

Problemas nutricionales prioritarios en Iberoamérica

José María Bengoa (1)

Las raíces históricas

No se podría entender la situación actual latino-americana sin analizar, siquiera sumariamente, los antecedentes históricos en lo referente al intercambio de alimentos entre Europa y América.

El tema ha sido ya tratado por nosotros y otros autores en varias ocasiones (1-4). He aquí lo esencial.

América Latina es una región del mundo que paradójicamente ha contribuido a lo largo de su historia a aliviar los problemas del hambre a otros continentes, sin dar solución a su propio problema. En tanto que el maíz, las patatas y la yuca invaden los continentes europeo y africano a lo largo de cuatro siglos de historia, y salvan del hambre a contingentes mayoritarios, de los alimentos llevados de Europa a la América Latina, como el trigo, los huevos, la leche, etc., sólo pueden disfrutar una minoría privilegiada.

No es fácil interpretar el tipo de alimentación de la época pre-colombina. Existía una gran dispersión de aborígenes a todo lo largo del continente, con grupos humanos disímiles y estructuras sociales desiguales, que iban desde naciones cultas dominantes hasta grupos indígenas, principalmente caribeños, primitivos y marginados, semejantes a los que hoy existen en zonas amazónicas y del Orinoco.

Los Incas y los Aztecas, que llegaron a tener una cultura propia importante, no se conocían entre sí. Desconocían la rueda, la nave y la pólvora. Para andar en el agua tenían la canoa, que fue la primera voz indígena que entró en el diccionario castellano.

Los aborígenes que vivían en las tierras descubiertas por Colón tuvieron formas de vida muy diferentes según fueran Aztecas, Incas, Mayas, Caribes o de otras naciones. Eran grupos humanos, unas veces organizados y con disciplina jerarquizada y otras, simples grupos primitivos sin organización alguna.

Las situaciones fueron distintas según los lugares; incluso, cada zona tenía plantas que eran desconocidas para los otros; así el cacao, de los Mexicanos, era desconocido de los Incas; y las papas de éstos, no se conocían entre aquéllos.

¿Qué vieron los primeros que pisaron tierras en este Continente?

El mismo 12 de octubre de 1492, Cristóbal Colón escribe en su cuaderno lo que sus ojos atónitos están viendo en el mismo momento del desembarco: "Todos los que yo vi eran mancebos, que ninguno vide de edad más de treinta años; muy bien hechos, de muy hermosos cuerpos y muy buenas caras..

Ellos son de muy buena estatura, de grandeza y de buenos gestos, bien hechos".

Desde estas palabras concisas se adivina que la población indígena que encontró Colón en la isla Caribeña en el primer encuentro, eran gentes atrayentes, de buena apariencia física y buena estatura.

Años más tarde, Bartolomé de las Casas, en su "Apostólica Historia de las Indias" nos dice que "mostrado habemos la buena disposición de los cuerpos y favorables compostura de los miembros y órganos exteriores y hermosura de los gestos que estas gentes... la buena complexión y armonía proporcionada de los humores" (5).

De los Guaiqueries que vivían en la isla de Margarita y en la vecina costa de Tierra Firme se dijo que "esta raza excepcional era de piel tostada y de fornidas proporciones. Su complexión anunciaba una gran fuerza muscular" y eran como "estatuas de bronce".

La tierra americana producía sin duda gran cantidad de alimentos, pero cada zona tenía una peculiaridad alimentaria. Así, en unas áreas, el maíz era, además de producto sobrenatural, la base de la alimentación Maya y Azteca; las patatas entre los Incas, y la yuca (mandioca) en lo que iba ser el Brasil. El Nuevo Mundo ofrecía a los recién llegados una flora exuberante y una fauna escasa.

El maíz lo fue todo para el aborígen americano. Fue mucho más que un alimento.

"Por el maíz, dice Arciniegas, empieza el estudio de una astronomía empírica que culmina con el calendario Azteca, el calendario Maya y el calendario incaico. El maíz fija en una comarca a la tribu y la lleva a ser el principio de la nación, de un imperio. El maíz pasa a ser adorado como un dios, y de la mágica invocación de los dioses se llega al complicado sistema de las religiones que determina la construcción de los templos" (6).

1. Director Fundador y actual consejero. Fundación Cavendes.

I Congreso Ibero-Americano de Nutrición y Salud Pública. Las Palmas de la Gran Canaria, 25-28 noviembre de 1998

Solicitar copia a: José María Bengoa. Fundación Cavendes. Apdo. 62191. Caracas 1060

Además de los alimentos básicos (maíz, patatas, mandioca, frijoles) se consumían verduras, raíces y frutas, que junto a la caza y pescado, introducían cierta variedad a la dieta monótona de la población indígena precolombina.

Ante la escasez de productos animales en el Nuevo Mundo, no es de extrañar que Colón, en el segundo viaje, en 1493, llevase en 17 barcos (como 17 arcas de Noé) 1.500 tripulantes, junto a yeguas, vacas, ovejas, cabras, cerdos, burros, perros bravos y gran cantidad de trigo, cebada y caña de azúcar y por supuesto ladrillos y cal para edificar. También llegaron en ese viaje las primeras ratas y ratones y con ellos los gatos. Fue el cerdo el que más rápidamente se adaptó, debido, según parece, al algarrobo, también llevado a España.

De las referencias citadas incompletas y acaso insuficientes para el diagnóstico retrospectivo, se puede deducir sin embargo, que los aborígenes tenían diferencias notables tanto en su desarrollo físico como en el tipo de alimentación según las zonas que habitaban. Hubo sin duda poblaciones con un buen desarrollo biológico, e incluso, en algunos casos (sin descartar el afán por la exageración de los primeros cronistas), alcanzaron tallas francamente altas, de donde vino la leyenda de que Curazao y Aruba fueron la isla de los gigantes. En la visión de los primeros cronistas pudo haber influido también el hecho de que los "hombres que fueron llegando", la mayor parte de Andalucía y Extremadura, fueron de talla baja.

