Documento de
Discusión Nro. 23
sobre Alimentación,
Agricultura y
Medio Ambiente

Seguridad Alimentaria y Estrategias Sociales

Su Contribución a la Seguridad Nutricional en Areas Urbanas de América Latina

María Inés Sánchez-Griñán

INSTITUTO
INTERNACIONAL
DE INVESTIGACIONES
SOBRE POLITICAS
ALIMENTARIAS

HD
9000.6
.I69
no. 23

2020 VISION

"A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the E ión,
agricultura y medio ambiente") es una iniciativ obre
Políticas Alimentarias (IFPRI) para desarrollar un: mo
satisfacer las necesidades de alimentos del mundo y se
protege el ambiente. Se desarrolló a partir de la está
estableciendo prioridades basadas en informacione e la
iniciativa de Visión 2020, el IFPRI está reuniendo las,
generando investigaciones e identificando recom

Esta serie de documentos de discusión presenta resu ma
amplia de temas derivados de investigaciones sobr el
ambiente que son pertinentes para las normas. Los les
que el IFPRI cree que tienen un interés crucial para os
problemas de alimentos y desarrollo del Tercer a
revisiones; pero por lo común no presentan result se
como trabajos en curso.

PROPERTY OF
INTERNATIONAL FOOD POLICY
RESEARCH INSTITUTE

Documento de Discusión Nro. 23 sobre Alimentación, Agricultura y Medio Ambiente

Seguridad Alimentaria y Estrategias Sociales

Su Contribución a la Seguridad Nutricional en Areas Urbanas de América Latina

María Inés Sánchez-Griñán

PROPERTY OF
INTERNATIONAL FOOD POLICY
RESEARCH INSTITUTE

Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias
1200 Seventeenth Street, N.W.
Washington, D.C. 20036-3006 U.S.A.
Enero 1998

Copyright © 1998 International Food Policy Research Institute

Todos los derechos están reservados.
Se puede reproducir esta obra parcialmente sin autorización previa. Sólo se solicita que se mencione la fuente, el International Food Policy Research Institute.

ISBN 0-89629-606-7

Esta obra ha sido publicada con el apoyo financiero del International Development Research Centre, Ottawa, Canada.

Contenido

Prólogo	vii
Agradecimiento	viii
1. Resumen Ejecutivo	1
2. Presentación	3
3. Los Cambios Socioeconómicos y Demográficos en América Latina	4
4. Marco Conceptual	8
5. La Seguridad Nutricional en Areas Urbanas de América Latina	10
6. Estrategias Generales para Lograr la Seguridad Nutricional	32
Anexo 1: Algunos Compromisos en América Latina en Relación a la Seguridad Alimentaria y Nutricional	35
Anexo 2: Recomendaciones Específicas Según Grupos Vulnerables	37
Documentos Consultados	41

Gráfica

1. Proporción de la población urbana en América Latina y población en ciudades de más de un millón de habitantes 4
2. Población urbana en América Latina según grupos de edad 5
3. Cambios en la desnutrición infantil severa en algunas ciudades del Perú: Lima, Piura, Cajamarca, 1984–91 7
4. Cambios en la desnutrición infantil moderada en algunas ciudades del Perú, 1984–91 11
5. Prevalencia de anemia en algunas poblaciones de América Latina 12
6. Mortalidad según enfermedades infecciosas en algunos países de América Latina 13
7. Mortalidad según enfermedades crónicas en algunos países de América Latina 13
8. Desnutrición, obesidad y urbanización: Mujeres, Colombia, 1977–80 13
9. Desnutrición, obesidad y urbanización: Hombres, Colombia, 1977–80 13
10. Obesidad en adultos en algunos países de América Latina 14
11. Obesidad y estrato socioeconómico, Uruguay, 1990 14
12. Disponibilidad de energía en algunos países de América Latina 15
13. Disponibilidad de energía en algunos países de América Latina 16
14. Gasto en alimentos según estrato socioeconómico en algunas ciudades de América Latina, 1966–76 16
15. Gasto en alimentos según estrato socioeconómico en algunas ciudades de América Latina, 1985–91 17
16. Gasto en alimentos según estrato socioeconómico Lima 17
17. Consumo aparente de energía según estrato socioeconómico en algunas poblaciones urbanas de América Latina 18
18. Hogares con consumo aparente inadecuado de energía según estrato socioeconómico, Lima, 1986–89 18
19. Hogares con consumo aparente inadecuado de energía según estrato socioeconómico en ciudades del Perú, 1991 19
20. Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y porcentaje de población urbana en algunas regiones del mundo 1990 20
21. Riesgo a la infección diarreica en niños lactantes según el tipo de lactancia y edad de los niños, Huáscar, Lima, Perú 20
22. Riesgo a la infección respiratoria en lactantes según el tipo de lactancia, Huáscar, Lima, Perú 21

23. Gasto en salud como proporción del Producto Bruto Interno (PBI) según sectores (Privado, Público y Seguridad Social) América Latina, 1990 22
24. Gasto nacional en salud en América Latina en 1990 (US$ 1988) 23
25. Cobertura del sistema de salud y de la seguridad social en América Latina en 1990 24
26. Participación de los diferentes sectores en el gasto nacional en salud en América Latina, 1990 25
27. Proporción del gasto del hogar en salud según estrato socioeconómico en algunos países de América Latina 25
28. Distribución del gasto público en salud según estrato socioeconómico: Chile, 1990; Costa Rica, 1986 26
29. Cobertura del sistema de salud según estrato socioeconómico, Chile, 1990 26
30. Distribución del gasto público en salud según estrato socioeconómico, Costa Rica, 1986 27
31. Acceso a saneamiento adecuado según estrato socioeconómico en algunas ciudades del Perú, 1990–91 27
32. Alimentación de ablactancia en el Perú, porcentaje de niños según el primer alimento ofrecido al destete, 1984 28
33. Indice del gasto por caloría según estrato socioeconómico, Lima, 1989 29

Tabla

1. Cambios en la magnitud de la pobreza urbana en América Latina: 1980–90 5
2. Estimación de la población urbana en condición de pobreza an América Latina, 1990–2020 6
3. Marco conceptual de la seguridad nutricional 9
4. Recomendaciones específicas en función a grupos de población objetivo 38

Prólogo

América Latina sufre actualmente un cambio de su perfil demográfico y de salud humana. Setenta y cinco por ciento de la población de la región vive ahora en las zonas urbanas; hay más gente pobre en las ciudades que en el campo. Cuarenta por ciento de la población urbana es pobre y 6 millones de niños, muchos de ellos de las zonas urbanas, padecen malnutrición.

Los pobres del sector urbano consumen más alimentos preparados de bajo costo, con alto contenido de grasas y azúcares, que los del sector rural y pueden llevar una vida más sedentaria. Como consecuencia, a medida que avanza la urbanización, más y más personas son víctimas de enfermedades crónicas no transmisibles, como la cardiopatía. Los pobres del sector urbano sufren lo peor del mundo industrializado y del mundo en desarrollo: carecen de ingresos suficientes para comprar todos los alimentos de alta calidad que necesitan y viven en condiciones de miseria con acceso limitado a servicios de salud. Como resultado, los adultos de muchas familias de la región son obesos por consumir una alimentación de mala calidad, pero los niños están malnutridos por enfermedad y falta de alimentos.

En este documento de trabajo, parte de la serie de la visión de la alimentación, la agricultura y el medio ambiente en el año 2020 del IFPRI, se examinan las complejas dificultades que presenta el medio urbano para la seguridad alimentaria y la nutrición en América Latina. Se expresa particular interés en la interacción de la malnutrición con la salud y la naturaleza de las respuestas institucionales necesarias, en vista de la nueva importancia dada en la región al fomento de la participación del sector privado y la comunidad en la prestación de asistencia social. En este documento se señala la vía conducente a una respuesta institucional y sectorial integrada a estas amenazas para la seguridad alimentaria y nutricional de la población de las zonas urbanas, que permitirá a la región materializar la visión de un mundo que haya superado su grave situación de pobreza, malnutrición e inseguridad alimentaria al llegar el año 2020.

Per Pinstrup-Andersen
Director General, IFPRI

Agradecimiento

Agradecemos la valiosa colaboración de Per Pinstrup-Andersen y James Garrett por sus aportes en la elaboración y revisión cuidadosa de esta publicación. Además, a Emilia Paredes por la corrección de estilo y a Kara Sulmasy por el apoyo en la edición final de la misma.

1. Resumen Ejecutivo

América Latina está viviendo un proceso acelerado de urbanización, a través del cual la población urbana alcanzaría un 83% de la población total en el año 2020, siendo de un 72% en 1990. Este proceso de urbanización está acompañado de una transición compleja desde el punto de vista epidemiológico, institucional y sociodemográfico.

El perfil de la salud está aún caracterizado por una importante presencia de condiciones de deficiencia nutricional, típicas de sociedades en desarrollo, y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, típicas de sociedades modernas, que coexisten en comunidades de bajos recursos. En el ámbito institucional, los procesos de reforma, avanzados en muchos países, vienen promoviendo la descentralización e influyen sobre el acceso de la población a los servicios básicos. Las crecientes manifestaciones respecto a la importancia de la participación social ofrecen nuevas oportunidades para asegurar el bienestar de la población. Sin embargo, ésta deberá cumplir un rol activo en beneficio de la seguridad alimentaria y de la seguridad nutricional de la población, especialmente de aquella de escasos recursos.

La necesidad de mejorar no solamente la disponibilidad de los alimentos, de promover la equitativa distribución de los mismos y de mejorar la calidad de la alimentación constituyen un reto para los países de América Latina. Estos deberán tomar en cuenta los cambios mencionados en el diseño de políticas, planes y programas de alimentación y nutrición para la población vulnerable. Deberán conjugarse armónicamente las acciones que atienden los problemas de disponibilidad, acceso y distribución equitativa de alimentos, con aquellas más complejas que velan por lograr una adecuada calidad en la alimentación.

Los cambios en la estructura y composición de la población en América Latina responden a la reducción en las tasas de mortalidad, sobre todo en edades tempranas, y a la reducción de las tasas de fecundidad. Por otro lado, el aumento de la participación de la población femenina en el mercado laboral, repercutirá en el control de los recursos del hogar, en su participación en el cuidado del hogar y del niño, en el uso del tiempo, en la lactancia materna y finalmente sobre la seguridad alimentaria del hogar.

Estos cambios demográficos afectarán la situación de salud y nutrición de la población, en función a su exposición a diversos factores de riesgo de morbilidad. Ello exigirá tomar en cuenta las necesidades nutricionales y de atención en salud no solamente de la población materno infantil sino también de la creciente población adulta en América Latina.

Marco Conceptual

Son tres los factores determinantes de los problemas de mala nutrición: 1) la seguridad alimentaria, 2) el control y prevención de enfermedades y servicios de salud, y 3) el cuidado adecuado. Se ofrece una visión general de las características de cada uno de estos tres factores en los países de América Latina, particularmente en las poblaciones urbanas, en función a los datos disponibles. Se destacan las diferencias existentes entre hogares de diferentes estratos socioeconómicos y los cambios ocurridos en el tiempo. Se enfatiza la importancia de la seguridad alimentaria para el logro de la seguridad nutricional, reconociendo que la seguridad alimentaria es una condición necesaria pero no suficiente para lograr la seguridad nutricional.

Respecto a la seguridad alimentaria se destaca el rol de la disponibilidad y acceso a los alimentos, relacionándolos con la capacidad adquisitiva, patrón de compra y eficiencia entre los diferentes estratos socioeconómicos. A su vez se presentan evidencias de cambios en los patrones de consumo de alimentos en respuesta a situaciones económicas adversas. Se

destaca el rol de las estrategias comunitarias de alimentación en los hogares pobres urbanos.

En cuanto al control y prevención de las enfermedades se analiza el rol de la disponibilidad y acceso de la población a los servicios de salud y saneamiento ambiental. Las inadecuadas condiciones de estos servicios constituiría un factor determinante de la seguridad nutricional, especialmente en los estratos pobres. Además, el incremento y los efectos a largo plazo de las enfermedades crónicas no transmisibles, coexistentes aún con las enfermedades infecciosas, obligan a la adecuación de estos servicios a esta realidad epidemiológica. Se reconoce la necesidad de fortalecer los servicios básicos de atención primaria de la salud para el tratamiento y prevención de las enfermedades y para la promoción de la salud y nutrición. Se toman en cuenta los procesos de reforma de los sistemas de salud en varios países de América Latina, que asignan a la comunidad un rol decisivo.

En cuanto al cuidado adecuado, se reconoce que la seguridad nutricional depende de la capacidad de la población de cuidar de sí misma. Para ello se describen los factores que inciden sobre la capacidad de la población de ejercer un control sobre su salud para mejorarla. Se destaca la importancia de las percepciones de la población en relación a la alimentación, higiene, utilización de servicios, preferencias y hábitos culturales. Se distingue la vulnerabilidad de la seguridad nutricional de la población infantil (lactante y niño pequeño), dada su dependencia de la madre o responsable de su cuidado.

Para el logro de la seguridad nutricional se propone tomar como eje de acción el fortalecimiento de la gestión local, optimizando el uso de los recursos disponibles a nivel del hogar, comunal e institucional, y priorizando estrategias en las siguientes áreas: 1) promoción de actividades de información, educación y comunicación social en salud, nutrición e higiene, 2) acciones en salud, alimentación y nutrición basadas en la participación social, 3) movilización oportuna de recursos locales para optimizar el diseño, formulación, ejecución y evaluación de acciones en alimentación y nutrición, y 4) apoyo en el análisis, evaluación e investigación en salud y nutrición que tomen en cuenta índices nutricionales, económicos y de costo-efectividad, fortaleciendo los sistemas de información existente, como las encuestas de presupuestos familiares, y generando nuevos datos.

Finalmente, se presentan recomendaciones generales a nivel del hogar, y recomendaciones específicas, tanto para garantizar la seguridad alimentaria, controlar y prevenir las enfermedades, como para lograr un cuidado adecuado de la salud y nutrición en función a los diferentes grupos de la población: 1) gestante, lactante y mujer en edad fértil, 2) niño lactante, 3) niño ablactante y pre-escolar, 4) escolar y adolescente, y 5) adulto y anciano.

2. Presentación

En América Latina se está viviendo una transición compleja desde el punto de vista epidemiológico, institucional y sociodemográfico. Los cambios observados en el perfil de la salud, se caracterizan por una importante presencia de condiciones de deficiencia nutricional y enfermedades infecciosas, típicas de sociedades en desarrollo y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, típicas de sociedades modernas, que coexisten simultáneamente en comunidades de bajos recursos. En el ámbito institucional, las crecientes manifestaciones de la participación social ofrecen nuevas oportunidades para asegurar el bienestar de la población. Sin embargo, ésta deberá cumplir un rol activo en beneficio de su seguridad alimentaria y de su seguridad nutricional.

Estas condiciones ponen de manifiesto la vulnerabilidad de la seguridad alimentaria y nutricional de la población, especialmente de aquella de escasos recursos. La necesidad de mejorar la disponibilidad de los alimentos, de promover la equitativa distribución de los mismos y de mejorar la calidad de la alimentación.

Los gobiernos de los países de América Latina han manifestado su preocupación por la situación nutricional y la seguridad alimentaria a través de una serie de compromisos internacionales. Entre éstos es necesario destacar la Declaración Mundial de Nutrición de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN), firmada en Roma en 1992 (OMS/FAO 1992a). Esta Declaración propone una serie de medidas para determinar la manera más adecuada de abordar los problemas nutricionales, tomando en cuenta las necesidades y condiciones específicas de cada país, con el fin de proteger y promover el bienestar nutricional. En función a este compromiso, los países de América Latina vienen elaborando los planes nacionales de alimentación y nutrición con la participación del sector gubernamental, no gubernamental y de la comunidad internacional en áreas de salud, agricultura y planificación. Por otro lado, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, llevada a cabo en 1990, establece metas para el año 2000 en relación a la salud y el bienestar de la población materno infantil (Anexo 1).

Este documento ha sido elaborado tomando en cuenta las estrategias, lineamientos y conceptos propuestos tanto por la Conferencia Internacional sobre Nutrición como por la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, basándose además en el enfoque de la alimentación como derecho humano. El documento ha sido organizado en cuatro secciones, en función de los siguientes objetivos:

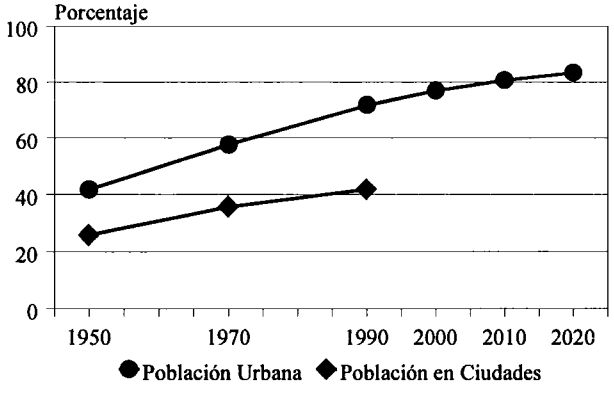
1. Describir las tendencias en los cambios socioeconómicos y demográficos, y en la situación alimentaria y nutricional en América Latina.
2. Desarrollar un modelo conceptual que ilustre los factores que afectan la seguridad nutricional urbana, tomando en consideración los cambios en los aspectos demográficos, económicos e institucionales.
3. Identificar los cambios en los factores que afectarían la seguridad alimentaria y la seguridad nutricional en América Latina.
4. Identificar estrategias para mejorar y/o mantener la seguridad nutricional en América Latina tomando en cuenta dichos factores.

3. Los Cambios Socioeconómicos y Demográficos en América Latina

América Latina está viviendo un proceso acelerado de urbanización: la población urbana[1] en 1990 era de 71.8% y se espera que abarque un 83.4% en el año 2020 (Gráfica 1). A su vez, la población de las ciudades de más de un millón de habitantes ha venido aumentando. Se estima que en 1990, el 41.8% vivía en estas grandes urbes, mientras que en 1970 y 1950 constituía tan sólo un 35.7% y 25.8%, respectivamente (Gráfica 1). La rapidez de este proceso de urbanización y los problemas económicos y de espacio resultantes en los centros urbanos podrían afectar la salud y nutrición de la población, en especial ante un crecimiento económico limitado.

La crisis económica de los años ochenta se reflejó en los países de América Latina en una reducción de un 0.9% en el producto nacional bruto per cápita, entre 1981 y 1990. Así también, se produjo una reducción de un 10% en los ingresos (BID 1994), para luego estabilizarse o incrementarse ligeramente en la mayoría de los países de América Latina. Durante los años noventa, se vería reflejada en el aumento de los niveles de pobreza alcanzados durante este período (CEPAL 1994).

Gráfica 1—Proporción de la población urbana en América Latina y población en ciudades de más de un millón de habitantes



Fuente: UN 1993.
Población en ciudades con respecto a población urbana total.

En valores absolutos, el crecimiento de la población pobre ha sido mayor a nivel urbano que rural con el concomitante aumento de la economía informal, así como de comportamientos antisociales. Sin embargo, dentro de las áreas urbanas, las zonas de más rápido crecimiento vienen siendo generalmente las áreas urbano marginales y las zonas tugurizadas (Hussain y Lunven 1987). En 1990, se estimó que por lo menos 196 millones de personas se encontraban por debajo de la línea de pobreza en América Latina (CEPAL 1994, OPS 1994). Esta cifra representa alrededor del 46% de la población estimada para ese año, de la cual aproximadamente la mitad viviría en áreas urbanas.

Algunos países, como Honduras y Bolivia, cuentan hasta con un 65% o 50% de hogares urbanos pobres; en otros, como Uruguay y Costa Rica, la pobreza urbana alcanza entre 10 y 22% (Cuadro 1). Estas poblaciones constituirían aproximadamente un 35% en las áreas urbanas de los países de América Latina en 1990. Si se asume que esta proporción de hogares urbanos pobres se mantendrá en el año 2020, el número absoluto de pobladores urbanos pobres se duplicaría (Cuadro 2).

En América Latina la composición de la población según los grupos de edad ha cambiado

[1]Es preciso tomar en cuenta las distintas definiciones (UN 1993) que se usan para clasificar a una población como urbana o rural, en los diferentes países y especialmente en relación a países de otras regiones del mundo.

Cuadro 1—Cambios en la magnitud de la pobreza urbana en América Latina: 1980–90

País	Año	Porcentaje pobres urbanos	Año	Porcentaje pobres urbanos
Argentina	1980	7	1990	25
Bolivia			1989	50
Brasil	1979	30	1990	39
Colombia	1980	36	1990	35
Costa Rica	1981	16	1990	22
Chile	1987	37	1990	34
Guatemala	1980	41	1990	48
Honduras	1988	53	1990	65
México	1984	23	1990	30
Panamá	1979	31	1989	34
Paraguay	1986	46	1990	37
Perú	1980	35	1986	45
Uruguay	1989	9	1990	10
Venezuela	1976	18	1990	33

Fuente: CEPAL, División de Estadísticas y Proyecciones (CEPAL 1994).
Nota: La población con ingresos inferiores a la línea de pobreza incluye a la población en situación de indigencia.

