversas prácticas de atención de los niños que afectan su nutrición y su salud, las más importantes son las siguientes:

► **La alimentación:** Como hemos visto, el amamantamiento como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida, complementado luego con alimentos sanos y de alta calidad hasta el segundo año de vida, brinda a los niños la nutrición más completa y los protege contra las infecciones.

La introducción de los alimentos complementarios es un paso vital. Si el niño comienza a recibir tales alimentos mucho antes de cumplir los 6 meses, o si los mismos se preparan o almacenan en el hogar en condiciones antihigiénicas, el niño corre mayores riesgos de sufrir desnutrición y enfermedades.

Por otra parte, el niño debe comenzar a ingerir alimentos complementarios a los 6 meses, dado que la leche materna ya no satisface todas sus necesidades nutricionales. Si ese cambio se produce mucho después de los 6 meses, puede afectar el crecimiento del niño.

Durante el período en que recibe alimentación complementaria, de los 6 a los 18 meses de edad, el niño debe ser alimentado con frecuencia —por lo menos cuatro veces por día, de acuerdo con la cantidad de veces que recibe leche materna y con otros factores— y debe ingerir alimentos que, por una parte, sean ricos en energía y elementos nutritivos, pero que, por otra, también sean de digestión fácil.

Será necesario adaptar los alimentos habituales de cada familia a las necesidades de sus niños de corta edad, y disponer de tiempo para preparar las comidas y alimentarlos.

Las prácticas propias de la atención de los niños deben basarse en una buena información y unos conocimientos sólidos, y debe estar libre de prejuicios y percep-

ciones culturales erróneas. En muchas culturas, por ejemplo, no se suministran alimentos ni líquidos a las personas aquejadas de diarrea, en la creencia equivocada de que de esa manera se curará la diarrea. Se trata de una práctica peligrosa porque priva al niño de elementos nutritivos y agua, que son fundamentales para la recuperación del enfermo.

Hay otros comportamientos que afectan la nutrición; por ejemplo, si a los niños se les sirve la comida antes o después que a los demás miembros de la familia, o si se da trato preferencial a los varones en materia de alimentación. En varias culturas y diversos países, los hombres, los huéspedes adultos y los niños varones comen antes que las mujeres y las niñas.

Otro elemento importante de la atención de los niños es el nivel de conocimientos sobre la higiene y el contagio de las enfermedades. Esos conocimientos afectan la manera en que se preparan y almacenan los alimentos y si los miembros de la familia se lavan las manos cuidadosamente antes de comer.

Las ideas sobre qué constituye una conducta infantil apropiada también ejerce una importante influencia. Por ejemplo, si en determinada cultura se considera que es una falta de respeto que los niños pidan alimentos, pueden suscitarse problemas de alimentación.

► **La protección de la salud de los niños:**

Otra conducta relacionada con la atención de los niños, basada en un conocimiento y una información adecuados, es garantizar que reciban atención de la salud esencial cuando corresponda, ya que el tratamiento de las enfermedades en sus etapas iniciales puede impedir que éstas se agraven.

La inmunización de los niños, por ejemplo, debe realizarse con ajuste a un programa específico. Es necesario que las comunidades cuenten con información válida y que se asista a las familias y personas que atienden a los niños cuando tratan de conseguir una atención sanitaria adecuada para ellos.

El tratamiento terapéutico de un niño gravemente desnutrido en un hospital resulta siempre mucho más caro que la atención preventiva. Según un estudio llevado a cabo en 1990 por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, las inversiones en programas de nutrición de las

embarazadas son muy rentables, ya que cada dólar gastado en nutrición prenatal representa un ahorro de unos 3 dólares en gastos médicos durante los primeros dos meses de vida de los niños.<sup>29</sup>

Un estudio realizado en Ghana descubrió ahorros similares. En ese estudio, los niños que habían recibido suplementos de vitamina A tuvieron que asistir en menos oportunidades a las clínicas y registraron menores tasas de internación en hospitales que los niños que no habían recibido tales suplementos.

► **El apoyo y el estímulo cognoscitivo a los niños:** Para lograr un desarrollo óptimo, los niños requieren apoyo emocional y estímulo cognoscitivo, y los progenitores y demás personas encargadas de su crianza pueden prestarles una valiosa ayuda reconociendo las acciones y necesidades de los lactantes, y respondiendo ante las mismas.

