

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 15, No. 3

Septiembre 1994

Situación nutricional en las Américas

La situación nutricional de los países de América Latina y El Caribe está condicionada por distintos factores sociales, económicos y políticos que influyen en la disponibilidad y el consumo de alimentos. La crisis económica de la Región, iniciada en el decenio de 1980, ha disminuido los ingresos reales y el poder adquisitivo de la población en la gran mayoría de los países.

El estado nutricional de la población se describe habitualmente usando ciertos indicadores antropométricos o dietéticos o mediante el análisis de los datos recogidos por los Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). La información presentada a continuación proviene parcialmente de los informes de los países de la Región preparados para la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN), realizada en Roma en diciembre de 1992. En algunos casos se han utilizado los resultados de encuestas o estudios recientes, y publicaciones del Banco Mundial (1,2), UNICEF (3,4) y OPS (5,6):

Los SISVAN han contribuido en gran medida a actualizar la información en los países donde se han implementado, pero todavía hay países donde los SISVAN tienen un uso limitado. La falta de uniformidad en la información disponible — producto de la diversidad de las fuentes, los períodos de tiempo considerados, los diferentes criterios de clasificación y los diversos valores referenciales — limita las comparaciones y dificulta la obtención de una visión coherente de conjunto sobre la situación nutricional de la Región.

En este artículo, los indicadores antropométricos se han elaborado preferentemente según los criterios de clasificación que recomienda la OMS, basados en los valores de referencia del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (CNES-NCHS) de los Estados Unidos de América. Se utiliza como criterio de desnutrición

moderada o severa, a todo valor inferior a -2 desviaciones estándares a la izquierda de la mediana del peso o la talla para una edad dada. Este criterio se utiliza también para el indicador peso en relación con la talla.

El Cuadro 1 presenta la información disponible sobre el déficit en peso para las edades de 0 a 4 años para algunos países de América Latina y El Caribe. Según este indicador, la prevalencia de desnutrición en la Región varía del 0,8% en Chile (clasificación Sempé) al 38,5% en Guatemala (clasificación OMS).

Valores inferiores al 10% de desnutrición se registraron, además de Chile, en Costa Rica, los Estados Unidos, Paraguay, Uruguay, Jamaica, Brasil, Venezuela y Trinidad y Tabago, mientras que en Honduras, Guyana y Guatemala se observaron valores superiores al 20% de desnutrición. Esta información, sin embargo, debe interpretarse con cuidado por las razones anotadas anteriormente.

El Cuadro 2 muestra la prevalencia del déficit en talla en relación a la edad en niños de 0 a 4 años en 15 países. Las mayores prevalencias se registraron en Guatemala, Bolivia, Perú y Ecuador, donde por lo menos uno de cada tres niños en este grupo de edad presentan un retraso significativo en el crecimiento. Aunque el indicador talla en relación con la edad no refleja el estado nutricional presente de la población, es, no obstante, un buen indicador del estado general de salud y de la historia nutricional y socioeconómica de la población.

Los censos de talla realizados en las escuelas tienen la ventaja de contar con una amplia cobertura debido al sistema escolar, el cual en la mayoría de los países es mayor que la de los servicios de salud. En algunos países, son los maestros los que, después de una capacitación, llevan a cabo las mediciones y el análisis inicial de los datos antropométricos de los escolares.

EN ESTE NUMERO...