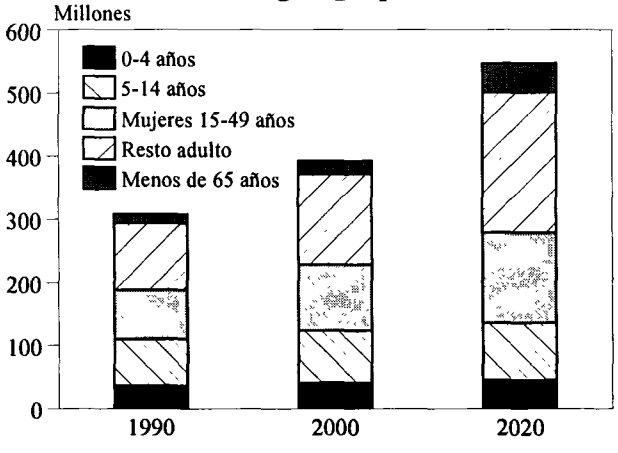
progresivamente. Estos cambios responden a la reducción en las tasas de mortalidad, sobre todo en edades tempranas, y a la reducción de las tasas de fecundidad, afectando la situación de salud y nutrición, tanto en función a la presencia de factores de riesgo de morbilidad como en función a la composición de la población. Ello exigirá tomar en cuenta las necesidades nutricionales y de atención en salud no solamente de la población materno-infantil sino también de la creciente población adulta en América Latina.

La atención a la salud materno-infantil deberá incrementarse, ya que, aunque las tasas de natalidad continúen descendiendo, en términos absolutos el número de embarazos y de nacidos vivos será ligeramente mayor en las áreas urbanas. La estructura y composición de la población son variables tanto en los países de América Latina, como entre los grupos sociales de un mismo país. Se estima que en el año 2020, en Haití, Guatemala y Bolivia aproximadamente un tercio de la población serán jóvenes menores de 14 años, mientras que en países como Cuba, Uruguay y Chile, esta población será de cerca de un quinto de la población total. La población urbana de 0-14 años se reduciría proporcionalmente de un 36% a 25% entre 1990 y 2020; sin embargo, en términos absolutos, los menores de 4 años constituirían aproximadamente 37.0 millones en 1990 y 45.6 millones en 2020 (Gráfica 2).

Los cambios demográficos afectarán la situación de salud y nutrición, tanto por el aumento de la población en edad laboral expuesta a riesgos laborales como por el aumento de la población sexualmente activa.[2] La población entre 15 y 64 años, que en 1990 comprendía el 59.5% del total de América Latina, representará el 66.5% en 2020. Aunque la fecundidad ha descendido considerablemente en los últimos 40 años y se espera que continúe descendiendo, se estima que el número de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) se duplique entre 1990 y 2020 en las áreas urbanas. Este aumento repercutirá en un aumento de los riesgos asociados con la reproducción, demandando a su vez acciones en salud reproductiva (OPS 1994). La población mayor de 65 años también manifestará un importante aumento, triplicándose entre 1990 y 2020 (Gráfica 2).

Los cambios demográficos mencionados contribuirán al crecimiento de la fuerza laboral, por lo cual se deberá preveer empleo para la población económicamente activa (PEA) en el año 2020. Por otro lado, la población femenina mantiene una importante

Gráfica 2—Población urbana en América Latina según grupos de edad



Fuente: UN 1993; CELADE 1994.

[2]Se preveen también cambios importantes en relación al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) especialmente en los grupos de edad más productivos (OPS 1994).

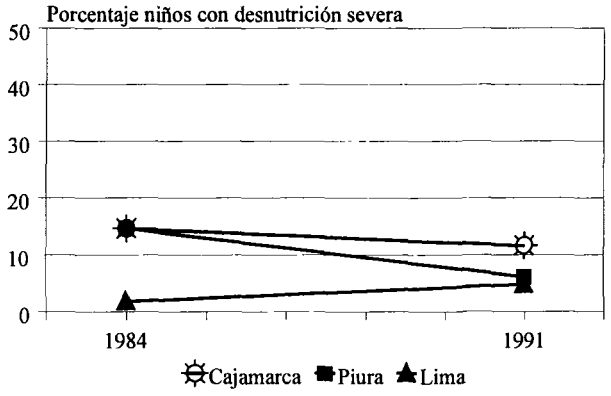
Cuadro 2—Estimación de la población urbana en condición de pobreza en América Latina, 1990–2020

	1990				2020			
	Población total	Población urbana	Población urbana afectada	Por ciento	Población total	Población urbana	Población urbana afectada	Por ciento
		(millones)				(millones)		
Niños: 0–14 años								
0–4 años	51 573	37 029	12 960	12 0	54 690	45 611	15 964	8.3
5–14 años	102 389	73 515	25 730	23.8	109 378	91 221	31 927	16.7
Adultos: 15–65 años	255 840	183 692	64 292	59.5	436 653	364 135	127 459	66.5
Mujeres 15–49 años	109 531	78 643	27 525		170 626	142 302	49 806	
Resto adulto	146 309	105 049	36 767		266 027	221 866	77 653	
Mayores de 65 años	20 380	14 632	5 121	4.7	55 465	46 257	16 190	8.5
Total	430 183	308 871	108 105	100.0	656 186	547 259	191 541	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de United Nations, World Urbanization Prospects: The 1992 Revision (UN 1993), y Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, 1994 (CELADE 1994).

Notas: Población afectada: basada en estimación de 35 por ciento de población urbana en condición de pobreza en América Latina en 1990.

Gráfica 3—Cambios en la desnutrición infantil severa en algunas ciudades del Perú: Lima, Piura, Cajamarca, 1984–91



Fuente: López de Romaña et al. 1992a.
Desnutrición severa = Peso para la edad menos de –2 desviaciones estándar.

participación en la fuerza laboral en América Latina, constituyendo entre un 41 a 45% de la PEA en El Salvador, Colombia y Bolivia, siendo en Argentina, Ecuador y Guatemala alrededor de un 27%, y de un 15% en República Dominicana (OPS 1994). En algunas poblaciones urbanas en Perú, estas cifras son de alrededor del 40% (38% en Lima, 34% en Piura, 39% en Cajamarca y 45% en Cusco) (López de Romaña et al. 1992a).

El continuo incremento de la población femenina en el mercado de trabajo y su rol como jefe del hogar alcanza en algunas ciudades cifras del 15 al 45% en estratos pobres (CEPAL/UN 1995). Este hecho puede influir en la estructura y control de los recursos en el hogar y modificar la participación de la mujer en el cuidado del hogar, en el cuidado del niño, en el uso del tiempo, en la lactancia materna, en la economía doméstica y en la utilización de alimentos en el hogar, afectando eventualmente la seguridad alimentaria (Kennedy y Haddad 1992).

4. Marco Conceptual

Son tres las causas principales de la mala nutrición: las relacionadas a la seguridad alimentaria, a los servicios de salud y saneamiento ambiental y al cuidado de los miembros del hogar (UNICEF 1990, UN 1992, OMS/FAO 1992b). Oshaug (Oshaug, Eide, y Eide 1994), tomando en cuenta estos tres factores, promueve la formulación de políticas efectivas para atender los problemas nutricionales desde un enfoque de la alimentación como un derecho humano, utilizando la matriz de seguridad alimentaria y seguridad nutricional.

Este documento emplea la matriz propuesta por Oshaug (Oshaug, Eide y Eide 1994), destacando que para lograr y mantener la seguridad nutricional se debe establecer y cumplir los objetivos y las condiciones en función de: 1) seguridad alimentaria, 2) prevención y control de enfermedades, y 3) cuidado adecuado. Oshaug propone que se deben sistematizar, identificar y analizar los obstáculos para lograr esas condiciones y prevenir la inseguridad nutricional en sus diferentes grados (Oshaug, Eide y Eide 1994) (Cuadro 3).

Es clara la necesidad de contar con una adecuada seguridad alimentaria que garantice una eficiente disponibilidad y acceso a los alimentos en los hogares. Sin embargo, es preciso señalar que, esta última no va a garantizar el adecuado acceso a los alimentos entre los diferentes miembros del hogar (Kennedy y Haddad 1992), así como tampoco garantizará la correcta utilización biológica a nivel individual. El presente documento recoge este enfoque, diferenciando claramente las condiciones para lograr la seguridad alimentaria de aquellas para lograr la seguridad nutricional. Este reconocimiento es crítico, ya que la seguridad alimentaria es una condición necesaria, pero no suficiente, para lograr la seguridad nutricional a nivel individual.[3]

[3]Por ejemplo el acceso y la posesión de alimentos pueden tener resultados muy diferentes en una persona sana o en una persona que cuenta con alguna infección (parasitaria, por ejemplo). Debido a ésta la absorción de nutrientes sería limitada, pudiendo la persona finalmente sufrir de desnutrición a pesar de consumir la misma cantidad de alimentos que la persona sana. Ambos individuos habrían garantizado su seguridad alimentaria, más no su seguridad nutricional.

Cuadro 3—Marco conceptual de la seguridad nutricional

Seguridad Alimentaria		Control y Prevención de Enfermedades	Cuidado
Disponibilidad estable de alimentos adecuados	Acceso a alimentos adecuados nutricionalmente[a] e inocuos	Acceso a servicios de salud adecuados (cobertura y calidad)	Comportamiento y capacidad de los miembros del hogar para tomar decisiones adecuadas en:
– Disponibilidad nacional de alimentos – Oferta en mercados – Oferta institucional	Sostenibilidad económica y social: – ingreso – precios de los alimentos – capacidad adquisitiva – gasto en alimentos	Acceso a saneamiento adecuado (agua, desagüe, aire, luz)	– selección y utilización de alimentos – higiene – uso de servicios – uso de información

Nota: Seguridad nutricional a nivel individual. mujer gestante y mujer en edad fértil, lactante, pre-escolar,escolar y adolescente, adulto, anciano.

[a]Adecuación nutricional no sólo en cantidad sino también en calidad. Energía; proteína de origen animal o vegetal; hidratos de carbono simples, complejos; grasa y aceites saturados, no saturados; micronutrientes; vitaminas, minerales.

5. La Seguridad Nutricional en Areas Urbanas de América Latina

El creciente proceso de urbanización que se viene dando en América Latina trae como consecuencia modificaciones en los estilos de vida y en la dieta de la población, así como sedentarismo, estrés y consumo de sustancias tóxicas (drogas, alcohol, tabaco). Este proceso expone a la población a factores de riesgo asociados no solamente a situaciones de deficiencia nutricional, sino también a procesos crónicos de enfermedades no transmisibles. Los países deberán tomar en cuenta estos cambios para el diseño de políticas, planes y programas de alimentación y nutrición para la población vulnerable.

A pesar de la crisis económica ocurrida en América Latina en la década de los ochenta, se estima que la esperanza de vida ha aumentado de 61 a 68 años en los últimos 20 años (OPS 1994). Este aumento en la esperanza de vida al nacer estaría relacionado a la reducción en las tasas de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y al descenso en las tasas de fecundidad.[4] Asumiendo que se mantiene una mejoría de dos años en el indicador de esperanza de vida por cada próximo quinquenio, se estima que en el año 2020 la esperanza de vida sería de 78 años.

Paralelamente, dada la crisis económica mencionada, podría esperarse un aumento en los niveles de desnutrición severa entre la población infantil. A pesar de que los datos sobre las tendencias en el perfil nutricional de los países son limitados,[5] se observa más bien una reducción en las tasas de desnutrición severa[6] en la mayoría de países. Sin embargo, a pesar de esta aparente mejoría en los niveles de nutrición en América Latina, aún existen varios países donde subsisten los problemas de desnutrición como por ejemplo, Haití, Guatemala, El Salvador, Brasil, Ecuador y Bolivia.[7] Por otro lado, Guatemala y Panamá mostraron un aumento en la proporción de niños con desnutrición severa (OPS 1994).

En los países donde la proporción de niños con desnutrición severa a nivel nacional se habría mantenido o al parecer reducido, esperaríamos que la situación de los niños moderadamente desnutridos seguiría este mismo perfil. Sin embargo, se observó un aumento considerable en la proporción de niños en estado de desnutrición moderada entre 1984 y 1991, en tres ciudades del Perú (Lima, Piura y Cajamarca) (Gráfica 3 y 4) (Del Águila, López y Sánchez-Griñán 1990; Lopéz et al. 1992a).[8] Al no contar con datos similares en otras poblaciones urbanas de América Latina, surgen interrogantes sobre si el comportamiento de los índices nutricionales de los niños en estas áreas urbanas del Perú es accidental o si también ocurriría en otros grupos urbanos de América Latina. ¿Cuáles serían las características de las familias de estos niños, de los servicios sociales

[4]Las condiciones de salud de algunos países podrían estar asociadas a la aplicación efectiva de programas de inmunización, control de enfermedades infecciosas, alimentación adecuada y estrategias tales como la promoción de la lactancia natural, prácticas adecuadas de destete y educación nutricional (OPS 1994).

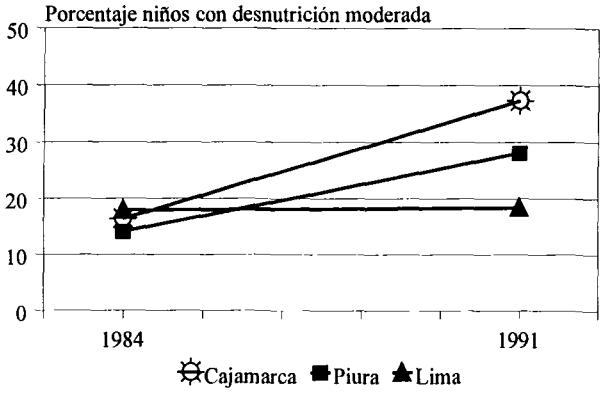
[5]Dada la diversidad de los indicadores empleados para la medición de los niveles de desnutrición y de los intervalos de tiempo.

[6]Desnutrición severa definida para la talla menor –2 desviaciones estandards.

[7]En pre-escolares, la prevalencia de bajo peso varía entre 0.8% en Chile y 35.8% en Guatemala, con valores elevados en Centro América (con la excepción de Costa Rica), Ecuador, República Dominicana, y Bolivia. El déficit de talla varía entre 20 y 40%, con un 58% en Guatemala, 38% en Bolivia y 35% en Perú. Las cifras más elevadas en déficit de peso para la talla son de 6.3% en México, 5.3% en Venezuela y 2.9% en Colombia (OPS 1994).

[8]Se compararon datos recolectados en muestras representativas de niños en estas mismas ciudades en 1984 y en 1991.

Gráfica 4—Cambios en la desnutrición infantil moderada en algunas ciudades del Perú, 1984–91



Fuente: Lopez de Romana 1992a.
Desnutricion moderada = Peso para la edad entre –1Z y –2Z.

existentes, de las redes institucionales y comunitarias asociadas a este fenómeno?

Aún en aquellos países donde la desnutrición severa se ha reducido a niveles moderados en los últimos años, existen claras diferencias entre los estratos socioeconómicos de la población, así como entre áreas geográficas, que los promedios nacionales no revelan (OPS 1994). En la mayoría de los países la situación nutricional promedio de la población urbana es mejor que la de la población rural. Sin embargo, los índices urbanos esconden grandes diferencias. Los datos del estudio en cuatro ciudades en Perú (López et al. 1992b) muestran los contrastes entre estratos socioeconómicos. Se observan prevalencias de desnutrición de 2.5 a 9 veces mayores en los niños más pobres de las ciudades de Piura, Cajamarca y Cusco, dependiendo del indicador de desnutrición[9] utilizado, que en los niños de los estratos de mayores recursos en estas mismas ciudades (López et al. 1992b).

Asimismo, las carencias de micronutrientes, como hierro, yodo y vitamina A, son importantes indicadores de la situación nutricional de la población. En la mayoría de los países es común observar anemia por deficiencia de hierro, deficiencia de vitamina A y en algunos aún prevalece la deficiencia de yodo. La población de mujeres en edad fértil—en especial las gestantes—y los pre-escolares constituyen grupos vulnerables. La Organización Panamericana de la Salud señala una prevalencia de anemia en gestantes que varía de 57% en Bolivia, a 13% en Asunción, Paraguay (OPS 1994) (Gráfica 5). En Lima Metropolitana se encontró una prevalencia de 54.6%, siendo el 80% hierro deficientes[10] (Zavaleta et al. 1993). También se documentan cifras elevadas en la población infantil (OPS, Grupo Técnico para el Control de la Anemia 1994, 1995).

Recientemente se ha indicado que la magnitud del problema de deficiencia de yodo en algunas zonas endémicas es mayor al 30% (Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela) (Noguera y Gueri 1994).[11] Además, casi todos los países de Centroamérica presentan prevalencias superiores al 20% de bajas concentraciones de retinol sérico.[12]

Simultáneamente a estas manifestaciones de deficiencia nutricional, en América Latina se viene dando un proceso de transición epidemiológica asociado a los cambios demográficos. Este fenómeno se caracteriza por cambios en el perfil de una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición a un perfil de una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas (Gráfica 6 y 7). Este perfil reflejaría altos niveles de mortalidad por enfermedades crónicas asociadas a la dieta y se manifiesta no sólo en poblaciones de países con mayores ingresos, como Uruguay y Argentina, sino también en aquellos con altos niveles de pobreza, como Guatemala, siendo necesario prestarles una atención adecuada (Daza 1992, OPS 1994, Peña y Freire 1996). En Colombia puede apreciarse que la magnitud de los problemas de desnutrición es similar a los de obesidad (Fajardo 1994) (Gráfica 8 y 9). Se observa también que estos problemas de obesidad son importantes principalmente en la población femenina (Gráfica 10 y 11).

Este proceso de transición epidemiológica estaría ocurriendo en un contexto de cambios en la dieta,

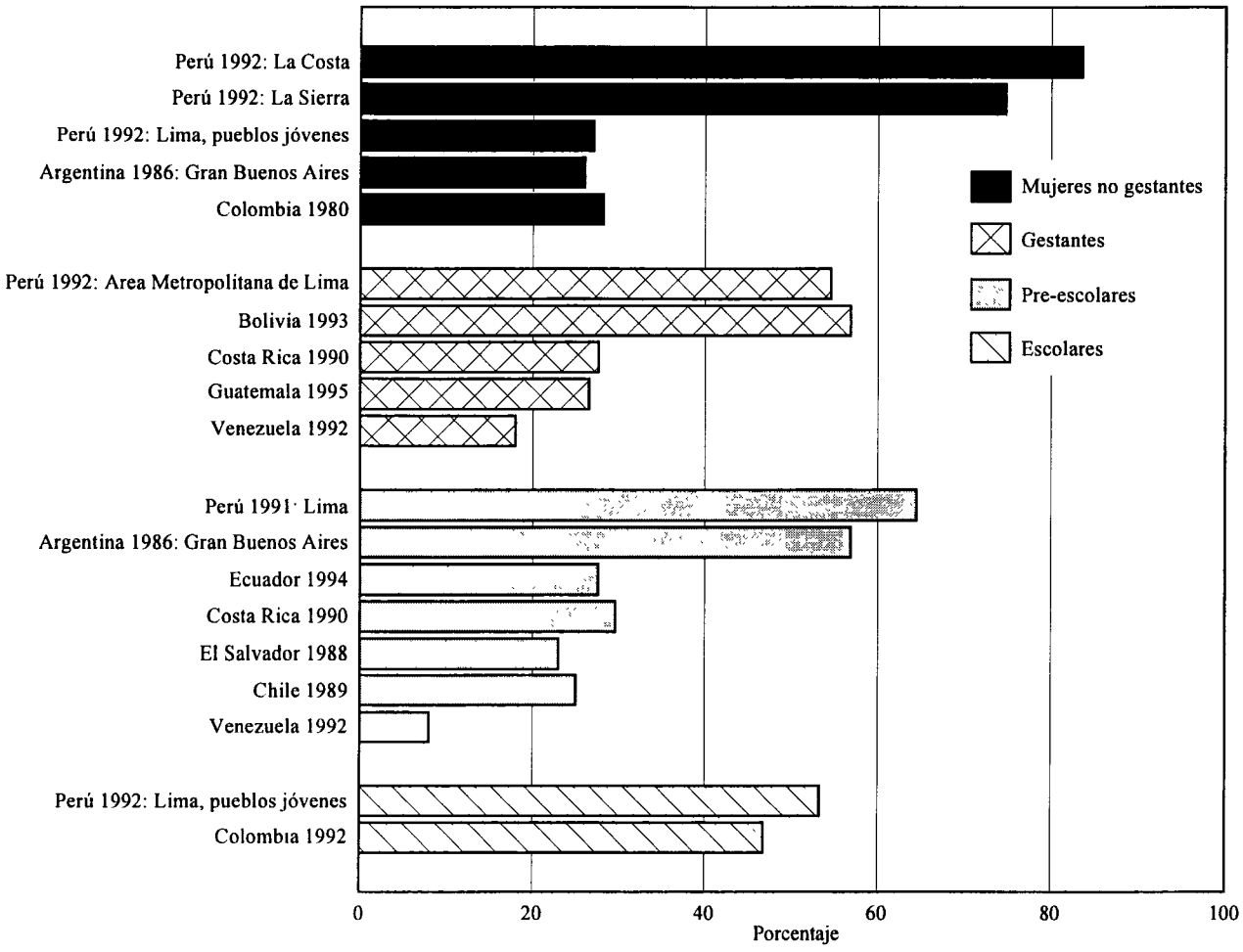
[9]Bajo peso para la edad, baja talla para la edad, o bajo peso para la talla.

