

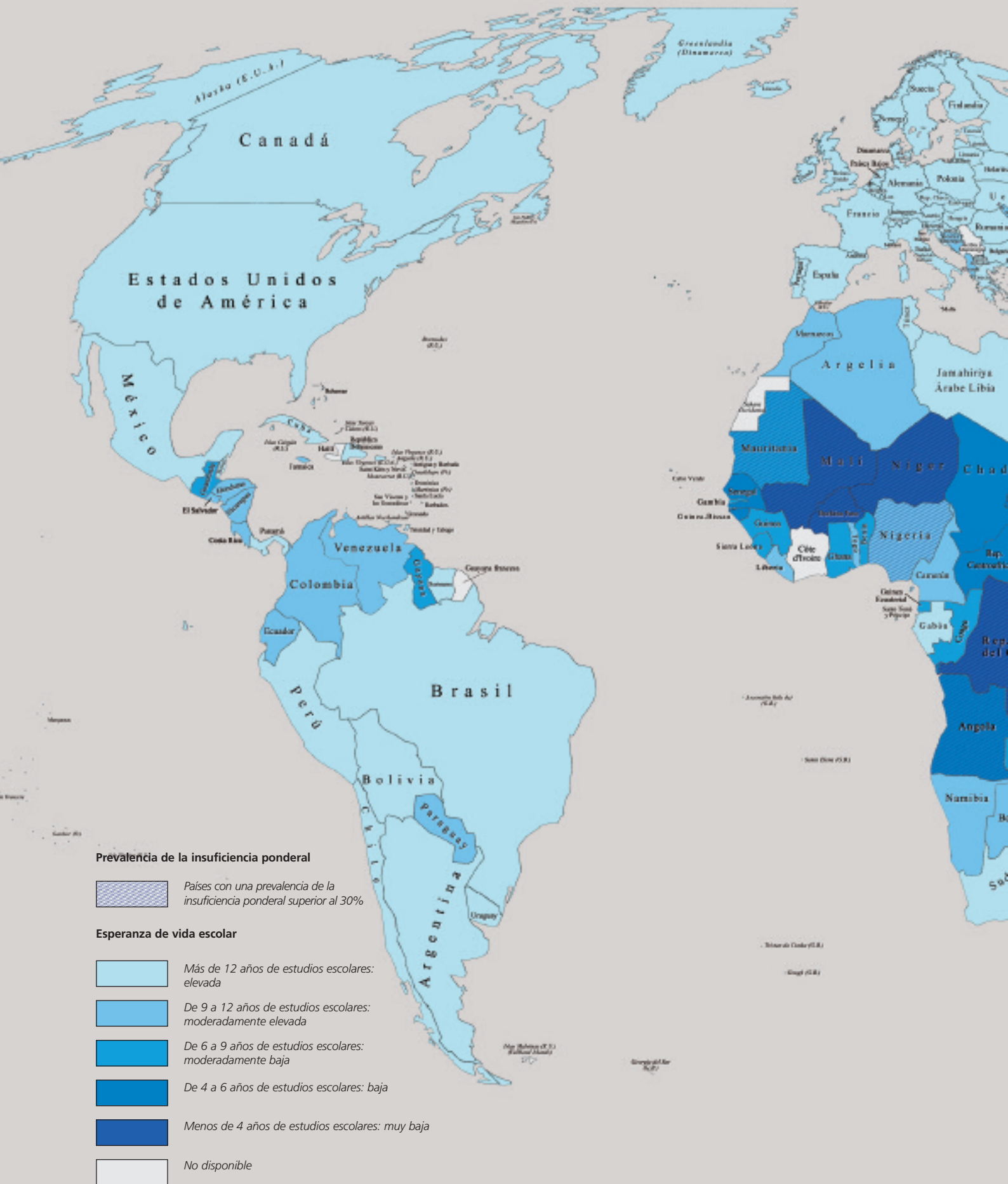
Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006

