

josé carlos escudero*

desnutrición en américa latina,

su magnitud
(una primera aproximación)**

Introducción

La desnutrición es quizá la enfermedad más difundida en América Latina*** y en el mundo. Se estima que este flagelo causa la mitad de las muertes infantiles mundiales, que 200 millones de niños nacidos vivos sufren sus efectos y que un tercio de la población de los "países en desarrollo" se encuentra desnutrido; o sea, por lo menos 434 millones de personas;¹ inclusive en los países desarrollados, alrededor de 30 millones de personas se encuentran gravemente mal nutridas,² y se ha hablado de

* Médico, licenciado en Salud Pública y Estadísticas de Salud, master en Sociología; director de Estadísticas de Salud de Argentina; director asociado del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Buenos Aires; investigador de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra; autor de varios trabajos sobre salud pública y epidemiología.

** Este trabajo forma parte de un estudio que se está realizando como contribución al proyecto "La Sequía y el Hombre", de la IFIAS (International Federation of Institutes of Advanced Studies).

*** Por falta de un término más apropiado, se entenderá por "América Latina" al conjunto de los países del continente, con las excepciones de Cuba (que será objeto de un estudio especial), Estados Unidos y Canadá.

¹ S. Almeida, D. Baytelman, J. Chonchol, J. Collins, S. George, L. Aragón Vieira y J. M. Von Der Weid. "Assessment of the World Food Situation, Present and Future". *International Journal of Health Services*, vol. 5, núm. 1, 1975.

² *El estado mundial de la agricultura y la alimentación, 1975*, Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1976.

la triste evolución de millones de niños en América Latina que mueren a causa de la acción sinérgica de la desnutrición y la diarrea, y que los que sobreviven no alcanzan a realizar todo su potencial genético de conocimiento y desarrollo físico y funcional.³

La desnutrición es una enfermedad que puede ser prevenida o curada muy fácilmente. En términos macroeconómicos se puede plantear que el hecho de evitar la enfermedad y la muerte de millones de personas que se producen anualmente en el mundo, sólo representaría la producción o redistribución del 3 por ciento –o menos– de la disponibilidad mundial total de alimentos.⁴

Sin embargo esto no sucede. Todos los años, todos los meses y todos los días se siguen acumulando muertos, víctimas de la desnutrición. Los que sobrevivan llevarán consigo, toda su vida, las marcas de su acción.⁵

Esta paradoja aparente –la prevalencia masiva de una enfermedad fácilmente controlable– no es, en realidad, tal.

La desnutrición es una consecuencia inevitable de la organización política, social y económica de los países latinoamericanos y representa, en las circunstancias actuales, un desafío que éstos no están en condiciones de enfrentar y vencer.

Se ha constatado, además, que el registro de la desnutrición en los países de la América Latina es altamente imperfecto. En el análisis de una serie de datos que se expondrán más adelante, se observa que la magnitud de la desnutrición humana es mucho mayor que la que surge de los datos estadísticos que aparecen en las publicaciones pertinentes. Si se entiende que el máximo valor de la información reside en su capacidad para guiar decisiones que modifiquen el entorno, esta carencia de datos acerca de un problema sanitario de una alta prevalencia y de gran vulnerabilidad ofrece un marcado contraste con la relativa abundancia de datos referidos a otras enfermedades –el cáncer, por ejemplo–, que son mucho menos vulnerables a medidas terapéuticas y también menos trascendentes desde el punto de vista social.

³ Moisés Behar, "Importancia de la Alimentación y la Nutrición en la Patogenia y Prevención de los Procesos Diarreicos", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, vol. LXXVIII, núm. 4, abril de 1975.

⁴ Shlomo Reutinger y Marcelo Selowski, *Desnutrición y pobreza*, documento del Banco Mundial, 1976; citado en *El Día*, México, 24 de noviembre de 1976.

⁵ Myron Winick, *Nutrition and Mental Development*, Medical Clinics of North América, vol. 54, núm. 6, noviembre de 1970.

1. Mortalidad por desnutrición

La manera más obvia de medir el impacto de la desnutrición en un país sería registrar el número de fallecimientos que se producen debido a ella. Las estadísticas vitales de los países de América Latina registran –en teoría– todos los fallecimientos que ocurren en su territorio, anotando además la causa que provocó la muerte. En la práctica esto no sucede debido al subregistro de defunciones, a la insuficiente disponibilidad de servicios sanitarios para la población –que impide que en muchos casos pueda determinarse la causa de muerte– y a la existencia de sesgos en el sistema vigente de determinación de la “causa básica de muerte”, que tiende a subestimar significativamente el papel causal de la desnutrición en ellas.

a) Lo que reflejan las estadísticas vitales

A pesar del subregistro y los demás conceptos expresados más arriba, la desnutrición configura un serio problema de mortalidad en América Latina, como lo revela el cuadro I.

Por otra fuente puede determinarse que los fallecimientos por desnutrición en Argentina en 1970 fueron 2 439, de los cuales 1 655 correspondieron a menores de un año de edad.⁶

El total de 41 126 muertes contabilizadas en 18 países es impresionante, y lo es más si se tiene en cuenta que los países de los que no se dispone de información son, en general, los que a su vez presentan los niveles nutricionales más bajos: se puede presumir, por ejemplo, que la cifra de muertos por desnutrición de Bolivia, Brasil y Haití podría ser tan alta como la del resto de los países de América Latina reunidos. Sin embargo, como se verá a continuación, la magnitud real de las muertes por desnutrición en nuestro continente es varias veces mayor que la que se observa en el cuadro I.

b) Subregistro de defunciones en América Latina

Ningún sistema de estadísticas demográficas es perfecto, y su grado de exactitud es cuantitativo, no cualitativo. El grado de subregistro de las estadísticas vitales de América Latina es en algunos casos muy significativo, y puede aventurarse que los fallecimientos no registrados, correspondientes en general a la

⁶ José Carlos Escudero, “La Situación Sanitaria Nacional”, revista *Contra-edicina*, núm. 1, Buenos Aires, 1974.

CUADRO I

FALLECIDOS DEBIDO A DESNUTRICIÓN COMO
"CAUSA BÁSICA" DE MUERTE EN ALGUNOS PAÍSES
DE AMÉRICA LATINA

País	(Año)	Total de fallecimientos registrados	Total	A65-avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	A67 anemias	% de fallecimientos por desnutrición	Subtotal:	
							fallecimientos por desnutrición de cinco años	% de fallecimientos menores de cinco años
Chile	(1973)	82 988	1 245	1 006	239	1.5	632	51
Colombia	(1972)	160 380	10 242	7 142	3 100	6.4	6 417	63
Costa Rica	(1973)	9 702	165	96	69	1.7	88	53
Rep. Dominicana	(1973)	26 429	771	547	224	2.9	521	68
Ecuador	(1972)	67 837	2 576	1 048	1 528	3.8	1 406	55
El Salvador	(1973)	31 905	1 221	625	596	3.8	503	41
Guatemala	(1971)	75 223	3 508	1 682	1 826	4.6	1 184	34
Honduras	(1973)	20 932	681	304	377	3.2	311	46
México	(1973)	458 915	11 781	6 498	5 283	2.6	5 066	43
Nicaragua	(1973)	11 729	157	50	107	1.3	68	43
Panamá	(1973)	9 173	224	98	126	2.4	83	37
Paraguay	(1973)	12 354	420	235	185	3.4	205	48
Perú	(1972)	92 568	3 259	2 331	928	3.5	2 014	62
Puerto Rico	(1973)	19 257	183	88	45	0.9	22	12
Trinidad y Tobago	(1973)	7 517	192	114	78	2.5	82	43
Uruguay	(1973)	28 436	495	418	77	1.7	314	63
Venezuela	(1973)	76 506	1 567	1 178	389	2.0	1 081	69
Total		1 191 851	38 687	23 464	15 227	3.2	19 917	51

FUENTE: Excepción para Guatemala, modificado de World Health Statistics Annual 1973-1976, Ginebra, World Health Organization, 1976; para Guatemala, modificado de World Health Statistics Annual 1972, Ginebra, World Health Organization, 1975.

población rural dispersa o a núcleos marginados de las grandes ciudades, pueden presentar porcentajes desproporcionadamente altos de desnutridos.

Son escasos los estudios sobre la magnitud del subregistro de defunciones en América Latina. Una encuesta efectuada en 20 países en 1975 (10 de ellos no respondieron) reveló que 6 países latinoamericanos estimaban que su mortalidad general presentaba un subregistro de por lo menos el 20 por ciento y 5 países estimaban un subregistro similar en su mortalidad infantil.⁷

Es común encontrar afirmaciones como las siguientes: "Se puede decir que, en general, los países (de América Central y Panamá) no conocen el grado de integridad del registro de los hechos vitales", y "el problema de las omisiones es mayor para las defunciones que para los nacimientos";⁸ que en Guatemala se estimó que el subregistro de defunciones infantiles era del 24 por ciento entre 1945-1951 y que había descendido al 12 por ciento en los años próximos a 1964;⁹ que en Panamá la omisión de defunciones se estimó como superior al 20 por ciento en la década de 1950-1960;¹⁰ que en México la subestimación de la mortalidad infantil en 1960-65 era del 16 por ciento,¹¹ y que para un conjunto de países latinoamericanos en 1955-1960 el porcentaje de subregistro de defunciones era del 64 por ciento para Bolivia, del 16 para Colombia, del 13 para Costa Rica, del 45 para Cuba, del 17 para El Salvador, del 40 para Honduras, del 39 para Nicaragua, del 17 para Panamá, del 22 para Perú, del 49 para la República Dominicana y 22 por ciento para Venezuela.¹²

En los años 1970-1972 se llevó a cabo un estudio muy completo sobre la mortalidad en la niñez en América Latina,¹³ que se

⁷ Susana E. Natali, *Análisis de los sistemas de información de estadísticas de natalidad y mortalidad que operan en América Latina, 1975*, publicación serie III, núm. 4, México, Secretaría de Industria y Comercio, 1976.

⁸ Carmen Arretx y Guillermo Maccio, *Evaluación de los datos demográfico-censales y de registro disponibles en los países de América Central y Panamá*, Publicación CELADE, serie "A", núm. 75, 1967.

⁹ Zulma C. Camisa, *Las estadísticas demográficas y la mortalidad en Guatemala hacia 1950 y 1964*, San José de Costa Rica, CELADE, 1969.

¹⁰ Hildebrando Araica A., *Informe sobre una encuesta experimental para medir la omisión en los registros de nacimientos y defunciones en la República de Panamá*, Documento ST/ECLA/CONF, 19/L.L., 20 de octubre de 1964.

¹¹ Eduardo Cordero, "La Subestimación de la Mortalidad Infantil en México", *Demografía y Economía II*, núm. 1, 1968; citado en *Dinámica de la población en México*, México, Colegio de México, 1970.

¹² Leonel Álvarez Leiva, *Algunos intentos de evaluación del grado de integridad de las estadísticas vitales en países latinoamericanos*, Documento ST/ECLA/CONF, 19/L. 16, 16 de noviembre de 1964.

¹³ Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, *Características de la mortalidad en la niñez*, Publicación Científica núm. 262, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1973.

describirá en detalle más adelante. Se analizaron aproximadamente 35 000 fallecimientos de menores de 5 años en trece áreas de 8 países, utilizándose métodos que corregían el subregistro habitual de las defunciones, y llegando a determinaciones acerca de las causas de muerte (a través de autopsias o utilizando registros hospitalarios) que eran mucho más exactas que las proporcionadas por el sistema de estadísticas vitales vigente. Se comprobó inicialmente la existencia de un subregistro de defunciones que era significativo en muchas áreas.