Es muy probable que los hombres que vivían en tierra firme (Aztecas, Mayas, Incas, etc), fueran de talla más bien baja, tal como supone Behar; en todo caso de talla inferior a la de los habitantes de las islas caribeñas, quienes tenían hábitos de vida y alimentación diferentes, aunque no tuvieran un desarrollo cultural tan avanzado como los de tierra firme. Sería de interés histórico profundizar más en este tema, que por razones obvias aquí se ha reducido a un enunciado de hipótesis.

Lo que parece evidente es que la población indígena de América Latina se ha deteriorado biológica y socialmente, durante estos cinco siglos. En muchos grupos indígenas se ha observado un crecimiento secular negativo. La dieta también ha empeorado al perder las mejores tierras, hoy en poder de los que fueron llegando.

El siglo XV no había sido bueno en Europa. Las hambrunas y las epidemias se sucedieron sin cesar. El trigo escaseaba; se hacía pan de cebada y de mijo y hasta de castaña y garbanzos y la desigualdad social estaba muy pronunciada. Se apuntaron para ir a América principalmente los pobres.

Los conquistadores debieron sufrir un gran choque al contemplar aquella serie de productos agrícolas y animaluchos que comían los indígenas. Durante un tiempo, muy probablemente, siguieron comiendo los alimentos que traían en las carabelas, secos y semipodridos. Por eso Colón en su segundo viaje, al año siguiente, lleva en sus 17 navíos, con 1.500 tripulantes, todos los animales y productos agrícolas necesarios para alimentar a su tropa.

En ese y en los viajes que siguieron, junto a los hombres de cruz y espada, se amontonaban en cubierta: caballos, asnos,

vacas, toros, cabras, ovejas, cerdos y algunos perros y gatos. Todos en promiscuidad, con agua racionada y paja seca para comer, y paja sucia para acostarse y dormir. Debíó ser una visión dantesca para aquellas escasas damas, perfumadas en extremo, a fin de contrarrestar la falta de baño.

Pero los animales fueron llegando a un continente, que prácticamente carecía de mamíferos grandes para la provisión de leche y carne, y para las andaduras guerreras.

Pronto llegaron más barcos con semillas de cereales como el trigo, y hortalizas como zanahorias, alcachofas, nabos, lechugas, espinacas, escarola, rábanos, pepinos, berenjenas, remolachas, ajos, perejil, acelgas y apios.

En otros navíos se almacenaron ajonjolí, olivos, nueces, almendras y avellanas, y aunque el trópico les ofrecía frutas exquisitas frescas, como la piña, la chirimoya, el aguacate, la guanábana, etc., trajeron las semillas para el cultivo de higos, peras, manzanas, ciruelas, melocotones, duraznos, naranjas, limones, melones, sandías. Todos estos productos florecieron en los distintos climas del continente y en algunos casos dieron frutas de la más alta calidad.

La población indígena no se benefició de estos dones. Los productos animales, el trigo, las hortalizas y frutas que trajeron los conquistadores, fueron consumidas sólo excepcionalmente por los nativos. Eran alimentos para una minoría blanca que aumentaba día a día.

No se ha investigado bien el efecto nutricional que pudo haber tenido ese encuentro entre indígenas y europeos, cada uno convenciendo al otro de lo bueno que eran sus productos. Pero posiblemente algo tuvo que ver con la hecatombe demográfica que ocurrió en el siglo XVI en tierras americanas. Hubo hambre y epidemias mortíferas que desangraron a América, tanto en indígenas como españoles, aunque más entre los primeros. Las enfermedades epidémicas se sucedían sin cesar, y las fuertes epidemias tuvieron una recurrencia casi decenal. La falta de inmunidad natural entre los indígenas y la falta de resistencia orgánica, en los dos lados, contribuyeron a causar las catástrofes demográficas más dramáticas que se conoce.

Los indígenas, y en menor proporción los europeos, fueron cayendo por efectos de la viruela, el sarampión, el tifus y la gripe, enfermedades que igualmente asolaban periódicamente a Europa. Para agravar más la situación, los buques negreros trajeron poco después la fiebre amarilla.

Al cabo de los años, la fusión de las dos culturas alimentarias se fue haciendo insensiblemente fecunda, a tal punto que para muchos indígenas ciertos alimentos traídos por los españoles, ahora son considerados como propios. Pero el proceso de adaptación tuvo que ser largo y penoso.

Todos estos productos se han incorporado a los hábitos alimentarios de la población latinoamericana, y puede decirse que ellos representan entre el 48% y 86% de las calorías consumidas como promedio por la población. En las clases sociales altas, esta proporción puede ser hasta del 90%, en tanto en las clases populares, pueden ser apenas del 10% ó 20%, o aún menos.

Según los países, la proporción varía así: En Guatemala, el 48% de las calorías son de procedencia no americana; en México, el 55%; en Perú, Brasil, Colombia y Venezuela, alrededor del 75% y en Cuba y Argentina, más de 80% de las calorías no son de origen americano. En España, aproximadamente el 14% de las calorías son de origen americano (3,4).

Para terminar esta relación digamos que más recientemente, a partir de la II Guerra Mundial, han tenido una gran influencia en la dieta latino americana las pastas alimenticias, de tecnología italiana, que constituyen un plato básico especialmente en las clases populares.

Podríamos resumir este capítulo diciendo que hoy en día, y desde hace varios siglos, se ha logrado un mestizaje alimentario en forma de recetas o platos integrados por una diversidad de ingredientes, sin que nadie se haya puesto a pensar en el origen de los mismos. Hoy, los platos son un compendio histórico. Como dice Uslar Pietri: "en las materias, en las combinaciones, en las salsas están como resumidos los descubrimientos, las conquistas, las batallas, las hazañas de los grandes reyes y conductores de pueblos del pasado"(5).

En conclusión, se puede decir que la alimentación de los aborígenes antes de octubre de 1492, era aparentemente suficiente para lograr un desarrollo biológico aceptable. Era sin embargo, monótona y fundamentalmente vegetariana, y junto al maíz y los frijoles, dominaban los alimentos subterráneos: las patatas, la yuca, etc. Posiblemente el consumo energético fue adecuado.