El hambre y el aprendizaje

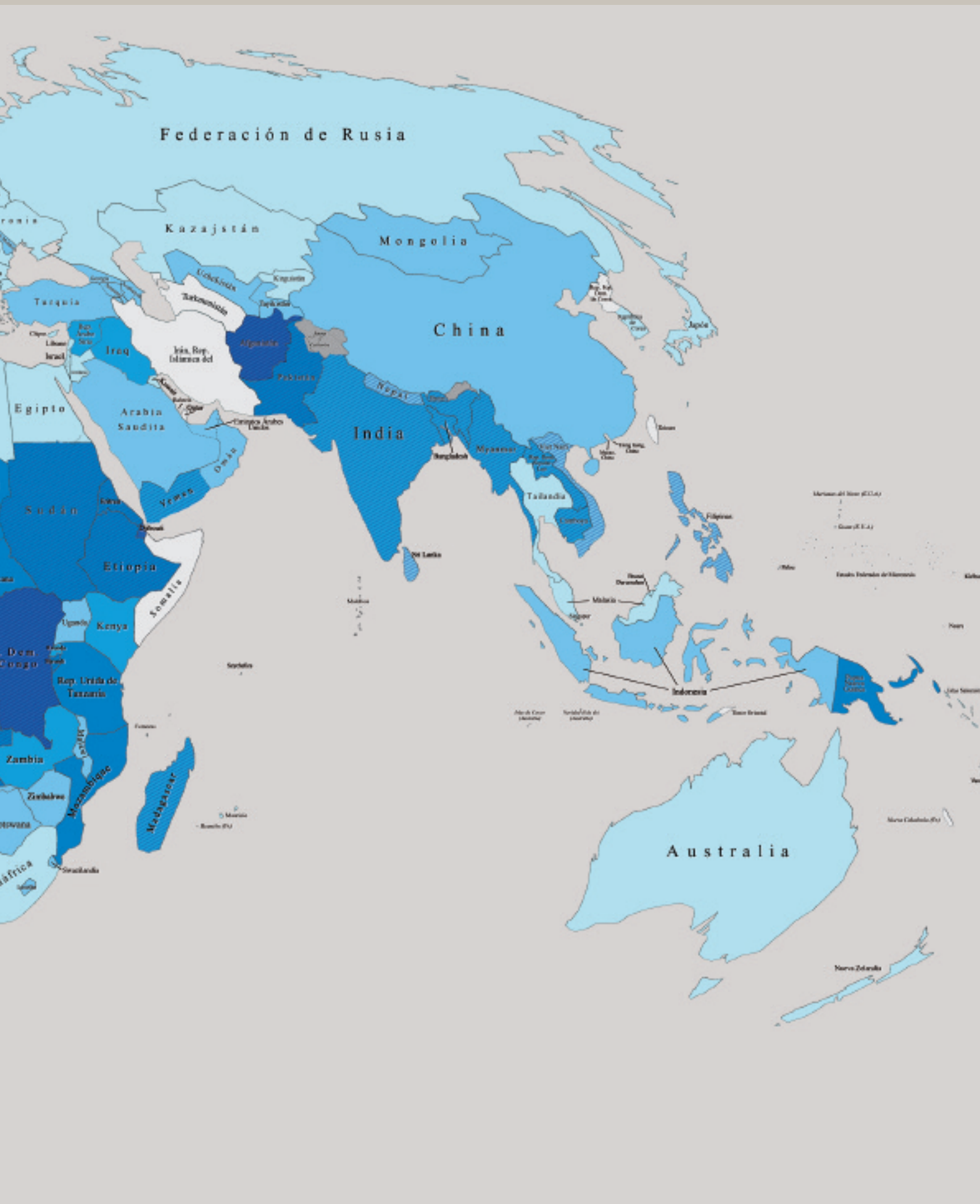


Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**

Mapa A — El hambre infantil en el mundo (insuficiencia ponderal) y esperanza de vida escolar



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación alguna. Mapa elaborado por la Dirección de la Dependencia de Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad (VAM) del PMA. Fuente de los datos: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Mundial de la Salud (OMS).





Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006 El hambre y el aprendizaje

Copyright © 2006 Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Base de datos elaborada por el Programa Mundial de Alimentos protegida por el derecho de autor.

ISBN 92-95050-04-5

Las publicaciones del Programa Mundial de Alimentos pueden obtenerse dirigiéndose a la Dirección de Comunicaciones, Via Cesare Giulio Viola, 68/70 - 00148 Roma, Italia.

Tel.: +39-066513-2628 • Fax: +39-066513-2840

Dirección de correo electrónico: wfpinfo@wfp.org • Página web: www.wfp.org

Diseño preliminar: Deepend Italia Spa.