También es importante brindar estímulo a los niños desnutridos, ya que diversos estudios demostraron que los niños en esa condición a quienes se les dio estímulo verbal y cognoscitivo tuvieron tasas de crecimiento más altas que los que no recibieron esa forma de asistencia.<sup>30</sup>

El amamantamiento ofrece la primera oportunidad de brindar apoyo y estímulo al niño. Mediante esa práctica, la madre y el hijo establecen estrechos lazos emocionales que resultan beneficiosos para ambos. Todos los niños necesitan del juego y el estímulo que los deleitan y que son fundamentales para su desarrollo cognoscitivo, motor y social.

El estímulo verbal de las personas que atienden al niño tiene una gran importancia para su desarrollo lingüístico. Los niños enfermos o desnutridos que sienten dolor o han perdido el apetito necesitan una atención especial que los aliente a alimentarse y a volver a interesarse en todo lo que los rodea durante el proceso de recuperación.

Además de requerir una mejor ingesta de elementos nutritivos para que el desarrollo cognoscitivo sea óptimo, el niño debe recibir el estímulo de otros niños, y relacionarse con ellos con regularidad. Mediante la educación de los progenitores y otras personas a cargo de los niños es posible mejorar la calidad de esos contactos entre niños. Los programas en los que los niños se hacen cargo de otros niños,

por ejemplo, pueden munir a los de mayor edad de recursos simples con los que mejorarán la atención, el desarrollo y el bienestar nutricional de sus hermanos menores.

Los dirigentes políticos deben reconocer la importancia de las medidas orientadas a lograr esos fines y deben tenerlas en cuenta cuando tracen políticas y preparen programas.

Pero estas medidas deben planificarse cuidadosamente para que su ejecución resulte oportuna. Muchas actividades dedicadas al desarrollo de los niños de corta edad se concentran en los mayores de 3 años, cuando en realidad se debería prestar más atención a los menores de 3 años y se debería combinar la atención, la buena nutrición y las actividades psicosociales de los niños.

► **Atención y apoyo a las madres:** En la medida en que la división injusta del trabajo y los recursos en las familias y comunidades favorezca a los hombres, y que las mujeres y niñas sufran discriminación en materia de educación y empleo, las consecuencias afectarán también las prácticas de la atención de los niños que guardan estrecha relación con su bienestar nutricional.

Como promedio, las mujeres invierten casi el doble de tiempo que los hombres en sus familias y en el cuidado de la casa. En Bangladesh, la India y Nepal, las mujeres y las niñas dedican entre tres y cinco horas semanales más que los hombres y los niños a tareas tales como el acarreo de combustible y el cultivo y procesamiento de alimentos.<sup>31</sup>

Las mujeres dedican entre 20 y 30 horas semanales a realizar otras tareas del hogar por las que no reciben un salario. Si esa carga no se distribuye mejor y de manera más equitativa, las consecuencias las pagarán tanto las mujeres como el papel que ellas desempeñan en la crianza de los niños.

Entre los elementos que afectan la atención de los niños y que tienen mayor importancia para las mujeres durante el embarazo y la lactancia figuran la necesidad de que éstas reciban cantidades suplementarias de alimentos de buena calidad, que se liberen de las labores pesadas, que cuenten con suficiente tiempo de descanso, y que reciban buena atención prenatal y postnatal por parte de personal



UNICEF/95-0812/Lemojine

*El amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de la vida de un niño no solamente proporciona el mejor alimento y protección contra la infección, sino que también permite a las madres y sus hijos establecer vínculos emocionales. Una mujer amamanta a su hijo de 3 meses de edad en la República Federal de Yugoslavia.*

## La leche materna y la transmisión del VIH

La lactancia materna confiere enormes beneficios al evitar la desnutrición y las enfermedades, salvar vidas y ahorrar dinero. Es también, no obstante, una vía por la que una madre con reacción serológica VIH positiva puede transmitir el virus a su hijo lactante. El niño sufre el mayor riesgo, cifrado en un 20%, de infección vertical, es decir, de madre a hijo, durante la fase final del embarazo y el alumbramiento. Existe un riesgo adicional del 14% de que el niño quede infectado a través de la leche materna.