[10]La Organización Mundial de la Salud establece como problema severo cuando las prevalencias de anemia son mayores al 30%.

[11]La Organización Mundial de la Salud señala como desórdenes por deficiencia de yodo severos cuando la prevalencia de bocio es mayor al 30%.

[12]Prevalencias mayores al 10% adquieren la categoría de problema de salud pública.

Gráfica 5—Prevalencia de anemia en algunas poblaciones de América Latina



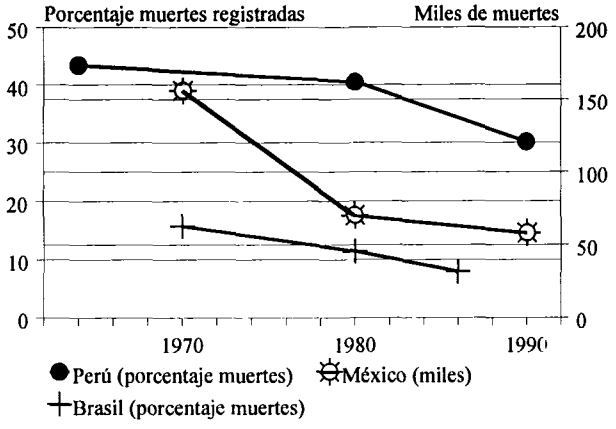
Fuente: OPS 1994; OPS/INCAP 1994; Gueri 1996; OPS, Grupo Técnico Anemia 1994, 1995; Zavaleta et al. 1993.

específicamente en su estructura, composición y calidad. Es importante destacar que estos cambios en la dieta no se refieren necesariamente a una mayor cantidad (por ejemplo de energía), sino a un desbalance en la calidad de los nutrientes.

La coexistencia de estos problemas de salud y los cambios observados en los patrones de morbilidad en la población urbana llevan a la necesidad de identificar los factores de riesgo—especialmente alimentarios, dietéticos y estilos de vida—que determinan este perfil de salud, afectando también a la población de escasos recursos (Peña y Freire 1996). Popkin (Popkin 1994, Popkin y Bisgrove 1988) llama la atención respecto al rol de la nutrición en el desarrollo de las enfermedades crónicas, destacando sus efectos a largo plazo, e insiste en la necesidad de iniciar esfuerzos para lidiar con estos problemas pese al mayor interés que los problemas de hambre y déficit demandan.

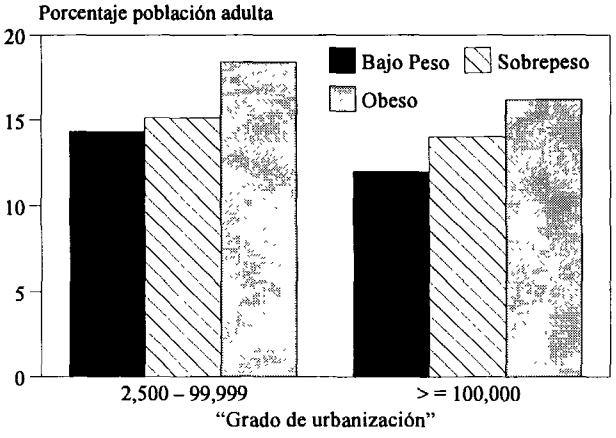
A pesar de las limitaciones encontradas en la información disponible, es clara la compleja situación nutricional en la que se halla la población de América Latina. No solamente se manifiesta una situación de déficit nutricional, como es el caso de la anemia por deficiencia de hierro, el déficit energético proteico, entre otros, sino también una creciente evidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Por otro lado, se mantienen aún niveles

Gráfica 6—Mortalidad según enfermedades infecciosas en algunos países de América Latina



Fuente: Chávez et al. 1994; Freire y Dutra 1994; Sánchez-Griñan et al. 1992.

Gráfica 8—Desnutrición, obesidad y urbanización: Mujeres, Colombia, 1977–80



Fuente: Fajardo 1994.
"Grado de urbanización" = número de habitantes.

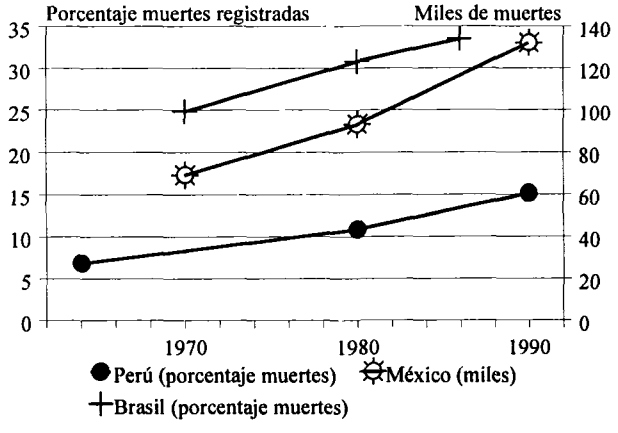
elevados de morbilidad debido a enfermedades infecciosas. Como es de esperar, esta situación representa un nuevo reto para los responsables del diseño de políticas, planes y programas, quienes deben conjugar armónicamente la atención de los problemas de disponibilidad, acceso y distribución equitativa de alimentos con el logro de un adecuado balance y calidad en la alimentación (OPS 1994).

La identificación de soluciones adecuadas y efectivas a los problemas nutricionales en América Latina frente a la diversa y compleja gama de factores de riesgo requiere tomar en cuenta los tres factores propuestos en el marco conceptual, a saber, la seguridad alimentaria, el control y prevención de enfermedades y saneamiento y el cuidado.

Seguridad Alimentaria

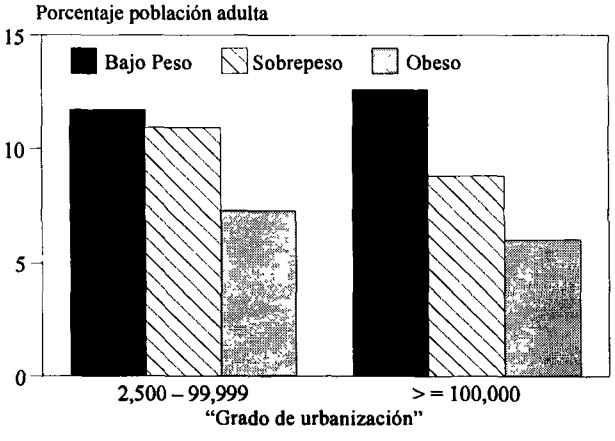
El concepto de seguridad alimentaria propuesto por la FAO y difundido a través de la Conferencia Inter-

Gráfica 7—Mortalidad según enfermedades crónicas en algunos países de América Latina



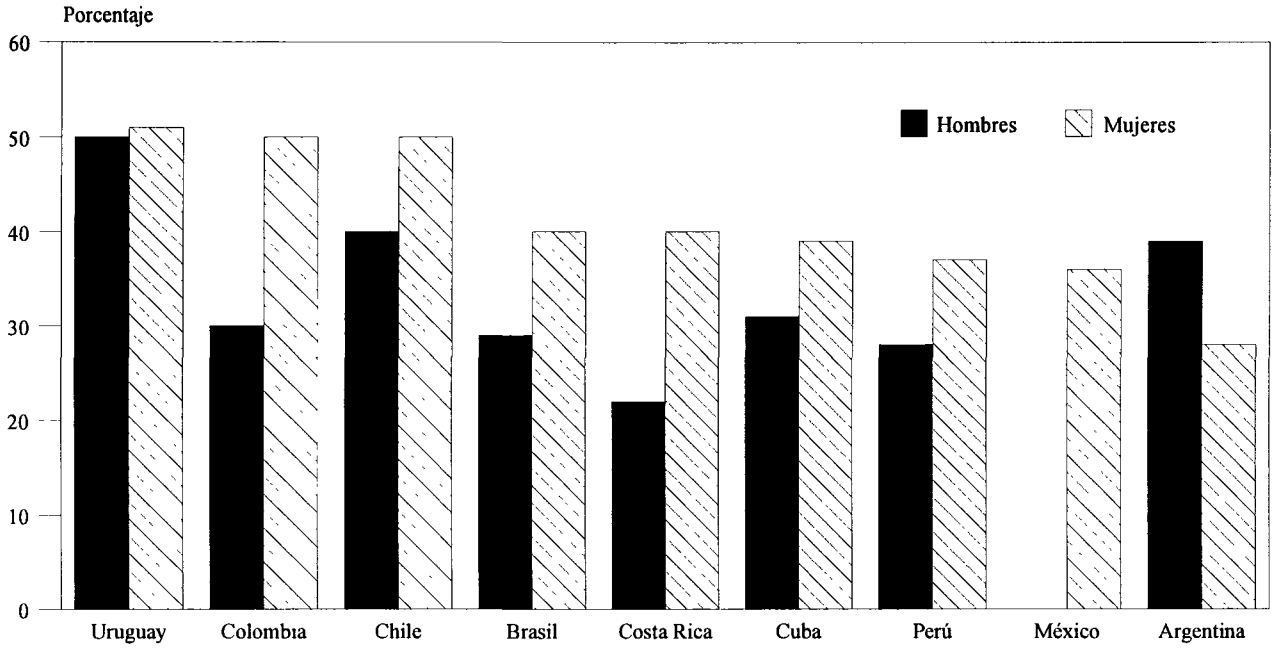
Fuente: Chávez et al. 1994; Freire y Dutra 1994; Sánchez-Griñan et al. 1992.

Gráfica 9—Desnutrición, obesidad y urbanización: Hombres, Colombia, 1977–80



Fuente: Fajardo 1994.
"Grado de urbanización" = número de habitantes.

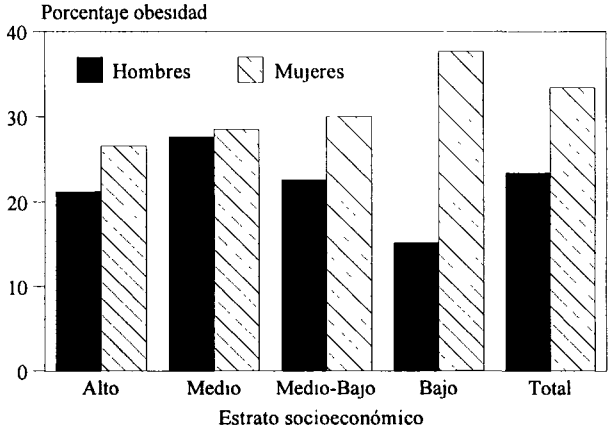
Gráfica 10—Obesidad en adultos en algunos países de América Latina



Fuente: OPS/FAO 1993.
Obesidad = IMC > 25 Kg/m2.

nacional sobre Nutrición (OMS/FAO 1992b) se refiere al acceso de toda la población, en todo momento, a los alimentos necesarios para llevar adelante una vida saludable. Para garantizar esta definición de seguridad alimentaria deben ser satisfechas dos condiciones: i) asegurar que la disponibilidad de los alimentos se mantenga estable en todo momento, y ii) asegurar que cada hogar acceda a alimentos adecuados e inocuos.

Gráfica 11—Obesidad y estrato socioeconómico, Uruguay, 1990



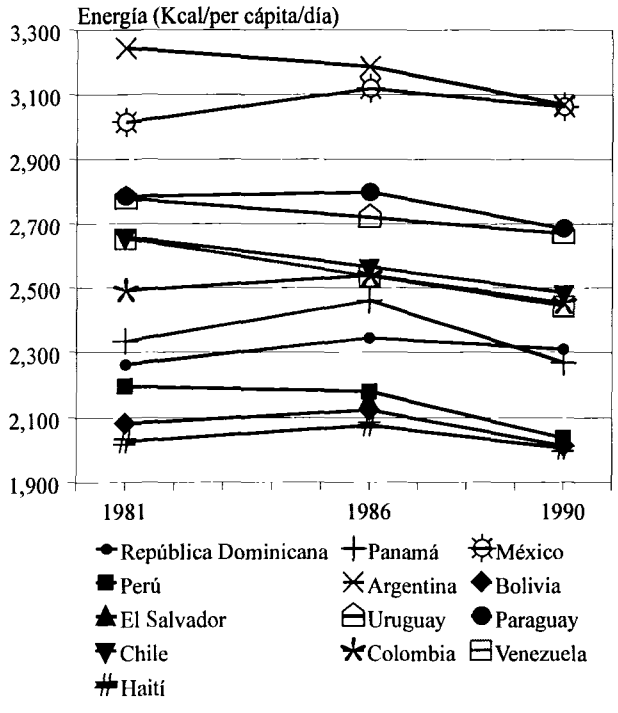
Fuente: Bove, Severi, y Gonzalez 1990.
Obesidad: P/T >= 120%.
N: Hombres = 526, Mujeres: 706 / Edad: 20–65 años.

Disponibilidad de Alimentos Estable y Adecuada

Las características de los alimentos disponibles, ya sea a nivel nacional, local o institucional, en términos de su composición, estructura, cantidad y calidad nutricional influirán sobre la seguridad alimentaria y eventualmente sobre la seguridad nutricional de los distintos grupos de la población. Asimismo, serán importantes las condiciones que garanticen que esta disponibilidad sea estable.

En los países de América Latina, los registros de las hojas de balance de alimentos, aunque constituyen datos nacionales y no distinguen la población urbana de la rural, muestran la tendencia en la disponibilidad de alimentos en los últimos años, la misma que se habría mantenido constante en América Latina (OPS/FAO 1993, UN 1992). Sin embargo, datos individuales de los países muestran una reducción

Gráfica 12—Disponibilidad de energía en algunos países de América Latina



Fuente: OPS 1994.

en algunos de ellos (Gráfica 12) y un ligero aumento en otros (Gráfica 13). Existen otras fuentes de datos sobre la disponibilidad alimentaria. Localmente, la información respecto a la disponibilidad de alimentos en los mercados podría ofrecer datos útiles sobre la oferta local de alimentos. Es claro que esta oferta debe estar acompañada de adecuadas condiciones en la capacidad adquisitiva y selección y utilización de los alimentos para garantizar un adecuado consumo de los mismos y contribuir con la seguridad nutricional de la población.

En las áreas urbanas de Argentina, México y Perú se presentan además formas de organización comunitaria, como los comedores populares, que proveen alimentos preparados y que tendrían un rol importante en la oferta alimentaria (Aguirre 1994, Immink 1993, Sánchez-Griñán y Galarreta 1991). Esta oferta institucional de alimentos contribuirá eventualmente a la seguridad nutricional. Estas instancias podrían ser determinantes para la disponibilidad de alimentos, especialmente en los hogares pobres. Por otro lado, dado el aumento creciente en la proporción de la población económicamente activa, los comedores y cafeterías laborales de servicios de alimentación contribuirían también con la seguridad alimentaria y la nutricional de este grupo de la población. En el caso de la población materno-infantil, su participación en programas de alimentación complementaria repercutiría en su seguridad alimentaria.

Acceso a Alimentos Adecuados e Inocuos

La distribución de los alimentos a nivel nacional se caracteriza por mostrar grandes diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos de la población. Estas son el resultado de un desigual acceso a los alimentos, el cual depende de la capacidad adquisitiva de la población, del ingreso y del precio de los alimentos (Atkinson 1992; von Braun et al. 1993). Estos factores son especialmente importantes en las áreas urbanas.

Por otro lado, el acceso a alimentos adecuados implica no solamente que los alimentos y la dieta sean adecuados nutricionalmente[13] (en cantidad y calidad), sino que además estén en condiciones inocuas para satisfacer las necesidades de la población.[14, 15]

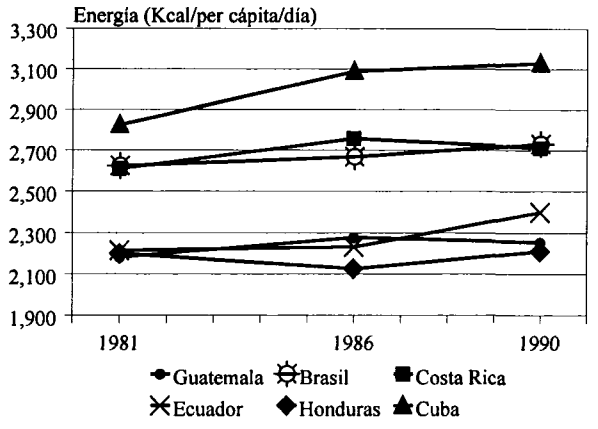
El acceso a los alimentos puede ser analizado indirectamente a través del presupuesto del hogar dedicado a la alimentación, aunque no necesariamente un mayor presupuesto en alimentos se reflejará en un mayor consumo de energía o nutrientes. En varias ciudades de América Latina se observan diferencias importantes en el presupuesto del hogar destinado a la compra de alimentos entre los diferentes estratos socioeconómicos. Entre 1966 y 1975, los hogares más pobres de algunas ciudades de Brasil,

[13]Energía, proteína de origen animal y/o de origen vegetal, hidratos de carbono simples y/o complejos, grasa, micronutrientes, vitaminas, minerales, fibra dietética.

[14]La calidad de los alimentos puede ser a su vez afectada por un inadecuado manejo en la post-cosecha, debido a un inadecuado procesamiento o empaque.

[15]Existen algunos alimentos que contienen sustancias bociogénicas, como el repollo y el nabo, que interfieren en la adecuada absorción de yodo, jugando un rol importante en la etiología del bocio (Noguera y Gueri 1994).

Gráfica 13—Disponibilidad de energía en algunos países de América Latina

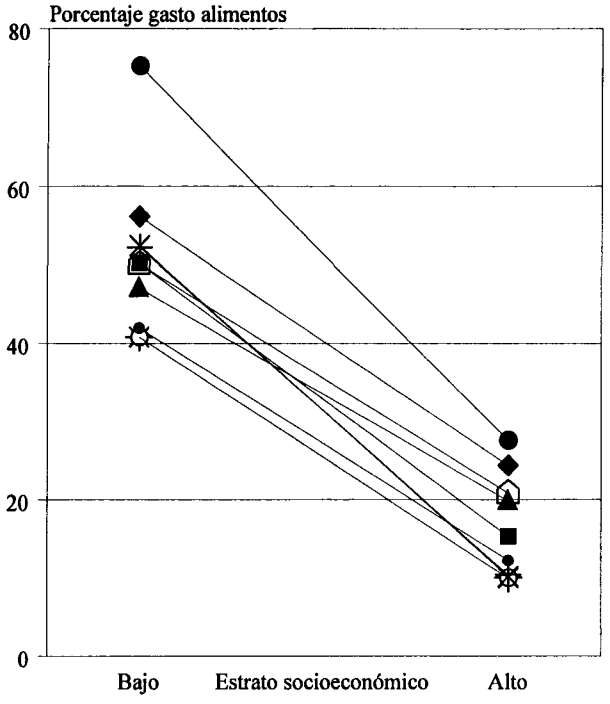


Fuente: OPS 1994.

Ecuador y Venezuela gastaban entre 47 y 75% del presupuesto del hogar en alimentos, mientras que los de mayores recursos gastaban tan sólo entre 10 y 27% (Gráfica 14). Entre 1985 y 1991, los hogares pobres de algunas ciudades de Argentina, Bolivia, Colombia y Perú gastaban entre 43 y 66% en alimentos, mientras que los de más recursos gastaban entre 28 y 55% (Gráfica 15). Estos datos sugerirían que la diferencia entre estratos se estaría reduciendo al aumentar la proporción del gasto en alimentos en los hogares de mayores recursos y al mantenerse en los más pobres. Sin embargo, esta tendencia deberá ser tomada con cautela dada la diversidad de ciudades comparadas (Bolivia 1992; Brasil 1975; Carmuega et al. 1994; Delgado y Ramírez 1994; Fajardo 1994; Freire y Dutra 1994; Lara Pantín et al. 1994; Lee, Guarderas y Scott 1991; Sánchez-Griñán et al. 1992; Sánchez-Griñán y Galarreta 1991).

