

# India

## RESUMEN

En la India (estadísticas generales), cada estado equivale prácticamente a un país, con un nivel socioeconómico específico, y con grupos étnicos, hábitos alimentarios, infraestructuras sanitarias y servicios de comunicación diferentes. Por consiguiente, el estado nutricional de la población muestra variaciones significativas entre un estado y otro, que derivan de una combinación variable de factores.

Entre los niños de 1 a 5 años de edad, la prevalencia de la insuficiencia ponderal oscila entre el 13 por ciento en el estado de Meghalaya y el 77 por ciento en Gujarat. La del retraso del crecimiento coincide casi exactamente con la de la insuficiencia ponderal, en el sentido de que las prevalencias más altas de retraso del crecimiento se observaron en los mismos estados en los que es más frecuente la insuficiencia ponderal. Tanto ésta como el retraso del crecimiento y la emaciación constituyen un problema serio de salud pública en la mayoría de los estados. La distribución de la emaciación no coincide con la del retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal, salvo en los estados de Madhya Pradesh y Arunachal Pradesh, en los que la situación nutricional es la peor de todos los estados de la India.

Los estados de Karnataka, Gujarat, Madhya Pradesh y Orissa se ven muy afectados por la malnutrición adulta, dado que más de la mitad de los adultos posee un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Las características de la malnutrición infantil y la malnutrición adulta coinciden en que ambas denotan una situación nutricional extremadamente deficiente en los estados de Gujarat, Orissa, Arunachal Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Madhya Pradesh y Andhra Pradesh.

En los últimos 20 años, ha habido una mejora en el estado nutricional de la población india, debida no sólo a los cambios de alimentación sino también a factores socioeconómicos, a la mayor disponibilidad de agua potable, a la disminución de la morbilidad y a un perfeccionamiento de los servicios sanitarios.

En los niños menores de cinco años, se nota que ha mejorado notablemente el estado nutricional porque la insuficiencia ponderal bajó de 63 por ciento en el período de 1975-79 a 53 por ciento en el período de 1988-90. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años (TMM5), un indicador importante del desarrollo socioeconómico y de la situación sanitaria y nutricional de una sociedad, pasó de 282 por mil en 1962 a 115 por mil en 1994. Sin embargo, las numerosas enfermedades infecciosas, tales como las infecciones respiratorias e intestinales y el paludismo, constituyen las causas principales de las muertes de los niños menores de cinco años,

siendo la malnutrición un factor agravante. El sarampión, el tétano, la fiebre tifoidea y la hepatitis son también causas frecuentes de muerte durante la infancia y la niñez.

En los adultos, los valores medios del IMC eran semejantes en los varones y en las mujeres. Alrededor de un 50 por ciento de la población adulta tiene un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>, mientras que la proporción de las personas con exceso de peso u obesas es insignificante. En algunos estados, tales como Arunachal Pradesh, la obesidad y enfermedades conexas se están convirtiendo en un problema de salud pública. En los últimos 20 años, se ha observado una evidente mejoría en la distribución de los valores del IMC, lo que denota un mejoramiento del estado nutricional de los adultos en ese período. Además, según la FAO, la proporción de la población con necesidades energéticas insatisfechas era del 21 por ciento en 1990-92 frente al 36 por ciento en 1969-71, lo que indica un mejoramiento de la situación del suministro de alimentos.

En los últimos 20 años, no se han registrado cambios significativos en los hábitos alimentarios. Los cereales siguen siendo el alimento básico de la India, que proporciona la mayor parte del aporte energético. A partir de los años setenta, ha descendido el consumo de alimentos tales como legumbres, raíces y tubérculos, mientras que el de otros alimentos como el azúcar, el "jaggery" (azúcar moreno sin refinar), las grasas y aceites, y las hortalizas verdes han aumentado ligeramente. La alimentación media india es muy deficiente en hortalizas verdes, carne, pescado, leche y productos lácteos. Además, es deficiente también en algunos micronutrientes, tales como vitamina A, yodo e hierro.