Este riesgo de infección a través de la lactancia debe contrapesarse con los grandes peligros que entraña la alimentación artificial: en las comunidades donde el saneamiento es inadecuado y las familias pobres, la muerte por diarrea es 14 veces superior en niños alimentados artificialmente que en lactantes. Si las mujeres infectadas y las que temen infectarse con el VIH (sin estar realmente infectadas) abandonasen la lactancia en masa, sin disponer de alimentos alternativos seguros y fiables para sus hijos, las consiguientes muertes de niños por diarreas e infecciones respiratorias podrían superar con creces las ocasionadas por el VIH.

El dilema al que se enfrenta una mujer infectada con el VIH que no tiene acceso fácil al agua potable, que no cuenta con suficiente combustible para esterilizar los biberones y preparar un alimento que sustituya a la leche materna, o que no puede permitirse pagar leche maternizada suficiente como para asegurar a su hijo una alimentación nutritiva, es un dilema penoso, que ninguna madre puede resolver por sí sola. Es primordial, tal como estableció en 1996 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que se preste apoyo a las mujeres que encaran este dilema. Las medidas siguientes pueden considerarse importantes puntos de partida:

- Las mujeres embarazadas deberían tener acceso al asesoramiento y a

reconocimientos voluntarios y confidenciales con los que determinar su estado de salud. Si están infectadas con el VIH, deberían recibir un tratamiento adecuado para reducir el riesgo de transmisión vertical. Si no están infectadas, es muy importante que se les ofrezca una educación sanitaria para ayudar, a ellas y a sus parejas, a no contagiarse con el virus.

- Las madres infectadas con el VIH deberían recibir información sobre los riesgos tanto de transmisión vertical a través de la lactancia como de contraer en su entorno local infecciones asociadas a la alimentación artificial. Asesores en materia de VIH o profesionales sanitarios deberían ayudar a que cada mujer entienda estos riesgos para poder posteriormente tomar su propia decisión.
- Si una madre infectada con el VIH puede disponer de sucedáneos adecuados de la leche materna, que pueda preparar de forma higiénica, debería entonces considerar la posibilidad de dar a su hijo una alimentación artificial. Otra posibilidad es que una ama de leche sana amamante al niño; esto, en algunas culturas, puede ser una opción aceptable. El tratamiento térmico de la leche materna extraída previamente (manteniéndola a 62,5 grados centígrados durante 30 minutos) destruye el virus, y puede ser una buena alternativa para algunas mujeres.
- Cuando las madres con reacción positiva en la prueba del VIH deciden no dar de mamar a su hijo, pero no pueden o no disponen de los medios para alimentarlo de otro modo, se necesitará de la ayuda de diversas dependencias gubernamentales y de organismos asociados. Debe prestarse atención a las necesidades de las mujeres que se encuentran en una situación de mayor desventaja, mejorando su suministro de agua y

su servicio de saneamiento y prescribiéndoles una diligente atención sanitaria familiar.

Estas medidas deberían considerarse para establecer una estrategia integrada destinada a reducir la transmisión vertical, ya que la lactancia es sólo una pequeña parte del problema. Es imprescindible, en cualquier estrategia dirigida a reducir la transmisión vertical, que se pongan a disposición de la mujer pruebas médicas y asesoramiento de carácter voluntario y confidencial. También es esencial que se facilite un completo elenco de servicios médicos prenatales y obstétricos asociados a la reducción del riesgo de contagio.

Los estudios que se están realizando nos permitirán pronto entender mejor los mecanismos, el ritmo temporal y los riesgos de la transmisión vertical. Puede ser posible, en algunos años, ofrecer a todas las mujeres servicios baratos y de fácil prestación que reduzcan al mínimo o incluso eliminen el riesgo de transmisión vertical. Por ahora, deben ser prioridades absolutas el acceso a pruebas médicas, asesoramiento, información y el resto de los servicios señalados anteriormente.

médico capacitado y sensible a las necesidades de las pacientes.

La pandemia del SIDA ha incorporado a determinadas conductas y relaciones humanas que ya eran delicadas de por sí nuevas cuestiones que tienen un carácter volátil. Debería otorgarse una mayor prioridad a la mejora del acceso a los servicios que ayuden a reducir al mínimo posible los riesgos de contagio con el VIH de las mujeres y sus parejas antes, durante y después del embarazo (Recuadro 6).

