

En el marco del Tratado de Ottawa para la destrucción de minas antipersonales y la prohibición de su uso, almacenamiento y producción, los gobiernos de Canadá y México establecieron un programa de asistencia para la rehabilitación integral de víctimas de minas antipersonales en América Central. A este esfuerzo se unió la OPS, como organismo especializado en salud con un programa regional de rehabilitación. Actualmente el proyecto tiene como países receptores a El Salvador, Honduras y Nicaragua y está dirigido no solo a las víctimas de minas, sino también a toda la población con discapacidad que requiera atención médica y su reinserción en la sociedad.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En la Región de las Américas, los problemas de desnutrición coexisten cada vez más con problemas de sobrealimentación. La desnutrición afecta básicamente a los lactantes y los niños menores de 2 años y se manifiesta como retraso del crecimiento y anemia. El sobrepeso y la obesidad se están convirtiendo en problemas crecientes que contribuyen a la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes de tipo II entre los adultos.

La nutrición de los lactantes y de los niños pequeños

Características y tendencias de la lactancia natural y la alimentación complementaria

El período de mayor riesgo de malnutrición coincide con el período de la lactancia natural y la alimentación complementaria. Si bien la mayoría de las mujeres de América Latina amamantan y lo hacen por un período relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural están lejos de ser las óptimas. La duración de la lactancia natural exclusiva, el comportamiento que más se asocia con una reducción de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes, tiene una duración muy inferior a los seis meses recomendados por la OMS (127) (cuadro 8). Poco se sabe acerca de las prácticas de alimentación complementaria en la Región. No obstante, los datos provenientes de México y el Perú muestran que los regímenes de alimentación de los niños pequeños no proporcionan suficiente valor energético, hierro y zinc (128).

Si bien los programas nacionales de apoyo al amamantamiento han tenido éxito (129-131) y la iniciativa de hospitales amigos del niño propiciada por la OMS y el UNICEF ha sido puesta en práctica ampliamente en toda la Región, aún no se cuenta con legislación aplicable sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en varios países. Solo Brasil, Costa Rica, Guatemala, Panamá, Perú, la República Dominicana y Uruguay han promulgado leyes que abarcan todas o casi todas las cláusulas del Código. Argentina, Barbados, Bolivia, Chile, Dominica, Ecuador, Granada, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago han adoptado un código o política

de salud voluntarios que incluyen casi todas las disposiciones del Código, pero sin mecanismos de coerción. Varios otros países tienen leyes relacionadas con diversas disposiciones del Código y algunos han redactado leyes o están estudiando la mejor forma de aplicar el Código. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe son miembros de la Comisión del Codex Alimentarius, que determina el etiquetado y contenido de los alimentos para lactantes, así como la edad apropiada para introducir alimentos complementarios.

La desnutrición

La desnutrición, que se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición en la Región. Las características del riesgo de retraso del crecimiento específicas para la edad (desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad) son similares en todos los países de la Región, a pesar de que su grado varía mucho. El período de riesgo de desnutrición aguda va desde los 3 a los 24 meses de edad, si bien no es un problema grave en la Región. Después de los 24 meses, los valores medios del peso para la edad en la Región están por encima de los valores de referencia, lo cual indica la presencia de sobrepeso.

El VIH y la lactancia natural

La comprobación de la transmisión del VIH mediante el amamantamiento ha complicado las recomendaciones concernientes a la alimentación de los lactantes. La transmisión del VIH de la madre al hijo, la principal causa de VIH y SIDA pediátricos, es un problema creciente en América Latina y el Caribe, donde se han comunicado más de 10.000 casos (132). Reconociendo que el amamantamiento es una modalidad importante y prevenible de transmisión del VIH, el ONUSIDA, junto con la OMS y el UNICEF, en 1998 formularon nuevas pautas sobre el VIH y la alimentación de los lactantes (133).

Los micronutrientes

Si bien se han logrado grandes avances en relación con las carencias de micronutrientes en la Región, estas carencias continúan teniendo una prevalencia elevada. Se ha dedicado más atención a la anemia ferropénica, la carencia de vitamina A y la carencia de yodo.

El signo más fácilmente reconocible de la carencia de hierro es la anemia nutricional, que afecta a 77 millones de niños y mujeres de América latina y el Caribe: 6 millones de lactantes, 13 millones de niños en edad preescolar, 31 millones de niños en edad escolar, 23 millones de mujeres en edad fértil y 4 millones de mujeres embarazadas (134). Es la carencia nutricional más fre-

cuenta entre los lactantes y los niños pequeños en la Región, con una prevalencia que varía de 9% en Chile (135) a 33% en la Argentina y México (136), y es la causa principal de anemia en la Región. Varios países de la Región usan el enriquecimiento específico de los alimentos complementarios y la leche destinados a los niños pequeños, con el fin de reducir la prevalencia de la anemia en este grupo de edad (135, 137). En muchas comunidades, la carencia de hierro también es un problema entre los adolescentes.