Maquetación y diseño gráfico: The Right Side srl & Energylink.

Impreso en Italia por Tiligraf

Para más información acerca de la "Serie de informes sobre el hambre en el mundo", incluidos los errores error y omisiones, sírvase consultar la página www.wfp.org/whs o escribir a la siguiente dirección: worldhungerseries@wfp.org

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea éste electrónico, digital o mecánico, ni por fotocopia, grabación o de cualquier otra manera, sin previa autorización escrita del PMA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones del PMA, ya sea con fines de venta o de distribución no comercial, deberán dirigirse a la División de Comunicación a la dirección arriba indicada.

Las designaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que ésta contiene no entrañan, por parte del PMA, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos que figuran en los mapas representan las fronteras aproximadas sobre las que puede aún no haber total acuerdo. El Programa Mundial de Alimentos ha tomado las precauciones razonables para comprobar la información y datos contenidos en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa, ni implícita, ni siquiera acerca de la precisión de los datos. La responsabilidad respecto de la interpretación y el uso del material corresponde exclusivamente al lector, declinando el PMA cualquier responsabilidad respecto de los daños que pudieran derivarse de su interpretación o utilización, o de la confianza que se deposite en él.

Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006

El hambre y el aprendizaje



Naciones Unidas
Programa Mundial de Alimentos
Roma

Agradecimientos

El presente informe fue elaborado por un equipo del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. El trabajo fue supervisado y guiado por Stanlake Samkange, Director de la Dirección de Políticas, Estrategias y Apoyo a los Programas. Paul Howe, Asesor de Políticas, fue el autor principal y jefe del equipo. Gyorgy Dallos, Economista Superior, y Carlo Quirici, Consultor, se ocuparon de los datos. Michael Hutak, Especialista en Comunicaciones, coordinó la producción. Elena Borsatti, Marco Cavalcante, Valeria Silvestri y Miranda Sissons hicieron valiosas aportaciones como miembros del equipo. Ester Fiorito, Cinzia Mandri, Arduino Mangoni, Flor de María Ramírez y Laura Segatori prestaron apoyo administrativo.

Numerosos expertos formularon observaciones y prestaron asesoramiento sobre el contenido del informe. Los principales revisores del texto fueron Fernando Mönckeberg y Amina Ibrahim. El grupo de revisores especializados estuvo integrado por Harold Alderman, Indra de Soysa, Joy del Rosso, Peter Easton, Lawrence Haddad, Beryl Levinger y Krishna Rao.

Prepararon documentación de apoyo Carmen Aldinger, Marc Cohen, Paul Howe, Ute Meir, Bjorn Nordtveit y Brian Gray, Roger Shrimpton y Jane Lucas, y Nalan Yuksel-Hughes. Luka Biong Deng, Fernando Mönckeberg y Sibylle Riedmiller escribieron estudios de casos.

Varios miembros del personal del Programa Mundial de Alimentos proporcionaron valiosas observaciones y orientaciones: Patrick Webb, Petros Aklilu, Martin Bloem, Nicholas Crawford, Francisco Espejo, Adama Faye y Robin Jackson. Lynn Brown, Ugo Gentilini, Brian Gray, Ute Meir, George Simon y Christine Vannieuwenhuyse.

Anthea Webb y Cristina Ascone, de la Dirección de Comunicaciones del PMA, trabajaron junto con los encargados del diseño gráfico y la impresión. Bruce Ross Larson, de Communications Development Incorporated, prestó servicios editoriales.

El informe fue traducido del inglés por Isabel Romero González y Nuria López López.

Acerca del Programa Mundial de Alimentos

Fundado en 1963, el PMA es el mayor organismo de ayuda humanitaria y la principal organización de las Naciones Unidas de lucha contra el hambre en el mundo. Su labor, que actualmente lleva a cabo en más de 80 países, es hacer frente a las necesidades de emergencia y apoyar el desarrollo económico y social mediante el suministro de alimentos, para lo que depende exclusivamente de las donaciones de alimentos y de efectivo. En estrecha colaboración con los organismos del sistema de las Naciones Unidas, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, trabaja para situar el problema del hambre en el centro mismo del debate internacional, promoviendo políticas, estrategias y operaciones que beneficien directamente a las poblaciones pobres que padecen hambre.