## Mauritania

### RESUMEN

Se dispone de datos limitados acerca del estado nutricional de la población de Mauritania y la mayor parte de los resultados de las encuestas disponibles son difíciles de interpretar ya sea porque las metodologías utilizadas son inadecuadas o por la falta de informaciones exactas al respecto.

Los resultados de la encuesta nacional más reciente sobre la situación antropométrica de los niños menores de 5 años arrojaban en 1995 tasas muy elevadas de retraso en el crecimiento (44%), lo que revelaba un grave problema de malnutrición crónica. La situación es igualmente preocupante en lo que respecta a la emaciación y la insuficiencia de peso, cuyas tasas de prevalencia ascendían, respectivamente, al 7% y al 23%. Sin embargo estas tasas de malnutrición han disminuido en comparación con las de la encuesta de 1990. Existen fuertes diferencias, regionales (la región central

es la más afectada), según las zonas (las zonas rurales están más afectadas que las urbanas), el modo de vida (las poblaciones nómadas serían más perjudicadas, aunque no se cuenta con una documentación adecuada sobre su situación desde 1990; los miembros de estas poblaciones presentan una disminución constante).

En lo que se refiere a la malnutrición entre los adultos, con grandes reservas respecto de estas últimas cifras, la encuesta nacional EPCV de 1989/90 indicaba tasas de prevalencia de insuficiencia ponderal (índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>) en cerca del 13% de las mujeres y el 22% de los hombres. Entre las mujeres hay también una importante tendencia al sobrepeso (36% de IMC >25) y a la obesidad (14% de IMC >30). En efecto, estas cifras confirman la obesidad que a menudo se señala entre las mujeres moras: debida a prácticas alimentarias tradicionales a favor de las mujeres.

Los datos de que se dispone en Mauritania sobre carencias de micronutrientes son aún más escasos. No obstante, parece que los problemas más frecuentes son los trastornos debidos a la falta de yodo y de vitamina A.

No existen informaciones cuantitativas sobre consumo alimentario en Mauritania o son muy fragmentarias en lo que respecta a los gastos de las familias en alimentos. Los resultados de la encuesta EPCV de 1989 muestran que éstos son dos veces mayores en las zonas urbanas que en las zonas rurales, donde la parte correspondiente al autoconsumo sigue siendo importante. Por otro lado, estos resultados ponen de relieve que los suministros y el consumo a nivel de las familias dependían en gran parte de la ayuda alimentaria.

En los últimos treinta años, el suministro de energía alimentaria (SEA) ha aumentado constantemente, pasando de cerca de 2 000 kilocalorías por persona y por día a más de 2 580 kcal. En efecto, el aumento más marcado se ha producido como consecuencia de la sequía de principios del decenio de 1970, a partir de 1974-76, que corresponde a un período de importaciones alimentarias sin precedentes (cerca del 70% del SEA procedía entonces de las importaciones). Mauritania es un país muy árido, formado en gran parte por desiertos o zonas semidesérticas debido al bajo nivel de las precipitaciones (sólo el 1% de las tierras recibe agua suficiente para cultivos permanentes) y a la falta de posibilidades de riesgo salvo a lo largo del río Senegal en la frontera meridional.

Las consecuencias de las incertidumbres climáticas en el ganado y en el recurso a las importaciones y a la ayuda alimentaria, sobre todo de cereales, así como el asentamiento de las poblaciones nómadas (cuya tasa ha pasado de 75% en 1965 a menos del 10% actual) y la rápida urbanización (de 9% a 51% en tres decenios, con un 73% previsto para

2025), han producido importantes cambios en los hábitos y el régimen alimentario de los mauritanos.

## Bangladesh

### RESUMEN

Las tasas de malnutrición de Bangladesh se sitúan entre las más altas del mundo. Más del 54 por ciento de los niños en edad preescolar, equivalente a más de 9,5 millones de niños, padece de retraso del crecimiento; el 56 por ciento, de insuficiencia ponderal; y más del 17 por ciento, de emaciación. Aunque todas las divisiones administrativas estaban afectadas de malnutrición infantil, había diferencias importantes en la prevalencia de los tres indicadores antropométricos. La de insuficiencia ponderal va del 49,8 por ciento en Khulna al 64,0 por ciento en Sylhet, donde también se registró la frecuencia mayor de retraso del crecimiento (61,4 por ciento) y de emaciación (20,9 por ciento). En los últimos diez años, sin embargo, las tasas del retraso del crecimiento han ido disminuyendo constantemente.