Las normas y prejuicios culturales influyen en la atención que reciben las mujeres durante el embarazo. En algunas culturas de determinadas regiones de Asia, el régimen alimentario de las mujeres embarazadas excluye el pescado, los huevos y la grasa porque existe el temor de que las mujeres que los ingieran tendrán bebés demasiado grandes que complicarán el alumbramiento. Pero las investigaciones demuestran que cuanto mejor es la alimentación de la madre más adecuado será el peso del niño sin que aumente la circunferencia craneana, el factor más peligroso para las mujeres pequeñas (Recuadro 7).

La adecuación de la carga laboral es otro aspecto relacionado con la atención que deben recibir las mujeres durante el embarazo, una cuestión con ramificaciones importantes. Un estudio realizado en una aldea de Gambia indicó que aun en las épocas de escasa actividad agrícola, las mujeres embarazadas sólo aumentaban, como promedio, 5,5 kilogramos, lo que representa apenas la mitad del aumento de peso necesario para que el feto tenga un desarrollo normal.<sup>32</sup>

Si se la combina con el suministro de más alimento de mejor calidad, la reducción de la carga de trabajo de las embarazadas mejora la situación nutricional de la mujer y el feto y reduce el peligro de que el hijo nazca con peso inferior al normal.

En Viet Nam, cuando los hombres se hicieron cargo de algunas de las tareas que correspondían a sus mujeres durante el tercer trimestre del embarazo, las mujeres descansaron más y sus hijos nacieron con más peso. En Indonesia, los hijos de mujeres embarazadas que recibieron alimentación suplementaria no nacieron con más peso pero se desarrollaron mejor durante su primer año de vida.

El hecho de que las mujeres sean generalmente las personas a cargo de la atención

de los niños no significa que los hombres, las familias y las comunidades estén exentos de las responsabilidades de su cuidado.

Las exigentes —y generalmente opresivas— condiciones patriarcales en que viven millones de mujeres deben ser reemplazadas por uniones igualitarias en las que las mujeres cuenten con autonomía y disfruten la satisfacción que se desprende de la adquisición de mejores aptitudes y una mayor capacidad.

Al mismo tiempo, es necesario eliminar las presiones que se ejercen sobre las niñas para que se casen en la adolescencia. Un estudio llevado a cabo en África occidental, por ejemplo, señaló que casi un 20% de las niñas de las regiones rurales de Gambia y el Senegal y un 45% de las niñas del Níger se casan antes de los 15 años. Esas estadísticas recalcan la necesidad de que las mujeres y las niñas tengan una mayor participación en las decisiones más importantes sobre cuestiones que les incumban, entre ellas no sólo la edad de casamiento sino también el espaciamiento de los nacimientos de sus hijos.

El embarazo en la adolescencia es un grave factor de peligro tanto para la madre como para el hijo, ya que la niña puede no haber terminado de desarrollarse cuando tiene su primer embarazo, lo que puede complicar el alumbramiento. O el recién nacido puede tener un peso inferior al normal (Gráfico 7). El parto conlleva también mayores riesgos de toxemia, hemorragia, anemia, infección, parto con obstrucción y mortalidad perinatal.

Por lo tanto, es necesario tomar medidas que hagan posible que las mujeres y niñas desarrollen sus aptitudes y su capacidad, incluido el acceso a los recursos familiares y comunitarios, como el crédito, y a la educación y la información.

### ***Causas básicas***

Se suele afirmar que la pobreza en el plano de la familia es la principal causa de la desnutrición infantil. A pesar de que es cierto que la carencia de recursos y la desnutrición suelen ir de la mano, también lo es que la afirmación anterior sólo representa parte de una verdad más compleja.

En realidad, muchas familias pobres reciben una nutrición adecuada, mientras que en muchas familias en mejor situación económica existe desnutrición.

***Las exigentes, y generalmente opresivas, condiciones patriarcales en que viven millones de mujeres deben ser reemplazadas por uniones igualitarias.***

## Las galletas con alto contenido energético mejoran la supervivencia infantil en un 50%



UNICEF/91-0873/Proazi

**E**n Gambia, mediante una serie de intervenciones dirigidas específicamente a mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas, se está logrando que aumente el peso al nacer de los niños y, a la vez, que disminuya considerablemente el riesgo de que mueran durante el parto o poco después de nacer.