Prólogo

No hay tarea más importante que la de velar por que nuestros hijos dispongan de la alimentación y la educación que necesitan para sacar el máximo partido de lo que el mundo les ofrece. Cuando los niños están bien alimentados e instruidos, no sólo su vida es inmensamente mejor, sino que también se mejora de forma concreta la vida de las futuras generaciones.

Casi todos los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) pueden relacionarse con dos cuestiones básicas: el hambre y la educación. Erradicar la pobreza extrema y el hambre, garantizar a todos los niños una educación básica, promover la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil y materna y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades son objetivos que dependen todos ellos de que las personas dispongan de una buena nutrición y de la oportunidad de aprender.

Por ello es apropiado que la primera edición de esta nueva publicación, la *Serie de informes sobre el hambre en el mundo*, verse sobre "El hambre y el aprendizaje".

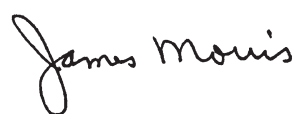
Todo niño merece alimentarse e ir a la escuela. La *Serie de informes sobre el hambre en el mundo* pretende demostrar a los expertos en temas de desarrollo, educación, salud, nutrición y economía, así como al público en general, que no es una tarea imposible. Los beneficios, según se demuestra, serán percibidos por los individuos, las comunidades, las naciones y las economías de las generaciones futuras.

La nutrición que tenga una madre durante el embarazo influirá de por vida en la capacidad de aprendizaje del hijo que nazca. El hambre y la necesidad de contribuir a los ingresos familiares son algunas de las razones principales de que muchos niños pobres no vayan a la escuela. Incluso los que asisten a clase tienen problemas

para concentrarse si tienen el estómago vacío. Los niños pobres, malnutridos y faltos de instrucción están destinados, en su mayoría, a permanecer de ese modo. Como dato alarmante, están apareciendo pruebas científicas de que, cuanto menor sea la educación que reciba un niño, más probabilidades hay que contraiga el VIH.

Uno de los aspectos que más sorprende en esta nueva publicación es la oportunidad que ofrece el aprendizaje de poner coto al hambre. La simple estimulación mediante el juego y la exposición a los colores prepara el cerebro de un niño para el futuro desarrollo cognitivo, sobre todo si va asociada a una buena nutrición. La escuela abre la mente de los niños a formas nuevas y mejores de hacer las cosas, como pueden ser unas técnicas agrarias mejoradas o la higiene, y les aporta los elementos necesarios para ponerlas en práctica. El número de años que una mujer ha ido a la escuela, por ejemplo, puede reducir hasta un 40% la probabilidad de que su hijo padezca malnutrición. Nunca es demasiado tarde para aprender; los programas de microcréditos, de actividades generadoras de ingresos y de extensión agraria pueden mejorar las capacidades para alimentarse de los niños pobres aquejados por el hambre.

En un momento en que el número de personas que padecen hambre en todo el mundo vuelve a aumentar, es imperativo que actuemos para detener esta tendencia. El mejor modo de hacerlo es dedicar nuestro esfuerzo a los niños y las madres.



James T. Morris

Director Ejecutivo

Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas

Índice

Agradecimientos	5
Acerca del Programa Mundial de Alimentos	6
Prólogo	7
Prefacio	13
PANORAMA GENERAL	15
PARTE I: EL HAMBRE EN EL MUNDO	23
1. El hambre y el desarrollo	25
1.1 La función del hambre en el desarrollo	25
1.2 Medición de los progresos en relación con el hambre	28
1.3 Las crisis humanitarias	29
1.4 Las decisiones políticas	32
Intermezzo 1: Crisis humanitarias en el Asia meridional y en el Sudán	34
PARTE II: EL HAMBRE Y EL APRENDIZAJE	37
2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje	39
2.1 Primera infancia	39
2.2 Niños en edad escolar	43
2.3 Edad adulta	46
Intermezzo 2: El "momento propicio" para la nutrición	48
3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre	51
3.1 Primera infancia	51
3.2 Edad escolar	53
3.3 Edad adulta	56
Intermezzo 3: El estudio jamaicano	58
4. Intervenciones prácticas	61
4.1 Intervenciones en la primera infancia	61
4.2 Intervenciones en la edad escolar	68
4.3 Intervenciones en la edad adulta	74
Intermezzo 4: Aumento de la alfabetización de adultos y disminución del hambre en Uganda	77
PARTE III: UNA AGENDA PARA EL DESARROLLO NACIONAL	79
5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional	81
5.1 Invertir para aumentar las oportunidades de la población y fomentar el desarrollo nacional	81
5.2 Crecimiento económico	83
Intermezzo 5: Nutrición, aprendizaje y crecimiento económico: el caso de Chile	87
6. Decisiones políticas	91
6.1 Voluntad política y prioridades	91
6.2 Limitaciones de los recursos	94
6.3 Capacidades institucionales	95