Además de la carencia de hierro, existen otras causas no nutricionales de anemia, como la menstruación, las anomalías genéticas (por ejemplo, la anemia falciforme) y las enfermedades infecciosas que destruyen los glóbulos rojos (por ejemplo, la malaria). Las parasitosis y la consiguiente pérdida de sangre constituyen otra causa de anemia. Dadas las dimensiones y alcances de la carencia de hierro en la Región, se requieren programas con una cobertura amplia para aumentar su ingesta, que incluyan el mayor consumo de alimentos ricos en hierro, la fortificación de los alimentos y la administración de suplementos.

La mayoría de los países de la Región fortifican la harina de trigo o maíz con alguna combinación de hierro y vitaminas B, como folatos, niacina, riboflavina y tiamina. Varios países también fortifican la margarina, los productos lácteos y el azúcar con vitamina A. En el mundo en desarrollo, los países de América Latina y el Caribe son líderes en la fortificación de los alimentos gracias a sus industrias alimentarias bien desarrolladas, la creciente urbanización y el empleo de alimentos de elaboración industrial, la aceptación del gobierno y el público de la fortificación de los alimentos y la aprobación de leyes que apoyan las actividades de fortificación.

A causa de los elevados requerimientos de hierro durante el embarazo, las mujeres embarazadas necesitan suplementos diarios de hierro. Sin embargo, a pesar de las normas que exigen esta práctica y los programas en gran escala dirigidos a las mujeres embarazadas en la Región, la mayoría de las estrategias de administración de suplementos no han tenido éxito debido a los bajos niveles de cobertura y observancia.

Cuando se lo ingiere durante el período que rodea a la concepción, el ácido fólico desempeña una función importante de prevención de defectos del tubo neural en los lactantes, una de las formas más comunes de malformación congénita. La fortificación de los alimentos es una estrategia usada para aumentar las concentraciones de folatos de las mujeres en edad fecunda. La mayoría de los países de la Región fortifican con ácido fólico las harinas de cereales con el propósito de reducir la incidencia de defectos del tubo neural.

La carencia de vitamina A es la causa más importante de ceguera infantil en los países en desarrollo y, en niveles subclínicos, contribuye considerablemente a la morbilidad y mortalidad elevadas causadas por infecciones infantiles comunes. Si bien la carencia clínica de vitamina A todavía es evidente en el Brasil y Haití, en la Región de las Américas, esa carencia se manifiesta principalmente como una enfermedad subclínica difundida en

muchos países, donde se estima que más de la cuarta parte de los niños menores de 5 años están afectados.

Estudios recientes revelan que 15% o más de los niños en edad preescolar están afectados por una carencia subclínica de vitamina A en el Ecuador, México y la República Dominicana, y que la carencia subclínica persiste en los niños menores de 3 años en Colombia, Guatemala, Honduras y el Perú. La carencia subclínica de vitamina A también ha sido un problema en Bolivia y el nordeste del Brasil, si bien no se dispone de datos nacionales recientes para estimar las dimensiones del problema; varios otros países carecen también de datos recientes para confirmar la presencia o ausencia de la carencia subclínica de vitamina A como un problema de salud pública.

Los suplementos profilácticos con dosis elevadas de vitamina A son la intervención más difundida para combatir la carencia de este micronutriente, si bien la fortificación de los alimentos con vitamina A se está difundiendo lentamente.

En el último decenio, todos los países de la Región en los cuales la carencia de vitamina A es un problema han comenzado a aplicar programas de administración de suplementos de esa vitamina. Los logros importantes de esos programas incluyen la incorporación de los suplementos de vitamina A en las actividades de inmunización con el fin de aumentar la cobertura entre los niños pequeños, y la administración de suplementos a las mujeres durante el puerperio. Además, hay cada vez más conciencia de la necesidad de fortalecer los programas de suplementos mediante actividades integradas y la vigilancia ordinaria, como lo demuestra la mayor participación del personal de distintos programas de salud en las actividades relacionadas con la administración de suplementos.

En la mayoría de los países de la Región, las tasas de cobertura con la primera dosis de suplementos de vitamina A entre los niños menores de 1 año en general fueron superiores a 60% durante el período 1998–2000 (figura 8). Esto ha sido el resultado de vincular la administración de suplementos de vitamina A con las campañas de inmunización.

En promedio, la cobertura de la primera dosis de las series anuales de suplementos de vitamina A entre los niños mayores de 1 año de edad no es sistemáticamente tan alta como las tasas de cobertura observadas entre los lactantes. Con la edad, se vuelve progresivamente más difícil llegar a los niños a los que se destinan los suplementos de vitamina A, ya que son menos frecuentes los contactos con los servicios ordinarios de salud. Las tasas de cobertura para la segunda dosis de la serie anual de suplementos de vitamina A son extremadamente bajas en la mayoría de los países de la Región. Los suplementos de vitamina A administrados a las mujeres al comienzo del puerperio constituyen una estrategia relativamente nueva puesta en práctica por algunos países.