- Situación nutricional en las Américas
- Neuropatía epidémica en Cuba. *Una Actualización*
- La Leishmaniasis en las Américas

- Publicaciones: Las Condiciones de salud en las Américas, Edición de 1994.
- Congresos de Epidemiología
- Vigilancia del SIDA en las Américas

Cuadro 1
Prevalencia de bajo peso para la edad en preescolares (a)
(Clasificación de la OMS)

País	Año	Tamaño de la muestra	Origen de los datos	Desnutrición (%)
Bolivia	1991	536.952	E.N.	11,7
Brasil	1989	7.314	E.N.	7,0
Colombia	1989	1.973	E.N.	10,1
Costa Rica	1990	189.814	C.S.	2,8
Chile	1989	1.251.217	C.S.	^(b) 0,8
Ecuador	1986	7.798	E.N.	16,5
El Salvador	1988	2.000	E.N.	15,2
Estados Unidos	1992	1.726.799	S.V.N.P. ^(c)	2,9
Guatemala	1990	90.000	E.N.	38,5
Guyana	1987	...	C.S.	24,3
Honduras	1987	3.338	E.N.	20,6
Jamaica	1990	...	C.S.	6,9
México	1988	7.426	E.N.	13,9
Nicaragua	1987-88	2.702	E.R.III	10,9
Paraguay	1990	3.389	E.N.	4,2
Perú	1991	7.036	E.N.	10,8
República Dominicana	1987	1.843	E.N.	12,5
Trinidad y Tabago	1985	...	C.S.	9,9
Uruguay	1989	9.070	C.S.	6,5
Venezuela	1992	307.698	C.S.	^(d) 8,2

Fuentes: Conferencia Internacional de Nutrición, CFNI y notas 3 y 6.

- a) Niños de 0 a 4 años, excepto cuando se especifica otra edad.
- b) Clasificación Sempé. Punto de corte aproximadamente 75% de la mediana.
- c) Datos proporcionados al SVNP de los Centros para el Control de Enfermedades por aquellos estados que participan en el SVNP (aproximadamente 70%), y se basa en mediciones de niños que tomaban parte en programas financiados por el Tesoro de la Nación, tales como el Programa de Ayuda Alimentaria para Mujeres, Lactantes y Niños, del Departamento de Agricultura; por tanto, no es representativa a nivel nacional. Corresponde a población de bajos ingresos y en riesgo de malnutrición.
- d) Punto de corte, percentil 3. Incluye niños de 0-72 meses. Información de SISVAN.

E.N. Encuesta Nacional
 C.S. Centros de Salud
 C.S.R. Centros de Salud Rurales
 E.R.III Encuesta Región III
 S.V.N.P. Sistema de Vigilancia Nutricional Pediátrica

Cuadro 2
Prevalencia de déficit de talla para la edad en prescolares (a)
(Clasificación de la OMS)

País	Año	Tamaño de la muestra	Origen de los datos	Déficit (%)
Bolivia ^(b)	1989	2.537	E.N.	38,3
Brasil	1989	7.314	E.N.	15,4
Colombia	1989	...	E.N.	16,6
Ecuador	1986	7.798	E.N.	34,0
El Salvador	1988	2.000	E.N.	29,9
Estados Unidos	1992	1.726.799	S.V.N.P.	^(c) 4,7
Guatemala	1987	2.229	E.N.	57,9
Honduras	1987	3.338	E.N.	25,1
México	1988	7.426	E.N.	22,3
Nicaragua	1987	2.702	E.R.III	21,9
Paraguay	1990	3.389	E.N.	20,3
Perú	1991	743	C.S.R.	35,2
República Dominicana ^(d)	1987	1.843	E.N.	20,8
Uruguay	1989	9.070	C.S.	14,6
Venezuela ^(e)	1992	307.698	C.S.	17,0

Fuentes: Conferencia Internacional de Nutrición y notas 3-6.

(a) Niños de 0 a 4 años, excepto cuando se especifica otra edad.

(b) Niños de 3-36 meses.

(c) Datos proporcionados al SVNP de los Centros para el Control de Enfermedades por aquellos estados que participan en el SVNP (aproximadamente 70%), y se basa en mediciones de niños que tomaban parte en programas financiados por el Tesoro de la Nación, tales como el Programa de Ayuda Alimentaria para Mujeres, Lactantes y Niños, del Departamento de Agricultura; por tanto, no es representativa a nivel nacional. Corresponde a población de bajos ingresos y en riesgo de malnutrición.