CUADRO II

SUBREGISTRO EN LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE CINCO AÑOS
ESTUDIADAS POR LA INVESTIGACIÓN INTERAMERICANA
DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (1970-1972)

Proyectos	Defunciones estudiadas por la investiga- ción	Habían sido registradas por las estadísticas vitales		No fueron registradas
		Núm.	%	%
Chaco (Argentina)	1 701	1 616	95.0	5.0
San Juan (Argentina)	2 156	1 934	89.7	10.3
La Paz-Viacha (Bolivia)	4 276	3 778	88.4	11.6
Recife (Brasil)	3 635	3 534	97.2	2.8
Riberao Preto (Brasil)	1 126	1 122	99.6	0.4
Sao Paulo (Brasil)	4 312	4 286	99.4	0.6
Santiago (Chile)	2 714	2 370	87.3	12.7
Cali (Colombia)	1 627	1 567	96.3	3.7
Cartagena (Colombia)	1 255	1 002	79.8	20.2
Medellín (Colombia)	1 348	1 297	96.2	3.8
San Salvador (El Salvador)	3 820	3 494	91.5	8.5
Kingston (Jamaica)	1 903	1 687	88.6	11.4
Monterrey (México)	3 953	3 765	95.2	4.8

FUENTE: Modificado de Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, "Características de la Mortalidad en la Niñez", en *Publicación Científica*, núm. 262, Wáshington, Organización Panamericana de la Salud, 1973.

Las áreas estudiadas por la investigación correspondían en su gran mayoría a ciudades o sus suburbios y eran más "desarrolladas" que el promedio de los países a que pertenecían.

Debía esperarse que sus estadísticas vitales fueran mejores que ese promedio; sin embargo, como puede observarse, más del 10 por ciento de las defunciones no habían sido registradas en cuatro de las áreas, y más del 20 por ciento no habían sido registradas en la ciudad de Cartagena, Colombia. Los investigadores hicieron notar en su informe que su pesquisa de defunciones había sido, a su vez,

incompleta, lo que elevaría aún más los porcentajes de subregistro. Incidentalmente, y aunque este punto se desarrollará por separado,

la deficiencia nutricional fue el problema más grave que se puso de manifiesto a través de la investigación, según se midió por su intervención en la mortalidad... a través del estudio de la mortalidad por causas múltiples se descubrió que el 57% de los niños menores de 5 años que fallecieron, habían manifestado inmaduridad o deficiencia nutricional como causa básica o asociada de defunción.¹⁴

c) Escasa certificación médica de los fallecimientos registrados

La gran mayoría de los países de América Latina tiene una característica común en cuanto a la cantidad de sus médicos: cifras generales bajas de médicos por habitante, lo que ocasiona que gran parte de la población que necesita de sus servicios —enfermos y población en trance de morir— se vea privada de ellos.

Existen dos explicaciones principales para este fenómeno, aparentemente incongruente, de carencia de médicos en una sociedad que tiene gran necesidad de ellos: la primera es el control que las oligarquías locales ejercen sobre el ingreso a las escuelas de medicina (este fenómeno se describirá más adelante); la segunda se refiere a la migración de médicos latinoamericanos a las metrópolis capitalistas, especialmente los Estados Unidos. Es interesante señalar, por ejemplo, que hay más médicos haitianos ejerciendo la medicina en el extranjero que en Haití, y que el 95 por ciento de estos emigrantes se hallan en los Estados Unidos.¹⁵ En casi todos los países, por añadidura, los médicos se encuentran distribuidos espacialmente en forma muy desigual. Este fenómeno obedece a que, ante la ausencia de otro estímulo dominante, es el “mercado” el que rige la asignación espacial de los médicos hacia ciertas zonas —preferentemente urbanas— y las patologías —preferentemente crónico-degenerativas— que pueden pagar sus servicios. Puede constatarse que el grado de concentración urbana de los médicos latinoamericanos es notable.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ *Multinational Study of the International Migration of Physicians and Nurses. Country Specific Migration Statistics*, Documento HMD/76. 4, Ginebra, World Health Organization, 1976.

CUADRO III

MÉDICOS POR 10 000 HABITANTES EN
PAÍSES LATINOAMERICANOS

País	Médicos por 10 000 habitantes
Argentina	20.9
Barbados	5.8
Bolivia	4.1
Brasil	5.2
Colombia	4.6
Costa Rica	7.0
Chile	5.4
Ecuador	3.4
El Salvador	2.5
Guatemala	2.3
Guyana	2.5
Haití	0.8
Honduras	2.9
Jamaica	4.0
México	6.9
Nicaragua	7.0
Panamá	7.0
Paraguay	4.1
Perú	5.5
R. Dominicana	5.2
Trinidad-Tobago	4.2
Uruguay	10.9
Venezuela	10.3

FUENTE: "Situación Social", en *América en cifras*, Washington, Organización de Estados Americanos, 1974.

El siguiente cuadro describe la concentración de médicos en zonas urbanas y rurales en varios países latinoamericanos. Recordemos que es en las zonas rurales donde se encuentran con más frecuencia patologías como desnutrición, parasitosis e infecciones.

CUADRO IV

TASAS DE MÉDICOS POR 10 000 HABITANTES
EN ZONAS URBANAS Y RURALES EN ALGUNOS
PAÍSES LATINOAMERICANOS

País (año)	Tasa general por 10 000 hab.	Tasa por 10 000 hab. en zonas urbanas	Tasa por 10 000 hab. en zonas rurales
Bolivia (1974)	4.7	17.7	0.6
Brasil (1969)	5.0	8.8	0.5
Costa Rica (1973)	6.4	14.6	0.7
Dominica (1974)	1.6	4.1	0.6
Ecuador (1969)	3.4	9.9	1.6
Guadeloupe (1973)	6.5	18.7	1.7
Guatemala (1971)	2.3	14.0*	...
Nicaragua (1971)	4.6	13.1	1.4
Panamá (1970)	6.1	9.0	0.8
Paraguay (1970)	3.8	15.9	0.5
Perú (1969)	5.2	15.8	1.5

* En la ciudad capital.

FUENTE: *World Health Statistical Annual, 1974*, vol. III, Ginebra, World Health Organization, 1976.

En la Argentina la diferencia en concentración de médicos entre la provincia más favorecida y las menos favorecidas es de aproximadamente 12 a 1.¹⁶ El siguiente cuadro describe el tipo de concentración urbana de médicos en 4 países latinoamericanos.

¹⁶ Escudero, *op. cit.*

CUADRO V

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y NÚMERO DE MÉDICOS POR 10 000 HABITANTES EN ALGUNOS PAÍSES LATINOAMERICANOS

País	Año ¹	Localidades con población de menos de 20 000 habitantes		Localidades de 20 000 a 99 999 habitantes		Localidades de más de 100 000 habitantes		
		Médicos por 10 000 hab.	Médicos cada 10 000 Hab. población	Médicos cada 10 000 Hab. población	Médicos cada 10 000 Hab. población	Médicos cada 10 000 Hab. población	Médicos cada 10 000 Hab. población	
Colombia	1970	5.4	0.78	63.9	2.1	9.5	15.1	26.6
Nicaragua	1971	4.5	1.37	72.6	11.2	8.6	13.8	18.8
Perú ²	1969	5.2	(1.6)	76.0	(1.6)	16.8	14.5	7.2
El Salvador	1969	2.3	2.64	81.1	6.2	5.1	11.1	13.3

¹ Cifras de población basadas en el censo de población más próximo.

² Las cifras de médicos por 10 000 habitantes del Perú son para localidades de menos de 10 000 habitantes, por consiguiente no se encuentran agregadas en las dos primeras categorías

FUENTE: Modificado de Vicente Navarro, "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment. An analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America", *International Journal of Health Services*, vol. 4, núm. 1, 1974.

Como consecuencia de todo esto se observan dos fenómenos:

a) Un alto porcentaje de fallecimientos, de los cuales no se registra la causa de muerte –ya que son notificados por no médicos–, y

b) Una cantidad desproporcionada de estos fallecimientos corresponde a áreas geográficas y estratos sociales donde la desnutrición es la patología dominante.

CUADRO VI

PORCENTAJE DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE CAUSA DE MUERTE EN PAÍSES LATINOAMERICANOS

Pais	Año	% de muertes con certificación médica
Barbados	1971	81.1
Colombia	1970	67.1
Costa Rica	1972	57.2
Chile	1971	83.4
Ecuador	1970	43.8
El Salvador	1970	20.5
Guatemala	1971	21.8
México	1971	75.8
Panamá	1971	60.0
Perú	1970	57.0
Uruguay	1971	99.7
Venezuela	1971	79.4

FUENTE: United Nations Demographic Yearbook, 1974.

Esta concentración de médicos en países ricos, en áreas urbanas y al servicio de poblaciones prósperas, conspira contra cualquier contabilidad de muertes por desnutrición, diagnóstico que escapa a los no profesionales, y para el cual inclusive los profesionales se encuentran mal preparados, como se verá a continuación.

d) Sesgos de los médicos certificantes

Una descripción de la educación médica en América Latina describe a su vez la sociedad en que tiene lugar dicha educación.

Nuestras sociedades clasistas producen una educación y una práctica médicas igualmente clasistas. La inmensa mayoría de los estudiantes de medicina de nuestros países son reclutados de entre las clases alta o media, y reciben una capacitación que privilegia las patologías individuales que pueden cotizarse en el "mercado" de salud sobre las patologías colectivas, cuyos miembros no pueden generar una "demanda" económica para la cura de sus padecimientos. Se ha hecho notar que la expansión de la educación media y superior en América Latina es una consecuencia de la presión de las clases medias urbanas para la educación de sus hijos, ya que esta educación ofrece a dichas clases una oportunidad para el ascenso social.¹⁷ Un estudio efectuado en seis escuelas de medicina de América Latina en 2 326 estudiantes reveló que las clases alta, media alta y media proporcionaban el 70 por ciento de los estudiantes, y la media baja y baja solamente el 30 por ciento restante. Una encuesta en 97 escuelas de medicina latinoamericanas demostró que la cirugía y las especialidades quirúrgicas ocuparon el 16.3 por ciento de las horas de enseñanza, la medicina preventiva y social el 5 por ciento y la pediatría el 6 por ciento, observándose que

la cirugía es después de la medicina el área con mayor número de horas de enseñanza en el plan de estudios de las escuelas de medicina de la América Latina. Este hecho pareciera paradójico si se considera que los casos que requieren intervención quirúrgica de cierta magnitud son pocos, comparados con el total de problemas de salud,

y se hizo notar que

en los países latinoamericanos la población pediátrica constituye más del 50% de toda la población, la morbilidad infantil requiere del 50% de la asistencia médica y la mortalidad infantil sobrepasa el 50% de la mortalidad general.¹⁸

Estrechamente relacionado con lo anterior se encuentra el marco ideológico en que se desenvuelve la práctica médica en casi todos los países latinoamericanos.

El modelo causal clásico de la medicina profesional presenta cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente

¹⁷ Juan César García, "La Educación Médica en la América Latina", **Publicación Científica**, núm. 225, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972.

¹⁸ *Ibid.*

patógeno específico, generalmente de carácter biológico. Es decir, cada enfermedad tiene su causa particular y única. Esta conceptualización de la causalidad surge y tiene su edad de oro con el desarrollo de la microbiología y todavía es el modelo dominante dentro de la medicina.¹⁹

Por otro lado, la desnutrición es una característica "normal" en las clases populares de nuestros países latinoamericanos. Es sabido que uno de los conceptos básicos de enfermedad que rigen en nuestra práctica médica dominante es el de normalidad estadística: es normal lo que es frecuente o habitual, entonces...

a nadie le extraña que en una comunidad indígena cerrada y aislada se requiera satisfacer las necesidades a través de la organización misma de la comunidad. Concretamente es el hechicero o curandero el encargado de "resolver" los problemas de salud... No curará el curandero la tuberculosis, la desnutrición, entre otras cosas porque estas condiciones no son detectadas por él como anormales, sino por el contrario, como característica inherente al medio en que se desenvuelve (cosa que ocurre con frecuencia a los médicos, quienes prácticamente no hacen un diagnóstico de desnutrición por cuanto eso es algo muy común y en cierto sentido por esa razón no es una enfermedad).²⁰

En el país del que procede esta cita, y con respecto a la enseñanza de nutrición a los futuros médicos, se ha hecho notar que

se encuentran serias fallas en los sistemas de enseñanza y en el enfoque que se da a los problemas de la nutrición; sólo en 3 escuelas (de medicina) se dictan cursos regulares, pero con grandes diferencias en temas, horarios y dirección del curso; únicamente una facultad tiene el departamento de nutrición y en otras dos se tienen recursos para incluir enseñanzas de laboratorio, seminarios o prácticas.²¹

La información sobre magnitud de la desnutrición en Colombia, que se presentará a lo largo de este trabajo, revela la incongruencia

¹⁹ Cristina Laurell, "Medicina y Capitalismo en México", **Cuadernos Políticos**, núm. 5, México, 1975.