Desigualdades sociales

Al estudiar los problemas de América Latina existen dos posiciones, que en cierto modo son complementarias. Una de ellas considera América Latina como una unidad homogénea con características comunes. Esta posición es la más apropiada cuando nos presentamos ante el resto del mundo o cuando invocamos las raíces históricas y culturales de nuestro subcontinente. Posición que nos permite contemplar el futuro de América Latina con optimismo, optimismo que es esencial en toda gestión política. Nos permite además sentirnos más unidos en nuestros afanes y metas, porque si algo es axiomático es que América Latina o progresa como un todo, o progresará difícilmente.

Una segunda posición contempla los problemas latinoamericanos como los de una familia donde unos miembros han logrado un desarrollo mayor que otros. Esto permite comparar las desigualdades existentes entre los países así como las desigualdades que existen dentro de cada uno de ellos.

Esta segunda posición permite tratar el problema social de la desnutrición con mayor objetividad.

Entre los países de América Latina hay grandes diferencias en el desarrollo. Es difícil estimar si las diferencias tan pronunciadas que se observan en Latinoamérica son mayores o menores que las que existen entre los países de Africa, de Europa, de Oriente Medio o de Asia.

He aquí algunos indicadores promedios de los países, tomados de UNICEF (7).

De la población total de la región Latino-Americana (casi 500 millones) el 59% se hallan en tres países: Brasil, Argentina y México, que obviamente ejercen un liderazgo económico de gran peso.

El Producto Interno Bruto, que para toda la región latinoamericana es de \$3.271 "per cápita", ofrece diferencia muy marcada entre los distintos países, siendo en Argentina 32 veces más alto que en Haití (Cuadro 1).

La tasa de alfabetización de adultos, es para la región de 87%, pero la cifra varían entre el 96% y el 45% (Cuadro 2).

También hay diferencias muy significativas en los indicadores de salud. Así la esperanza de vida es para toda la región de 69 años. Pero mientras hay numerosos países que ha sobrepasado los 70 años, otros no han podido alcanzar la cifra de 60 años (Cuadro 3).

Cuadro 1
Producto nacional bruto (1995)

	\$ Per cápita
América Latina y Caribe	3.271
Argentina	8.030
Barbados	8.560
Chile	4.160
Brasil	3.640
México	3.320
Venezuela	3.020
Perú	2.790
Costa Rica	2.610
Colombia	1.910
Cuba	1.170
Bolivia	800
Honduras	600
Haití	250
España	13.580
Suiza	40.630
Suecia	23.750
EE.UU.	26.980

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Cuadro 2
Tasa de alfabetización de adultos (1995)

	%
América Latina y Caribe	87
Argentina	96
Cuba	96
Chile	95
Costa Rica	95
Venezuela	94
México	90
Bolivia	83
Brasil	83
El Salvador	72
Honduras	73
Haití	45
España	97

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Cuadro 3
Esperanza de vida al nacer (1996)

	Años
América Latina y Caribe	69
Cuba	76
Costa Rica	77
Chile	75
Argentina	73
Colombia	71
Venezuela	72
México	72
Guatemala	46
Haití	54
España	78

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

En cuanto a la mortalidad infantil es sorprendente el descenso observado en A.L. entre 1960 y 1996: De una tasa de 105 por mil nacidos vivos en 1960 se ha pasado en 36 años a la tasa de 35. La diferencia entre los distintos países son, sin embargo, muy marcadas. Mientras hay países con tasas de alrededor de 10 por mil, otros mantienen cifras superiores a 70 (Cuadro 4).

Cuadro 4
Mortalidad infantil

	1960	1996
América Latina y Caribe	105	35
Bolivia	157	71
Haití	90	74
El Salvador	130	34
Argentina	50	22
Colombia	82	26
Venezuela	53	24
México	103	27
Brasil	115	44
Uruguay	48	20
Chile	107	11
Costa Rica	80	13
Cuba	39	10
España	40	5

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Lo mismo sucede con las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años, indicador sugerido por el UNICEF: El descenso entre 1960 y 1996 ha sido considerable, pasando de 157 a 43 por 1.000 nacidos vivos, es decir tres veces menor en 36 años. Las diferencias entre los países son también considerables (Cuadro 5).

Todavía son más significativas las diferencias en cuanto a la mortalidad materna. Mientras hay varios países con tasas de mortalidad materna por debajo de 100, existen otros con tasas que superan varios centenares. Son cifras que reflejan un problema obstétrico, pero también de atención prenatal. Las altas prevalencias de anemias en embarazadas explican, en gran parte, las diferencias (Cuadro 6).

Asociado al índice anterior, se encuentra el del peso bajo al nacimiento. Como promedio A.L. presenta en 1998 la cifra de 10%, pero algunos países tienen valores de 15% (Cuadro 7).

Cuadro 5
Mortalidad en menores de 5 años/1000 nacidos vivos

	1960	1996
América Latina y Caribe	157	43
Cuba	54	10
Chile	138	13
Costa Rica	112	15
Argentina	73	25
Venezuela	70	28
México	148	32
Colombia	130	31
Haití	260	134
Rep. Dominicana	149	56
Bolivia	252	102
España	57	5

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Cuadro 6
Tasa de mortalidad materna 1990*/**

América Latina y Caribe	190
Uruguay	55
Costa Rica	55
Chile	65
Cuba	95
Argentina	100
Colombia	100
Rep. Dominicana	110
Venezuela	120
Ecuador	150
Guatemala	200
Nicaragua	160
Paraguay	160
Bolivia	650
El Salvador	300
España	7

* Fallecimientos por 100.000 nacidos vivos.

** En su informe Unicef aclara que estos datos son diferentes a los que suministran los gobiernos. Son estimaciones provisionales.

