

FILE/101276/



Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Naciones Unidas
Programa
Mundial
de Alimentos

Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)

Panamá, julio de 2005



Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**

El presente documento fue preparado en el marco del Convenio entre el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el fin de contribuir a la comprensión de los distintos aspectos relacionados con el problema del hambre y la desnutrición en América Latina y el Caribe. Tanto el trabajo de investigación como esta publicación fueron posibles gracias al apoyo y financiamiento otorgado al Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas por el Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido.

Este documento corresponde al tercero de tres informes subregionales contemplados en el Memorando de Acuerdo establecido en 2003 entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PMA y la CEPAL.

La coordinación del documento estuvo a cargo de Rodrigo Martínez y en su elaboración participaron Andrés Fernández, Andrea Peroni, Jorge Martínez, Onyema Onwuka y Ernesto Espíndola, funcionarios y consultores de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

En la preparación del presente informe colaboraron también funcionarios de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del PMA y de la Sede subregional de la CEPAL para el Caribe en Trinidad y Tabago.

Las opiniones expresadas en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la organización.

ÍNDICE

	Página
PRESENTACIÓN	4
I. Pobreza y hambre frente a las metas del Milenio	5
A. La situación actual.....	5
B. Avances en el cumplimiento de las metas para la reducción de la pobreza y el hambre.....	13
II: El costo del hambre y la desnutrición	16
III. Políticas y programas alimentarios	20
IV. Recomendaciones de política	23
Bibliografía	28

PRESENTACIÓN

La actual situación nutricional de la población de América Latina y el Caribe constituye un indicador más de las desigualdades sociales existentes en la región. Si bien la producción de bienes e insumos alimentarios más que triplica los requerimientos energéticos de la población, existen 53 millones de personas que carecen de alimentos suficientes, 7% de los niños menores de 5 años de edad tiene un peso inferior al normal y 16% presenta una talla bajo la media para su edad.

De este modo, el perfil nutricional de la población latinoamericana y caribeña no es un mero accidente, sino el reflejo de las grandes inequidades en la distribución del ingreso y la insuficiente importancia dada a la alimentación y nutrición en la agenda política de los países.

En el año 2003, conscientes de la importancia del problema, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Oficina Regional del Programa Mundial de Alimentos (PMA) firmaron un convenio de tres años de duración orientado a describir y analizar las características del hambre y la desnutrición en los países de la región. Durante el primer año, se dio una mirada global al problema regional y se analizaron en detalle los países del Istmo Centroamericano. A partir de este análisis, se concluyó que la mayor vulnerabilidad de dicha subregión radica en la alta incidencia de la desigualdad socioeconómica en el hambre y la desnutrición, acompañada de algunos problemas de estabilidad de la oferta (derivados de la vulnerabilidad medioambiental y la disminución del precio del café). En el segundo año, se examinó la situación de cuatro países andinos, observándose importantes brechas de vulnerabilidad entre las poblaciones pobres de origen indígena que habitan en zonas rurales cordilleranas.

El presente documento trata sobre el problema del hambre y la desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC) que está integrada por 25 países del Caribe, Centroamérica y Sudamérica.¹ Además proporciona un análisis del fenómeno en estos países, en el contexto de la región. Este estudio, cuya síntesis de los principales hallazgos se presenta en las páginas que siguen, incluye una descripción de las características de la pobreza extrema, la seguridad alimentaria, la desnutrición y el déficit de micronutrientes, con una mirada prospectiva en relación con el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio y la identificación de los grupos vulnerables, identifica los efectos económicos asociados a la desnutrición y describe las principales políticas y programas en curso, así como las propuestas de implementación orientadas a maximizar las relaciones costo-efectividad de las intervenciones.

¹ Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y la República Bolivariana de Venezuela.

I. Pobreza y hambre frente a las metas del Milenio

A. La situación actual

Los estudios realizados por la CEPAL en la región en el último bienio, así como los elaborados por distintos investigadores en el mundo, muestran que la inseguridad alimentaria y el hambre son fenómenos que se relacionan estrechamente con la pobreza extrema, pero que presentan características específicas.² Esto implica que las políticas orientadas a erradicar ambos fenómenos deben desarrollar esfuerzos complementarios pero con componentes independientes para cada uno de ellos.

Como se observa en los gráficos siguientes, la extrema pobreza³ aumenta la probabilidad de subnutrición⁴ y desnutrición⁵, pero no las determina. Países con altos índices de pobreza extrema registran también una alta tasa de subnutrición, pero la pobreza extrema explica algo menos del 40% de la subnutrición. Así, entre los países de la AEC, Costa Rica, con ambos indicadores bajo el 6%, contrasta con México que presenta niveles de subnutrición similares, pero cuyo nivel de pobreza extrema es cercano al 20%. A su vez, El Salvador, la República Bolivariana de Venezuela, Panamá y República Dominicana registran tasas de indigencia similares a México, mientras que sus niveles de subnutrición varían entre 2% y 26%.

La relación entre extrema pobreza y desnutrición global (en menores de 5 años) es algo más fuerte, con poco más de 50% de varianza explicada. Sin embargo, nuevamente se observan países con niveles de extrema pobreza similares (Argentina, Perú y El Salvador) y tasas de desnutrición global muy distintas (entre 5% y 10% aproximadamente).

a) Pobreza extrema

De acuerdo con las proyecciones al año 2004, 96 millones de personas, es decir el 18,6% de la población total de América Latina, se encontraría en situación de pobreza extrema, en tanto que el número total de pobres (incluidos los extremos) se estima en 222 millones de personas (42,9% de la población latinoamericana). La estabilidad que han tenido estos volúmenes de población en los últimos decenios destaca la dificultad existente en la región para frenar este flagelo.

Entre los países de la AEC que presentan los mayores niveles de pobreza extrema se destacan Haití, Guatemala, Nicaragua y Honduras.

² Estudios realizados en los últimos diez años verifican una elasticidad ingreso-ingesta calórica equivalente a 0.2 – 0.3 (Strauss y Thomas, 1995-1998 y Hoddinott, Skoufias y Sasrn, 2000); una elasticidad ingreso per cápita-bajo peso en escolares de –0.5 (Haddad y otros, 2003); y una asociación negativa entre ingreso per cápita y porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (Behrman y Rosenzweig, 2004). Para mayor información, véase Behrman, Alderman y Hoddinott, 2004.

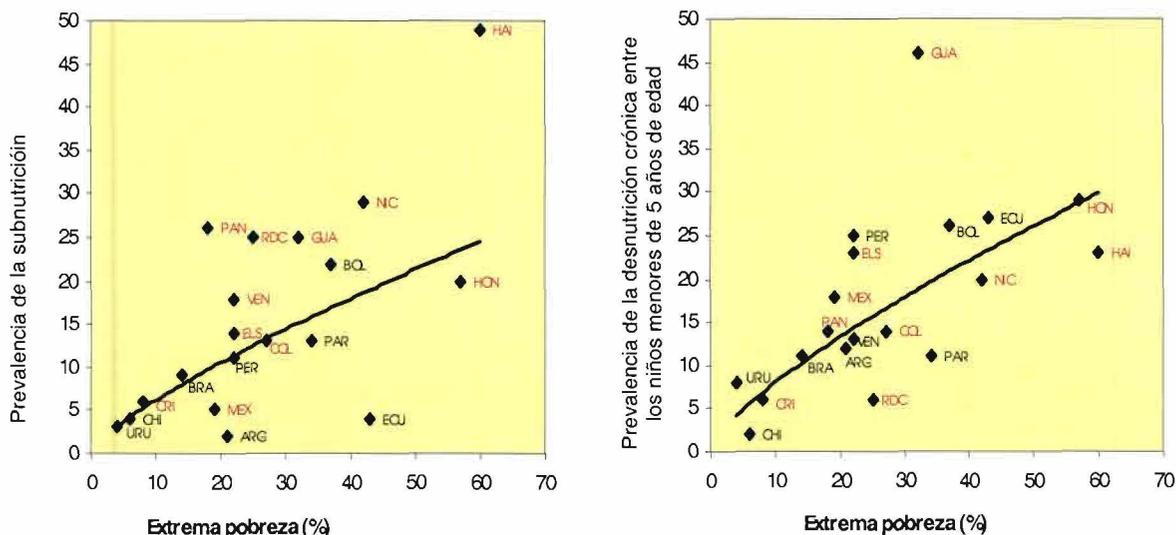
³ Ingreso per cápita familiar inferior al requerido para acceder a una canasta básica de alimentos que cumpla con los requerimientos energéticos diarios mínimos. También llamada indigencia.

⁴ Ingesta energética bajo el mínimo fisiológico requerido por persona según su edad, según estándares de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). El valor por país es de aproximadamente 1.800 kcal/persona/día, dependiendo de su estructura demográfica.

⁵ Relaciones antropométricas bajo –2ds de la media para la edad, según normas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Bajo peso = desnutrición global; baja talla = desnutrición crónica.

Gráfico I.1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE DESNUTRICIÓN, SUBNUTRICIÓN Y EXTREMA POBREZA



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (PMA), *Hambre y desigualdad en los países andinos*, 2004

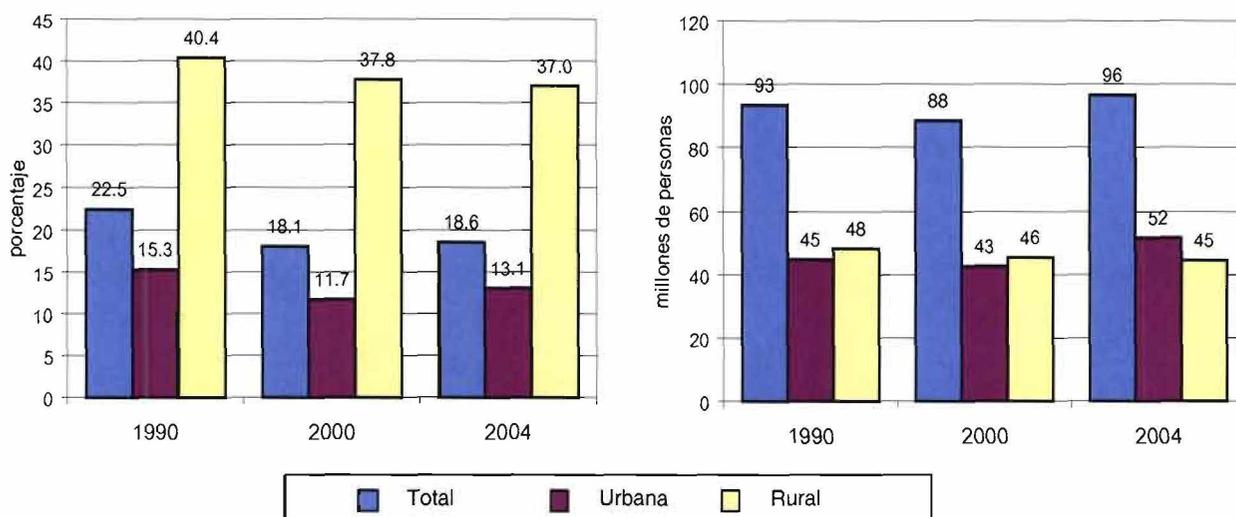
En el caso del Caribe, la heterogeneidad de las fuentes y metodologías utilizadas para estimar la incidencia de la pobreza extrema hace imposible comparar dichos resultados con los de América Latina.⁶ No obstante, cabe mencionar algunos datos ilustrativos. En primer lugar, Haití es el país con mayor incidencia de pobreza y de indigencia no sólo del Caribe, sino de todo el continente y uno de los casos más dramáticos de privación extrema, agravada por los conflictos sociales recurrentes, razón por la cual debería recibir atención especial de los esfuerzos internacionales para mitigarla. En segundo lugar, existe una enorme heterogeneidad de la magnitud de la pobreza entre los países de la subregión, donde Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas y Suriname presentan tasas elevadas de pobreza, a diferencia de Bahamas que muestra un nivel de pobreza similar a los de países con un alto grado de desarrollo económico.