²⁰ Alberto Vasco Uribe, **Salud, medicina y clases sociales**, Medellín, Editorial La Pulga, 1975.

²¹ R. Rueda Williamson, citado en Alfonso Chávez, "La Nutrición en la Práctica Médica", **Revista Salud Pública de México**, vol. VII, núm. 1, febrero de 1965.

médica y humanitaria y la lógica económico-política de esta situación: los desnutridos colombianos no entran en la ecuación de poder nacional que determina, entre otras muchas cosas, la estructura de sus **currícula** médicos.

Otras características de la desnutrición: se trata de una enfermedad de alta prevalencia que incide exclusivamente en sectores marginados, que carece de una etiología precisa (microbiana o viral), de una evolución clínica bien definida o de una solución quirúrgica y cuyas causas llevarían a un análisis incómodo sobre su origen social.

Se trata, por último, de una enfermedad que no interesa a las metrópolis que rigen las líneas de la investigación médica en el mundo, y por lo tanto para su prevención o tratamiento no se elabora ninguno de los productos de la moderna "industria de la salud": ni medicamentos ni tecnología complicada ni equipo costoso.

e) **Sesgos en la clasificación internacional de enfermedades**

Toda determinación de la causa de un fenómeno refleja, en última instancia, una posición ideológica. La muerte de un individuo involucra una serie de "explicaciones" de variada complejidad, desde la más inmediata y sintomática ("detención del corazón"), pasando por la "enfermedad" que aparentemente la ocasionó (arteroesclerosis), hasta la más alejada, pero no por eso menos causal ("hipertensión arterial debida a tensión psíquica" o a "situación de explotación en el trabajo").

En el caso de la mortalidad por desnutrición se ha visto cómo una combinación de causas —el registro incompleto de defunciones, el alto porcentaje de éstas que carecen de certificación médica y el sesgo profesional de los médicos latinoamericanos— hacen que la magnitud de la desnutrición se encuentre subestimada en las estadísticas de mortalidad de América Latina.

A estas causas se suma otra: la Clasificación Internacional de Enfermedades, en uso en Latinoamérica y en el resto del mundo,²² tiende a subestimar a la desnutrición como causa de muerte, asignando en la mayor parte de los casos como "causa básica" de la defunción a otra enfermedad —predominantemente una infecciosa—, aunque en el certificado de defunción se encuentren registradas ambas.

La octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades trata de establecer para todos los países del mundo un

²² Organización Mundial de la Salud, **Clasificación internacional de enfermedades**, revisión 1965 (octava revisión), Ginebra, 1967.

método uniforme para determinar la causa de cada fallecimiento, eligiendo **solamente una** "causa básica de muerte", lo que facilita mucho la tabulación ulterior de los datos. La mayoría de las muertes, como es lógico, obedecen a una larga secuencia de causas, y la determinación de **una** causa entre ellas, como es también lógico, es el resultado de un criterio determinado. Lo que procura la clasificación es que este criterio sea lo más estandarizado posible para facilitar estudios comparativos.

El criterio utilizado en la clasificación es el resultado de una compleja serie de factores. Estos revelan la ideología subyacente en la clasificación: lo que se privilegia o se descarta en la determinación causal de muerte es el resultado de los criterios de la profesión médica, del momento histórico y del sistema de valores sustentado por sus autores. De esta forma, una muerte infantil "causada" por una bronconeumonía, resultado a su vez de una infección sarampionosa que incidió en un organismo debilitado por un estado de desnutrición, será asignada al sarampión y ni siquiera se mencionará a la desnutrición como un elemento causal,²³ aunque es bien sabido que la letalidad en la infección sarampionosa depende sustancialmente del estado nutricional del enfermo, lo cual hace que la desnutrición tenga, en efecto, un peso como causa de muerte equivalente al virus del sarampión. Se ha relatado lo siguiente sobre la combinación sarampión-desnutrición:

El estado nutricional parece afectar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad (el sarampión). Las deficiencias proteínicas parecen estar asociadas con una incidencia mucho más alta de complicaciones, especialmente bronconeumonía y enteritis, y el ataque de sarampión acentúa los efectos de la desnutrición en el niño... Los factores raciales no tienen importancia. La severidad del sarampión en los niños de Nigeria está relacionada probablemente a factores sociales, ambientales y nutricionales, antes que a la raza, y el hecho de que el sarampión fuera una enfermedad mucho más severa en Europa hace un siglo apoya esta opinión.²⁴

²³ Las reglas de clasificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para determinar la "causa básica de muerte" establecen que cuando en un certificado de defunción aparecen mencionadas una enfermedad infecciosa y desnutrición, se elige como "causa básica" a la primera, excluyendo a la segunda. No existe en la clasificación un número de código para el concepto "sarampión con desnutrición", que podría ser una solución transaccional para el problema.

²⁴ A. B. Christie, "Infectious Diseases, Epidemiology and Clinical Practice, Livingstone, Churchill, 1974 (second edition).

Se han hecho los siguientes comentarios acerca de la letalidad en el sarampión: mientras que en Francia es del 0.02 por ciento y en Suecia ha sido de 0.0035 por ciento de 1955 a 1967 (la más baja del mundo),

en los países pobres la situación es completamente diferente, y el sarampión mantiene la misma severidad que tenía en Europa cuando diezaba inclusive las familias reales. En las Indias la mortalidad es del orden de 0.3%. En México es de 0.7%. En el África negra el sarampión es un verdadero flagelo social (Armengard). Es responsable, él solo, de una cuarta parte de la mortalidad de niños en edades tempranas. La letalidad hospitalaria puede llegar al 20%; en las ciudades es del 2 al 3% y por lo menos del 10% en un ambiente rural. El sarampión mata 1 000 veces más en un ambiente rural africano que en los Estados Unidos.²⁵

Observaciones experimentales han confirmado que en el niño severamente desnutrido se encuentra deprimida la inmunidad celular, lo que afecta la evolución del proceso vírico y de las complicaciones bacterianas,²⁶ y que la pérdida de nitrógeno del organismo durante la enfermedad es muy alta, y mayor que en otras infecciones.²⁷

De esta forma, y de acuerdo a un correcto sentido de la causación, la desnutrición sería un factor tan importante en la producción de esas muertes como el virus del sarampión. Sin embargo, de acuerdo con el sistema de elección de "causa básica de muerte" que se utiliza en todo el mundo (incluyendo a América Latina), todas esas muertes se habrían atribuido al sarampión y ninguna a la desnutrición.

Este sesgo, que niega a la desnutrición un papel causal en muchas muertes, no se aplica solamente al sarampión, sino también a muchas otras enfermedades infecciosas y parasitarias. La combinación entre desnutrición e infección ha provocado una reevaluación de la desnutrición con formas crónicas y subclínicas, como una de las enfermedades con más alta prevalencia en el mundo y

²⁵ A. Fourrier, "La Rougeole", en Raymond Bastin, **Maladies Infectieuses**, París, Flammarion, 1971.

²⁶ Leonard J. Mata y W. Page Faulk, "Respuesta Inmune del Desnutrido con Especial Referencia al Sarampión", **Boletín de la Organización Panamericana de la Salud**, volumen LXXVII, núm. 5, noviembre de 1974.

²⁷ Fernando E. Viteri y Moisés Behar, "Efectos de Diversas Infecciones sobre la Nutrición del Niño Preescolar, Especialmente el Sarampión", **Boletín de la Organización Panamericana de la Salud**, vol. LXXVIII, núm. 3, marzo de 1975.

como causa de la muerte de millones de personas todos los años.²⁸ Tal revaluación no se encuentra reflejada en la clasificación de causas de muerte vigente en la actualidad.

Para describir otro ejemplo de sesgo en la asignación de causa de muerte vigente en la Clasificación Internacional de Enfermedades –aunque su demostración científica no sea en este momento tan clara y evidente como la expuesta anteriormente–, consideremos un fallecimiento causado por un ataque cardíaco en un paciente hipertenso. La clasificación va a enfatizar la relación causal hipertensión –ataque cardíaco, ignorando las causas que originaron la hipertensión– por ejemplo insatisfacción laboral o familiar.

Como se ha observado, inclusive las revistas médicas más prestigiosas han señalado que la etiología de los ataques cardíacos y cerebrales está envuelta en la organización social y su dinámica en la que viven sus víctimas, y sin embargo este punto de vista no recibe una formulación coherente o se aplica a su cura.²⁹

Tampoco se asigna como “causa” –aunque sea asociada– de esas muertes.

f) Medición de la mortalidad por desnutrición a través de otras fuentes

Existe la posibilidad de efectuar estudios de mortalidad por desnutrición que eviten los inconvenientes que se han señalado anteriormente: la eliminación del subregistro de defunciones a través de una encuesta que registre todas (o casi todas) las defunciones que se produjeron en un área en un tiempo dado; la evaluación de todas las muertes así registradas mediante un equipo médico, y la determinación de la causa del fallecimiento utilizando criterios menos limitados que los que indica la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En Latinoamérica se efectuó un estudio de este tipo durante el periodo de 1970-1972,³⁰ y se investigaron cerca de 35 000 fallecimientos de niños menores de cinco años de edad, utilizando

²⁸ Michael C. Latham, “Nutrition and Infection in National Development”, *Science*, 9 may, 1975, y N. S. Scrimshaw, C. E. Taylor y J. F. Gordon, *Interactions of Nutrition and Infection*, Ginebra, WHO Monographs, series 57, 1968.

²⁹ Sandor Kelman, “The Social Nature of the Definition Problem in Health”, *International Journal of Health Services*, volume 5, núm. 4, 1975.

³⁰ Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

métodos muy minuciosos de detección de fallecimientos y de asignación de causa de muerte con un equipo médico que contaba con datos de autopsia y con las historias clínicas hospitalarias de los niños fallecidos. Cuando sus autores sintetizaron los hallazgos del estudio en 15 exposiciones, señalaron lo siguiente:

Primero. La deficiencia nutricional fue el problema más grave que se puso de manifiesto a través de la investigación, según se midió por su intervención en la mortalidad... A través del estudio de la mortalidad por causas múltiples se descubrió que el 57.0% de los niños menores de 5 años que fallecieron había manifestado inmaduridad o deficiencia nutricional como causa básica o asociada de defunción...

Se observó que la inmaduridad y la deficiencia nutricional eran todavía más graves en las áreas rurales que en las ciudades vecinas.

Segundo. La mortalidad por deficiencia nutricional alcanzó su punto máximo en el primer año, a una edad tan temprana como son los primeros tres o cuatro meses, pero se observaron características muy distintas en los 13 proyectos... La mortalidad por desnutrición proteínica aumentó hasta llegar al máximo en los niños de 12 a 17 meses de edad, mientras que el marasmo nutricional acusó elevadas tasas en niños de 2 a 6 meses.

A continuación se presentan algunos hallazgos de la investigación: en la mortalidad de niños menores de un año, los autores concluyeron que

la deficiencia nutricional (260-269), que incluye las diversas formas de desnutrición proteicoenergética, constituye otro importante grupo de causas. En el pasado, la observancia del principio de causa básica ha ocultado el papel que desempeña la deficiencia nutricional y la inmaduridad en la mortalidad, asignándose por lo común ambas condiciones como causas asociadas.

El cuadro VII refleja el peso de la desnutrición como causa básica o asociada en la mortalidad de niños menores de un año, según lo reveló la investigación.

El cuadro VIII muestra el papel de la desnutrición y el sarampión como causas de muerte en niños de uno a cuatro años de edad.

