



PROGRESO PARA LA INFANCIA

UN BALANCE SOBRE LA NUTRICIÓN

NÚMERO 4, ABRIL DE 2006



1 **Prefacio**
LA NUTRICIÓN Y LOS ODM

2 **Nutrición**
LA BASE DE LA SUPERVIVENCIA Y EL DESARROLLO

12 **Asia meridional**
LA MITAD DE LA NIÑEZ CON BAJO PESO DEL MUNDO

14 **África oriental y meridional**
EN UN ALARMANTE PUNTO MUERTO

16 **África occidental y central**
UN LENTO PROGRESO

18 **Oriente Medio y África del Norte**
GRANDES PAÍSES EN RETROCESO

20 **Asia oriental y el Pacífico**
CHINA SEÑALA EL CAMINO

ÍNDICE

22 **América Latina y el Caribe**
POR BUEN CAMINO, PERO AÚN CON SERIAS DISPARIDADES

24 **ECE/CEI**
EL PROBLEMA DEL “HAMBRE OCULTA”

26 **Países industrializados**
DISPARIDADES EN MEDIO DE LOGROS

28 **Nota final**
EL MOMENTO DE ACTUAR ES AHORA

30 **Tabla**
LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad infantil y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud y a la educación dependen en gran medida de los progresos que se logren en la esfera de la nutrición. Si el problema de la desnutrición no se aborda debidamente, será difícil cumplir los demás ODM.

Todos los años, se calcula que la desnutrición contribuye a la muerte de unos 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco años. Uno de cada cuatro menores de cinco años –o 146 millones en el mundo en desarrollo– pesa menos de lo normal para su edad, lo que aumenta el riesgo de que muera prematuramente.

La nutrición deficiente no solo perjudica a los individuos, sino también a la sociedad entera. Cuando las mujeres embarazadas no se alimentan correctamente, sus hijos nacen con bajo peso, un problema que pone en peligro su supervivencia. Cuando las niñas están desnutridas, su posibilidad de tener hijos sanos en el futuro corre un grave peligro.

La desnutrición y las carencias de micronutrientes pueden causar retrasos en el crecimiento durante la infancia y la adolescencia, y provocar que los individuos sean menos productivos cuando llegan a la edad adulta.

El propósito de este balance –el cuarto de una serie de balances preparados por UNICEF para realizar un seguimiento sobre el progreso de la infancia hacia los ODM– es evaluar el desempeño mundial en materia de nutrición, tomando como indicador básico la prevalencia de peso inferior al normal entre los niños y niñas menores de cinco años. Aun cuando la comunidad mundial se comprometió a reducir a la mitad la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal entre 1990 y 2015, no estamos todavía en camino de alcanzar esa meta.

Podemos avanzar rápidamente en un corto lapso. El mundo ha presenciado grandes progresos, logrados mediante estrategias comprobadas como la promoción del

LA NUTRICIÓN Y LOS ODM

amamantamiento, los suplementos de vitamina A y la campaña mundial de yodación de la sal, todas las cuales son intervenciones de una importancia fundamental.

Este balance muestra con claridad meridiana que el mundo debe cambiar sus prioridades para cumplir el ODM de reducir la desnutrición infantil a la mitad. Pero también indica que es posible disminuir la desnutrición si se aprovechan las lecciones de los últimos 15 años. La meta no podría ser más importante: un mundo donde los niños y niñas vivan libres de la pobreza y el hambre.



Ann M. Veneman
Directora Ejecutiva, UNICEF



En el mundo en desarrollo, 146 millones de niños menores de 5 años tienen bajo peso, y más de la mitad viven en Asia meridional. En Asia meridional se da con mucho la mayor incidencia de bajo peso entre niños menores de 5 años del mundo en desarrollo, proporcionalmente y en cifras.

Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen bajo peso (moderado y grave).

Fuente: Análisis de UNICEF basado en los últimos cálculos disponibles de incidencia de bajo peso en 110 países en desarrollo (1996–2005).

Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), 1 millón

NUTRICIÓN: LA BASE DE LA SUPERVIVENCIA Y EL DESARROLLO

Mejorar la nutrición, particularmente en los primeros años, es crucial para poder cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La desnutrición, especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los que sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes y alteración del crecimiento, a menudo con daños irreversibles en su desarrollo cognitivo y social.

La buena nutrición es la piedra angular de la supervivencia, la salud y el desarrollo no solo de las generaciones actuales, sino también de las venideras. Las mujeres bien alimentadas corren menos riesgos durante el embarazo y el trabajo de parto, y el desarrollo físico y mental de sus hijos es mucho más sólido. Los niños y niñas bien alimentados se desempeñan mejor en la escuela, llegan más sanos a la edad adulta y pueden ofrecer a sus propios hijos un mejor comienzo en la vida.

La buena nutrición conlleva también importantes repercusiones económicas. Cuando una población está bien nutrida, la productividad individual es más alta, los costos de atención en salud son más bajos y el rendimiento económico es mayor.

El ODM 1, erradicar la pobreza extrema y el hambre, refleja la interrelación incuestionable que existe entre las dos: el hambre suele ser tanto una consecuencia como una causa de la pobreza. Ante la falta de unas políticas públicas determinadas, en todas las regiones del mundo las personas de bajos ingresos tienen por lo general un régimen alimentario más deficiente que las personas más acomodadas. Y quienes carecen de una nutrición adecuada tienen que luchar más para salir de la pobreza que quienes se nutren adecuadamente y gozan de mejor salud.

Para alcanzar cualquiera de los demás ODM, es esencial afrontar el problema mundial de la desnutrición. Se calcula que esta es una causa fundamental del 53% de todas las

muerres de niños y niñas menores de cinco años¹, lo que significa que el ODM 4 y su meta asociada –reducir la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en dos terceras partes– solamente se lograrán si se toman medidas para mejorar la nutrición de los niños y niñas pequeños y sus madres.

Los demás objetivos relacionados con la salud –el ODM 5 sobre la salud materna y el ODM 6 sobre la lucha contra enfermedades clave– también tienen mucho que ver con la nutrición, pues un organismo desnutrido es mucho más vulnerable a las enfermedades. La desnutrición afecta el rendimiento escolar y la asistencia de los niños y niñas a la escuela, y refleja prejuicios en el acceso a los alimentos y a los servicios de salud, aspectos en los que las mujeres desempeñan un papel central dentro de la familia. Así pues, si no se encuentra una solución al problema de la desnutrición, es poco probable que se puedan cumplir los objetivos sobre educación (ODM 2) y sobre paridad entre los géneros (ODM 3).

¿Qué es la desnutrición?

En este balance se utiliza principalmente el término **desnutrición**, definido como el resultado del consumo insuficiente de alimentos (hambre) y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición implica pesar menos de lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado (emaciación) y presentar carencia de vitaminas y minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes).

Cuando una persona está desnutrida, pierde la capacidad de sustentar funciones naturales del organismo como el crecimiento, la resistencia a las infecciones, la recuperación tras las enfermedades, el aprendizaje, el trabajo físico, y el embarazo y la lactancia en las mujeres. Además de enfermedades como la diarrea, la neumonía, el paludismo y el VIH/SIDA, son causas importantes de desnutrición la alimentación de mala calidad en los lactantes y los niños y niñas pequeños y, en particular, la falta de una lactancia materna óptima y de una buena alimentación complementaria².

La segunda meta del ODM 1 es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de las personas que padecen hambre. El indicador para evaluar el progreso –y el aspecto central de este balance– es la prevalencia de peso inferior al normal en los niños y niñas menores de cinco años y, específicamente, el porcentaje de pequeños entre 0 y 59 meses cuyo peso es inferior a menos dos desviaciones estándar del peso promedio de la población estándar de referencia.

Los cálculos sobre prevalencia de peso inferior al normal se basan en los datos más recientes que dispone UNICEF sobre 110 países en el período 1996 a 2005, lo que abarca el 98% de la población menor de cinco años del mundo en desarrollo. El análisis de tendencias se basa en un subconjunto de 73 países que disponen de datos sobre tendencias para el período 1990-2004, lo que corresponde al 86% de la niñez de los países en desarrollo.

¿Cuántos niños y niñas pesan menos de lo normal?

En el mundo en desarrollo, uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años –el 27%– pesa menos de lo normal, es

De los 146 millones de niños menores de 5 años con bajo peso en el mundo en desarrollo, 106 millones –73%– viven en sólo 10 países.

India, 57 millones

Bangladesh, 8 millones

Pakistán, 8 millones

China, 7 millones

Nigeria, 6 millones

Etiopía, 6 millones

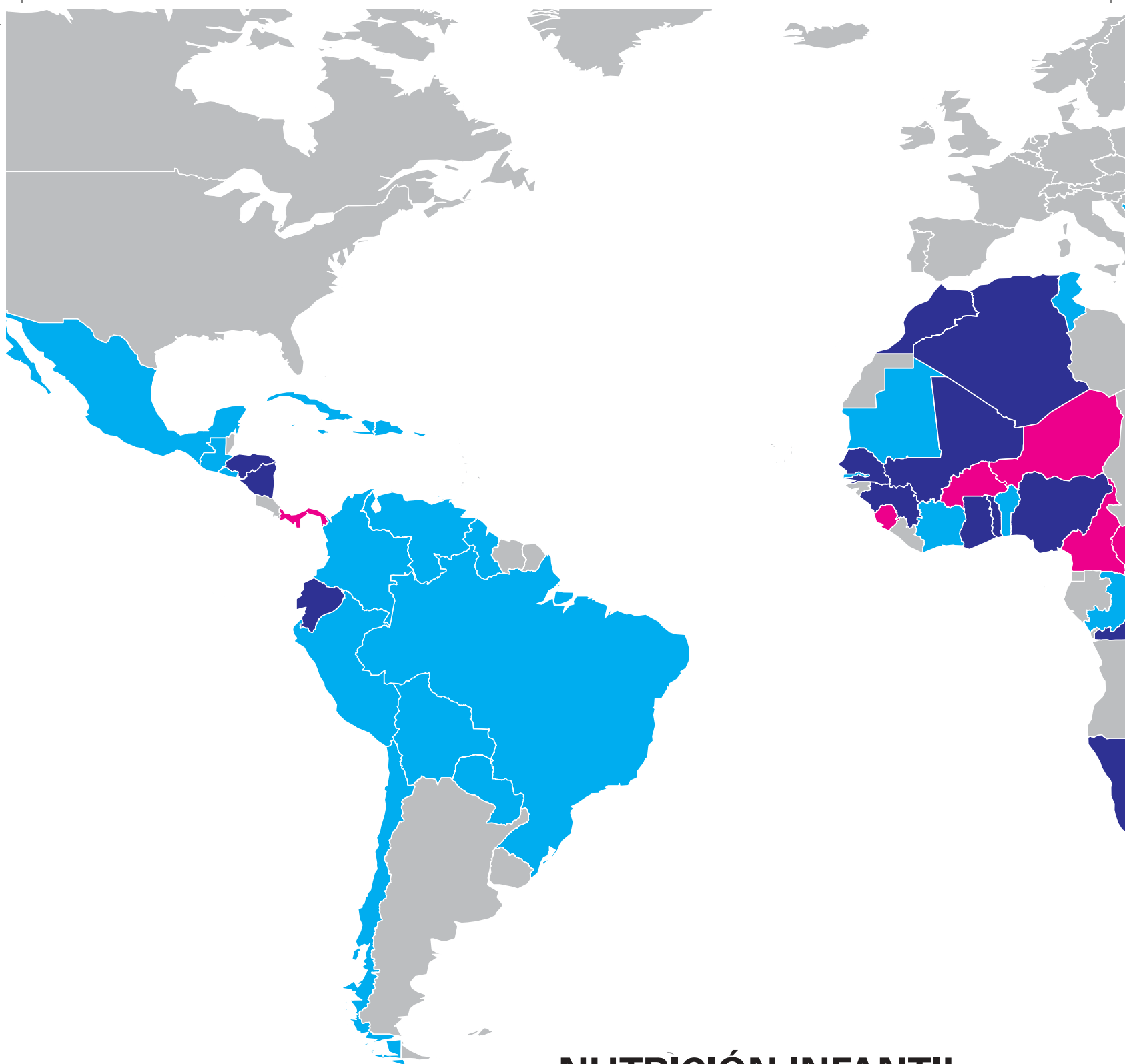
Indonesia, 6 millones

República Democrática del Congo, 3 millones

Filipinas, 3 millones

Viet Nam, 2 millones

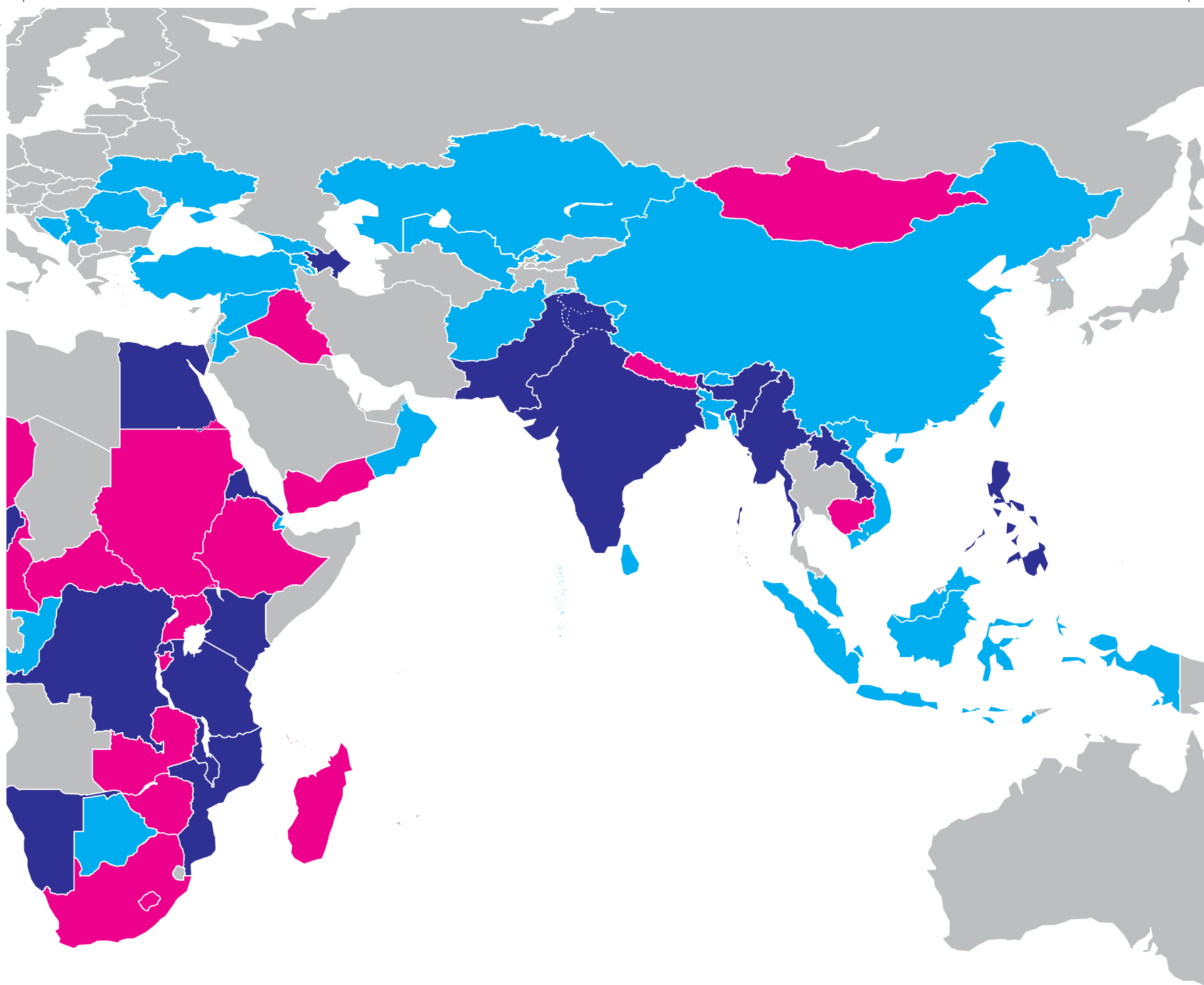
Otros países en desarrollo, 40 millones



NUTRICIÓN INFANTIL

A menos que se aceleren los progresos, no se cumplirá la meta del ODM.

La incidencia de bajo peso entre los niños menores de 5 años es el indicador que se utiliza para medir los progresos hacia la meta del ODM: reducir a la mitad la proporción de personas que sufren de hambre. Los progresos se calculan comparando la tasa media anual de reducción (TMAR), sobre la base de la tasa disponible de las tendencias para el período de 1990–2004, con la TMAR necesaria para lograr la reducción de un 50% durante un período de 25 años (1990–2015). La tasa de cambio que se necesita para lograr el objetivo es una constante de 2,8 por año para todos los países.



ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta: Reducir a la mitad la proporción de personas que pasan hambre entre 1990 y 2015

Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen bajo peso (moderado y grave)

Los países y territorios han sido clasificados según estos patrones:

- **Bien encaminados para lograr la meta del ODM:** la TMAR es de 2,6% o más, o el último estimado disponible de incidencia del bajo peso (de 1999 o después) es 5% o menos, independientemente de la TMAR.
- **Logran progresos, pero insuficientes:** la TMAR es entre 0,6% y 2,5%, inclusive.
- **Sin cambios o empeoran:** la TMAR es 0,5% o menos.
- **Datos insuficientes:** No hay datos de tendencias disponibles.

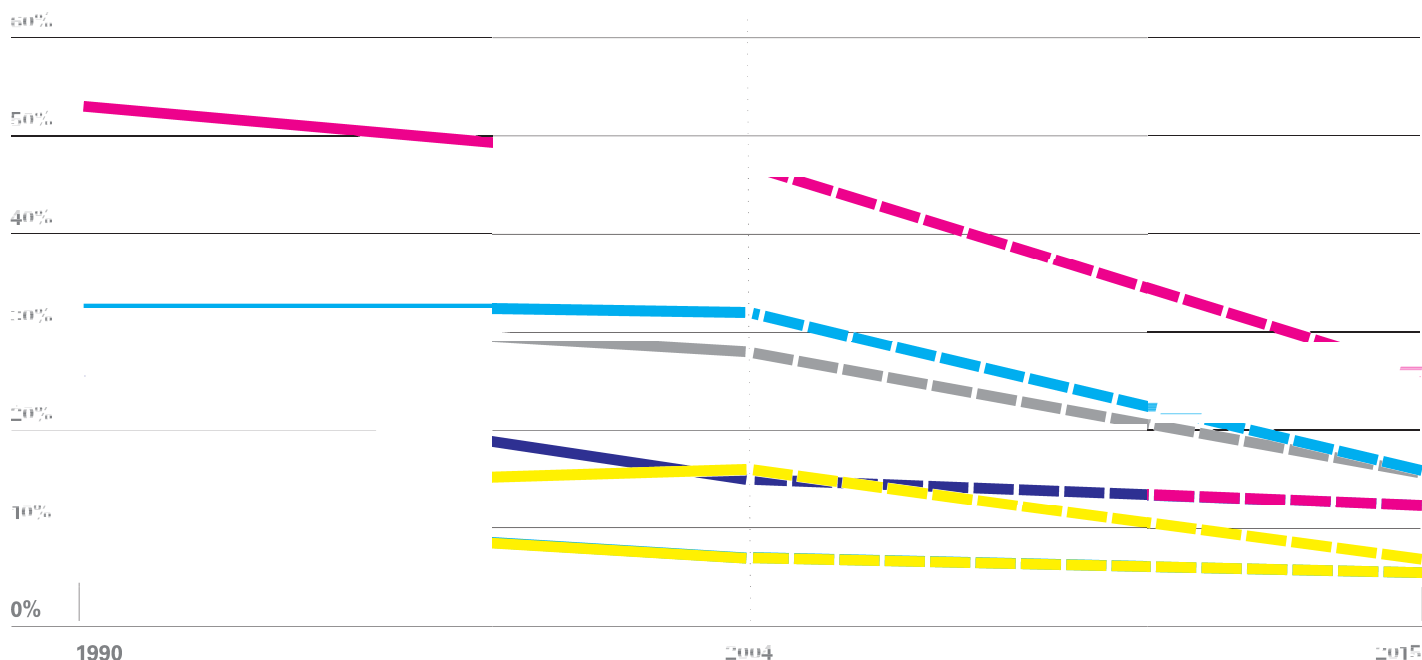
Este mapa está estilizado y no corresponde a ninguna escala. No refleja la posición del UNICEF sobre la situación jurídica de ningún país o territorio o la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira acordada por la India y Pakistán. Las partes no han llegado a ninguna resolución final sobre la situación de Jammu y Cachemira.

