UNIÓN EUROPEA

PRESANCA

Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica

¿HA CRECIDO CENTROAMÉRICA?

Situación antropométrica - nutricional en niños menores de 5 años de edad en Centroamérica y República Dominicana para el período 1965-2006*

Una sinopsis

OBSAN-R

Observatorio Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Esta publicación ha sido elaborada por
PRESANCA*

Los contenidos de la misma están
bajo la única responsabilidad de sus autores
y no reflejan en ninguna medida el punto de vista de
la Unión Europea y de la SG-SICA

*Realizado bajo el contrato SISCA/PRESANCA/0017-2007

¿HA CRECIDO CENTROAMÉRICA?

Situación antropométrica - nutricional en niños menores de 5 años de edad en Centroamérica y República Dominicana para el período 1965-2006*

Con base en el documento monográfico elaborado por
PRESANCA

En el desarrollo de este estudio participaron:

Mireya Palmieri Santisteban[1]
Humberto Méndez Cabrera[2]
Hernán Delgado Valenzuela[3]
Rafael Flores Ayala[4]
Patricia Palma de Fulladolsa[5]

1 Consultora del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)
2 Funcionario del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (**INCAP**)
3 Consultor del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)
4 En consultoría con PRESANCA (2007), profesor-investigador asociado, *Hubert Department of Global Health*, Rollins School of Public Health, Universidad de Emory, Atlanta, GA. U.S.A.
5 Directora del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)

“Que todos se levanten,
que llamen a todos,
que nadie se quede atrás
ni uno ni dos, sino todos como uno”

Popol Vuh, libro sagrado Maya Quiché

PRESANCA
Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica

El PRESANCA, del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y con el apoyo técnico y financiero de la Unión Europea, tiene como objetivos generales contribuir a la reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones más pobres de Centroamérica, participando en la disminución de su inseguridad alimentaria y nutricional, y contribuir al refuerzo de la integración centroamericana promoviendo orientaciones regionales y políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutricional, en el marco de un proceso de concertación de las políticas sociales, ambientales y económicas.

La acción del PRESANCA comprende cuatro resultados esperados (RE), estrechamente vinculados y cuya dinámica puede resumirse de la siguiente manera: Las políticas de SAN(RE1) deben orientar las acciones a favor de la gestión para reducir las crisis alimentario-nutricionales (RE4) que, a su vez, son detectadas por los sistemas de información (RE3). Las capacidades de análisis (RE2) contribuyen a la formulación de políticas (RE1) y a la sistematización de metodologías de acción para la atención de la s urgencias, la rehabilitación y el desarrollo (enfoque URD) (RE4)y alimentan los análisis (RE2).

El PRESANCA surge del interés de las instancias políticas y técnicas, nacionales y regionales, y de las experiencias que estas organizaciones e instituciones han acumulado en la lucha contra la inseguridad alimentaria y nutricional de los sectores de mayor exclusión social en los países de la Región.

El programa de actividades del PRESANCA se apoya en la existencia de instancias técnicas especializadas en SAN, interactúa con los gobiernos nacionales y locales, con comités y comisiones nacionales vinculadas a la alimentación y nutrición, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y otros actores de la sociedad civil. Esta interacción genera capacidades relativas a los diferentes componentes del programa. La ejecución de este Programa se lleva a cabo en forma conjunta con la Secretaría General de la Integración Centroamericana (SG-SICA), la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA), participan además, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

EN COLABORACIÓN CON

Observatorio Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

OBSAN-R

El **PRESANCA** busca desarrollar capacidades de análisis y seguimiento de situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional, en particular las más críticas, en las distintas poblaciones y regiones del istmo centroamericano. El fortalecimiento de estas capacidades analíticas se basa en la concepción de que la Seguridad Alimentaria y Nutricional "es el estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo humano"

Los procesos de análisis fortalecidos por el **PRESANCA** deberán reforzar la toma de decisión que se oriente a:

a) reducir la inseguridad alimentaria y nutricional crónica y aguda,

b) reducir el riesgo multifactorial y en aumento de la SAN, y

c) reducir el efecto de las tendencias que podrían incrementar en magnitud y severidad la inseguridad alimentaria y nutricional prevalente en la Región.

Los objetivos del OBSAN-R son:

- Contribuir a la utilización adecuada de estadísticas e indicadores relacionados con la SAN, existentes y disponibles, a los diferentes actores para su uso en el diseño seguimiento y evaluación de cursos de acción vinculados a las políticas de SAN y a su expresión programática.

- Consolidar una masa crítica que lleve a cabo el análisis de situación, la definición de puntos críticos para intervención, y la elaboración y propuesta de iniciativas de manera consensuada.

Todo ello requiere fortalecer los mecanismos de participación de la comunidad centroamericana, el fortalecimiento de los recursos humanos que garanticen la eficacia y eficiencia de los programas relacionados a la SAN, y una mejor capacidad de análisis y de seguimiento de situaciones críticas, coyunturales y estructurales que inciden positiva o negativamente en la alimentación y nutrición.

Los observatorios de SAN son espacios donde convergen de forma dinámica y complementaria funciones relacionadas con:

- El conocimiento y el análisis de información sobre alimentación, nutrición, desarrollo y sus determinantes;

- La incidencia política de las intervenciones públicas y privadas en SAN y,

- la formación de cuadros técnicos en las distintas áreas y niveles de intervención, y o la participación social.

PRESENTACIÓN

Los estudios realizados por el Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (**PRESANCA**), tienen su origen en el interés por aportar elementos que permitan contribuir al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las poblaciones más vulnerables de Centroamérica. Esta es una iniciativa estratégica en un campo sensible del desarrollo de nuestras sociedades, en general, y de las poblaciones de la Región en particular.

En el desarrollo del Observatorio Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OBSAN - R), el **PRESANCA** incluyó en su plan de trabajo la realización de una serie de estudios técnicos y análisis de los cuales esta publicación hace parte. Este documento contribuye a la puesta en marcha de la agenda regional concertada en temas atinentes a la seguridad alimentaria y nutricional, al proceso de integración centroamericana, al fortalecimiento institucional y al desarrollo local de las comunidades más vulnerables de Centroamérica.

La Monografía, ¿Ha Crecido Centroamérica?, es el resultado del análisis secundario de información antropométrica de todos los países de la Región Centroamericana y de la República Dominicana, desde el año 1965 a la fecha. Este documento entrega elementos de juicio para analizar la evolución del estado nutricional de la niñez de estos países, y aporta criterios para la toma de decisiones que se incorporen en las iniciativas de promoción de la seguridad alimentaria y nutricional en los países miembros del SICA.

Durante estas décadas la Región ha tenido momentos de auge y crisis que sugieren, para algunos países, mayor estabilidad en el ámbito económico, con repercusiones en lo social. Sin embargo, para la mayoría persiste una deuda histórica que se ha manifestado en la permanencia de condiciones de exclusión, pobreza y desnutrición. Una expresión de lo anterior son los cambios ocurridos en el crecimiento físico de niños preescolares, a lo largo de las pasadas cuatro décadas. Esta información es particularmente relevante a la luz de las crisis que han afectado a la población centroamericana en años recientes y en la actualidad.

Es de cara a este escenario que el **PRESANCA** busca hacer contribuciones efectivas al mejoramiento de los indicadores de seguridad alimentaria y nutricional, esfuerzo que se articula con las estrategias y políticas de desarrollo en el marco del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

Patricia Palma de Fulladolsa
Directora
Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica
PRESANCA

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 1

II. TENDENCIAS DE LA SITUACIÓN ANTROPOMÉTRICO-NUTRICIONAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA 3

A. Tendencias por país 3

B. Tendencias regionales 8

1. Cambios en promedios de puntaje Z por grupo de edad 8

2. Prevalencias de los indicadores de bajo peso para edad, baja talla para edad y bajo peso para talla por grupo de edad 9

III. DIFERENCIALES DEL ESTADO NUTRICIONAL 13

A. Grupos etareos 13

B. Género 14

C. Grupo étnico 14

D. Paridad de la madre 14

E. Área de residencia 15

F. Escolaridad de la madre 17

G. Nivel socioeconómico 17

IV. DOBLE CARGA DE PROBLEMAS NUTRICIONALES 19

V. CONCLUSIONES 21

ANEXO 1 23

I. INTRODUCCIÓN

El crecimiento físico de los niños es un indicador indirecto de nutrición y bienestar general de la población. El adecuado crecimiento físico es manifestación de un ambiente óptimo desde la concepción y durante la vida pre y post natal, así como garantía de un adecuado desarrollo humano y condiciones apropiadas de productividad económica en el nivel individual, familiar, comunitario y nacional. El crecimiento físico es, entonces, un reflejo y un determinante del nivel de desarrollo alcanzado en los países. Es así como el crecimiento inadecuado se ha venido asociando a la pobreza y, al mismo tiempo, a la reproducción de condiciones de exclusión y marginación social.