CUADRO VII

PESO DE LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL COMO CAUSA
BÁSICA O ASOCIADA DE DEFUNCIÓN EN NIÑOS
MENORES DE UN AÑO

Area	Total de defunciones	Defunciones por desnutrición (causa básica asociada)	Porcentaje
Argentina			
Chaco			
Resistencia	747	270	36
Departamentos Rurales	663	215	32
Ciudad de San Juan	295	55	19
Departamentos Suburbanos	696	187	27
Departamentos Rurales	909	269	30
Bolivia			
La Paz	2 685	746	28
Viacha	105	25	24
Brasil			
Recife	2 773	1 080	39
Ciudad Riberao Preto	400	116	29
Franca	364	119	33
Comunidades	195	64	33
Sao Paulo	3 788	1 062	28
Chile			
Santiago	2 207	494	22
Comunas	197	66	33
Colombia			
Cali	1 153	306	26
Cartagena	856	278	32
Medellín	924	308	33
El Salvador			
San Salvador	2 094	597	28
Municipios rurales	648	198	30
Jamaica			
Kingston/St. Andrew	1 589	243	15
México			
Monterrey	3 220	1 003	31
Totales	26 508	7 701	29

FUENTE: Modificado de Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

CUADRO VIII

PESO DE LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL* Y EL SARAMPIÓN
COMO CAUSA BÁSICA O ASOCIADA DE DEFUNCIÓN DE
NIÑOS DE UNO A CUATRO AÑOS

Área	Total de defunciones	Desnutrición como causa básica o asociada*	Sarampión	% por desnutrición	% por sarampión	% por sarampión y desnutrición
Argentina						
Chaco						
Resistencia	117	66	14	56	12	68
Departamentos rurales	174	80	16	46	9	55
Ciudad de San Juan	31	7	5	23	16	39
Departamentos suburbanos	84	20	13	24	15	39
Departamentos rurales	141	49	35	35	25	60
Bolivia						
La Paz	1 430	608	403	42	28	70
Viacha	56	21	14	37	25	62
Brasil						
Recife	862	536	267	62	31	93
Ciudad Riberão Preto	64	37	21	58	33	91
Franca	70	36	7	51	10	61
Comunidades	33	15	5	45	15	60
Sao Paulo	524	181	104	34	20	54
Chile						
Santiago	282	68	11	24	4	28
Comunas	28	12	—	43	—	43
Colombia						
Cali	474	254	66	54	14	68
Cartagena	399	242	81	61	20	81
Medellín	424	228	72	54	17	71
El Salvador						
San Salvador	644	344	81	53	13	66
Municipios rurales	434	272	35	63	8	71
Jamaica						
Kingston	276	78	5	28	2	30
St. Andrew	38	18	—	47	—	47
México						
Monterrey	733	316	177	43	24	67
Total	7 318	3 488	1 432	48	19	67

* Se excluyen aquellas defunciones en las cuales la desnutrición es consecuencia de otras enfermedades.
FUENTE: Modificado de Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

Al referirse al capítulo específico "Deficiencia Nutricional" en la investigación, los autores afirman que el análisis de causas múltiples (de muerte) a base de información obtenida de historias clínicas y autopsias y de entrevistas con los familiares de niños fallecidos, junto con los datos de los certificados médicos de causa de defunción, indica que la deficiencia nutricional es el factor contribuyente más importante de la excesiva mortalidad observada en los 13 proyectos de la investigación en América Latina.

La evaluación de la desnutrición se hacía utilizando información de historias clínicas, autopsias y entrevistas domiciliarias; "los resultados de autopsias revelaron valiosas pruebas complementarias de que existe desnutrición en áreas en que no se había reconocido anteriormente la magnitud de este importante problema de salud", y su asignación como causa de muerte fue hecha con mucha cautela. En el caso de niños desnutridos en grado I, es decir aquellos cuyo peso era de 75 a 89 por ciento de la norma, no se consideraba la deficiencia nutricional como causa de defunción.

Se aceptaba la desnutrición como causa de muerte sólo en sus formas II y III con peso respectivamente de 60 a 74 por ciento de la norma y de menos del 60 por ciento. Se aceptaba la desnutrición como causa básica de muerte solamente en niños que presentaban grado III. Los resultados generales de la investigación fueron los siguientes:

Como hallazgos generales de la mortalidad por desnutrición se evidenció que el periodo más grave correspondía a niños mayores de 28 días y que no habían cumplido dos años; que la mortalidad era mucho mayor en áreas rurales que en ciudades; que el marasmo nutricional (deficiencia nutricional global) era más temprano de acuerdo a la edad de los niños y más frecuente que el **kwasniorkorn** (desnutrición proteínica), y que las defunciones por deficiencias vitamínicas específicas eran muy raras.

La inmaduridad que figura en el cuadro como causa básica o asociada de gran cantidad de muertes, era evaluada de acuerdo con el peso al nacer de los niños. Se encontró una proporción muy alta de niños de bajo peso al nacer, y se asignó inmaduridad como causa de muchos fallecimientos. Conviene recordar que la inmaduridad está estrechamente relacionada a la desnutrición del niño que nace y de su madre. Se ha señalado que los niños de madres desnutridas registran bajo peso al nacer, y que la desnutrición de dichas madres durante su época de crecimiento somático condicionó su tamaño pequeño, que es otro factor causal del bajo peso de sus hijos.³¹ La conclusión final de la investigación con respecto a desnutrición e inmaduridad es que

³¹ Moisés Behar, "Nutrition and the Future of Mankind", *International Journal of Health Services*, vol. 6, núm. 2, 1976.

CUADRO IX

MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
POR DEFICIENCIA NUTRICIONAL E INMATURIDAD
COMO CAUSA BÁSICA O ASOCIADA

Área	Total de defunciones	% por desnutrición	% por inmaduridad	% por desnutrición e inmaduridad
Argentina				
Chaco				
Rurales	837	37.6	13.6	51.3
Resistencia	864	40.0	22.1	62.2
Ciudad de San Juan	326	20.2	33.1	53.4
Suburbios	780	27.4	30.4	57.8
Rurales	1 050	31.1	23.7	54.9
Bolivia				
La Paz	4 115	36.0	11.5	47.6
Viacha	161	30.4	10.6	41.0
Brasil				
Recife	3 635	46.2	20.2	66.4
Ciudad Riverao Preto	464	34.5	35.3	69.8
Franca	434	36.4	27.6	64.1
Comunidades	228	38.2	28.5	66.7
Sao Paulo	4 312	30.4	28.4	58.8
Chile				
Santiago	2 489	23.7	31.8	55.5
Comunas	225	35.6	17.8	53.3
Colombia				
Cali	1 627	36.4	19.7	56.2
Cartagena	1 255	44.7	20.2	64.9
Medellín	1 348	42.3	19.7	61.9
El Salvador				
San Salvador	2 738	37.2	17.1	54.3
Municipios rurales	1 082	46.9	7.9	54.8
Jamaica				
Kingston-St. Andrew	1 903	19.4	39.7	59.1
México				
Monterrey	3 953	36.1	18.3	54.5

FUENTE: Modificado de Ruth R. Ruffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

se establece una especie de círculo vicioso por el cual las madres que han sufrido deficiencia nutricional desde una época temprana de la vida y han estado sujetas a otros factores ambientales desfavorables, tienen hijos de bajo peso al nacer. Muchos de estos niños mueren por causa de enfermedades infecciosas debido a su mayor vulnerabilidad, y los que sobreviven continúan expuestos a un mayor riesgo de los factores ambientales y de la deficiencia nutricional que los que nacen con un peso satisfactorio.³²

Los hallazgos de mortalidad por sarampión en la investigación exigen consideración especial. Como se ha visto, el sarampión es una enfermedad banal en un niño bien nutrido y es la desnutrición la que lo convierte en una enfermedad masivamente mortal. Históricamente se ha privilegiado a la infección sarampionosa como "causa" de muerte en niños desnutridos debido al prejuicio organicista que es el dominante en la profesión médica, y que es reflejado por la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se presentará más tarde lo que la investigación halló sobre el sarampión como "causa" de muerte en los niños de Latinoamérica, cuando realmente estas muertes son un mejor indicador de la desnutrición en las comunidades donde ocurrieron que de "incidencia" o "virulencia" del virus del sarampión, y por lo tanto deberían agregarse a las cifras de fallecidos por desnutrición, como se hizo en el cuadro XXIII.

Los investigadores afirman que

se debieron al sarampión como causa básica 2 108, o sea el 6.0% de las 35 095 defunciones de menores de 5 años estudiadas en la investigación. Si se excluye el periodo neonatal, el porcentaje llega a 9.4%. En el segundo año de vida correspondió al sarampión el 19.9% de las defunciones por todas las causas, proporción que en un proyecto (Recife) llegó a 29.7%.

Cabe interrogarse sobre la eficacia de la vacunación antisarampionosa como arma para evitar este estado de cosas. La vacunación sería una solución tecnocrática ideal; un procedimiento medicamentoso aplicado mediante una técnica bacteriológica y políticamente aséptica que se ocupe de un problema de salud específico y no pretenda modificar ninguna situación sociopolítica subyacente. Sin embargo se debe ser escéptico con respecto a esta medida. Es sabido que la relación dialéctica desnutrición-infección, donde el papel causal original es una constitución desnutrida, no se observa solamente en el sarampión, sino también

³² Ruth R. Puffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

en otras enfermedades infecciosas y parasitarias, tales como las bronconeumonías, diarreas, gastroenteritis, etcétera. Un niño desnutrido "produce" un sarampión mortal, como también puede producir una diarrea o una bronconeumonía mortales. En la hambruna del Sahel africano de 1972, se hizo la siguiente observación:

independientemente de que la incidencia del sarampión fuera alta o baja, la tasa global de mortalidad apenas cambiaba. Cuando el sarampión tenía una incidencia baja, otras enfermedades causaban una tasa de mortalidad que era igualmente alta, pero como estas enfermedades no se podían identificar claramente, no eran tan sobresalientes para la población.³³

De esta forma la inmunización antisarampionosa derivaría hacia otras causas finales, la muerte de muchos niños desnutridos.

Puede argüirse que los hallazgos de la investigación no se pueden hacer generales para otras áreas de países en que se realizó o para los demás países de Latinoamérica. En general las investigaciones de este tipo se realizan en áreas que son más favorables (por sus condiciones de accesibilidad) que el promedio, lo que condicionaría favorablemente su situación de salud; en el caso de la investigación en cuestión "seis de los proyectos (áreas) eran estrictamente urbanos, mientras que los nueve restantes abarcaron tanto áreas rurales como suburbanas y urbanas". Si se recuerda que en 1970 el 54 por ciento de la población era urbana y el 46 por ciento rural en Latinoamérica y el Caribe,³⁴ y que un hallazgo que se observó repetidas veces en la investigación fue que las tasas de mortalidad rurales eran más altas que las urbanas —las de los municipios rurales de El Salvador y Viacha (Bolivia) eran el doble que en las ciudades vecinas, y la de áreas suburbana y rural de San Juan (Argentina) eran casi dos veces más altas que en la ciudad de San Juan—, la conclusión de los autores fue que "es probable que en muchos sectores de América Latina las tasas de mortalidad en el medio rural sean por lo menos dos veces mayores que las correspondientes a las ciudades". Aunque un fenómeno tan categórico no se observó en otras áreas, cabe suponer que la imagen ofrecida por la investigación es por lo menos representativa de la condición nutricional y de la forma en que ésta incide en

³³ **Proposals for a Programme to Control the Repercussions on Public Health of the Drought in the Sudano-Somalian Regions of Africa**, Ginebra, WHO, COR/74.1/Rev. 1, 1974.

³⁴ "Discusiones Técnicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud", **Boletín de la Organización Panamericana de la Salud**, vol. LXXX, núm. 6, junio 1976.

la mortalidad del grueso de los países de Latinoamérica y que a falta de otra información más concluyente, pueden extrapolarse los hallazgos de la investigación para llegar a una cuantificación de la mortalidad por desnutrición en nuestros países. Tal extrapolación se efectuará más adelante.

2. Morbilidad por desnutrición

La mayor parte de lo que entendemos habitualmente por estadísticas de morbilidad corresponde a estadísticas de servicios de salud, y representa una aproximación muy imperfecta en la medición del fenómeno morbilidad en una población. Por un lado y, como se ha visto, en última instancia, la determinación de "salud" y "enfermedad" corresponde a lo que establece la ideología dominante en un momento histórico dado y que se refleja en los servicios de salud existentes. Por otro lado, la cobertura de población de estos servicios de salud y por consiguiente de sus estadísticas, es muy imperfecta en casi todos los países de América Latina, y es razonable suponer que los núcleos humanos más afectados por la desnutrición son también los que menos acceso tienen a los servicios de salud; por consiguiente sus padecimientos se van a reflejar menos en las estadísticas de los mismos.