En el Caribe insular, al igual que en el resto de la región, la incidencia de la pobreza (global y extrema) en las áreas rurales es mayor que en las urbanas. En Jamaica, por ejemplo, la pobreza rural triplica la incidencia de pobreza urbana, mientras que en Guyana, casi toda la población de las áreas rurales es pobre. Algo similar ocurre en Belice, Dominica, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y Las Granadinas. En Barbados, en cambio, los antecedentes disponibles indican una mayor incidencia de pobreza urbana que rural.

6 La medición de la pobreza y la desigualdad continúa siendo un reto importante para los países del Caribe, principalmente por la escasez de datos provenientes de encuestas de hogares. No obstante, se han venido realizando actividades en el campo de la medición de las condiciones de vida de la población que merecen mencionarse: en Jamaica se lleva a cabo anualmente desde 1988 una encuesta de condiciones de vida; en Guyana se efectuaron dos encuestas en la década de 1990; y desde 1995 el Banco de Desarrollo del Caribe ha promovido evaluaciones de pobreza en Anguila, Belice, Dominica, Granada, Islas Vírgenes Británicas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

Gráfico I.2

AMÉRICA LATINA^{a/} : EVOLUCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA, 1990 - 2004^{b/}
(En porcentajes y millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a partir de proyecciones efectuadas sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Estimación correspondiente a 19 países de la región (incluido Haití).

b/ Las cifras para 2004 corresponden a una proyección.

b) Inseguridad alimentaria y subnutrición

América Latina y el Caribe es una región rica en alimentos, con grandes extensiones de tierra fértil y un producto agrícola y ganadero que representa algo más de 9% del PIB total, lo que la ubica en niveles medio-altos de oferta alimentaria.⁷ Así, en 2002, se produjeron insumos alimentarios suficientes para cubrir las necesidades energéticas mínimas de más de 1.800 millones de personas, más de tres veces la población regional.

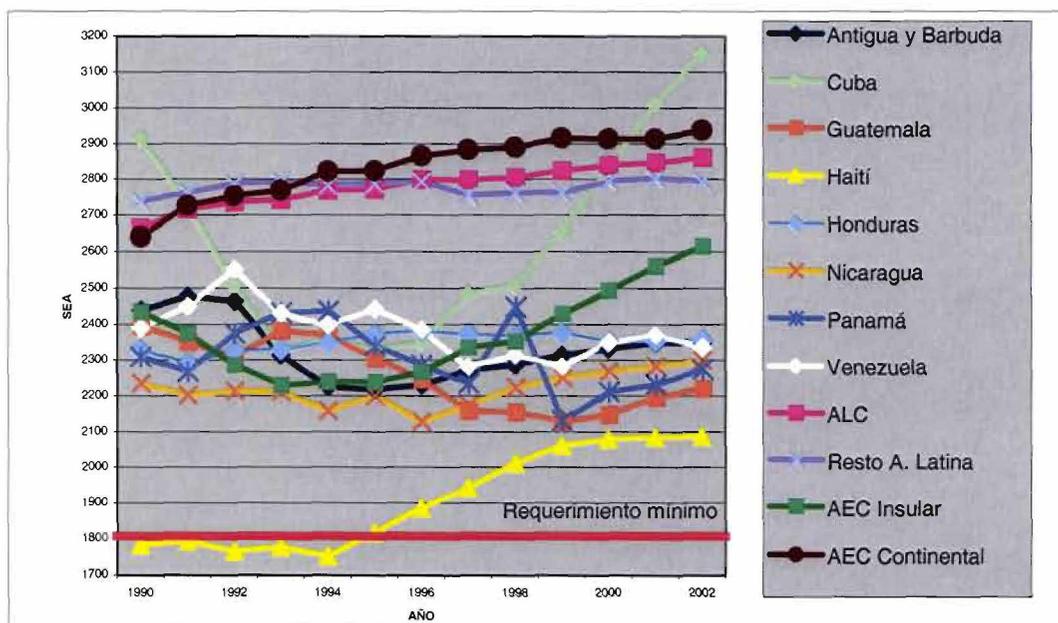
No obstante lo anterior, existen importantes diferencias entre las economías con mayor o menor capacidad para satisfacer la demanda potencial de productos alimentarios, reflejo de distintos niveles de desarrollo agropecuario, productividad e ingresos. Por ejemplo, si bien al año 2000 la productividad agrícola en la región alcanzaba los 3.307 dólares por persona, en tres países –dos de ellos ubicados en la cuenca del Caribe (Haití y Honduras)– ésta era menos de la mitad de dicho valor.

En el período 1990-2002, se presentó una gran heterogeneidad en la oferta alimentaria: algunos países registraron un nivel de suministro de energía alimentaria (SEA) superior a 3.000 kilocalorías por persona al día y otros inferior a 2.500 kcal/persona/día. Entre estos últimos destacan Guatemala, Haití y, parcialmente, Nicaragua, países que pese a cubrir el nivel mínimo presentan una alta vulnerabilidad al registrar un nivel de menos de 2.200 kcal/persona/día.

⁷ Véase CEPAL, 2003, p. 101.

Gráfico I.3

MIEMBROS DE LA AEC (8 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL SUMINISTRO DE ENERGÍA ALIMENTARIA ENTRE 1990 Y 2002



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), elaboración propia sobre la base de hojas de balance de la FAO.

Otra característica a que vale la pena destacar la variabilidad de los niveles de oferta alimentaria en el período 1990–2002, indicador inequívoco de los problemas de estabilidad de la oferta. En Antigua y Barbuda se aprecia una importante disminución a mediados de la década pasada (cerca a las 2.200 kcal/persona/día en 1995). Luego, pese a que se recupera, no logra alcanzar el nivel registrado a comienzos de los años noventa. Una situación similar se observa en Guatemala donde se registra una disminución aún más acentuada en el nivel de la oferta, la cual bordeó las 2.100 kcal/persona/día hacia 1999.

Como se observa en el cuadro I.1, se estima que entre los países de la AEC, el número de personas subnutridas en el período 2000–2002 asciende a 29 millones de personas, la mayoría de las cuales (casi 74%) se concentra en Colombia, Guatemala, Haití, México y Venezuela.

El hecho de que en los países analizados se observe suficiente disponibilidad de alimentos y aún así se registren altos niveles de subnutrición y desnutrición infantil se relaciona con una alta desigualdad en el acceso a los alimentos, lo que se explica en gran medida por los bajos ingresos, que se traduce en un bajo poder de compra de alimentos en el mercado. Este hecho es particularmente notorio en Colombia, El Salvador, Jamaica, Suriname, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago, que presentan un SEA en torno 2.500 kcal/persona/día y una tasa de subnutrición superior al 10%. A ello se suman los problemas relacionados con la baja efectividad de las políticas alimentarias orientadas a mitigar el riesgo de los más carenciados.

Cuadro I.1
MIEMBROS DE LA AEC (25 PAÍSES): POBLACIÓN SUBNUTRIDA
(En porcentajes, 2000-2002)

País	Población subnutrida	Distribución en la región
Antigua y Barbuda	17,9	0,0
Bahamas	5,5	0,1
Barbados	3,2	0,0
Belice	5,1	0,0
Colombia	13,0	19,2
Costa Rica	4,0	0,6
Cuba	3,0	1,2
Dominica	8,2	0,0
El Salvador	11,0	2,4
Granada	4,9	0,0
Guatemala	24,0	9,7
Guyana	9,0	0,2
Haití	47,0	13,1
Honduras	22,0	5,0
Jamaica	10,0	0,9
México	5,0	17,3
Nicaragua	27,0	4,8
Panamá	26,0	2,7
República Dominicana	25,0	7,3
Saint Kitts y Nevis	8,3	0,0
San Vicente y las Granadinas	12,5	0,1
Santa Lucía	7,8	0,0
Suriname	11,0	0,2
Trinidad y Tabago	12,0	0,5
Venezuela	17,0	14,5

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Hojas de balance de alimentos.

c) Desnutrición

La desnutrición entre los menores de 5 años es uno de los efectos más directos del hambre y, a la luz de la evidencia empírica, su mitigación aún constituye un importante desafío en la región.

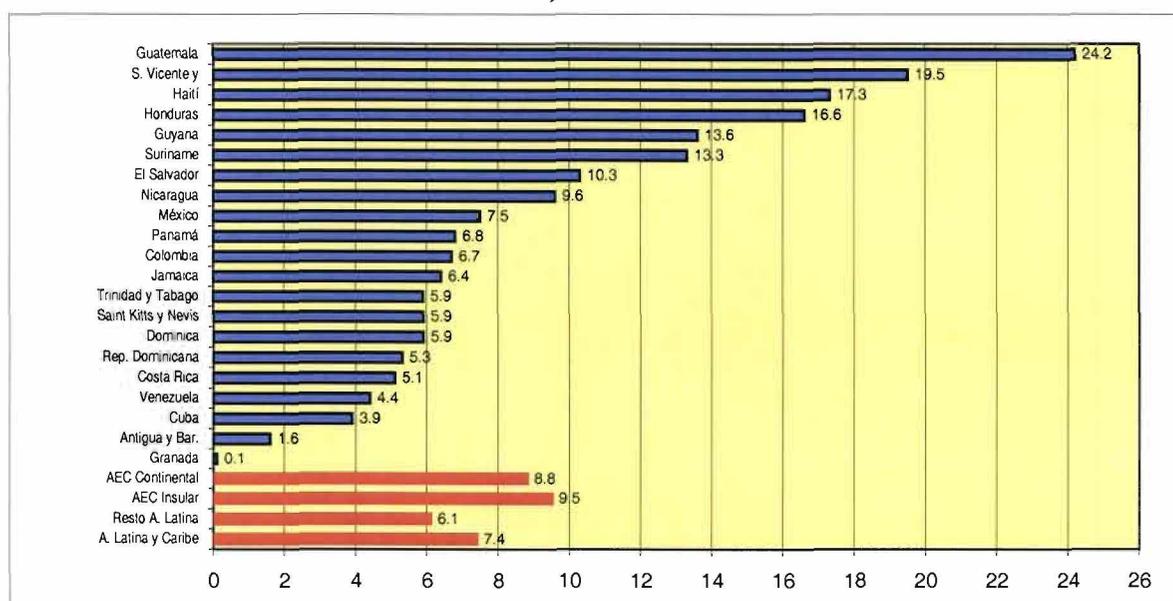
El bajo peso al nacer –menos de 2.500 gramos– incrementa el riesgo de mortalidad infantil y de desnutrición durante todo el ciclo vital, afecta negativamente el desarrollo físico e intelectual, reduce la capacidad de aprendizaje y laboral en la etapa adulta y entre las mujeres incrementa la probabilidad de reproducir el fenómeno intergeneracionalmente.

En América Latina y el Caribe, el bajo peso al nacer alcanza 10% de los nacidos vivos. Entre los países miembros de la AEC, cabe mencionar algunos que registran tasas elevadas: República Dominicana (11%), Guyana (12%), Suriname (13%) y particularmente Haití (21%) y Trinidad y Tabago (23%). Estos dos últimos incluso superan los niveles del África subsahariana. En cambio, Cuba y Belice, presentan un bajo porcentaje de niños con bajo peso al nacer (6%), incluso inferior al promedio observado en los países más industrializados.

La desnutrición global o ponderal⁸ entre los niños y niñas de la cuenca del Caribe muestra avances positivos entre los períodos 1988-1991 y 2000-2002. Sin embargo, como se aprecia en el gráfico I.4, los niveles actuales siguen siendo altos en muchos de los países, particularmente en Guatemala, San Vicente y las Granadinas, Haití, Honduras, Guyana, Suriname y El Salvador, donde la desnutrición global afecta entre 10% y 24% de los niños y niñas menores de 5 años.