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Cuadro 7
Índice de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos)

	1998
América Latina y Caribe	10%
El Salvador	11%
Haití	15%
Guatemala	15%
Colombia	9%
Venezuela	8%
Uruguay	8%
Cuba	8%
Costa Rica	7%
España	4%

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

El mito de los promedios

Existen como hemos visto, en los promedios nacionales diferencias de cierta consideración en los países de América Latina. Pero sería una gran ingenuidad pensar que dichos promedios reflejan la situación social real. Hay cierta complacencia en algunos países en mostrar sus cifras de desarrollo como promedios nacionales y demostrar así el mejoramiento de los indicadores económicos, de educación, de salud, etc. Aunque la mejoría es evidente no se presta la debida atención al hecho de que dichos índices promedio enmascaran la realidad social en que viven las poblaciones. Los promedios nacionales pueden tener un valor en países de gran homogeneidad social, donde apenas existen diferencias en los índices de desarrollo entre unas clases y otras, pero en los países de América Latina, los promedios esconden la realidad. En Estocolmo en los años de 1918-20 la mortalidad de los niños de 1 a 11 meses de edad era 8,5 veces, más alta en la población de más bajos recursos que en la clase social de mayores ingresos. La mortalidad fetal y neo-fetal era 2,5 más alta en la primera con relación a la segunda. Hoy en Estocolmo no hay diferencias en los índices señalados, entre las distintas clases sociales. ¿No es acaso este el mejor indicador del progreso de una nación?

En Inglaterra, donde se mantienen todavía ciertas diferencias sociales, los mineros tenían una mortalidad infantil en 1911 cuatro veces más alta que los profesionales. Para 1950 los grupos sociales habían disminuido notablemente los índices de mortalidad infantil, pero la relación de 4 a 1 se mantuvo.

En América Latina hay escasos datos fehacientes sobre la mortalidad y otros índices en diversas clases sociales, pero las diferencias deben ser notables. Aún con cifras e índices relativamente elevados en el promedio nacional, se puede estimar que las clases marginales tienen índices dos, tres y más veces mayores que las clases de más altos recursos. Varios países en América Latina tienen hoy índices de mortalidad infantil entre 10 y 70 por mil nacidos vivos. No es aventurado afirmar que en esos promedios hay grupos sociales con índices de 5 a 10 por mil, y grupos marginales con índices de 150 a 200

por mil que constituyen diferencias extremadamente grandes. En Venezuela por ejemplo, Evans Meza, encontró que la mortalidad infantil era tres veces mayor en un barrio popular de Caracas (Petare) que en una zona residencial (Chacao)(8).

Disponibilidad de alimentos

En el Cuadro 8 se presentan los datos de disponibilidad de alimentos en América Latina para los años 69/71 a 88/90 y una proyección para el año 2010 (9).

Se espera para el año 2010 un incremento en la disponibilidad en los cereales, aceites vegetales, carne y leche, y una disminución en la disponibilidad de raíces, tubérculos y plátanos, leguminosas. No parece que desde el punto de vista nutricional algunos de estos pronósticos sean deseables. La FAO se muestra optimista en cuanto a la posibilidad de alcanzar 2.960 kcalorías por persona/día, el año 2010.

En el Cuadro 9 se presentan algunos datos referentes a la disponibilidad calórica de 1961/63 y 1989/90 en varios países. Existen tendencias positivas en unos países y negativos en otros.

Cuadro 8
Disponibilidad de alimentos en América Latina

Producto	69/71	88/90	2010
	kg persona/año		
Cereales	118,8	128,9	139
Raíces-Tuber-Plátanos	101,2	70,3	67
Leguminosas	14,2	10,8	11
Azúcar	39,3	43,3	43
Aceites vegles.	6,9	12,3	16
Carne	33,3	39,4	49
Leche	83,3	92	96
Disponib. calórica todos los productos	2.500	2.690	2.960

Fuente: Agricultura mundial hacia el año 2.010
Estudio de la FAO. pág. 108

Cuadro 9
Disponibilidad energética por países

País	1961/63	1989/90
América L. y Caribe	2.364	2.694
Argentina	3.073	3.068
México	2.490	3.061
Uruguay	2.793	2.681
Trinidad y Tobago	2.399	2.769
Costa Rica	2.198	2.711
Jamaica	2.043	2.558
Venezuela	2.186	2.441
Haití	1.967	2.005
Honduras	1.926	2.211
Bolivia	1.799	2.013

En el Gráfico 1 se presentan los datos referentes a la disponibilidad calórica en varios países de América Latina, así como la distribución porcentual de las fuentes de energía, para el promedio de los años 1994/96, según la FAO (10).

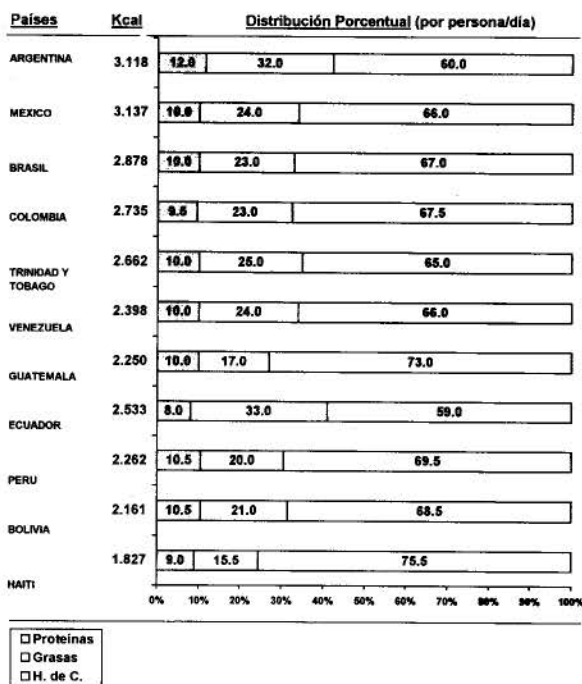
Las diferencias entre países son muy notables, pues mientras Argentina dispone de 3.118 Kcal, persona/día, Haití apenas alcanza 1827 Kcal.