Un amplio estudio regulado que se realizó en la región rural del Kiang occidental estableció que entre las mujeres embarazadas que recibieron una ración diaria de galletas de fabricación local, ricas en contenido energético, la cantidad de niños con bajo peso al nacer disminuyó en casi un 40%, mientras que las tasas de mortinatalidad y de mortalidad perinatal de los niños disminuyeron en casi un 50%. Esos resultados notables confirman la tesis de que para disminuir los casos de bajo peso al nacer hay que darles suplementos alimentarios a las mujeres embarazadas.

“El estudio demuestra claramente que el mejoramiento de la nutrición materna, que puede lograrse a través del sistema de atención primaria de la salud,

puede tener consecuencias sumamente beneficiosas cuando se concentra con eficacia en las mujeres que realmente lo necesitan”, dice uno de los autores del estudio, el Dr. Sana Ceesay, del Centro de Nutrición Dunn, afiliado a la Universidad de Cambridge, que ha trabajado en colaboración con el Departamento de Salud de Gambia. Los resultados del estudio se publicaron en el *British Medical Journal* en agosto de 1997.

El UNICEF calcula que más de 24 millones de niños nacen cada año pesando menos de 2,5 Kg, que es el peso mínimo al nacer. El 95% de esos nacimientos se producen en el mundo en desarrollo. El bajo peso al nacer aumenta el peligro de mortalidad neonatal y es una de las principales causas de la subsiguiente falta de crecimiento y desarrollo infantiles. El bajo peso al nacer se puede deber a una serie de factores presentes en la madre, entre ellos, una talla pequeña, infecciones uterinas, bajas tasas de oxígeno en la sangre a causa del trabajo excesivo o la altitud, infección palúdica y el fumar. Sin embargo, cuando todos esos facto-

res son idénticos, la frecuencia de bajo peso al nacer es mayor entre las madres pobres que entre las más pudientes.

La explicación más probable de esta diferencia es que una nutrición materna poco adecuada impide el desarrollo fetal normal. Sin embargo, antes de este estudio realizado en Gambia, no se había podido probar satisfactoriamente que el mejoramiento de la dieta materna durante el embarazo beneficiase realmente a los niños.

Los estudios anteriores indicaban que en esa parte del África occidental las mujeres embarazadas no comían lo suficiente para satisfacer las necesidades energéticas creadas por actividades tales como la recolección de agua y combustible, la agricultura y el cuidado de los niños, aparte de las necesidades energéticas y otras necesidades nutritivas impuestas por el embarazo. Esto ponía en peligro el desarrollo de sus niños.

El ensayo de suministro de suplementos prenatales duró cinco años y se realizó en 28 aldeas de la misma región de Gambia. En las aldeas donde se intervino, las madres embarazadas recibieron diariamente galletas de alto contenido energético, hechas principalmente de maní. Esas galletas suministraban 1.000 calorías diarias a las mujeres con 20 semanas o más de embarazo. Las fabricaban dos panaderías de aldea, usando ingredientes locales y hornos tradicionales de barro. Las mujeres en las aldeas de control recibieron medicamentos antipalúdicos, suplementos de hierro y ácido fólico y el mismo cuidado prenatal que las mujeres de las aldeas donde se intervino: lo único que no recibieron fueron las galletas durante el embarazo. Los trabajadores en el terreno pesaron a intervalos regulares a todas las mujeres participantes en el estudio, y pesaron y midieron a los recién nacidos.

El suplemento de galletas produjo un aumento muy significativo en el peso al nacer, disminuyendo en un 39% la cantidad de niños clasificados con bajo peso al nacer. Digna de notarse, en particular, fue la disminución en los nacimientos de bajo peso ocurridos durante la “tempo-



rada de hambre” anual, cuando el peso al nacer es normalmente más bajo que en la temporada de la cosecha, a causa de la mala nutrición materna combinada con las duras tareas agrícolas propias de la estación. (Es poco probable que los suplementos alimentarios hubiesen surtido el mismo efecto en mujeres embarazadas que no padeciesen de carencia energética crónica.)

Aparte de constatar los extraordinarios beneficios del suplemento alimentario, el estudio refuta la idea aún prevaleciente en ciertos círculos de que el mejoramiento de la dieta de las mujeres embarazadas podría provocar tasas más altas de complicaciones obstétricas debido al mayor tamaño de los recién nacidos. Aunque el peso al nacer de los niños de las mujeres que recibieron galletas fue indudablemente mayor, la circunferencia de la cabeza, que es el factor más estrechamente relacionado con la disproporción pélvica en el parto, fue sólo ligeramente mayor. La tasa de complicaciones obstétricas de esa índole no fue mayor en las mujeres que recibieron el suplemento alimentario.