Gráfico I.4

MIEMBROS DE LA AEC (21 PAÍSES): DESNUTRICIÓN GLOBAL EN MENORES DE 5 AÑOS, 1996-2002



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Banco Mundial; Naciones Unidas; Encuestas de demografía y salud (EDS); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS); Comité permanente de nutrición de las Naciones Unidas (SCN); e informes de país (Antigua y Barbuda, Granada, Dominica, Saint Kitts y Nevis).

En cuanto a la desnutrición crónica (baja talla para la edad), altamente prevalente en la región, se destaca Guatemala, que pese a haber experimentado importantes avances presenta la peor situación entre todos los países de América Latina y el Caribe. A su vez, junto con Honduras presenta un déficit que supera en más de diez veces el valor normal esperado (2,5%), seguidos por Haití, El Salvador y Nicaragua.

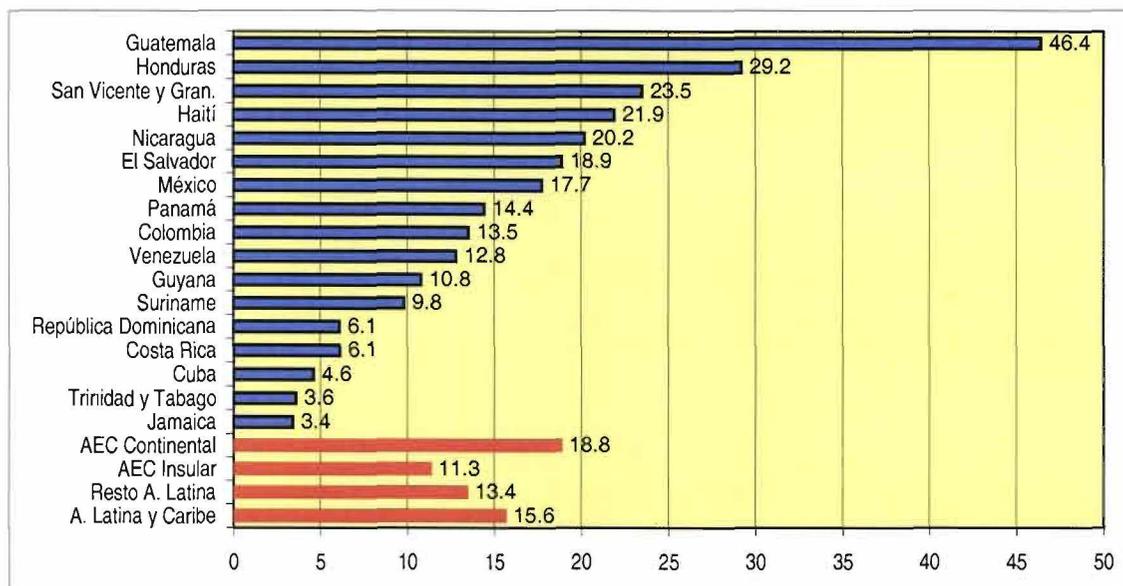
Al analizar la cantidad de casos de niños y niñas menores de 5 años desnutridos, se destacan algunos países de la AEC que si bien presentan tasas relativamente bajas de desnutrición, tienen grandes grupos poblacionales afectados. Así, de los 2,4 millones de niños con bajo peso, 838 mil son mexicanos, 451 mil guatemaltecos, 320 mil colombianos y 200 mil haitianos. Por su parte, de los 4,9 millones de niños con insuficiencia de talla, 1,98 millones son

⁸ Indicador de seguimiento de la meta relativa al hambre en los objetivos de desarrollo del Milenio

mexicanos, 865 mil guatemaltecos, 646 mil colombianos, 354 mil venezolanos y 285 mil hondureños.

Gráfico I.5

MIEMBROS DE LA AEC (17 PAÍSES): DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS, 1996 - 2002



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Banco Mundial; Naciones Unidas; Encuestas de demografía y salud (EDS); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS); Comité permanente de nutrición de las Naciones Unidas (SCN).

La mayor tasa de desnutrición crónica por sobre la de desnutrición global, registrada en los países continentales de la región (donde incluso llega a duplicarla) no se observa entre los países caribeños, donde tiende a ser similar o incluso inferior, independientemente del nivel de gravedad que dichas tasas reflejan. Los antecedentes existentes no permiten formular hipótesis relativamente confiables que expliquen este fenómeno. Sin embargo, cabría profundizar en los estudios a fin de analizar por ejemplo el efecto de los factores socioculturales asociados las pautas alimentarias.

d) Déficit de micronutrientes

En la actualidad existe acuerdo en que los déficit de micronutrientes constituyen una forma “escondida” de desnutrición y representan un grave problema de salud pública. Las carencias de hierro, vitamina A y zinc son las más frecuentes. En un nivel menor, y cuya predominancia se asocia a factores geográficos, de conducta alimentaria y de epidemiología local, es posible identificar carencias de ácido fólico, algunas vitaminas del complejo B y yodo.

La anemia por deficiencia de hierro es la patología de origen micronutricional de mayor envergadura en el Caribe, cuyas mayores prevalencias se presentan entre mujeres embarazadas, nodrizas y menores de 2 años. Algunos ejemplos son los siguientes:

- En Jamaica (1987), al aplicar los puntos de corte propuestos por la OMS (valor de hemoglobina menor de 11 gr/dl) en una muestra de más de 5.500 personas, se diagnosticó anemia en 78% de los menores de 2 años, 12% de los niños entre 5 y 9 años y en el 52% de las mujeres embarazadas (Simmons, 1994).

- En Granada (1986), el 53,6% de las mujeres embarazadas, 61,7% de las nodrizas y 59,7% de los preescolares presentaron algún grado de anemia y concentraciones de ferritina menores a 12 microgramos/litro (límite de suficiencia de depósitos de hierro).
- En Cuba se registraron tasas de anemia por deficiencia de hierro de 43,1%. Tres de cada cuatro mujeres presentaron un grado leve de anemia, siendo las embarazadas con bajo peso preconcepcional y aquellas comprendidas entre las 14 y 23 semanas de gestación las más afectadas (Sánchez Salazar y otros, 2001).
- En México (1999), se identificó una prevalencia de anemia de 27,8% entre las mujeres embarazadas de entre 12 y 49 años y de 20,8% entre las no embarazadas, con una mayor prevalencia en las zonas rurales (Shamah-Levy y otros, 2003). Por su parte, la anemia infantil alcanza su mayor valor durante el segundo año de vida, con una prevalencia de la deficiencia de hierro que alcanza a 52% entre los menores de 5 años, es decir, las dos terceras partes de los niños entre 1 y 2 años y menos de la mitad de los niños de entre 3 y 4 años (Rivera y otros, 2003).
- En República Dominicana (1993), la prevalencia de anemia en edad escolar osciló entre 21% y 38% en las distintas regiones del país (Vásquez, 2005).
- En la República Bolivariana de Venezuela, la prevalencia de anemia entre niños de 2 a 7 años de edad fue de 38,1%. Sin embargo, cabe señalar que en un porcentaje importante de estos, la anemia no resultó ser una manifestación secundaria derivada de la desnutrición pues sólo el 14,4% presentó baja talla y 9,4% bajo peso (Castejon y otros, 2004).

No siempre la baja absorción de hierro es el principal causante de la anemia, sino también la falta de otros micronutrientes. Así, en Costa Rica, del 22,1% de las mujeres lactantes con diagnóstico de anemia, el 48,7% manifestó una carencia de hierro, el 84,2% de ácido fólico, el 5,3% de vitamina B12 y el 4,9% de vitamina A, por lo que se concluye que el bajo nivel socioeconómico fue el determinante principal (Blanco y otros, 2003).

Con respecto a la vitamina A, los estudios realizados demuestran que en Honduras su carencia es moderada, mientras que en México se observa en el 27% de los menores de 5 años.

Por último, los antecedentes existentes indican que la deficiencia de zinc no representaría grandes problemas nutricionales entre los países de la AEC, salvo en el caso de México donde se identificó una prevalencia de 33% entre los menores de 5 años.

Considerando los puntos antes mencionados, la orientación de las políticas al respecto debiera centrarse principalmente en reducir la incidencia de déficit de hierro, pero sin descuidar la vigilancia epidemiológica ni los programas de fortificación de los demás micronutrientes.

e) Los grupos más vulnerables

Si bien no se dispone de información suficiente para hacer en las afirmaciones definitivas, algunos ejemplos indican que, al igual que en el resto de la región, los mayores problemas de pobreza y desnutrición en los países de la AEC se encuentran entre los menores de 5 años y mujeres pertenecientes a minorías étnicas y hogares pobres que habitan en zonas rurales. Así, estas características, junto con los riesgos generados de problemas medioambientales derivados de la alta frecuencia de desastres naturales— y sociopolíticos —producidos por los conflictos sociales y armados— se convierten en factores centrales de la vulnerabilidad nutricional.

Al analizar la información existente sobre las zonas geográficas, los resultados de las encuestas de demografía y salud (EDS)⁹ y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS)¹⁰ indican que las zonas rurales presentan incidencias de 1,5 a 2,5 veces más altas que las urbanas, tanto en lo que se refiere a la desnutrición global como a la crónica.

Con respecto a las diferencias étnicas en Guatemala (1998), se observó que 35% de los menores indígenas y sólo el 21% de los no indígenas presentaban una deficiencia ponderal, valores que alcanzan el 67% y 34% respectivamente en cuanto al déficit de talla. Por su parte, en el caso de Trinidad y Tabago (2000), el grupo étnico más vulnerable está compuesto por personas de origen indio, entre quienes la desnutrición global es de 10%, mientras que en el resto de la población asciende sólo al 4%. En el caso de la desnutrición crónica, no se observan diferencias (3,5% y 3,6%, respectivamente).

B. Avances en el cumplimiento de las metas para la reducción de la pobreza y el hambre

Los objetivos de desarrollo del Milenio definen dos metas para el año 2015: i) reducir a la mitad el porcentaje de personas que vivía en pobreza extrema en 1990 y disminuir en un 50% la incidencia de hambre del año 1990 (según los indicadores de subnutrición y desnutrición global).

a) Avances en la reducción de la pobreza extrema

Hacia el año 2000, el progreso en la reducción de la pobreza extrema en América Latina era de un 40%, valor equivalente a la fracción de tiempo transcurrido (entre 1990 y 2015), lo que reflejaba un ritmo adecuado para la consecución de esta meta, si el proceso de avance fuese lineal.¹¹ Sin embargo, al iniciarse el nuevo milenio se produjo un retroceso económico y social en la mayoría de los países, con el consiguiente incremento de la pobreza extrema, lo que se tradujo en el año 2004 en que el porcentaje de avance se situara en torno a 34%, pese a que ha transcurrido más de la mitad (56%) del tiempo previsto para el logro de dicha meta.

En cuanto a los países del Caribe anglófono, los datos disponibles indican que, al menos en Guyana y Jamaica, la pobreza¹² se redujo notablemente en la década de los noventa, de 43% en 1993 a 35% en 1999 en el primer caso, y de 28% en 1990 a 17% en 2001 en el segundo. Por consiguiente, es posible deducir que de mantenerse estos ritmos en ambos países se alcanzará la meta¹³. No existen datos comparables para otros países, por lo que resulta imposible hacer una estimación confiable sobre el grado de avance en el logro de esta meta.

b) Avances en la reducción de la subnutrición

La región de América Latina y el Caribe muestra un avance concordante (44%) con el tiempo transcurrido al año 2002. Sin embargo, al igual que en el progreso alcanzado en la

⁹ Encuestas de demografía y salud Colombia (2000), Guatemala (1995 y 1998) y Haití (2000).

¹⁰ Encuestas a base de indicadores múltiples Guyana (2000), República Dominicana (2000), Suriname (1999-2000) y Trinidad y Tabago (2000).