Es necesario acelerar los progresos para alcanzar la meta del ODM. La incidencia de bajo peso entre los niños menores de 5 años ha descendido desde 1990 en el mundo en desarrollo, pero es necesario acelerar la tasa de reducción para que la desnutrición baje a la mitad en 2015. Las líneas continuas muestran las proporciones regionales de niños con bajo peso en 1990 y 2004. Las líneas de puntos muestran los progresos que serán necesarios para alcanzar la meta.

Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen bajo peso (moderado y grave).

Fuente: El análisis de las tendencias de UNICEF está basado en un subconjunto de 73 países con datos disponibles para el período 1990–2004. ECE/CEI no aparece en el gráfico porque los datos eran insuficientes para medir los progresos.

- Asia meridional
- África oriental y meridional
- África occidental y central
- Oriente Medio y África del Norte
- Asia Oriental y el Pacífico
- América Latina y el Caribe



decir, aproximadamente 146 millones de niños y niñas, según los cálculos más recientes. Casi tres cuartas partes de esos niños y niñas viven en 10 países.

Asia meridional presenta, de lejos, los niveles más altos de peso inferior al normal: el 46% de todos los menores de cinco años de la región sufren este problema. En África subsahariana, el 28% de los niños y niñas pesan menos de lo normal. La prevalencia más baja se encuentra en Europa Central y del Este/Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI, con un 5%), así como también en América Latina y el Caribe (7%).

Patrones similares se observan en la prevalencia del retraso en el crecimiento –cuya característica es una baja estatura para la edad, un indicador evidente de desnutrición crónica– y en la prevalencia de la emaciación, que se caracteriza por un peso bajo para la estatura, un indicador de desnutrición aguda que suele presentarse en situaciones de emergencia. Los niveles de Asia meridional son los más altos del mundo y, a la vez, son considerablemente superiores a los de la mayoría de las demás regiones: el 44% de sus niños y niñas acusan retraso en el crecimiento y el 15%, emaciación. África subsahariana tiene la segunda proporción más alta de niños y niñas con retraso en el crecimiento: el 41% en África oriental y meridional y el 35% en África occidental y central. Por su parte, la siguiente proporción más alta de niños y niñas con emaciación corresponde a África occidental y central (10%); le siguen Oriente Medio y África del Norte (8%) y África oriental y meridional (7%). Al igual que con el peso inferior

al normal, ECE/CEI y América Latina y el Caribe tienen la prevalencia más baja de retraso en el crecimiento, 14% y 16%, respectivamente, y de emaciación, 3% y 2%, respectivamente.

Sin embargo, se han registrado algunos progresos y, en los países en desarrollo, la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal bajó del 33% al 28% entre 1990 y 2004³. Durante ese mismo período, el descenso más importante se dio en la región de Asia oriental y el Pacífico, donde la prevalencia pasó del 25% al 15%. Esa mejora se debió, básicamente, al progreso alcanzado por China, cuya prevalencia de peso inferior al normal se redujo en más de la mitad. China aporta el 59% de la población menor de cinco años de la región. Asia meridional también ha progresado, a pesar de que los niveles actuales indudablemente siguen siendo altos. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de peso inferior al normal también descendió.

Una región que ha progresado muy poco es África subsahariana, donde la prevalencia de peso inferior al normal ha sido prácticamente la misma durante el período de 1990 a 2004. Dada esta falta de progreso y el crecimiento de la población, el número total de niños y niñas con un peso inferior al normal aumentó en realidad en África subsahariana.

¿Será posible alcanzar el ODM 1?

Pese a los adelantos logrados entre 1990 y 2004, la disminución de la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal en el mundo en desarrollo no basta para

alcanzar el ODM de reducir el hambre a la mitad entre 1990 y 2015. La tasa media anual de reducción sigue siendo del 1,7%, lo que significa que, si esta tasa no mejora, 50 millones de niños y niñas no habrán disfrutado de una nutrición adecuada para el año 2015 y sus vidas seguramente correrán peligro⁴.

Mientras que América Latina y el Caribe, con una tasa media anual de reducción del 3,8%, va en camino de lograr el objetivo, Asia oriental y el Pacífico, con una tasa media anual de reducción del 3,6%, prácticamente ya lo alcanzó. De nuevo, el progreso de esta región ha sido impulsado fundamentalmente por China, cuya prevalencia de peso inferior al normal bajó del 19% en 1990 al 8% en 2002. No obstante, si se excluye China, Asia oriental y el Pacífico no está en camino de alcanzar el objetivo.

África occidental y central (tasa media anual de reducción del 1,6%) y Asia meridional (tasa media anual de reducción del 1,7%) han progresado, aunque no lo suficiente como para lograr la meta.

La situación de África oriental y meridional no ha cambiado, y la de Oriente Medio y África del Norte se ha deteriorado (su

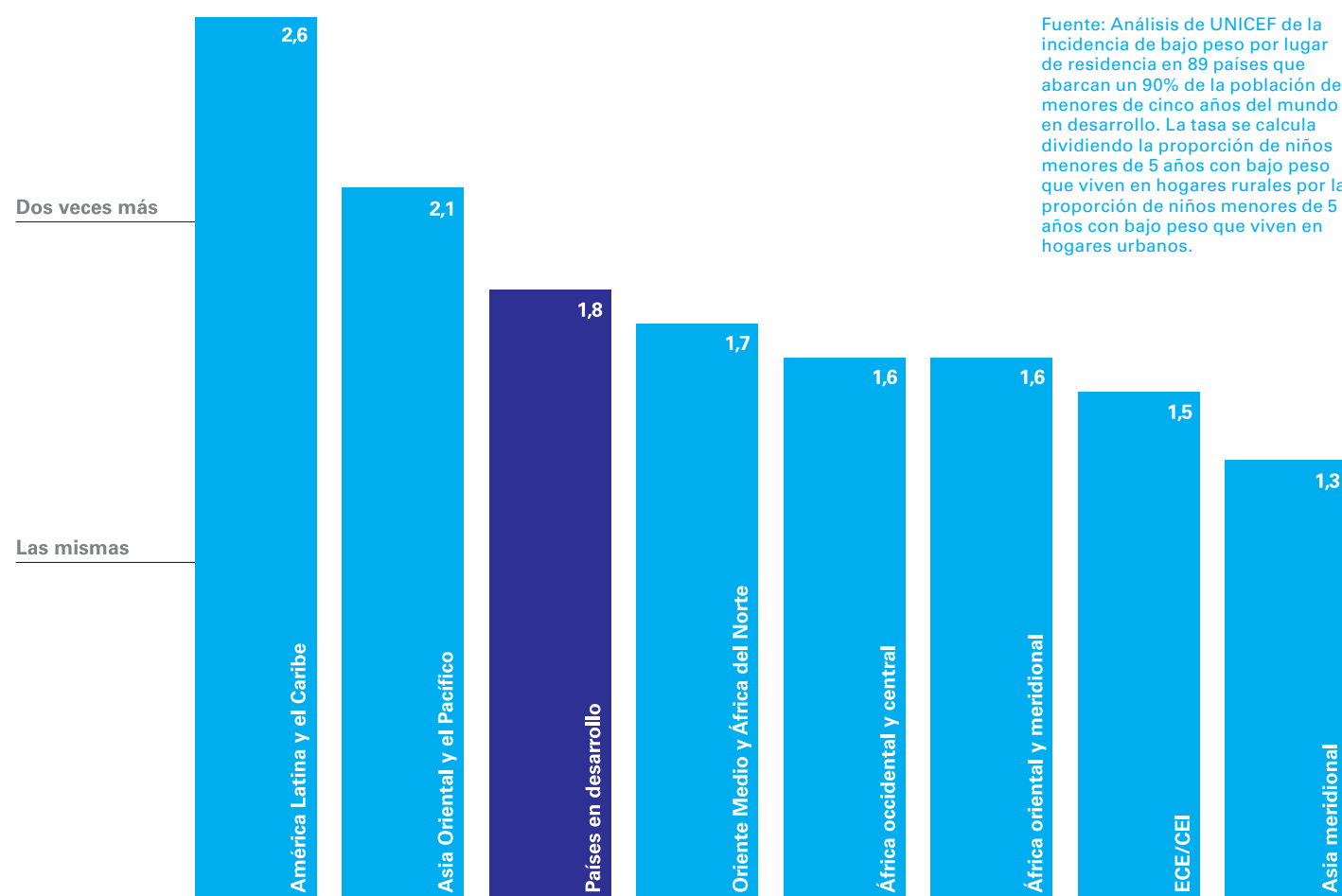
tasa media anual de reducción es de -1,6%). El deterioro en esta región se puede atribuir, más que todo, a las condiciones de tres países –el Iraq, el Sudán y el Yemen– con grandes poblaciones que han sufrido las consecuencias de los conflictos y los desastres naturales.

No se dispone de datos suficientes para evaluar el progreso de ECE/CEI, cuyos niveles generales de desnutrición ya son bajos.

Es importante señalar que una limitación para determinar cuánto se ha avanzado hacia el logro de este objetivo, cuya línea de base es el año 1990, es que muchos países no contaban con datos sobre la prevalencia de peso inferior al normal a comienzos de la década de 1990. (Solo a mediados de los años 1990 hubo más disponibilidad de datos necesarios para trabajar con este indicador.) Los países con datos insuficientes son o bien los que carecen de datos, o bien los que solo disponen de un cálculo aproximado sobre la prevalencia de peso inferior al normal, pero carecen de datos sobre tendencias. En las páginas siguientes se presentan más detalles sobre las tendencias de las diferentes regiones, que incluyen datos sobre países individuales.

Los niños de las zonas rurales tienen dos veces más probabilidades de sufrir bajo peso que los de las zonas urbanas. Las disparidades entre las zonas rurales y urbanas son más elevadas en las regiones de América Latina y el Caribe y Asia Oriental y el Pacífico, donde los niños que viven en las zonas rurales tienen, respectivamente, 2,6 y 2,1 más probabilidades de sufrir bajo peso que los niños que viven en las zonas urbanas.

Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen bajo peso (moderado y grave); tasa de incidencia del bajo peso entre niños menores de 5 años que viven en zonas rurales en comparación con las zonas urbanas.



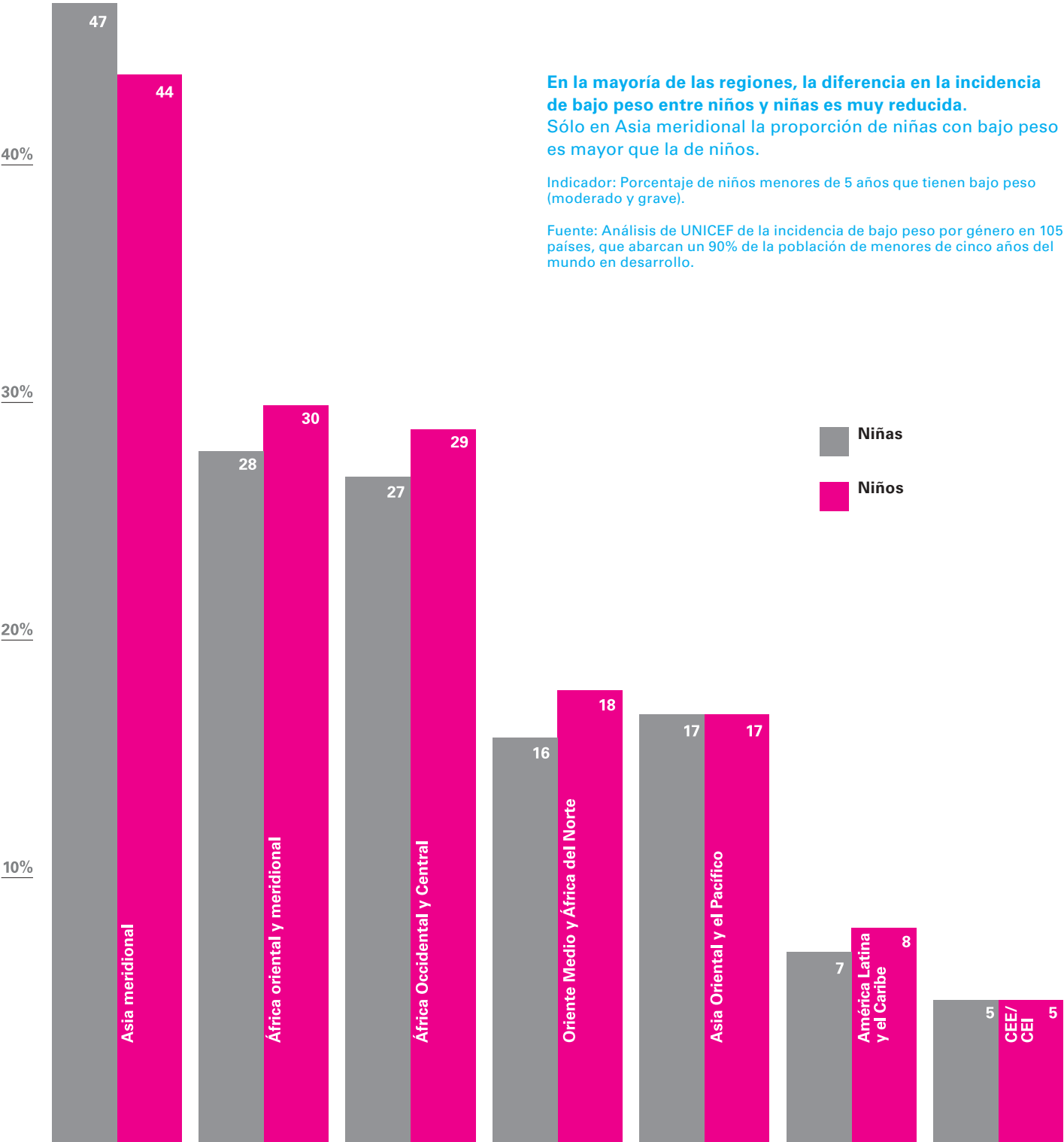
Disparidades

Los promedios por regiones e, incluso, los promedios de países individuales, tienden a ocultar disparidades. Un país cuya prevalencia promedio de niños y niñas con peso inferior al normal es baja, podría tener focos de desnutrición en algunas zonas geográficas o en ciertos subgrupos de su población.

Las estadísticas desagregadas revelan grandes disparidades entre los niños y niñas de las zonas rurales y los de las zonas urbanas (véase el gráfico en la página 7). En promedio, la prevalencia de peso inferior al normal entre los niños y niñas que viven en las zonas rurales es casi el doble de la de los niños y niñas que viven en las zonas urbanas⁵. No obstante, la prevalencia de peso inferior al normal es alta en los barrios de tugurios de las zonas urbanas de muchos países en desarrollo, lo que constituye un motivo de preocupación.

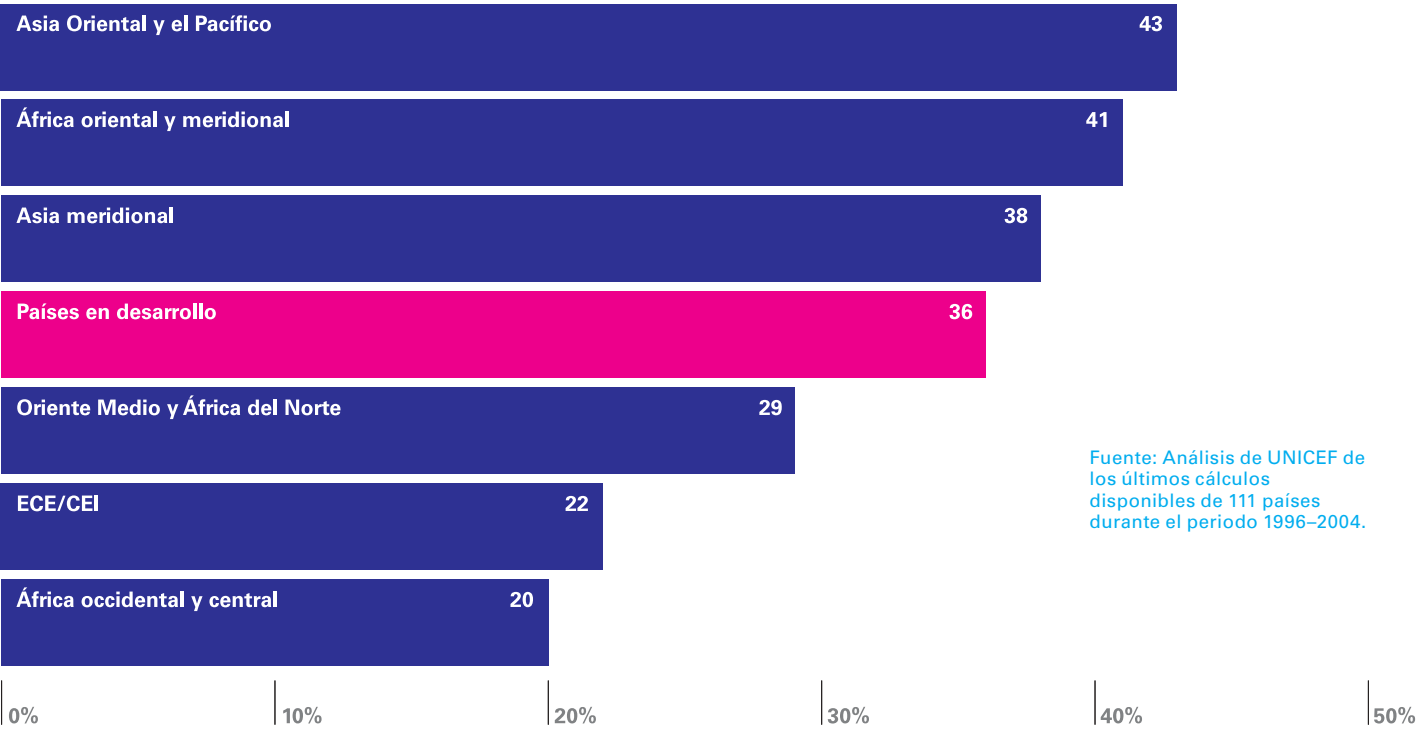
Existen considerables disparidades en materia de propiedad familiar entre los distintos quintiles de la sociedad, y la probabilidad de que los niños y niñas de las familias más pobres pesen menos de lo normal es, en promedio, el doble de la de los niños y niñas que pertenecen a familias más pudientes⁶. Las disparidades más marcadas entre ricos y pobres se encuentran en América Latina y el Caribe, donde los niños y niñas de los hogares más pobres tienen 3,6 veces más probabilidades de pesar menos de lo normal que los de los hogares más ricos. Las disparidades más bajas se dan en Asia oriental y el Pacífico, seguida por ECE/CEI y, por último, África subsahariana.

Desde el punto de vista de la disparidad entre los géneros, la prevalencia de peso inferior al normal es similar en los niños y niñas de todas las regiones, excepto Asia meridional⁷, donde el 47% de las niñas y el 44% de los niños y niñas presentan este problema.



Uno de cada tres niños recibe amamantamiento exclusivo durante sus seis primeros meses de vida en el mundo en desarrollo. Asia Oriental y el Pacífico y África oriental y meridional son las regiones con los mayores niveles de amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida, mientras que ECE/CEI y África occidental y central registran los niveles más bajos.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos que reciben amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida.