El aporte porcentual de las proteínas, pero sobre todo, de las grasas, varían grandemente. La contribución de las grasas alcanza en Argentina el 32% de las Kcalorías, mientras que en Haití es apenas de 15%. Salvo en muy pocos países, la dieta latino-americana no parece ser un factor aterogénico de importancia, más bien el bajo consumo de grasa explica en gran parte el subconsumo calórico.

Gran interés presenta la disponibilidad de las proteínas según su origen (Gráfico 2). Mientras en la Argentina hasta 61,2 gramos de dicho macronutriente es de origen animal, en Haití apenas es de 6,8 gramos es decir siete veces menor.

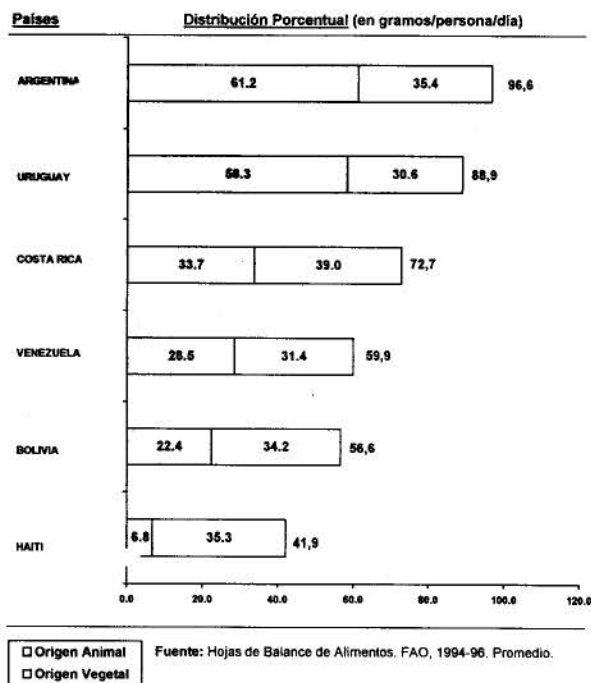
Lo mismo sucede con el origen de las grasas (Gráfico 3). En tanto que Argentina y Uruguay presentan valores altos en la disponibilidad de grasas de origen animal, Bolivia y Haití tienen valores extremadamente bajos, siendo el total de disponibilidad de grasas igualmente muy bajo

Gráfico 1
Disponibilidad energética y distribución porcentual de las fuentes (1994-1996)



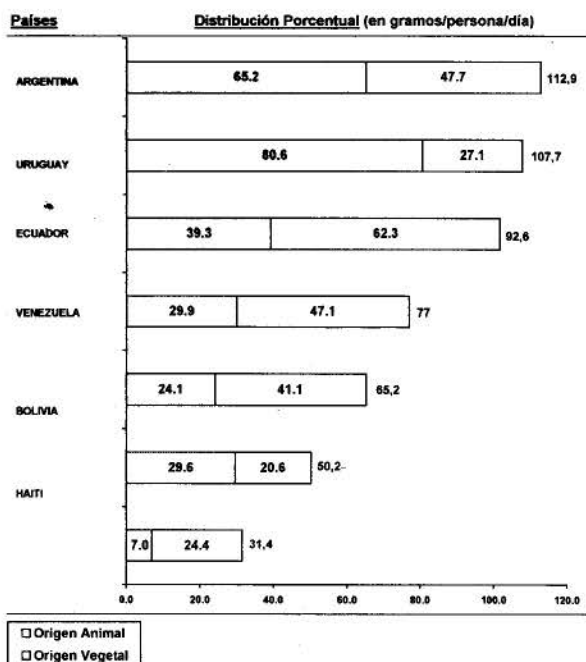
Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. FAO, 1994-96. Promedio cálculos propios.

Gráfico 2
Disponibilidad de proteínas según su origen animal y vegetal (1994-1996)



Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. FAO, 1994-96. Promedio cálculos propios.

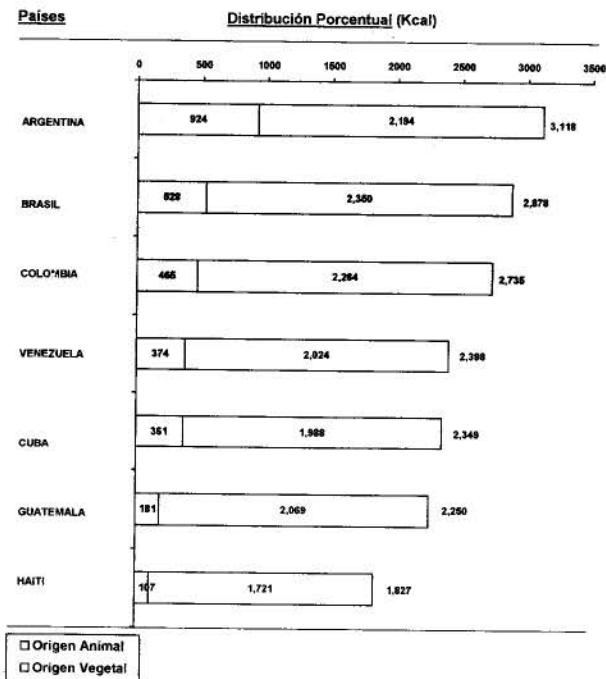
Gráfico 3
Disponibilidad de grasas según su origen animal y vegetal (1994-1996)



Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. FAO, 1994-96. Promedio cálculos propios.