(d) Niños de 6-36 meses.

(e) Punto de corte, percentil 3. Incluye niños de 0-72 meses.

E.N. Encuesta Nacional

C.S. Centros de Salud

C.S.R. Centros de Salud Rurales

E.R.III Encuesta Región III

S.V.N.P. Sistema de Vigilancia Nutricional Pediátrica

Dada la existencia de factores que pueden introducir errores y sesgos en la medición y estimación de los indicadores, conviene ejercer cautela en la interpretación de estos hallazgos en relación a la situación nutricional del país.

En el Cuadro 3 se muestran los resultados de los últimos censos de talla en escolares latinoamericanos. Las prevalencias de déficit más altas se registraron en Honduras (39,8%), Guatemala (37,4%) y Ecuador (37,1%) y las más bajas, en Uruguay (4,0%), Chile (8,5%) y Costa Rica (9,2%).

Las tasas de prevalencia de bajo peso para la talla registradas son relativamente bajas, oscilando entre el 0,4% y el 6,3%. Los valores son inferiores al 2% en Cuba, Ecuador, los Estados Unidos, Guatemala, Paraguay, Perú y Uruguay, y superiores al 5% en Venezuela y México.

Información del Programa de Alimentación y Nutrición de OPS indica que para América Latina y el Caribe, la prevalencia de déficit de peso por edad es 11%, estatura por edad 21,9% y estatura por edad 3,1% en niños menores de cinco años. Cifras que van un tanto diferentes a las estimadas por UNICEF en 1990 (13,8%; 27,7% y 1,8%) (4).

Cuadro 3
Prevalencia de déficit de talla para la edad en escolares

País	Año	No. de examinados	% < -2 D. E.
Bolivia	1988-90	...	35,0
Costa Rica	1989	...	9,2
Chile	1985	55.716	8,5
Ecuador	1990	251.240	37,1
El Salvador	1988	...	30,0
Guatemala	1986	206.014	37,4
Honduras	1986	170.299	39,8
México	1991	...	9,5
Nicaragua	1989	...	18,7
Panamá	1988	60.812	24,4
Uruguay	1987	47.160	4,0
Venezuela (a)	1992	46.377	22,8

Fuentes: Conferencia Internacional de Nutrición y notas 5 y 6.

(a) Punto de corte, percentil 3. Incluye niños de 7-14 años.

Tendencias del estado nutricional

Las variaciones en la prevalencia de desnutrición en la Región ha sido documentada en 16 países en dos puntos en el tiempo. El intervalo entre las observaciones varía de 22 años en Honduras a 3 años en Nicaragua y Panamá. La diversidad de los indicadores empleados y la diferencia en los intervalos de tiempo, limita la comparación de las tendencias en el estado nutricional entre los países.

Los datos de los países examinados muestran una tendencia hacia una reducción relativa de las tasas de desnutrición. Esta tendencia, sin embargo, no es uniforme. Sólo dos países, Guatemala y Panamá mostraron un aumento en sus porcentajes de desnutrición.

Brasil y República Dominicana mientras tanto, tuvieron importantes reducciones en sus tasas.

El nivel nutricional de algunos países podría asociarse a la aplicación adecuada de programas de inmunización, control de enfermedades infecciosas, alimentación adecuada especialmente durante episodios agudos de enfermedad, y estrategias tales como la promoción de la lactancia natural, prácticas adecuadas de destete, y educación nutricional.

Cabe señalar que aun en los países donde la desnutrición se redujo a niveles moderados, existen diferencias marcadas entre áreas geográficas y entre estratos de la población, que los promedios nacionales no revelan.

Deficiencias de micronutrientes

En esta sección se hace referencia sólo a las deficiencias de hierro, yodo y vitamina A. Estas deficiencias generalmente se hallan focalizadas en ciertas áreas geográficas, afectando a los grupos más vulnerables de la población.