En los países de la región centroamericana y la República Dominicana se ha obtenido información sobre el crecimiento físico de niños y niñas menores de cinco años de edad en encuestas nacionales, las primeras efectuadas entre 1965 y 1967 en el istmo centroamericano, y en 1986, en el caso de la República Dominicana, siendo las más recientes las efectuadas en la década actual (ver Anexo 1).

La evaluación del crecimiento físico de niños menores de cinco años se realiza por medio de mediciones antropométricas de peso y talla, que, relacionadas con las variables de género y edad, permiten calcular los índices antropométricos Peso para Edad (peso/edad), Talla para Edad (talla/edad), Peso para Talla (peso/talla) e Índice de masa corporal (IMC). Estos índices antropométricos se expresan como puntajes o valores Z, procedimiento que consiste en normalizar el promedio del patrón de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como 0, y determinar el número de desviaciones estándar (DE) que los valores de la población evaluada se alejan del promedio del patrón de crecimiento de OMS, en sentido negativo o positivo.

En la distribución de una variable estandarizada, como los índices antropométricos en una población normal, el 95% de los casos debe estar contenido en el intervalo del promedio ± 2 desviaciones estándar. DE. De acuerdo a investigaciones de la OMS, el crecimiento antropométrico es similar entre niños de distintos orígenes étnicos, culturales y sociales, si éstos tienen condiciones de nutrición, salud y ambientales adecuadas.

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos del análisis de datos antropométricos de niños menores de cinco años en la región y sus países con base en 32 encuestas nacionales efectuadas entre 1966 y 2006, lo que permite documentar la evolución nutricional en las últimas cuatro décadas, en comparación con el patrón de crecimiento de niños sanos y bien nutridos, según recomendación de la Organización Mundial de la Salud. En la mayoría de los cuadros y gráficas se presenta información sobre la situación de niños menores de cinco años de edad. Sin embargo, considerándose la importancia del período de 0 a 3 años, período en el cual se establece la deficiencia en crecimiento que se mantendrá hasta la edad adulta, los cambios de los 60's a la presente década se focalizan en este grupo etareo.

II. TENDENCIAS DE LA SITUACIÓN ANTROPOMÉTRICO-NUTRICIONAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

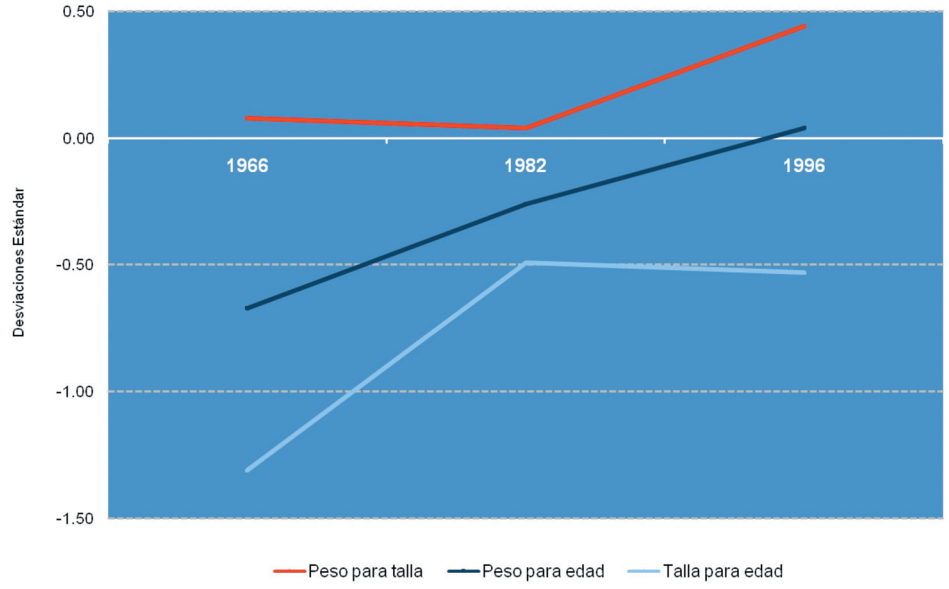
A. Tendencias por país

Como indicado previamente, a partir de la década de los 60's se han efectuado encuestas nacionales que incluyen información antropométrica. En esta sección se analiza la situación y tendencias de tres índices antropométricos, el peso para la edad, la talla para la edad, y el peso para la talla. Desde el punto de vista nutricional, estos índices describen situaciones diferentes; así, el peso para la edad refleja el estado de nutrición global, la talla para la edad es un indicador de la historia nutricional de los niños, y el peso para la talla es indicativo de la situación nutricional actual.

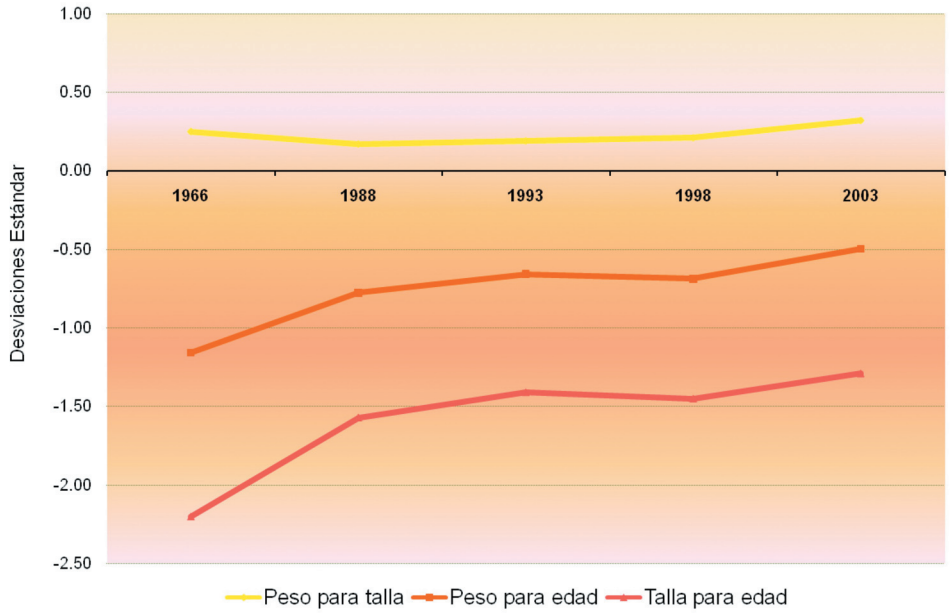
Cuando se analiza la información antropométrica en relación al patrón de crecimiento propuesto por la OMS, se evidencia que desde los años 60's a la fecha el principal problema es el de la desnutrición crónica en los niños, siendo la desnutrición aguda una deficiencia poco relevante desde el punto de vista de nutrición pública. Esta característica de Centroamérica y República Dominicana la hace diferentes a otras regiones del mundo en las que la desnutrición aguda constituye el principal problema nutricional.

En las gráficas 1 a 7 se presenta la información de los promedios del puntaje Z de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla de menores de 5 años, que resultan de la relación de los valores de peso, talla y peso para talla, con la distribución del peso, la talla y el peso para la talla del patrón de crecimiento de la OMS. Puntajes negativos indican retardo en crecimiento en peso y en talla; los valores expresan las desviaciones estándar del promedio o mediana de esas medidas antropométricas en relación con el patrón de crecimiento de la OMS. Como se puede apreciar en la encuesta de los 60's, todos los países tenían valores de talla para la edad por debajo de -1.0 desviación estándar, y, en el caso de El Salvador, Guatemala y Honduras, por debajo de -2.0 desviaciones estándar, ubicando a estos últimos países con retardo moderado y severo.

Gráfica 1
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en Costa Rica, 1966-1996



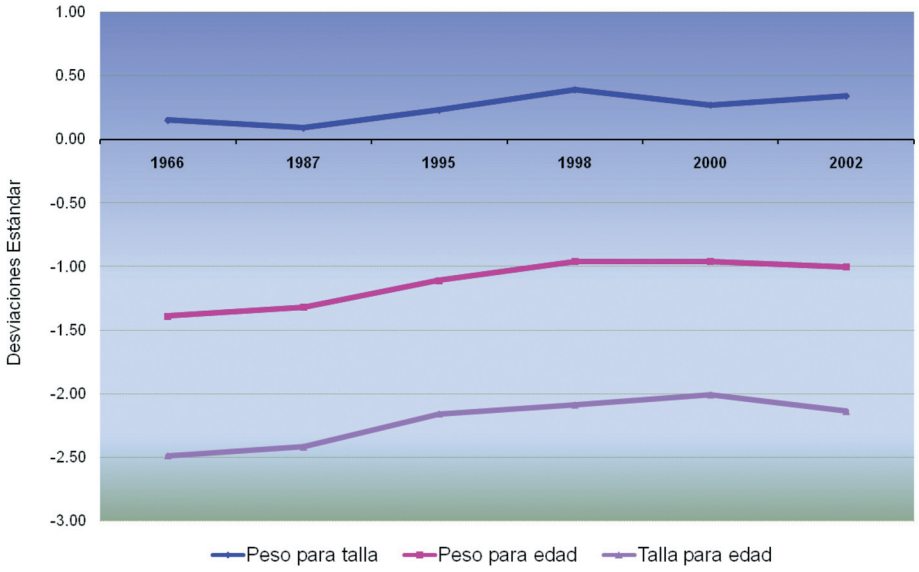
Gráfica 2
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en El Salvador, 1966-2003