Factores como el ingreso y el empleo son también determinantes en la seguridad alimentaria y nutricional. Se puede especular que la seguridad alimentaria dependerá a su vez de la estabilidad en los ingresos. Se ha señalado que aquellos hogares cuyo jefe de hogar se dedica a actividades en las que el ingreso no es estable, como el caso de los obreros de construcción en las áreas urbanas, es común encontrar que, aunque dedican una elevada proporción del gasto del hogar en alimentos también se encuentran elevadas tasas de desnutrición infantil; tal es el caso de Bolivia y Perú (Bolivia 1992; Harrell, Parrillon y Franklin 1989).

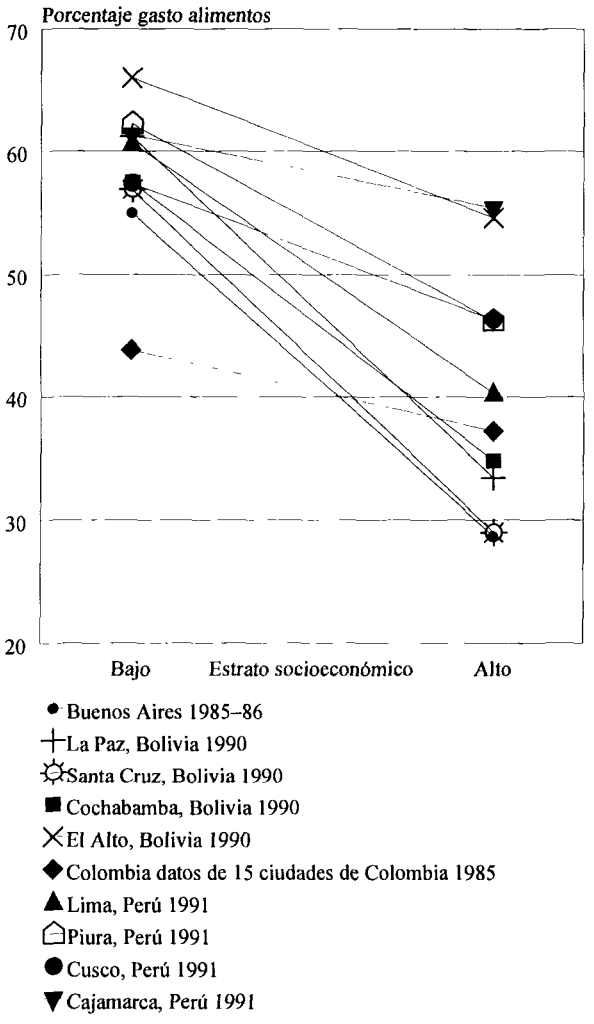
Gráfica 14—Gasto en alimentos según estrato socioeconómico en algunas ciudades de América Latina, 1966–76



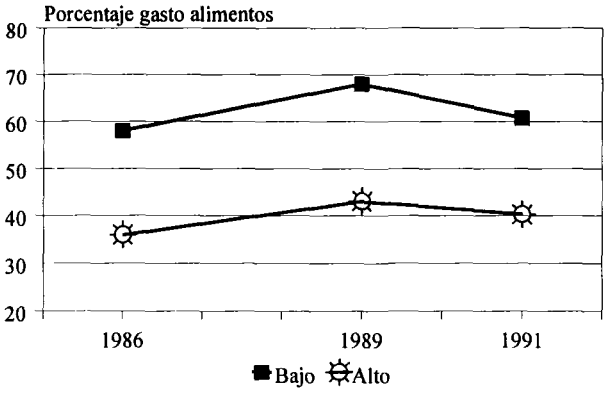
Fuente: Brasil 1975; Lee, Guarderas y Scott 1991; Lara Pantín et al. 1994.

Se ha señalado además una variada capacidad de respuesta en los hogares ante limitadas condiciones socioeconómicas. En hogares de Lima, entre 1986 y 1991, se ha podido apreciar un incremento del gasto en alimentos, tanto en los más pobres como en los más ricos (Gráfica 16) (López et al. 1992a; Sánchez-Griñán, Cavero y Galarreta 1991). Se esperaría que estos cambios permitan a la población alcanzar con éxito adecuadas condiciones nutricionales. Sin embargo, es evidente que el mayor gasto en

Gráfica 15—Gasto en alimentos según estrato socioeconómico en algunas ciudades de América Latina, 1985–91



Gráfica 16—Gasto en alimentos según estrato socioeconómico Lima



Fuente: Sánchez-Griñan, Cavero y Galarreta 1991.

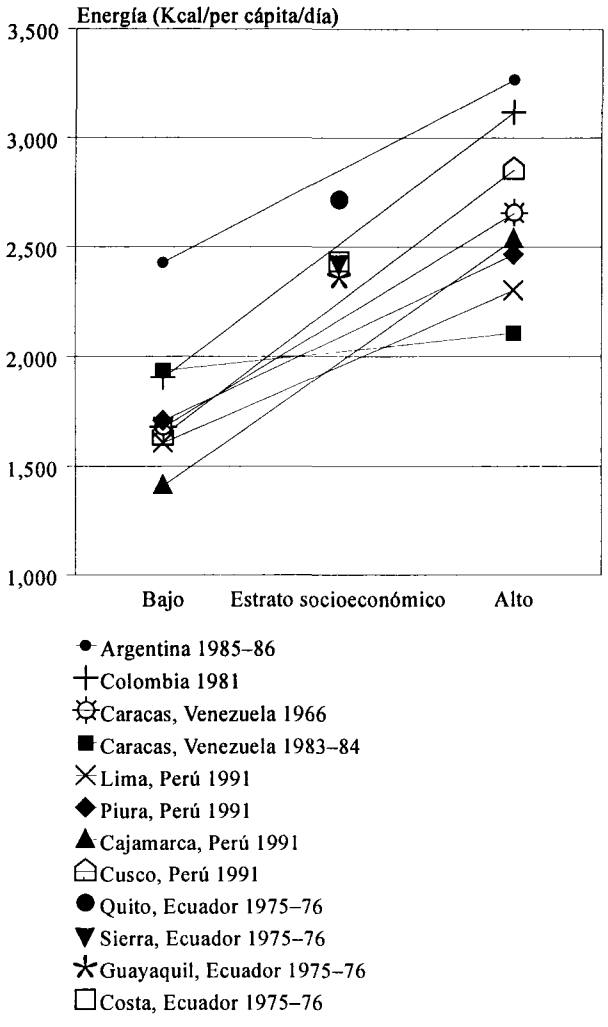
alimentos en los hogares pobres, no implica necesariamente un aumento en el "consumo aparente"[16] de alimentos y energía (Gráfica 17) (Carmuega et al. 1994; Fajardo 1994; Lara Pantín et al. 1994; Lee, Guarderas y Scott 1991; López et al. 1992b). La disminución en el ingreso y el aumento del precio de los productos serían factores determinantes.

Datos similares se presentan, entre 1966 y 1983, en Caracas (Lara Pantín et al. 1994), donde se manifiesta una reducción en la energía adquirida en los hogares más ricos, en contraste con un ligero aumento en los de los más pobres. Sin embargo, en términos absolutos, los más pobres continuaban comprando una menor cantidad de energía. En Lima y otras ciudades del Perú se observa además que una alta proporción de hogares pobres no alcanza a cubrir sus necesidades de energía (López et al. 1992b, Sánchez-Griñán, Cavero y Galarreta 1991) (Gráficas 18 y 19).

La mayoría de estudios de consumo o de compra de alimentos en hogares urbanos señala una mayor diversidad en la canasta alimentaria de la dieta familiar urbana, la cual estaría asociada a la mayor diversidad sociocultural en las áreas urbanas (Atkinson 1992, Hussain y Lunven 1987). Esto estaría afectado por el origen de los migrantes y por su tiempo de residencia. Sin embargo, la alimentación de los pobres que viven en áreas urbanas no parece ser tan variada como la de los estratos altos, pues basan su alimentación principalmente en alimentos más económicos. En los hogares pobres se sustituyen los productos de mayor calidad nutricional y de mayor costo por otros de menor calidad y menos costosos; por ejemplo, se sustituye la proteína de origen animal por fuentes menos costosas como las de cereales

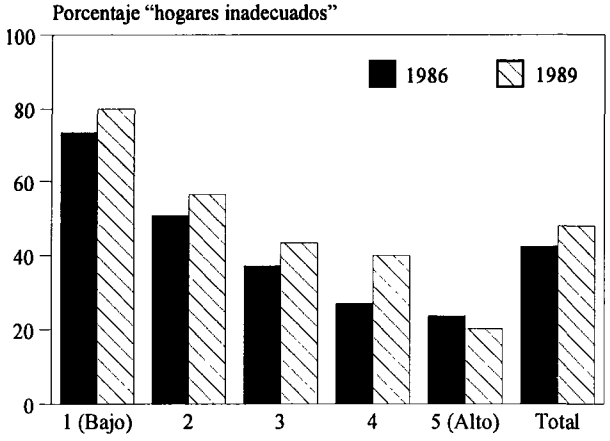
[16]El "consumo aparente" se refiere a la compra de alimentos en el hogar, medido a través de encuestas de presupuestos familiares. El consumo real se refiere a la ingesta de alimentos medido a través de encuestas dietéticas.

Gráfica 17—Consumo aparente de energía según estrato socioeconómico en algunas poblaciones urbanas de América Latina



Fuente. Carmuega et al. 1994; Fajardo 1994; Lara Pantín et al. 1994; Bolivia 1992; Lee, Guarderas y Scott 1991; López de Romaña et al. 1992a, 1992b.

Gráfica 18—Hogares con consumo aparente inadecuado de energía según estrato socioeconómico, Lima, 1986–89



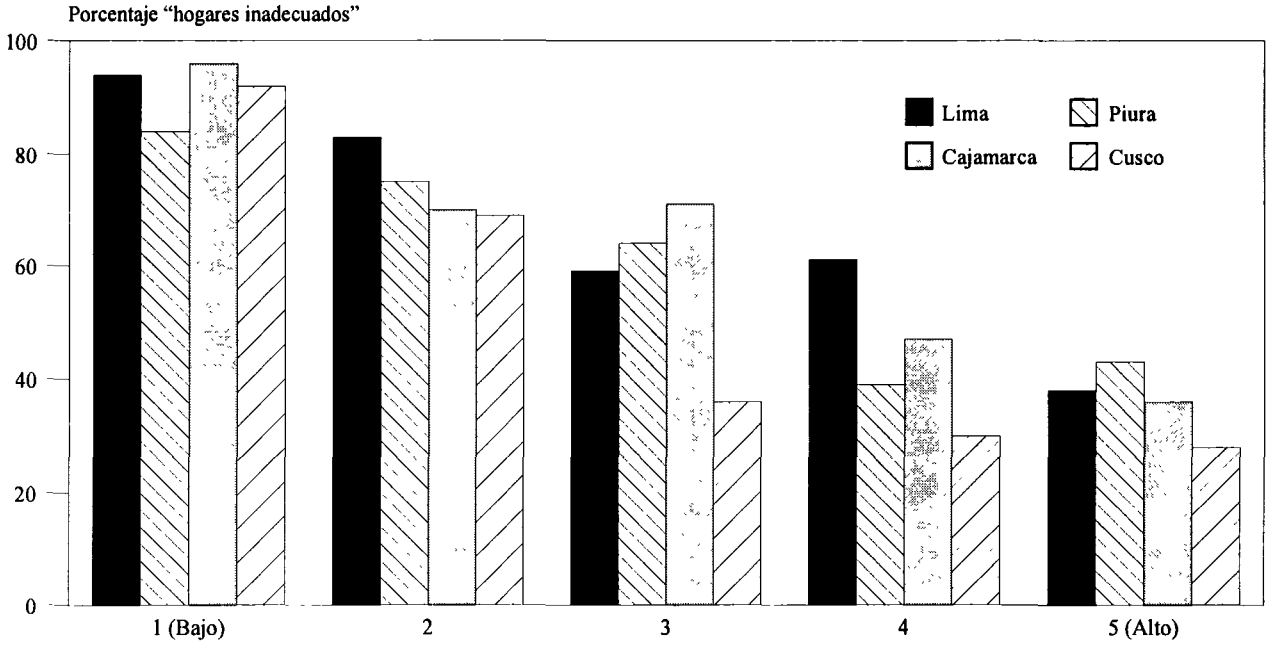
Fuente: Sanchez-Griñan, Cavero y Galarreta 1991.
Inadecuación: compra de energía menor al 100% de necesidades.
Estrato socioeconómico = Quintiles de gasto.

de origen vegetal (OPS/FAO 1993), tal como se aprecia en hogares urbano marginales de Buenos Aires y Lima (Aguirre 1994, Creed y Graham 1983). Esto podría repercutir en la calidad y balance de la dieta familiar (Atkinson 1992), y podría afectar de manera desigual a los distintos miembros de la familia según su vulnerabilidad biológica y de acuerdo a la interacción con otros factores relativos a la distribución de alimentos en el hogar.

Adicionalmente, las encuestas de hogares proporcionan información sobre los patrones de compra de alimentos específicos, las que a su vez proporcionan importante información respecto a la participación de alimentos de producción nacional que forman parte del mercado urbano y de la canasta alimentaria en los hogares urbanos. Se aprecia así la importancia creciente de los cereales, especialmente el trigo y el arroz, en la compra de alimentos de los hogares en las ciudades de Argentina, Colombia, Ecuador y Perú, ciudades de las que se dispone de datos. También son notorias las diferencias en los patrones de adquisición de hortalizas y verduras entre distintos estratos socioeconómicos, tal como se puede apreciar en algunas ciudades del Perú (Sánchez-Griñán et al. 1992). La costumbre de consumir limitadas cantidades de hortalizas y frutas, así como dietas ricas en hidratos de carbono refinados, podrían contribuir en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

Por otro lado, las ciudades se caracterizan por contar con una población que se desplaza largas distancias entre sus hogares y centros de trabajo o estudio, haciéndose cada vez más importante la alimentación fuera del hogar. Los datos en diferentes ciudades de América Latina señalan hasta un 33% del gasto en alimentos que se realiza fuera del hogar.

Gráfica 19—Hogares con consumo aparente inadecuado de energía según estrato socioeconómico en ciudades del Perú, 1991



Fuente: López de Romaña 1992a; 1992b.
Estrato Socioeconómico = Quintiles de Gasto.
Lima: 80% de la población de Lima metropolitana, representa al estrato C = estrato bajo.

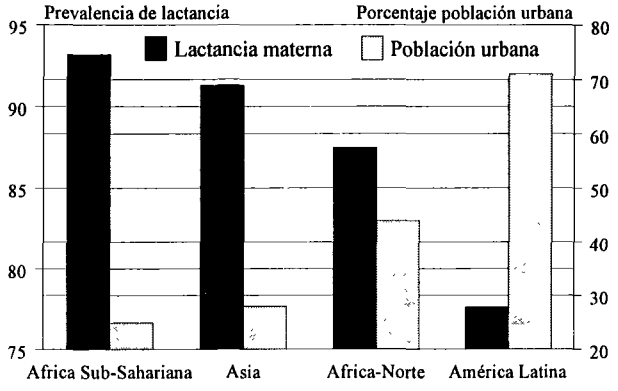
Es sumamente importante tomar en cuenta el rol de la venta de alimentos en las calles y su contribución a la seguridad alimentaria y la nutricional (Atkinson 1992). En Haití se indica que los alimentos comprados fuera del hogar contribuyen en un 25% a la ingesta diaria de energía en un grupo de escolares (Chauliac y Gerbouin-Rerolle 1994). Este estilo cada vez más predominante de alimentación urbana podría constituir un riesgo nutricional no sólo debido a un inadecuado balance en los alimentos preparados adquiridos o al consumo desbalanceado de ciertos alimentos,[17] sino también debido a los riesgos de contaminación, infección y/o intoxicación que estas preparaciones pueden ofrecer. En este sentido, el patrón de compra de alimentos fuera del hogar podría afectar la seguridad alimentaria y la nutricional.

Estos patrones de alimentación están a su vez definidos por las preferencias individuales, los hábitos culturales y las características organolépticas de los alimentos. La población adquiere alimentos y no solamente energía y nutrientes. Las características de los alimentos consumidos van a depender así no sólo de las variables económicas, sino también del sabor y apariencia, además de cumplir un importante rol psicosocial (Atkinson 1992). Por ello es esencial tomar en cuenta la aceptabilidad cultural de los alimentos. Es importante incorporar este aspecto en el análisis de la problemática de seguridad nutricional, dadas sus consecuencias sobre la salud y nutrición de la población. Este aspecto será tratado posteriormente en la sección 3.

A nivel individual, es preciso llamar la atención sobre el efecto que la urbanización estaría ejerciendo en la alimentación del niño lactante en América Latina. Las prácticas inadecuadas de lactancia repercutirían en la salud del niño, especialmente en hogares pobres, cuyas condiciones de saneamiento ambiental, higiene y acceso a servicios de salud tienen mayor riesgo de ser inapropiadas que en los

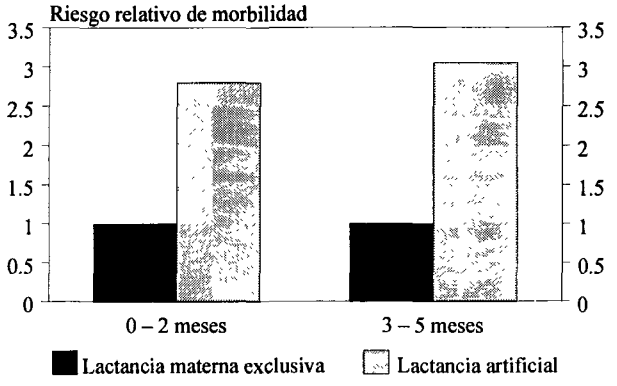
[17]Elevado consumo de dietas ricas en grasa e hidratos de carbono refinados y reducción en la ingesta de hidratos de carbono complejos y fibra dietética.

Gráfica 20—Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y porcentaje de población urbana en algunas regiones del mundo 1990



Fuente: DHS 1991; OMS 1993.

Gráfica 21—Riesgo a la infección diarreica en niños lactantes según el tipo de lactancia y edad de los niños, Huáscar, Lima, Perú



Fuente: Brown et al. 1989.

Notas: Huáscar: área urbano marginal. Riesgo relativo es una medida de asociación que relaciona la tasa de incidencia de una enfermedad en sujetos expuestos a un factor determinado en relación a la incidencia de aquellos sujetos no expuestos a dicho factor (Mausner y Bahn 1985).

estratos más altos. América Latina presenta los menores niveles de lactancia materna entre los países en desarrollo y se caracteriza además por presentar una baja prevalencia de lactancia materna exclusiva (Gráfica 20) (DHS 1991; OMS 1993). La lactancia materna provee las condiciones adecuadas para la seguridad nutricional del niño menor de seis meses, ya que garantiza su seguridad alimentaria, lo previene de enfermedades infecciosas y le brinda cuidado materno. Se ha estimado que aquellos niños que reciben lactancia materna exclusiva presentarían un menor riesgo[18] ante infecciones diarreicas y respiratorias[19] que aquellos niños que reciben lactancia artificial, según un estudio en niños menores de un año en hogares urbano marginales de Lima (Gráfica 21 y 22) (Brown et al. 1989).

A nivel colectivo, ha sido evidente la formación de redes populares como una manifestación de los hogares de áreas urbanas frente a la crisis económica. Algunas de éstas se han institucionalizado y constituirían recursos importantes a nivel local, tanto en Perú como en México y Argentina (Aguirre 1994; Immink 1993; Sánchez-Griñán y Galarreta 1991), países en los cuales el rol de la mujer es predominante en la mayoría de los casos (Buvinic y Yudelman 1989). Estas manifestaciones constituyen un reflejo de la capacidad local de organización de la población para enfrentar situaciones adversas o para aprovechar mejor las condiciones de las políticas económicas existentes.

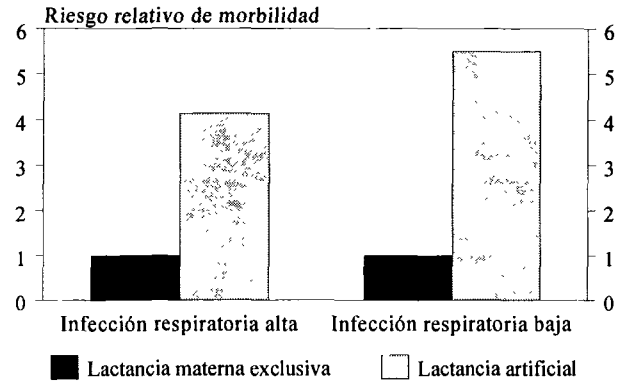
En el Perú hubo una importante participación de los hogares pobres en estrategias sociales colectivas y familiares[20] vinculadas a la alimentación, a diferencia de los hogares de mayores recursos (López et al. 1992b). Cerca de la mitad de los hogares pobres de Lima estarían haciendo uso de estas estrategias, mientras que en el estrato alto las usan tan sólo un 8%. Es interesante también notar que este comportamiento no se aprecia en otras ciudades más pequeñas del Perú, como Piura, Cajamarca y Cusco. Estas diferencias podrían sugerir la necesidad que tiene la

[18]Riesgo relativo es una medida de asociación que relaciona la tasa de incidencia de una enfermedad en sujetos expuestos a un factor determinado en relación a la incidencia de aquellos sujetos no expuestos a dicho factor (Mausner y Bahn 1985).