¹¹ La meta para América Latina y el Caribe consiste en reducir la pobreza extrema de 22,5% (observada en 1990) a 11,25% para el año 2015. Así, transcurridos 10 años (1990-2000) se observó una reducción de la pobreza extrema de 4,4 puntos porcentuales y se espera una disminución equivalente a 4,5 puntos porcentuales. Para mayor información, véase CEPAL, 2003.

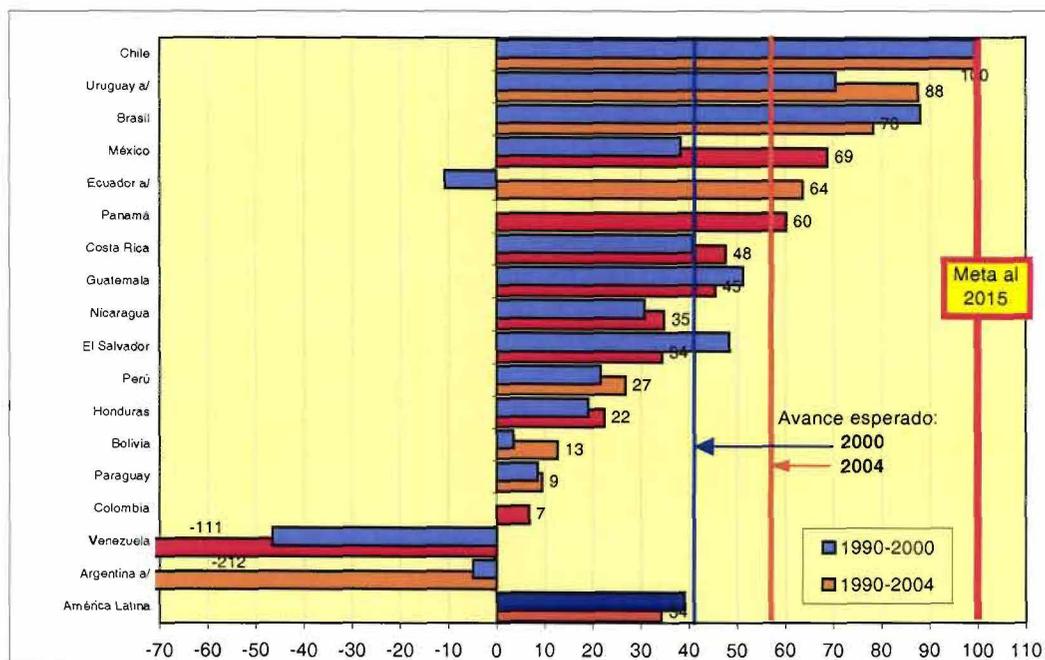
¹² En este caso se han utilizado datos sobre la variación de la pobreza (en general) y no de la pobreza extrema como variable sustitutiva del proceso.

¹³ De acuerdo con el informe nacional de Guyana sobre los objetivos de desarrollo del Milenio es posible lograr la meta si el crecimiento económico alcanza un promedio de 5% a 6% anual (Guyana/ Naciones Unidas, 2003).

reducción de la pobreza extrema, la evolución ha sido heterogénea, como en el caso de los países continentales de la AEC donde se observa un retroceso de 20%.

Gráfico I.6

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA, 2000-2002
(En porcentajes)



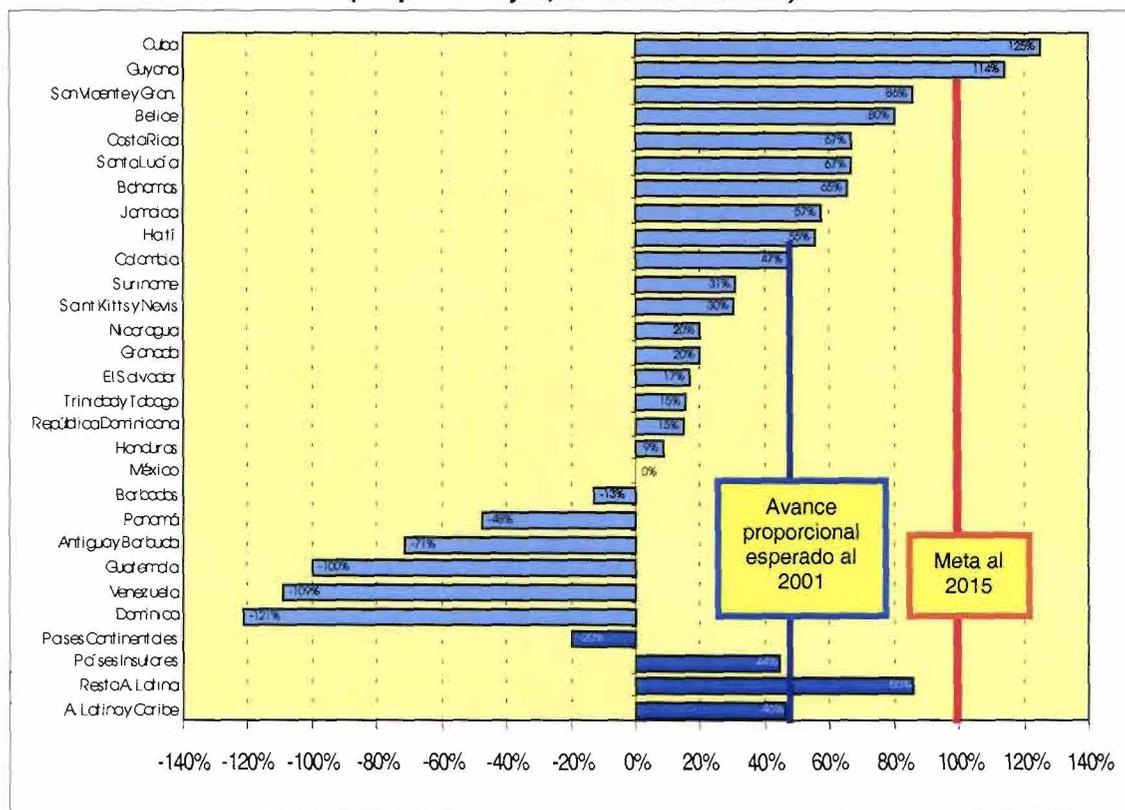
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de las Encuestas de Hogares de cada país.
a/ Sector urbano

Hasta la fecha, pocos son los países que muestran avances iguales o superiores a lo esperado. Entre estos cabe mencionar a Cuba, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Belice, Costa Rica, Santa Lucía y Bahamas. En el otro extremo, con un marcado retroceso, se encuentran Dominica, Venezuela, Guatemala, Antigua y Barbuda, Panamá y Barbados.

Finalmente, el resto de los países registra un avance insuficiente, incluso nulo. De no producirse cambios estructurales en sus sistemas productivos y de comercialización, junto con una significativa disminución de la desigualdad en el acceso a los alimentos, es muy poco probable que logren alcanzar la meta de reducir la subnutrición.

Gráfico I.7

MIEMBROS DE LA AEC (25 PAÍSES): AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META PARA LA REDUCCIÓN DE LA SUBNUTRICIÓN
(En porcentajes, alrededor de 2001)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Hojas de balance

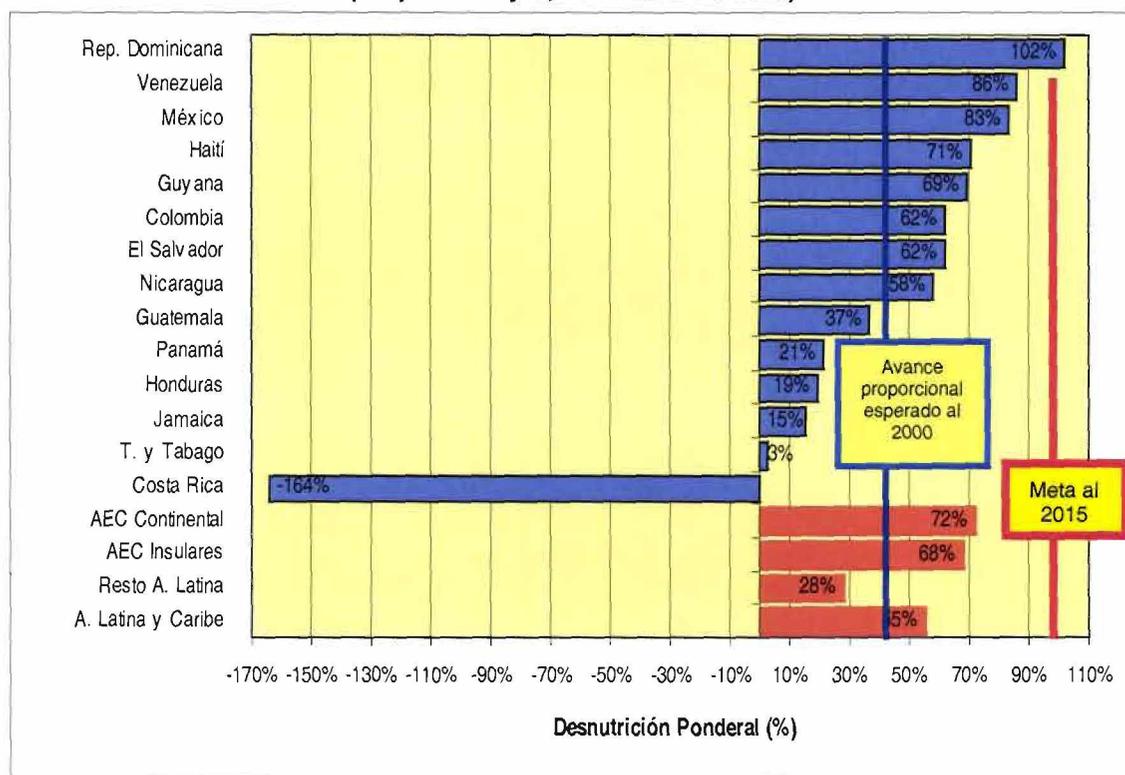
c) Avances en la reducción de la desnutrición

Aun cuando la situación es más alentadora, los logros alcanzados en la reducción de la desnutrición global presentan una heterogeneidad similar a los de la subnutrición. En conjunto, los países de la AEC muestran un avance proporcionalmente superior al esperado para el tiempo transcurrido. Sin embargo, si bien algunos países ya alcanzaron la meta, otros han avanzado poco o incluso han retrocedido. Así, la situación más preocupante se observa en Costa Rica, donde se registra un marcado retroceso, pero el problema no es tan grave si se considera su baja prevalencia. También es preocupante la situación de Trinidad y Tabago, Jamaica, Honduras, Panamá y Guatemala, países que registran un avance insuficiente hasta la fecha y que probablemente no cumplirán la meta salvo que refuercen sus programas alimentarios y de salud materno infantil.

En los demás países, cuyos datos están disponibles, se observan progresos superiores a la proporción de tiempo transcurrido. Entre estos, cabe destacar a República Dominicana, la República Bolivariana de Venezuela y México, que en el año 2000 ya habían cumplido o estaban cerca de alcanzar la meta esperada para el 2015. En consecuencia, salvo que se produzcan importantes deterioros económicos o catástrofes naturales, es probable que durante la próxima década mantengan dicho logro.

Gráfico I.8

MIEMBROS DE LA AEC (14 PAÍSES): AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN GLOBAL
(En porcentajes, alrededor de 2000)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Banco Mundial; Naciones Unidas; Encuestas de demografía y salud (EDS); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Encuestas a base de indicadores múltiples (MICS); Comité permanente de nutrición de las Naciones Unidas (SCN).

Algunos datos clínicos recopilados por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (Henry, 2005) reflejan avances significativos en Antigua y Barbuda, Belice y San Kitts y Nevis, los que permitirían inferir que lograrán la meta esperada para el 2015. Por su parte, Dominica tendría avances, pero inferiores al equivalente de tiempo transcurrido. En cambio, los datos para San Vicente y las Granadinas y Granada muestran un retroceso, lo que dificulta la consecución de la meta en los diez años que restan.