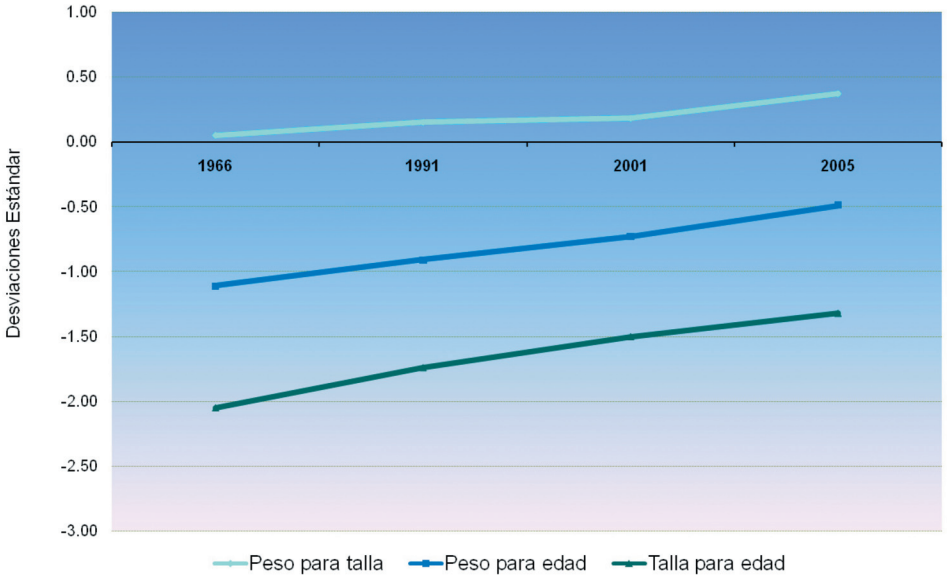
El promedio de puntaje Z de la talla para la edad, así como de peso para la edad, ha mejorado en todos los países de la región, siendo los cambios más marcados en Costa Rica y El Salvador, seguidos por Honduras y la República Dominicana y Nicaragua. Panamá tenía en los 60's valores relativamente bajos que no han sido significativamente modificados; Guatemala por su parte es el único país que tiene valores superiores a menos de -2.0 desviaciones estándar. Las últimas encuestas muestran que Costa Rica y la República Dominicana tienen promedio de puntaje Z de talla para la edad entre 0 y -1.0 desviaciones estándar; Panamá,, Nicaragua, El Salvador y Honduras entre -1.0 y -1.5, y Guatemala mantiene puntaje igual a -2.14 desviaciones estándar.

Contrastando con lo anterior, el puntaje Z de peso para la talla ha aumentado en todos los países desde la primera a la última encuesta antropométrica, lo que es una evidencia del incremento en sobrepeso y obesidad que se viene de tectando como problema de nutrición pública en todos los países de la región.

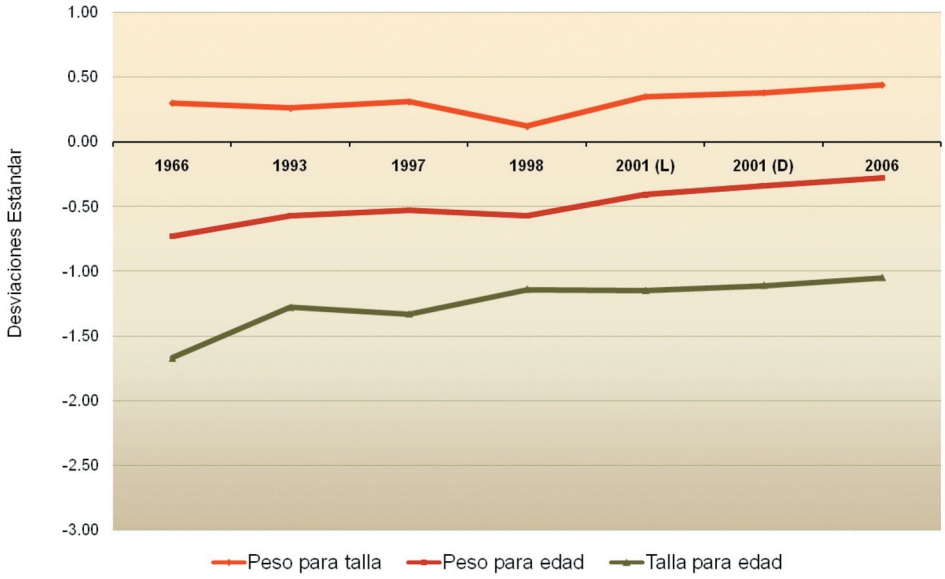
Gráfica 3
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en Guatemala, 1966-2002



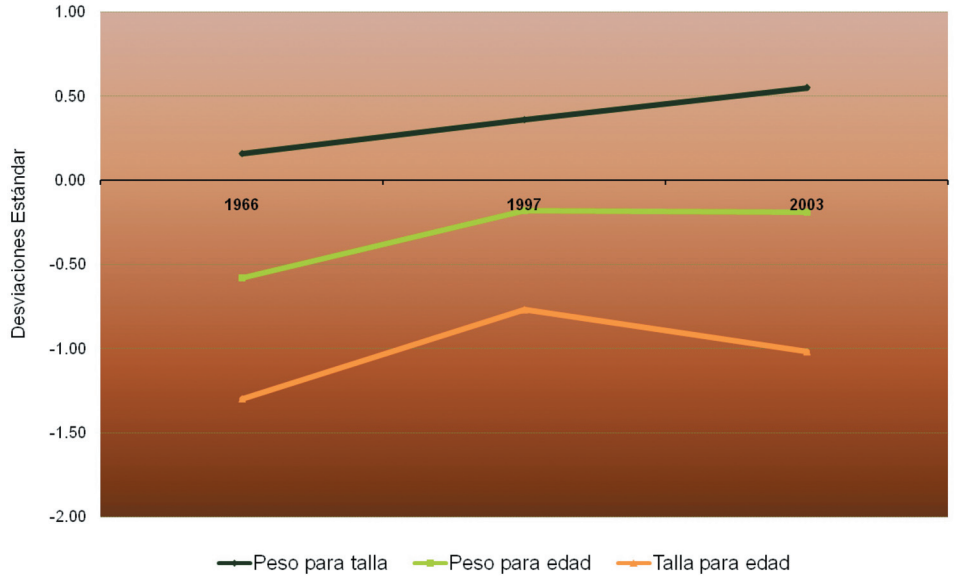
Gráfica 4
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en Honduras, 1966-2005



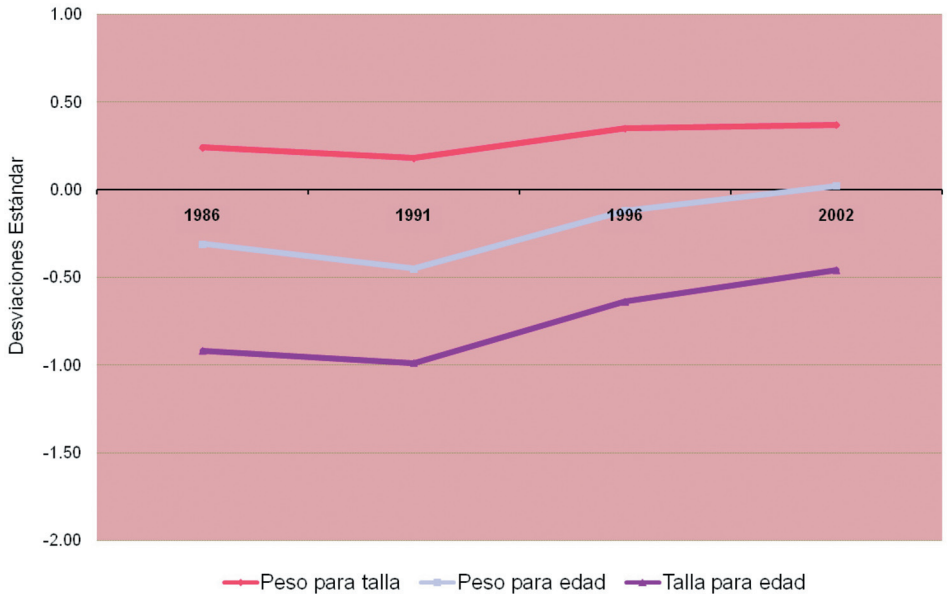
Gráfica 5
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en Nicaragua, 1966-2006



Gráfica 6
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en Pananmá, 1966-2003