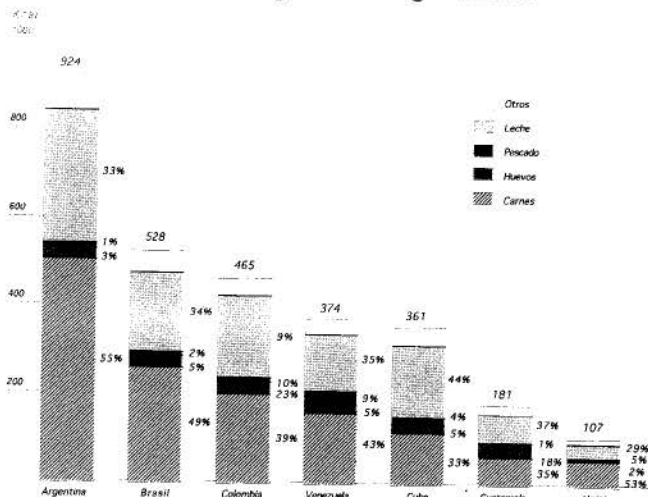
Finalmente, en los Gráficos 4 y 5 se presentan las disponibilidades energéticas por grupos de alimentos. Las calorías procedentes de cereales parecen presentar un valor aproximadamente igual en los distintos países elegidos para esta presentación, aunque en términos relativos se observa un ligero aumento a medida que el país es menos desarrollado. Esto era de esperar, ya que a nivel mundial las diferencias son mucho más marcadas, por ejemplo, entre Estados Unidos y la India.

Gráfico 4
Disponibilidad energética de origen animal y vegetal (1994-1996)



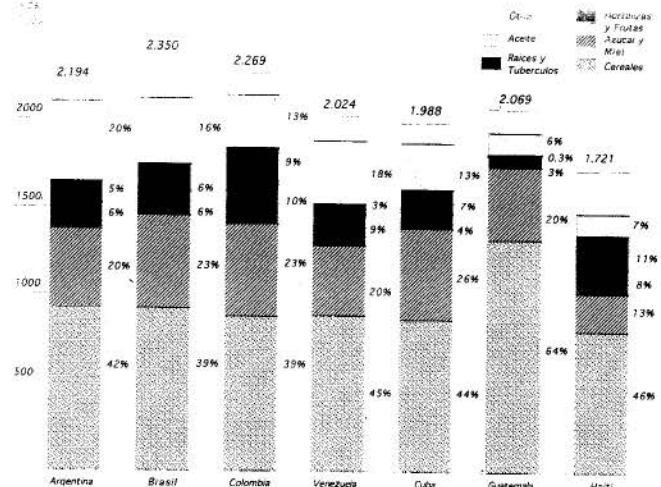
Fuente: Hojas de Balance de Alimentos. FAO, 1994-96. Promedio cálculos propios.

Gráfico 5
Fuente energética de origen animal



Fuente: Hoja de Balances de Alimentos. 1994/96. FAO.

Gráfico 6
Fuente energética de origen vegetal



Fuente: Hoja de Balances de Alimentos. 1994/96. FAO.

El aporte calórico del azúcar es relativamente más alto en los países intermedios, como Costa Rica y Venezuela.

Aún reconociendo que los alimentos de origen vegetal, como tubérculos y raíces, hortalizas y frutas, son fuentes de energía poco importantes, debe destacarse su bajo consumo, excepto en Haití por el importante aporte energético de las raíces y tubérculos.

Las leguminosas, lamentablemente, tienen un aporte energético muy bajo en los cuatro países seleccionados.

Donde las diferencias se hacen más marcadas es en la disponibilidad energética derivada de los productos de origen animal, lo cual refleja las grandes diferencias existentes en los patrones de consumo energético, proteínico y lipídico, en los países de América Latina y Caribe.

Prevalencia de la desnutrición

La desnutrición crónica pluricausal que confrontan los países iberoamericanos, es el resultado de un proceso de adaptación, irreversible en muchos de sus parámetros. Por lo tanto, tiene un pronóstico malo, si nos atenemos a las posibilidades de mejorar la generación actual. Esta adaptación es un fenómeno biológico de autodefensa, que se logra a través de una reducción de la velocidad de crecimiento de cambios en la composición corporal y de disminución de la actividad física, a fin de reducir sus requerimientos nutricionales. No son, por lo tanto, niños adultos fisiológicamente "normales", sino seres adaptados a las condiciones que el ambiente y los factores socioeconómicos le imponen. Esta desnutrición crónica está por lo regular asociada a la talla baja.

El problema es sin embargo más grave que un simple subdesarrollo. La talla baja por razones nutricionales o socioeconómicas esconde una patología total del desarrollo físico y funcional, con repercusiones en el desarrollo social, que no conocemos bien.

Un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres, a causa de su retraso físico, no es evidentemente, comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto, con sus propias características biológicas y de conducta, y una organización intersensorial difícil de cuadrar estrictamente en una edad cronológica.

Cuadro 10
Talla baja en niños menores de 5 años

Talla baja (*)	
América Latina y Caribe	18%
Brasil	11%
Chile	3%
Ecuador	34%
El Salvador	23%
Guatemala	50%
Haití	32%
Honduras	40%
México	22%
Venezuela	6%

* Inferior a 2 D.S. respecto a la mediana de referencia.
Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF

Cuadro 11
Baja talla/edad niños - 5 años

Area	Prevalencia %	Grado severidad del problema
Caribe	17.3	Bajo
Amer. Central	26.7	Medio
Sudamérica	13.8	Bajo
Grado de severidad según OMS		
	Bajo <20	
	Medio 20-29	
	Alto 30-39	

Con base en datos OMS. 1998

El número de supervivientes va en aumento en los países pobres entre ellos Iberoamérica. La razón es clara. Hoy franquean y superan el riesgo de la muerte en los primeros años de vida, niños que hubieran sido capaces igualmente de vencer el peligro de cuarenta años atrás, pero también muchos de los que, años antes, hubieran inexorablemente sucumbido. Cada día, por tanto, se van salvando más vidas gracias a la acción médico-sanitaria y no gracias al mejoramiento de las condiciones de vida.

Según la OMS, la prevalencia del síndrome de talla baja en niños menores de cinco años sería del 38% a nivel mundial. Para Iberoamérica la OMS estima un 17,3% en el área del Caribe; un 26,7% en América Central y 13,8% en Sudamérica (11).

El bajo peso para la talla, por otro lado, está más bien asociado a una desnutrición actual, por lo general reversible mejorando la dieta. Para toda la región latino-americana la prevalencia de este indicador sería, según la OMS, de 3%. En América Central sería de 5%, en el Caribe de 3,6%. Las diferencias entre los distintos países, fluctúan del 1 al 8%. (Cuadros 12 y 13). Hay autores que consideran que este indicador debería ser revisado especialmente en lo relativo al punto de corte, ya que - 2 D. S parece excesivo en A.L. (12).