[19]Infección respiratoria alta se refiere a la infección de las vías aéreas altas que incluyen las estructuras que se encuentran desde la boca hasta los bronquios segmentarios (cavidad nasal, faringe, laringe, traquea, bronquios primarios, bronquios secundarios y bronquios segmentarios o terciarios). Infección respiratoria baja se refiere a la infección de las vías aéreas bajas que incluyen las estructuras desde los bronquiolos, bronquiolos terminales, bronquiolos respiratorios, ductos alveolares y alveolos en los pulmones.

[20]Ya sea comedores populares, apoyo familiar, programas municipales de desayunos, entre otros.

Gráfica 22—Riesgo a la infección respiratoria en lactantes según el tipo de lactancia, Huáscar, Lima, Perú



Fuente: Brown et al. 1989.

Notas: Huáscar: área urbano marginal. Riesgo relativo es una medida de asociación que relaciona la tasa de incidencia de una enfermedad en sujetos expuestos a un factor determinado en relación a la incidencia de aquellos sujetos no expuestos a dicho factor (Mausner y Bahn 1985). Infección respiratoria alta se refiere a la infección de las vías aéreas altas que incluyen las estructuras que se encuentran desde la boca hasta los bronquios segmentarios (cavidad nasal, faringe, laringe, traquea, bronquios). Infección respiratoria baja se refiere a la infección de las vías aéreas bajas que incluyen las estructuras desde los bronquiolos, bronquiolos terminales, bronquilos respiratorios, ductos alveolares y alveolos en los pulmones.

población de recurrir a este tipo de organizaciones colectivas en los grandes centros urbanos como Lima. Surge la interrogante respecto a la importancia del tamaño de las ciudades para el desarrollo de comportamientos colectivos. Por otro lado, aún no se entiende bien cuál sería la contribución de estas estrategias en la seguridad alimentaria y sobre todo en la seguridad nutricional de los hogares pobres.

Es evidente que los factores económicos, tales como el precio de los alimentos y la capacidad adquisitiva, así como las preferencias y prácticas alimentarias de la población, influirían de manera considerable en los estilos de alimentación. Esto repercutirá tanto en la cantidad de alimentos adquiridos, como en su calidad, pudiendo tener serias consecuencias nutricionales, especialmente en la población urbana. Sin embargo, el hogar urbano en América Latina está a su vez expuesto a riesgos relacionados con la condición de los servicios de salud y saneamiento ambiental, los que a su vez ejercerán impacto sobre la seguridad nutricional si no son tomados en cuenta.

Control y Prevención de Enfermedades y Saneamiento

El aprovechamiento biológico de los alimentos depende de la salud de las personas y de su capacidad para utilizar los nutrientes. La interacción entre los procesos de infección y consumo inadecuado de alimentos constituye un círculo vicioso que repercute en el estado nutricional de la población. La presencia de enfermedades puede afectar los requerimientos nutricionales del individuo, por lo cual es necesario garantizar i) servicios de salud adecuados, y ii) condiciones de saneamiento ambiental adecuado.

Servicios de Salud

Los cambios epidemiológicos observados, y la creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y su coexistencia con enfermedades de deficiencia nutricional, llaman la atención sobre la necesidad de adecuar los servicios de salud a los riesgos de morbilidad y mortalidad de la población. En este sentido, es esencial recurrir a soluciones orientadas a la modificación de los estilos de vida de la población, especialmente en áreas urbanas, que se anticipen a las causas, tanto para el caso de enfermedades infecciosas como para el de enfermedades crónicas no transmisibles.

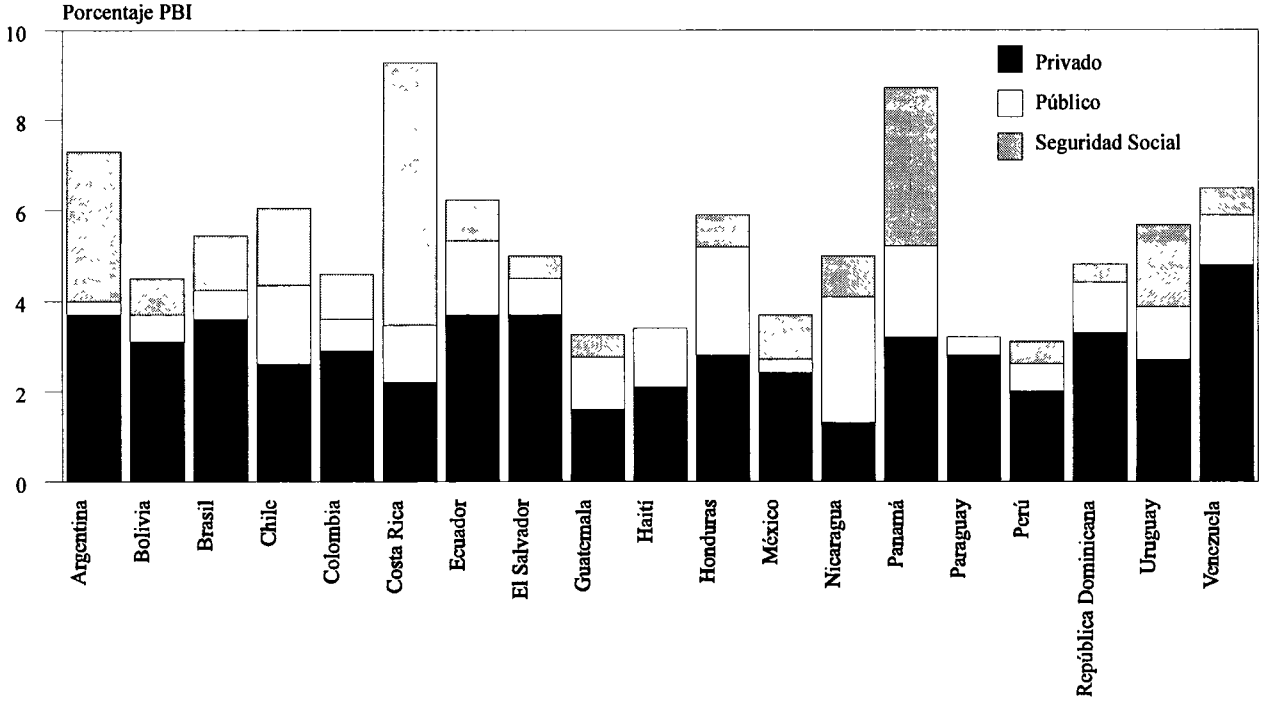
En América Latina aún se manifiesta una alta prevalencia de enfermedades infecciosas que influirían sobre la seguridad nutricional, especialmente en la población infantil. Los efectos de la diarrea en el estado nutricional de un niño pueden estimarse en función al número de días que el niño estará enfermo durante el año, dado un promedio de duración de la diarrea de 5 días. El impacto que este período de enfermedad ejerce sobre el estado nutricional del niño puede ser dramático debido a la reducción en la utilización biológica de los nutrientes y a la inapetencia característica del niño enfermo. Si a esta situación le agregamos una inadecuada alimentación, también común en los niños pequeños en áreas urbanas pobres (Hussain y Lunven 1987, López et al. 1992b), la repercusión sobre los índices de desnutrición será elevada. Los menores de cinco años en América Latina tienen en promedio hasta 7 episodios de diarrea por niño en un año (OPS 1994). Sin embargo, al comparar estratos socioeconómicos en una misma ciudad se puede observar que la prevalencia de diarrea es

cuatro veces mayor en los niños de estratos pobres que en los de estratos altos, tal como se ha calculado en la ciudad de Valencia, Venezuela (OPS 1994). En niños de zonas urbano marginales de la ciudad de Lima, Perú, los niños menores de un año presentaban en promedio 10 episodios de diarrea por niño en un año (Brown et al. 1989).

La forma de organización de los sistemas de salud es variable en los países de América Latina, en los cuales se observa además una tendencia a la descentralización de los servicios, encontrándose en estadíos más avanzados en Costa Rica, Colombia y Chile (OPS/CEPAL 1994). La mayoría de los países han iniciado procesos de reforma en los sistemas de salud, que se sustentan en la incorporación de nuevas formas de financiamiento y de gerencia que aumenten la eficiencia del gasto y por lo tanto reduzcan la carga financiera de los gobiernos nacionales (OPS 1994). Estos procesos de reforma responden a la inquietud por identificar la manera más adecuada de organizar los servicios, tanto para la atención, como para las actividades preventivas y de promoción de la salud. En este sentido, es imprescindible tomar en cuenta los elevados costos que la atención de las afecciones crónicas no transmisibles demandan, especialmente en relación a los servicios de tipo curativos. Estos últimos amenazan con superar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, los que a su vez deben responder a la situación de carencias nutricionales (Fajardo 1994).

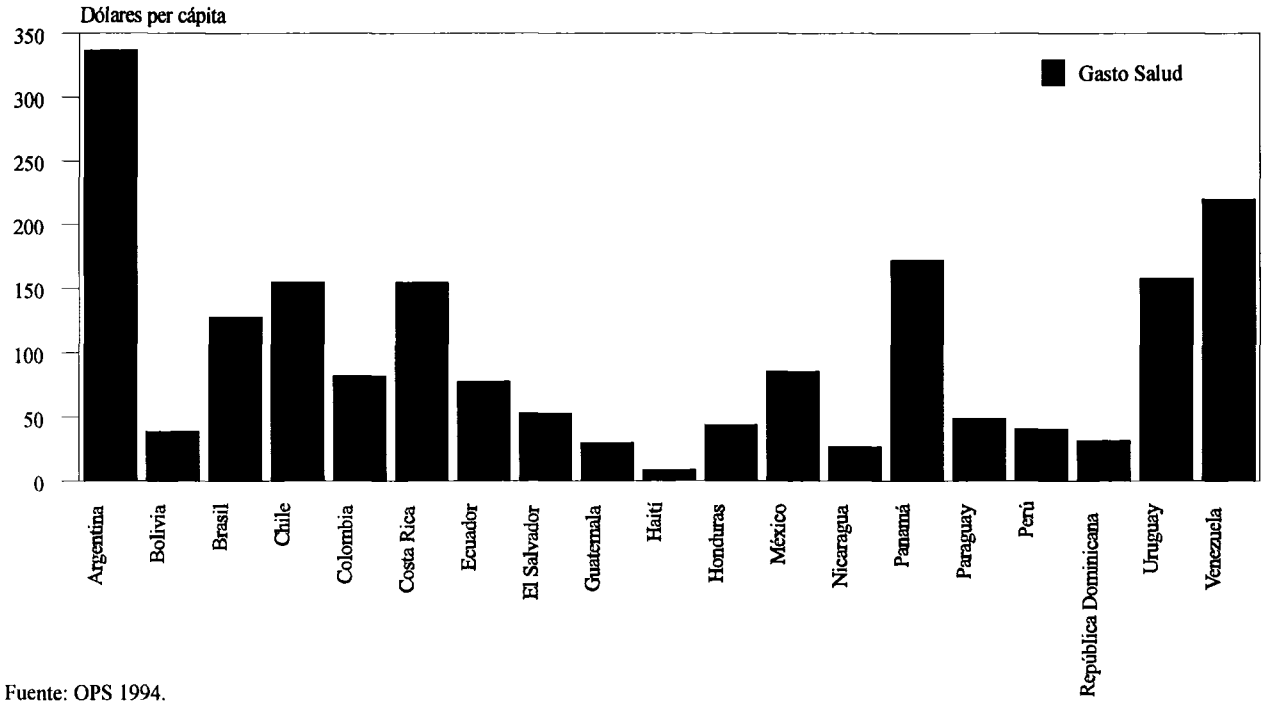
Los países de América Latina gastan alrededor del 5.7% del producto interno bruto (PIB) en salud (Gráfica 23), cifra que representa un promedio de US $122 al año (en dólares constantes de 1988). Sin embargo, se observan marcadas diferencias entre los países de más bajos ingresos y los de más altos ingresos. En países como Argentina y Venezuela se gasta aproximadamente entre US $337 y $220 per cápita al año, mientras que en Nicaragua y Guatemala esta cifra corresponde a tan sólo US $27 y $30 per cápita al año en salud (Gráfica 24). La crisis económica de los años ochenta habría tenido también impacto en la composición del gasto nacional en salud y en el financiamiento del sector salud en

Gráfica 23—Gasto en salud como proporción del Producto Bruto Interno (PBI) según sectores (Privado, Público y Seguridad Social) América Latina, 1990



Fuente: OPS 1994.

Gráfica 24—Gasto nacional en salud en América Latina en 1990 (US$ 1988)



Fuente: OPS 1994.

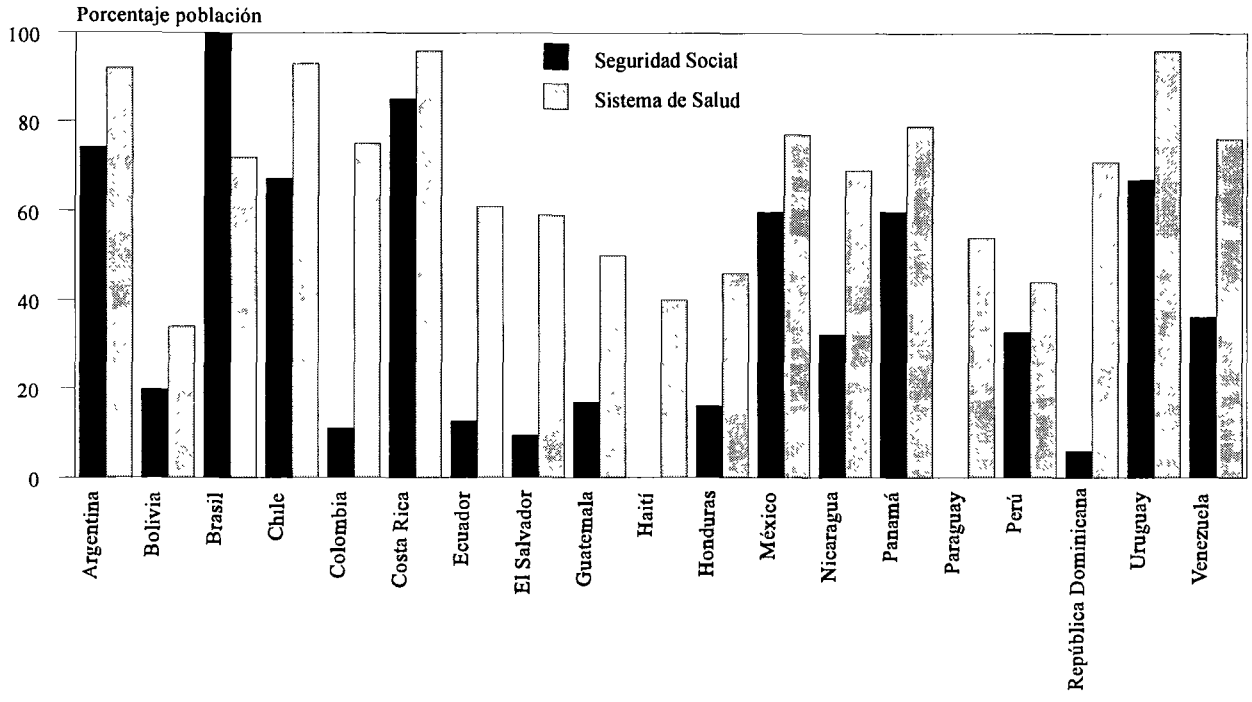
América Latina. El gasto de los gobiernos centrales disminuyó en América Latina de US $6,800 millones en 1980 a US $6,500 millones en 1990 y en términos per cápita se redujo aproximadamente un 22% de US$ 19 a US $ 15 entre estos años (OPS 1994). Sin embargo, se canalizaron recursos a los sistemas de seguridad social, determinando un aumento de US $25 en 1980 a US $30 en 1990 (dólares constantes de 1988) (OPS 1994).

La cobertura de los sistemas de salud a nivel nacional en América Latina indica un 96% en Costa Rica y un 34% en Bolivia (Gráfica 25). Estos datos reflejan la cobertura nacional sin diferenciar la atención dada a los pobladores urbanos o rurales, así como tampoco toma en cuenta diferencias entre estratos socioeconómicos. Es de esperar que los niveles de cobertura en los estratos de menores recursos o en las áreas urbano marginales de las ciudades de América Latina sean inferiores al promedio. Por otro lado, es posible que aunque algunas áreas urbanas cuenten con una adecuada cobertura de servicios de salud, los hogares no puedan acceder a ellos. Este acceso podría ser limitado, debido a las condiciones socioeconómicas de la población, y a percepciones y adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

Es preciso señalar además que la estimación de la cobertura del sistema de salud en América Latina es sumamente compleja. Existen tanto sistemas privados y públicos que brindan servicios de salud así como varios subsistemas (OPS 1994). La contribución de los diferentes subsistemas en salud es variable en los diferentes países. Entre estos subsistemas, en muchos países encontramos servicios de salud brindados por numerosas instituciones—como las organizaciones no gubernamentales (ONG)— especialmente dirigidos a los más pobres. Sin embargo, su producción en salud no ha sido incorporada a las estadísticas existentes (OPS 1994). En 1991, en Perú se estimó que de un total aproximado de 450 organizaciones no gubernamentales a nivel nacional, cerca de un 30% se dedicaban a actividades en salud y nutrición (Sánchez-Griñán y Galarreta 1991).

El gasto en salud en Costa Rica asigna una importante partida a la seguridad social, mientras que en países como Paraguay o República Dominicana, ésta es mínima o está ausente. Por otro lado, no solamente el subsistema de la seguridad social juega

Gráfica 25—Cobertura del sistema de salud y de la seguridad social en América Latina en 1990



Fuente. OPS 1994.

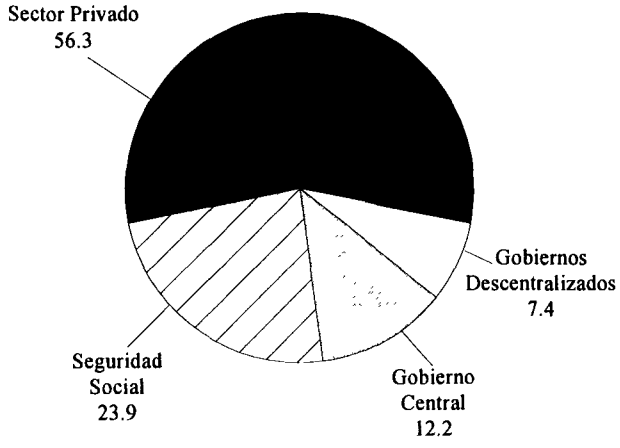
un rol importante en países como Costa Rica o Brasil, en los cuales se registra un 85% y 100% de cobertura, respectivamente (Gráfica 25). El gasto privado de los hogares en la compra de bienes y servicios en salud jugaría también un rol primordial. En América Latina, aproximadamente un 56% de la proporción del gasto en salud procede del sector privado (Gráfica 26) (OPS 1994). Este gasto privado en salud está en función del estrato socioeconómico de los hogares. En la mayoría de los países, los hogares pobres gastan una menor proporción de su presupuesto en salud, a diferencia de los hogares de mayores ingresos (Gráfica 27), lo que estaría asociado a su limitada capacidad adquisitiva y coincidiría con un mayor gasto en rubros como la alimentación. Ello constituiría parcialmente una estrategia de adaptación a las limitadas condiciones socioeconómicas.

En cuanto a las asignaciones presupuestales a nivel nacional, datos de Chile y Costa Rica muestran una mayor proporción del gasto público en salud asignado a los hogares de menores recursos (27-28%) que el asignado a los de mayores ingresos (8.8-11%) en Chile y Costa Rica (Gráfica 28) (Aedo y Larrañaga 1994; Trejos et al. 1994). Es interesante notar que una menor proporción de hogares pobres estaría siendo atendido por las nuevas formas de organización para la atención de salud, como las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional)[21] en Chile (2.5% en la población de escasos recursos), siendo más importantes en los estratos de mayores ingresos (44%) (Gráfica 29). Sin embargo, en Chile el gasto privado en salud es proporcionalmente similar entre hogares de diferentes estratos (Aedo y Larrañaga 1994).

Es necesario señalar que aunque los datos son limitados en los países de América Latina, parece ser evidente que gran parte del presupuesto en salud estaría dirigido a los servicios curativos, antes que a los servicios preventivos y de promoción de la salud (Aedo y Larrañaga 1994; Trejos et al. 1994).