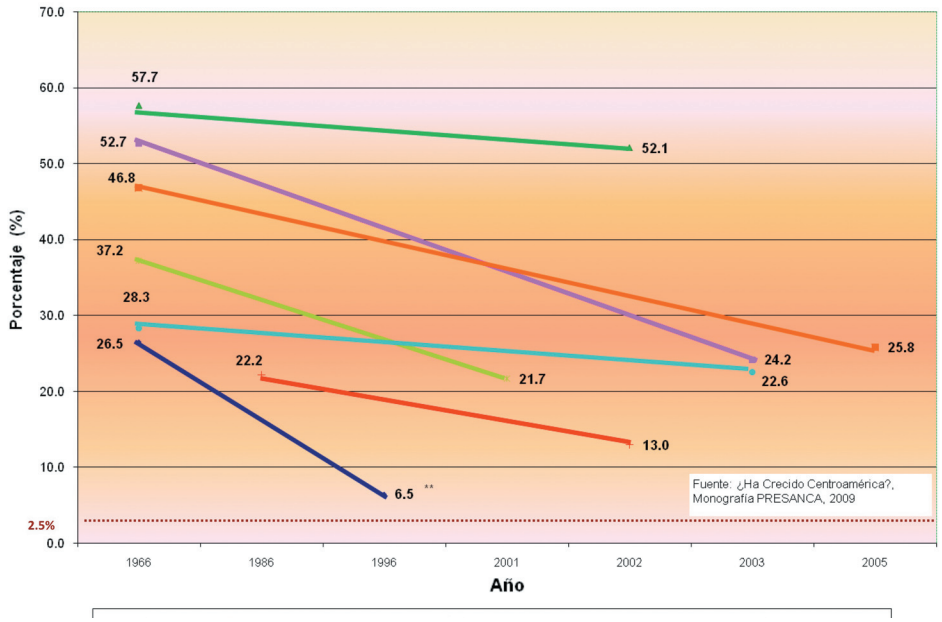
Gráfica 7
Cambios en los promedios de puntaje Z de peso para talla, peso para edad y talla para edad en República Dominicana, 1986-2002



Los cambios en la prevalencia de la baja talla para la edad en menores de tres años de edad se presentan en la gráfica siguiente, que muestra la tendencia en la disminución de la prevalencia desde la primera a la última de las encuestas, en cada uno de los países de la región. Como se muestra en la gráfica 8, la tendencia a la disminución de la prevalencia es más marcada en el caso de Costa Rica y El Salvador, mientras lo opuesto se evidencia en Guatemala y en Panamá. El ritmo de mejoramiento, sin embargo, es bajo, en comparación con lo que se ha descrito en el caso de programas exitosos, en los que se ha documentado una reducción de tres puntos porcentuales por año, mientras en los países de la región la reducción mayor es del orden de un punto porcentual de reducción por año; lo anterior es indicación que hay mucho por hacer en relación a la efectividad de los programas orientados a reducir la desnutrición en Centroamérica y la República Dominicana.

En cuanto al bajo peso para la talla, se detectó una tendencia al mejoramiento en la mayoría de los países, más sostenido en Costa Rica hasta 1996, con tendencia a la desaceleración en El Salvador y Honduras, y con mayor aceleración en el último quinquenio en el caso de Guatemala y Nicaragua. La información de Panamá muestra una tendencia al deterioro en el último quinquenio

Gráfica 8
Baja talla para edad (<-2.00 SD), según estándares OMS en niños menores de 3 años, Centroamérica y República Dominicana, 1966-2005



B. Tendencias regionales

1. Cambios en promedios de puntaje Z por grupo de edad

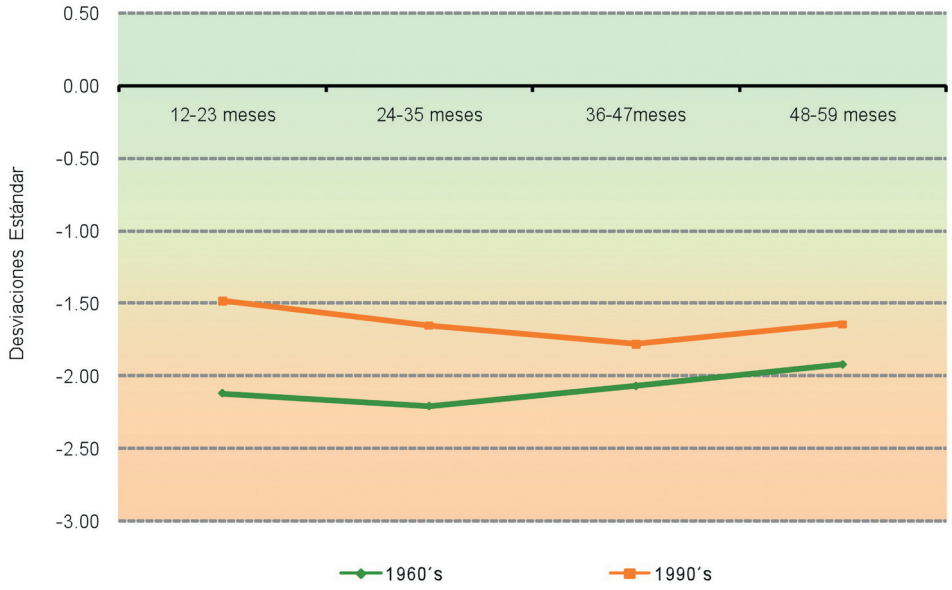
Los Cuadros II.1 y II.2, y las Gráficas 9, 10 y 11 comparan los promedios de puntaje Z de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, así como las prevalencias de retardo en peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla de los niños en la muestra centroamericana de 1960´s con los valores para 1990´s.

Cuadro II.1
Promedio de puntaje z y desviación estándar de peso/edad, talla/edad, peso/talla en muestras de preescolares centroamericanos en 1960's y 1990's

Peso para la edad	1960's	1990's
12-23	-0.95 ± 1.52	-0.62 ± 1.23
24-35	-1.11 ± 1.29	-0.66 ± 1.20
36-47	-1.04 ± 1.12	-0.80 ± 1.13
48-59	-0.99 ± 0.95	-0.85 ± 1.07
Talla para la edad		
12-23	-2.12 ± 1.56	-1.48 ± 1.45
24-35	-2.21 ± 1.44	-1.65 ± 1.45
36-47	-2.07 ± 1.41	-1.78 ± 1.36
48-59	-1.92 ± 1.36	-1.64 ± 1.30
Peso para la talla		
12-23	0.07 ± 1.23	0.17 ± 1.15
24-35	0.24 ± 1.18	0.31 ± 1.06
36-47	0.28 ± 1.14	0.35 ± 1.05
48-59	0.31 ± 0.89	0.25 ± 0.99

En la gráfica 9 se presenta la evolución de la baja talla en función de la edad, comparando niños centroamericanos medidos en la década de los 60´s con aquellos que fueron evaluados en los 90´s, seleccionadas porque en todos los países se efectuaron encuestas nacionales. Al comparar el crecimiento esperado de acuerdo al patrón de crecimiento de la OMS con los datos obtenidos, se aprecia que la desnutrición crónica se establece desde la concepción hasta los 24 meses de edad, luego de lo cual se mantiene estable o presenta una ligera recuperación. Por otra parte, comparando la baja talla para edad en preescolares de la región en 1960´s con la de 1990´s, se aprecia un mejoramiento moderado entre ambos períodos: el mejoramiento es equivalente, en promedio, a menos de media desviación estándar en 30 años. Sin embargo, la magnitud del retardo en talla continúa siendo elevada en todos los grupos de edad, como se evidencia en la brecha entre lo normal esperado, valor 0.0, y las medidas de déficit de talla en los 90's.

Gráfica 9
Cambios en los promedios de puntaje Z de talla para edad en preescolares de Centroamérica, por grupo de edad, entre 1960's y 1990's



2. Prevalencias de los indicadores de bajo peso para edad, baja talla para edad y bajo peso para talla por grupo de edad

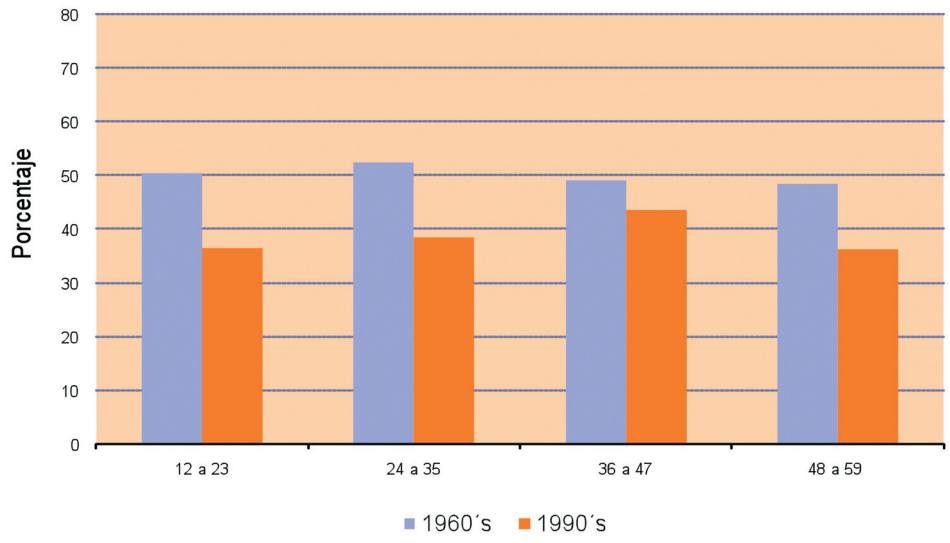
El cuadro II.2 presenta la prevalencia de retardo en peso, en talla y en peso para la talla en una muestra de niños de Centroamérica, con base en las encuestas efectuadas en los 60's y los 90's en los países, por grupos de edad. En todos los casos hay una disminución de la prevalencia del retardo en peso y talla en todos los grupos de edad, siendo más marcado en las edades más tempranas.