Los niños de Bangladesh acusan también tasas elevadas de carencia de micronutrientes, particularmente vitamina A, hierro, yodo y zinc. Se debe encomiar a Bangladesh por los notables progresos realizados en los últimos 15 años en la reducción de la avitaminosis A (VAD) entre los niños en edad preescolar. Sin embargo, el consumo de alimentos ricos en vitamina A todavía es deficiente, lo que hace pensar en la necesidad de prestar más atención a las causas subyacentes de la VAD y de aumentar la ayuda. Cunde también la anemia entre los niños de Bangladesh, y son pocos los programas orientados a mejorar su carencia de hierro.

La prevalencia de la malnutrición entre las mujeres de Bangladesh es también extremadamente alta. Más del 50 por ciento adolece de deficiencia crónica de energía, y los estudios realizados indican que la situación ha mejorado poco en los últimos 20 años. Como se observó en el caso de los niños, hay diferencias importantes entre las diversas divisiones administrativas. En Khulna, por ejemplo, las mujeres con un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> constituyen un 47,6 por ciento, mientras que en Sylhet, el 59,6 por ciento. La VAD clínica es común entre las mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo. La VAD subclínica y la anemia también son muy frecuentes entre las mujeres embarazadas y madres lactantes. Hace falta que los programas de Bangladesh incorporen componentes destinados a los adolescentes y los niños en edad escolar, que también se beneficiarán de las mejoras nutricionales.

La mejora de la nutrición puede tener repercusiones importantes en la supervivencia así como en el desarrollo y la productividad física y cognitiva. Una buena nutrición, que incluya una ingesta de alimentos suficiente en

calidad y cantidad, y la reducción de las enfermedades, son también derechos humanos básicos y elementos esenciales para el desarrollo económico.

En los últimos decenios se han realizado progresos significativos en Bangladesh en lo que se refiere a la producción de cereales. Sin embargo, el rápido crecimiento demográfico y el nivel elevado y cada vez mayor de las necesidades alimentarias que de él derivan, plantean un problema difícil dada la disponibilidad limitada de tierras cultivables en Bangladesh. La frecuencia de las catástrofes complica ulteriormente la estabilidad de la producción de alimentos. Últimamente, el gobierno de Bangladesh y algunas organizaciones interesadas han comenzado a fomentar la producción y el consumo de alimentos no cerealeros y la autosuficiencia alimentaria. Se está prestando una atención mayor a las políticas de apoyo a los insumos agrícolas, la investigación sobre cultivos distintos de los cereales, y la promoción de la producción comercial y doméstica de aves de corral y de frutas/hortalizas. Es evidente la necesidad de diversificar las fuentes alimentarias en lo que se refiere a la sostenibilidad de las tierras y del medio ambiente, el desarrollo de la economía rural y el aumento del consumo para mejorar la situación nutricional de la población de Bangladesh.

## China

### RESUMEN

En China, cada provincia tiene un nivel socioeconómico, hábitos alimentarios, infraestructuras sanitarias y medios de comunicación específicos. Por consiguiente, el estado nutricional de la población arroja variaciones significativas de una provincia a otra derivadas de una combinación variable de factores.

Entre los niños menores de cinco años la frecuencia de la insuficiencia ponderal va del 3 por ciento en Beijing al 39 por ciento en la provincia de Hainan, mientras que el retraso del crecimiento oscila entre el 7 por ciento en Beijing y el 56 por ciento en Ghizhou. La prevalencia mayor de retraso del crecimiento se observa en las mismas provincias donde se registra la tasa mayor de insuficiencia ponderal. Según la clasificación de la OMS, los niños de las provincias de Fujian, Jianxi, Hunan, Guanxi, Hainan, Sichuan, Guizhou, Yunnan, Qinghai y Xinjiang se ven muy afectados de retraso del crecimiento (>40 por ciento), y los de Guanxi y Hainan muestran prevalencia de insuficiencia ponderal (>30 por ciento).