Cuadro 12
Bajo peso/talla en menores de 5 años (1990/97)

%	
América Latina y Caribe	3
Brasil	2
Colombia	1
El Salvador	1
Guatemala	3
Haití	8
México	6
Nicaragua	2
Venezuela	2

* Inferior a 2 D.S. en el texto de UNICEF figura el término "Emaciación" que debería reservarse para -3D.S.
Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF

Cuadro 13
Bajo peso/talla niños - 5 años-

Area	Prevalencia %	Grado severidad del problema
Caribe	3,6	Bajo
América Central	5	Medio
Sudamérica	2	Bajo
Grado de severidad según OMS		
	Bajo < 5	
	Medio 5 - 9	
	Alto 10 - 14	

Con base en datos OMS. 1998.

En cuanto al indicador peso para la edad se podría decir que ofrece cierta complejidad en su interpretación ya que recoge información tanto del estado actual como del pasado. No obstante es útil -y muy útil en menores de 2 años- en el trabajo comunitario de salud pública.

La prevalencia media en A.L. en niños menores de 5 años, según la OMS sería de 10% de casos moderados y 1% de formas graves. En América Central sería de 15,1%, en el Caribe de 13% y en Sud-américa de 6,5% (Cuadro 13).

Cuadro 14
Bajo peso en relación a la edad en niños menores de 5 años (1990/97)

	Moderada(*)	Grave (**)
América L. y Caribe	10%	1%
Brasil	6%	1%
Chile	1%	-
Colombia	8%	1%
Costa Rica	2%	-
Ecuador	17%	0%
El Salvador	11%	1%
Guatemala	27%	6%
Haití	28%	8%
México	14%	-
Nicaragua	12%	-
Paraguay	4%	1%
Rep. Dominicana	27%	8%
Venezuela	6%	-

(*) Inferior a 2 D.S. respecto a la mediana de referencia

(**) Inferior A 3 D.S.

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1998. UNICEF.

Deficiencias de micronutrientes

Fundamentalmente, las deficiencias de hierro y yodo son las más extendidas, aún cuando su prevalencia viene disminuyendo en los últimos años gracias a los programas de suplementación y de enriquecimiento de alimentos básicos.

La deficiencia de hierro está muy extendida en A.L. El Cuadro 15 recoge la información de las Naciones Unidas.

Cuadro 15
Prevalencia de deficiencias de hierro en A.L.

	%
Niños de 0-4 años	22,9
Niños de 5-4 años	36,9
Embarazadas	39
Mujeres (no embarazadas)	31
Hombres	11

Son cifras que, aunque inferiores a otras regiones en vías de desarrollo, son inquietantes por su repercusión en el rendimiento escolar y productividad (13).

En cuanto a la deficiencia de yodo, es bien sabido que la región latino-americana, con su inmensa cordillera andina, fue una de las zonas más afectadas por el cretinismo y el bocio endémico en épocas pasadas. Los progresos alcanzados en las dos últimas décadas han sido considerables, gracias sobre todo al enriquecimiento de la sal de consumo con yodo. No obstante todavía persiste un problema de deficiencia de yodo, aún cuando no presente la gravedad que tuvo en el pasado.

La población a riesgo de deficiencias de yodo ha disminuido de 23,1% en 1994 a 6.6% en 1997 siendo la región latino-

americana la de menor prevalencia a nivel mundial.

En los últimos años se han intensificado los estudios sobre la deficiencia de vitamina A, habiéndose encontrado niveles bajos de retinol en sangre. Las manifestaciones clínicas de esta deficiencia son sin embargo muy escasas.

Los datos recientes indican que la prevalencia de deficiencia de vitamina A medida por niveles de retinol por debajo de 20 microgramos, sería hasta de 31,3% en Nicaragua, siendo la prevalencia menor en Panamá: 6,1%. El Cuadro 16 ofrece un resumen de la situación (14).

Cuadro 16
Concentraciones séricas de retinol en varios países de América Latina (1992-1995)

País	Zona	Grupo de población	% < 20 microgramos/de
Argentina	Tierra de fuego	Embarazadas	8,7
Bolivia	Rural	12-1-1 meses	11,3
Ecuador	Rural	12 -59 meses	20,0
	Urbana		12,9
Guatemala	Rural		17,1
	Urbana		15,6
	Ciudad		10,4
México	Urbana	Preescolares	4,8
	Rural	29,5	
Nicaragua	-	12-59 meses	31,3
Panamá	-	Preescolares	6,1
Perú	Lima	< 4 años	24,0
R. Dominicana	-	Preescolares	22,7
		Escolares	15,0

Fuente: La salud en las Américas. OPS. 1998

Enfermedades crónicas degenerativas, asociadas a la alimentación

En la mayor parte de los países de A.L., las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las primeras causas de muerte. Ello se explica en gran parte por la reducción considerable de las enfermedades infecciosas y por el proceso de envejecimiento de la población. De hecho, la dieta media latino-americana no es aterogénica, ya que el porcentaje de calorías derivadas de las grasas es entre 22% y 28%. Hay otros factores involucrados, sin duda, como es el estilo de vida, el tabaco y otros. En todo caso, lo importante para América Latina es no caer en los errores de los países desarrollados en lo relativo al consumo excesivo de grasas, sobre todo saturadas. Es pues un problema preventivo de vigilancia de los hábitos de alimentación, y en algunos países, al sur del continente, un problema importante actual.

Se estima (13) que en el año 2.000 el número de defunciones por causas cardiovasculares en América Latina y el Caribe será de 1.100.000, lo que representa casi el 50% del total de enfermedades no transmisibles y el 31% de las producidas por todas las causas. Se espera que este porcentaje aumentará a

34% en el año 2010 y a 37% en el 2020.

Entre los factores de riesgo más influyentes en esta mortalidad se señalan la hipertensión arterial, el sedentarismo y el consumo de tabaco.