Cuadro II.2
Prevalencia de bajo peso para la edad, baja talla para la edad y bajo peso para la talla en muestras de preescolares centroamericanos en 1960's y 1990's

Bajo peso para la edad	1960's	1990's
12-23	24.9	12.7
24-35	20.8	11.4
36-47	18.1	11.4
48-59	12.4	12.6
Baja talla para la edad		
12-23	50.5	36.6
24-35	52.6	38.6
36-47	49.3	43.6
48-59	48.6	36.4
Bajo peso para la talla		
12-23	3.0	3.3
24-35	2.9	1.5
36-47	2.2	1.2
48-59	0.4	1.3

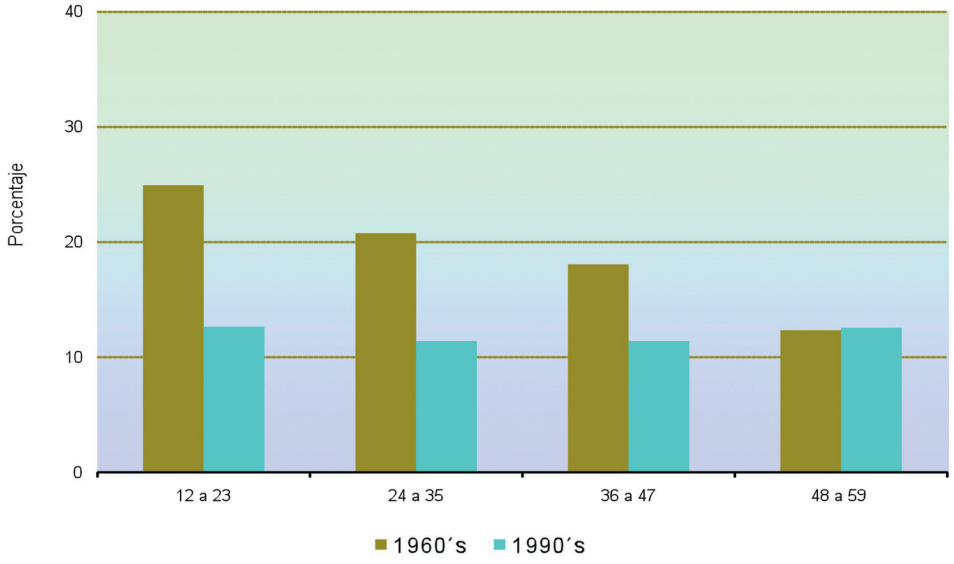
Las prevalencias de baja talla para la edad en preescolares centroamericanos, entre 1960´s y 1990´s, se comparan en la Gráfica 10. En todos los grupos de edad se aprecia una disminución del retardo en talla en 1990´s, en comparación con 1960´s, pero la magnitud de la reducción es baja, menor a un punto porcentual por año.

Gráfica 10
Cambios en prevalencia de baja talla para edad (<-2.00 DE) en niños menores de cinco años de Centroamérica medidos en 1960's y 1990's



Los cambios en prevalencia de bajo peso para la edad en preescolares medidos en 1960´s y 1990´s se presentan en la Gráfica 11. La reducción es más marcada en los niños menores, en especial en los de 12 a 23 meses de edad. Sin embargo, aún en ese grupo la reducción es leve, menor a un punto porcentual por año.

Gráfica 11
Cambios en prevalencia de bajo peso para edad (<-2.00 DE) en niños menores de cinco años de Centroamérica medidos en 1960's y 1990's



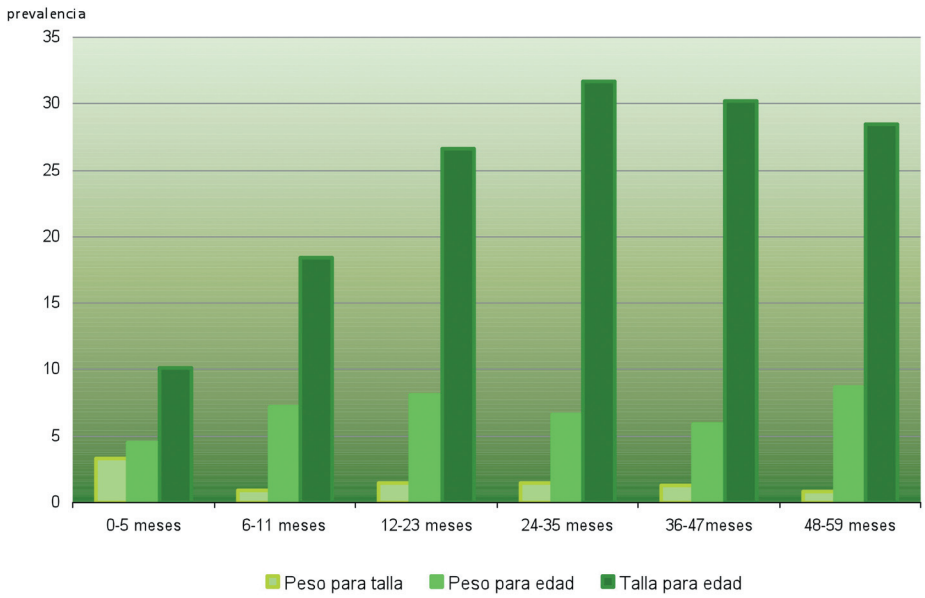
III. DIFERENCIALES DEL ESTADO NUTRICIONAL

La prevalencia de desnutrición aguda, crónica y global de niños preescolares varía entre diferentes grupos poblacionales, encontrándose desigualdades más marcadas en relación a la edad del niño, su género, grupo étnico, paridad de la madre, área de residencia, escolaridad de la madre y nivel socioeconómico de la familia, como se muestra con la información proveniente de encuestas realizadas en cada país. Para documentar la variabilidad en las prevalencias nacionales de acuerdo a cada diferencial, se presentará el caso de un país según diferencial, haciendo mención al comportamiento de éste en los otros países.

A. Grupos etareos

Como se observa en la Gráfica 12, correspondiente a los valores de la última encuesta de El Salvador, la prevalencia de desnutrición aguda es más elevada en el primer semestre de la vida, alcanzando en todos los países de la región valores superiores a 2.5 por ciento. Los valores extremos en las prevalencias del primer semestre de vida se encuentran en El Salvador, con 3.3 por ciento, y la más alta en la República Dominicana con 6.5 por ciento. A partir del sexto mes de vida, y durante el segundo año, las prevalencias disminuyen marcadamente en todos los países.

Gráfica 12
Cambios en las prevalencias de bajo peso para talla, bajo peso para edad y baja talla para edad en El Salvador, 2003



En relación a retardo en talla, la misma gráfica de El Salvador muestra que más del 10 por ciento de los niños estarían afectados en el primer semestre de vida. Los datos de Guatemala, por otra parte, indican que el valor correspondiente a este grupo de edad es superior al superior al 25 por ciento, el más elevado de todos los países. La prevalencia de retardo en talla aumenta con la edad, siendo más prevalente entre los 12 a 23 y 24 a 35 meses de edad, luego de lo cual se estabiliza o disminuye moderadamente. En el caso de Guatemala, en el segundo año de vida la prevalencia de retardo en talla es aproximadamente 10 veces mayor a la encontrada en Costa Rica, país que presenta la menor prevalencia en todas las edades.

B. Género

La desnutrición aguda es más elevada en niños preescolares de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras, mientras que es más prevalente en las niñas de Nicaragua y Panamá. Por otra parte, en todos los países el retardo en talla es más prevalente en el sexo masculino.

Las diferencias por género de los indicadores nutricionales son mínimas, con la excepción de la encontrada en peso para talla entre niñas y niños de Costa Rica, en 1996, donde la prevalencia, siempre muy baja, es más de cinco veces mayor en los niños que en las niñas.