OTROS INDICADORES DE NUTRICIÓN

Bajo peso al nacer

Todos los años nacen más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 2.500 gramos (5,5 libras), lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados (7%)⁸. Los bebés con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a presentar, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías.

Más del 96% de los nacimientos de bajo peso al nacer ocurren en el mundo en desarrollo, lo que demuestra que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza. En esas condiciones, las mujeres son más propensas a contraer infecciones y a tener una dieta pobre en nutrientes. Así mismo, no es raro que, durante el embarazo, sigan desempeñando trabajos demasiado exigentes desde el punto de vista físico⁹. Esto refleja un ciclo generacional de desnutrición, cuyas consecuencias pasan a los hijos a través de madres desnutridas o con una salud precaria.

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. Mientras que en Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31% de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7% de los bebés nacen con bajo peso, lo que

representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40% de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. Un 14% de los lactantes de África subsahariana, y un 15% de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.

Dado que en el mundo en desarrollo no se pesa tan pronto como nacen al 58% de los bebés, llevar un control fiable de este indicador vital es muy difícil. Las proporciones más altas corresponden a Asia meridional (74%) y a África subsahariana (65%)¹⁰.

Realizar análisis de tendencias también es complicado por la falta de cálculos comparables tanto dentro de los países individuales como entre los distintos países. Pero un análisis de tendencias con datos limitados indica que la incidencia de bajo peso al nacer prácticamente no varió entre 1990 y 2000 en África subsahariana y Asia¹¹.

Alimentación exclusiva con leche materna

La leche humana es el alimento ideal para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los lactantes. La lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida estimula el funcionamiento del sistema inmunológico, protege a los bebés contra la diarrea y las infecciones respiratorias agudas –dos de las principales causas de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo– y mejora su respuesta a las vacunas. En condiciones especialmente antihigiénicas, sin embargo, los sucedáneos de la leche materna comportan un grave riesgo de infección y pueden ser fatales para los recién nacidos. Sin embargo, solo algo más

de la tercera parte de todos los lactantes de los países en desarrollo son alimentados únicamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

Hay muchas diferencias entre las regiones. Las tasas más altas actualmente son las de Asia oriental y el Pacífico (43%) y las de África oriental y meridional (41%). Las más bajas son las de África occidental y central (20%) y ECE/CEI (22%)¹².

Aun cuando los porcentajes del mundo en desarrollo siguen siendo bajos, los datos sobre tendencias indican que la alimentación exclusiva con leche materna ha mejorado: entre 1990 y 2004, pasó del 34% al 41%¹³. En África subsahariana, la tasa durante el mismo período se duplicó, pasando del 15% al 32%. En África occidental y central se registró un notable progreso, pues la lactancia natural exclusiva se quintuplicó. Entre los países africanos que más progresos han hecho en este campo desde 1990 se encuentran Burkina Faso, Camerún, Ghana, Madagascar, Malí, Nigeria, Senegal, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

Tanto en Asia meridional como en Oriente Medio y África del Norte, las tasas de alimentación exclusiva con leche materna también mejoraron entre 1990 y 2004, pasando del 43% al 47% y del 30% al 38%, respectivamente. En Asia oriental y el Pacífico, las tasas se mantuvieron estables durante ese período. No hubo datos suficientes para calcular las tendencias de América Latina y el Caribe ni las de ECE/CEI (solo se proporcionan cálculos sobre tendencias regionales cuando los datos disponibles abarcan el 50% de los nacimientos, o más).

Consumo de sal yodada

El resultado de una dieta carente de yodo es una producción insuficiente de la hormona tiroidea. Esta carencia puede alterar el crecimiento normal del cerebro y el sistema nervioso, llevando a un rendimiento escolar bajo y a la disminución de la capacidad intelectual y laboral. La carencia de yodo es muy nociva durante el embarazo y la infancia, pero se puede evitar fácilmente mediante la yodación de la sal.

En 1990, pocos países en desarrollo tenían programas de yodación de la sal a gran escala, y se calcula que en menos de uno de cada cinco hogares se consumía sal adecuadamente yodada. En consecuencia, unos 1.700 millones de personas, el 32% de la población del mundo en desarrollo, corría el riesgo de sufrir trastornos por carencia de yodo¹⁴.

La campaña para corregir la carencia de yodo mediante la yodación universal de la sal ha sido exitosa, pues la proporción de los hogares del mundo en desarrollo donde se consume sal yodada se ha elevado al 69%. Además, 82 millones de recién nacidos reciben protección todos los años contra problemas de aprendizaje causados por trastornos debidos a la carencia de yodo.

Pese a lo anterior, existen grandes diferencias entre regiones en los niveles de consumo de sal yodada. Los niveles más altos se registran en América Latina y el Caribe (86%) y en Asia oriental y el Pacífico (85%). En África subsahariana se consume sal yodada en el 64% de los hogares. El nivel más bajo se registra en ECE/CEI (47%). La serie actual de las Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) permitirá actualizar la información sobre el consumo de sal yodada y se

espera que sirva para documentar mejoras considerables, especialmente en ECE/CEI.

En 33 países, menos de la mitad de los hogares consumen sal yodada y, todos los años, 37 millones de recién nacidos en el mundo en desarrollo quedan desprotegidos contra las consecuencias que tiene para toda la vida el daño cerebral asociado con los trastornos debidos a la carencia de yodo.

Administración de suplementos de vitamina A

La vitamina A es decisiva para el funcionamiento del sistema inmunológico y la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas. Administrar dosis altas de suplementos cada cuatro a seis meses tiene efectos altamente beneficiosos para la salud de los niños y niñas de 6 a 59 meses, y disminuye el riesgo de mortalidad hasta en un 23%¹⁵.

En 2003, la tasa de administración de suplementos de vitamina A en los niños y niñas de 6 a 59 meses del mundo en desarrollo fue del 61%. La cobertura en los países menos adelantados es superior al promedio (76%), pues su necesidad es, obviamente, mayor. Asia meridional tiene la tasa de administración de suplementos más baja (58%) y Asia oriental y el Pacífico (excluyendo a China), la más alta (73%). En África occidental y central, la cobertura es del 60% y en África oriental y meridional, del 68%. No hay datos suficientes para saber cuál es la cobertura en América Latina y el Caribe, en ECE/CEI ni en Oriente Medio y África del Norte¹⁶.

A pesar de que muchos países no han podido evaluar su verdadera carencia de vitamina A debido a limitaciones técnicas y financieras, se calcula que entre 100 y 140 millones de niños y niñas son víctimas de esta “hambre oculta”. La mayoría viven en las zonas menos adelantadas de Asia meridional y África subsahariana¹⁷. Según cálculos recientes, más de 43 millones de niños y niñas de África subsahariana están en riesgo de presentar carencia de vitamina A¹⁸.

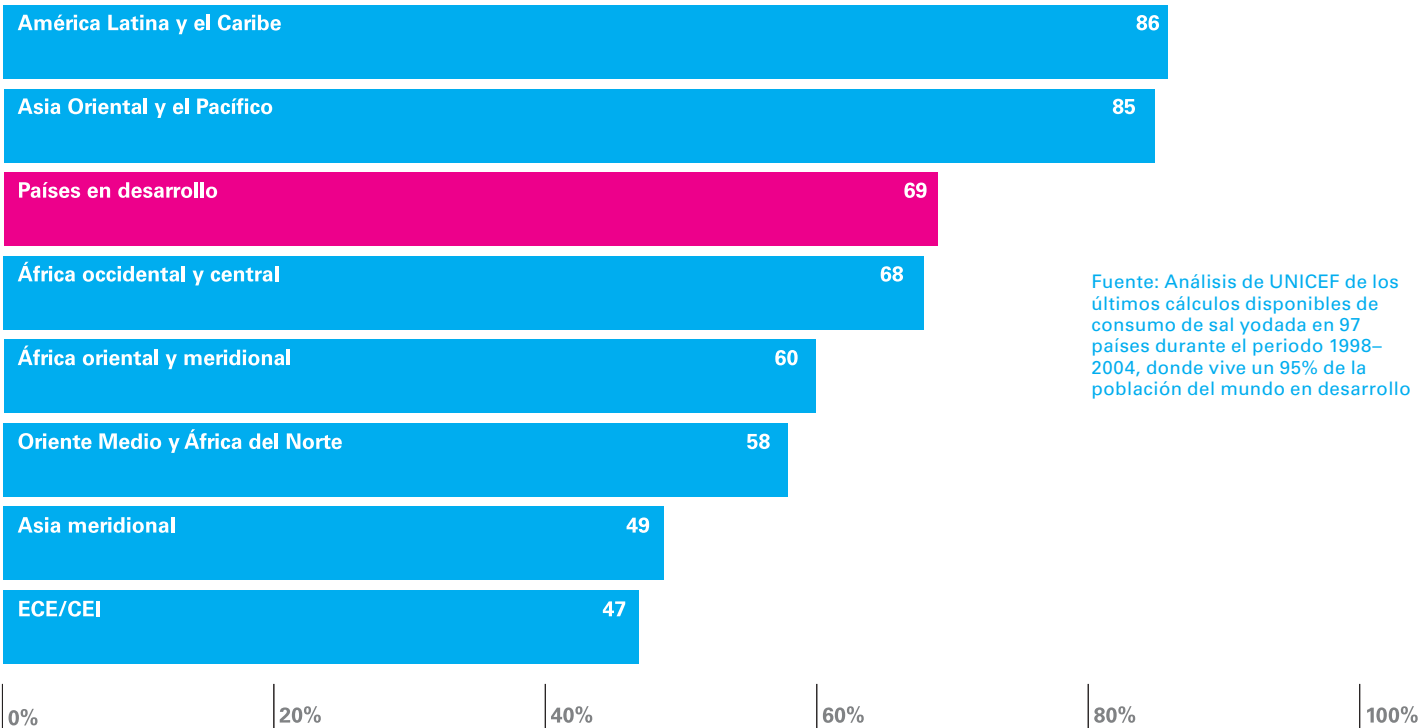
Carencia de hierro y anemia

Alrededor de 2.000 millones de personas sufren de anemia en todo el mundo¹⁹ y, en especial, anemia por carencia de hierro. Esta es una de las principales causas de mortalidad materna y de deficiencias cognitivas en los niños y niñas pequeños; esto puede afectar posteriormente su desarrollo motor y su rendimiento escolar. La anemia perjudica también la actividad económica de los individuos, las familias y las economías nacionales. El Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas ha calculado, por ejemplo, que los costos económicos de la anemia en Bangladesh ascienden al 7,9% de su producto interno bruto (PIB)²⁰.

A pesar de que los suplementos de hierro reducen la anemia causada por su carencia en las mujeres embarazadas y lactantes, la mayoría de los programas para combatir este mal no han tenido éxito. Esto se debe a que, con frecuencia, llegan a las mujeres en etapas demasiado avanzadas del embarazo. La anemia y la carencia de hierro también son muy prevalentes en los niños y niñas pequeños; no obstante, pocos países cuentan con programas a gran escala para solucionar esta situación. El resultado es que no ha habido un descenso significativo en la incidencia mundial de la anemia en los últimos 15 años.²¹ Con el apoyo de nuestros aliados estamos ampliando los programas de enriquecimiento de la harina y de suplementos de hierro.

Dos de cada tres hogares consumen sal yodada en el mundo en desarrollo. Las regiones de América Latina y el Caribe y Asia Oriental y el Pacífico están a punto de lograr la meta de la yodación universal de la sal. Sin embargo, solamente la mitad de los hogares de las regiones de ECE/CEI y Asia meridional consumen sal yodada.

Indicador: Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 partes o más por millón).



LA NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Después de cualquier emergencia, la desnutrición se dispara y eleva exponencialmente el riesgo que corren los niños y niñas de enfermarse y morir. En la mayoría de las situaciones de emergencia, la línea de base nutricional de la infancia es deficiente, incluso antes de que la crisis agudice factores como la inseguridad alimentaria, el acceso limitado a los servicios básicos de salud, los ambientes malsanos y las prácticas alimentarias y de atención inadecuadas. En consecuencia, tras las emergencias, las escasas reservas nutricionales de los niños y niñas pequeños se agotan rápidamente. La carencia de micronutrientes –en particular, hierro, vitamina A y yodo– suele constituir una grave amenaza contra la salud pública.

Para proporcionar una nutrición de calidad y promover el acceso a servicios de salud fundamentales al comienzo de las situaciones de extrema urgencia y después de producida la catástrofe, UNICEF estableció una serie de medidas en el documento llamado Compromisos básicos para la infancia en situaciones de emergencia. Entre esas medidas se cuentan la pronta evaluación nutricional; la vacunación contra el sarampión, junto con la administración de suplementos de vitamina A; el suministro de alimentos fortificados y suplementos de micronutrientes; el apoyo a la lactancia materna, junto con el suministro de alimentación complementaria a los lactantes y a los niños y niñas pequeños. Asimismo, la alimentación terapéutica y complementaria, en colaboración con el Programa Mundial de Alimentos y algunas organizaciones no gubernamentales; el apoyo al seguimiento y la vigilancia de la nutrición; y el

asesoramiento y la educación sobre nutrición, que incluye mensajes sobre la importancia de la lactancia materna.

En la década pasada, y desde el punto de vista de la salud y la nutrición, la respuesta de la comunidad internacional frente a las consecuencias de las situaciones complejas de emergencia mostró un gran progreso. La respuesta en cuestiones de salud pública y en el tratamiento clínico de las enfermedades con un gran potencial epidémico mejoró, especialmente en los campamentos, y las tasas de letalidad en niños y niñas gravemente desnutridos se han reducido de forma notable.

Un “Examen sobre la respuesta humanitaria”, encargado en agosto 2005 por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, recomendó asignar responsabilidades por sector a las organizaciones principales y agrupar a los aliados para lograr una mejor preparación y respuesta ante las emergencias. A UNICEF se le ha encomendado dirigir el grupo de nutrición.

En medio de los dramas humanos que se viven en los conflictos y los desastres naturales, la atención del público y las actividades de socorro suelen centrarse –adecuadamente– en la infancia. Pero el número de niños y niñas que sucumben en la situaciones de emergencia es reducido en comparación con los millones de niños y niñas desnutridos que se enferman y mueren todos los años en una “emergencia silenciosa” causada por la desnutrición, y que no recibe la atención de la comunidad internacional²².

En Asia meridional se registra un nivel increíblemente alto de peso inferior al normal –que afecta a un 46% de sus niños y niñas– y en la India, Bangladesh y el Pakistán se encuentra la mitad de la totalidad de los niños y niñas del mundo que pesan menos de lo normal, aunque solo el 29% de la población menor de cinco años del mundo en desarrollo vive en esos países.

Tomada en conjunto, la región ha logrado algunos progresos. La prevalencia de peso inferior al normal, que era del 53% en 1990, ha bajado a una tasa promedio anual del 1,7%. Seguir mejorando a este ritmo no será suficiente para conquistar el ODM en el año 2015, aunque existen amplias diferencias en el desempeño de los distintos países de la región. El Afganistán, Bangladesh, Bhután, Maldivas y Sri Lanka van en camino de reducir a la mitad para el año 2015 el número de niños y niñas menores de cinco años con un peso inferior al normal.

En Bangladesh, la prevalencia de peso inferior al normal bajó del 66% al 48% entre 1990 y 2004, a pesar de que la proporción de niños y niñas con este problema sigue siendo más alta que en los demás países de la región, salvo Nepal. Bhután logró reducir a la mitad la prevalencia de peso inferior al normal en el transcurso de casi 10 años: del 38% en 1988 al 19% en 1999. El Afganistán y Maldivas también han avanzado enormemente: el Afganistán pasó del 49% en 1997 al 39% en

Si bien las mujeres amamantan inicialmente a la mayoría de los bebés de la región, solo el 38% recibe exclusivamente leche materna durante los primeros seis meses de vida. De nuevo, existen grandes variaciones entre los países, que oscilan desde el 84% de los bebés que consumen únicamente leche materna en Sri Lanka, hasta sólo un 10% en Maldivas.

Aunque los trastornos por carencia de yodo siguen representando un problema muy serio, solo en la mitad de los hogares de la región se consume sal yodada. Entre los países que son un ejemplo de progreso se puede mencionar a Bhután, que se ha convertido en el primero de la región en conquistar la meta de la yodación universal de la sal²⁴. Bangladesh, Nepal y Sri Lanka también han realizado esfuerzos significativos hacia el logro de esa meta.

En cuanto a la reducción de la carencia de vitamina A, en la década pasada hubo avances apreciables mediante la administración de suplementos. Por ejemplo, el Afganistán, Bangladesh, Nepal y el Pakistán beneficiaron con dos dosis anuales de suplementos de vitamina A a más del 85% de sus respectivas poblaciones seleccionadas, es decir, niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años.

A excepción de Sri Lanka, en la mayoría de los países de la región, la mitad –o más de la mitad– de las mujeres en edad

ASIA MERIDIONAL: LA MITAD DE LA NIÑEZ CON BAJO PESO DEL MUNDO

2003-2004, y Maldivas, del 39% en 1994 al 30% en 2001. Los progresos de la India y el Pakistán han sido modestos; de hecho, son insuficiente para alcanzar la meta. Por su parte, Nepal no logró reducir mayormente la prevalencia de peso inferior al normal durante la década de 1990.

Asia meridional adolece de otras formas de desnutrición que han llegado a niveles sumamente altos y que, como se ha comprobado, son muy resistentes al cambio: el 44% de los menores de cinco años de la región manifiestan retraso en el crecimiento y el 15%, emaciación.

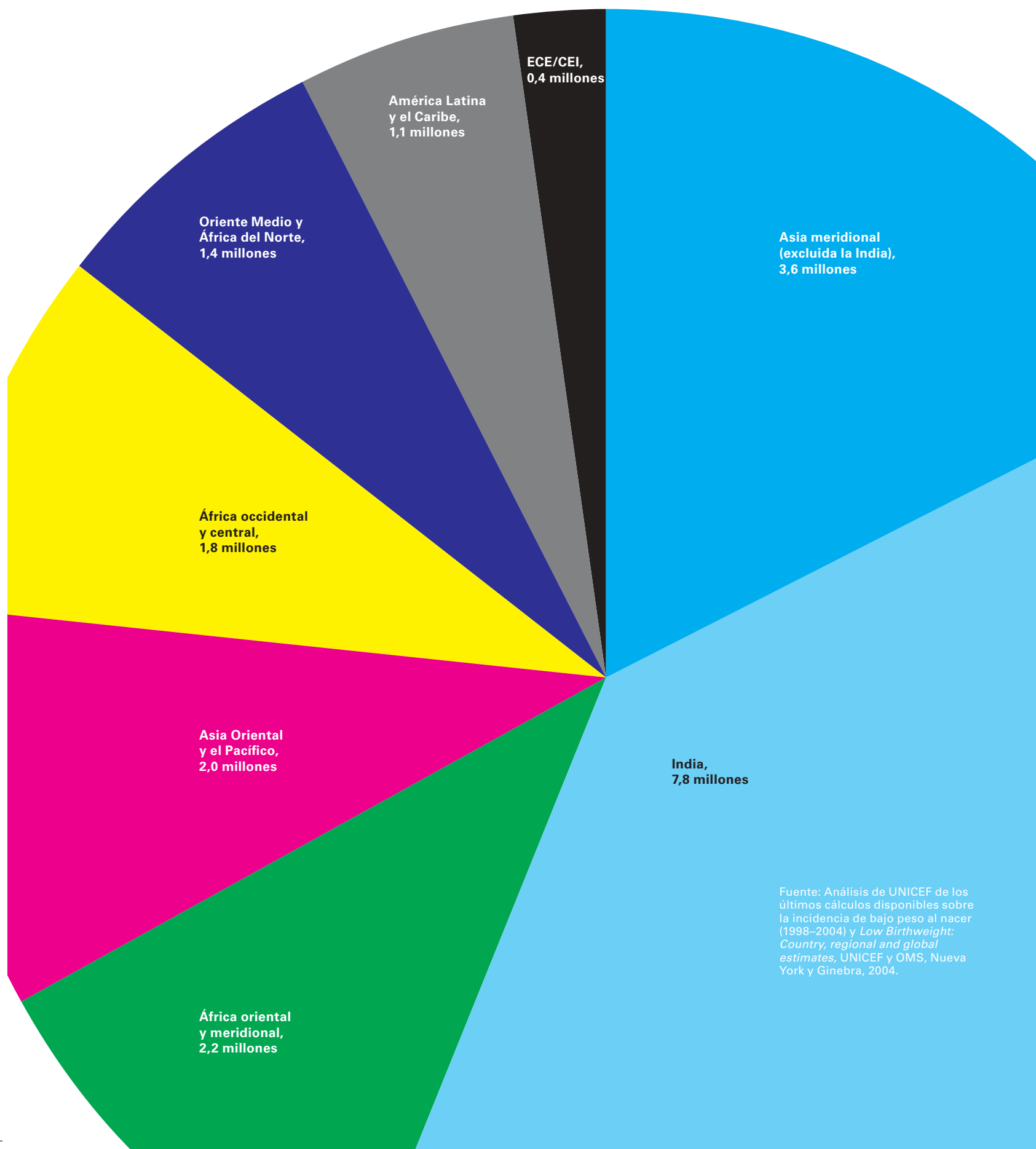
En muchos países de Asia meridional, la precaria educación de las mujeres y su bajo nivel social se suman a un régimen alimentario deficiente y a la falta de buenos servicios de saneamiento. Al igual que las mujeres, las niñas sufren discriminación por motivo de su género. Asia meridional es la única región del mundo donde las niñas tienen más probabilidades que los niños y niñas de pesar menos de lo normal. En la India, una de cada tres mujeres adultas presenta este problema²³ y, en consecuencia, corre el riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer.

reproductiva sufren de anemia²⁵, y su prevalencia entre los preescolares de la región no ha bajado del 50% en más de dos décadas²⁶.