Cuando se preguntó a un investigador brasileño cuál era la magnitud en su país de las mordeduras de culebras, respondió que era difícil saberlo, ya que donde existían estadísticas no habían culebras, y donde había culebras no existían estadísticas.

Una situación similar se observa con respecto a la desnutrición. Casi todas las estadísticas de servicios de salud en América Latina corresponden a la morbilidad atendida en los hospitales. El siguiente comentario, referido a las estadísticas de los hospitales de Argentina, tiene validez para los demás países:

Los enfermos que acuden a los hospitales son una minoría afortunada que ha podido vencer las barreras económicas, geográficas y culturales que dificultan su acceso a ellos. Las especialidades médicas que se les ofrecen en los hospitales no son necesariamente las que ellos precisan, sino las que el sistema vigente de atención médica considera que deben recibir. Como no existe límite potencial a la demanda de atención médica por parte de la población, cualquier especialidad médica que se ofrezca en los hospitales, por trivial e innecesaria que sea, se va a ver de inmediato acosada por pacientes que demandan atención. Sería un error creer que los registros de la patología que se atiende en los hospitales

así distorsionados, corresponde a necesidades objetivas de la población o debe tener alguna prioridad en la asignación de recursos.³⁵

No olvidemos que tratándose de la desnutrición, ésta no es una patología interesante para hospitales erigidos según el modelo de los países metrópoli y para médicos cuyo entrenamiento profesional está dirigido a la atención de las patologías de los estratos altos de la población. Se carece en general de cifras fidedignas sobre la población que en los países de América Latina se encuentra al margen de los sistemas de atención médica. Para México, por ejemplo, se ha estimado que de 15 a 20 millones de personas se encuentran al margen de los sistemas médicos profesionales.³⁶

Los diversos organismos de seguridad social de los países latinoamericanos tienen coberturas limitadas y los derechohabientes de los mismos corresponden a trabajadores sindicalizados, con empleos regulares y con residencia urbana. Estos sistemas tienen coberturas variables, pero siempre escasas: un tercio de la población de México,³⁷ el 6 por ciento de la de Colombia, el 9 por ciento de la del Perú y el 5 por ciento de la de El Salvador.³⁸

Un indicador indirecto de la ineficaz cobertura de los sistemas de atención médica en América Latina lo ofrece el estudio de mortalidad en la niñez ya citado. Pese a que, como se ha dicho, su ámbito era generalmente urbano —que se supone ofrece mayor accesibilidad de servicios a la población—, un estudio de los niños fallecidos reveló que un gran porcentaje había carecido de atención prenatal, que muchos de ellos habían nacido en su domicilio y fallecieron en él (véase cuadro X).

Morbilidad a través de estadísticas de servicios de salud

Se han podido recolectar muy pocos datos acerca de desnutridos atendidos en los servicios de salud de los países latinoamericanos. En 1971 en México se observaron las siguientes cifras registradas en hospitales de los diferentes organismos de seguridad social y de asistencia.

³⁵ Escudero, *op. cit.*

³⁶ Laurell, *op. cit.* (única fuente actual, aunque por sí incompleta de estadísticas de morbilidad.)

³⁷ Laurell, *op. cit.*

³⁸ Navarro, *op. cit.*

CUADRO X

PORCENTAJE DE NIÑOS FALLECIDOS QUE NO TUVIERON ATENCIÓN PRENATAL, Y QUE NACIERON O FALLECIERON EN SU DOMICILIO

Area	% de fallecidos menores de un año de edad que carecieron de atención prenatal	% de fallecidos menores de un año de edad que habían nacido en su domicilio	% de fallecidos de 28 días a 4 años de edad que fallecieron en su domicilio
Argentina			
Chaco			
Resistencia	30.2	24.7	33.2
Rurales	53.3	48.5	36.1
Ciudad de San Juan	11.5	6.9	18.8
Suburbios	17.2	13.3	19.4
Rurales	22.4	21.1	26.0
Bolivia			
La Paz	53.5	56.0	78.6
Viacha	83.1	84.9	92.2
Brasil			
Recife	42.6	19.4	55.9
Ciudad Riverao Preto	18.9	4.9	19.2
Franca	29.6	14.1	32.6
Comunidades	25.6	12.1	21.8
Sao Paulo	25.2	13.1	16.8
Chile			
Santiago	17.0	4.7	38.0
Comunas	25.7	23.0	48.4
Colombia			
Cali	43.3	48.4	52.6
Cartagena	29.2	29.4	32.8
Medellín	19.6	12.5	44.6
El Salvador			
San Salvador	53.8	18.4	68.5
Municipios rurales	66.3	66.0	88.6
Jamaica			
Kingston	23.8	11.9	36.3
St. Andrew	18.2	60.0	55.2
México			
Monterrey	34.5	13.2	29.2

FUENTE: Modificado de Ruth R. Ruffer y Carlos Serrano, *op. cit.*

CUADRO XI

EGRESOS HOSPITALARIOS POR INSTITUCIÓN
Y CAUSA. MÉXICO, 1971

Instituciones	Total egresos	Egresos por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (C 24)	Egresos por anemias (C 26)
Total	1 847 804	55 799	32 123
Seguridad social	203 004	720	797
Asistencia	448 000	18 953	7 591
Otras	1 196 800	36 126	23 735

FUENTE: Modificado de **Estadísticas hospitalarias, 1971**, sec. V. núm. 1. México, Secretaría de Industria y Comercio, 1975.

Puede observarse la situación privilegiada de los derechohabientes de las diferentes instituciones de seguridad social con respecto a esta patología: pese a proporcionar más del 10 por ciento del total de egresos hospitalarios, contribuyen con menos del 2 por ciento al número de egresos por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales y anemias. Esto confirma lo anotado en otro lado acerca del carácter sanitariamente privilegiado de la clientela de la seguridad social debido a su residencia generalmente urbana, al hecho de que disponen de un empleo regular y de que su accesibilidad a los sistemas de atención médica es mayor.

Las cifras recolectadas, aunque muy limitadas, configuran un real problema sanitario y son, como se ha visto, una gran subestimación de la real morbilidad por desnutrición que sufre la población latinoamericana y refuerzan la idea de que los sistemas de atención médica no reflejan la verdadera imagen de las necesidades de salud de la población.

Morbilidad a través de encuestas nutricionales

Una forma de obviar algunos de los problemas de información mencionados anteriormente lo constituye la realización de encuestas nutricionales. Se eligen áreas geográficas y muestras de población que se consideran representativas, y se las estudia mediante procedimientos que habitualmente incluyen recolección de datos sobre consumo de alimentos, hábitos alimentarios, poder

adquisitivo de alimentos del salario, signos clínicos de desnutrición, anemia o avitaminosis y medición de peso y estatura de los individuos, relacionando estos últimos datos con los que surgen de tablas internacionales.

Pese a que puede parecer arbitrario el uso de patrones de normalidad que no correspondan al país y a la clase social de la población encuestada, se ha hecho notar la utilidad de utilización de tales normas para evaluar niveles nutricionales, ya que se observó que

las diferencias en el crecimiento físico observadas entre niños de países en desarrollo y en países desarrollados son básicamente debidas a factores ambientales, infiriéndose que el potencial genético probablemente es muy similar en ambas poblaciones, y por consiguiente el uso de normas de países desarrollados es apropiado.³⁹

Entre los numerosos estudios que sustentan esta opinión puede citarse la observación de que 1 067 niños de alto ingreso en México ostentaban niveles de crecimiento similares a los vigentes en Estados Unidos, mientras que 505 niños de mediano y 425 niños de bajo ingreso presentaban niveles inferiores –los últimos sensiblemente inferiores–⁴⁰ y la efectuada en Sudán de que las curvas de crecimiento de niños de familias ricas eran comparables a los standards de los países occidentales, mientras que los niños más pobres mostraban un déficit de peso corporal en todas las edades, que era especialmente marcado de 1 a 2 años.

La investigación indicaba claramente que los niños sudaneses que tenían un acceso a una dieta adecuada y a atención médica crecen especialmente bien, en comparación con los niños de países desarrollados. Los niños sin privilegios comienzan su vida igualmente bien, pero su peso corporal comienza a retardarse entre los 1 y 2 años debido a los problemas de alimentación que siguen al destete –una característica tan común en los países en desarrollo.⁴¹

³⁹ Reynaldo Martorell, Aaron Lechtig, Jean Pierre Habitch, Charles Yarbrough y Robert E. Klein, "Normas Antropométricas de Crecimiento Físico para Países en Desarrollo, Nacionales o Internacionales", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, vol. LXXIX, núm. 6, diciembre de 1975.

⁴⁰ Carlos Pérez Hidalgo, Adolfo Chávez y Luis Javier Fajardo, "Peso y Talla en un Grupo de Niños de Diferente Nivel Económico", *Salud Pública de México*, vol. VII, núm. 4, julio-agosto de 1965.

⁴¹ Kelyou Bagchi, *Applied Nutrition in the Sudan*, EM/NUTR/65/SUDAN 5601, UNDP, mayo de 1974.

Un resumen de la enorme cantidad de encuestas nutricionales que se han efectuado en América Latina, en fechas diversas y con variadas metodologías, rebasa ampliamente los propósitos de esta presentación. La breve reseña que se ofrece a continuación sirve de recordatorio de la magnitud del problema y de contraste a la información que proporcionan los sistemas oficiales de estadísticas de salud.

Una reseña sobre encuestas de salud y nutrición realizadas en los últimos diez años en América Latina y el Caribe⁴² estableció dos conclusiones generales (ver cuadros XII, XIII y XIV):

a) Si bien los estudios mencionados son incompletos y no representan la situación prevalente en todos los países de América Latina y el área del Caribe ni en todas las áreas geográficas de un mismo país, indican claramente que en la mayoría de ellos existen problemas nutricionales;

b) Los resultados del análisis de los índices vitales y en las encuestas nutricionales señalan que la desnutrición proteico-calórica, las anemias por carencia de hierro, vitamina B¹² y folatos, el bocio y el cretinismo endémico y la hipovitaminosis A constituyen graves problemas de salud pública en la mayor parte de los países de la región. Al mismo tiempo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, que están relacionadas con la nutrición, adquieren cada día mayor importancia como problemas de salud pública en América Latina y el Caribe.

El caso de México

Se hace aquí especial mención a la situación en México, debido a la amplia cobertura y alta calidad que han caracterizado a las encuestas nutricionales en dicho país, y a la existencia de una gran tradición nacional en estudios sobre nutrición.

La situación nutricional de México parece ser de las más favorecidas de América Latina, y debe tenerse en cuenta que el panorama que se presenta a continuación corresponde a una realidad más favorable que la del promedio de nuestro continente.

Entre 1957 y 1966 el Instituto Nacional de la Nutrición efectuó una serie de encuestas sobre niveles nutricionales en el país.⁴³ Se efectuaron 29 encuestas en 15 regiones, las cuales se consideraron representativas de áreas mayores.

⁴² "Situación Nutricional y Alimentaria en los Países de América Latina y el Caribe", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, junio de 1976.

⁴³ *Encuestas nutricionales en México*, México. Instituto Nacional de Nutrición, División de Nutrición, 1965 (2a. ed.).