II. El costo del hambre y la desnutrición

Resolver la paradoja del problema del hambre, en un continente cuya oferta alimentaria más que triplica los requerimientos mínimos de su población es ante todo un imperativo ético, pues viola un derecho universal inalienable.

La desnutrición es la consecuencia más directa del hambre en las personas y, como tal, se convierte en el canal a partir del cual se desarrolla una serie de efectos negativos que abarcan distintas dimensiones, entre las que destacan los impactos en la salud, la educación y la productividad. Por lo tanto, constituye uno de los principales mecanismos de transmisión

intergeneracional de la extrema pobreza y la desigualdad. Algunos de estos efectos se presentan concomitantemente con la desnutrición y otros a lo largo de la vida de las personas, incluido un aumento en la probabilidad de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido en las primeras etapas del ciclo de vida.

Dados sus efectos negativos, que aumentan de manera significativa los costos públicos y privados (directos e indirectos), debido a su impacto en el consumo, la producción y el crecimiento económico, resolver este problema implica una estrategia económicamente racional. Por lo tanto, su mitigación conlleva un aumento importante de beneficios privados y sociales. Según la FAO, estos costos directos podrían representar unos 30 mil millones de dólares al año a nivel global (FAO, 2004).

Entre los principales efectos y costos asociados cabe mencionar los siguientes:

a) Salud

La desnutrición aumenta la vulnerabilidad de las personas a distintas enfermedades y afecta su sobrevivencia. Las altas tasas de mortalidad y morbilidad traen consigo un incremento directamente proporcional tanto en los costos privados como públicos. Entre estos destacan los siguientes: los gastos privados por concepto de atención y tratamiento; la mayor demanda generada en el sistema público de salud (atenciones médicas, tratamientos, infraestructura, insumos y medicamentos); y los costos alternativos en dedicación de tiempo y la pérdida de capital humano, con sus consecuentes resultados en la productividad e ingresos individuales.

Entre los *efectos sobre la mortalidad*, los problemas de desnutrición durante la gestación tienen como consecuencia directa un mayor riesgo de nacer con bajo peso, lo que redundaría en un aumento de la probabilidad de muerte perinatal. Así, el riesgo de muerte neonatal de niños que nacen con un peso entre 2.000 y 2.499 gramos es cuatro veces mayor al de los que pesan 2.500 a 2.999 gramos y de diez a catorce veces superior a los niños de 3.000 a 3.499 gramos.

En varios países de la cuenca del Caribe, particularmente entre grupos indígenas de zonas rurales, en muchos casos la juventud de la madre gestante aún refleja las consecuencias de su propia desnutrición, que al combinarse con el mayor consumo de energía derivado del embarazo y parto, deriva en algunos casos en su propia muerte. Así, entre las embarazadas, las muertes asociadas a anemia (por falta de hierro) alcanzarían a 20% del total (Ross y Thomas, 1996; Brabin, Hakimi y Pelletier, 2001).

De acuerdo con diversos estudios la desnutrición explicaría entre el 50% y 60% de la mortalidad. Según la OMS, contribuye a un 60% de las muertes (3,4 millones). Por su parte, meta-análisis de 10 estudios longitudinales realizados en niños menores de 5 años indican que un 53% de las muertes son atribuibles (directa o indirectamente) a este flagelo. A esto se suma el hecho de que la desnutrición crónica –la de mayor prevalencia en América Latina– aumenta la letalidad de muchas enfermedades infecciosas propias del mundo subdesarrollado.

Por otro lado, el déficit de micronutrientes también tiene efectos importantes. De acuerdo con dichos estudios longitudinales el riesgo de morir por diarrea, malaria o sarampión aumenta entre 20% y 24% entre los niños con deficiencia de vitamina A.

Aislando momentáneamente el evidente costo emocional para las familias de los menores que mueren por problemas asociados a la desnutrición y el problema ético involucrado, desde el punto de vista productivo, su efecto letal durante los primeros años de vida aparece como responsable de una importante proporción de la pérdida de capital humano, con la consecuente merma de capacidad productiva y un incremento de los costos económicos para el conjunto de la sociedad.

Con respecto a los *efectos en la morbilidad*, diversos estudios longitudinales muestran que 61% de los casos de diarrea, 57% de los de malaria, 53% de los de neumonía y 45% de los de

sarampión se atribuyen al bajo peso. Por consiguiente, parece plausible la hipótesis de que si se trabaja preventivamente, se ahorraría aproximadamente la mitad de los costos que enfrenta el sistema de salud al hacerse cargo de dichas enfermedades.

Dichas asociaciones no son unidireccionales. Así como la desnutrición es un factor importante en la aparición de dichas patologías, éstas se convierten en un elemento retroalimentador de la misma desnutrición, lo que genera un círculo vicioso.

En el largo plazo, la desnutrición en períodos críticos del desarrollo incrementa significativamente el riesgo de desarrollar en la edad adulta enfermedades crónicas transmisibles, como la tuberculosis, y no transmisibles, como la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes no insulino dependiente, entre otras. Por ejemplo, la enfermedad coronaria, la diabetes tipo 2, los accidentes cerebro-vasculares y la hipertensión se originarían en respuesta a la desnutrición fetal e infantil (Barker, 2004).

En cuanto a la anemia por falta de hierro, el micronutriente más deficitario en la población de los países del Caribe, se calcula que 50% de las mujeres en edad fértil y 60% de las embarazadas son anémicas. Esta deficiencia que se puede mantener a lo largo de la vida fértil, y que como se indicó más arriba puede tener consecuencias fatales, es reversible con una alimentación que aporte la cantidad necesaria de hierro, cuyo costo es relativamente bajo, si se considera su efectividad. En Chile, por ejemplo, al fortificar la leche en polvo con varios microminerales, incluido el hierro, se logró disminuir la incidencia de anemia en aproximadamente un 80% en menos de tres años.

En cuanto al desarrollo neurológico y psicomotor, la desnutrición tiene efectos directos en los primeros años de vida, particularmente debido a la insuficiencia de micronutrientes como el hierro y el zinc, o en el período neonatal en que es fundamental el aporte de ácido fólico. Con respecto a este último, la experiencia de Chile demuestra que la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico (2,2 mg/kg de harina) –cuyo objetivo era alcanzar una ingesta media de 400 microgr/día en mujeres en edad reproductiva, lo que se logró en el 48% de la población estudiada– habría generado una disminución de 40% en la incidencia de malformaciones congénitas derivadas de enfermedades del tubo neural (ETN), de los recién nacidos, entre los bienios 1999-2000 y 2001-2002, a un costo aproximado de 0,23 dólares por tonelada de harina.

Al analizar los efectos económicos de las relaciones antes indicadas, es posible afirmar que la mayor probabilidad resultante del perfil epidemiológico de las personas desnutridas aumenta proporcionalmente los costos en el sector de la salud. A estos se suman los costos que asumen las personas y sus familiares producto del tiempo y calidad de vida perdidos a raíz de estas enfermedades y la mortalidad. En el caso de los Estados Unidos, se ha estimado un incremento de los costos equivalente a 263 millones de dólares en 1995, sólo como resultado del porcentaje de niños con bajo peso al nacer producto del consumo de tabaco entre las madres. Si este consumo representa entre 17% y 26% del total de niños con este déficit (Lightwood, Phibbs y Glantz, 1999), dicho costo incremental ascendería a los mil millones de dólares para el total de niños con bajo peso al nacer.

En los países subdesarrollados podría pensarse que los costos son menores ya que se atienden menos casos debido al déficit de cobertura del sistema, lo que implica que gran parte de los problemas de morbilidad no sean atendidos y se traduzcan directamente en mortalidad. En estricto rigor, si se analizan los costos privados y públicos derivados de los años de vida perdidos (menor esperanza de vida de la población por mortalidad materna, perinatal e infantil y menor productividad), que no se ven reflejados en las partidas presupuestarias del sector pero que sí deben ser contabilizados al hacer un análisis económico, se observa que el costo es incluso mayor.

b) Educación

Al igual que en la salud, la relación entre desnutrición y menor resultado educativo depende del grado de intensidad de la desnutrición y son dos los procesos que se presentan:

- El primero es el resultado de los problemas de desarrollo neurológico, y se inicia entre la etapa gestacional y los 24 meses de vida.
- El segundo deriva directamente del déficit alimentario, que afecta la capacidad de concentración en la sala de clases y limita el aprendizaje. Este es concomitante con la etapa preescolar y escolar y puede no necesariamente requerir un daño nutricional previo, sino sólo ser el reflejo de una baja ingesta de alimentos en la misma etapa.

El hecho de que los niños y niñas desnutridos tienen una mayor probabilidad de contraer enfermedades hace que estos se incorporen tardíamente al sistema educativo y registren un mayor ausentismo escolar, con lo cual aumenta la probabilidad de repetición de cursos y deserción.

El déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje. A modo de ejemplo, utilizando datos del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) sobre habitantes guatemaltecos de áreas rurales, fue posible demostrar que el hecho de haber recibido un suplemento nutricional entre los 6 y 24 meses de edad tuvo un efecto positivo significativo en el desempeño escolar.

Por el momento no se cuenta con estimaciones confiables para la región, pero los efectos económicos son evidentes. La menor capacidad de atención y aprendizaje incrementa los costos públicos del sector, dado que es necesario incorporar actividades de apoyo psicopedagógico y reforzamiento escolar. La repetencia de uno o más años aumenta en cantidad equivalente la demanda a ser cubierta por el sistema educativo, con los consecuentes costos adicionales en infraestructura, equipamiento, recursos humanos e insumos educativos. Por su parte, el rezago escolar (por ingreso tardío o derivado de la repetición) aumenta dichos costos, dado que al ampliar la heterogeneidad etaria en cada nivel educativo, se presentan más dificultades en el proceso educativo, ya sea para diseñar una oferta especial o compatibilizar los intereses y las capacidades de las distintas edades.

A los costos que debe asumir el sistema educativo, se suman los costos privados (del estudiante y su familia) derivados de la mayor cantidad de insumos, los reforzamientos educativos externos y el mayor tiempo dedicado a solucionar o mitigar el menor rendimiento.

En el caso de Chile, por ejemplo, el costo mínimo de tener a un niño en una escuela del sistema público bordea los mil dólares al año, de los cuales la distribución de una ración alimenticia, equivalente a un tercio de los requerimientos energéticos diarios (750 kcal), representa un 13% (0,6 dólares por ración al día).

c) Productividad

Además de las asociaciones indirectas que generan los efectos en la salud y educación, el estado nutricional se relaciona directamente con la productividad.

Diversos estudios sobre la asociación entre hambre, desnutrición y productividad revelan suficiente evidencia que vincula la capacidad de trabajo físico de una persona con su nivel de absorción de oxígeno, su estado nutricional –medido según el índice de masa corporal (IMC)– y su estatura. En este proceso, la ingesta de hierro también tendría un papel importante en la determinación de la anemia y en la concentración de hemoglobina en la sangre, lo que representaría un 17% de pérdida de productividad en los trabajos manuales intensivos. En Colombia por ejemplo se detectó que entre los cosechadores de caña de azúcar, el peso y la estatura son determinantes significativos de la productividad. Por su parte, entre los cosechadores

de caña de azúcar y café de Guatemala, la altura de los adultos tendría un impacto positivo en la productividad. Otros estudios de la región revelan que entre la población urbana de Brasil, el IMC y la estatura adulta tienen un impacto positivo en los ingresos de mercado (relación de 1 a 2,2) (FAO, 2003).

Como resultado de las pérdidas de productividad, cabe analizar también la pérdida de crecimiento económico, con una mirada a nivel de cada país y del conjunto de la región, el que podría estar limitándose en su nivel de PIB potencial o en su tasa de crecimiento anual. Si bien no se refieren a la región, los datos proporcionados por Horton (1999) indican que en Bangladesh, India y Pakistán la pérdida de productividad entre adultos ocasionada por problemas de baja talla y deficiencias de hierro y yodo equivale a entre 2% y 4% del producto interno bruto (PIB) anual.