Encuestas sobre nutrición y seguridad alimentaria efectuadas en el Pakistán tan pronto como ocurrió el terremoto de octubre de 2005 revelaron que la condición nutricional de los menores de cinco años no se había deteriorado. Incluso los niveles más altos de emaciación que se encontraron en las zonas encuestadas eran inferiores al promedio nacional del 13%. En el Pakistán se puso en práctica un método novedoso para coordinar la asistencia humanitaria, en el que participaron el Gobierno, organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas, bajo la dirección del Comité Interinstitucional Permanente de las Naciones Unidas²⁷.

De los más de 20 millones de nacimientos con bajo peso que se calcula que se producen todos los años en el mundo en desarrollo, más de la mitad se producen en Asia meridional y más de una tercera parte en la India. Un factor que contribuye al problema es que en Asia meridional solamente se pesa a uno de cada cuatro recién nacidos, la región con la mayor proporción de recién nacidos sin pesar.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (menos de 2.500 gramos).



En África oriental y meridional no se ha registrado desde 1990 mejora alguna con respecto a la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal. De hecho, lejos de avanzar hacia el cumplimiento de la meta del ODM de reducir el hambre a la mitad, el número de niños y niñas con este problema se ha incrementado en la región durante los últimos 15 años.

Esto se debe especialmente a una menor productividad agrícola, a las crisis alimentarias recurrentes asociadas con las sequías y los conflictos, y a los crecientes niveles de pobreza. Al mismo tiempo, el VIH/SIDA se ha sumado a las crisis alimentarias provocadas por las sequías, lo que ha planteado enormes desafíos para el desarrollo de la nutrición a algunos países de África meridional, como Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe. Las tendencias positivas que se observaron a principios de la década de 1990 han adquirido un ritmo más lento o se han revertido. En Lesotho y Zimbabwe, por ejemplo, los niveles de peso inferior al normal han aumentado, y en Zambia no se experimentó cambio alguno durante el período 1990-2004.

Desde el punto de vista regional, el indicador positivo principal es el aumento de la tasa de alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida. En África oriental y meridional se registra una tasa superior a la de las demás regiones (41%), salvo Asia oriental y el Pacífico.

entre los niños y niñas que han sobrevivido, y la desnutrición acelera la evolución del SIDA y, en consecuencia, las tasas de mortalidad.

En Eritrea, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, la República Unida de Tanzania y Rwanda, el progreso ha sido constante, aunque no suficiente para alcanzar la meta del ODM. De esos países, Eritrea tiene la proporción más alta de niños y niñas con peso inferior al normal (40%).

En Sudáfrica, el país más rico de la región, la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal es del 12%, una cifra que únicamente supera Swazilandia. Pero Sudáfrica ha retrocedido y su proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal ha ascendido a un promedio anual del 5,6% desde 1994-1995. Sudáfrica también tiene, de lejos, la prevalencia de alimentación exclusiva con leche materna más baja de la región, y solo el 7% de los niños y niñas se benefician de esta práctica –que salva vidas– durante sus primeros seis meses de vida.

En Etiopía, casi la mitad de la niñez pesa menos de lo normal, y con Nigeria (en África occidental y central) suman más de la tercera parte de todos los niños y niñas de África subsahariana que padecen este problema. Al igual que el conjunto de la región, Etiopía se encuentra estancada, pues la proporción de los niños y niñas con un peso inferior al normal

ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL: EN PUNTO MUERTO

De los 17 países de esta región que cuentan con suficientes datos sobre tendencias para poder evaluar los avances hacia el logro de la meta de los ODM, solo Botswana va rumbo de conquistarla, mientras que la situación de nueve países no ha cambiado o está empeorando.

Dados los desastrosos efectos de la pandemia de SIDA en Botswana, lo que este país ha logrado es digno de admiración: después de Swazilandia, las tasas de prevalencia del VIH entre la población adulta de Botswana –37%– son las más altas del mundo (las de Swazilandia son del 39%)²⁸. En esas condiciones, la disminución de la incidencia del peso inferior al normal en Botswana es significativa: del 17% en 1996 al 13% en 2000.

No existen suficientes datos para calcular si Swazilandia alcanzará la meta del ODM, pero hay que destacar el hecho de que no solo tiene una proporción más baja de niños y niñas con peso inferior al normal (10%) que cualquier otro país de la región, sino que la proporción de los menores de cinco años que sufren de emaciación ha descendido al 1%.

En vista de la acción recíproca entre la desnutrición y el VIH en los niños y niñas, esos resultados deben interpretarse con cautela. La prevalencia de peso inferior al normal se calcula

prácticamente no ha variado desde 1990. Lo anterior quiere decir que si este país no realiza un esfuerzo titánico, probablemente no conseguirá la meta del ODM. Aparte de eso, Etiopía tiene la cobertura de sal yodada más baja: solo el 28% de los hogares la utilizan.

En Burundi y Madagascar, el peso inferior al normal entre los niños y niñas menores de cinco años es superior al 40%, y no hay indicios de que esta situación esté mejorando. Burundi tiene una tasa mucho más alta de retraso en el crecimiento que cualquier otro país de la región (57%), y Somalia tiene la tasa más alta de emaciación de África oriental y meridional (17%).

Las profundas repercusiones del VIH/SIDA en la región afectan inevitablemente su posición nutricional, a pesar de que la relación de la pandemia con la desnutrición es compleja. Por ejemplo, según un estudio que se llevó a cabo en 2003 en seis países de África meridional afectados por la sequía, los niveles de peso inferior al normal en los niños y niñas aumentaron con más rapidez en comunidades relativamente prósperas y cercanas a centros urbanos que en otras zonas, debido a la alta prevalencia del VIH/SIDA. Esto podría indicar que zonas que se consideraban en mejores condiciones, en realidad son bastante vulnerables²⁹.

Incidencia de bajo peso en seis países del sur de África donde la sequía y el VIH/SIDA se han combinado en detrimento de la situación alimentaria de la infancia. Uno de cada cinco niños de Malawi, Mozambique y Zambia tiene bajo peso, y la proporción de niños con bajo peso en Lesotho y Zimbabwe era más elevada en 2004 que en 1990. En Swazilandia se registra una tasa de un 10% en la incidencia de bajo peso entre los niños, y la mayor tasa de incidencia de VIH entre adultos en el mundo.

Indicador: Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen bajo peso (moderado y grave).

Fuente: Análisis de UNICEF sobre los últimos cálculos disponibles de incidencia de bajo peso (1999–2003).

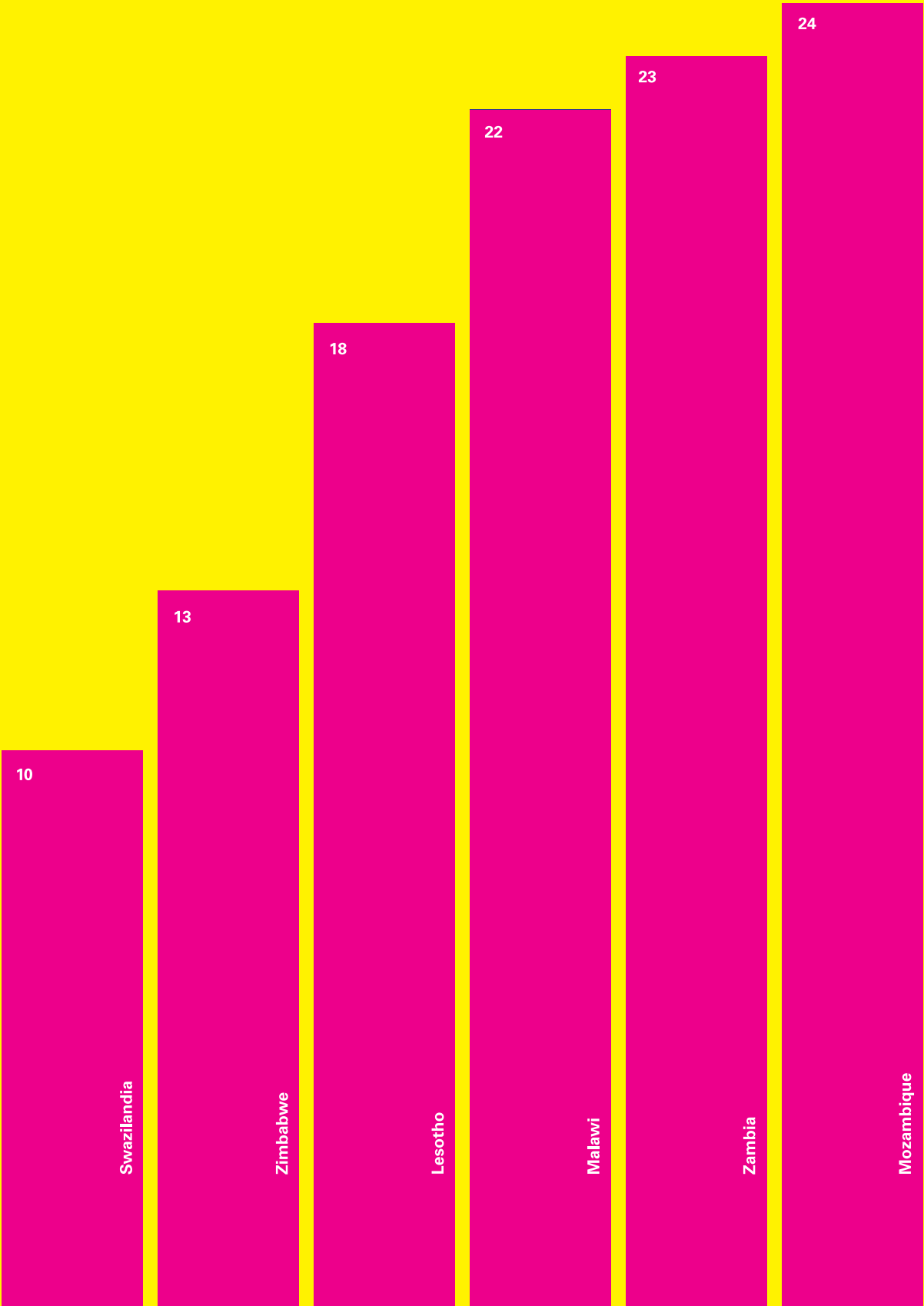
25%

20%

15%

10%

5%



Desde 1990, en África occidental y central –la región con la tasa de mortalidad de menores de cinco años más alta del mundo– se ha reducido ligeramente la incidencia de peso inferior al normal entre la población infantil. Su tasa media anual de reducción es del 1,6%; sin embargo, este progreso no basta para que el conjunto de la región alcance la meta del ODM.

Como ocurre en todas las regiones, existen grandes variaciones en la posición de los países individuales. Cinco países –Benín, el Congo, Côte d'Ivoire, Gambia y Mauritania– van por el camino correcto para conquistar la meta del ODM; otros siete están mejorando, aunque no lo suficientemente deprisa como para alcanzar la meta, y cinco no han presentado cambios o su situación se ha deteriorado. En otros siete países los datos fueron insuficientes para medir los avances.

De los cinco países que van por el camino correcto, el Congo tiene la proporción más baja de la región de niños y niñas con peso inferior al normal (14%). Esta proporción podría mejorar si más bebés fueran alimentados exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida. En la actualidad, solo el 4% de los niños y niñas de ese país reciben este importante beneficio nutricional.

En Gambia, la proporción de los niños y niñas que pesan menos de lo normal se redujo del 26% en 1996 al 17% en

alcanzar la meta del ODM. La alta tasa de administración de suplementos de vitamina A (95%) en Burkina Faso permite abrigar esperanzas. El Camerún ha retrocedido a una tasa anual de un 2,3%, aunque sigue teniendo la tasa más baja de peso inferior al normal de la región.

La infancia de Sierra Leona también requiere con urgencia una mejor nutrición; el país tiene la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años más alta del mundo: 283 por cada 1.000 nacimientos vivos. Uno de los factores que más contribuyen es la alta proporción de bebés que nacen con bajo peso (23%) y la baja proporción de los que son alimentados exclusivamente con leche materna (4%).

Un hecho alentador es que los niveles de lactancia natural exclusiva aumentaron cinco veces en África occidental y central entre 1990 y 2004. En Ghana, por ejemplo, se registró un gran aumento, de un 4% en 1988 a un 53% en 2003.

A pesar de esos avances, solo el 20% de los bebés de África occidental y central son alimentados exclusivamente con leche materna, por lo que las tasas siguen siendo más bajas en esta región que en cualquier otra. Esas tasas son excesivamente bajas en Côte d'Ivoire (5%), el Congo y Sierra Leona (ambos un 4%), el Chad (2%) y el Níger (apenas el 1%). Los únicos países de la región donde se alimenta exclusivamente con leche materna a más de la mitad de los

ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL: UN LENTO PROGRESO

2000. Si bien la cobertura nacional con suplementos de vitamina A es alta (91%), los niveles de yodación de la sal y de consumo exclusivo de leche materna deben mejorar mucho todavía.

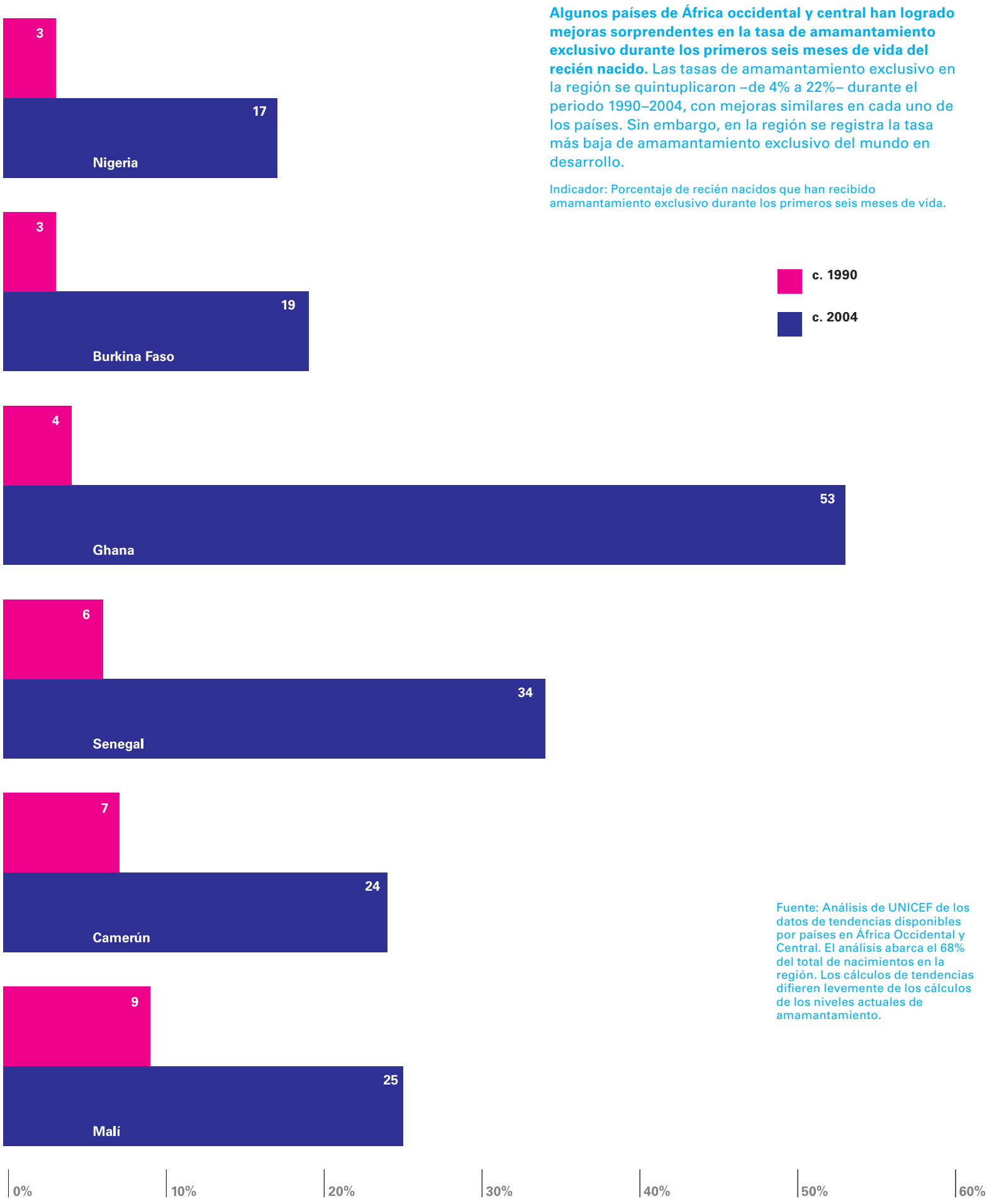
Los países que están avanzando, aunque no con la suficiente rapidez como para conseguir la meta del ODM, son Ghana, Guinea, Malí, Nigeria, la República Democrática del Congo, el Senegal y Togo. Nigeria, el país más poblado de la región, está mejorando a una tasa anual del 2,2%. La proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal (29%) afecta todas las estadísticas regionales. La tasa de alimentación exclusiva con leche materna de Nigeria (17%) y la cobertura de la administración de suplementos de vitamina A (27%) son notablemente bajas. Un aspecto positivo es que Nigeria se ha convertido en el primer país de la región en lograr la yodación universal de la sal (97%).

Los países que no han presentado cambios o cuya situación se ha deteriorado en materia de nutrición infantil desde 1990 son Burkina Faso, Camerún, Níger, República Centroafricana y Sierra Leona. Las tasas más elevadas de peso inferior al normal de África occidental y central son las de Burkina Faso y el Níger, lo que implica que difícilmente podrán aspirar a

bebés durante sus primeros seis meses de vida son Ghana, Cabo Verde y Santo Tomé y Príncipe.

La anemia sigue representando una seria amenaza para los niños y las mujeres de la región. Varios países han realizado encuestas a nivel nacional que muestran tasas inaceptablemente elevadas de anemia en los niños, las niñas y sus madres³⁰.