*Foto: Un recién nacido saludable duerme tranquilamente en Gambia.*

Para comprender las razones de esta aparente paradoja es necesario conocer y entender los diversos tipos de recursos que se necesitan para una buena nutrición, y los factores que afectan el grado de acceso y control de esos recursos del que disponen las familias.

Mediante su estrecha interrelación, los tres componentes de la nutrición — los alimentos, la salud y la atención— ejercen una importante influencia en la vida de la familia. Con frecuencia, en los esfuerzos por satisfacer alguna de las condiciones necesarias para obtener una buena nutrición, se compite por los mismos recursos que demanda la satisfacción de otra condición.

Por ejemplo, si una mujer debe invertir una cantidad excesiva de tiempo en la producción de los alimentos necesarios para garantizar la seguridad alimentaria de su hogar, puede peligrar su capacidad de brindar atención adecuada a sus hijos, lo que puede ser causa de desnutrición en un hijo de corta edad.

En algunos casos, hasta los esfuerzos mejor encaminados de algunas familias por lograr una buena nutrición para todos sus integrantes se frustran debido a factores políticos, jurídicos y culturales en el plano nacional o regional. Entre esos factores puede figurar, por ejemplo, el grado en que las leyes y las costumbres protegen los derechos de las mujeres; el sistema político y económico que determina la manera en que se distribuyen los ingresos y bienes, y las ideologías y políticas que rigen los diversos sectores sociales.

Ejemplo de esto es que cuando todos los miembros de una sociedad —desde los hombres y los niños, y las mujeres y niñas, hasta los docentes, los líderes religiosos, los médicos y las enfermeras— saben y comprenden que las mujeres necesitan descanso y protección en las etapas finales del embarazo, las familias tienden a recibir en mayor medida el respaldo social que necesitan para garantizar su protección.

En los lugares donde las leyes y las costumbres tradicionales no han discriminado contra las mujeres, éstas tienden a tener un mayor acceso a los recursos en sus hogares, incluido el crédito, y al poder de decisión que les permite emplear mejor los servicios en beneficio de sus hijos y en el suyo propio.

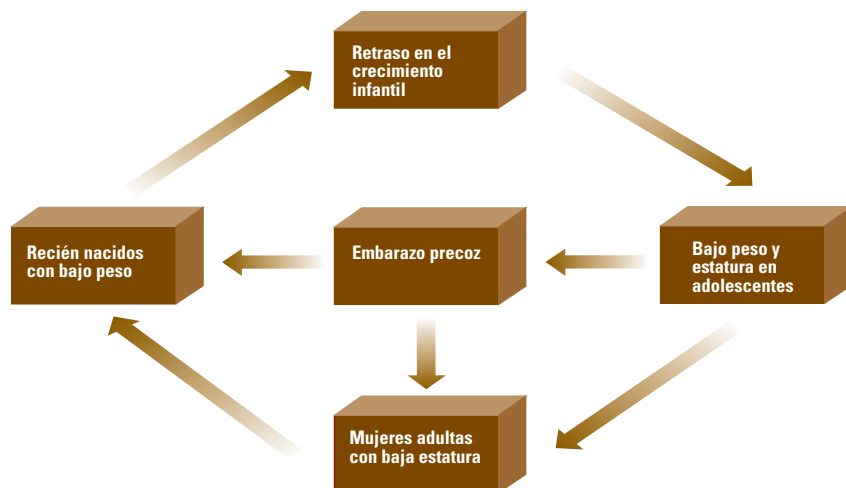


UNICEF/90-0017/Toimie

*La forma en que una sociedad valora y trata a sus mujeres, incluido su nivel educativo, influye en su capacidad de alimentar y atender a sus hijos. Una niña de primer grado en Colombia almuerza antes de que comience la clase.*

### Gráf. 7 Ciclo de retraso en el crecimiento a través de las generaciones

El ciclo de una nutrición insuficiente se perpetúa de generación en generación. Las jóvenes con retraso en su crecimiento se convierten en mujeres de baja estatura con mayores probabilidades de dar a luz niños y niñas con bajo peso. Cuando se trata de niñas, es muy probable que perpetúen el ciclo convirtiéndose en mujeres de baja estatura, y así sucesivamente si no se toman medidas para interrumpir el ciclo. El embarazo entre adolescentes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y la dificultad de interrumpir el ciclo. Es necesario prestar apoyo a una buena nutrición en todas estas etapas —lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta— especialmente en el caso de las niñas y las mujeres.