CUADRO XII

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN
MENORES DE 5 AÑOS

País u otra unidad política	Año	DESNUTRICION ²				
		Total exami- nados	Nor- mal %	Grado I %	Grado II %	Grado III %
Antigua ⁴	1975	535	56.9	35.5	6.8	0.8
Bahamas ⁴	1974	321	46.4 ⁸	14.6	0.6	0.9
Barbados ⁵	1969	248	48.8	39.0	11.0	1.2
Belice ¹	1973	3 546	40.8	40.0	18.0	1.2
Bolivia ¹	1966-1969	968	60.1	29.0	10.2	0.7
Brasil ¹	1968	569	31.7	48.4	17.2	2.7
Colombia ¹	1966	3 378	33.4	45.6	19.3	1.7
Costa Rica ⁶	1966		42.6	43.7	12.2	1.5
Chile ¹	1975	881 517	82.2	13.7	3.2	0.9
Dominica ¹	1970	117	71.8	19.7	5.1	3.4
Ecuador ¹	1965-1969	9 000	60.3	28.9	9.6	1.2
El Salvador ⁶	1965		25.5	48.5	22.9	3.1
Guatemala ⁶	1965		18.6	49.0	26.5	5.9
Guyana ⁵	1971	964	39.3	43.0	16.0	1.7
Haiti ⁹	1975	1 542	17.8	28.9	35.6	17.4
Honduras ⁸	1966		27.5	43.0	27.2	2.3
Islas Vírgenes (RU)						5.0
Jamaica ⁵	1970			39.0	9.4	1.4
Montserrat ⁶	1971	372	63.18	28.0	3.5	0.0
Nicaragua ⁸	1966		43.2	41.8	13.2	1.8
Panamá ⁶	1967	632	39.3	48.8	10.8	1.1
Paraguay	1973	41 750	92.2	4.9	2.2	0.7
Perú	1965-1971	83 165	56.0	32.8	10.9	0.8
República Dominicana	1969	1 100	25.0	49.0	23.0	4.0
San Cristóbal, Nieves y Anguila	1974	1 209	61.2	33.3	5.4	0.1
San Vicente ⁵	1967	2 490	37.5	47.0	14.0	1.5
Santa Lucía ⁵	1974	363	56.1	33.0	9.0	1.9
Venezuela ⁷	1974	23 271	51.1	35.3	12.2	1.4

¹ Proyecciones cuadriennales de salud, 1971-1975 y varias fuentes.

² Grados de desnutrición según la clasificación de Gómez.

³ Solamente niños de 5 1/2 años de edad.

⁴ MCH Profiles for the Commonwealth Caribbean Area, PD 75/8 WHO/PAHO, 1975.

⁵ Encuestas nacionales de nutrición, CFNI (datos para Barbados reagrupados para esta clasificación).

⁶ Encuestas nacionales de nutrición, INCAP/ICNND.

⁷ 0-6 años de edad.

⁸ La diferencia corresponde a niños con 10% de sobrepeso (Bahamas 37.4% y Montserrat 5.4%).

⁹ Bureau de Nutrition (Toureau, S. et al.), 1976.

FUENTE: "Situación Nutricional y Alimentaria en los Países de América Latina y el Caribe", Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, junio de 1976.

CUADRO XIII

PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN
POBLACION GENERAL

País u otra unidad política	Nivel deficiente de hemoglobina %		Por deficiencia de hierro %		Por deficiencia de folatos %		Por deficiencia de vitamina B ₁₂ %	
	Rural	Total	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Bolivia ³	—	3.0	—	—	—	—	—	—
Brasil, N.E. ³	—	10.0	—	—	—	—	—	—
Colombia ²	—	6.9	—	—	—	—	—	—
Costa Rica ¹	3.0	—	6.0	17.0	9.0	19.0	—	—
Chile ²	—	0.7	—	—	—	—	—	—
Ecuador ²	—	2.7	—	—	—	—	—	—
El Salvador ¹	4.0	—	18.0	13.0	8.5	24.0	3.2	8.0
Guatemala ¹	6.0	—	10.0	17.0	22.0	17.0	—	—
Honduras ¹	6.0	—	18.0	17.0	36.0	13.0	—	1.0
Nicaragua ¹	3.0	—	11.5	7.0	18.0	36.0	1.0	2.0
Panamá ¹	8.0	—	12.7	20.0	19.7	18.3	—	—
Perú ²	—	4.5	—	—	—	—	—	—

¹ Encuestas nacionales de nutrición, INCAP/ICNND, 1965-1969.

² Encuestas nacionales de nutrición, ICNND, 1959-1960 (personal militar).

³ Encuestas nacionales de nutrición, ICNND, 1960-1965.

FUENTE: "Situación Nutricional y Alimentaria en los Países de América Latina y el Caribe", *op. cit.*

CUADRO XIV

PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN MUJERES
EMBARAZADAS

Pais u otra unidad política	Nivel deficiente de hemoglobina %	Por deficiencia de hierro %	Por deficiencia de folatos %	Por deficiencia de vitamina B ₁₂ %
Argentina ¹	62.7	57.6	39.0	16.9
Brasil ¹	28.6	24.3	4.3	35.7
Guatemala ¹	47.1	72.4	12.6	10.3
Guyana ²	55.0	—	—	—
Jamaica ³	24.0	—	—	—
México ¹	41.7 a 50.8	21.7 a 60.0	2.5 a 9.3	0.0 a 6.2
Perú ¹	33.3	34.7	6.9	27.8
República Dominicana ⁴	28.0	—	—	—
Santa Lucía ⁵	22.2	—	—	—
Venezuela ¹	57.3	56.3	19.4	37.9

¹ Analysis of PAHO Collaborative Studies of Nutritional Anemias in Latin America and the Caribbean, RD8/14.9 de junio de 1969.

² Encuesta nacional de nutrición, CFNI, 1971.

³ Pathak, U.N. et al.; Obs Gynecol, 29: 500, 1967.

⁴ Encuesta nacional de nutrición, 1969.

⁵ Encuesta nacional de nutrición, CFNI, 1974.

FUENTE: "Situación Nutricional y Alimentación en los Países de América Latina y el Caribe", op. cit.

CUADRO XV

PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN
PREESCOLARES Y ESCOLARES

País u otra unidad política	Nivel deficiente de hemoglobina %		Por deficiencia de hierro %		Por deficiencia de folatos %		Por deficiencia de vitamina B ₁₂ %	
	Pre- esco- lares (0-5)	Esco- lares (6-14)	Pre- esco- lares (0-5)	Esco- lares (6-14)	Pre- esco- lares (0-5)	Esco- lares (6-14)	Pre- esco- lares (0-5)	Esco- lares (6-14)
Barbados (1969) ¹	32.7 ²	9.3	40.0	—	34.0	—	—	—
Brasil, N.E. (1963) ²	22.3	19.0	—	—	—	—	—	—
Chile (1960) ²	—	5.0	—	—	—	—	—	—
Granada (1972) ¹	38.5	65.4	7.7	—	13.0	—	—	—
Guyana (1971) ¹	41.0	41.0	—	—	—	—	—	—
Paraguay (1965) ²	26.0	26.0	—	—	—	—	—	—
República Dominicana (1969)	—	24.0	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía (1974) ¹	14.3	43.1	—	—	—	—	—	—

¹ Encuestas nacionales de nutrición, CFND.

² Encuestas nacionales de nutrición, ICNND.

³ Del 32.7% (35 niños), 40.0% presentó deficiencia de hierro y 34% deficiencia de folatos.

FUENTE: "Situación Nutricional y Alimentaria en los Países de América Latina y el Caribe", *op. cit.*

CUADRO XVI

PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN MUJERES ADULTAS

Pais u otra unidad política	Nivel de hemoglobina %	Por deficiencia de hierro %	Por deficiencia de folatos %	Por deficiencia de vitamina B ₁₂ %
Barbados (1969) ²	19.0	—	—	—
Guatemala ¹	19.6	27.5	21.6	—
Guyana (1971) ²	41.0	—	—	—
Jamaica ³	9.5	—	—	—
México ¹	20.4	58.8	6.4	—
Perú ¹	13.7	17.5	8.2	—
República Dominicana (1969) ⁴	14.0	—	—	—
Santa Lucía (1974) ²	23.4	—	—	—
Venezuela ¹	30.3	20.0	10.1	1.0

¹ Analysis of PAHO Collaborative Studies of Nutritional Anemias in Latin America and the Caribbean, RD8/14.9 de junio de 1969.

² Encuestas nacionales de nutrición, CFNI.

³ W. E. Miall, P. F. Milner, H. G. Lovell y K. L. Standard, "Haematological Investigations of Population Samples in Jamaica", *Br. J. Prev. Soc. Med.* 21:45, 1967.

⁴ Encuesta nacional de nutrición.

FUENTE: "Situación Nutricional y...", *op. cit.*

PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN HOMBRES
ADULTOS

Pais u otra unidad política	Nivel defi- ciente de hemo- globina %	Por defi- ciencia de hierro %	Por defi- ciencia de fola- tos %	Por defi- ciencia de vitamina B ₁₂ %
Barbados (1969) ²	2.3	—	—	—
Guatemala ¹	2.9	2.9	25.7	—
Guyana (1971) ²	35.0	—	—	—
Jamaica ³	11.9	—	—	—
México ¹	4.9	3.9	2.9	—
Perú ¹	5.3	5.2	10.5	2.6
República Dominicana (1969) ⁴	30	—	—	—
Santa Lucía (1974) ²	26.7	—	—	—
Venezuela ¹	2.3	—	11.4	—

¹ Analysis of PAHO Collaborative Studies of Nutritional Anemias in Latin America and the Caribbean, RD8/14.9 de junio de 1969.

² Encuestas nacionales de nutrición, CFNI.

³ W. E. Miall, P. F. Milner, H. G. Lovell y K. L. Standard, "Haemotological Investigations of Population Samples in Jamaica", *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 21:45, 1967.

⁴ Encuesta nacional de nutrición.

FUENTE: "Situación Nutricional y...", *op. cit.*

CUADRO XVIII

PREVALENCIA DE BOCIO ENDEMICO Y PROGRAMAS DE YODACIÓN DE LA SAL¹

País u otra unidad política	Prevalencia				Yodación de la sal	
	10 %	10-19 %	20-29 %	30-39 %	Legislación (año)	Cober- tura %
Argentina (1968)		12-50			1952 (1963)	100 ⁵
Barbados (1969)	X				—	—
Belice	X				No	—
Bolivia (1970)		15-66			1968	1
Brasil (1970-1972)		11-59			1953	84
Colombia (1965)	X				1955	85
Costa Rica (1965) ³					1941	100
Chile (1964-1967)	X				1931	—
Ecuador (1970)		12-28			1968	75
El Salvador (1969) ²			26-70		1961	40
Guatemala (1965) ²	X				1954	80-95
Guyana (1971)		X			No	—
Haití (1959)		X			No	—
Honduras (1966)		X			1960	100
Jamaica (1972)	X				No	—
México (1973)		X			1963	—
Nicaragua (1966) ²				X	No	—
Panamá (1967) ²		X			1955	100
Paraguay (1973-1974) ⁶		X			1958	100
Perú (1967)			X		1940 ⁴	25
República Dominicana (1969)		X			—	—
San Cristóbal-Nieves ³		X			No	—
Anguila ³			X		No	—
Santa Lucía ³		X			No	—
Surinam (1973)	X				No	—
Trinidad y Tobago (1973)	X				No	—
Uruguay (1965)			X		1953	—
Venezuela (1966)		X			1966	30 ⁵

¹ Endemic Goiter and Cretinism: Continuing Threats to World Health. Report of the IV Meeting of the PAHO Technical Group on Endemic Goiter, PAHO Scientific Publication 292, 1974.

² Encuestas nacionales de nutrición, INCAP/ICNND, 1965-1969.

³ Proyecciones cuadriennales de salud, 1971-1975.

⁴ Sólo en zonas bociosas.

⁵ Información no publicada.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

FUENTE: "Situación Nutricional y...", op. cit.