En los últimos años ha surgido como problema nutricional emergente la obesidad, incluso entre poblaciones de bajo nivel económico, por lo que se viene estudiando la "obesidad de los pobres" que difiere en su etiopatogénesis de la obesidad de los ricos.

Los datos son todavía muy erráticos, salvo en la zona del Caribe donde ya desde décadas se ha estudiado el grave problema de la obesidad.

La falta de actividad física es probablemente el factor etiológico más importante, particularmente en las mujeres.

El sustrato social Latino Americano

Como hemos visto al comienzo de esta presentación, la pobreza en A.L. está sumergida en raíces históricas. No se puede entender de otro modo lo que ocurre en esta región del mundo si no es por el trasfondo histórico donde se funden tres pobrezas, en un mestizaje social sin precedentes.

Hoy en A.L. hay apenas dos o tres países con un desarrollo medio aceptable, con bolsones minoritarios de pobreza, mientras en el resto de los países domina una pobreza estructural en la mayoría de la población, con apenas una minoría de clase afluente.

Hoy la pobreza ha aumentado no sólo porque los pobres se multiplican más, sino por el divorcio existente entre las políticas económicas y sociales. Durante la primera mitad de la década de los ochenta el desarrollo de la región se vio afectado por factores de desequilibrio interno y externo que redundaron en la reducción del ritmo de crecimiento, incrementándose la inestabilidad y la pobreza.

La urbanización llevada a cabo de manera irregular ha conducido a aumentar la pobreza en la periferia de las grandes ciudades, lo que la hace más visible.

Como se ve en el Cuadro 17, el aumento de la pobreza urbana entre 1970 y 1990 ha sido considerable en casi todos los países de la región.

Cuadro 17
Hogares: Magnitud de la pobreza urbana

Países	% del total de hogares	
	1970	1990
Argentina	5	19
Bolivia	-	50
Brasil	35	39
Chile	12	34
Colombia	38	35
Costa Rica	15	22
Honduras	40	65
México	36	23 (1986)
Uruguay	10	10

Fuente: CEPAL/CLAP/SELA

La lucha contra la pobreza exige, obviamente, un enfoque integral socio-económico, pero también una acción específica de acuerdo a los distintos tipos de pobreza. Son muy distintas las características de la pobreza del anciano o del pensionado, y las de la joven mujer abandonada, madre prematuramente. Son dos pobrezas distintas que exigen acciones diferentes. Tampoco es igual la pobreza de una familia con el padre enfermo o la pobreza derivada de un número excesivo de hijos. Son variados los tipos de pobreza y variados deben ser los enfoques, sin menoscabo de una política global de empleo, salarios y seguridad social, trípode indispensable en la lucha contra la pobreza.

Por eso la prioridad en esta lucha contra el sub-desarrollo en A.L. pasa por la necesidad de mejorar el nivel educativo de la población en especial una educación para el trabajo. La ausencia o escasez de "cuadros medios" calificados en A.L. es uno de los factores que explican la situación actual. En ello están empeñados actualmente la CEPAL, las Naciones Unidas y los propios países.

Si esta política se lleva a cabo con amplia cobertura, y por otro lado se logra reestructurar la deuda externa, que ahoga actualmente a casi todos los países y se alcanzan precios justos a los productos de exportación latino-americanos se habrá dado el gran salto que todos esperamos.

Junto a la pobreza económica subyace un problema educacional de enorme magnitud. El promedio de años de educación es en América Latina de 5,2. El 50% de los niños repiten el primer grado, y hay una tasa de repitientes de 30% en los grados siguientes. Un niño latino-americano, según B. Klisberg, permanece siete años en la escuela, con los que concluye sólo cuatro grados.

Debemos recordar, para terminar con una nota de optimismo, que América Latina descansa sobre un acervo cultural impresionante.

Cuando se funda la primera Universidad en los Estados Unidos, la de Harvard, en 1.633, ya existían 9 Universidades en América Latina. Cuando se funda la segunda Universidad en los EE.UU., la de Yale, en 1.701, había 12 en América Latina. En 1.800, época de Bello, la relación era de 5 en los EE.UU., y 17 en América Latina. En 1.832, 9 a 26. Esta cifra de 26 Universidades en 1.832 supera la suma de todas las Universidades que en aquella época había en Gran Bretaña y España. En el siglo XIX, América Latina tenía una cuarta parte de todas las universidades del mundo.

En esa época, los países de América Latina conquistan su independencia.

Referencias

1. Bengoa JM. Evolución de la alimentación en el nuevo mundo. An Ven Nutr 1.992;5:93-100.
2. Cartay R. Historia de la alimentación del Nuevo Mundo. Universidad de Los Andes y Fundación Polar. Mérida-Venezuela, 1991.
3. Lovera JR. Historia de la alimentación en Venezuela. Caracas: Monte Avila, 1988.
4. Lovera JR. Intercambio Alimentario América Equinocial-Europa a raíz del encuentro de 1492. Simposio "Canarias en la ruta de los alimentos". Gobierno de Canarias, Tenerife, 1991.

5. Uslar Pietri A. Cristobal Colón: Diario En: Sumario de la civilización occidental. Edime Madrid. 1968.
6. Arciniegas G. El continente de siete colores. Ed. Santillana S.A. Bogotá, Colombia. 1989.
7. UNICEF Estado Mundial de la Infancia 1998.
8. Evans Meza R. Notas sanitaria y epidemilógicas. Instituto Nacional de Nutrición. Caracas 1998.
9. Agricultura Mundial. Hacia el año 2.010. FAO Roma. 1995.
10. Hojas de Balance de Alimentos. FAO (1994/96) Roma 1998.
11. Onis M. and Blösmer M. Global Data Base and Child Growth and Malnutrition. WHO. Geneva. 1997.
12. Taller sobre evaluación nutricional antropométrica en América Latina. Ediciones Cavendes. Caracas 1995.
13. WHO. Third Report of World Nutrition Situation. ACC/SLN. Who report. Geneva. 1998.
14. OPS. La Salud en las Américas. Vol. I. Washington. 1998.