La prevalencia de emaciación entre los niños y niñas de la región es del 10%, lo que supone un estado nutricional sumamente preocupante. Más aún, este porcentaje oculta grandes disparidades. Las tasas de emaciación entre los menores de cinco años de los países del Sahel –Burkina Faso, el Chad, Malí, Mauritania y el Níger– también son un motivo de intranquilidad y van del 11% al 19%, afectando a más de 1 millón de niños y niñas. La respuesta a la crisis nutricional que vivió el Níger en 2005 permitió que más de 300.000 niños y niñas accedieran a los programas de alimentación terapéutica y complementaria que UNICEF puso en marcha con la activa colaboración del Gobierno del Níger, el Programa Mundial de Alimentos y 24 ONG, junto con esquemas de atención y alimentación basados en las comunidades y en los centros de asistencia³¹.



Algunos países de África occidental y central han logrado mejoras sorprendentes en la tasa de amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. Las tasas de amamantamiento exclusivo en la región se quintuplicaron –de 4% a 22%– durante el periodo 1990–2004, con mejoras similares en cada uno de los países. Sin embargo, en la región se registra la tasa más baja de amamantamiento exclusivo del mundo en desarrollo.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos que han recibido amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida.

c. 1990
c. 2004

Fuente: Análisis de UNICEF de los datos de tendencias disponibles por países en África Occidental y Central. El análisis abarca el 68% del total de nacimientos en la región. Los cálculos de tendencias difieren levemente de los cálculos de los niveles actuales de amamantamiento.

La buena noticia en Oriente Medio y África del Norte es que seis países de la región van en camino de lograr la meta del ODM. Las tasas de prevalencia de peso inferior al normal de 12 países son incluso del 10%, o menos, y se acercan a los niveles del mundo industrializado.

No obstante, desde 1990, el conjunto de la región ha retrocedido en el tema de la nutrición infantil. Su tasa media anual de reducción es de -1,6%, y la proporción de los niños y niñas con un peso inferior al normal se ha incrementado entre 1990 y 2004. Las estadísticas regionales se han debilitado a causa de la deplorable situación de la niñez en tres países altamente poblados: Iraq, Sudán y Yemen.

El 46% de todos los niños y niñas del Yemen pesan menos de lo normal y, desde 1990, la situación ha empeorado: su tasa media anual de reducción de -3,6% refleja un aumento en los niveles de este problema con respecto al 30% en 1991-1992. Se calcula que el 53% de los menores de cinco años de este país presentan retraso en el crecimiento y que el 32% de los bebés nacen con bajo peso.

El 41% de los niños y niñas del Sudán pesan menos de lo normal y el 31% de los bebés nacen con bajo peso. El Sudán es el país con la proporción más alta de toda la región de

Petróleo por Alimentos— ha dejado un legado de prácticas alimentarias inadecuadas que será muy difícil revertir.

Más allá de la situación de estos tres países, existen motivos de optimismo, con Djibouti, Jordania, Omán, la República Árabe Siria, el Territorio Palestino Ocupado y Túnez bien encaminados hacia el logro de la meta del ODM. La República Árabe Siria, el Territorio Palestino Ocupado y Túnez son los países de la región cuyas tasas han mejorado más deprisa. El Territorio Palestino Ocupado ha reducido la prevalencia de peso inferior al normal de los niños y niñas menores de cinco años a un promedio anual del 5,3% y, al igual que Jordania y Qatar, la prevalencia de retraso en el crecimiento de los niños y niñas ha descendido a menos del 10%. Túnez ha logrado la yodación universal de la sal.

Seis países, entre ellos Iraq, Sudán y Yemen, no se encuentran encaminados para lograr el ODM (véase el mapa). Aun cuando la prevalencia de peso inferior al normal en Argelia, Egipto y Marruecos es del 10% o menos, la tasa de progreso de esos países no es suficiente para lograr la meta del ODM.

A menudo se piensa que la desnutrición puede mejorar mediante el crecimiento económico y el desarrollo, pero no siempre es el caso. Los Emiratos Árabes Unidos y Kuwait, por



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE: GRANDES PAÍSES EN RETROCESO

niños y niñas víctimas de la emaciación (16%), y solo en el 1% de los hogares consumen sal yodada. La guerra civil ha tenido efectos dramáticos en la situación nutricional de la niñez, especialmente la del sur.

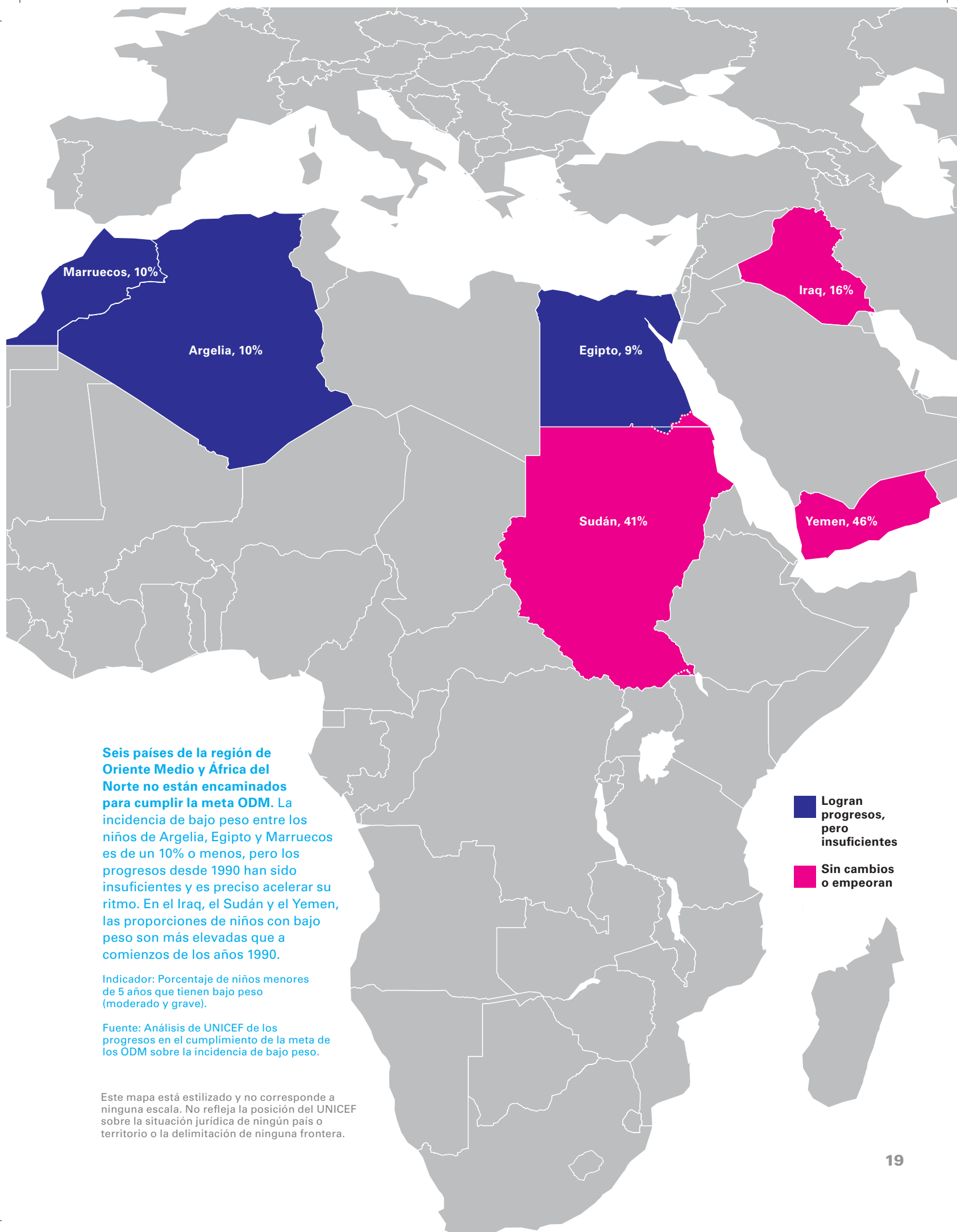
El Iraq también ha sufrido las consecuencias de los conflictos. Después de la guerra de 1991, las tasas de desnutrición y de mortalidad infantil llegaron al punto máximo a mediados de la década y luego descendieron. Los resultados preliminares de una encuesta sobre nutrición infantil que se llevó a cabo en el Iraq en 2002, con apoyo de UNICEF, revelaron que los niveles de emaciación y de peso inferior al normal estaban por debajo de la mitad de los de 1996, y que el retraso en el crecimiento había disminuido casi un 30% durante el mismo período³².

En el Iraq, no obstante, la proporción de los niños y niñas con un peso inferior al normal sigue siendo significativamente más alta que en 1990, al igual que la tasa de mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años (los datos son de 2000). Los niveles de alimentación exclusiva con leche materna solo llegan al 12%. La alteración de las pautas de lactancia materna ocasionadas por el suministro gratuito de preparación para lactantes —como parte del Programa

ejemplo, tienen un ingreso bruto nacional (IBN) per cápita elevado, pero sus tasas de emaciación son las mismas del Yemen, donde el IBN es más reducido, o incluso más elevadas.

Así como hay grandes discrepancias en los resultados de los países individuales, las cifras generales de desnutrición de esta región muestran grandes disparidades. Por ejemplo, la probabilidad de que los niños y niñas de las zonas rurales presenten este problema es 1,7 veces más alta que la de los niños y niñas de las zonas urbanas (22% y 13%, respectivamente). Los niños y niñas de las familias más pobres también tienen más del doble de probabilidades de pesar menos de lo normal que los niños y niñas de las familias pudientes³³.

En la provincia de Darfur, en el Sudán, una respuesta humanitaria coordinada ayudó a reducir la tasa de emaciación del 22% en septiembre de 2004 al 12% en septiembre de 2005. La colaboración y complementación de los aliados se tradujo en una cobertura más amplia y en una asistencia individualizada eficaz. Asimismo, contribuyó a fomentar la capacidad local³⁴.



En conjunto, la región de Asia oriental y el Pacífico ha logrado prácticamente la meta del ODM sobre nutrición, con una tasa media anual de reducción del 3,6%. Esta mejora fue impulsada fundamentalmente por los logros de China, el país más poblado del mundo, que redujo la prevalencia de peso inferior al normal del 19% en 1990 al 8% en 2002, o sea, más de la mitad. De no ser por China, cuyos 86 millones de niños y niñas menores de cinco años representan el 59% de la población menor de cinco años de la región, ésta no iría en camino de conquistar la meta del ODM.

La impresionante disminución de la prevalencia de peso inferior al normal en China contribuyó a reducir su tasa de mortalidad entre los menores de cinco años, que pasó de 49 por cada 1.000 nacimientos vivos en 1990 a 31 en 2004. La incidencia de bajo peso al nacer se redujo al 4%, una tasa comparable a la de los países industrializados, y la proporción de hogares donde se consume sal yodada es del 93%, sin duda la más alta de los países de la región.

Los promedios, sin embargo, ocultan considerables disparidades, especialmente entre las zonas urbanas y rurales, donde el número de niños y niñas en situación de riesgo es más elevado. Cinco provincias de China, por ejemplo, no han logrado la yodación universal de la sal, por lo que 1,5 millones de recién nacidos están sin protección contra las enfermedades por carencia de yodo.

mortalidad infantil es, de lejos, la más alta de la región (141 por cada 1.000 nacimientos vivos), sino que la proporción de su población infantil con peso inferior al normal aumentó del 40% en 1993-1994 al 45% en 2000. Más aún, solo el 12% de los bebés de Camboya reciben exclusivamente leche materna y únicamente en el 14% de los hogares se consume sal yodada.

La cobertura de sal yodada ha aumentado en varios países de la región, y algunos han adoptado leyes que exigen la yodación³⁵. En Filipinas, por ejemplo, las mejoras en la producción de sal yodada y su disponibilidad en el mercado se traducen en un incremento de la cobertura a nivel de los hogares. Se espera que en 2006 las encuestas MICS confirmen estos progresos recientes, y que varios países alcancen la yodación universal de la sal.

El tsunami de diciembre de 2004, que golpeó duramente a seis países del Océano Índico, produjo una terrible destrucción y la pérdida de innumerables vidas. En la zona más afectada, la provincia de Aceh, en Indonesia, una encuesta realizada en febrero y marzo de 2005 mostró que el nivel de emaciación entre los menores de cinco años desplazados por el tsunami era del 11%, prácticamente igual al de los niños y niñas que no resultaron afectados, y algo más bajo que el nivel registrado poco después de la tragedia.

ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO: CHINA SEÑALA EL CAMINO

El país con la mayor tasa de mejora es Malasia, donde la prevalencia de peso inferior al normal se redujo del 25% en 1990 al 11% en 2003. Singapur y Viet Nam también se dirigen hacia el logro de la meta del ODM, junto con Indonesia, el segundo país más poblado de la región. Singapur tiene actualmente la tasa de mortalidad de menores de cinco años más baja del mundo: 3 por cada 1.000 nacimientos vivos.

Mientras que la República Democrática Popular Lao, Myanmar y Filipinas también están progresando, aunque los avances actuales no basten para conseguir la meta, Camboya y Mongolia están estancados o han retrocedido. La situación de Timor-Leste también preocupa, a pesar de que los datos no son suficientes para formarse un cuadro completo del progreso que ha alcanzado desde la independencia. Este país tiene la proporción más alta de niños y niñas con peso inferior al normal de la región (46%), y la mitad de su niñez (49%) presenta retraso en el crecimiento. Los datos no bastaron para determinar si la República Democrática Popular de Corea va bien encaminada, pero la evaluación más reciente sobre la prevalencia de peso inferior al normal es del 23%.

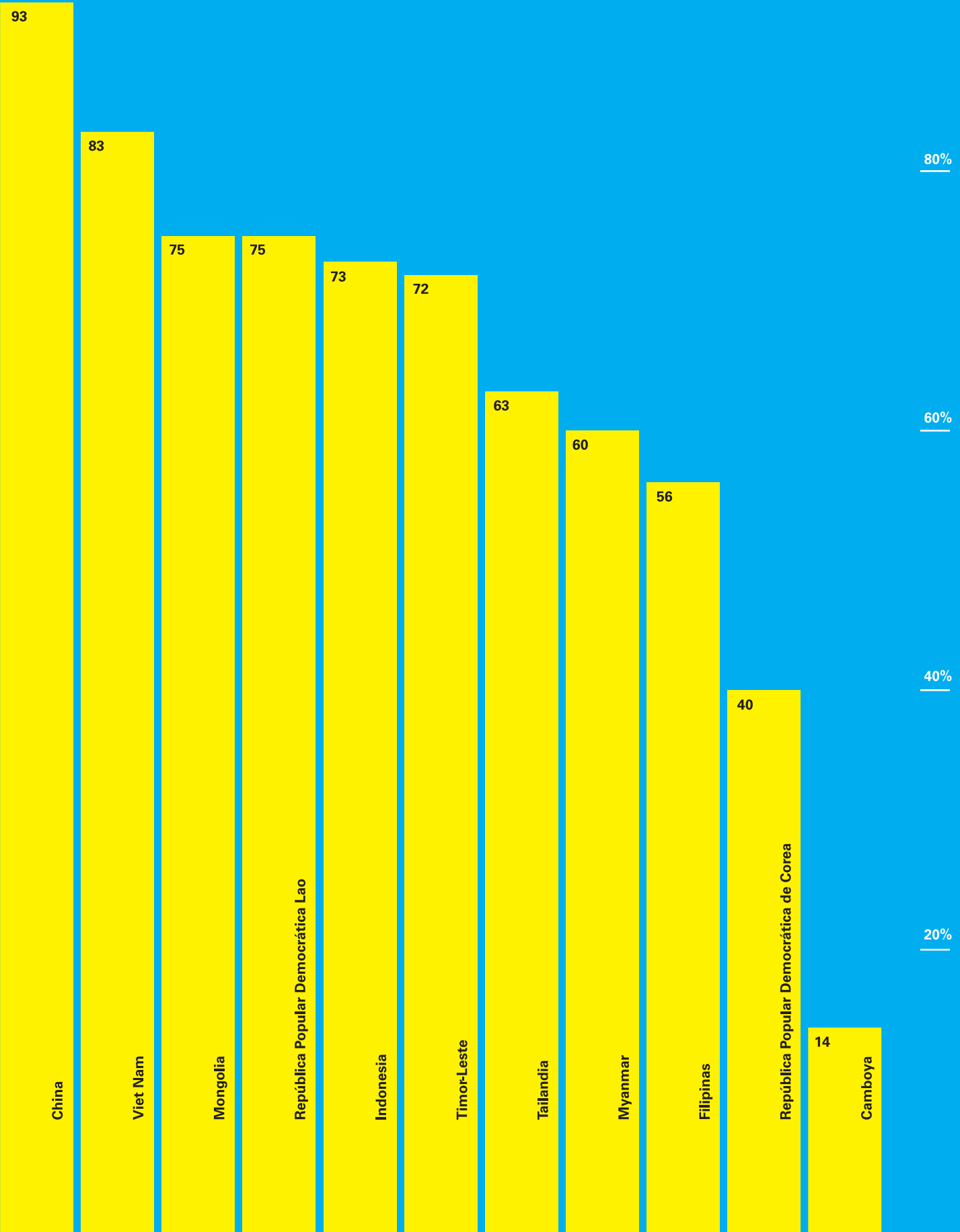
Hoy en día, Camboya es el país con menos probabilidades de alcanzar la meta del ODM sobre nutrición. No solo su tasa de

Estas conclusiones evidenciaron que la mala nutrición es un problema crónico y de larga data que se asocia con la pobreza, el desconocimiento de las pautas nutricionales más básicas, los servicios inadecuados de saneamiento y la frágil seguridad alimentaria. Por ejemplo, la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños y niñas de Aceh es demasiado elevado, un 38%³⁶.

La región de Asia Oriental y el Pacífico registra los mayores niveles de consumo de sal yodada en el mundo en desarrollo después de América Latina y el Caribe. El éxito está impulsado por China, donde un 93% de los hogares consumen sal yodada.

Indicador: Porcentaje de hogares donde se consume sal adecuadamente yodada (15 partes o más por millón).

Fuente: Análisis de UNICEF de los últimos cálculos disponibles sobre el consumo de sal adecuadamente yodada (2000–2004).



La región de América Latina y el Caribe se halla en camino de conquistar la meta del ODM relacionada con la nutrición. De hecho, entre 1990 y 2004, las tasas de peso inferior al normal para los niños y niñas menores de cinco años se redujeron a un promedio del 3,8% todos los años. Este avance fue más rápido que en cualquier otra región, y el resultado es que la proporción de niños y niñas con un peso inferior al normal es actualmente del 7%. En esta región se registra la tasa de mortalidad de menores de cinco años más baja del mundo en desarrollo: 31 por cada 1.000 nacidos vivos. También se da la proporción más alta de hogares donde se consume sal yodada (86%).

Pero estas alentadoras cifras no implican que la infancia de América Latina y el Caribe esté libre de graves problemas nutricionales. La región sufre graves disparidades y una delicada crisis socioeconómica que repercute en la nutrición de la niñez. El retraso en el crecimiento, que afecta al 16% de los niños y niñas de la región, y la anemia por carencia de hierro, son grandes desafíos que no se habrán resuelto para el año 2015.

En cuanto a la reducción de la incidencia de peso inferior al normal, algunos países han progresado de una manera impresionante. En Cuba, por ejemplo, la incidencia se redujo del 9% al 4% en solo cuatro años (1996-2000); en la República

del 21% en 1987 al 17% en 2001; en Nicaragua, del 12% en 1993 al 10% en 2001; y en Trinidad y Tabago, del 7% en 1987 al 6% en 2000.

Guatemala tiene la proporción más alta de niños y niñas con peso inferior al normal (23%), aun cuando su tasa media anual de reducción, del 2,7%, significa que debería lograr la meta. En Guatemala, el 49% de los niños y niñas menores de cinco años tienen una estatura muy inferior a la que corresponde a su edad; en efecto, las tasas de retraso en el crecimiento de este país no solo son las más altas de la región, sino que se cuentan entre las más altas del mundo. El retraso en el crecimiento es prevalente en muchas zonas de la región y constituye la punta del iceberg de un problema de desnutrición que perdura desde hace años.