6.4 Limitaciones físicas y medioambientales	97
6.5 La experiencia anterior	99
Intermezzo 6: Movilización de las comunidades para erradicar la desnutrición en Tailandia	100
7. El camino hacia adelante	103
Etapa 1: Análisis de la situación	103
Etapa 2: Planificación estratégica	104
Etapa 3: Movilización y asignación de recursos	108
Etapa 4: Ejecución	109
Etapa 5: Seguimiento y rendición de cuentas	109
Conclusión	112
PARTE IV: COMPENDIOS DE RECURSOS	115
A. Compendio técnico	117
Índice de pobreza y hambre (IPH)	117
B. Compendio de datos	123
B1. Panorama general	123
B2. Fuentes de datos y metodología	123
B3. Clasificación de los países	124
B4. Cuadros de datos	128
PARTE V: ANEXOS	163
Abreviaturas y siglas	165
Glosario	167
Bibliografía	171
Alianza Internacional contra el Hambre	183
NOTAS	185

Figuras

Figura 1.1 En la mayoría de los países en desarrollo no se está avanzando con la suficiente celeridad en lo que se refiere a la desnutrición y la insuficiencia ponderal	27
Figura 1.2 Principales conflictos y catástrofes naturales	29
Figura 1.3 Las crisis humanitarias –y los gastos– van en aumento	31
Figura 1.4 Las catástrofes naturales: un problema en aumento	31
Figura 1.5 La relación entre el hambre y sus causas	32
Figura 2.1 Las repercusiones del hambre en el aprendizaje	39
Figura 2.2 El peso al nacer puede afectar a la capacidad cognitiva en la edad adulta	41
Figura 2.3 La carencia de yodo merma la inteligencia de los estudiantes	42
Figura 2a Los períodos críticos para la nutrición empiezan pronto	48
Figura 2b Los problemas de talla empiezan muy pronto	49
Figura 3.1 Las repercusiones del aprendizaje en el hambre	51
Figura 3.2 La estimulación sirve de ayuda en Jamaica	53

Figura 3.3	El aprendizaje de las mujeres está relacionado con una mejor nutrición durante la infancia . . . 55
Figura 3a	La estimulación permitió aumentar los coeficientes de inteligencia, incluso a largo plazo. . . . 58
Figura 3b	La estimulación mejoró los resultados en diversos ámbitos. 59
Figura 4.1	Resumen de las intervenciones realizadas en la primera infancia 61
Figura 4.2	El suministro de complementos nutritivos en la primera infancia puede mejorar la inteligencia de por vida 63
Figura 4a	El peso al nacer puede mejorar 64
Figura 4.3	El aceite yodado aumenta la capacidad intelectual de los niños 67
Figura 4.4	Resumen de las intervenciones que se llevan a cabo en los niños en edad escolar 68
Figura 4.5	La alimentación escolar logra que los niños y las niñas vayan a la escuela 69
Figura 4.6	Resumen de las intervenciones que se realizan en la edad adulta 74
Figura 4b	Los conocimientos, las actitudes y los hábitos mejoran la alfabetización funcional 78
Figura 5.1	Relación bidireccional entre hambre y aprendizaje 81
Figura 5.2	Diagrama de visión: perspectiva de las futuras compensaciones. 83
Figura 5.3	El nivel de escolarización y el producto interno bruto mantienen una gran correlación 84
Figura 5a	En Chile se logró una reducción espectacular de la mortalidad infantil. 87
Figura 6a	Tailandia ha realizado rápidos progresos en la reducción de la malnutrición proteoenergética 100
Figura 7.1	Árbol conceptual: identificación de las intervenciones más apropiadas con respecto al hambre y el aprendizaje 105
Figura IIA	Proceso de elaboración del IPH 117
Figura IIB	Horquilla para calcular el IPH 117
Figura IIC	Valores del IPH en el Brasil 119
Figura IID	Clasificación de los progresos. 120
Figura IIE	Matriz de prioridades. 121