Deficiencia de hierro. La información sobre prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en la Región es limitada. Los datos disponibles proceden, en la mayoría de los casos, de estudios restringidos no representativos de la situación nacional, o de información provista por los servicios de salud, de cobertura variable. Según la OMS, el punto de corte, por debajo del cual se considera que existe anemia es de 11 gramos de hemoglobina por decilitro de sangre en mujeres embarazadas y en niños menores de cinco años, que son los grupos más afectados. Los puntos de corte para poblaciones que viven a grandes altitudes sobre el nivel del mar aún no han sido definidos.

En una reunión llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina en 1992, se presentó información de diferentes estudios en ocho países de América del Sur(7). De acuerdo con estos datos, la prevalencia de anemia en embarazadas varió de 61% en Misiones, Argentina, a 13% en Asunción, Paraguay. Las tasas de anemia en

preescolares variaron entre el 22 y el 45% en Brasil, el 18% en Chile y del 27 al 53% en Perú.

En el caso de Costa Rica la prevalencia de anemia en embarazadas fue de 27,6%, en Cuba osciló entre el 20 y el 25% y en El Salvador fue de 12,3%. En los niños menores de 5 años la prevalencia de la anemia varió, según los informes, entre el 29,6% en Costa Rica, el 23% en El Salvador y el 8% en Venezuela. Las grandes disparidades observadas sugieren la presencia de sesgos importantes en muchas de estas cifras, vinculados con el uso de procedimientos inadecuados de muestreo de la población, o a la utilización de fuentes de información inapropiadas.

Deficiencia de yodo. El bocio es la manifestación más conocida de la deficiencia de yodo. No obstante, el espectro de desórdenes que produce la carencia de yodo es muy amplio y afecta a los individuos desde las etapas tempranas del desarrollo fetal y neonatal hasta la niñez, la adolescencia y la edad adulta.

El bocio endémico es considerado como un problema de salud pública cuando su prevalencia es superior al 10% de la población examinada. La excreción urinaria de yodo es un indicador de la deficiencia de este micronutriente. Cuando la mediana de los valores de excreción son inferiores a 5 microgramos por decilitro de orina, se estima que existe riesgo moderado o severo que una comunidad padezca desórdenes por deficiencia de yodo.

Los resultados de diferentes estudios de prevalencia de bocio y de excreción urinaria de yodo realizados en 17 países de la Región entre 1983 y 1991 muestran una prevalencia de bocio superior al 50% en Mérida (Venezuela) y Chameza (Colombia). En Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Azuero en Panamá (Azuero), Perú (en la sierra y la selva) y Brasil (4 regiones) se observó una prevalencia entre el 20 y el 50%. Altos porcentajes de yoduria baja se registraron en Perú, México (Hidalgo) y Paraguay.

Hay que tener en cuenta la variabilidad en la prevalencia entre las diferentes áreas dentro de un mismo país, ya que en muchos casos el problema se halla concentrado en ciertas regiones (8).

El método más efectivo y económico de prevención de los desórdenes por deficiencia de yodo es la fortificación de la sal con yodo en una proporción determinada (generalmente se considera adecuada una concentración de yodo de 25 a 50 partes por millón) (9). El proceso de yodación de la sal requiere la obtención de una mezcla uniforme y estable. Es menester asegurar que la sal llegue a las personas que la necesitan y que éstas la consuman regularmente. El establecimiento de programas efectivos de yodación de sal requiere de una serie de medidas, como las relativas a la promulgación de legislación y regulaciones apropiadas, el financiamiento adecuado, la formulación de políticas de alto nivel y el adecuado apoyo

técnico-administrativo. Al mismo tiempo, es menester promover la educación de la comunidad para evitar el consumo de sal sin yodar(8).