Si bien las cifras que publican los medios y las tasas anuales de progreso en América Latina y el Caribe son alentadoras, la región tiene un legado de desigualdad y disparidad social que ha influido negativamente en el estado nutricional de la infancia y en otras esferas del desarrollo. Una rápida evaluación nutricional efectuada en 2002 por UNICEF en América Latina y el Caribe reveló que los promedios nacionales tienden a ocultar gigantescas disparidades que hacen vulnerables a los niños y niñas a la desnutrición³⁷. En toda la región, el 13% de los niños y niñas que viven en las

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POR BUEN CAMINO, PERO AÚN CON SERIAS DISPARIDADES

Dominicana, del 10% en 1991 al 5% en 2002; en Jamaica, del 7% en 1989 al 4% en 2002, y en el Perú, del 11% en 1991-1992 al 7% en 2000. Los mejores resultados de la región en cuanto a nutrición infantil corresponden a Chile, cuya incidencia de peso inferior al normal es de solo el 1%. Al igual que Jamaica y otros países de la región, Chile ya logró la yodación universal de la sal.

Los dos países más poblados de la región influyen de un modo desproporcionado en los buenos resultados de las tasas regionales. El Brasil tiene una incidencia relativamente baja de niños y niñas con peso inferior al normal (6%), y se considera que va en camino de reducir este problema en un 50% entre 1990 y 2015 (sin embargo, es preciso señalar que el Brasil no ha realizado una evaluación nacional de sus niveles de desnutrición infantil desde 1996). México ha logrado una reducción espectacular: del 14% en 1988 al 8% en 1998-1999.

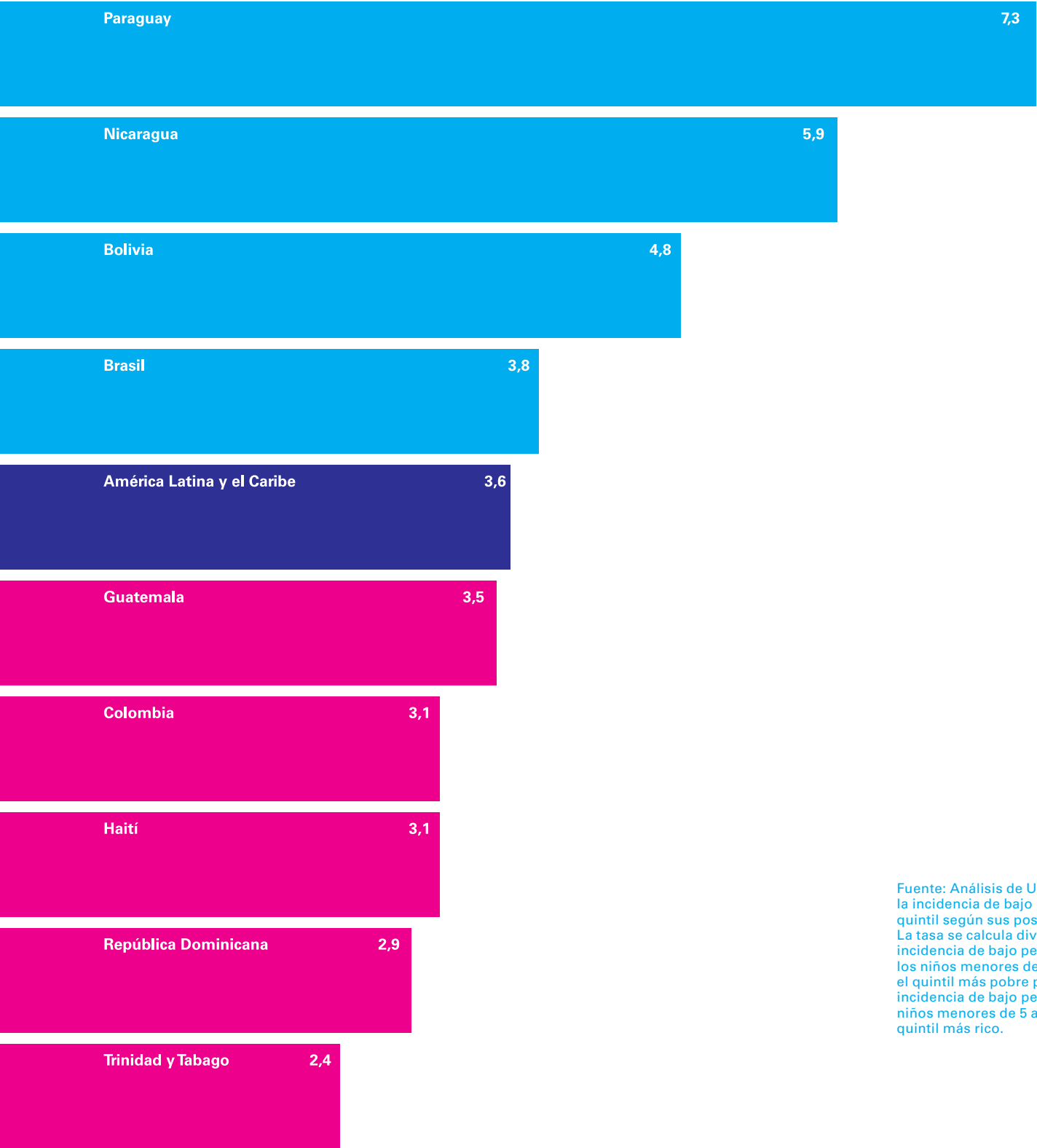
Ecuador, Honduras, Nicaragua y Trinidad y Tabago no están alcanzando los progresos necesarios para lograr la meta del ODM, si bien la situación de estos países está mejorando. En el Ecuador, los niveles de prevalencia de peso inferior al normal bajaron del 17% en 1987 al 12% en 2000; en Honduras,

zonas rurales tienen más del doble de probabilidades de pesar menos de lo normal que los que viven en las zonas urbanas (5%). Los niños y niñas de las zonas rurales de Bolivia, Honduras, México y Nicaragua tienen más del doble de probabilidades de presentar un peso inferior al normal que los niños y niñas de las zonas urbanas. Esa probabilidad es cuatro veces mayor en el Perú³⁸.

Aunque las disparidades entre los géneros son relativamente pequeñas en la región, el peso inferior al normal es 3,6 veces más frecuente entre los niños y niñas de familias pobres que entre los de familias ricas (datos provenientes de nueve países), lo que, en comparación con la relación mundial de 2:1 entre los niños y niñas pobres y ricos con un peso inferior al normal, destaca nuevamente las tremendas disparidades de la región³⁹.

Algunas de las mayores disparidades que se producen en las regiones del mundo en desarrollo ocurren en América Latina y el Caribe. Los niños que viven en los hogares más pobres tienen 3,6 más probabilidades de sufrir bajo peso que los niños que viven en los hogares más acomodados. Los coeficientes entre los sectores pobres y ricos en Bolivia, Brasil, Nicaragua y Paraguay son incluso más elevados.

Indicador: Porcentaje de niños que tienen bajo peso (moderado y grave); tasa de incidencia de bajo peso entre los niños menores de 5 años de los quintiles más pobres en comparación con los de los quintiles más ricos.



Fuente: Análisis de UNICEF de la incidencia de bajo peso por quintil según sus posesiones. La tasa se calcula dividiendo la incidencia de bajo peso entre los niños menores de 5 años en el quintil más pobre por la incidencia de bajo peso de los niños menores de 5 años en el quintil más rico.

Mismas probabilidades | Dos veces más | Tres veces más | Cuatro veces más | Cinco veces más | Seis veces más | Siete veces más | Ocho veces más

Los datos de Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI) son incompletos, por lo que no está claro si la región, como un todo, podrá cumplir la meta del ODM. Pero varios países que cuentan con datos suficientes van bien encaminados.

Solo el 5% de los niños y niñas tienen un peso inferior al normal, una proporción menor que la de cualquier otra región del mundo en desarrollo, a pesar de que la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años es marginalmente más alta en ECE/CEI que en América Latina y el Caribe, y que en Asia oriental y el Pacífico. En todos los países donde hay datos – excepto en tres– los porcentajes de niños y niñas con un peso inferior al normal son de un solo dígito, mientras que en Croacia y Ucrania la proporción de los niños y niñas con este problema se ha reducido a solo el 1%.

Tres países registraron impresionantes descensos en la prevalencia de peso inferior al normal: Kazajistán bajó del 8% en 1995 al 4% en 1999; Turquía, del 10% en 1993 al 4% en 2003; y Uzbekistán, del 17% en 1996 al 8% en 2002.

Pese a estos progresos, todavía hay motivos de inquietud sobre el estado nutricional de la niñez, como se desprende de la proporción de menores de cinco años con retraso en el crecimiento y del problema de la carencia de micronutrientes, o “hambre oculta”, que se caracteriza por la carencia de yodo

y la anemia. Catorce países de la región registraron tasas de retraso en el crecimiento del 10%, o más, entre los menores de cinco años. En Albania y Tayikistán, más de la tercera parte de los niños y niñas (34% y 36%, respectivamente) sufren de retraso en el crecimiento; en Kirguistán, Turkmenistán y Uzbekistán, la proporción es superior al 20%.

Las estadísticas regionales más recientes indican que la proporción de hogares que consumen sal yodada en ECE/CEI es menor que en cualquier otra región (47%), si bien el progreso ha sido notable, teniendo en cuenta que, en 2000, esa proporción era de aproximadamente el 25%⁴⁰.

Se espera que la próxima serie de encuestas MICS confirme que seis países han logrado la yodación universal de la sal: Armenia, Bulgaria, Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia, Serbia y Montenegro y Turkmenistán. Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kazajistán y Rumania esperan alcanzar la meta en 2006-2007; Albania, Belarús, Kirguistán, la República de Moldova, Tayikistán y Turquía esperan alcanzarla en 2008. El uso de sal yodada en los alimentos procesados es una medida favorable que se suma a los esfuerzos de la región para erradicar los trastornos por carencia de yodo.

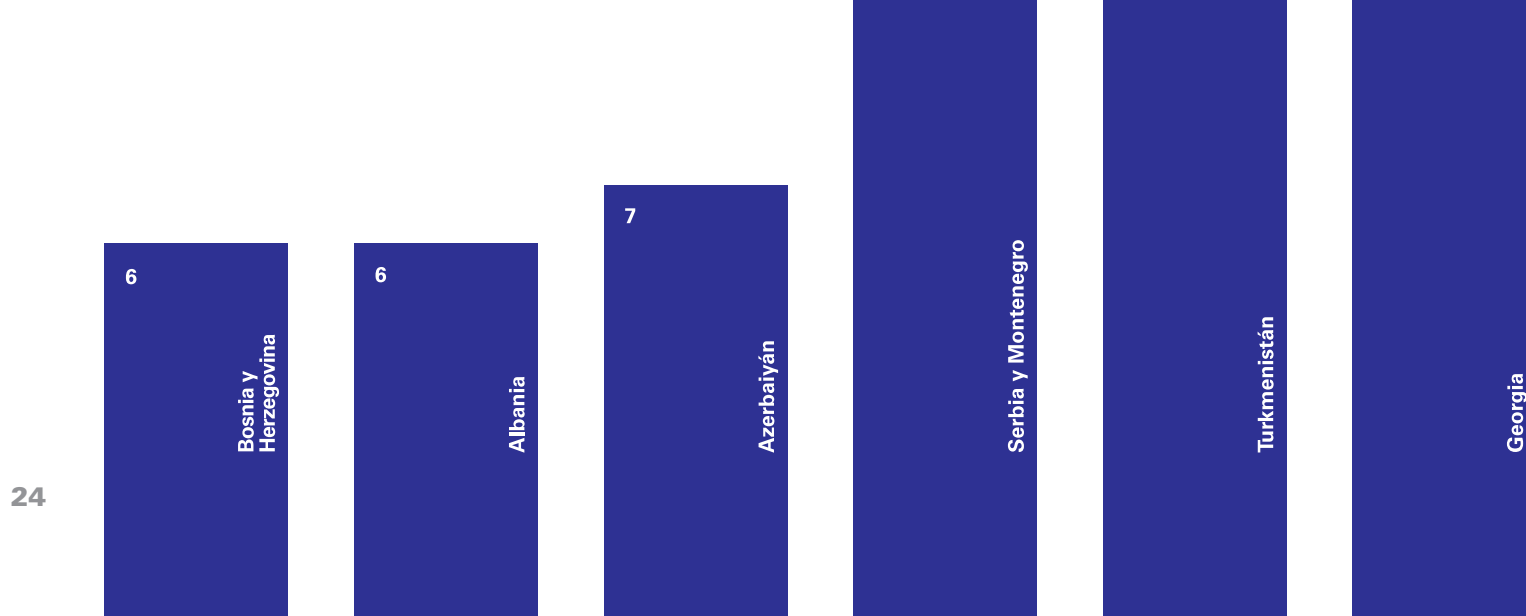
Por su relación con la mortalidad infantil, la carencia de vitamina A es motivo de preocupación, especialmente en

ECE/CEI: EL PROBLEMA DEL “HAMBRE OCULTA”

En los países de la ECE/CEI se registran los niveles más bajos de amamantamiento exclusivo del mundo en desarrollo. El promedio regional es de un 22%, un dato que sitúa a ECE/CEI a la par con África occidental y central, con un 20%.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos que reciben amamantamiento exclusivo en sus primeros seis meses de vida.

Fuente: Análisis de UNICEF de los últimos cálculos disponibles de las tasas de amamantamiento exclusivo entre recién nacidos en los primeros seis meses de vida (1996–2004).

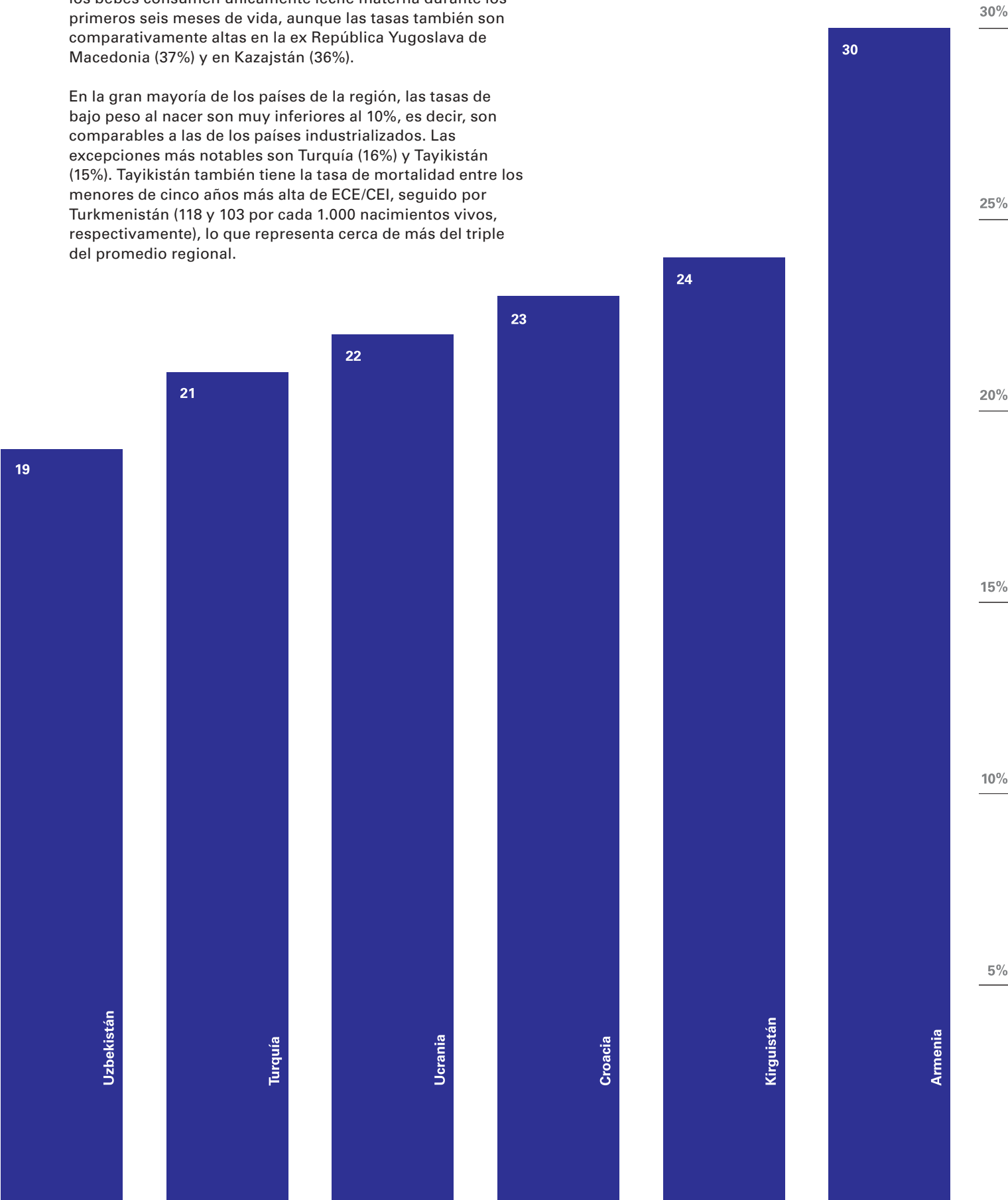


Asia central, cuyos niveles entre la población menor de cinco años es alta. Por ejemplo, en Kazajstán y Tayikistán esos niveles son del 27%; en Uzbekistán, del 53%⁴¹.

En ECE/CEI, las tasas de alimentación exclusiva con leche materna suelen ser bajas: el promedio del 22% es inferior al de cualquier otra región, excepto África occidental y central. La principal excepción es Tayikistán, donde la mitad de todos los bebés consumen únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, aunque las tasas también son comparativamente altas en la ex República Yugoslava de Macedonia (37%) y en Kazajstán (36%).

En la gran mayoría de los países de la región, las tasas de bajo peso al nacer son muy inferiores al 10%, es decir, son comparables a las de los países industrializados. Las excepciones más notables son Turquía (16%) y Tayikistán (15%). Tayikistán también tiene la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años más alta de ECE/CEI, seguido por Turkmenistán (118 y 103 por cada 1.000 nacimientos vivos, respectivamente), lo que representa cerca de más del triple del promedio regional.

La región muestra otras disparidades entre los países y dentro de ellos, derivadas de su diversidad política, económica, sociocultural y ecológica.



Aunque muchos países industrializados recopilan datos sobre el estado nutricional, los analizan utilizando una metodología que no se puede comparar con la de los países en desarrollo. Por ejemplo, informan sobre el peso y la estatura promedio, y no sobre el porcentaje inferior a menos dos desviaciones estándar del peso promedio para la edad de la población estándar de referencia. Los Estados Unidos es el único país industrializado con cifras comparables a las del mundo en desarrollo: el 2% de la niñez pesa menos de lo normal, el 1% presenta retraso en el crecimiento y el 6%, emaciación.

Sí hay datos disponibles sobre el bajo peso al nacer, cuyo promedio es del 7%, es decir, igual al de Asia oriental y el Pacífico. La incidencia más reducida de bajo peso al nacer del mundo industrializado (4%) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia.

La reducida incidencia de bajo peso al nacer en los países industrializados es un claro reflejo de una buena nutrición de las madres. Pero el porcentaje de recién nacidos con bajo peso ha aumentado en los países industrializados en los últimos años, un fenómeno que se puede atribuir a tres causas principales: el creciente número de nacimientos múltiples (por el uso de medicamentos para la fertilidad); los embarazos de mujeres mayores (que, como se ha comprobado, tienen más probabilidades de dar a luz bebés

falta de atención a los programas para combatir los trastornos por carencia de yodo está afectando su sostenibilidad⁴⁶. La yodación universal de la sal debe ser una prioridad para todo el mundo, y no solo para los países en desarrollo.