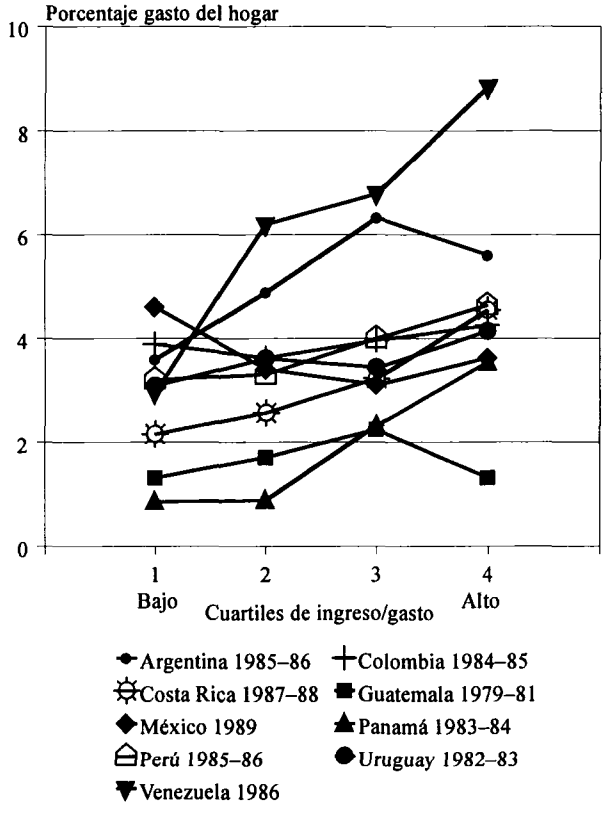
[21]Las instituciones de Salud Previsional comenzaron a operar en 1981 y constituyen una opción de afiliación a un sistema privado de financiamiento y administración de los beneficios previsionales. Los trabajadores pueden optar entre distintas entidades que financian, administran y prestan servicios de salud o aportar sus contribuciones obligatorias al sistema estatal (OPS/CEPAL 1994).

Gráfica 26—Participación de los diferentes sectores en el gasto nacional en salud en América Latina, 1990



Fuente: OPS 1994.

Gráfica 27—Proporción del gasto del hogar en salud según estrato socioeconómico en algunos países de América Latina



Fuente: OPS 1994.

En Costa Rica, aproximadamente un 45% del gasto público en salud se orienta a los servicios de hospitalización, un 37.5% a la consulta, un 9.5% a la atención primaria y un 7.9% al saneamiento ambiental.

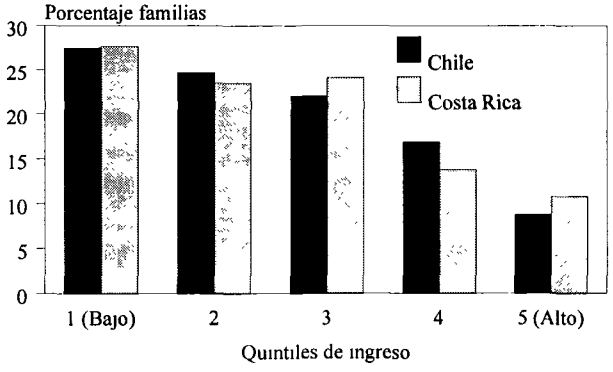
El impacto inicial de estos procesos de reforma en la cobertura y la calidad de atención, específicamente en la dirigida a los sectores más pobres de la población, aún no ha sido evaluado (OPS 1994). Sin embargo, es preciso tomar en cuenta que este proceso puede ser lento, ya que se dan obstáculos como la limitada tradición de coadministración a nivel local o limitada experiencia de participación comunitaria en los servicios de salud en muchos países. Estos cambios que se vienen dando en la privatización, descentralización y asignaciones presupuestales en América Latina influirían sobre el acceso de la población, especialmente de la población urbana pobre, a los servicios básicos (agua, saneamiento, educación), afectando la seguridad nutricional.

Saneamiento Ambiental

En la mayoría de los países el creciente aumento de la población urbana se asocia a un crecimiento elevado de las áreas marginales. En estas áreas urbanas pobres, los problemas de acceso a agua y desagüe, hacinamiento y vivienda, continúan siendo importantes problemas de saneamiento ambiental (Atkinson 1992). Las limitadas prácticas de higiene y la contaminación de los alimentos preparados en el hogar o en la calle bajo estas condiciones es inevitable. De allí la importancia de considerarlos como factores de riesgo en la seguridad nutricional de la población.

Es indispensable asegurar en las áreas urbanas un acceso adecuado a los servicios de saneamiento ambiental para reducir la exposición a la contaminación. En promedio, en las áreas urbanas de los países de América Latina tan sólo un 68% y 43% de los hogares cuenta con servicios de agua potable y eliminación de excretas, respectivamente (OPS 1994). Estos datos no reflejan las marcadas diferencias entre los estratos socioeconómicos. En cuatro

Gráfica 28—Distribución del gasto público en salud según estrato socioeconómico: Chile, 1990; Costa Rica, 1986



Fuente: Aedo y Larrañaga 1994; Trejos et al. 1994.

ciudades del Perú se señala que los hogares de mayores recursos cuentan con una cobertura de servicios de agua y desagüe que es entre un 30% y 50% mayor que la de los hogares pobres (Gráfica 31).[22]

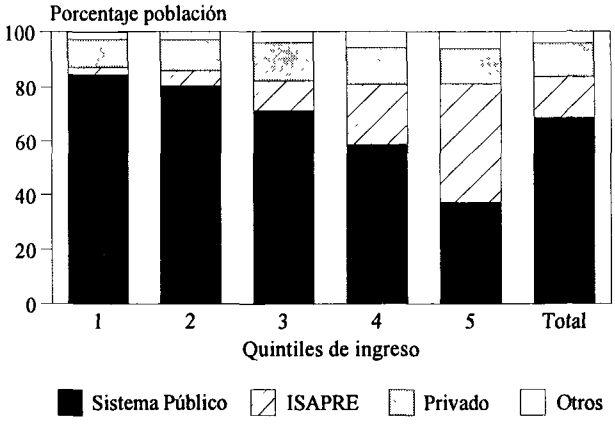
Es evidente el rol potencial que los aspectos relacionados a los servicios de salud y saneamiento y los ligados a la seguridad alimentaria tienen sobre la seguridad nutricional. Sin embargo, aún cuando estas condiciones son adecuadas, es necesario tomar en cuenta la capacidad de la población para el autocuidado y cuidado de los miembros vulnerables de la familia o comunidad, donde el comportamiento social estaría jugando un rol predominante.

Cuidado y Prácticas Adecuadas de la Población

La seguridad nutricional estaría además afectada por el comportamiento de la población hacia su salud y su capacidad para cuidar de ella. Este enfoque se basa en la promoción de la salud que, según la Carta de Ottawa (OPS, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública 1986), consiste en "el proceso que proporciona a la población la capacidad de ejercer un mayor control sobre su salud y mejorarla."

Las áreas urbanas presentan una gran diversidad de factores de riesgo para la salud de la población. El consumidor urbano está expuesto a una mayor diversidad de alimentos, formas de alimentación y estilos de vida y limitada actividad física que el poblador rural. Asimismo, el poblador urbano pobre está sometido a condiciones de saneamiento ambiental inadecuado, limitaciones de espacio, condiciones socioeconómicas limitadas y hacinamiento, que lo exponen también a riesgos de contaminación e infección. Entre los factores que afectarían la seguridad nutricional están aquellos asociados a la utilización y selección de alimentos en el hogar, a las prácticas y creencias sobre la alimentación de diferentes grupos de edad, a las prácticas de higiene, a la utilización de los servicios de salud, a la disponibilidad del tiempo, y al control del ingreso económico (Engle 1992, OMS/FAO 1992b). El nivel educativo, las percepciones y creencias, los hábitos socioculturales, el origen, la información disponible y el acceso a servicios de la población repercutirán en la capacidad individual o familiar de tomar control sobre estos factores, afectando la seguridad nutricional. También podría tomarse en cuenta la capacidad de la población para recurrir a las organizaciones e instancias sociales—públicas y privadas—que promueven y facilitan el cuidado a nivel local.

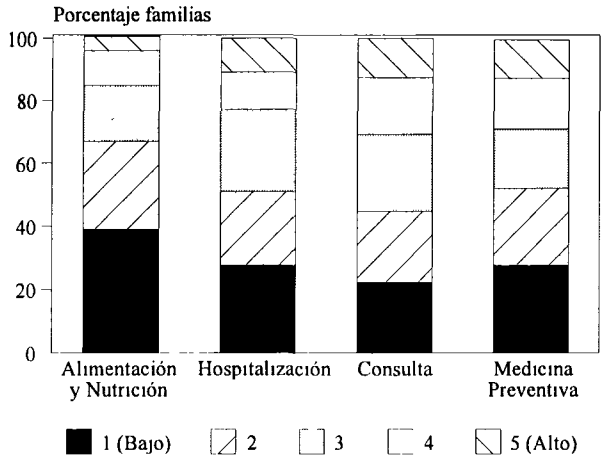
Gráfica 29—Cobertura del sistema de salud según estrato socioeconómico, Chile, 1990



Fuente: Aedo y Larrañaga 1994.

[22]En promedio, en Perú los hogares urbanos cuentan con 76% y 60% de cobertura de servicios de agua y desagüe, respectivamente.

Gráfica 30—Distribución del gasto público en salud según estrato socioeconómico, Costa Rica, 1986



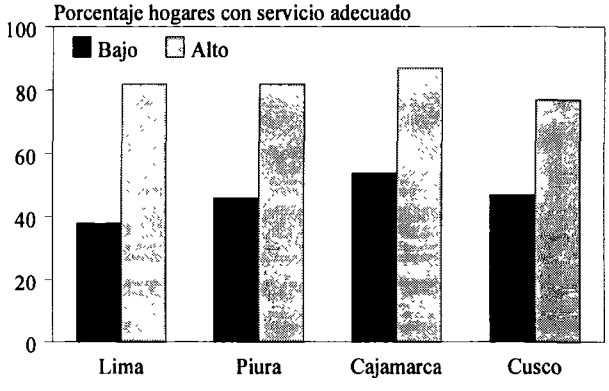
Fuente: Trejos et al. 1994.
Estrato socioeconómico: quintiles.

A nivel individual, es preciso distinguir la situación del lactante y del niño pequeño, cuya seguridad nutricional va a depender de la madre o persona encargada de su cuidado. En relación a la alimentación del lactante, es común observar que aunque la lactancia materna es prevalente en América Latina, no es una práctica exclusiva en los primeros 4 a 6 meses de edad. Posteriormente, durante el proceso de ablactación,[23] se ha observado en Perú que los alimentos preferidos por las madres y que ofrecen a los niños pequeños son preferentemente alimentos diluídos nutricionalmente, como caldos, sopas y jugos, de baja densidad energética y nutricional,[24] en lugar de ser alimentos espesos y balanceados (Gráfica 32) (Creed 1990).

A nivel del hogar, se ha manifestado la capacidad que el hogar tiene para modificar su comportamiento y patrones de compra de alimentos, como por ejemplo frente a condiciones socioeconómicas adversas (Aguirre 1994; López et al. 1992a; Lopéz et al. 1992b). Parece evidente que la población urbana pobre está haciendo una selección y compra de alimentos diferente que la de la población de mayores recursos. Los hogares más pobres gastaron aproximadamente la mitad de lo que gastaron los hogares del estrato más alto en la adquisición de una cantidad similar de energía (Gráfica 33) (López et al. 1992b, Sánchez-Griñán y Galarreta 1991). Esto podría reflejar una mayor eficiencia de los hogares pobres en la compra de alimentos, al comprar los menos costosos. Sin embargo, este comportamiento no garantiza el éxito en la calidad de los alimentos comprados y balance en su combinación, ya que podrían estar comprando alimentos de menor calidad, como se ha observado en hogares pobres de Buenos Aires y de Lima (Aguirre 1994; Creed y Graham 1983).

La capacidad de la población para mantener o mejorar su salud también está íntimamente relacionada con la noción que la misma población tiene sobre su salud. En un diagnóstico de hipertensión en una ciudad del Perú, se encontró que el 54% de los individuos diagnosticados como hipertensos no tenían conocimiento de su afección (Bazán et al. 1985). En Costa Rica, en un diagnóstico sobre la

Gráfica 31—Acceso a saneamiento adecuado según estrato socioeconómico en algunas ciudades del Perú, 1990–91

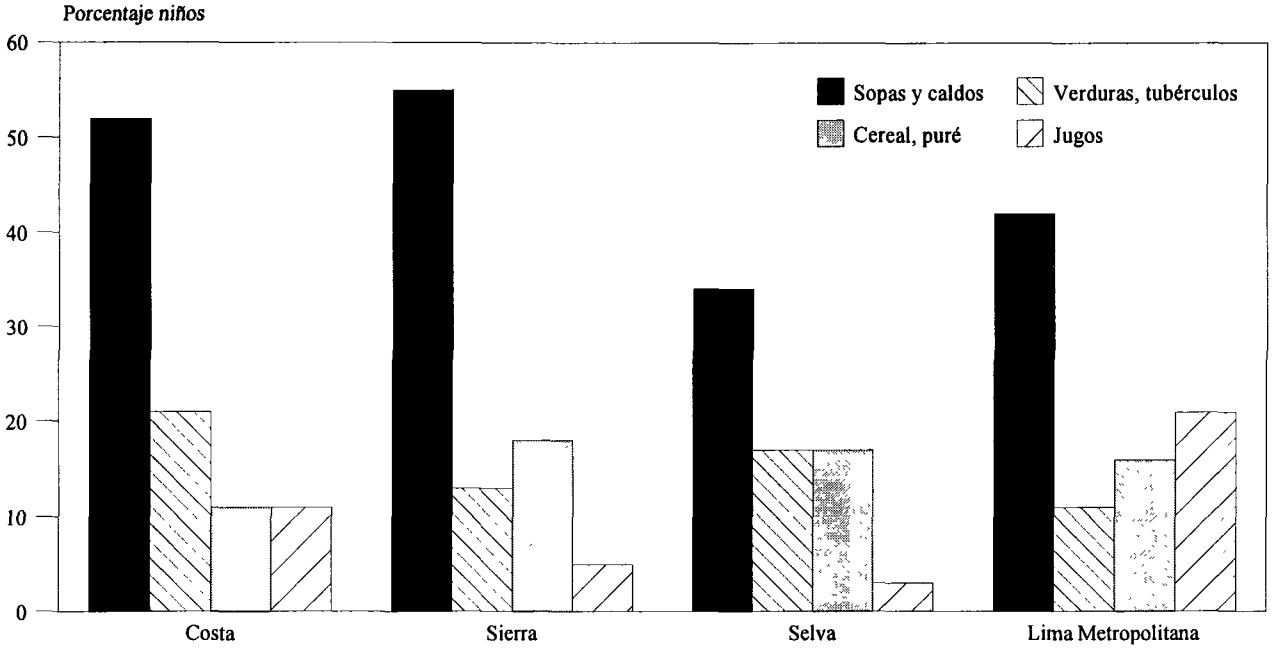


Fuente: López de Romaña et al. 1992a, 1992b.
Estrato socioeconómico: quintiles de gasto.
Saneamiento adecuado: agua y desagüe.

[23]Alimentación de destete.

[24]Tomando en cuenta la limitada capacidad gástrica de los niños pequeños, aún cuando este tipo de alimentación sea abundante, limitará la satisfacción de sus necesidades nutricionales.

Gráfica 32—Alimentación de ablactancia en el Perú, porcentaje de niños según el primer alimento ofrecido al destete, 1984



Fuente: Creed 1990.

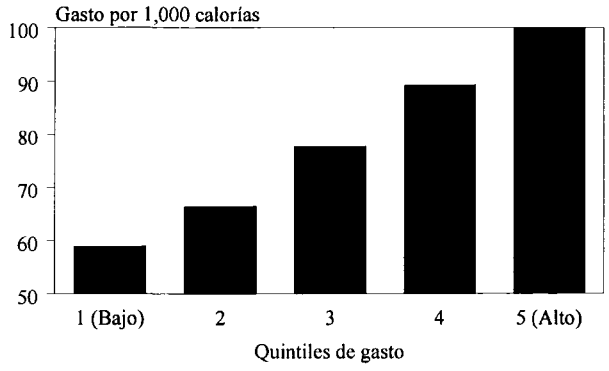
percepción de la población de su apariencia física, se señaló que un 26% de las mujeres identificadas como obesas[25] consideraban que tenían un peso adecuado (Coopesain 1994). Es evidente la necesidad de conocer las percepciones de los individuos respecto a su alimentación, salud y nutrición, así como respecto a la utilización y adecuación de los servicios ante las necesidades sentidas de la población.

A nivel comunitario, son conocidas las experiencias colectivas desarrolladas en comedores populares del Argentina, México, y Perú (Aguirre 1994, Immink 1993, Sánchez-Griñán y Galarreta 1991), y el rol que vienen cumpliendo frente a condiciones económicas adversas. La adaptación de estos modelos a las condiciones locales, así como su inserción a nivel municipal, podría optimizar su operatividad y permitir su expansión, como ocurrió en México (Immink 1993). La contribución de la mujer en servicios de alimentación comunitaria es considerable (Buvinic y Yudelman 1989), dándose diferentes modelos de relaciones sociales entre ellas que dependen de las diferentes etapas de adquisición, preparación, y distribución de alimentos. En Lima, estos grupos organizados constituyen una importante estructura comunitaria no sólo para ofrecer raciones alimentarias económicas, sino también para identificar a las familias en situación de vulnerabilidad extrema ("casos sociales"), cuya contribución ha sido especialmente relevante en situaciones económicas críticas como un sistema local de gestión, seguimiento y movilización de recursos.

A nivel de los gobiernos locales, se vienen dando iniciativas que evidencian también el interés por el adecuado cuidado de la población. En Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba y Perú, entre otros, se han formado consejos regionales o municipales, convocando a los diferentes sectores de la comunidad preocupados por la salud y nutrición (OPS/Ministerio de Salud, Alcaldía de Santiago de Cali 1992). A nivel del gobierno central, se ha mostrado en los países de América Latina interés en la promoción de la salud, al haber aprobado a través de la instancia ejecutiva y directiva de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, el Plan de Acción Regional para la

[25]Según el indicador de masa corporal mayor a 25 kg/m^2.

Gráfica 33—Indice del gasto por caloría según estrato socioeconómico, Lima, 1989



Fuente: Sánchez-Griñan, Cavero y Galarreta 1991.

Promoción de la Salud. Este Plan reconoce la importancia de acciones que apoyen la creación de ambientes y opciones saludables para la población, destacando su rol en el desarrollo de las sociedades (Anexo 1) (OPS/OMS 1994; OPS/OMS 1993).

Es evidente la necesidad de prestar atención al desarrollo de las nuevas estructuras sociales y comunitarias que se vienen dando a nivel local, en las que la participación comunitaria podría traer grandes ventajas para la eficiencia de intervenciones en alimentación y nutrición (Shrimpton 1995). En este contexto, el rol de la población es crucial en el cuidado de su salud y nutrición. Sin embargo, es importante enfatizar la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad y acceso a los servicios básicos de atención primaria y a los alimentos para el adecuado manejo y prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Conclusiones

Los hallazgos sobre los factores determinantes de la seguridad nutricional de la población urbana en América Latina y las tendencias en los perfiles epidemiológicos, institucionales y sociodemográficos destacan:

1. Una variación amplia en la disponibilidad de alimentos entre los países que se refleja en una disponibilidad diaria de energía de 1900 a 3200 calorías per cápita, y que se ha mantenido relativamente constante en la mayoría de los países en los últimos años.
2. Una diferencia marcada entre estratos socioeconómicos urbanos en el acceso a los alimentos, donde los hogares pobres, a pesar de dedicar una elevada proporción de su presupuesto a la alimentación y de ser eficientes en la adquisición de energía y nutrientes, no satisfacen ni la cantidad ni la calidad que su dieta requiere.
3. La proporción importante de alimentos que son consumidos fuera del hogar en ámbitos urbanos, donde las organizaciones sociales vienen jugando un rol activo en la oferta de servicios de alimentación especialmente para la población de escasos recursos.
4. La necesidad de reconocer riesgos diferenciales de vulnerabilidad nutricional entre los miembros de una familia, según edad, sexo y estado fisiológico, como es el caso de los niños lactantes, y las gestantes.
5. Una tendencia creciente a la manifestación de enfermedades crónicas y problemas de sobrepeso y obesidad y la aparente coexistencia con enfermedades infecciosas y carencias nutricionales específicas como la deficiencia de hierro en poblaciones urbanas de escasos recursos.
6. El enfoque de tipo curativo que ofrecen los servicios de salud en América Latina, más que un enfoque preventivo y promocional de la salud.
7. La gran heterogeneidad existente en los sistemas de salud en los países de América Latina, donde el sector privado cumple un rol primordial en su financiamiento, y el reducido presupuesto que los hogares pobres dedican a su salud.
8. La persistencia de inadecuadas condiciones de saneamiento ambiental en hogares urbanos pobres de muchos países de América Latina.
9. El limitado conocimiento que la población urbana tiene respecto a su salud y respecto a las medidas preventivas para mantener su salud y evitar la enfermedad.
10. La importancia de las percepciones de la población respecto a su salud, alimentación y nutrición y a la utilización de los servicios disponibles.