La mayoría de los países cuentan con disposiciones legales vigentes que hacen obligatoria la yodación de la sal para consumo humano, y además en Argentina, Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela establecen la yodación de la sal para consumo animal. La yodación de sal para consumo humano comenzó en la década de los cincuenta en Brasil, Colombia y Guatemala; en la década de los sesenta en México, Paraguay, Uruguay y Venezuela y en la década de los setenta en Argentina, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Panamá. Chile promulgó la ley en 1959, que fue derogada en 1982 y restablecida en 1990. Cuba y la República Dominicana no tienen ley de yodación de la sal. Conviene destacar el hecho que los países cuenten con legislación no garantiza que la yodación de la sal se cumpla.

Déficit de vitamina A. Se estima que existe un problema de salud pública cuando el 10% o más de la población menor de cinco años presenta valores de retinol sérico bajos (inferiores a 20µg/dl) o si el 5% o más tiene valores deficientes (inferiores a 10µg/dl). Datos recientes sobre la prevalencia de niveles bajos de retinol sérico en diferentes países sugieren que a nivel nacional en Costa Rica, Bolivia, Ecuador y Panamá no existe un problema de salud pública sobre deficiencia de vitamina A. La deficiencia de vitamina A, se manifiesta en algunas áreas geográficas de estos países (Bolivia y Ecuador), generalmente en las localidades rurales, económicamente deprimidas. Los datos disponibles en la última década indican una prevalencia de niveles de retinol sérico bajos, que varía entre el 5% y el 48.8% en diferentes áreas de los países de la Región.

Anteriormente, estudios realizados por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en el decenio de 1970 determinaron que la deficiencia de Vitamina A en niños menores de 5 años tenía una prevalencia del 18 al 43% en esa subregión. Ante esta evidencia varios países de la subregión iniciaron programas de fortificación del azúcar con palmitato de retinol, lo que redujo significativamente el problema. Esta medida, interrumpida hacia 1980, se está restableciendo y está siendo considerada por otros países.

Enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

Durante los años setenta la mortalidad debido a estas enfermedades tuvo un incremento relativo de 105% en Sudamérica, de 56% en Centroamérica, México y Panamá, y de 21% en el Caribe (6).

Este perfil epidemiológico se manifiesta en una época de cambios en los patrones de alimentación, cuidado de la salud e incremento de los niveles de urbanización, que

afectan tanto a los grupos más favorecidos como a los sectores de bajos y medianos ingresos. El problema no se circunscribe a los adultos sino que afecta también a los niños.

Un informe de la OMS, por ejemplo, indica que la prevalencia de obesidad en niños de 0 a 6 años de edad, tomando como criterio el peso corporal por encima de dos desviaciones estándar del valor mediano de referencia del peso para la talla, fue de 2,2% en Nicaragua y Brasil, 2,5% en Argentina, 3,4% en Venezuela, 3,8% en Panamá, 4,1% en Perú, 4,6% en Honduras, 5,2% en Bolivia y 10,7% en Chile(10).

Recientemente, la red FAO/SISVAN revisó los datos correspondientes a la situación alimentaria y nutricional de adultos en 15 países de la Región, mediante datos sobre el índice de masa corporal(11). El estudio demostró en el conjunto de los países, una elevada prevalencia de obesidad, la que alcanzó en algunos casos el 50% de la población estudiada. La prevalencia más alta se observó en Uruguay, donde el 50,7% de la población femenina estudiada y el 49,9% de la masculina, era obesa de acuerdo con el criterio empleado. Las prevalencias observadas en las mujeres y en los hombres fueron, respectivamente, de 49,7% y 39,5% en Chile, 50,0% y 30,1% en Colombia, 39,8% y 28,8% en Brasil, 39,6% y 22,1% en Costa Rica, 39,4% y 31,5% en Cuba, 36,7% y 28,2% en Perú y 28,3% y 39,9% en Argentina. En México, la prevalencia en mujeres fue del 35,8%.