Los datos sobre alimentación exclusiva con leche materna también son limitados. En los países industrializados, las tasas suelen ser bajas y solo están mejorando –aunque lentamente– en Europa; por ejemplo, en Francia y el Reino Unido. Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud indican que, en los Países Bajos, la tasa de lactancia natural exclusiva durante los cuatro primeros meses de vida se elevó del 12% en 1996-1997 al 23% en 2000-2001; en Polonia, esa tasa aumentó del 13% en 1995 y del 2% en 1988 al 29% en 1997; en Suecia, del 51% en 1990 al 69% en 1999⁴⁷. Pero esas tasas no se pueden comparar con las de los países en desarrollo, para los cuales el indicador estándar es la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

La malnutrición es un problema en los países industrializados, pero no suele deberse a la escasez de alimentos, sino en hábitos poco sanos y regímenes alimentarios en los que abundan las grasas, los carbohidratos refinados y los alimentos con un exceso de energía

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS: DISPARIDADES EN MEDIO DE LOGROS

con bajo peso) y una mejor tecnología médica y atención prenatal que contribuye a la supervivencia de más bebés prematuros⁴².

En los países industrializados, las disparidades según el género, la ubicación geográfica y la posición socioeconómica, tanto dentro de los países individuales como entre los distintos países, constituyen la principal amenaza contra la nutrición infantil. Las desigualdades sociales se están incrementando en el mundo industrializado, especialmente en algunos países de Europa oriental⁴³.

En Australia, el bajo peso al nacer es más frecuente en los hijos de familias de condición socioeconómica baja y en los hijos de madres solteras e indígenas⁴⁴.

En los Estados Unidos, los nacimientos con bajo peso han aumentado entre todos los grupos, aunque los niveles más altos corresponden a las minorías étnicas⁴⁵.

Los datos sobre yodación de la sal en el mundo industrializado son incompletos. Sin embargo, hay pruebas que indican un descenso de los niveles de Europa, donde la

alimentaria. En los estratos socioeconómicos más pobres de los países industrializados, la obesidad constituye hoy en día un grave problema de salud pública, y está aumentando en muchos países en desarrollo⁴⁸. Un serio motivo de preocupación, especialmente entre las poblaciones en situación desventajosa, es la llamada “doble carga de morbilidad”; en este caso, la coexistencia –entre los miembros de las mismas comunidades e, incluso, de las mismas familias– de un exceso de nutrición que se manifiesta en la obesidad y en enfermedades no transmisibles cuyo común denominador es la desnutrición infantil.

La obesidad conlleva grandes riesgos para la salud, entre ellos, una incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes no dependiente de la insulina, ciertos tipos de cáncer, colecistopatía y trastornos menstruales. Además, complica la artritis y la gota. En varios países de Europa occidental, la prevalencia de sobrepeso entre los niños y niñas, incluida la obesidad, pasó de aproximadamente el 10% a principios de los años 80 a cerca del 20% a fines de los 90. En varias zonas de Europa meridional, uno de cada tres niños y niñas tiene sobrepeso⁴⁹.

La menor incidencia de bajo peso al nacer se registra en los países industrializados y en la región de Asia oriental y el Pacífico. Asia meridional presenta la mayor incidencia de bajo peso al nacer.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (menos de 2.500 gramos).



Fuente: Análisis de UNICEF de los últimos cálculos disponibles de incidencia de bajo peso al nacer (1998–2004).

Mejorar la nutrición tiene importantísimas repercusiones en la supervivencia infantil, pues ayuda a evitar muertes por diarrea, neumonía, paludismo y sarampión, así como también muertes durante el período neonatal. Más aún, mejorar la nutrición puede contribuir de manera decisiva a alcanzar los ODM: desde erradicar la pobreza hasta lograr la escolarización de todos los niños y niñas y permitir que aprendan y se beneficien de las inversiones que se han realizado en el sector de la educación; y desde reducir la mortalidad derivada de la maternidad hasta combatir las enfermedades más graves. La buena nutrición no solo ayuda a los niños y niñas a crecer; también salva vidas e incide favorablemente en el desarrollo humano, el crecimiento económico y, en general, en la reducción de la pobreza.

Las vidas de millones de niños y niñas se transformarán si se conquista la meta del ODM de reducir el hambre para el año 2015. Esta no es, de ninguna manera, una idea descabellada. Hoy se sabe mucho sobre las medidas que pueden marcar la diferencia en el campo de la nutrición infantil. Los alimentos no son la única respuesta; igual de importantes son el acceso a los servicios de salud y una buena atención, especialmente en la primera infancia.

Entre las acciones cuya eficacia ha sido demostrada se cuentan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida, la lactancia materna con

También debe quedar claro que la prioridad de todas las acciones encaminadas a mejorar la nutrición deben ser los niños y niñas menores de dos años. La desnutrición en la primera infancia tiene efectos devastadores sobre la supervivencia y el desarrollo, porque los niños y niñas están más predispuestos a enfermarse y a morir durante este período. La primera infancia también ofrece una serie de oportunidades. Durante este período de la vida, las intervenciones para mejorar la nutrición tienen mayores repercusiones.

Además, las intervenciones deben centrarse en las mujeres – antes y durante el embarazo, y durante la lactancia– mediante la atención prenatal y de otra clase, porque las madres que no se nutren adecuadamente tienen más probabilidades de tener bebés con bajo peso. Lo ideal es que las mujeres lleguen bien nutridas a su primer embarazo.

En situaciones complejas de emergencia, las necesidades sanitarias y nutricionales de los niños y niñas deben ser la prioridad para la comunidad internacional. Pero es urgente concentrarse en las principales causas de muerte y desnutrición en las emergencias “silenciosas”, es decir, fuera de los campamentos, de los ambientes inestables y de las comunidades afectadas por el VIH/SIDA, particularmente en África meridional.

NOTA FINAL: EL MOMENTO DE ACTUAR ES AHORA

alimentación complementaria después de los seis meses, los suplementos de vitamina A, la yodación de la sal y el enriquecimiento de los alimentos de primera necesidad.

Mejorar la nutrición también implicará trabajar con diversos sectores y reconocer que el agua, el saneamiento y el VIH/SIDA, por ejemplo, guardan una relación incuestionable con la salud y la nutrición infantiles. Ese esfuerzo exigirá:

- A nivel **micro**, habilitar a las familias proporcionándoles la información, los recursos y los servicios que necesitan para mejorar sus prácticas de salud, su alimentación y la atención a los hijos.
- A nivel **meso**, fortalecer los sistemas de salud y nutrición de los distritos y las comunidades, y garantizar el acceso al agua y a los servicios de saneamiento.
- A nivel **macro**, integrar la salud y los requerimientos nutricionales de la infancia en las políticas, los proyectos y los presupuestos nacionales.
- A nivel **mundial**, garantizar la sostenibilidad del suministro, a precios razonables, de productos básicos para la salud y la nutrición, así como la entrega de los recursos financieros adicionales prometidos para posibilitar el logro de los ODM.

Informes recientes⁵⁰ indican que ampliar la escala de estas influyentes medidas sanitarias y nutricionales, como el amamantamiento, la alimentación complementaria y la administración de suplementos de vitamina A y zinc, podría dar resultados extraordinarios en términos de supervivencia, crecimiento y desarrollo. Incluso países con un bajo ingreso per cápita pueden alcanzar progresos significativos cuando las políticas correctas se suman a la voluntad política, como Costa Rica, Cuba y Sri Lanka –entre otros países– han demostrado a lo largo de muchos años.

Son tan contundentes las pruebas de que la buena nutrición no solo contribuye al desarrollo humano, sino también económico, que los responsables de formular políticas podrían ser tachados de negligentes si no la promueven por todos los medios. Mejorar la nutrición puede transformar la suerte de los países. Pero esto solo ocurrirá cuando se reconozca que la desnutrición infantil es un problema cuya solución debe ser prioritaria, y cuando forme parte de una política nacional amplia. Los servicios relacionados con la nutrición infantil deben constituir un aspecto integral de las estrategias nacionales de reducción de la pobreza y de los planes de gasto. Muchos países aún no tienen claro este punto.

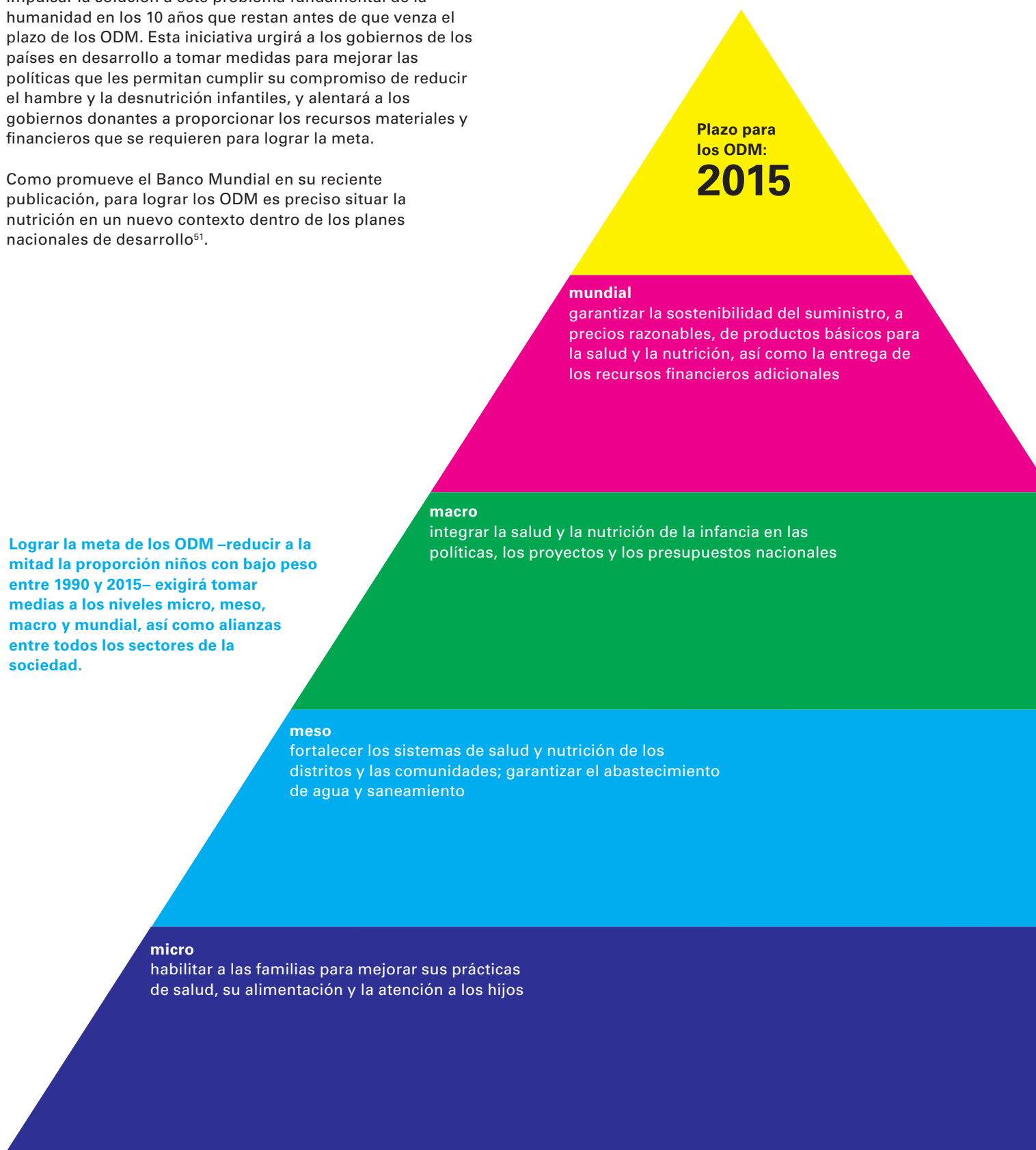
Aparte de lo anterior, mejorar la nutrición solo será posible cuando todos los niveles de la sociedad se unan a este esfuerzo. Los individuos y las comunidades, los gobiernos y el sector privado, las organizaciones humanitarias y los profesionales de la salud deben colaborar estrechamente para garantizar que los derechos nutricionales de los niños y niñas se respeten, y que las familias y los cuidadores adquieran la capacidad de satisfacerlos.

En este sentido, la novedosa Iniciativa Acabar con el Hambre y la Desnutrición Infantiles, dirigida por el Programa Mundial de Alimentos y UNICEF, contará con diversos aliados para impulsar la solución a este problema fundamental de la humanidad en los 10 años que restan antes de que venza el plazo de los ODM. Esta iniciativa urgirá a los gobiernos de los países en desarrollo a tomar medidas para mejorar las políticas que les permitan cumplir su compromiso de reducir el hambre y la desnutrición infantiles, y alentará a los gobiernos donantes a proporcionar los recursos materiales y financieros que se requieren para lograr la meta.

Como promueve el Banco Mundial en su reciente publicación, para lograr los ODM es preciso situar la nutrición en un nuevo contexto dentro de los planes nacionales de desarrollo⁵¹.

El momento de actuar es ahora. Para comenzar, los ODM han sido adoptados por los Estados miembros de las Naciones Unidas y son ya un gran paso adelante para la infancia y la humanidad. Y en el camino hacia el logro de esos objetivos, la lucha contra la pobreza está desempeñando el papel principal.

El mundo tiene, sin duda, la capacidad de encaminarse hacia el logro de los ODM sobre salud y nutrición infantiles. No habrá excusas si permitimos que otra generación de niños y niñas viva la dramática situación que hemos descrito.



NUTRICIÓN INFANTIL

Países y territorios	TMM5 2004	% de menores de cinco años (1996–2005) que sufren de:					Otros indicadores:			
		bajo peso*	TMAR 1990-2004	Progresos hacia los ODM	Cortedad de talla*	emaciación*	% de lactantes con bajo peso al nacer 1998-2004*	% de niños con lactancia exclusiva (<6 meses) 1996-2004*	Suplementos de vitamina A (6 a 59 meses) 2003	% de hogares que consumen sal yodada 1998-2004*
ASIA MERIDIONAL										
Bhután	80	19	6.4	en camino	40	3	15	–	–	95
Maldivas	46	30	4.3	en camino	25	13	22	10	–	44
Afganistán	257	39	3.1	en camino	54	7	–	–	86 t	28
Sri Lanka	14	29	2.9	en camino	14	14	22	84	–	88
Bangladesh	77	48	2.8	en camino	43	13	36	36	87 t	70
Pakistán	101	38	1.7	insuficiente	37	13	19 x	16 x,k	95 t	17
India	85	47	1.6	insuficiente	46	16	30	37 k	45 w	50
Nepal	76	48	-0.5	sin progresos	51	10	21	68	96 t	63
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL										
Botswana	116	13	7.8	en camino	23	5	10	34	–	66
Malawi	175	22	2.3	insuficiente	48	5	16	44	92	49
República Unida de Tanzania	126	22	2.2	insuficiente	38	3	13	41	91 t	43
Kenya	120	20	1.1	insuficiente	30	6	10	13	33	91
Namibia	63	24	1.1	insuficiente	24	9	14	19	93	63
Mozambique	152	24	1.1	insuficiente	41	4	15	30	50	54
Rwanda	203	27	1.0	insuficiente	41	6	9	84	86	90
Eritrea	82	40	0.7	insuficiente	38	13	21 x	52	52	68
Uganda	138	23	0.1	sin progresos	39	4	12	63	–	95
Zambia	182	23	0.0	sin progresos	49	5	12	40	73 t	77
Etiopía	166	47	-0.1	sin progresos	52	11	15	55	65	28
Lesotho	82	18	-0.3	sin progresos	46	5	14	15	75 t	69
Madagascar	123	42	-0.4	sin progresos	48	13	17	67	91 t	75
Burundi	190	45	-1.0	sin progresos	57	8	16	62	95	96
Zimbabwe	129	13	-1.6	sin progresos	27	6	11	33	46	93
Comoras	70	25	-3.7	sin progresos	42	12	25	21	–	82
Sudáfrica	67	12	-5.6	sin progresos	25	3	15	7	–	62
Swazilandia	156	10	–	–	30	1	9	24	80	59
Mauricio	15	15 x	–	–	10 x	14 x	14	21 k	–	0 x
Somalia	225	26	–	–	23	17	–	9	–	–
Angola	260	31	–	–	45	6	12	11	68	35
Seychelles	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL										
Gambia	122	17	10.8	en camino	19	8	17	26	91	8
Congo	108	14	4.4	en camino	19	4	–	4 k	89	–
Benin	152	23	4.1	en camino	31	8	16	38	98 t	72
Mauritania	125	32	4.0	en camino	35	13	–	20	–	2
Côte d'Ivoire	194	17	3.2	en camino	21	7	17	5	–	31
Nigeria	197	29	2.2	insuficiente	38	9	14	17	27	97
Mali	219	33	2.2	insuficiente	38	11	23	25	61	74
República Democrática del Congo	205	31	1.7	insuficiente	38	13	12	24	80 t	72
Ghana	112	22	1.4	insuficiente	30	7	16	53	78 t	28
Senegal	137	17	1.1	insuficiente	16	8	18	24 k	–	16
Togo	140	25	0.8	insuficiente	22	12	18	18	84 t	67
Guinea	155	26	0.6	insuficiente	35	9	16	23	98 t	68
Sierra Leona	283	27	0.5	sin progresos	34	10	23	4	84 t	23
Níger	259	40	0.2	sin progresos	40	14	13	1	95	15
República Centroafricana	193	24	-0.6	sin progresos	39	9	14	17	84	86
Burkina Faso	192	38	-1.4	sin progresos	39	19	19	19	95 t	45
Camerún	149	18	-2.3	sin progresos	32	5	11	21	86	61
Gabón	91	12	–	–	21	3	14	6	30	36
Santo Tomé y Príncipe	118	13	–	–	29	4	20	56	–	74
Guinea Ecuatorial	204	19	–	–	39	7	13	24	–	20 x
Guinea-Bissau	203	25	–	–	30	10	22	37	–	2
Liberia	235	26	–	–	39	6	–	35	–	–
Chad	200	28	–	–	29	11	10	2	–	58
Cabo Verde	36	–	–	–	–	–	13	57 k	–	0 x
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE										
República Árabe Siria	16	7	8.9	en camino	18	4	6	81 k	–	79
Túnez	25	4	8.4	en camino	12	2	7	47	–	97
Territorio Ocupado de Palestina	24	4	5.3	en camino	9	3	9	29 k	–	65
Jordania	27	4	4.7	en camino	9	2	10 x	27	–	88
Omán	13	18	4.2	en camino	10	7	8	–	–	61
Djibouti	126	18	3.8	en camino	26	13	–	–	75	–
Marruecos	43	10	1.8	insuficiente	18	9	11 x	31	–	41
Egipto	36	9	0.8	insuficiente	16	4	12	30	–	56
Argelia	40	10	0.8	insuficiente	19	8	7	13	–	69
Sudán	91	41	-2.4	sin progresos	43	16	31	16	34	1