No cabe duda de que aunque la pobreza económica no es la única clase de pobreza que afecta la nutrición, es de cualquier manera un factor importante.

Para poder superar la pobreza y el subdesarrollo arraigados es necesario contar con recursos e insumos de los que muy pocos países en desarrollo, y menos aun los más pobres, pueden disponer, ya sea por sus propios medios, gracias a las fuentes existentes de inversión externa privada o de préstamos, o mediante planes ya en funcionamiento de asistencia o préstamos oficiales.

En 1995, por ejemplo, la corriente de recursos agregados de todas las fuentes hacia el mundo en desarrollo fue de 232.000 millones de dólares, de los cuales, 59.000 millones de dólares correspondieron a préstamos de asistencia oficial para el desarrollo, y los 156.000 millones de dólares restantes fueron de origen privado. Los países de ingresos medios fueron los

que recibieron la mayor parte de las inversiones y los préstamos privados, ya que les correspondieron dos terceras partes del total, mientras que el tercio restante estuvo destinado a los países de escasos recursos. El África al sur del Sahara y el Asia meridional, las dos regiones del mundo con las tasas más elevadas de desnutrición infantil, recibieron solamente 1.600 millones de dólares y 5.200 millones de dólares, respectivamente.

Y a pesar de que en los países del África al sur del Sahara existen signos esperanzadores en materia de inversiones y comercio, las economías del continente siguen afectadas por problemas graves, como los niveles relativamente bajos de demanda interna y las restricciones que los países industrializados imponen a la importación de productos manufacturados en África.

Paralelamente, los países en desarrollo tenían en 1995 una deuda externa conjunta superior a los 2 billones de dólares. África

al sur del Sahara, por ejemplo, pagó 13.600 millones de dólares por servicio a la deuda en 1995, cerca del doble de lo que invirtió en servicios de salud. Y los países en desarrollo sufren una desmesurada proporción de las enfermedades del mundo, lo que representa un drenaje constante de recursos humanos y económicos.

El único elemento que permite un cierto optimismo dentro de este contexto desalentador donde las corrientes de asistencia disminuyen y la deuda se incrementa, es la "Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados", concebida en 1996 por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Esta iniciativa pretende ayudar a los países a obtener un nivel de deuda sostenible en base a un registro de las reformas sociales y económicas realizadas y bajo la condición de que cualquier recurso adicional debe emplearse en servicios sociales básicos. Bolivia, Burkina Faso y Uganda podrán beneficiarse de la iniciativa solamente a partir del mes de abril de 1998 o después. Un alivio de la deuda más generoso y prolongado permitirá a los países mencionados, y a otros pa-

íses que cumplan pronto los requisitos exigidos, ofrecer mayores recursos a las medidas que contribuyen a reducir la desnutrición.

Para poder tratar con éxito las causas básicas de la desnutrición, será necesario contar con mayores recursos encaminados hacia objetivos mejor definidos. Asimismo, será necesario un grado más alto de colaboración, participación y diálogo. Es necesario que diversos sectores importantes tomen conciencia y que exista un mayor intercambio de información entre diversos niveles de los gobiernos nacionales; entre los gobiernos; con los aliados en las labores de desarrollo, los donantes, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los inversionistas; y, sobre todo, con aquellos cuyas circunstancias rara vez se advierten o comprenden: los propios pobres.

No sólo es posible hacer frente a la desnutrición, sino que se trata de una batalla que hay que librar de inmediato. Como se explica en la parte siguiente de este informe, el mundo ya ha acumulado experiencia y conocimientos suficientes para sustentar el progreso.



UNICEF/96-0572/ Toutoumji

*Un aumento en los conocimientos y la educación acerca de las causas de la desnutrición son imprescindibles si se desea solucionar el problema. Con una tarjeta de salud en la mano, una mujer sostiene a su hijo en un centro de salud de Siria patrocinado por el UNICEF.*