La disminución de la prevalencia de insuficiencia ponderal (de 22 por ciento en 1987 a 12 por ciento en 1992) denota una notable mejoría del estado nutricional. En China, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años

(TMM5), un indicador importante del desarrollo socioeconómico y del estado sanitario y nutricional de una sociedad, era del 47 por mil en 1996. Sin embargo, las numerosas enfermedades infecciosas, tales como infecciones respiratorias, intestinales y hepatitis, siguen siendo la causa principal de la muerte de niños menores de cinco años, siendo la malnutrición un factor agravante.

Las provincias de Guanxi y Hainan se ven afectadas de deficiencia crónica de energía en los adultos, de los cuales más de una cuarta parte posee un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Las características de la malnutrición infantil y adulta coinciden en parte, en el sentido de que ambas denotan una situación nutricional deficiente en las provincias de Guanxi y Hainan.

En los adultos, los valores medios del IMC son semejantes tanto para los hombres como para las mujeres (22,0 kg/m<sup>2</sup>). Alrededor del 10 por ciento de la población adulta cuenta con un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>, mientras que la proporción de las personas con sobrepeso u obesidad es significativa (15 por ciento). En Shanghai, Tianjin y, especialmente, Beijing el sobrepeso y las enfermedades conexas se están convirtiendo en un problema de salud pública. En efecto, casi la mitad de la población adulta de Beijing tiene exceso de peso. En el último decenio, ha habido un cambio positivo en la distribución de los valores del IMC, lo que denota una mejoría del estado nutricional de los adultos en este período.

En el último decenio, el estado nutricional de la población china ha mejorado, gracias a factores socioeconómicos, a una mayor disponibilidad de agua potable, a una distribución mejor de los alimentos en todo el país, a la disminución de la morbilidad y a la mejora de los servicios de salud.

Entre 1982 y 1992, la media nacional del aporte energético decreció ligeramente de 2 485 a 2 328 kcal diarias por persona, debido probablemente al estilo de vida más sedentario de la población. Las conclusiones derivadas de las 28 provincias encuestadas en 1992 indicaban que la media del aporte energético diario por persona variaba de 1 913 kcal en Hainan a 2 720 kcal en Anhui. Entre 1982 y 1992, disminuyó la ingesta de todos los principales grupos de alimentos, salvo la carne, el pescado, la leche y los productos lácteos, los huevos, y los aceites y grasas. Como consecuencia, ha habido un incremento de la proporción de las proteínas y grasas en el aporte energético total: de 10,8 por ciento a 11,8 por ciento para las proteínas, y de 18,4 por ciento a 22,0 por ciento para las grasas.

En la proporción de las proteínas y grasas con respecto al aporte energético total hay diferencias importantes de una provincia a otra. La de las proteínas iba del 9,8 por ciento en Sichuan al 13,1 por ciento en Shanghai; y la de las grasas, de 14,0 en Gansu al 31,5 por ciento en Beijing.

En la proporción de las proteínas y grasas con respecto al aporte energético total hay diferencias importantes de una provincia a otra. La de las proteínas iba del 9,8 por ciento en Sichuan al 13,1 por ciento en Shanghai; y la de las grasas, de 14,0 en Gansu al 31,5 por ciento en Beijing.

En todas las provincias encuestadas, los cereales, principalmente arroz y harina de trigo, representaban la fuente principal de calorías, proporcionando el 54 y 78 por ciento del aporte energético total en Beijing y Gansu, respectivamente. La alimentación de China se basa principalmente en los productos a base de hortalizas, que proporcionan el 81 y 63 por ciento de la ingesta total de proteínas y grasas, respectivamente.

La alimentación china es particularmente carente de yodo, pero el país ha emprendido una campaña de consumo de sal yodada para todos con objeto de luchar contra los trastornos causados por la carencia de yodo (TCY), programa que promete alcanzar sus objetivos para el año 2000. También es carente en hierro, siendo las mujeres mayores de 18 años de edad el grupo más afectado, con un 23 por ciento de anémicas. En cuanto a la frecuencia de la anemia entre las mujeres adultas hay variaciones importantes de una provincia a otra, que van del 2 por ciento en Nei Mongol Zizhiqu al 52 por ciento en Shanghai.