Los hallazgos muestran un perfil epidemiológico, institucional y sociodemográfico heterogéneo en la población urbana de los países de América Latina. Es clara la necesidad de prestar atención urbana. El diseño de políticas, planes y programas con fines nutricionales deberá conjugar armónicamente acciones que atiendan los problemas de disponibilidad,

acceso y distribución equitativa de alimentos, con aquellas que velen por lograr una calidad adecuada de la dieta. Así mismo, la necesidad de tomar en cuenta la capacidad de la poblacíon de cuidar de sí misma y el acceso a los servicios básicos de salud y saneamiento. Finalmente, la tendencia demográfica urbana en América Latina exige incluir en las políticas, planes y programas nutricionales no sólo a la población materno infantil, sino también a la población adulta.

Recomendaciones

La satisfacción de la seguridad nutricional de la población urbana estará dada por la seguridad nutricional de los individuos que la conforman, ya sea a nivel del hogar, comunidad, municipio, región o nación. Los cambios que se vienen dando en América Latina, tanto en el perfil de salud como en el sociodemográfico, obligan a promover regímenes alimenticios sanos mediante acciones que permitan aumentar la disponibilidad y acceso a alimentos de calidad adecuada así como una equitativa distribución de los mismos. Asímismo, deben tomarse en cuenta los cambios institucionales que se vienen dando, al afectar éstos el acceso de la población a los servicios básicos. Se presentan recomendaciones generales en los aspectos de seguridad alimentaria, control y prevención de enfermedades y promoción de prácticas adecuadas en la población, las cuales deberán prevenir la manifestación de carencias nutricionales y atender las carencias existentes. El Anexo 2 señala recomendaciones específicas a nivel individual.

Seguridad Alimentaria

1. Asegurar y mejorar la disponibilidad local de alimentos de calidad nutricional, promoviendo políticas de precios de alimentos en función a la calidad nutricional, aceptación cultural, y disponibilidad local en ámbitos urbanos.
2. Mejorar y asegurar el acceso de la población urbana a una alimentación balanceada, elevando la capacidad adquisitiva y los ingresos.
3. Asegurar a nivel del hogar la compra y utilización de alimentos económicos y nutritivos de bajo costo, ricos en hierro, yodo y vitamina A y asegurar su disponibilidad en los mercados locales.
4. Asegurar una oferta de alimentos de adecuada calidad y cantidad y mínimas condiciones de higiene a través de organizaciones sociales y/o servicios de alimentación (comedores, venta callejera, escuelas, distribución de canastas de alimentos).
5. Fortalecer el control de calidad de los alimentos y la actualización permanente del personal técnico para garantizar la calidad nutricional y su inocuidad.

Estas recomendaciones deberán complementarse con acciones orientadas a: a) establecer y/o mantener, y vigilar los sistemas de fortificación de alimentos como la sal yodada, harina de trigo con hierro, y azúcar con vitamina A, b) asegurar prácticas adecuadas de higiene y manipulación de alimentos desde el manejo de los productos alimentarios en la post-cosecha hasta la manipulación de alimentos en los hogares rurales y urbanos, c) contar con una infraestructura adecuada de almacenamiento, transporte y comercialización para asegurar la calidad e higiene de los alimentos, y d) asegurar prácticas agropecuarias adecuadas para prevenir las enfermedades transmisibles y zoonosis.

Control y Prevención de Enfermedades

1. Promover un enfoque preventivo y promocional de la salud a través de los servicios de salud ofreciendo una consejería adecuada sobre hábitos saludables en alimentación y salud tomando en cuenta las percepciones y prácticas de la población. Además será necesario contar con un marco político y lineamientos básicos para la prevención y promoción de la salud de la población.
2. Mejorar la disponibilidad y acceso de la población, especialmente de los hogares pobres, a los servicios de atención primaria de salud y saneamiento ambiental, tomando en cuenta los procesos de descentralización y organización de servicios a nivel local.
3. Incorporar las percepciones y necesidades de la población en relación a su salud y nutrición en la provisión de los servicios de salud.
4. Fortalecer y/o establecer programas de comunicación masiva que informen a la población sobre hábitos saludables y servicios disponibles para prevenir las enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, y carencias nutricionales específicas.

5. Promover condiciones adecuadas de saneamiento ambiental e higiene en el manipuleo de alimentos.

A su vez estas medidas deben complementarse con aquellas relacionadas a: a) ofrecer programas de suplementación terapéutica con micronutrientes para la población materno-infantil según sea necesario, b) ofrecer programas de desparasitación, especialmente en niños, y c) ofrecer programas de salud ocupacional y ambiental, salud bucal y salud mental, entre otros.

Cuidado y Prácticas Adecuadas de la Población

1. Fomentar campañas de comunicación y educación en alimentación y nutrición incorporando las percepciones y hábitos culturales de la población.
2. Promover el uso de los servicios de salud y bienes disponibles a nivel local y el control adecuado y oportuno de los problemas nutricionales.
3. Fortalecer la capacidad de grupos comunitarios en el diseño e implementación de iniciativas que promuevan estilos de vida saludables en interacción con programas de seguridad alimentaria.
4. Orientar al consumidor sobre dietas económicas balanceadas y propiciar la adecuada combinación y utilización de los alimentos disponibles en el hogar, reconociendo la calidad nutricional de los alimentos locales.
5. Capacitar a profesionales y técnicos de la salud, educación, líderes comunitarios y consumidores en el rol preventivo de una alimentación adecuada y estilos de vida saludables.

Estas medidas deberán complementarse con aquellas orientadas al establecimiento y/o fortalecimiento de un marco legal e institucional para el control de calidad de alimentos y políticas de protección al consumidor; y asegurar las condiciones de saneamiento e higiene de los alimentos para evitar enfermedades transmitidas por alimentos.

6. *Estrategias Generales para Lograr la Seguridad Nutricional*

Tomando en cuenta la necesidad de mejorar la seguridad nutricional de la población de América Latina y los limitados recursos existentes, se propone tomar en cuenta las siguientes estrategias:

1. Promover Información, Educación y Comunicación

Se deberán promover actividades de información, educación y comunicación social como instrumento para promover conceptos, facilitar el acceso de la población al conocimiento e impulsar su participación en este proceso. En América Latina se reconoce la ausencia o reducido alcance de programas que orienten al consumidor en la selección de una alimentación balanceada, económica y nutritiva (Creed et al. 1991, Hussain y Lunven 1987, OPS/FAO 1994) a fin de que el consumidor conozca los riesgos de decisiones alternativas, especialmente aquellos orientados a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y procesos de desnutrición. A pesar de ello, los pobladores urbanos están permanentemente expuestos a mensajes comerciales que actúan como la única fuente de información sobre alimentación y nutrición (Atkinson 1992). Es necesario asegurar que se incorporen criterios de calidad nutricional en la adquisición de los alimentos.

Los contenidos de actividades de capacitación, educación y comunicación deberán a su vez tomar en cuenta las percepciones y necesidades de la población en relación a su salud, alimentación y nutrición (Atkinson 1992, Moser 1994). Es necesario promover programas de comunicación y educación nutricional a través de los medios masivos, acompañándolos de medios interpersonales[26] que orienten al consumidor en general, a las organizaciones comunitarias, a los comedores institucionales y a los proveedores de alimentos en la calle respecto a una alimentación balanceada, de bajo costo y nutritiva basada en una adecuada cantidad y calidad de alimentos y en la correcta utilización de los mismos, especialmente para los grupos vulnerables de áreas urbanas. Asimismo, es importante la participación del sector salud en la difusión de estos mensajes para fortalecer la capacidad de decisión de la población respecto a su alimentación y garantizar tanto la adopción del conocimiento sobre la misma, como la de hábitos y prácticas.

Estas actividades no deben ser entendidas como un instrumento accesorio a los programas, ya que tienen una capacidad decisiva para modelar los comportamientos colectivos e individuales, mejorando y manteniendo la salud y nutrición de la población. Para lograr una intervención efectiva en el manejo de los problemas nutricionales y de salud se requiere una adecuada información y educación en salud y nutrición. Se requerirá de especialistas en información para elaborar campañas de sensibilización y movilización social en promoción de la salud, de especialistas en educación para organizar campañas de capacitación a nivel profesional y no profesional y de especialistas en comunicación para realizar actividades en educación no formal y participación popular. Será necesario potenciar las aptitudes de cada uno de estos especialistas para alcanzar resultados costo-efectivos en nutrición.

Será de suma importancia, especialmente si tenemos en cuenta los procesos de descentralización en gestión, lograr niveles de consenso para organizar

[26]Luego de una intervención en la promoción de adecuadas prácticas de alimentación infantil, un 82% de las madres reconocieron el mensaje nutricional difundido, pero tan sólo un 16% (las que estuvieron directamente expuestas a través de medios interpersonales) puso en práctica este conocimiento. Programa Manejo Dietético de la Diarrea, Ancash, Perú. Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú.

estrategias de capacitación en servicios a nivel local. Ello facilitará la coordinación intersectorial y la estandarización de criterios entre los responsables del sector salud, educación, agricultura, y los de entidades no gubernamentales, involucrados en servicios de alimentación y nutrición a la población.

2. Participación Social

Es esencial promover y fortalecer acciones en salud, alimentación y nutrición basadas en la población y programadas a nivel comunitario, municipal, provincial o cantonal.[27] Estas acciones podrían contribuir a mejorar la adecuación de los servicios en función a las necesidades de la población y reducir sus desigualdades. Es en estos espacios de socialización local donde se pueden percibir los problemas de salud, saneamiento y alimentación en una realidad concreta, favoreciendo a su vez una estrecha relación con la población. Estos espacios constituyen redes que podrían ser estratégicos ante situaciones adversas (Chen y Kates 1994). Estos escenarios locales ofrecen además opciones eficientes de convocatoria, y se prevee una mayor posibilidad de lograr acercamientos interinstitucionales y entre los distintos sectores (públicos y privados) involucrados en la problemática ambiental, alimentaria, y sanitaria.

A través de estos espacios es posible fortalecer la capacidad local de participación social ante problemas comunes y específicos, así como la formulación de propuestas de acción frente a estos problemas. A este nivel la operatividad de las acciones en alimentación y nutrición no es solamente necesaria, sino también viable para lograr el impacto en el bienestar de la población (Llanos Nicholls y Restrepo 1992, Terris 1992). La promoción de estrategias con un perfil político, técnico y administrativo definido a nivel local es esencial en estos escenarios.

Sin embargo, es importante reconocer que el desarrollo de estos espacios basados en la comunidad depende del grado de compromiso de los gobiernos locales, de las responsabilidades asignadas en la descentralización y asignación de recursos, del manejo de las relaciones en la comunidad, y de la movilización de los recursos existentes. Será necesario fortalecer la programación, ejecución y evaluación social de los programas a nivel de gobiernos regionales, provinciales, locales y comunales. Será necesario además fortalecer procesos de gestión comunitaria que permitan formular y evaluar propuestas de acción en alimentación, salud y nutrición, tomar decisiones adecuadas a nivel local, así como favorecer un monitoreo y seguimiento oportuno. Una modalidad podría ser la creación de consejos regionales, locales o provinciales de la seguridad alimentaria y la nutricional.

3. Movilización de Recursos Locales

A nivel local, generalmente se dispone de diferentes tipos de recursos, conformados por instituciones públicas y privadas, incluyendo los agentes comunitarios, servicios de alimentación, recursos financieros y sistemas de monitoreo y análisis, entre otros. Sin embargo, éstos no son necesariamente aprovechados en acciones integrales que optimicen el diseño, formulación, ejecución, y evaluación de acciones locales en alimentación y nutrición. La movilización y utilización de estos recursos de manera oportuna y eficiente contribuirá con el bienestar de la población. Es preciso utilizar estrategias de focalización como medida racional para movilizar estos recursos, orientándolos a la población necesitada, optimizando su uso, y maximizando el impacto de las intervenciones.

Será necesario fortalecer mecanismos de concertación entre los sectores sociales e institucionales, públicos y privados, a nivel local, para evitar la superposición de acciones en salud y nutrición. Ello deberá reflejarse en la formulación de políticas, lineamientos básicos, y elaboración de planes de acción, conciliando intereses económicos y propósitos sociales e incentivando políticas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables.

[27]De acuerdo a la forma de gestión local o a las unidades administrativas de cada país.

4. Fortalecer Sistemas de Análisis, Evaluación e Investigación

En estos momentos de procesos de reforma institucional será necesario tomar medidas para contar con estudios basales para la verificación del impacto final y sus efectos en la cobertura y calidad de atención, especialmente en la dirigida a los sectores más pobres de la población. Es recomendable la incorporación de índices que integren aspectos nutricionales y económicos en actividades de abogacía y/o sensibilización a grupos políticos y administradores de programas. La definición del salario mínimo en función de una canasta mínima nutricional que garantice a la familia el acceso a una alimentación adecuada (Galarreta y Sánchez-Griñán 1990) puede constituir una herramienta útil. Las metodologías rápidas y evaluaciones cualitativas en los procesos de evaluación deben ser tomadas en cuenta.

Además, será necesario fortalecer los procesos de investigación-acción. Se pueden identificar áreas donde aún es necesario contar con información adicional para lograr una mejor comprensión de las causas y mecanismos involucrados en la seguridad nutricional de la población y contribuir a la identificación de situaciones de inseguridad alimentaria. Mencionaremos algunos aspectos:

- Evaluar las tendencias en los cambios epidemiológicos, especialmente de las enfermedades crónicas asociadas a la dieta, e identificar los factores de riesgo y su coexistencia con procesos de desnutrición.
- Fortalecer los sistemas de información existentes. En casi todos los países se recogen periódicamente datos basados en el presupuesto del hogar y niveles de vida. Es necesario promover la utilización de estas bases de datos en análisis que permitan la generación de indicadores nutricionales a nivel del hogar, para determinar los patrones de compra de alimentos, su eficiencia en la compra y sus tendencias.
- Evaluar indicadores alternativos para el seguimiento de la seguridad nutricional y sus factores determinantes. Éstos deberán ser útiles, funcionales, de bajo costo y de fácil recolección a nivel local. Entre éstos se podría sugerir indicadores cualitativos sobre las percepciones de los miembros del hogar, especialmente de la mujer, en el uso de los recursos, tanto del hogar como de la comunidad, así como en el uso y la disponibilidad del tiempo en función de objetivos nutricionales y cambios en los patrones tradicionales de alimentación. Por otro lado, el seguimiento de los precios de alimentos nutritivos y económicos, y el costo de una canasta mínima nutricional en relación a los salarios, entre otros.

Anexo 1: Algunos Compromisos en América Latina en Relación a la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Es preciso tomar en cuenta ciertos compromisos adquiridos por los países de América Latina que prestan atención a los problemas alimentarios y nutricionales y plantean metas y estrategias para su solución.

Conferencia Internacional sobre Nutrición

En 1992, la FAO y la OMS convocaron, en Roma, a la Conferencia Internacional sobre Nutrición, la cual promueve los procesos para lograr que la población cuente con un adecuado bienestar nutricional. Se formuló el compromiso de luchar para eliminar:

- las muertes por hambre,
- la desnutrición generada por desastres naturales y provocados por el hombre,
- las deficiencias de yodo y vitamina A,
- las deficiencias nutricionales crónicas,
- la desnutrición de niños, mujeres y ancianos,
- las enfermedades derivadas del consumo de una dieta inadecuada,
- las condiciones inadecuadas de saneamiento e higiene, incluyendo el agua insegura para el consumo humano, y disminuir los impedimentos sociales y de otra índole para optimizar la lactancia materna.

Se plantearon las siguientes medidas:

1. Incorporación de objetivos, consideraciones y componentes nutricionales en las políticas y los programas de desarrollo
2. Mejoramiento de la seguridad alimentaria en los hogares
3. Protección de los consumidores mediante el mejoramiento de la calidad y la inocuidad de los alimentos
4. Prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas
5. Fomento de la lactancia natural
6. Prestación de cuidados a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos y nutricionalmene vulnerables
7. Prevención y control de las carencias de micronutrientes específicos
8. Fomento de dietas y modos de vida sanos
9. Evaluación, análisis y seguimiento de situaciones nutricionales

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

Llevada a cabo en 1990; se establecieron las siguientes metas para el año 2000:

- Reducción en una tercera parte de la tasa de mortalidad infantil y la de los niños menores de cinco años o al 50 y 70 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor
- Reducción en un 50 por ciento de la tasa de mortalidad materna
- Reducción en un 50 por ciento de la desnutrición grave y moderada en los niños menores de cinco años
- Garantía al acceso universal al agua potable y a los medios sanitarios de eliminación de excretas
- Garantía al acceso universal a la educación básica y a la finalización de la enseñanza pri-

maria a por lo menos el 80 por ciento de los niños en edad escolar

- Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos a por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990, con especial interés en la población femenina
- Mejoramiento de la protección a los niños en circunstancias especialmente difíciles
- Reducción a menos del 10 por ciento de las tasas de bajo peso al nacer (2.5 kg o menos)
- Reducción en un tercio de los niveles de 1990 de la anemia por deficiencia de hierro en las mujeres
- Eliminación virtual de los desórdenes por deficiencia de yodo
- Eliminación virtual de la deficiencia de vitamina A y sus consecuencias, incluyendo la ceguera
- Promoción de las condiciones para garantizar la lactancia materna exclusiva durante cuatro a seis meses, y continuarla complementando con alimentos hasta bien entrado el segundo año de vida
- Difusión de conocimientos y de servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos con el fin de conseguir la seguridad alimentaria en los hogares

Cumbre de Presidentes Centroamericanos

En la XIV Cumbre de Presidentes Centroamericanos llevada a cabo en 1993, la Declaración de Guatemala acoge la iniciativa regional para la seguridad alimentaria y nutricional en los países de Centro América e instruye a las autoridades competentes para que formulen planes de acción para la nutrición.

Plan de Acción Regional de Promoción de la Salud

En 1993 y 1994 la OPS, a través de sus instancias directiva y ejecutiva, insta a los gobiernos miembros a que formulen políticas destinadas a favorecer las actividades de promoción de la salud y a hacer frente a los nuevos problemas de salud, especialmente los relacionados con la nutrición. Se aprobó el Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas en 1994. Este plan enfatiza la formulación de políticas que apoyen la creación de ambientes y opciones saludables para la población en una concepción amplia de la promoción de la salud, reconociendo su rol en el desarrollo de las sociedades. Este plan señala como áreas objeto de la promoción de la salud a los ambientes, los comportamientos, estilos de vida y servicios de salud, enfatizando las acciones a nivel local y basándose en el fortalecimiento de la participación social.