III. Políticas y programas alimentarios

El objetivo de la política alimentaria es contribuir a superar la inseguridad alimentaria de la población. Es decir, asegurar que todas las personas tengan, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos –inocuos y nutritivos– para satisfacer sus necesidades nutricionales y preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana.

Para lograr dicho objetivo, los países de la región han aplicado distintas estrategias de intervención, que abarcan desde el ámbito de la producción y la comercialización de los alimentos hasta los programas de ayuda para situaciones de emergencia. Sin embargo, al procurar identificar políticas específicas de protección de la seguridad alimentaria y la nutrición, los datos recopilados en los países muestran una variabilidad importante, que podría obedecer en parte a las diferencias que presenta el problema en los países. Por un lado, la mayoría de los 11 países hispanohablantes de la cuenca del Caribe cuentan con una instancia política especializada a nivel central y en prácticamente todos ellos existe una política nacional. Cabe destacar que al menos tres de ellos (Costa Rica, Guatemala y Nicaragua) tienen cierta seguridad jurídica, pues disponen de leyes o proyectos de ley sobre el tema. Esto resulta positivo en términos del nivel de importancia política y de seguridad jurídica, pero “aún cuando la mayoría de las políticas y planes han sido concebidos tomando en cuenta la disponibilidad, el acceso, el consumo y la utilización biológica de los alimentos, existe un énfasis en la utilización biológica y el consumo.” Además “las interrelaciones de coordinación en la práctica en muchos de los casos no tienen la coherencia necesaria, particularmente con las políticas productivas y de acceso, por lo tanto es necesario considerar las políticas macroeconómicas, la globalización, el comercio interregional y los procesos de modernización y descentralización del estado, para que los planes tengan una concepción más realista y sean políticamente viables y técnica y económicamente factibles” (INCAP, 2003).

En el caso de los 14 países del Caribe (anglófonos y francófonos), las orientaciones de la política alimentaria aparecen más bien subsumidas al interior de políticas antipobreza, que incluyen la atención de grupos vulnerables (niños, mujeres y habitantes de zonas rurales) y la protección de los derechos de la salud, la educación y la nutrición. Entre estos países, Bahamas, Belice, Guyana y Trinidad y Tabago se destacan por ser los únicos donde es posible identificar políticas nutricionales o planes nacionales específicos, orientados principalmente a solucionar los problemas relacionados con el déficit de micronutrientes. Esto es comprensible dado que en dichos países el problema se centra más bien en estos aspectos que en la desnutrición global o crónica.

En cuanto a los programas alimentarios existentes en los países, éstos se centran en la transferencia tecnológica para el mejoramiento de la producción (en volumen y calidad), la

alimentación escolar, la promoción de la salud materno infantil (con promoción de la lactancia materna), el fortalecimiento de alimentos con micronutrientes (fundamentalmente hierro, yodo y vitamina A), la recuperación de casos críticos y la mitigación de la vulnerabilidad alimentaria ante desastres naturales y conflictos sociales.

Los programas de alimentación escolar tienen una presencia universal entre los países de la AEC. Igual cosa sucede con la atención y apoyo nutricional de las mujeres embarazadas y los infantes en el sistema de salud. Sin embargo, el grado de independencia o autonomía nacional es variable. En el caso del Caribe anglófono, se observa un mayor ejercicio de responsabilidad nacional en cuanto a asumir política y financieramente dicha tarea.

Los programas orientados al mejoramiento de la productividad y calidad de los alimentos están presentes en toda la subregión, los que cuentan con un apoyo importante de laFAO y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).

Recientemente han surgido programas integrales antipobreza, como los desarrollados en México con el Programa Oportunidades, la Red de Protección Social de Nicaragua, el Programa de Asignación Familiar (PRAF) de Honduras y el Programa Familias de Colombia. En dichos casos se implementan sistemas de transferencias condicionadas a las familias a fin de que a cambio de bonos en dinero o alimentos, se materialice la participación de las familias y sus hijos en los programas de salud y educación, estructurando redes de seguridad social. Las evaluaciones realizadas hasta ahora revelan impactos positivos en las distintas dimensiones. Por ejemplo, en el caso del Programa Oportunidades, la evaluación realizada por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) detectó aumentos de estatura de hasta 16% entre niños de 12 a 36 meses y una disminución de 12% en la incidencia de enfermedades (Skoufias, 2000).

En los países miembros de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS), existe un número cada vez mayor de redes de seguridad social orientadas a los grupos más vulnerables. La prestación de estos servicios desempeña un papel muy importante en el alivio de la pobreza y en la provisión de condiciones básicas de vida. Sin embargo, dado que se basan en el sistema contributivo de pensiones que opera sobre la base de la economía formal, se generan limitaciones a la participación de los más necesitados, pues en su mayoría son trabajadores rurales independientes (CDCC, 2004, p. 4).

En cuanto a la prevención y mitigación de la vulnerabilidad alimentaria ocasionada por desastres naturales y conflictos sociales, la subregión tiene una amplia experiencia, en la que destacan la creación de instancias nacionales y subregionales como el Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), el Organismo para situaciones de emergencia y casos de desastre en el Caribe (CDERA) y el Centro de Coordinación para la Prevención de Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC), así como el apoyo prestado por los fondos de inversión social (FIS) y de reconstrucción para la paz de cada país para la aplicación de las estrategias de seguridad alimentaria.

La cooperación internacional tiene un papel importante en la implementación de los programas antes mencionados, particularmente en los países de habla hispana. Así, en Centroamérica, el papel de las instituciones gubernamentales consiste en definir la política y diseñar los programas, labor que cuenta con el apoyo de los organismos internacionales (PMA, FAO, INCAP, UNICEF, SICA) y los países donantes. El financiamiento alimentario proviene en parte de los presupuestos nacionales, los bancos (BCIE, Banco Mundial y BID) y en una proporción significativa del aporte de los países y organismos donantes (principalmente el PMA y la USAID). En lo que se refiere a la implementación de tareas operacionales, se incorpora la gestión de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales.

De acuerdo con estimaciones de la FAO, el volumen de ayuda alimentaria internacional hacia los países de la AEC fue de 1.450.000 toneladas métricas entre los años 1990 y 2003,

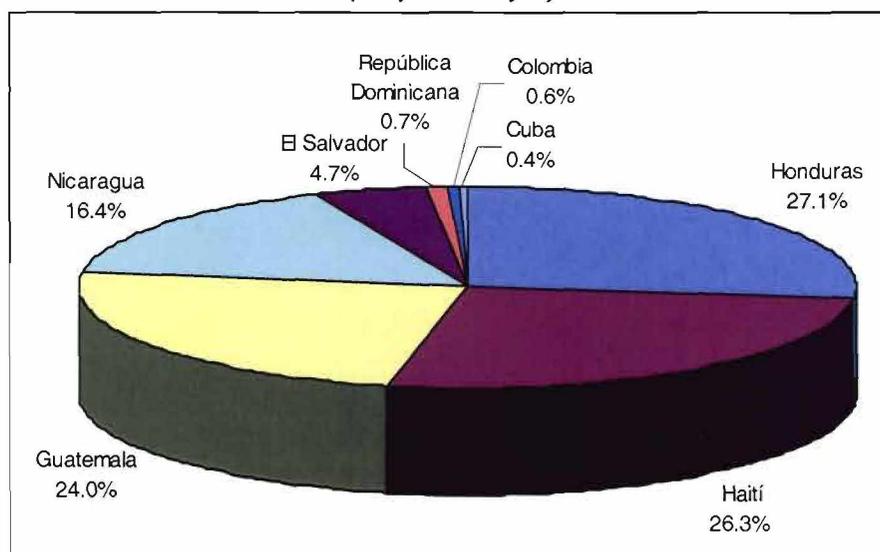
período en el que, al igual que en el resto de América Latina y el Caribe, se observó una fuerte disminución de la ayuda al pasar de 2,7 millones de toneladas en 1990 a 536 mil toneladas en 2003. De los envíos registrados en 2003, el 61% se destinó a los países miembros de la AEC (concentrada en cinco países, principalmente Honduras, Haití y Guatemala) y no se observaron cambios relevantes anteriormente (salvo por un incremento que alcanzó el 81% durante el desastre causado por el huracán Mitch y el 69% durante los terremotos del 2001 en El Salvador).

En los procesos de consecución de fondos y alimentos, así como en la detección de problemas, la priorización de los beneficiarios y la distribución de la ayuda, se requiere la coordinación de diversos ámbitos de gestión y la participación de muchas organizaciones. Entre los organismos regionales que colaboran con ayuda alimentaria entre los países de la cuenca del Caribe destacan el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –con su Iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud o Escuelas Saludables–, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) de la FAO, la Red de Cooperación Técnica en Sistemas de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), el Organismo para situaciones de emergencia y casos de desastre en el Caribe (CDERA), el Centro de Coordinación para la Prevención de Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC) y la propia Asociación de Estados del Caribe (AEC).

Este último elemento subraya la necesidad de mantener la asistencia internacional particularmente en los países más pobres. Sin embargo, se debe prestar especial atención a que dicha ayuda se integre en las políticas públicas en un proceso de generación de capacidades técnicas nacionales y locales que fomenten la autonomía de su gestión.

Gráfico III.1

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA ALIMENTARIA EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA AEC, 2003
(En porcentajes)



Fuente: FAO, Bases de datos estadísticos de la FAO (FAOSTAT) .

IV. Recomendaciones de política

Aun cuando entre los países que conforman la Asociación de Estados del Caribe existen diferencias significativas, en un estadio paradójico de suficiencia de alimentos e incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, el problema del hambre y la desnutrición persiste y en algunas regiones aumenta, fundamentalmente por causa de los problemas de acceso que generan las desigualdades (sociales, económicas y culturales) presentes en América Latina y el Caribe. En algunos casos éstas dificultan el logro del primer objetivo de desarrollo del Milenio (ODM) de reducir a la mitad, para el 2015, la proporción de personas que sufren pobreza extrema y hambre y hacen menos probable aún alcanzar otros compromisos internacionales que involucran mayores esfuerzos.

Como se señaló anteriormente, la relevancia de este problema no se limita al imperativo ético de hacer valer los derechos de los ciudadanos. El hambre y la desnutrición, además de tener efectos permanentes en el desarrollo físico y psicomotor de las personas, constituyen uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Por consiguiente, prevenir y mitigar sus consecuencias se traduce también en una disminución de los costos públicos y privados derivados de este flagelo (por su impacto en los sistemas de salud y educativo, el consumo, la producción y el crecimiento económico).

En este contexto, es evidente la necesidad de contar con políticas sociales orientadas a reducir la desnutrición y el hambre. Lo que importa es analizar los componentes sustantivos y las formas de gestión más adecuados para maximizar el impacto y la eficiencia de tales políticas.

En los últimos años, los encargados de la formulación de la política social han potenciado progresivamente la articulación intersectorial, a fin de hacer frente a los problemas sociales de una manera integral y participativa. Esta orientación se sustenta en una mirada sistémica que destaca la fuerte interacción existente entre distintas fuentes de vulnerabilidad (salud, nutrición, educación, vivienda, trabajo y medio ambiente). En conjunto, estas fuentes potencian el círculo vicioso de la pobreza y a su vez el impacto específico en cada una de ellas desencadena efectos positivos en las otras. Por lo tanto, al analizarlas y examinarlas conjuntamente es posible identificar un círculo virtuoso con importantes sinergias.

En la misma línea, las políticas y los programas de seguridad alimentaria y nutricional han incorporado cada vez más dicha mirada integradora, situando a la alimentación como un objetivo explícito, pero también como un medio para alcanzar otros logros. La inversión en tecnologías de producción, la capacitación, la fortificación de alimentos y el mejoramiento de los canales de distribución son fundamentales para mejorar el volumen y la calidad de los alimentos nutritivos, así como el acceso a los mismos. A su vez, la entrega de alimentos en los centros de salud y las escuelas constituye un incentivo efectivo para potenciar las acciones de dichos sectores, pues operan como sistemas de transferencias condicionadas que inducen a las madres a llevar a sus hijos a controles médicos y a estudiar (ingresar y permanecer en la escuela).