CUADRO XIX

PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A EN POBLACIÓN GENERAL Y MENOR DE 15 AÑOS¹

País u otra unidad política	Número de personas estu- diadas	Población general Nivel sérico ²			Número de personas estu- diadas	Menores de 15 años Nivel sérico		
		20 meg %	10-19 meg %	10 meg %		20 meg %	10-19 meg %	10 meg %
Bolivia	413	45.1	37.0	8.1	197	57.0	47.0	10.0
Brasil	342	43.0	29.0	14.0	133	49.0	32.0	17.0
Colombia	156	17.2	16.0	1.2	...	...	...	...
Costa Rica	1 095	14.6	13.0	1.6	482	30.0	26.0	4.0
Chile	143	32.8	30.0	2.8	68	21.6	18.5	3.1
Ecuador	253 ³	1.9	1.9	...	124	3.2	3.2	...
El Salvador	896	21.3	20.00	.3	337	38.0	36.0	2.0
Guatemala	1 219	11.5	9.8	1.7	...	...	...	...
Guyana ³	370	9.5	4.1	5.4	...	...	...	...
Honduras	923	21.5	18.0	3.5	820	34.0	29.0	5.0
Nicaragua	983	10.1	9.6	0.5	388	9.3	9	0.3
Panamá	763	7.1	6.8	0.3	521	10.4	10.0	0.4
Paraguay	886	6.6	6.5	0.1	435	11.7	11.5	0.2
Perú	335 ⁴	2.7	2.7	...	...	...	...	...
República Dominicana	516	9.0	7.0	2.0	...	...	...	...
Santa Lucía ⁶	...	...	...	...	48	37.0	...	2.1
Trinidad y Tobago ⁶	...	...	...	...	137	6.6	6.0	2.0
Uruguay	111	12.0	12.0	...	81	23.0	23.0	...
Venezuela	329	4.9	4.9	...	123	8.0	8.0	...
Indias Occidentales	530	35.4	27.7	7.7	234	85.4	52.4	33.0

¹ Hipovitaminosis A en las Américas, publicación científica de la OPS 198, 1970.

² Se considera que la deficiencia de vitamina A constituye un problema de salud pública, cuando el 15% o más de la población tiene valores séricos inferiores a 20 meg por 100 ml y/o 5% o más, tiene valores menores de 10 meg por 100 ml.

³ ICNND, 1960.

⁴ ICNND, 1959 (personal militar).

⁵ CFNI, National Nutrition Survey, 1971.

⁶ ICNND, 1961.

FUENTE: "Situación Nutricional y...", op. cit.

CUADRO XX

INDICES DE PESO DE PREESCOLARES Y ADULTOS EN
COMUNIDADES MEXICANAS. AÑOS 1957 a 1966
(PORCENTAJES)

Comunidad	Preescolares *			Adultos varones **		
	Peso más de 90%	Peso de 75 a 90%	Peso menos 75%	Obesidad I a III	Normales y delgadez	Delgadez II y III
Guerrero						
Coyuca de Catalán	45.6	44.1	10.3	7.0	82.0	71.0
Santa Teresa	25.3	50.6	24.1	0.0	86.0	14.0
Cuautepec	30.4	39.2	30.4	9.6	83.8	3.2
Oaxaca						
Díaz Ordaz	11.4	42.9	46.7	0.0	93.8	62.
Chiapas						
Motozintla	22.2	38.9	38.9	3.7	74.1	22.2
Veracruz						
Alvarado	15.6	46.9	37.5	2.9	91.4	5.7
La Florida	21.0	39.5	39.5	4.0	84.0	12.0
Tabasco						
Cundarcán y Huimangó	13.9	58.8	27.3	0.0	78.2	21.8
Yucatán						
Sudzal	7.7	53.0	39.3	3.3	93.5	3.2
Sitilpech	14.0	47.9	38.1	5.8	91.3	2.9
Tlaxcala						
Santa Cruz	45.0	40.0	15.0	...	...	...
Michoacán						
La Palanda	18.8	47.8	33.4	2.7	94.6	2.7
Guanajuato						
Romita	34.3	40.1	25.6	18.4	81.6	0.0
San Luis Potosí						
Charcas	22.9	64.0	13.1	18.3	81.7	0.0
Chihuahua						
Cusihuirachic	23.7	57.9	18.4	12.0	84.0	4.0
Coahuila						
El derramadero	32.2	40.7	27.1	...	...	...
Sonora						
Cibuta y Loma de Guamúchil	45.2	41.9	12.9	15.5	82.3	2.2
México, D. F.						
Suburbanó	30.0	42.5	25.0	...	...	...
Caseríos	47.2	45.7	7.1	...	...	...

* Peso relacionado con el considerado normal en las tablas de Meredith y Stuart; Nelson, *Text Book of Pediatric*, Saunders, 1950.

** Peso relacionado con el normal en las tablas *Life Insurance Directors and Actuarial Society of America*, Nueva York, 1912. Cabe recordar que en el año de 1910 la esperanza de vida en Estados Unidos era de 58 años (Nathan Keyfitz y Wilhelm Flieger, *World Population, an Analysis of Vital Data*, The University of Chicago Press, 1968) y en 1970 de 71 años (*United Nations Demographic Yearbook*, 1972). En México en 1970 era de 62 años (*United Nations Demographic Yearbook*).

FUENTE: Modificado de *Encuestas nutricionales en México*, División de Nutrición, 2ª edición, Instituto Nacional de Nutrición, México, 1965.

Se recogieron datos sobre consumo de alimentos, menús observados, estructura de la alimentación, hábitos alimentarios, signos clínicos de desnutrición e índices pondero-estaturales de la población. Con respecto a estos últimos, algunos hallazgos fueron los siguientes (cuadro XX).

Puede observarse el elevado porcentaje que alcanzan en algunas comunidades los preescolares y los adultos varones cuyo peso es menor de tres cuartas partes del normal.

Como resumen de los hallazgos de las encuestas los autores caracterizaron para México al "hombre de maíz": aquel que consume más de la mitad de las calorías a partir de este cereal, que sufre de alta morbilidad y mortalidad, bajo rendimiento en el trabajo y que prácticamente no consume otros bienes y servicios, categoría a la que pertenece la mayoría de la población rural, e hicieron notar que la falta de diversificación de la dieta depende en gran parte de factores económicos, habiéndose observado que inmigrantes recientes a México, Distrito Federal, diversifican rápidamente sus consumos alimentarios si disponen de dinero para hacerlo; que la dieta rural es en general inferior a la urbana y que existe en esas áreas un déficit del 8 al 10 por ciento en la disponibilidad de calorías.⁴⁴

En un estudio sobre la magnitud del problema nutricional en México se ha manifestado que el 30 por ciento de la población del país se encuentra a nivel de subsistencia, y un 50 por ciento más no dispone de recursos económicos, sociales y culturales, para consumir una dieta adecuada.⁴⁵ Esto sucede pese a que los volúmenes agrícolas totales del país son, 'per cápita', 2 veces mayores en México que en China, atribuyéndose al desperdicio y al despilfarro de recursos de las clases altas el que los sectores pobres y marginados de México sufran mayores carencias.⁴⁶

En un viaje a China, un eminente nutriólogo mexicano no halló desnutrición en los lugares visitados y observó que el crecimiento en masa y longitud de hijos de obreros no especializados en guarderías de Cantón era comparable al de niños de clase media y media alta en México, Distrito Federal.⁴⁷

⁴⁴ Encuestas nutricionales en México, op. cit.

⁴⁵ Adolfo Chávez, "La Magnitud del Problema Nutricional en México". *Memorias del Simposium del XXV Aniversario del Hospital Infantil de México*, México, D.F., 1968.

⁴⁶ Juan Ramírez Hernández, Leonor Ayluardo, Gamaliel Becerra y Adolfo Chávez, *La crisis de alimentos en México. Un análisis de la situación alimentaria en los últimos años*, INN-CONACYT-PRONAL, México, publicación L-23 de la División de Nutrición, enero de 1975.

⁴⁷ Joaquín Cravioto, "Informe Sobre una Visita de Estudio a la República Popular China", *Salud Pública de México*, vol. XVI, núm. 4, julio-agosto de 1974.

3. Estadísticas de consumo de alimentos

Un indicador muy empleado para medir niveles nutricionales, son las estadísticas de consumo de alimentos, las cuales inducen a confusión, ya que por lo general consisten en simples promedios abstractos por individuo de totales nacionales de consumo y actúan bajo la falaz premisa de que este consumo nacional se reparte uniformemente entre los habitantes. En la práctica, por supuesto, no sucede así: las "medias aritméticas" enmascaran el hecho de que un porcentaje de los habitantes come más de lo que necesita y padece de hipernutrición, y que otro porcentaje, que en Latinoamérica es abrumadoramente mayor, come menos de lo que necesita y paga su precio en enfermedades y muertos por este hecho. "...La disponibilidad de alimentos 'per cápita' puede llevar a engaño, ya que la distribución de alimentos no es igualitaria y los sectores económicos inferiores se hallan muy afectados",⁴⁸ y "se ha estimado que en muchos países en vías de desarrollo, el 20% inferior de la población en términos de ingreso tiene solamente la mitad de ingestión calórica por cabeza, del 10% que se halla en el extremo superior".⁴⁹ Al estudiar las causas de esta situación se ha establecido, obviamente, que "esta mala distribución (de alimentos) está principalmente en función de los ingresos".⁵⁰

Se pasará revista en algunas de las estadísticas comunes de disponibilidad de alimentos para los países de América Latina. Resulta difícil compaginar la imagen que presentan con lo que se ha descrito sobre mortalidad y morbilidad por desnutrición en nuestros países (cuadro XXI).

Según la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, en la provincia de San Juan, Argentina, el 27 por ciento de los niños menores de cinco años fallecieron de desnutrición como causa básica o asociada. Puede resultar un consuelo para estos niños el saber que han muerto en un país donde el suministro promedio de calorías cubre el 115 por ciento de las necesidades, lo mismo los niños de la ciudad de Sao Paulo, Brasil, donde el porcentaje correspondiente de muertes por desnutrición es del 29 por ciento y el suministro promedio de alimentos cubre las necesidades nacionales en un 110 por ciento.

a) El caso de Argentina

Conviene detenerse brevemente en el caso de la República

⁴⁸ Bagchi, *op. cit.*

⁴⁹ Behar, *op. cit.*

⁵⁰ El estado mundial de la agricultura y la alimentación, 1975, *op. cit.*

CUADRO XXI

SUMINISTRO DIARIO POR PERSONA DE KILOCALORÍAS Y
PROTEÍNAS Y PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE
NECESIDADES PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País	Kilocalorías diarias	% de necesidades	Gramos de proteínas diarias
Argentina	3.060	115	100
Barbados	.....	...	...
Bolivia	1.900	79	46
Brasil	2.690	110	65
Chile	2.670	109	77
Colombia	2.200	95	51
Costa Rica	2.610	116	66
Cuba	2.700	117	63
República Dominicana	2.120	94	48
Ecuador	2.010	88	47
El Salvador	1.930	84	52
Guatemala	2.130	97	59
Guyana	2.390	105	58
Haití	1.730	77	39
Honduras	2.140	94	56
Jamaica	2.360	105	63
México	2.580	111	62
Nicaragua	2.450	109	71
Panamá	2.580	112	61
Paraguay	2.740	119	73
Perú	2.320	99	60
Surinam	2.450	109	59
Trinidad y Tobago	2.380	98	64
Uruguay	2.880	108	100
Venezuela	2.430	98	63

FUENTE: El estado mundial de la agricultura y la alimentación, 1975, Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1976.

Argentina, ya que de acuerdo con una leyenda muy extendida (y fomentada por su clase dominante), la desnutrición es desconocida en el país de las vacas y el trigo.

Sin embargo, y haciendo uso de la información más somera, la desnutrición y las muertes debidas a ella son un fenómeno corriente en ese país. En 1970 fallecieron por desnutrición como "causa básica" de muerte 2 439 personas, de las cuales 1 655 correspondían a menores de un año de edad.⁵¹

Un estudio efectuado en las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Neuquén y Santa Cruz, que contabilizó las menciones a la desnutrición que figuraban en certificados de defunción de fallecidos debido a otras causas, llevaría a duplicar la cifra de muertes (oficiales) por desnutrición en esas provincias.⁵²

Como se ha visto, el 27 por ciento de los menores de 5 años fallecidos en la provincia de San Juan y el 37 por ciento de las áreas bajo estudio de la provincia del Chaco se debían, de una u otra forma, a la desnutrición. Se ha estimado que en la Argentina podrían evitarse mediante medidas sanitarias sencillas 2 000 muertes infantiles anualmente, siendo ésta fundamentalmente la suma de muertes que la combinación desnutrición-infección (por diarreas, bronquitis o neumonías, sarampión, etcétera) cobra todos los años.⁵³

4. Una estimación de la mortalidad por desnutrición en América Latina

Es posible, a esta altura, efectuar una estimación de las muertes por desnutrición en América Latina. Al asignar la causa de una muerte a la desnutrición se intenta utilizar un mecanismo muy sencillo de causalidad: que la muerte no se habría producido de no hallarse desnutrido el paciente. Esta determinación tiene además ventajas operacionales: si se supone que la información estadística sirve para que se tomen medidas para corregir situaciones, es evidente que la desnutrición es el eslabón más redituable en la cadena causal desnutrición-infección, ya que es mucho más barato, eficaz y sencillo proporcionar alimentos a la población, que ofrecerle atención médica cuando enferma de parasitosis, diarreas, bronconeumonía o sarampión. Esta asignación de causa a

⁵¹ Escudero, *op. cit.*

⁵² José Carlos Escudero y Héctor Kotliar, "Mortalidad por Desnutrición: Un Estudio de Causas Múltiples de Muerte", en *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 10, Buenos Aires, 1975.