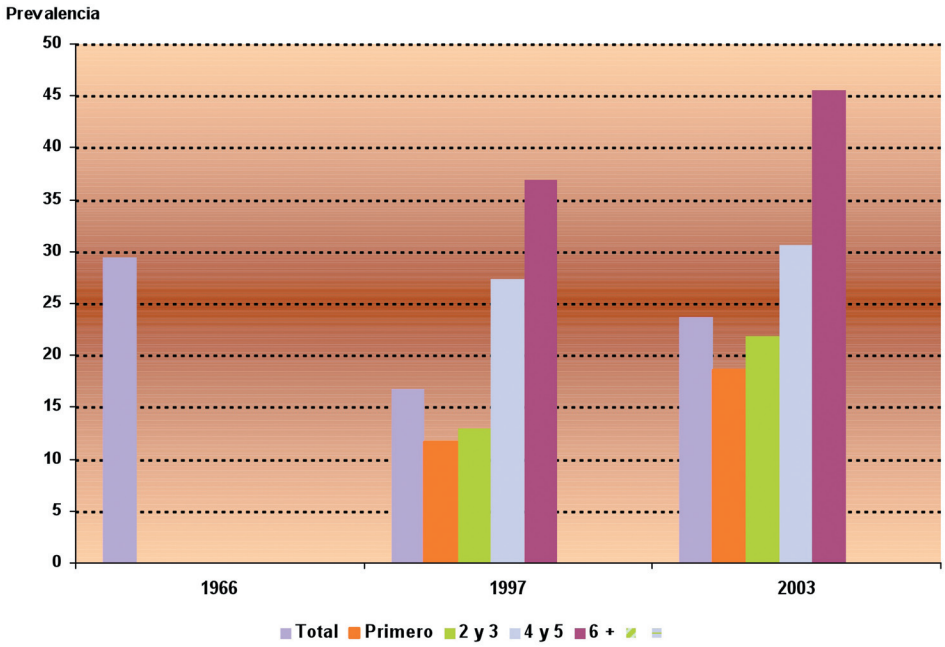
C. Grupo étnico

En el caso de Guatemala se obtuvo información desagregada por grupo étnico en la última encuesta nacional. En cuanto al bajo peso para la talla, no se aprecian diferencias importantes entre indígenas y no indígenas; en relación con el retardo en talla, la prevalencia de la población indígena es aproximadamente dos veces mayor a la de la población no indígena.

D. Paridad de la madre

El número de hijos de la madre se asocia directamente a la prevalencia de desnutrición de los niños preescolares, como se aprecia en la Gráfica 13 que corresponde a los datos de Panamá, y que presenta comportamiento similar en el resto de países.

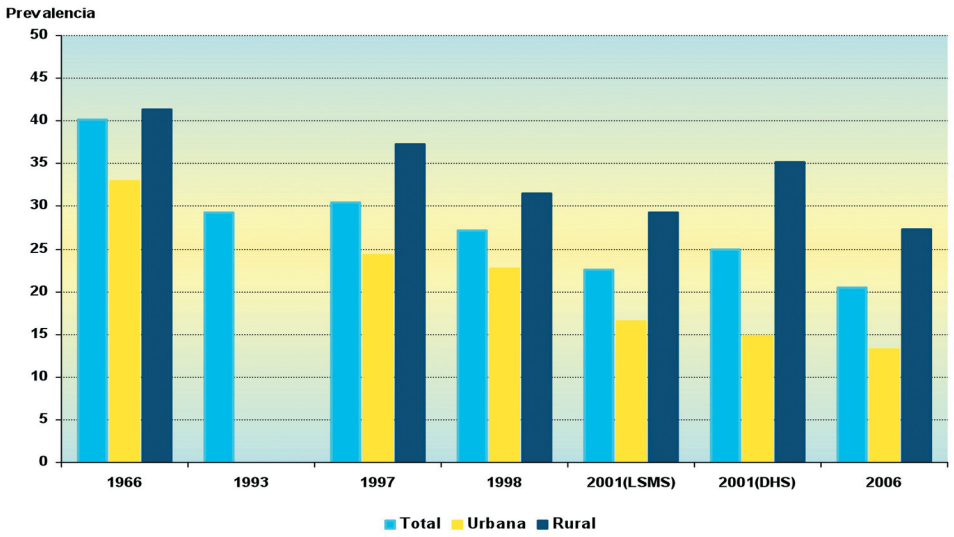
Gráfica 13
Cambios en baja talla para edad de niños y niñas menores de 5 años de Panamá, total y por orden de nacimiento, patrón OMS, 1966-2003



E. Área de residencia

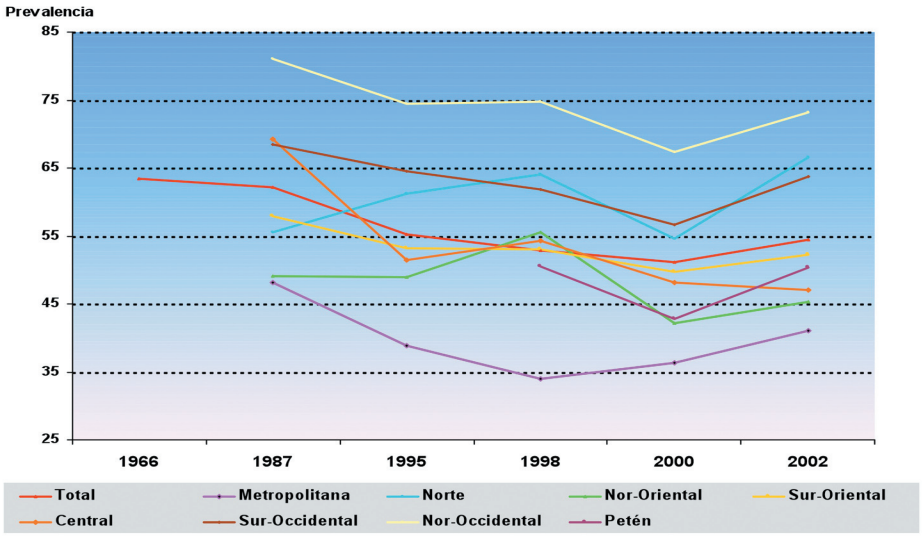
El primer nivel de análisis según residencia corresponde a los diferenciales entre niños del área urbana y rural, en cada uno de los países. Como se presenta a continuación, en la Gráfica 14, en relación a la prevalencia de baja talla para la edad en Nicaragua, la prevalencia en los residentes en área rural es mayor, como es también el caso en los demás países de la región. Las diferencias entre área urbana y área rural en retardo en talla son hasta dos veces mayores en área rural que urbana en todos los países, con la excepción de Costa Rica, donde es sólo de un punto porcentual.

Gráfica 14
Cambios en baja talla para edad de niños y niñas menores de 5 años de Nicaragua, según área urbana y rural, patrón OMS, 1966-2006



Algunas encuestas han regionalizado a los países y se ha recolectado información representativa de cada una de ellas. Un ejemplo de lo anterior es el caso de Guatemala, Gráfica 15, que muestra el comportamiento del retardo en talla entre 1966 y 2002 en ocho regiones político – administrativas, que permite detectar la brecha entre regiones como la Metropolitana y la Noroccidental.

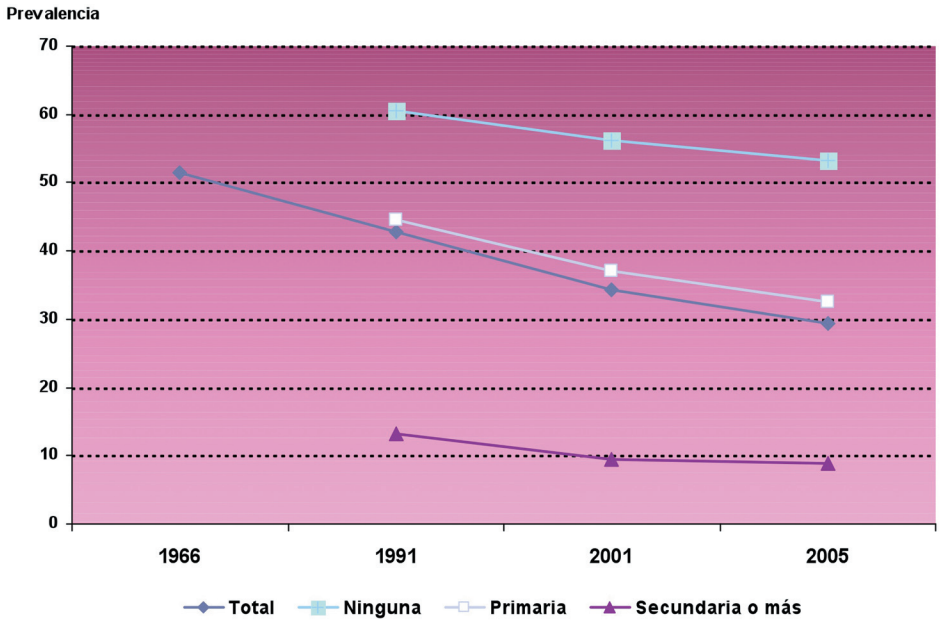
Gráfica 15
Cambios en baja talla para edad de niños y niñas menores de 5 años de Guatemala por región, patrón OMS, 1966-2002



F. Escolaridad de la madre

Como se aprecia en la Gráfica 16, el nivel de escolaridad alcanzado por las madres hondureñas constituye un determinante importante en la magnitud de la desnutrición infantil de ese país. La prevalencia de desnutrición crónica en las madres con menor educación en todos los países incluidos en este análisis es de tres a cuatro veces mayor que en el grupo de madres con educación secundaria y superior.