		% de menores de cinco años (1996-2005) que sufren de:				Otros indicadores:				
	TMM5 2004	bajo peso*	TMAR 1990-2004	Progresos hacia los ODM	Cortedad de talla*	emaciación*	% de lactantes con bajo peso al nacer 1998-2004*	% de niños con lactancia exclusiva (<6 meses) 1996-2004*	Suplementos de vitamina A (6 a 59 meses) 2003	% de hogares que consumen sal yodada 1998-2004*
Países y territorios										
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE (viene de la página anterior)										
Iraq	125	16	-3.6	sin progresos	22	6	15	12	-	40
Yemen	111	46	-3.6	sin progresos	53	12	32 x	12	36	30
Libano	31	3	-	-	12	3	6	27 k	-	87
Jamahiriya Árabe Libia	20	5 x	-	-	15 x	3 x	7 x	-	-	90 x
Qatar	21	6 x	-	-	8 x	2 x	10	12 k	-	-
Bahrain	11	9 x	-	-	10 x	5 x	8	34 x,k	-	-
Kuwait	12	10	-	-	24	11	7	12 k	-	-
República Islámica de Irán	38	11	-	-	15	5	7 x	44	-	94
Emiratos Árabes Unidos	8	14 x	-	-	17 x	15 x	15 x	34 x,k	-	-
Arabia Saudita	27	14	-	-	20	11	11 x	31 k	-	-
ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO										
Singapur	3	3	-	en camino	2	2	8	-	-	-
Malasia	12	11	7.1	en camino	-	-	9	29 k	-	-
China	31	8	6.7	en camino	14	-	4	51	-	93
Viet Nam	23	28	3.5	en camino	32	7	9	15	99 t,w	83
Indonesia	38	28	2.7	en camino	-	-	9	40	62	73
Myanmar	106	32	1.2	insuficiente	32	9	15	15 k	87 t	60
Filipinas	34	28	0.9	insuficiente	30	6	20	34	76 t	56
Rep. Popular Dem. Lao	83	40	0.8	insuficiente	42	15	14	23	64	75
Mongolia	52	13	-0.3	sin progresos	25	6	7	51	87 t	75
Camboya	141	45	-1.3	sin progresos	45	15	11	12	47	14
Tailandia	21	18 x	-	-	13 x	5 x	9	4 x,k	-	63
Rep. Dem. Popular de Corea	55	23	-	-	37	7	7	65	95 t	40
Timor-Leste	80	46	-	-	49	12	12	31	95	72
República de Corea	6	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Brunei Darussalam	9	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Fiji	20	-	-	-	-	-	10	47 x,k	-	31 x
Islas Cook	21	-	-	-	-	-	3	19 k	-	-
Estados Federados de Micronesia	23	-	-	-	-	-	18	60 k	95 t	-
Tonga	25	-	-	-	-	-	0	62 k	-	-
Palau	27	-	-	-	-	-	9	59 x,k	-	-
Nauru	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	30	-	-	-	-	-	4 x	-	-	-
Vanuatu	40	-	-	-	-	-	6	50 k	-	-
Tuvalu	51	-	-	-	-	-	5	-	-	-
Islas Salomón	56	-	-	-	-	-	13 x	65 k	-	-
Islas Marshall	59	-	-	-	-	-	12	63 x,k	23	-
Kiribati	65	-	-	-	-	-	5	80 x,k	45	-
Papua Nueva Guinea	93	-	-	-	-	-	11 x	59	1	-
Niue	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE										
Cuba	7	4	20.3	en camino	5	2	6	41	-	88
República Dominicana	32	5	6.7	en camino	9	2	11	10	40	18
Jamaica	20	4	5.8	en camino	5	2	10	-	-	100
México	28	8	5.6	en camino	18	2	8	38 x,k	-	91
Perú	29	7	5.2	en camino	25	1	11 x	67	-	93 x
Guyana	64	14	4.6	en camino	11	11	12	11	-	-
Haití	117	17	4.4	en camino	23	5	21	24	25	11
Colombia	21	7	3.7	en camino	14	1	9	26	-	92 x
Bolivia	69	8	3.6	en camino	27	1	7	54	38	90
República Bolivariana de Venezuela	19	4	3.2	en camino	13	3	9	7 k	-	90
Brasil	34	6	2.9	en camino	11	2	10 x	-	-	88
Guatemala	45	23	2.7	en camino	49	2	12	51	-	67
Chile	8	1	2.6	en camino	2	0	5	63	-	100
El Salvador	28	10	2.6	en camino	19	1	7	24	-	91 x
Nicaragua	38	10	2.4	insuficiente	20	2	12	31	91	97
Ecuador	26	12	2.0	insuficiente	26	-	16	35	-	99
Honduras	41	17	1.5	insuficiente	29	1	14	35	35	80
Trinidad y Tabago	20	6	1.3	insuficiente	4	4	23	2	-	1
Panamá	24	8	-1.2	sin progresos	18	1	10	25 x	-	95
Paraguay	24	5	-2.3	en camino	14	1	9 x	22	-	88
Costa Rica	13	5	-	-	6	2	7	35 x,k	-	97 x
Uruguay	17	5 x	-	-	8 x	1 x	8	-	-	-
Argentina	18	5	-	-	12	3	8	-	-	90 x
Surinam	39	13	-	-	10	7	13	9	-	-
Antigua y Barbuda	12	-	-	-	-	-	8	-	-	-
Barbados	12	-	-	-	-	-	10 x	-	-	-
Bahamas	13	-	-	-	-	-	7	-	-	-
Dominica	14	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Santa Lucía	14	-	-	-	-	-	8	-	-	-
Grenada	21	-	-	-	-	-	9	39 k	-	-
Saint Kitts y Nevis	21	-	-	-	-	-	9	56 k	-	100
San Vicente y las Granadinas	22	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Belice	39	-	-	-	-	-	6	24 k	-	90 x

Países y territorios	TMM5 2004	% de menores de cinco años (1996–2005) que sufren de:					Otros indicadores:			
		bajo peso*	TMAR 1990-2004	Progresos hacia los ODM	Cortedad de talla*	emaciación*	% de lactantes con bajo peso al nacer 1998-2004*	% de niños con lactancia exclusiva (<6 meses) 1996-2004*	Suplementos de vitamina A (6 a 59 meses) 2003	% de hogares que consumen sal yodada 1998-2004*
ECE/CEI										
Ucrania	18	1	–	en camino	3	0	5	22	–	32
Armenia	32	3	–	en camino	13	2	7	30	–	84
Georgia	45	3	–	en camino	12	2	7	18 k	–	68
Bosnia y Herzegovina	15	4	–	en camino	10	6	4	6	–	77
Kazajstán	73	4	15.2	en camino	10	2	8	36	–	83
Uzbekistán	69	8	12.8	en camino	21	7	7	19	93 t	19
Turquia	32	4	10.2	en camino	12	1	16	21	–	64
Rumania	20	3	6.0	en camino	10	2	9	–	–	53
Azerbaiján	90	7	2.0	insuficiente	13	2	11	7	–	26
Serbia y Montenegro	15	2	-4.3	en camino	5	4	4	11 k	–	73
Croacia	7	1	–	–	1	1	6	23	–	90
Federación de Rusia	21	3 x	–	–	13 x	4 x	6	–	–	35
República de Moldova	28	3	–	–	10	3	5	–	–	33
Ex República Yugoslava de Macedonia	14	6	–	–	7	4	6	37	–	80
Kirguistán	68	11	–	–	25	3	7 x	24	–	42
Turkmenistán	103	12	–	–	22	6	6	13	–	100
Albania	19	14	–	–	34	11	3	6	–	62
Belarus	11	–	–	–	–	–	5	–	–	55
Bulgaria	15	–	–	–	–	–	10	–	–	98
Tayikistán	118	–	–	–	36	5	15	50	–	28

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

Estados Unidos	8	2	–	–	1	6	8	–	–	–
Islandia	3	–	–	–	–	–	4	–	–	–
República Checa	4	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Finlandia	4	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Japón	4	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Noruega	4	–	–	–	–	–	5	–	–	–
Eslovenia	4	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Suecia	4	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Austria	5	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Bélgica	5	–	–	–	–	–	8x	–	–	–
Dinamarca	5	–	–	–	–	–	5	–	–	–
Francia	5	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Alemania	5	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Grecia	5	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Italia	5	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Portugal	5	–	–	–	–	–	8	–	–	–
España	5	–	–	–	–	–	6x	–	–	–
Suiza	5	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Australia	6	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Canadá	6	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Irlanda	6	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Israel	6	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Luxemburgo	6	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Malta	6	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Nueva Zelanda	6	–	–	–	–	–	6	–	–	83
Reino Unido	6	–	–	–	–	–	8	–	–	–
Estonia	8	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Hungría	8	–	–	–	–	–	9	–	–	–
Lituania	8	–	–	–	–	–	4	–	–	–
Polonia	8	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Eslovaquia	9	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Letonia	12	–	–	–	–	–	5	–	–	–

No hay datos sobre nutrición en Andorra, Chipre, Liechtenstein, Mónaco, Países Bajos, San Marino y Santa Sede.

RESÚMENES REGIONALES

Asia meridional	92	46	1.7	insuficiente	44	15	31	38	58	49
África subsahariana:	171	28	0.8	insuficiente	38	9	14	30	64	64
África oriental y meridional	149	29	0.0	sin progresos	41	7	14	41	68	60
África occidental y central	191	28	1.6	insuficiente	35	10	15	20	60	68
Oriente Medio y África del Norte	56	17	-1.6	sin progresos	23	8	15	29	–	58
Asia oriental y el Pacífico	36	15	3.6	en camino	19	–	7	43	73**	85
América Latina y el Caribe	31	7	3.8	en camino	16	2	9	–	–	86
ECE/CEI	38	5	–	–	14	3	9	22	–	47
Países industrializados	6	–	–	–	–	–	7	–	–	–
Países en desarrollo	87	27	1.7	insuficiente	31	10	17	36	61**	69
Países menos adelantados	155	36	1.1	insuficiente	42	10	19	34	76	53
Mundo	79	26	1.7	insuficiente	30	10	16	36	61**	68

Notas:

– No hay datos disponibles o eran insuficientes para calcular tendencias.

* Niveles moderados y graves de bajo peso, cortedad de talla y emaciación. Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo 1996–2005. Para otros indicadores, los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo indicado en el titular de la columna.

TMAR Tasa media anual de reducción (%) en la incidencia de bajo peso. Las regiones se clasifican según los mismos patrones que aparecen en el mapa de las páginas 4 y 5. Es preciso señalar que los patrones descritos para los países y territorios bien situados para alcanzar la meta no se aplican a nivel regional. Por tanto, la región ECE/CEI no está clasificada –la incidencia de bajo peso es de un 5% pero no hay datos suficientes para calcular la TMAR.

** Esta cifra no incluye a China.

x Los datos se refieren a años o periodos diferentes de los que se especifican en el titular de la columna, difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte del país.

k Los datos se refieren al amamantamiento exclusivo por menos de cuatro meses.

t El país ha logrado organizar una segunda ronda de cobertura de vitamina A mayor o igual a un 70%.

w El programa de administración de suplementos de vitamina A no incluye a los niños de hasta 59 meses de edad.

REFERENCIAS

- ¹ Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Salud 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005.
- ² Malnutrición es un término amplio que se suele utilizar como alternativa para desnutrición, aunque técnicamente también se refiere a la sobrenutrición, la epidemia actual de obesidad y enfermedades relacionadas –como la diabetes– tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo.
- ³ Los cálculos sobre prevalencia diferirán ligeramente de los cálculos basados en el análisis de tendencias, pues la prevalencia actual se calculó con base en datos de 110 países, mientras que el análisis de tendencias se basó en datos de un subconjunto de 73 países que contaban con datos del período 1990-2004.
- ⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2006*, UNICEF, Nueva York, 2005, p. 5.
- ⁵ UNICEF, análisis de la prevalencia de peso inferior al normal por lugar de residencia en 89 países, lo que abarca al 90% de la población menor de cinco años del mundo en desarrollo.
- ⁶ UNICEF, análisis, en 68 países, de la prevalencia de peso inferior al normal por quintil de la sociedad al cual pertenecen las familias.
- ⁷ UNICEF, análisis por género de la prevalencia de peso inferior al normal en 105 países, lo que representa una cobertura del 90% de la población menor de cinco años del mundo en desarrollo.
- ⁸ La incidencia de bajo peso al nacer se basa en los cálculos más recientes de que se dispone para el período 1998-2004.
- ⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2004, pp. 2-3.
- ¹⁰ *Ibid.*, p. 9.
- ¹¹ Los cálculos sobre tendencias de bajo peso al nacer se basan en encuestas realizadas en 20 países en desarrollo, lo que representa una cobertura aproximada del 50% de la población del mundo en desarrollo (excluyendo a China). Ver también *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*.
- ¹² Los niveles de alimentación con leche materna se basan en los cálculos más recientes de que se dispone para 111 países durante el período 1996-2004.
- ¹³ Los cálculos sobre tendencias de alimentación con leche materna se basan en un subconjunto de 73 países que disponían de datos sobre tendencias, lo que representa una cobertura de aproximadamente el 60% de los nacimientos del mundo en desarrollo (excluyendo a China). El análisis correspondiente a África subsahariana abarca el 59% del número total de nacimientos de la región; el de África occidental y central, el 68% del número total de nacimientos de la región, y el de África oriental y meridional, alrededor de la mitad de todos los nacimientos de la región. Los cálculos de tendencias diferirán ligeramente de los que se refieren a los niveles actuales de alimentación con leche materna, ya que el análisis de tendencias se basó a datos de 37 países y los niveles actuales de alimentación con leche materna se calcularon con base a datos de 111 países. Esto aplica a todas las regiones.
- ¹⁴ Los cálculos se basan en las estimaciones más recientes de que se dispone sobre consumo de sal yodada durante el período 1998-2004 para 97 países, lo que comprende el 95% de la población del mundo en desarrollo.
- ¹⁵ Beaton, et al., *Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries*, ACC/SCN State of the Art Series, Nutrition Policy Paper No. 13, 1993.
- ¹⁶ Las tasas de cobertura de la administración de suplementos de vitamina A se basan en los cálculos más recientes de que se dispone para el período 1998-2004.
- ¹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Vitamin A Supplementation: Progress for child survival”, documento de trabajo elaborado por la Sección de Nutrición, UNICEF, Nueva York, 2005.
- ¹⁸ Aguayo, Víctor M. y Baker, Shawn K., “Vitamin A Deficiency and Child Survival in sub-Saharan Africa: A reappraisal of challenges and opportunities”, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 26, no. 4, 2005, pp. 348-355.
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Focusing on Anaemia: Towards an integrated approach for effective anaemia control” (comunicado conjunto), OMS, Ginebra, 2004.
- ²⁰ Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for improved development outcomes*, SCN, marzo de 2004, p. 14.
- ²¹ Mason, J.; Rivers, J., y Helwig, C., “Recent Trends in Malnutrition in Developing Regions: Vitamin A deficiency, anemia, iodine deficiency, and child underweight”, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 26, 2005, pp. 28-34.
- ²² Gross, R., y Webb, P., “Wasting Time for Wasted Children: Severe child undernutrition must be resolved in non-emergency settings”, *The Lancet* (de próxima aparición en 2006).
- ²³ Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro, *National Family Health Survey (NFHS-2)*, 1998-99, IIPS, Mumbai, 2000, p. 245.
- ²⁴ Se considera que se ha alcanzado la yodación universal de la sal cuando el 90% de los hogares, o más, consumen sal yodada.
- ²⁵ Encuestas sobre anemia y micronutrientes realizadas en el Afganistán, Bangladesh, Bhután, la India, Nepal y Sri Lanka, y analizadas por la Oficina Regional de UNICEF para Asia meridional.
- ²⁶ Banco Asiático de Desarrollo, “Investing in Child Nutrition in Asia”, *Asian Development Review*, vol. 17, no.1, p. 11, 1999.
- ²⁷ “Health & Nutrition Survey in Earthquake Affected Areas, Pakistan”, encuesta conjunta UNICEF/PMA/OMS, en colaboración con el Ministerio de Salud y los Institutos Nacionales de Salud, Islamabad, enero de 2006 (documento interno).
- ²⁸ UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2006*, op. cit., p. 110.
- ²⁹ UNICEF, *Drought, HIV/AIDS and Child Malnutrition in Southern Africa, Part 1: Preliminary analysis of nutritional data on the humanitarian crisis*, Oficina Regional de UNICEF para África oriental y meridional, Nairobi, 2003.
- ³⁰ Programa de Encuestas Demográficas y de Salud para Burkina Faso (2003), el Camerún (2004), Ghana (2003), Mali (2001) y el Senegal (2205); y Encuesta Nacional sobre Anemia (Guinea, 2000), analizada por la Oficina Regional de UNICEF para África occidental y central.
- ³¹ Back, Lucien; Fabre, Danielle, y González-Alemán, Joaquín, “Evaluation en temps réel de la réponse de l’UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle au Niger en 2005”, anteproyecto, enero de 2006 (documento interno).
- ³² UNICEF, *The Situation of Children in Iraq: An assessment based on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, reimpresso en marzo de 2003 con información actualizada sobre malnutrición. A esta información se puede acceder en <www.unicef.org/publications/index_4439.html>.
- ³³ UNICEF, Análisis de la prevalencia de peso inferior al normal por lugar de residencia y quintil de la sociedad al cual pertenecen las familias, con base en datos de encuestas.
- ³⁴ Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y UNICEF, “Emergency Food Security and Nutrition Assessment in Darfur, Sudan, 2005”, informe provisional, PMA, Roma, diciembre de 2005.
- ³⁵ Datos de encuestas recientes analizados por la Oficina Regional de UNICEF para Asia oriental y el Pacífico.
- ³⁶ Gobierno de Indonesia, “A Comprehensive Assessment of Nutrition and its Determinants in Tsunami-Affected Districts in Nanggroe Aceh Darussalam, Indonesia: February-March 2005”.
- ³⁷ Kamatsuchi, Mahoko, “Disparities en LAC: Rapid Nutritional Assessment”, Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, Panamá, 2000.
- ³⁸ UNICEF, Análisis de la prevalencia de peso inferior al normal por lugar de residencia, con base en datos de encuestas.
- ³⁹ UNICEF, Análisis de la prevalencia de peso inferior al normal por género y quintil de la sociedad al cual pertenecen las familias, con base en datos de encuestas.
- ⁴⁰ “Eliminating Iodine Deficiency Disorders through Regional Salt Iodization in CEE/CIS”, Nota sobre la Estrategia Regional, Oficina Regional de UNICEF para ECE/CEI, Ginebra, noviembre de 2005 (documento interno).
- ⁴¹ Encuestas llevadas a cabo por la Academia de Nutrición Kazakh (2002-2003) para Kazajistán y Tayikistán, y por el Programa de Encuestas Demográficas y de Salud para Uzbekistán (2002). Esas encuestas fueron analizadas por la Oficina Regional de UNICEF para ECE/CEI.
- ⁴² Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*, OECD, París, 2005, p. 32.
- ⁴³ Organización Mundial de la Salud, *European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, 2005.
- ⁴⁴ Instituto de Salud y Bienestar Social de Australia, *A Picture of Australia's Children*, AIHW, Canberra, 2005, pp. 37-39.
- ⁴⁵ Polhamus, B., et al., *Pediatric Nutrition Surveillance 2003 Report*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos, Atlanta, 2004, Tabla 18D. A esta información se puede acceder en <http://www.cdc.gov/pednss/pednss_tables/pdf/national_table18.pdf>.
- ⁴⁶ Andersson, M., et al., *Iodine Deficiency in Europe: A continuing public health problem, A WHO/UNICEF Report*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.
- ⁴⁷ Banco mundial de datos de la OMS sobre alimentación con leche materna y alimentación complementaria. Ver información en <<http://www.who.int/research/iyct/bfctf/bfctf.asp?menu=00>>.
- ⁴⁸ Darnton-Hill, Ian; Nishida, C., y James, W.P.T., “A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases”, *Public Health Nutrition*, vol. 7, no. 1A, 2004, pp. 101-121.
- ⁴⁹ OMS, *European Health Report*, op. cit., p. 64.
- ⁵⁰ Ver, por ejemplo, las series de The Lancet sobre supervivencia infantil (2003) y neonatal (2005); Banco Mundial, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2003; Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Salud 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005; Consenso de Copenhague, informes de 2004, ver en <<http://www.copenhagenconsensus.com>>; Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, UNDP, Nueva York, 2005, y otros proyectos del milenio, ver en <<http://www.unmillenniumproject.org/reports/index.htm>>.
- ⁵¹ Banco Mundial, *Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action*, Directions in Development, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington, D.C., 2006.

Si desea obtener más información
sírvese dirigirse a:
Sección de Información Estratégica
de UNICEF
División de Políticas y Planificación

Publicado por UNICEF
División de Comunicaciones
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, USA

Internet: www.unicef.org/spanish
E-mail: pubdoc@unicef.org

ISBN-13: 978-92-806-3990-2

ISBN-10: 92-806-3990-0

\$10.00 £5.50 €8.30

No. de venta: S.06.XX.8

© Fondo de las Naciones Unidas para
la Infancia (UNICEF), Nueva York

Mayo de 2006