## Guinea

### RESUMEN

Los datos antropométricos relativos a los niños menores de 5 años muestran la existencia de problemas nutricionales reales en Guinea. Las tasas de emaciación son superiores al 12% en todas las regiones, con excepción de la Guinea Forestal. De acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, los niños «adolecen gravemente» de malnutrición aguda. Esta situación es aún más preocupante dado que no ha mejorado en los últimos años. Además, en todo el país, con excepción de Conakry, las tasas de retraso de crecimiento, que denota un estado de malnutrición crónica, son del orden del 30%. La malnutrición está distribuida en todo el país en forma heterogénea, y afecta sobre todo al medio rural.

El estado nutricional de la población adulta, si bien menos documentado, revela también una marcada diferencia entre el medio rural y el medio urbano. Así pues, entre las mujeres del medio rural se observan importantes problemas de insuficiencia de peso (24% de IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>, contra el 9% en el medio urbano), mientras que el exceso de peso es más frecuente en el medio urbano.

La endemidad bociógena en Guinea es seguramente una de las más importantes del África subsahariana y constituye un importante problema de salud pública. La tasa total de bocio es de 75% en todas las regiones, menos en Guinea Inferior. Desde hace algunos años se ha establecido en todo el país un programa de lucha contra el bocio mediante la yodación de la sal.

En lo que respecta al consumo alimentario, el análisis de los datos, a partir de una encuesta sobre los desembolsos presupuestarios de las familias indica que, a pesar de haber un aporte energético correcto en el plano nacional, existen importantes diferencias encubiertas a nivel de ciertos grupos de la población. La zona más desfavorecida en lo que se refiere al aporte energético es Conakry (2 060 kilocalorías por persona por día) donde ciertos grupos de la población presentan un alto riesgo de insuficiencia alimentaria, vinculada a los problemas de la pobreza propios de la urbanización. Esta situación, particularmente preocupante, se ha agravado considerablemente en los últimos años. Se constata también que la Alta Guinea, zona de clima sudanés, es la región con menor aporte de calorías y de lípidos.

Las causas de estas altas tasas de malnutrición son múltiples y complejas, pero es probable que la pobreza sea una de las más importantes. Entre los diversos factores que se citan al respecto, figura la cobertura deficiente de la vacunación, sobre todo en las zonas rurales, debida, en efecto, a un acceso limitado a la atención sanitaria, como lo confirma la alta mortalidad infantil.

## Marruecos

### RESUMEN

En Marruecos, el último decenio se ha caracterizado por una neta mejoría de todos los indicadores del estado nutricional de los niños menores de 5 años. Sin embargo, su situación no es satisfactoria del todo: el 24% sigue sufriendo de retraso de crecimiento y el 10% de insuficiencia de peso, mientras que la emaciación ha prácticamente desaparecido. La región meridional parece ser la más afectada mientras que la oriental presenta las tasas de prevalencia más bajas.

El valor medio del índice de masa corporal (IMC) entre los adultos era de 23,0 kg/m<sup>2</sup> en 1984-85. El 24% de los adultos presentaba tendencia a la obesidad (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) y el 7% a perder peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>). Estos datos muestran que la obesidad tiende a aumentar. Si esta tendencia se mantiene puede convertirse en un serio problema para la salud pública en los próximos años.

La situación nutricional de los adultos se superpone en parte a la de los niños. Se observa, así, que los indicadores antropométricos de los niños y los de los adultos siguen las mismas tendencias. Respecto de los dos grupos de edades, la región meridional es la que presenta la prevalencia más elevada de malnutrición, mientras que la prevalencia más baja se encuentra en la región oriental.

En el conjunto, el porcentaje de la población marroquí que sufre de subnutrición ha sido estimado por la FAO en un 10%, de acuerdo con la metodología basada en el nivel del suministro de alimentos y en una hipótesis de distribución de dicho suministro.