Anexo 2: Recomendaciones Específicas Según Grupos Vulnerables

La seguridad nutricional requiere de un enfoque a nivel individual, ya que dependerá de las necesidades fisiológicas de los individuos según su edad y sexo. La satisfacción de la seguridad nutricional de un grupo de individuos estará así dada por la seguridad nutricional de los individuos que la conforman, ya sea a nivel del hogar, comunidad, municipio, región o nación. Para la satisfacción de la seguridad nutricional será necesario actuar simultáneamente en aspectos de seguridad alimentaria, control y prevención de enfermedades y cuidado, para lo cual se plantean las siguientes recomendaciones:

Cuadro 4—Recomendaciones específicas en función a grupos de población objetivo

Seguridad Nutricional	Seguridad Alimentaria	Control y Prevención de Enfermedades	Cuidado Adecuado
Gestante, lactante y mujer en edad fértil	Promover el consumo de alimentos ricos en hierro, económicos y disponibles en el mercado Promover la fortificación con hierro de alimentos comúnmente consumidos Promover el uso de la sal yodada Implementar programas de gestión productiva e ingreso para mujeres	Fortalecer (cobertura y calidad) los servicios de control prenatal y atención del parto complementando acciones en los servicios de salud con acciones con agentes comunales (parteras y promotores) Mejorar la distribución de suplementación con hierro y ácido fólico y el monitoreo periódico Garantizar la vacunación antitetánica	Informar sobre la adecuada alimentación de la gestante y la importancia del control prenatal y adecuadas condiciones para el parto limpio Promover la importancia de una suplementación con hierro y adecuadas reservas en la mujer Promover la importancia de la lactancia materna exclusiva Asegurar condiciones del parto limpio a través de personal de salud o agentes comunales
Niño lactante (0–6 meses)	Asegurar la lactancia materna exclusiva	Apoyar programas de lactancia materna exclusiva (hospitales amigos de los niños) Fortalecer los programas de inmunización (PAI), y los programas de control de enfermedad diarreicas agudas (EDA), infeccion respiratoria aguda (IRA), cólera y uso de terapia de rehidratación oral (TRO) Fortalecer programas de control de crecimiento	Promoción de la lactancia materna exclusiva en medios masivos para sensibilizar a la población Definir políticas adecuadas y programas que apoyen el establecimiento de condiciones que faciliten a la madre trabajadora la práctica de la lactancia materna Establecer y promover servicios de atención integral y estimulación psicomotriz del niño Elevar el nivel de conocimiento de la población acerca de la interacción de los problemas nutricionales e infecciosos con la importancia de la lactancia materna exclusiva

(continúa)

Cuadro 4–Continúa

Seguridad Nutricional	Seguridad Alimentaria	Control y Prevención de Enfermedades	Cuidado Adecuado
Ablactante (6–24m) y pre-escolar (2–5 años)	Asegurar el ofrecimiento de alimentos de adecuada densidad energética y nutricional para los niños pequeños (6 a 24 meses de edad), tomando en cuenta la frecuencia de la alimentación Mejorar y asegurar la suplementación alimentaria con hierro, yodo y vitamina A a niños de poblaciones en riesgo Asegurar el ofrecimiento de preparaciones caseras ricas en hierro, yodo y vitamina A	Apoyar los programas de inmunización (PAI), y de control de enfermedades diarreicas (EDA) e infecciones respiratorias (IRA) Mejorar y garantizar la cobertura y calidad de las acciones de control de crecimiento y desarrollo del niño Mejorar y garantizar un adecuado control de la salud en las áreas de visión, audición, lenguaje, salud bucal y desarrollo psicomotriz Mejorar y asegurar adecuadas condiciones de disponibilidad de agua, desagüe y saneamiento ambiental a nivel comunitario y del hogar Promover adecuada consejería y educación nutricional en todas las oportunidades de contacto de la población con los servicios de salud	Asegurar los conocimientos adecuados sobre prácticas de higiene, nutrición, formas de preparación de alimentos, introducción de alimentos sólidos, frecuencia de alimentación y puericultura a prestadores de servicios (comedores infantiles) y en el hogar Sensibilizar a la comunidad para su participación activa en programas de control de crecimiento del niño Disponer e implementar las normas sobre el manejo alimentario y nutricional del niño enfermo, a nivel del hogar y a nivel de los servicios Asegurar el conocimento de la población sobre servicios de salud y programas existentes Establecer y promover la atención integral y estimulación psicomotriz del niño Elevar el nivel de conocimiento de la población sobre la interacción de las deficiencias nutricionales y las infecciones y sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva

(continúa)

Cuadro 4–Continúa

Seguridad Nutricional	Seguridad Alimentaria	Control y Prevención de Enfermedades	Cuidado Adecuado
Escolar y adolescente	Asegurar y mejorar una dieta diversa y balanceada en el hogar y a través de programas de alimentación escolar: desayuno, merienda escolar Asegurar y mejorar los niveles de adecuación de hierro en niñas adolescentes	Mejorar y garantizar un adecuado control de la salud (cobertura y calidad) en aspectos de la visión, audición, lenguaje, salud bucal, desarrollo psicomotriz, desarrollo físico y maduración sexual Brindar orientación sobre la disponibilidad de servicios de salud para la atención en salud reproductiva familiar, enfermedades infectocontagiosas y SIDA	Mejorar los conocimientos en temas de nutrición, calidad y combinaciones adecuadas de alimentos, e higiene en la currícula escolar Ofrecer espacios de esparcimiento y recreación así como oportunidades de orientación vocacional, capacitación técnica y gestión productiva, participación comunitaria, solidaridad Ofrecer información sobre riesgos de enfermedades de transmisión sexual y planificacion familiar Ofrecer y fortalecer programas para adolescentes que incluyan información sobre saneamiento ambiental Ofrecer programas de prevención de la drogadicción
Adulto y anciano	Asegurar el consumo de dietas balanceadas tomando en cuenta el consumo adecuado de grasas, azúcares simples, fibra, entre otros Asegurar una ingesta adecuada de calcio	Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de atención en salud Ofrecer programas de control de osteoporosis y enfermedades crónicas (cardiovasculares, dislipidemias, diabetes, cáncer) Ofrecer programas de salud ocupacional, salud mental, salud ambiental	Ofrecer programas de promoción de estilos de vida saludables y prevención de sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo y su importancia en relación a la salud Establecer centros de atención y recreación del anciano y del adulto

Documentos Consultados

Aedo, C., y O. Larrañaga. 1994. The Chilean experience. En *Social service delivery systems: An agenda for reform,* ed. C. Aedo y O. Larrañaga. Washington D.C.: Center for Research in Applied Economics, Inter-American Development Bank.

Aguirre, P. 1994. How the very poor survive. The impact of hyperinflationary crisis on low income. *GeoJournal* 34 (3): 295–304.

Atkinson, S. J. 1992. *Food for the cities: Urban nutrition policy in developing countries.* Department of Public Health Policy Publication No. 5. Center for Research in Applied Economics. London: London School of Hygiene.

Bazán C., G. Casapia, L. Canales, A. Inga, J. Llontop y J. Ponce. 1985. Incidencia de la hipertensión arterial en una urbe de altura, Cusco. *Acta Médica del Hospital Central Militar* 2 (agosto): 14–18.

Bolivia, Ministerio de Planeamiento y Coordinación. Instituto Nacional de Estadística. 1992. *Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990.* La Paz.

Bove, M. I., M. C. Severi y G. Gonzalez. 1990. La obesidad en Uruguay. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Alimentación, Uruguay (Citado en Uruguay. 1992 Informe de Uruguay. Conferencia Internacional sobre Nutrición/Ministerio de Salud Pública/Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/Organización Mundial de la Salud). Montevideo 1992.

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica (IBGE). 1975. *Estudo nacional da despesa familiar (ENDEF) 1974–1975.* Rio de Janeiro.

Braun, von J., J. McComb, B. K. Fred-Mensah y R. Pandya-Lorch. 1993. *Urban food insecurity and malnutrition in developing countries.* Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

Brown, K. H., R. E. Black, G. López de Romaña y H. Creed de Kanashiro. 1989. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Perú. *Pediatrics* 83 (1): 31–40.

Buvinic, M., y S. W. Yudelman. 1989. *Mujer, pobreza y progreso en el Tercer Mundo.* Headline Series No. 289. New York: Foreign Policy Association.

Carmuega, E., P. Durán, S. Britos, E. Calvo y A. O'Donnell. 1994. Informe de la República de Argentina. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía). 1994. *América Latina: Proyecciones de población: 1950–2050.* Año XXVII, No. 54. Santiago de Chile.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1994. *Panorama social de América Latina.* Santiago de Chile.

CEPAL/UN (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Naciones Unidas). 1995. *Panoramo social de América Latina.* Santiago de Chile.

Chauliac, M., y P. Gerbouin-Rerolle. 1994. *Street food.* Children in the Tropics No. 213. Paris: International Children's Centre.

Chávez, A., M. Muñoz de Chávez, J. A. Roldán, S. Bermejo y A. Avila. 1994. Cambios recientes en la alimentación en México y su relación con la

transición epidemiológica. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Chen, R. S., y R. W. Kates. 1994. World food security: Prospects and trends. *Food Policy* 19 (2): 192–208.

Coopesain, R. L. 1994. *Proyecto promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas relacionadas con alimentación y nutrición. I Etapa. Diagnóstico situacional.* San José: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá/Organización Panamericana de la Salud.

Creed, H. 1990. Analysis and methodological aspects of infant feeding patterns. En *Analysis of maternal and child health indicators in Perú.* Vol. 2, Final Report to AID-Lima. Lima.

Creed, H., B. Benavides, S. Madrid et al. 1991. *La mejor compra. Guía metodológica para su aplicación en diferentes condiciones locales.* Lima: Instituto de Investigación Nutricional.

Creed de Kanashiro, H. M., y G. G. Graham. 1983. Changes over time in food intake of a migrated population. In *Malnutrition: Determinants and consequences, current topics in nutrition and disease,* ed. P. L. White y N. Silvey. Proceedings of the Seventh Western Hemisphere Nutrition Congress.

Daza, C. H. 1992. La transición nutricional en América Latina: El problema epidemiológico de la obesidad. En *La alimentación y las enfermedades crónicas no transmisibles.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/ Programa de Alimentación y Nutrición.

Del Aguila, R., G. López de Romaña, y M. I. Sánchez-Griñán. 1990. *Evaluación del estado nutricional de los niños de los pueblos jóvenes de Lima.* Informe Final a la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID-Lima). Lima: Instituto de Investigación Nutricional.

Delgado, H., y M. Ramírez. 1994. Dieta y salud en la Región Centro Americana. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

DHS (Demographic and Health Surveys). 1991. *Demographic and Health Surveys World Conference.* Vol. 1, agosto 1991. Washington, D.C.

Engle, P. 1992. *Care and child nutrition.* Theme paper for the International Conference on Nutrition. Nutrition Section. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Fajardo, L. 1994. Informe de Colombia. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Freire de Carvalho da Cunha, S., y J. E. Dutra de Oliveira. 1994. Informe de Brasil. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Galarreta, V., y M. I. Sánchez-Griñán. 1990. La canasta mínima vital y el sistema de vigilancia alimentario nutricional. *Boletín Red SISVAN* No.1. Lima, Perú.

Gueri, M. 1996. *Estimación de la prevalencia de anemia en América Latina y el Caribe.* PAHO/HPP/HPN 96-04. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Harrell, M.W., C. Parrillon, y R. L. Franklin. 1989. Nutritional classification study of Perú: Who and where are the poor? *Food Policy* 14 (4): 313–329.

Hussain, A. M., y P. Lunven. 1987. Urbanization and hunger in the cities. *Food and Nutrition Bulletin* 9 (4): 50–61.

IDB (Inter-American Development Bank). 1994. *Economic and social progress in Latin America.* Washington, D.C.

Immink, M. 1993. *Urban examples: The urban poor and household food security.* Report submitted to Urban Section, Nutrition Section, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

Kennedy, E., y L. Haddad. 1992. Food security and nutrition, 1971–91: Lessons learned and future priorities. *Food Policy* 17 (1): 2–6.

Lara Pantín, E., L. Solano, E. Peña, S. Del Real de Sermer, Z. Portillo y C. Navarro. 1994. Informe de Venezuela. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Lee, D., A. Guarderas, y G. Scott. 1991. La integración del análisis de la demanda de alimentos y la comercialización agrícola en la formulación de políticas alimentarias: Estudio de un caso ecuatoriano. En *Mercadeo agrícola, metodologías de investigación,* ed. G. J. Scott y J. E. Herrera. Lima: CIP-Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.

Llanos, G., E. Nicholls, y H. Restrepo. 1992. Promoción de la salud y prevención y control de las afecciones no transmisibles. Lineamientos generales. Programa de Promoción de la Salud y Sub-Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

López de Romaña, G., R. Del Águila, M. I. Sánchez-Griñán, H. Creed, V. Galarreta, R. Liria y J. Novara. 1992a. *Evaluación del efecto de la crisis económica en el gasto familiar en alimentos y estado nutricional de los niños en poblaciones urbanas de Lima, Piura, Cusco y Cajamarca.* Informe AID. Lima: Instituto de Investigación Nutricional.

López de Romaña, G., R. Del Águila, M. I. Sánchez-Griñán, y H. Creed Kanashiro. 1992b. *Los efectos de la economía sobre los patrones de alimentación y desnutrición infantil en poblaciones urbanas: Análisis secundario de datos.* Informe AID. Lima: Instituto de Investigación Nutricional.

Mausner, J., y S. Bahn. 1985. *Epidemiology, an introductory text.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Moser, C. 1994. *Urban poverty and social policy in the context of adjustment: Research issues.* Background Paper, Research Project on Urban Poverty and Social Policy in the Context of Adjustment. Washington, D.C.: World Bank, Urban Development Division.

Noguera, A., y M. Gueri. 1994. *Análisis de la situación de deficiencia de yodo en América Latina: Sus tendencias y estrategias de acción.* Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 1993. *Demographic data for health situation assessment and projections.* Geneva: Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment.

OMS/FAO (Organización Mundial de la Salud/Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación). 1992a. *Declaración mundial sobre la nutrición y plan de acción.* Conferencia Internacional sobre Nutrición, diciembre, Roma.

———. 1992b. *Nutrition and development: A global assessment.* International Conference on Nutrition, diciembre, Roma.

OMS (Organización Mundial de la Salud)/Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá/Asociación Canadiense de Salud Pública. 1986. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud.* Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 17–21 noviembre de 1986, Ottawa.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1992. *El movimiento de municipios saludables en América.* Washington, D.C.

———. 1994. *Las condiciones de salud en las Américas.* Vol. 1. Washington, D.C.

OPS/CEPAL (Organización Panamericana de la Salud/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1994. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C.

OPS/FAO (Organización Panamericana de la Salud/ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación). 1993. *Situación alimentaria y nutricional de América Latina.* Informe presentado en la Conferencia Internacional sobre Nutrición, diciembre, 1992, Roma.

———. 1994. *Informe del Taller Subregional de Seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Nutrición,* 21–25 marzo, Quito. Santiago de Chile.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)/ Grupo Técnico para el Control de la Anemia/ Perú. 1994. Anemias en mujeres gestantes. *Boletín No. 1.* Lima.

———. 1995. Anemias en niños. *Boletín No. 2.* Lima.

OPS/INCAP (Organización Panamericana de la Salud/ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). 1994. *Informe del proyecto multicentro "Dieta y Salud en Latino America y el Caribe."* Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá/Organización Panamericana de la Salud.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)/ Ministerio de Salud, Alcaldía de Santiago de Cali y Secretaría de Salud Pública Municipal. 1992. *Cali: Municipio saludable.* Cali, Colombia.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud). 1993. *Resolución XIV. Promoción de la salud en las Américas.* XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, setiembre de 1993, Washington, D.C.

———. 1994. *Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas.* Washington, D.C.: Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

OPS/OMS/CESNI/FUNDACION CAVENDES. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud). 1994. *Nutrición y alimentación del niño en los primeros 6 años de vida,* ed. A. O'Donell, B. Torun, B. Caballero, E. Lara Pantín y J. M. Bengoa. Caracas: CAVENDES – CESNI.

Oshaug, A., W. B. Eide, y A. Eide. 1994. Human rights: A normative basis for food and nutrition-relevant policies. *Food Policy* 19 (6): 491–516.

Peña, M., y W. Freire. 1996. *Informe de la Reunión Técnica sobre Obesidad en la Pobreza: Situación de América Latina.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. PAHO/HPP/HPN/96.00.

Popkin, B. 1994. The nutrition transition in low income countries: An emerging crisis. *Nutrition Reviews* 52 (9): 285–298.

Popkin, B., y E. Z. Bisgrove. 1988. Urbanization and nutrition in low income countries. *Food and Nutrition Bulletin* 10 (1): 3–23.

Sánchez-Griñan, M. I., y V. Galarreta. 1991. *Analysis and transfer of information needed for effective decision making in improving childhood nutrition.* Report to Rockefeller Foundation, Lima. Lima: Instituto de Investigación Nutricional.

Sánchez-Griñan, M. I., W. Cavero, y V. Galarreta. 1991. *Cambios en los patrones de alimentación de Lima metropolitana: 1986–1989.* Documento de trabajo. Lima: Instituto de Investigación Nutricional/Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Sánchez-Griñán, M. I., I. Bernui, L. Ganoza y C. Cuba. 1992. Dieta y salud en el Perú en relación con enfermedades crónicas no transmisibles: 1967–1992. En *Proyecto multicentro "Dieta y salud en Latino América y el Caribe."* Guatemala: Red RORIAN, Kellogg's América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Shrimpton, R. 1995. Community participation in food and nutrition programs: An analysis of recent governmental experiences. In *Child growth and nutrition in developing countries,* ed. P. Pinstrup-Andersen, D. Pelletier, y H. Alderman. Ithaca, N.Y., U.S.A.: Cornell University Press.

Terris, M. 1992. *Conceptos sobre promoción de la salud: Dualidades en la teoría de la salud pública.* Informe presentado en la Conferencia sobre la Implementación de la Estrategia de la Promoción de la Salud, Organización

Panamericana de la Salud, 17 junio, Washington D.C.

Trejos, J. D., L. Garnier, G. Monge y R. Hidalgo. 1994. Enhancing social services in Costa Rica. In *Social service delivery systems: An agenda for reform,* ed. C. Aedo y O. Larrañaga. Washington, D.C.: Center for Research in Applied Ecomonics, Inter-American Development Bank.

UN (Naciones Unidas). 1993. *World urbanization prospects: The 1992 revision.* New York.

UN ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition). 1992. *Second Report on the World Nutrition Situation.* Vol. 1, *Global and regional results.* Geneva.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries.* New York.

Zavaleta, N., R. Berlanga, B. Lönnerdal y K. H. Brown. 1993. *Prevalencia y determinantes de la anemia por deficiencia de hierro en una muestra representativa de gestantes en Lima, Perú.* Informe Final de la Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Investigación Nutricional, Lima.

María Inés Sánchez-Griñán es investigadora asociada al Instituto de Investigación Nutricional (IIN) y consultora en nutrición del projecto Salud y Nutrición Básica del Ministerio de Salud, Lima, Perú.

PROPERTY OF
INTERNATIONAL FOOD POLICY
RESEARCH INSTITUTE

Food, Agriculture, and the Environment Discussion Papers

1. *Alleviating Poverty, Intensifying Agriculture, and Effectively Managing Natural Resources,* by Per Pinstrup-Andersen and Rajul Pandya-Lorch, 1994
2. *Sociopolitical Effects of New Biotechnologies in Developing Countries,* by Klaus M. Leisinger, 1995
3. *Africa's Changing Agricultural Development Strategies: Past and Present Paradigms as a Guide to the Future,* by Christopher L. Delgado, 1995
4. *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment in Sub-Saharan Africa,* edited by Ousmane Badiane and Christopher L. Delgado, 1995
5. *Global Food Projections to 2020: Implications for Investment,* by Mark Rosegrant, Mercedita Agcaoili-Sombilla, and Nicostrato Perez, 1995
6. *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment in Latin America,* edited by James L. Garrett, 1995
7. *Agriculture, Trade, and Regionalism in South Asia,* by Dean A. DeRosa and Kumaresan Govindan, 1995
8. *Major Natural Resource Management Concerns in South Asia,* by Gerard J. Gill, 1995
9. *Agriculture, Technological Change, and the Environment in Latin America: A 2020 Perspective,* by Eduardo J. Trigo, 1995
10. *Overcoming Malnutrition: Is There an Ecoregional Dimension?* by Manohar Sharma, Marito Garcia, Aamir Qureshi, and Lynn Brown, 1996
11. *Structural Changes in the Demand for Food in Asia,* by Jikun Huang and Howarth Bouis, 1996
12. *Middle East Water Conflicts and Directions for Conflict Resolution,* by Aaron T. Wolf, 1996
13. *The Transition in the Contribution of Living Aquatic Resources to Food Security,* by Meryl Williams, 1996
14. *Land Degradation in the Developing World: Implications for Food, Agriculture, and the Environment to the Year 2020,* by Sara J. Scherr and Satya Yadav, 1996
15. *Potential Impact of AIDS on Population and Economic Growth Rates,* by Lynn R. Brown, 1996
16. *Managing Interactions between Household Food Security and Preschooler Health,* by Lawrence Haddad, Saroj Bhattarai, Maarten Immink, and Shubh Kumar, 1996
17. *The Role of Fertilizers in Sustaining Food Security and Protecting the Environment,* by Balu L. Bumb and Carlos A. Baanante, 1996
18. *Russia's Food Economy in Transition: Current Policy Issues and the Long-Term Outlook,* by Joachim von Braun, Eugenia Serova, Harm tho Seeth, and Olga Melyukhina, 1996
19. *China's Food Economy to the Twenty-First Century: Supply, Demand, and Trade,* by Jikun Huang, Scott Rozelle, and Mark Rosegrant, 1997
20. *Water Resources in the Twenty-First Century: Challenges and Implications for Action,* by Mark W. Rosegrant, 1997
21. *Challenges to the 2020 Vision for Latin America: Food and Agriculture since 1970,* by James L. Garrett, 1997
22. *The Nonfarm Sector and Rural Development: Review of Issues and Evidence,* by Nurul Islam, 1997

1200 SEVENTEENTH STREET, N.W. • WASHINGTON, D.C. 20036-3006 • U.S.A. • 1-202/862-5600
FAX 1-202/467-4439 • E-MAIL ifpri@cgnet.com • WEB www.cgiar.org/ifpri