En la actualidad se promueven ampliamente en la Región la coordinación entre los programas para aumentar la cobertura de la administración de suplementos de vitamina A y la educación

en relación con la diversificación de la alimentación. Además del fortalecimiento del vínculo con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la administración de suplementos de vitamina A está siendo incorporada en otros programas, como los de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

La fortificación de los alimentos con vitamina A es una estrategia básica para reducir la carencia de vitamina A en varios países, que está siendo adoptada en muchos otros. Actualmente, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Venezuela tienen en marcha programas de fortificación de los alimentos que incluyen la fortificación con vitamina A, en particular del azúcar. Los países centroamericanos, que tienen la experiencia más amplia con la fortificación de los alimentos, han logrado mejoras significativas en relación con la carencia de vitamina A.

En la Región de las Américas, todos los países en riesgo de sufrir carencia de yodo han puesto en práctica programas nacionales de yodación de la sal. No obstante, es preciso fortalecer los programas en Belice, Bolivia, Cuba, El Salvador, Nicaragua y Paraguay, y restablecer los programas en Guatemala, Haití y la República Dominicana. Casi todos los países tienen acceso a sal yodada importada o producida en el país. Como resultado del compromiso de la industria de la sal y la participación del sector público en el establecimiento de programas nacionales de prevención y control de los trastornos causados por la carencia de yodo, la sal yodada ha llegado a 90% de los hogares en América Latina, lo cual hace que esta sea la cobertura más amplia alcanzada en el mundo. Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela ya han sido certificados como países exentos de trastornos causados por la carencia de yodo.

La epidemia de obesidad en las Américas

Las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos cánceres, se han convertido en la principal causa de mortalidad en la Región de las Américas. Estas enfermedades tienen un denominador común en el sobrepeso y la obesidad, que resultan de un balance nutricional positivo, donde el consumo y ahorro de energía es superior al gasto.

La mayor parte de los cambios ocasionados por las enfermedades crónicas en la morbilidad y la mortalidad yacen en modificaciones en los patrones de alimentación y actividad física de la población. Esto se refleja en la actual epidemia de obesidad¹ en la Región (138). La prevalencia de sobrepeso en los niños en edad escolar, donde hay información, se sitúa entre 25% y 30%.

¹Para definir el sobrepeso y la obesidad, la Organización Mundial de la Salud propone el Índice de Masa Corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el peso (en kilos) entre la talla (en metros) elevada al cuadrado. Se utiliza la siguiente clasificación: bajo peso, ≤ 18.5 ; normal, entre 18.5-24; sobrepeso, entre 25-29; y obesidad, ≥ 30 .

La obesidad se distribuye de manera diferenciada por género y clase social. Las mujeres tienen tasas de obesidad mayor que los hombres y también que existe una relación negativa con la clase social, más pronunciada entre las mujeres. Aunque en general existe mayor sobrepeso en las mujeres, es importante notar que la diferencia es menor conforme se asciende en la escala social. Esto podría explicarse parcialmente por la adopción de hábitos positivos de alimentación de manera más temprana que en los hombres (139). En las mujeres de 15 a 49 años, la educación y el nivel socioeconómico mejores ejercen un efecto diferencial en la probabilidad de obesidad. En países de la Región relativamente más pobres, como Haití, mayor educación e ingreso tienen una asociación directa con la obesidad; en el otro extremo del espectro, como las mujeres norteamericanas de origen mexicano, mayor educación e ingreso resultan ser factores protectores contra la obesidad. Así, el mayor ingreso económico tiene un efecto positivo sobre la obesidad, mientras que la mayor educación ejerce una función protectora. En poblaciones urbanas del Perú, el efecto protector de la educación es mayor en las mujeres que en los hombres.

El sedentarismo, especialmente en las ciudades, es uno de los factores que favorece la obesidad en el mundo. En la Región de las Américas no es frecuente la actividad física regular, particularmente en los sectores de menores ingresos. Una encuesta realizada en Chile en 1993 mostró que solo 24% de la población practicaba algún deporte, más los hombres que las mujeres; 61% de los jóvenes entre 8 y 14 años practicaba algún tipo de deporte, en contraste con 22% a los 45 años (140). Estos patrones de actividad física son muy similares a los informados para los Estados Unidos (141), en la Encuesta de Deporte del Perú realizada en 1997 (142) y en el Brasil.

Es importante destacar las experiencias positivas de alianzas ciudadanas en la Región, tales como "Agita Sao Paulo" en Brasil y "Muévete Bogotá" en Colombia, que buscan estimular a la población para llevar una vida activa. En esa línea, en octubre de 2000 la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos) constituyeron la Red de Actividad Física de las Américas, a fin de unir la labor de diversas organizaciones que han empezado a surgir en la Región. También hay que destacar el esfuerzo que los gobiernos locales o vecinales están realizando por defender y crear espacios seguros de recreación y esparcimiento.

SALUD MENTAL

En los países de la Región existe profunda preocupación por las dificultades que presenta la carga creciente de trastornos de la salud mental y una necesidad cada vez mayor de responder a esa situación. Se ha determinado de común acuerdo que cualquier medida a tomar se debe destinar a fomentar la sensibilización con respecto a la prevalencia, las causas y la prevención de los trastornos de la salud mental y a la adopción de prácticas de tra-