⁵³ José Carlos Escudero y Florentino García Scarponi, "Las Muertes Infantiles en la Argentina", revista *Ciencia Nueva*, núm. 22, marzo de 1973.

la desnutrición en los procesos de enfermedad y muerte que se han mencionado sería entonces la más racional para tomar en las sociedades cuya meta fuera el bienestar de sus integrantes.

Las siguientes tablas son una tentativa de extrapolar algunos hallazgos sobre mortalidad debido a la desnutrición que han sido presentados anteriormente. El método utilizado es, por fuerza, una simplificación de la realidad, y se lo ha usado ante la imposibilidad de usar procedimientos más precisos (cuadros XXII, XXIII y XXIV).

Sería de desear que una mejoría en los sistemas de información sobre salud vigentes en América Latina produzca en un futuro próximo cifras más exactas y que nuevos hallazgos empíricos y estimaciones más ajustadas corrijan las cifras aquí mencionadas.

El total de muertes anuales estimadas de forma conservadora como causadas por la desnutrición, que se aproxima a 400 000, configura cerca del 17 por ciento del total anual de muertes por todas las causas de los países de América Latina (estimadas en 2 300 000). Esta magnitud de la desnutrición como factor causal de muerte en América Latina exime de más comentarios.

5. Conclusiones

Si se acepta que el papel fundamental de cualquier sociedad es preservar el bienestar de todos sus integrantes, lo que incluye asegurar una nutrición adecuada, entonces la presencia de desnutrición en cualquier nivel significativo debe interpretarse como un fracaso de dicha sociedad. El problema que enfrentamos hoy es que es la misma estructura de la sociedad la que limita la capacidad de muchos de sus miembros de satisfacer sus necesidades anímicas, inclusive la necesidad de una nutrición adecuada y necesaria, debido a que el poder y la utilización de los recursos están concentrados en las manos de una minoría.⁵⁴

Revisemos de nuevo algunas características de la desnutrición: enfermedad fundamentalmente crónica que puede diagnosticarse fácilmente, cuya prevención y terapéutica puede efectuarse utilizando un recurso (alimentos) cuya disponibilidad global es adecuada, y que puede administrarse sin uso de recursos humanos especializados o tecnología complicada, que ha sido virtualmente erradicada en países como China donde parecía endémica. Puede decirse entonces que los países de América Latina tienen el nivel de desnutrición que desean tener. Aunque como se ha visto, la

⁵⁴ Behar, *op. cit.*

CUADRO XXII

ESTIMACIÓN DE FALLECIMIENTOS ANUALES
DEBIDOS A LA DESNUTRICIÓN DE MENORES DE UN AÑO
DE EDAD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País (año) ¹	Número anual de def. de menores de un año ¹	Porcentaje de def. debidas a la desnutrición ²	Estimación de def. anuales debidas a la desnutrición ²
Antigua (1965)	79	29	23
Argentina (1970)	32 099	30	9 630
Bahamas (1973)	135	29	39
Barbados (1972)	182	29	53
Belice (1972)	167	29	48
Bermuda (1972)	23	29	7
Bolivia (1966)	8 258	28	2 312
Brasil *	250 000	29	72 500
Chile (1971)	19 296	23	4 438
Colombia (1971)	50 084	30	15 025
Costa Rica (1973)	2 394	29	694
República Dominicana (1972)	8 721	29	2 529
Ecuador (1971)	19 119	29	5 544
El Salvador (1971)	8 099	29	2 349
Grenada (1969)	110	29	32
Guatemala (1971)	18 736	29	5 433
Guyana *	1 000	29	290
Haití *	17 000	29	4 930
Honduras (1971)	4 637	29	1 345
Jamaica (1970)	3 227	20	645
México (1971)	141 261	31	43 791
Nicaragua (1965)	3 679	29	1 067
Panamá (1971)	2 064	29	599
Paraguay (1971)	3 072	29	891
Perú (1970)	31 212	29	9 051
Surinam *	800	29	232
Trinidad y Tobago (1973)	660	29	191
Uruguay (1971)	2 661	29	772
Venezuela (1971)	10 360	29	5 904
Total	649 135	—	190 364

¹ Para la mayoría de los países, cifras transcritas en el **United Nations Demographic Yearbook** y año al que corresponden. No se han efectuado correcciones por subregistro. Para los países señalados con * defunciones estimadas.

² Para los países incluidos en la "Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez", el porcentaje que se observa en las áreas del país incluidas en la investigación. Para los demás, aplicación del porcentaje observado en la investigación para el conjunto de Latinoamérica.

CUADRO XXIII

ESTIMACIÓN DE FALLECIMIENTOS ANUALES DEBIDOS A LA
DESNUTRICIÓN DE NIÑOS DE UNO A CUATRO AÑOS DE EDAD
EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País (año) ¹	Número anual de defunciones de niños de uno a cuatro años de edad ¹	Porcentaje de defunciones debidas a la desnutrición ²	Estimación de defunciones anuales debidas a la desnutrición ²	Defunciones por sarampión ³	0.5 de lo anterior ¹
Antigua (1965)	25	48	12	5	2
Argentina (1970)	6 236	41	2 557	935	467
Bahamas (1973)	22	48	11	4	2
Barbados (1972)	25	48	12	5	2
Belice (1972)	75	48	36	15	7
Bermudas (1972)	5	48	2	1	—
Bolivia (1966)	7 880	42	3 310	2 206	1 103
Brasil (*)	110 000	39	42 900	28 600	14 300
Chile (1971)	3 119	26	811	94	47
Colombia (1971)	30 541	56	17 103	4 887	2 443
Costa Rica (1973)	629	48	302	125	63
República Dominicana (1972)	4 288	48	2 058	858	429
Ecuador (1971)	13 716	48	6 584	2 743	1 371
El Salvador (1971)	6 092	57	2 332	450	225
Grenada (1969)	36	48	17	7	3
Guatemala (1971)	18 675	48	8 964	3 735	1 675
Guyana (*)	500	48	240	100	50
Haiti (*)	6 000	48	2 880	1 200	600
Honduras (1971)	3 225	48	1 548	645	322
Jamaica (1970)	1 448	31	449	29	14
México (1971)	59 047	43	25 390	14 171	7 085
Nicaragua (1965)	1 889	48	907	378	189
Panamá (1971)	1 337	48	642	267	133
Paraguay (1971)	1 913	48	918	383	191
Perú (1970)	22 781	48	10 935	4 556	2 278
Surinam (*)	400	48	192	80	40
Trinidad y Tobago (1972)	163	48	78	33	16
Uruguay (1971)	255	48	122	51	25
Venezuela (1971)	7 114	48	3 415	1 423	711
Total	305 436	—	134 727	67 987	33 993

¹ Igual a cuadro XXII.

² Igual a cuadro XXII.

³ Para los países incluidos en la *Investigación interamericana de mortalidad en la niñez*, el porcentaje que se observa en las áreas del país incluidas en la investigación. Para los demás, aplicación del porcentaje observado en la investigación para el conjunto de Latinoamérica. Se eligió este procedimiento para determinar el peso de la mortalidad por sarampión debido a las notorias deficiencias que se observan en el registro de la mortalidad por sarampión a través de las estadísticas vitales.

⁴ Asignando a la desnutrición un papel causal en el 50% de los fallecimientos cuya "causa básica" es el sarampión.

CUADRO XXIV

ESTIMACIÓN DE FALLECIMIENTOS ANUALES DEBIDOS A LA
DESNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES DE CINCO AÑOS
EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País ¹	Número anual de defunciones de personas de más de cinco años de edad ¹	Número anual de defunciones por desnutrición ²
Antigua (1965)	380	12 *
Argentina (1970)	183 778	784
Bahamas (1973)	1 016	32 *
Barbados (1972)	1 838	59 *
Belice (1972)	427	14 *
Bermuda (1972)	360	11 *
Bolivia (1966)	17 901	573 *
Brasil *	400 000	12 800 *
Chile (1971)	61 041	632
Colombia (1971)	126 272	6 427
Costa Rica (1973)	6 679	88
República Dominicana (1972)	14 529	521
Ecuador (1971)	31 071	1 406
El Salvador (1971)	16 561	503
Grenada (1969)	622	20 *
Guatemala (1971)	37 812	1 184
Guyana *	3 300	105 *
Haití *	30 000	960 *
Honduras (1971)	12 543	311
Jamaica (1970)	9 518	505 *
México (1971)	258 015	5 066
Nicaragua (1965)	6 540	68
Panamá (1971)	6 456	83
Paraguay (1971)	9 241	205
Perú (1970)	58 049	2 014
Surinam *	3 000	96 *
Trinidad y Tobago (1972)	6 132	82
Uruguay (1971)	26 235	314
Venezuela (1971)	43 004	1 081
Total	1 372 320	35 746

¹ Para la mayoría de los países, cifras transcritas del **United Nations Demographic Yearbook** y el año al que corresponden. No se han efectuado correcciones por subregistro. Para los países señalados con *, defunciones estimadas.

² Para la mayoría de los países, cifras que aparecen en el cuadro I y que han sido recogidas del **World Health Statistics Annual**. Para los países señalados con *, estimación basada en aplicar el porcentaje de defunciones por desnutrición del conjunto de los países que aparecen en el cuadro I. Para Argentina ver José Carlos Escudero, *op. cit.*

calidad de la información disponible para medir niveles de desnutrición es muy baja, y es difícil, si no imposible, hacer un estudio de tendencias, es posible aventurar que la actual crisis estructural que azota a los países de América Latina, su empobrecimiento creciente, la distribución interna de ingreso cada vez más desigual, el remplazo de la agricultura de subsistencia por una agricultura industrial integrada al mercado capitalista mundial de alimentos (se deja de sembrar maíz para sembrar forrajes para ganado que va a ser consumido en las metrópolis capitalistas), deben estar en este momento deteriorando el nivel nutricional de las grandes masas de América Latina.

La escasez de información sobre desnutrición no es tampoco casual. El hecho de que la 7a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (vigente hasta 1964) no incluyera rubros para clasificar a la desnutrición como "causa básica de muerte", excepto en la forma de "inadaptación al régimen alimenticio"; y que la 8a. revisión (vigente actualmente) subestima seriamente su acción causal, es un reflejo de una ideología dominante que rige en la práctica médica y en la organización social de los países, y que se refleja en los sistemas de estadística vigentes.

Los países latinoamericanos importan sistemas estadísticos de las metrópolis, así como importan de ellos la mayor parte de su superestructura cultural; y ni unos ni la otra sirven a sus necesidades. En el caso de la desnutrición puede suponerse que es un fenómeno que no conviene medir, ya que su existencia es una impugnación demasiado directa al sistema social donde existe.

Una cuantificación de la mortalidad y morbilidad "normales" por desnutrición en América Latina pone en perspectiva las llamadas catástrofes naturales que azotan a nuestros países.

El panorama descrito puede ser llamado "de base", es de naturaleza estructural y no se encuentra agravado por coyunturas desfavorables, tales como sequías, inundaciones o grandes modificaciones climáticas. Con respecto a la desnutrición se vive una catástrofe permanente.

El terremoto de Guatemala de 1976, catástrofe natural de primer orden, acaparó las noticias del mundo y causó la muerte de cerca de 20 000 personas. En ese mismo país puede estimarse que la cifra anual de muertos por desnutrición, enfermedad fácilmente prevenible, es de cerca de 17 000 todos los años.