Se observa una mejoría neta en la tasa de mortalidad infantil, que es uno de los indicadores más significativos del estado nutricional y de la salud de un país. En las zonas urbanas, el estado nutricional es mejor que en las zonas rurales. Por otro lado, el consumo de alimentos de la población urbana, expresado en energía, es más bajo que el de la población rural, probablemente debido a que la necesidad de calorías es menor en este tipo de población que tiene un nivel inferior de actividad física. Marruecos presenta una rápida urbanización y cerca del 48% de la población urbana está concentrada en las llanuras fértiles y en las zonas costeras de la región nordoccidental donde está localizada principalmente la actividad económica.

La anemia afecta aún al 30% de las mujeres y al 10% de los hombres, lo que podría deberse, en parte, al régimen alimentario marroquí, rico en fibras, fitatos y taninos, que reducen la biodisponibilidad de hierro. En varias zonas de Marruecos sigue habiendo bocio endémico. La composición del régimen alimentario desempeña una función fundamental en la absorción de los micronutrientes pero constituye sólo uno de los factores que determinan carencias en micronutrientes.

Las últimas encuestas sobre consumo alimentario indican que el consumo de productos de origen animal (productos lácteos, carnes, huevos, pescado) es relativamente bajo, y que su ritmo de crecimiento es inferior al de los países que han alcanzado el mismo nivel de desarrollo económico. En cambio, el consumo de aceites y grasas aumenta al ritmo que dejaba prever el crecimiento de los ingresos.

El consumo alimentario es solamente uno de los numerosos factores que han contribuido a la mejora del estado nutricional que se observa en Marruecos. Entre ellos cabe citar la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la mejora del nivel socioeconómico y de la educación, así como un mayor acceso a las infraestructuras sanitarias.

## **Pakistán**

## RESUMEN

En el Pakistán, el estado nutricional de los niños menores de cinco años es extremadamente deficiente. A nivel nacional, casi el 40 por ciento de ellos adolece de insuficiencia ponderal. Más de la mitad de los niños están afectados de retraso del crecimiento y alrededor del 9 por ciento, de emaciación. Existe una relación positiva entre la edad del niño y las tasas de prevalencia del retraso del crecimiento y de insuficiencia ponderal. En el Pakistán, las tasas de malnutrición varían significativamente de una provincia a otra, mientras que no aparecen diferencias en las tasas de malnutrición entre varones y mujeres. La prevalencia del retraso del crecimiento está relacionada con el nivel general de desarrollo de las provincias, siendo muy baja en Punjab y muy alta en Baluchistán, la menos desarrollada.

Los déficits antropométricos son sistemáticamente más elevados en las zonas rurales, debido probablemente al nivel más bajo de la situación socioeconómica y a un acceso muy limitado a los servicios básicos de salud.

No se dispone de datos recientes sobre el estado nutricional de los adultos. Sin embargo, según la FAO, en 1990-92 el 17 por ciento de la población total carecía de alimentación suficiente frente al 24 por ciento en 1969-71.

Según encuestas sobre el consumo de alimentos en el Pakistán, en los períodos 1984-85 y 1987-88 el aporte energético medio diario por persona cubría las necesidades diarias. Desafortunadamente, como no se dispone de encuestas más recientes, no se puede ofrecer una información sobre la suficiencia del consumo de alimentos en la actualidad.

En la alimentación pakistani los cereales siguen siendo el alimento básico, que proporciona el 62 por ciento de la energía total. En comparación con otros países asiáticos, el nivel del consumo de leche en el Pakistán es notable, mientras que el de frutas y hortalizas, pescado y carne sigue siendo muy bajo. El consumo de frutas y hortalizas frescas, que dependen mucho de las existencias estacionales disponibles a nivel local, se ve limitado también por la falta de medios de comercialización en todo el país. Es probable que la disponibilidad fluctuante de estos alimentos importantes sea uno de los factores responsables de los trastornos debidos a la carencia de micronutrientes que se observan en el Pakistán.