Una expresión clara de esta noción sistémica y de las sinergias que supone la intervención integrada se encuentra en los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, que presentan una fuerte interdependencia y donde la nutrición juega un papel fundamental. Además, estos objetivos consideran metas medidas tanto por la magnitud de las carencias, como por los compromisos a asumir por parte de los países para viabilizar su financiamiento, donde el hambre y la pobreza encabezan la lista.

Al analizar específicamente las políticas orientadas a reducir el hambre y la desnutrición, se observa una serie de recomendaciones promovidas por las organizaciones encargadas del seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en la región (CEPAL, FAO, OPS, PMA, PNUD, UNICEF y sus institutos especializados). Estas se asocian con las principales causas de

vulnerabilidad alimentaria (medioambientales, socioculturales, económicas y político-institucionales), así como con la capacidad de respuesta individual, colectiva e institucional de los países, proceso en el que la fase de transición demográfico-epidemiológico nutricional de cada país y cuya sintomatología varía según las distintas etapas del ciclo de vida en que se encuentra la población juega un papel importante.

Consecuentemente con lo anterior, los principales lineamientos de política orientados a lograr la seguridad alimentaria y erradicar el hambre y la desnutrición suponen la consideración de diversas áreas de vulnerabilidad. Entre los principales lineamientos cabe destacar los siguientes:

- ***Producción y acceso a los alimentos***

- a) Facilitar el acceso de las familias más vulnerables a activos productivos relacionados con la tierra, el equipamiento y el financiamiento. La desigual distribución de las tierras rurales, y particularmente de la producción agrícola y ganadera, hace que los campesinos pobres de América Latina y el Caribe habiten en zonas de difícil acceso, en tierras de baja productividad y sin seguridad jurídica respecto de la propiedad.
- b) Fomentar el mejoramiento de los suelos, el manejo adecuado del agua, el almacenamiento y las actividades de extensión que profundicen la capacidad asociativa y de industrialización de los procesos, a fin de aumentar la productividad y diversificación de la producción, especialmente en la agricultura de subsistencia. Para ello es necesario contar con modelos adecuados de ordenamiento territorial que permitan optimizar los recursos a través de la promoción de cultivos según las características medioambientales de cada sector. Los países continentales e isleños que componen la Cuenca del Caribe sufren recurrentemente los embates de la naturaleza, como la sequía y las inundaciones, en zonas de producción relativamente pequeñas, por lo que abordar los puntos antes mencionados resulta particularmente relevante para mantener la estabilidad en la oferta alimentaria.
- c) Promover y mejorar las prácticas alimentarias basadas en productos originarios y tradicionales, con alto contenido calórico-proteico y bajos en grasas, como legumbres, verduras, frutas y pescados. Este aspecto supone considerar la diversidad cultural y étnica, tanto en la implementación de políticas y programas de distribución de alimentos como en la comercialización de los productos en el mercado.

- ***Infraestructura***

- d) Invertir en escuelas y servicios de salud, con el objeto de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la oferta, lo que permite alcanzar mayores niveles de escolaridad, asistencia alimentaria y acceso a la salud.
- e) Invertir en agua potable y saneamiento en zonas marginales, a fin de disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades asociadas a la desnutrición.
- f) Invertir en infraestructura de riego, para aumentar la capacidad productiva de las zonas de secano (especialmente durante la sequía estacional o canícula).
- g) Habilitar vías de acceso que faciliten la comercialización de productos locales y la distribución de alimentos en situaciones de emergencia.

- ***Comercio***

- h) Promover mayores avances en los acuerdos comerciales relacionados con productos alimenticios, particularmente sobre el efecto de los subsidios y otros mecanismos de protección de los países desarrollados, que pese a facilitar el acceso para algunos grupos

poblacionales, limitan la competitividad de los pequeños y micro productores rurales de los países de la región (normalmente más vulnerables), así como la autonomía de la oferta alimentaria.

- i) Impulsar fórmulas que eviten la exclusión de los pequeños productores en los modernos procesos de producción y comercialización de alimentos, procurando reducir el número de eslabones de las cadenas de distribución, regulando algunas prácticas contractuales derivadas del carácter monopsonico de las cadenas de supermercados, así como las fusiones y adquisiciones empresariales que reducen la competencia.

- ***Inocuidad y calidad de los alimentos***

- j) Potenciar los sistemas de control sanitario para proteger la inocuidad de los alimentos, a fin de controlar las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) originadas en las distintas fases de producción y distribución. Esto obliga a contar con protocolos de elaboración y manipulación de alimentos reales y efectivos y fomentar la implementación de sistemas de control que garanticen la inocuidad de los productos consumidos por la población. Un problema generalizado en la región es el expendio de productos en la vía pública que no cuentan con cadenas de frío ni control sanitario.
- k) Mantener y mejorar los programas de fortalecimiento nutricional con micronutrientes, que han probado ser altamente costo-efectivos, dado su impacto en la disminución de los efectos en salud, aprendizaje y productividad, a bajo costo. Particularmente relevante es el caso del hierro, que se mantiene como el micronutriente más deficitario en el Caribe y constituye la causa más común de anemia, lo que lo lleva a ser considerado un problema de salud pública importante.
- l) Mejorar la calidad de los productos e invertir en nuevas tecnologías, capacitación e higiene, particularmente en lo que se refiere a la manipulación de alimentos en el comercio y al interior de los hogares.

- ***Asistencia alimentaria***

- m) Proporcionar un suplemento alimentario a las mujeres embarazadas, nodrizas, lactantes y preescolares, y promover la lactancia materna (exclusiva hasta los 6 meses de vida). La seguridad alimentaria en las primeras etapas del ciclo de vida es fundamental para frenar la reproducción del problema alimentario-nutricional y sus consecuencias, por lo que independientemente de los esfuerzos ya existentes, se deben mantener y fomentar los programas focalizados en dichos grupos (mujeres embarazadas, menores en gestación y menores de 3 años). Esto debiera formar parte integral del sistema de salud en sus componentes de apoyo reproductivo y de control de embarazo, de niño sano y de enfermedades infectocontagiosas, donde también es importante controlar el incremento concomitante del sobrepeso y la obesidad infantil y materna, problemas crecientes en la región a medida que los países avanzan en su transición epidemiológica y nutricional.
- n) Proporcionar alimentación escolar para asegurar el acceso a los requerimientos alimentarios mínimos y para fortalecer las sinergias con los procesos de aprendizaje. Un niño con hambre no sólo corre el riesgo de desnutrirse y sufrir consecuencias en la salud, sino también de limitar sus capacidades de atención y aprendizaje en la escuela.
- o) Distribuir dinero y/o alimentos a las poblaciones en situación de extrema pobreza, como contraprestación por asistencia a otros servicios públicos (por ejemplo, atención primaria de salud, escuela, subsidios y otros), por trabajos comunitarios, capacitación y alfabetización. Esto se inspira en la idea de generar sinergias entre los distintos programas sociales, según la ya referida visión sistémica, plasmada en los programas de los distintos países de la región y que hasta la fecha han sido evaluados positivamente.

p) Crear y/o mejorar sistemas de protección alimentaria de emergencia ante desastres naturales y conflictos sociales. La región cuenta con redes de apoyo importantes como el CEPREDENAC y el Centro de Prevención de Huracanes, además de las instituciones nacionales. Sin embargo, la crudeza de este tipo de acontecimientos hace pensar en la necesidad de ampliar su cobertura y seguir desarrollando iniciativas para el mejoramiento de los sistemas de acopio y distribución de alimentos para las poblaciones más vulnerables y marginadas.

- ***Información y conocimiento sobre nutrición y salud***

q) Ampliar la cobertura de las campañas comunicacionales y los programas educativos orientados a la promoción de la alimentación saludable, focalizadas en los grupos más vulnerables, a fin de promover dietas balanceadas y buenas prácticas de manipulación y conservación de los alimentos. La escuela y los centros de atención primaria de salud, junto con los medios de comunicación de masas –en especial la radio–, constituyen canales de gran utilidad para estos fines.

Para que estas propuestas logren tener los impactos esperados, se deben cumplir los siguientes requerimientos estratégicos:

En primer lugar, la erradicación del hambre debe formar parte central de la agenda pública y tener un financiamiento asegurado. Para ello, es fundamental que los países cuenten con un marco jurídico que provea estabilidad y que las políticas y los planes de gobierno pasen a ser políticas de Estado. Tal continuidad y estabilidad en las políticas no son frecuentes en la subregión, lo que las hace en gran medida dependientes de la ayuda internacional para enfrentar este flagelo. De allí que cumplir con dicha condición debiera asumir un carácter imperativo en los países.

En segundo lugar, la integralidad de las políticas es un factor central en el grado de logro de las propuestas indicadas. Los logros en la reducción de la extrema pobreza y desnutrición, particularmente en el caso de la desnutrición crónica, requieren años de trabajo en diversas dimensiones. El Programa “Oportunidades” de México, la Red de Protección Social de Nicaragua, el Programa de Asignación Familiar (PRAF) de Honduras y el Plan Alimentario Nacional de Panamá (PAN), de reciente creación, son algunos ejemplos nacionales que incluyen esta visión integral en la subregión. Sin embargo, para que ello dé frutos realmente importantes, es preciso que la integralidad se traduzca en una adecuada articulación interinstitucional de los sectores involucrados, así como de las agencias internacionales y las otras instituciones participantes.

Para facilitar lo anterior es importante potenciar las instancias de cooperación regional como las promovidas en Centroamérica por el SICA y el INCAP, que procuran mejorar la gestión de los recursos materiales y técnicos en las intervenciones orientadas a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, afianzando los compromisos nacionales y agrupando los esfuerzos de varios países.

Otra característica de las políticas sociales modernas, y en particular de la alimentaria, son los principios de participación y focalización de los recursos. El primero, en el entendido de que parte de la integralidad supone involucrar a la población, no sólo como receptores sino como actores en la identificación de los problemas y en el diseño e implementación de las políticas, de manera que las soluciones se adapten a sus especificidades socioculturales y ambientales. Esto es particularmente relevante en los países con alta diversidad cultural y étnica como los que integran la AEC. El segundo, como un medio para alcanzar la universalidad de la seguridad alimentaria, lo que supone orientar los esfuerzos hacia los más vulnerables, es decir, aquellos que no sólo viven en condiciones de mayor riesgo (por amenazas del medio ambiente humano y natural), sino que

además tienen menos capacidad de respuesta individual o colectiva (con menor capital privado y social).

En este contexto es fundamental considerar la dimensión de género. Las mujeres son las que desarrollan estrategias cotidianas para poder alimentar a sus familias, predominan en los empleos rurales no agrícolas, migran a las ciudades y envían remesas a sus hogares y están teniendo un mayor acceso al empleo asalariado. Dicho reconocimiento se traduce en que hoy desempeñan un papel importante como agentes facilitadores en la implementación de varios programas integrales de nutrición, salud y educación en la región, como el Programa Oportunidades de México y el Programa Familias de Colombia.

Otro elemento esencial en la implementación de cualquier política social y alimentaria es la información, tanto respecto de los problemas existentes y su evolución como de la gestión realizada en cada país. En general, en América Latina y el Caribe aun falta mucho para contar con sistemas confiables, homogéneos y con metodologías comparables, lo que dificulta la calidad de los diagnósticos y la evaluación de los resultados.

A su vez, la evaluación y el monitoreo constituyen pilares fundamentales para llevar adelante una adecuada gestión de los programas alimentarios. El hecho de que los impactos sean menores a los esperados y se mantengan las inequidades, se debe en parte a los problemas de gestión y probidad. En ello son clave los sistemas de información con indicadores de procesos e impactos, lo que ratifica la necesidad de proseguir con la implementación periódica de encuestas de demografía y salud articuladas con las encuestas de hogares.