En general, la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres y muestra un aumento con la edad. Las tasas más altas de obesidad en mujeres jóvenes (20-29 años) se encontraron en Costa Rica, Cuba, Chile y Perú. Es de notar que a medida que el nivel socioeconómico disminuye, tanto la prevalencia de obesidad como la diferencia en la misma entre hombres y mujeres aumenta. Las mismas características se han observado en Chile (12,13) y en residentes en Estados Unidos de América de origen latinoamericano (14).

La prevalencia de obesidad de segundo y tercer grado ($IMC > 30.0 \text{ kg/m}^2$) observada en mujeres de América Latina (Costa Rica, Cuba y Brasil) es similar a la observada en Estados Unidos(15) del 12%. Esta prevalencia es menor en Perú (10,9%) y México (10,4%) y mayor en Uruguay (16,9%), Chile (18,6%) y Colombia (23,3%). En los hombres, tiene un valor de 12% en Estados Unidos, siendo similar a la de Uruguay (11,2%), e inferior en el resto de los países, alcanzando valores de 8,1% en Chile, 5,3% en Colombia, 5,2% en Perú, 5,1% en Brasil y Cuba y 2,8% en Costa Rica.

La obesidad es un problema de salud pública que requiere atención especial y no se limita a las clases afluentes. La obesidad no solamente está asociada con una esperanza de vida menor, sino que además constituye

un factor de riesgo para ciertas enfermedades como la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y otras afecciones cardiovasculares y respiratorias crónicas. Los trastornos físicos, funcionales, sociales y emocionales, vinculados con la obesidad y el sobrepeso también se pueden aliviar mediante la reducción de la grasa corporal(15).

Referencias

1. Banco Mundial. *World Tables 1992*. Washington, DC: The World Bank; 1992.
2. Banco Mundial. *Social Indicators of Development 1991-1992*. Washington, DC: The World Bank; 1992.
3. UNICEF. *Statistics on Children in UNICEF Assisted Countries*. New York: UNICEF; June 1992.
4. Carlson BA. y Wardlaw T. *A Global, Regional and Country Assessment of Child Malnutrition*. New York: UNICEF; 1990. (Staff Working Papers No. 7)
5. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Washington, DC: OPS; 1990. (Publicación científica 524).
6. Gueri M. y Daza CH. *Situación alimentaria y nutricional en Latinoamérica y el Caribe. Actualización 1991*. Washington, DC: OPS; septiembre de 1991. (Documento HPN 91/1).
7. Organización Panamericana de la Salud/Grupo sobre Control de la Deficiencia de Hierro/Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. *Taller Subregional sobre Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro*. Buenos Aires, 15 a 20 de noviembre de 1992.
8. Noguera A, Daza CH, Gueri M. *Análisis de la situación de deficiencia de yodo y sus tendencias y estrategias de acción*. Washington, DC: OPS; 1993. (Documento HPN 93/5).
9. Dunn JT, Van der Haar F. *Guía práctica para la corrección de la deficiencia de yodo*. Ginebra: ICCIDD/UNICEF/OMS; 1992.
10. Organización Mundial de la Salud. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra: OMS; 1990. (Serie de Informes Técnicos 797).
11. FAO/SISVAN. *Informe final de la IV Mesa Redonda sobre Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de América Latina y el Caribe*. Quito, 1991.
12. Bove I. Prevalencia de obesidad de 4.241 adultos pertenecientes a diferente nivel socioeconómico de Santiago [tesis, Magister en Nutrición Humana]. Santiago: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos; 1985.
13. Berrios X, Jadue L, Zenteno J et al. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en población general de la Región Metropolitana, 1986-1987. *Rev Med Chil*. 1990;118:509-604.
14. Pawson IG, Martorell R, Mendoza FE. Prevalence of overweight and obesity in US Hispanic populations. *Am J Clin Nutr*. 1991;53:1522S-1528S.
15. Bray GA. Obesidad. En: Organización Panamericana de la Salud e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington, DC: OPS/ILSI-North America; 1991. Publicación científica 532).

Fuente: División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Alimentación y Nutrición, HPN/HPP, OPS.