El consumo de alimentos es sólo uno de los múltiples factores que interaccionan y tienen repercusiones sobre el estado nutricional de toda la población. Otros factores importantes son la morbilidad, la cobertura deficiente de las infraestructuras sanitarias y los factores socioeconómicos.

A partir de la independencia del Pakistán (1947), la creación de infraestructuras sanitarias ha ido mejorando con el tiempo pero siguen siendo insuficientes, particularmente en las zonas rurales. Según los criterios internacionales, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años, un índice importante del estado sanitario y nutricional de una comunidad, es elevada: 137 por 1 000 nacimientos. Las numerosas enfermedades infecciosas, tales como las infecciones respiratorias e intestinales, siguen siendo las causas principales de hasta el 50 por ciento de las muertes de niños menores de 5 años, siendo la malnutrición un factor agravante, especialmente en las zonas más pobladas.

## Filipinas

### RESUMEN

La malnutrición proteínocalórica (MPC) y la carencia de micronutrientes siguen siendo los principales problemas nutricionales en Filipinas. La tendencia general a una disminución de las prevalencias de deficiencia ponderal, emaciación y retraso del crecimiento entre los niños filipinos, que se había registrado en los últimos diez años, se ha visto contrarrestada por el aumento de las tasas de prevalencia en 1998. Alrededor de 4 millones (31,8%) de niños en edad preescolar sufrían de insuficiencia ponderal con respecto a su edad, 3 millones (19,8%) de adolescentes de deficiencia ponderal y 5 millones (13,2%) de adultos, incluidas las personas de edad, de carencia energética crónica.

De igual modo, el estado de malnutrición por carencia de micronutrientes es otro importante problema para el país. La situación de la carencia de vitamina A está considerada como una grave carencia asintomática que afecta a los niños de 6 meses a 5 años (8,2%) y a las mujeres gestantes (7,1%). La anemia por carencia de hierro es la más preocupante de las carencias de micronutrientes y afecta a una proporción considerable de lactantes (56,6%), mujeres gestantes (50,7%), madres lactantes (45,7%) y personas de edad de sexo masculino (49,1%). La prevalencia de los trastornos por carencia de yodo (TCY) era leve (71 µg/l). Sin embargo, el 35,8% de los niños de 6 a 12 años sigue padeciendo de formas moderadas y graves de TCY.

También el exceso de peso y la obesidad son prevalentes en el país y afectan a una parte importante de los niños, adolescentes y adultos, predisponiéndolos a ciertos riesgos nutricionales y de salud. Este hecho es evidente en la tendencia al aumento de la prevalencia de enfermedades del corazón y del sistema vascular.

En Filipinas la desnutrición obedece a una multitud de factores relacionados entre sí, sanitarios, físicos, sociales, económicos, y otros. El suministro de

alimentos y su forma de distribución y consumo por el pueblo tienen consecuencias en el estado nutricional. Mientras los informes señalan que existen alimentos suficientes para la alimentación del país, muchos filipinos siguen sufriendo hambre y están malnutridos a causa del consumo insuficiente de alimentos y nutrientes. En efecto, salvo en lo que respecta a las proteínas, se considera que el régimen alimenticio común en Filipinas es totalmente insuficiente en calorías y otros nutrientes. A fin de compensar el insuficiente aporte energético el organismo utiliza las proteínas como fuente de calorías. De ahí el continuo problema de malnutrición proteínocalórica (MPC) que aflige al país.

La presente situación económica de Filipinas agrava aún más el problema de la malnutrición y 28 millones de filipinos se encuentran en la imposibilidad de comprar alimentos para satisfacer sus necesidades nutricionales y otras necesidades básicas. Si bien se informaba que el estado de salud de los habitantes había mejorado en cuanto a la disminución de las tasas de mortalidad de las madres y los lactantes, la mayor incidencia de las enfermedades infecciosas, como la diarrea y las enfermedades respiratorias, han contribuido al deficiente estado nutricional de muchos filipinos. En la encuesta nutricional de 1998 también se han mencionado los efectos de la crisis económica de 1997 en Asia, así como el fenómeno de El Niño, entre las causas del aumento de la prevalencia de la desnutrición.