En definitiva, el hambre, como una expresión de la vulnerabilidad social, y el alimento, como medio para mitigarla, junto con las desigualdades que se desprenden sistémicamente de las brechas alimentarias, constituyen hoy los ejes centrales de la política social, por lo que ameritan un tratamiento integral, con perspectiva de largo plazo y en un marco de seguridad jurídica.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), *Convención sobre los Derechos del Niño*, Nueva York, 20 de noviembre de 1989 [en línea] http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm
- Banco Mundial (2003-2004), *World Development Indicators Database* [en línea] <http://www.worldbank.org/data>
- ____ (2003a), *Online Data bases* [en línea] <http://www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html>
- ____ (2003b), *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?*, David Ferranti y otros (eds.), Washington, D.C.
- Barker, D.J.P. (2004), “The developmental origins of adult disease”, *Journal of the American College of Nutrition*, N° 23.
- Basta, S. y otros (1979), “Iron deficiency anemia and the productivity of adult males in Indonesia”, *American Journal of Clinical Nutrition*, N° 32.
- Behrman, J., H. Alderman y J. Hoddinott (2004), *Hunger and Malnutrition*, Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunities, Washington, D.C.
- Blanco, A, S. Rodríguez y L. Cunningham (2003), “Anemias nutricionales en mujeres lactantes de Costa Rica”, *Archivos latinoamericanos de nutrición*, vol.53, N°1, Caracas.
- Brabin, B.J, M. Hakimi y D. Pelletier (2001), “An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality”, *Journal of Nutrition*, vol. 131.
- Bureau of Democracy, Human Rights, and Labour (1999), Country Reports on Human Rights Practices [en línea] <http://www.nationbynation.com/Antigua/Human.html>, Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- Castejon, H.V. y otros (2004), “Co-existence of anemia, vitamin A deficiency and growth retardation among children 24-84 months old in Maracaibo, Venezuela”, *Nutritional Neuroscience*, vol. 7, N° 2.
- CDCC (Comité de Desarrollo y Cooperación del Caribe) (2004), Challenges in the social sector confronting Caribbean SIDS (LC/CAR/L.4), St. Croix, abril.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2003* (LC/G.2224-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.04.II.G.1.
- ____ (2003), *Panorama social de América Latina, 2002-2003* (LC/G.2209-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.185.
- CEPAL/PMA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Programa Mundial de Alimentos) (2005), “Análisis del impacto social y económico del hambre en América Latina: informe de avance”, N° 2, Santiago de Chile, borrador.
- ____ (2004a), “Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá”, *serie Políticas sociales*, N° 88 (LC/L.2134-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.63.
- ____ (2004b), “Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú”, Santiago de Chile, inédito.
- CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) (2005), *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio – 2015*, Documento Conpes, N° 91, Bogotá, D.C., marzo.
- Costa Rica/Naciones Unidas (2004), *Objetivos de desarrollo del Milenio: informe sobre el avance del país en su cumplimiento*, San José, Consejo Social, Gobierno de la República de Costa Rica, diciembre.

- Downes, A. y D. Downes (2003), "The Millenium Development Goals in the Eastern Caribbean: A Progress Report" [en línea] <http://www.undp.org/rblac/mdg/EasternMDGCaribbean.pdf>.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) (2005), "Nutrition Country files"[en línea] <http://fao.org/es/ESN/nutrition/bah-e.stm>.
- _____(2004), *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo (SOFI)*, Roma.
- _____(2003), *Nutrition Intake and Economic Growth. Studies on the Cost of Hunger*, Roma.
- Guyana, Ministerio de Finanzas (2005), National Development Strategy Guyana [en línea] <http://www.guyana.org/NDS/NDS.htm>
- Guyana/Naciones Unidas (2003), *Report on Progress 2003 Towards the Achievement of the Millennium Development Goals: Guyana*, Georgetown.
- Haití/Naciones Unidas (2004), *Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement*, Puerto Príncipe, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Health Systems Trust (2005), "Iodine Deficiency" [en línea] <http://www.hst.org.za/healthstats/91>
- Henry, F. (2005), "Hunger and malnutrition in the Caribbean", documento presentado a la Consulta técnica "Desarrollo social equitativo a través de la superación del hambre y la desnutrición en los países de la AEC", Panamá, mayo.
- Horton, S. (2004), "The economic impact of micronutrient deficiencia in micronutrient deficiencies during the weaning period and the first years of life", *Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program*, vol. 54.
- Hunte, D. (2004), "Millenium Development Goals for Trinidad and Tobago", agosto, inédito.
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (2005), *La Iniciativa de Seguridad Alimentaria Nutricional en Centroamérica*, 2da edición <http://www.incapops.org.gt>.
- _____(2003), *Grado de avance de la iniciativa de seguridad alimentaria y nutricional en los países miembros del INCAP*, Ciudad de Guatemala, septiembre.
- Jamaica, Gobierno de (2004), *Millennium Development Goals: Jamaica*, Kingston, abril.
- Lí, R. y otros (1994), "Functional consequences of iron supplementation in iron-deficient female cottonmill workers in Beijing", *American Journal of Clinical Nutrition*, vol.59.
- Lightwood, James, Ciaran S. Phibbs y Stanton A. Glantz (1999), "Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight", *Pediatrics*, vol. 104, N° 6, diciembre.
- Lonnerdal, B. (2004), "Interactions between micronutrients: synergies and antagonisms. In Micronutrient deficiencies during the weaning period and the first years of life", *Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program*, vol. 54.
- Meeks Gardner, J. y otros (1998), "Zinc supplementation: effects on the growth and morbidity of undernourished Jamaican children", *European Journal Clinical Nutrition*, vol. 52, N°1.
- Monarrez-Espino, J. y otros (2004), "Nutritional status of indigenous children at boarding schools in Northern Mexico", *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 58, N° 3.
- Mooser, C. (1998), "The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies", *World Development*, vol. 26, N° 1.
- Nation by Nation (2005), "Human Rights" [en línea] <http://www.nationbynation.com>
- Nubé, M. (2001), "Confronting dietary energy supply with anthropometry in the assessment of undernutrition prevalence at the level of countries", *World Development*, vol. 29, N°7.
- Olivares, M. y otros (2000), "Fortificación de alimentos con hierro en Chile", *Revista chilena de nutrición*, N° 27.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *The World Health Report 2002*, Ginebra.

- Onis, M., E. Fronguilloo y M. Blössner (2001), ¿Está disminuyendo la malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980", *Boletín de la OMS. Recopilación de artículos*, N° 4, Washington. D.C.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2005), Country Health Profile, Health Situation Analysis and Trends Summary [en línea] http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_060.htm
- _____(2004), *Health Analysis and Information Systems Area. Regional Core Health Data Initiative*, Washington. D.C., Technical Health Information System.
- _____(2003), "Proposed Program Budget. Bahamas National priorities for PAHO Technical Cooperation" [en línea] <http://www.paho.org/french/gov/cd/BAH-e.pdf>
- Páez Valery, M.C. y otros (2002), «Indicadores de riesgo para la deficiencia de vitamina A en menores de 15 años de una comunidad marginal de Valencia, Venezuela», *Archivos latinoamericanos de nutrición*, vol.52, N° 1, marzo.
- Panamá/Naciones Unidas (2003), *Objetivos de desarrollo del Milenio: primer informe de Panamá*, enero.
- PMA (Programa Mundial de Alimentos) (2005), Executive Board documents [en línea] <http://www.wfp.org/~executiveboard>
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2004), *Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community*, Nueva York.
- _____(2001), *Regional Report on the Achievement of the Millennium Development Goals in the Caribbean Community*, Nueva York.
- Portillo-Castillo, Z.C., L. Solano y Z. Fajardo (2004), "Risk of macro and micronutrients deficiency in low income preschool children", *Investigación clínica*, vol. 45, N° 1, Valencia, República Bolivariana de Venezuela.
- Postma, M.J. y otros (2002), "Cost-effectiveness of periconceptional supplementation of folic acid", *Pharmacy World of Science*, N° 24.
- Pretell, E.A. y otros (1999), «Consenso sobre los desórdenes por deficiencia de yodo en Latinoamérica. Criterios de evaluación y monitoreo para su erradicación sostenida», *Revista cubana de endocrinología*, N° 10.
- Revista panamericana de salud pública*, vol. 6, N° 1.
- Roodenburg, A.J. y otros (2000), "Indicators of erythrocyte formation and degradation in rats with Esther vitamin A and iron deficiency", *The Journal of Nutritional Biochemistry*, vol. 11, N° 4.
- Ross, J. y E.L. Thomas (1996), "Iron deficiency anemia and maternal mortality", Working Notes Series, N° 3, Washington, D.C., Academy for Educational Development.
- Sánchez Salazar, F.R. y otros (2001), "Prevalencia de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas", *Revista cubana de medicina general integral*, vol. 17, N° 1.
- SCN (Comité permanente de nutrición de las Naciones Unidas) (2004), Fifth report of the world nutrition situation: Nutrition for improved development outcomes [en línea] <http://www.unsystem.org/scn/>
- Semba, R.D. (2004), "Impact of micronutrient deficiencies on immune function. Micronutrient deficiencies during the weaning period and the first years of life", *Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program*, vol. 54.
- Shamah-Levy, T. y otros (2003), «Anemia in Mexican women: a public health problem», *Salud pública mexicana*, vol. 45, supl. 4.
- Simmons, W.K. (1994), "Control of iron and other micronutrients deficiencies in the English-Speaking Caribbean", *Bulletin of PAHO*, vol. 28, N° 4.
- Simmons, W.K. y D.P. Sinha (1994), "Reduction in anaemia in pregnant women in three Caribbean countries. Possible results of different types of interventions", *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 32.

- Sistema de Naciones Unidas en El Salvador (2004), *El Salvador, Primer Informe de País: Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, mayo.
- Sistema de Naciones Unidas en Guatemala (2002), *Primer Informe sobre las Metas del Milenio para Guatemala*, Ciudad de Guatemala, noviembre.
- Sistema de Naciones Unidas en Honduras (2003), *Informe sobre las Metas del Milenio, Honduras*. Tegucigalpa, diciembre.
- Sistema de Naciones Unidas en México (2005), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, Resumen Ejecutivo*. México, D.F., Gabinete de Desarrollo Humano y Social, abril.
- Sistema de Naciones Unidas en Nicaragua (2002). *Nicaragua: Primer Reporte de Seguimiento a las Metas de la Cumbre del Milenio*, octubre, borrador.
- Sistema de Naciones Unidas en la República Bolivariana de Venezuela (2004), *República Bolivariana de Venezuela, Cumpliendo las Metas del Milenio*, Caracas, Gabinete Social.
- Sistema de Naciones Unidas en República Dominicana (2003). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avance de la República Dominicana*, diciembre, borrador.
- Trinidad y Tabago (2004), Social Intervention Programmes-2004 [en línea] http://www.unc.org.tt/docs/social_programs.pdf
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2005a), *Estado mundial de la infancia 2005*, París.
- _____(2005b), *Multiple Indicator Cluster Survey – MICS* [en línea] <http://www.childinfo.org/MICS2>
- Vásquez, M. (2005), “Políticas y programas de protección social para la promoción de la nutrición en la AEC”, documento presentado a la consulta técnica “Desarrollo social equitativo a través de la superación del hambre y la desnutrición en los países de la AEC”, Panamá, mayo.
- Villalpando, S. y otros (2003), “Vitamins A, and C and folate status in Mexican children under 12 years and women 12-49 years: a probabilistic national survey”, *Salud pública mexicana*, vol. 45, supl. N° 4.
- Watkins, K. y otros (2003), “Políticas comerciales y seguridad alimentaria”, *Reporte Anual 2002-2003 del IFPRI*.
- Zinc Investigators’ Collaborative Group (1999), “Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials”, *Journal of Pediatrics*, N° 135.