

deficiencia de hierro son más sutiles y menos aparentes que el cretinismo evidente o las manifestaciones oculares de la deficiencia de vitamina A, sus consecuencias pueden ser igualmente devastadoras para el desarrollo humano y social de la Región.

La mayoría de los países controlan la deficiencia de hierro con administración de suplementos de hierro a las mujeres embarazadas; sin embargo, no se ha ofrecido supervisión ni seguimiento y la observancia notificada es mínima. Se reconoce cada vez más que la fortificación con hierro de un alimento objetivo es una solución adecuada, aunque el efecto de esa intervención solo puede determinarse de mediano a largo plazos. En la actualidad, 18 países fortifican por lo menos un producto para consumo masivo (114).

Obesidad entre los pobres: un problema emergente en la Región

Como resultado de las dificultades económicas que experimentaron América Latina y el Caribe en el decenio de 1980, vastos segmentos de la población emigraron de las zonas rurales a las urbanas pobres y de los países pobres a otros en mejores condiciones, en busca de empleo. Estos desplazamientos en masa, que han cambiado sustancialmente las condiciones y el modo de vida de dichos grupos, han coincidido con modificaciones del perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios y de actividad física en la Región. Como parte de esa transición, muchos países experimentan una disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, una reducción de la prevalencia de malnutrición proteinoenergética y un marcado aumento de la prevalencia de exceso de peso y obesidad² y enfermedades crónicas. Por ejemplo, en Chile, el porcentaje de niños clasificados por debajo de una desviación estándar del valor mediano de referencia es de 3,7% y la proporción de quienes están por encima de esa desviación es de 21,6% (115).

En São Paulo, Brasil, en un estudio de 535 familias de una población urbana marginal se observó que 30% de los niños presentaban un déficit relativo de estatura y que 5,8% de los varones y 6,8% de las niñas tenían exceso de peso relacionado con esa afección. Además, 9% de las familias mostraron obesidad en adultos, junto con peso y estatura bajos en los niños. Estos resultados demuestran la coexistencia de la malnutrición y la obesidad.

Los resultados de la encuesta ENDES realizada en el Perú entre 1990 y 1992, en la que se examinó a 4.675 mujeres que habían dado a luz por lo menos un niño en los cinco años precedentes, mostraron un índice de masa corporal (IMC)³ promedio de 26,3 kg/m². Además, se estimó que 17,5% tenían de 26 kg/m² a 28,9 kg/m² y 13,2%, más de 29 kg/m². El IMC promedio en la zona metropolitana de Lima fue de 27,2 kg/m². En otro estudio realizado en las cocinas populares de los barrios pobres de un distrito de Lima, se observó una prevalencia de 32,6% de exceso de peso y de 13,1% de obesidad en las mujeres.

En el Uruguay se descubrió una mayor proporción de obesidad en las mujeres de baja condición socioeconómica (36,6%) en comparación con las de nivel alto. Las mayores diferencias de género se notificaron también en los estratos de bajos ingresos. Según la información obtenida durante los 15 años del proyecto multicéntrico Dieta y Salud en Latinoamérica y el Caribe de OPS/Kellogg, aumentó la proporción de adultos obesos en Costa Rica y Panamá (116).

La asociación de la pobreza con la desnutrición y las enfermedades infecciosas, y del bienestar económico con la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la dieta, ya no es válida en los países de ingresos elevados y es cada vez menor en los países pobres de la Región (117). La obesidad de los pobres puede diferir de la observada en los grupos más prósperos dentro de un solo país o en las naciones más desarrolladas. Varios factores pueden ser decisivos para determinar estas diferencias, tales como los factores genéticos de adaptación, alimentarios (por ejemplo, el aumento del consumo de grasa y azúcar, que es la fuente de energía más barata, y la reducción del consumo de fibra) y socioculturales (por ejemplo, la falta de actividad física sistemática de las poblaciones pobres sedentarias). La desigualdad que rige el acceso a los mensajes de promoción, la educación sanitaria y los servicios adecuados de atención de salud hace que se desconozca la importancia de los cambios de comportamiento para poder llevar un modo de vida más sano.

Si se tienen en cuenta los factores relacionados con el género, la diferencia entre las “dos clases de obesidad” es aún más marcada: las mujeres tienen más limitaciones en las oportunidades, llevan cargas sociales más pesadas y tienen una imagen subvalorada de su cuerpo. Además, su tradicional subordinación social a los hombres aumenta aún más su susceptibilidad a este complejo grupo de influencias desfavorables.

² La obesidad es un exceso de grasa corporal y, como consecuencia, su identificación entraña la necesidad de medir la composición del cuerpo. Sin embargo, en este capítulo los términos obesidad y exceso de peso se emplearán como sinónimos con fines de simplificación.

³ El índice de masa corporal es la relación entre el peso (kg) y la estatura² (m).