Gráfica 16
Cambios en baja talla para edad de niños y niñas menores de 5 años de Honduras según escolaridad de la madre, patrón OMS, 1966-2005

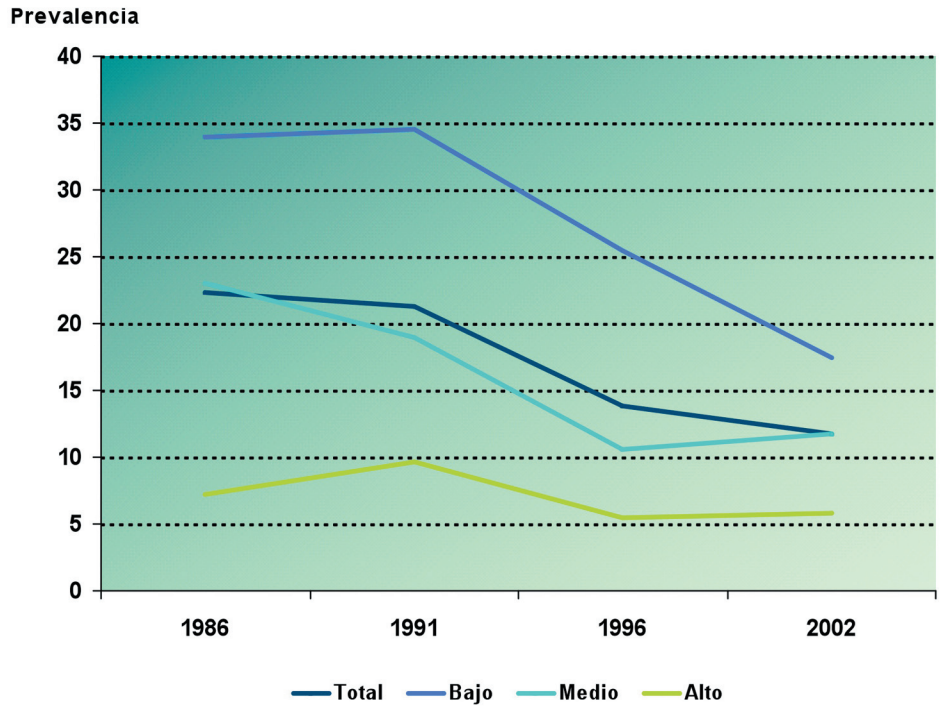


G. Nivel socioeconómico

Se analizaron diferenciales de bajo peso para la talla y del retardo en talla en niños preescolares en relación al nivel socioeconómico de sus familias. En las encuestas de Costa Rica esta información no estuvo disponible, por lo que se excluye del presente análisis.

En relación al retardo en talla, representado en la Gráfica 17 para la República Dominicana, se encuentra que el retardo incrementa conforme empeora el nivel socioeconómico. En el resto de países, las diferencias entre los grupos extremos más marcadas se encuentran en Nicaragua, Honduras, El Salvador y Panamá, en los cuales el grupo socioeconómico menos favorecido tiene más de cuatro veces la prevalencia de retardo encontrada en el estrato más favorecido.

Gráfica 17
Cambios en baja talla para edad de niños y niñas menores de 5 años de República Dominicana según índice socioeconómico, patrón OMS, 1986-2002



El bajo peso para la talla se encontró consistentemente menor en el nivel socioeconómico alto que en el medio y más bajo, con la excepción de Honduras en que el nivel medio tiene valores inferiores a los otros dos grupos. Las mayores diferencias entre los grupos extremos se encontraron en Panamá y Guatemala, siendo menor del doble en los países restantes.

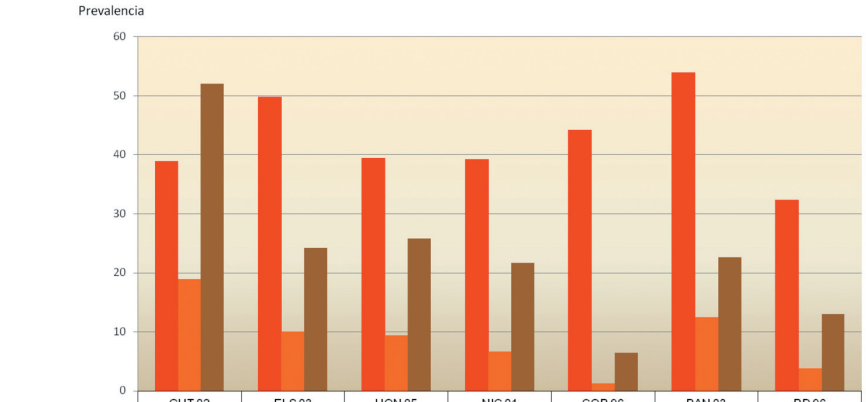
IV. DOBLE CARGA DE PROBLEMAS NUTRICIONALES

En las secciones precedentes se ha presentado información relacionada a la magnitud, distribución y determinantes de los principales problemas alimentario nutricionales que afectan a la población de la región centroamericana y República Dominicana. Se ha puesto énfasis en este análisis en la situación de las deficiencias nutricionales; sin embargo, cualquier análisis seria incompleto si no se considera, además, la epidemia de malnutrición por excesos e imbalances alimentario nutricionales, que hace de la región una de coexistencia creciente de deficiencias, excesos e imbalances, encontrándose en los mismos grupos de población, e incluso en las mismas familias, casos de desnutrición en niños con sobrepeso y obesidad en sus padres. A continuación se analiza esta situación en la región, concentrándose en sobrepeso y obesidad de las madres, y el retardo en talla en sus hijos.

Según los datos disponibles, el promedio ponderado regional de retardo en talla, (no incluyendo Belice, por no contar con esta información generada en encuestas nacionales), es 30.0% en menores de 36 meses de edad. La obesidad y el sobrepeso afecta al 40.7% de las madres no embarazadas, encontrándose en el 10.1% de las familias la coexistencia de obesidad y sobrepeso en las madres y desnutrición crónica en sus hijos menores de 36 meses.

La Gráfica 18 presenta la situación de estos indicadores en cada uno de los países de la región, con la excepción de Belice. La desnutrición crónica en menores de 36 meses en Guatemala es superior al promedio regional; el sobrepeso y la obesidad en mujeres es más elevada que el promedio regional en los casos de El Salvador, Costa Rica y Panamá, mientras que la coexistencia de desnutrición crónica y obesidad y sobrepeso en la misma familia es mayor al promedio regional en los casos de Guatemala y Panamá.

Gráfica 18
Sobrepeso y obesidad en madres no embarazadas, desnutrición crónica en < de 36 meses, y coexistencia de sobrepeso y obesidad y desnutrición crónica de <36 meses en Centroamérica y República Dominicana, últimos datos disponibles



	GUT 02	ELS 03	HON 05	NIC 01	COR 96	PAN 03	RD 96
IMC > 25.0	38.9	49.74	39.45	39.22	44.12	53.87	32.28
Sobrepeso/obesidad + desnutrición crónica	18.91	10.1	9.42	6.62	1.27	12.46	3.86
Desnutrición crónica	52.1	24.2	25.8	21.7	6.5	22.6	13

V. CONCLUSIONES

1. Desde la década de 1960 los países de la región centroamericana y República Dominicana han estado realizando encuestas nacionales de salud y nutrición. Al año 2006, la región contaba con 32 bases de datos de encuestas nacionales debidamente documentadas provenientes de una encuesta regional que cubrió seis países en 1965-1967, y 26 encuestas nacionales que incluían información antropométrica.

2. Las primeras encuestas realizadas entre 1965 y 1967 de muestras representativas de la población de esos países se concentraron en alimentación y nutrición. Posteriormente, las encuestas se enfocaron en la salud de la población materno infantil, y en ingresos y gastos en muestras representativas de hogares; en estas encuestas se recolectó información de salud y nutrición, incluyendo mediciones antropométrico nutricionales de niños preescolares.

3. La información antropométrica disponible permite estimaciones válidas y confiables de la situación nutricional de preescolares en los países de la región, así como de las tendencias de los cambios ocurridos en las pasadas cuatro décadas. Ciertamente, la comparabilidad entre encuestas es un tema a considerar en la interpretación de los resultados, pero la información disponible permite tener una panorámica de la nutrición en Centroamérica y República Dominicana, y de la variabilidad existente entre y dentro de los países.

4. Las bases de datos de estas encuestas fueron revisadas y analizadas con base en los patrones de crecimiento físico propuestos por la Organización Mundial de la Salud en 2005.

5. El retardo en crecimiento en longitud y talla es muy prevalente en la región centroamericana y República Dominicana, constituyéndose la desnutrición crónica en el problema nutricional más severo. El retardo en longitud es evidente desde el nacimiento, reflejando retardo del crecimiento intrauterino, y alcanza los valores más elevados entre los 12 y 36 meses de edad. La desnutrición aguda, estimada por el indicador bajo peso para la talla, es muy bajo en la región.

6. Los análisis realizados con el patrón recomendado por la OMS indican una considerable heterogeneidad entre países en relación a la prevalencia de retardo en talla en niños preescolares. El rango de retardo en talla entre países según la encuesta más reciente varía de menos de 10% a más de 50%, estimándose que el país con mayor retardo tiene prevalencia nueve veces mayor a la del país con menor retardo. El resto de países están ubicados dentro de este rango, permitiendo entonces clasificar a los países en tres grupos según categorías de prevalencia: el primer grupo, Costa Rica y República Dominicana con tasas menores de 15%, el segundo grupo, entre 15% y 25% compuesto por Panamá y Nicaragua, y el tercer grupo con tasa que supera el 25% integrado por El Salvador y Honduras. En el caso de Guatemala, la prevalencia supera el 50% de baja talla para la edad.

7. También se evidencia notable heterogeneidad entre países en lo que respecta a la tendencia a la disminución del retardo en talla en preescolares en cada uno de los países de la región. La tendencia, expresada en puntos porcentuales reducidos por año, varía entre más de uno hasta 0.15 puntos porcentuales por año; estos datos toman en consideración la tendencia entre la primera encuesta efectuada entre 1965 – 1967 en la región centroamericana, y de 1986 en la República Dominicana, hasta las encuestas más recientes en cada país. Clasificando los países en términos de rango de tendencias, los países podrían agruparse en tres grupos: El Salvador y Costa Rica con un ritmo más acelerado de mejoramiento, República Dominicana y Honduras con ritmo intermedio, Nicaragua y Guatemala con ritmo bajo. En el caso de este indicador, Panamá exhibe muy bajas tasas anuales de mejoramiento de la prevalencia.

8. Aún cuando no se presentan los datos en este resumen, en aquellas encuestas en que la información estuvo disponible, el análisis de la situación en la región y los países en relación a indicadores sociales, económicos, y geográficos pone en evidencia la inequidad. Diferencias injustas en estado de crecimiento físico y tendencias son apreciables cuando se contrastan prevalencias en área urbana en comparación con área rural, población indígena y no indígena, nivel socioeconómico alto comparado con el bajo, alta escolaridad de la madre en contraste con las que no tienen escolaridad, madres con paridad más alta en comparación con madres con un número más reducido de hijos, así como madres con intervalo entre partos más prolongado en contraste con las que presentan intervalos más cortos.

9. ¿Ha Crecido Centroamérica? es la pregunta que salubristas, nutriólogos y científicos sociales plantean al analizar datos antropométricos, nutricionales, socioeconómicos en las pasadas cuatro décadas. Durante este período, la región ha tenido momentos de auge y crisis que sugieren, para algunos países, mayor estabilidad en el ámbito económico, con repercusiones en lo social. Sin embargo, para la mayoría persiste una deuda histórica que se ha manifestado en la permanencia de condiciones de exclusión, pobreza y desnutrición. Una expresión de lo anterior es la magnitud y velocidad de los cambios ocurridos en el crecimiento físico de niños preescolares. Los cambios moderados en el crecimiento físico son expresión de la exclusión y, al mismo tiempo, se constituyen en un valladar al desarrollo humano y socioeconómico de la región, limitando las posibilidades de los países para enfrentar las crisis actuales y las de los años por venir.

ANEXO 1

Bases de datos de encuestas

BASE DE DATOS			Referencia de la publicación oficial
CENTRO AMERICA			
1966		INCAP-OIR	INCAP/OIR/MS. Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Oficina de Investigación Internacional (OIR); Publicación del INCAP, Guatemala, Guatemala. 1969.
COSTA RICA			
1982		ENN	Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de la Nutrición. San José, Costa Rica, C.A.
1996		ENN	Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. 1996. San José, Costa Rica, C.A.
EL SALVADOR			
1988		FESAL	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación de la Situación Alimentaria Nutricional en El Salvador (ESANES- 88). 1990. San Salvador, El Salvador, C.A.
1993		FESAL	Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 93). 1994. San Salvador, El Salvador, C.A.
1998		FESAL	Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 98). Informe Final. 2000. San Salvador, El Salvador, C.A.
2003		FESAL	Asociación Demográfica Salvadoreña, USAID. Julio 2004. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-03. Informe final. San Salvador, El Salvador, C.A.
GUATEMALA			
1987		ENSMI	MSPAS, INCAP e Institute for Resource Development/Westinghouse. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987. Mayo 1989. Guatemala, Guatemala, C.A.
1995		ENSMI	INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS. Octubre 1996. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. Guatemala, Guatemala, C.A.
1998		ENSMI	INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS, FNUAP. Julio 1999. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-99. Guatemala, Guatemala, C.A.
2000		LSMS	Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2000). Guatemala, Guatemala, C.A:
2002		ENSMI	INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS, FNUAP, UVG, CDC, APRESAL/UE, PNUD, Proyecto POLICY II, CARE, Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Octubre 2003.Guatemala, Guatemala, C.A.
HONDURAS			
1991		ENESF	Asociación Hondureña de Planificación de Familia, Ministerio de Salud Pública. Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar. 1991. Tegucigalpa, Honduras, C.A.
2001		ENESF	Asociación Hondureña de Planificación de Familia, Secretaría de Salud Pública. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001 (ENESF-01). 2001. Tegucigalpa, Honduras, C.A.
2005		ENESF	Secretaría de Salud [Honduras], INE y Macro International 2006. Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006. Tegucigalpa, Honduras, C.A.

BASE DE DATOS			Referencia de la publicación oficial
NICARAGUA			
1993		LSMS	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE). Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENMV- 93). Managua, Nicaragua, C.A.
1997		DHS	INEC, MINSA, DHS. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998. Managua, Nicaragua, C.A.
1998		LSMS	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE). Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENMV). Managua, Nicaragua, C.A.
2001		LSMS	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE). Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENMV- 98-99). Managua, Nicaragua, C.A.
2001		DHS	INEC, MINSA, DHS, ASDI, BM/FISE, BID/PMSS, PNUD, FNUAP. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998. Abril 1999. Managua, Nicaragua, C.A.
2006		DHS	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2006-07). Agosto 2007. Managua, Nicaragua, C.A.
PANAMA			
1997		LSMS	Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Encuesta de Medición de Vida 1997. 1998 Panamá, Panamá, C.A.
2003		LSMS	Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Encuesta de Medición de Vida 2003. 2004 Panamá, Panamá, C.A.
REPUBLICA DOMINICANA			
1986		DHS	Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, Consejo Nacional de Población y Familia, Demographic and Health Surveys. Encuesta Demográfica y de Salud DHS-86. Diciembre 1987. Santo Domingo, República Dominicana.
1991		DHS	Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, Oficina Nacional de Planificación y Demographic and Health Surveys. Encuesta Demográfica y de Salud 1991. Septiembre 1992. Santo Domingo, República Dominicana.
1996		DHS	Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). Encuesta Demográfica y de Salud 1996. Junio 1997. Santo Domingo, República Dominicana.
2002		DHS	CESDEM, USAID, DHS, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, BM/CERSS, BID/CERSS. Programa MEASURE DHS+/ORC Macro.Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Octubre 2003. Santo Domingo, República Dominicana.

¿HA CRECIDO CENTROAMÉRICA?

Situación antropométrica - nutricional
en niños menores de 5 años de edad en
Centroamérica y República Dominicana
para el período 1965-2006

Con base en el documento monográfico elaborado por
PRESANCA

Publicado por el

**Programa Regional de Seguridad Alimentaria
y nutricional para Centroamérica**

Boulevard del Hipódromo # 523,
Colonia San Benito. San Salvador,
El Salvador. Centroamérica

www.sica.int/presanca

OBSAN-R
Observatorio Regional
de Seguridad Alimentaria
y Nutricional

NOTA TÉCNICA

PRESANCA
**Programa Regional de Seguridad
Alimentaria y nutricional para Centroamérica**

PRESANCA/NT-001/2009

¿HA CRECIDO CENTROAMÉRICA?
Análisis de la situación antropométrica - nutricional en niños
menores de 5 años de edad en Centroamérica y República
Dominicana para el período 1965-2006

26 pgs. Agosto, 2009

Mireya Palmieri Santisteban[1], Humberto Méndez Cabrera[2], Hernán Delgado Valenzuela[3],
Rafael Flores Ayala[4], Patricia Palma de Fulladolsa[5]
Apoyo secretarial: Karla Mesarina[6]

Diseño y diagramación: Béatrice Porres, Éclat

1 Consultora del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)
2 Funcionario del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (**INCAP**)
3 Consultor del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)
4 En consultoría con PRESANCA (2007), profesor-investigador asociado, *Hubert Department of Global Health*, Rollins School of Public Health, Universidad de Emory, Atlanta, GA. U.S.A.
5 Directora del Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (**PRESANCA**)
6 **PRESANCA**