Mapas

Mapa A	El hambre infantil en el mundo (insuficiencia ponderal) y esperanza de vida escolar 2
Mapa 1.1	Crisis alimentarias ocurridas en el mundo en 2004 30
Mapa 2.1	En el mundo, no hay suficientes niños matriculados en la escuela 45
Mapa 4.1	Aún es posible incorporar un "mundo" de mejoras en la lactancia 65
Mapa 7.1	Puntos problemáticos, con un elevado retraso del crecimiento y una baja escolarización, en Burundi . 104
Mapa 7.2	Dónde la salud constituye una prioridad y dónde no 110
Mapa 7.3	Dónde la educación constituye una prioridad y dónde no 111
Mapa B	El hambre infantil en el mundo medida en función de la subalimentación y la insuficiencia ponderal . . 194

Recuadros

Recuadro 1	¿Qué es el hambre? 20
Recuadro 1.1	El hambre limita las oportunidades en todo el mundo 26
Recuadro 1.2	El hambre y los demás objetivos de desarrollo del Milenio 28
Recuadro 1.3	Emergencia silenciosa en la India 32

Recuadro 2.1	Las repercusiones del hambre en el aprendizaje más en detalle	40
Recuadro 3.1	Las repercusiones del aprendizaje en el hambre más en detalle	52
Recuadro 3.2	La enseñanza primaria ayuda a los agricultores a resolver problemas	54
Recuadro 4.1	Los alimentos enriquecidos con micronutrientes reducen la insuficiencia ponderal al nacer entre los refugiados bhutaneses en Nepal.	64
Recuadro 4.2	¿Perjudica al aprendizaje un número excesivo de niños en el aula (relación demasiado elevada)? Datos de Bangladesh	70
Recuadro 4.3	Lo que no puede hacer la alimentación escolar	71
Recuadro 4.4	Madagascar: la escuela como medio de hacer frente a las carencias de yodo	72
Recuadro 4.5	La capacitación sobre nutrición modifica las conductas en Malí	73
Recuadro 4.6	Las raciones para llevar a casa aumentan la eficacia del programa de alfabetización de adultos en Burkina Faso	75
Recuadro 5.1	Relación bidireccional pormenorizada entre hambre y aprendizaje	82
Recuadro 6.1	Los medios informativos pueden ayudar a crear concienciación	92
Recuadro 6.2	Trabajo a escala regional para generar apoyo para los “alimentos para la educación”	93
Recuadro 6.3	Algunas ideas para mantener a los políticos interesados en los programas de nutrición	94
Recuadro 6.4	Tres métodos para ampliar la escala de los programas de nutrición	96
Recuadro 6.5	Los equipos móviles ayudan a combatir las carencias de vitaminas y minerales en los campamentos de refugiados de Zambia.	98
Recuadro 6.6	Motivación del deseo de aprender: “Escuelas de campo de agricultores”	98
Recuadro 7.1	Doce comportamientos que evidencian el compromiso con la nutrición.	107
Recuadro 7.2	Trabajo desde la cumbre y desde la base para movilizar fondos internacionalmente.	109

Prefacio

Durante la "estación del hambre", cuando ya se ha consumido el grano del año anterior y los cultivos de la nueva cosecha aún no están maduros, los agricultores del sur del Sudán a veces se atan fuertemente retazos de tela en torno a la cintura. Estos trapos se sujetan de forma que la presión del nudo se sienta en el estómago. Según los agricultores, eso les ayuda a soportar mejor las punzadas del hambre y, con frecuencia, les permite trabajar en sus campos un par de horas. Si están demasiado débiles para permanecer de pie, al menos pueden sentarse y arrancar las malas hierbas de la extensión de tierra que les rodea. Aunque raramente les provoca la muerte, estos episodios de hambre debilitan a los adultos y menoscaban su salud, su funcionamiento cognitivo, su estado psicológico y su capacidad para ganarse el sustento. En el caso de los niños, las secuelas pueden arrastrarse de por vida.

Un hambre similar, más o menos aguda y de mayor o menor duración, se padece en muchas zonas del mundo en los albores del siglo XXI. Desde la India rural al Brasil urbano, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) calcula que, en 2000-2002, 852 millones de personas sufrían malnutrición. La pertinacia de estos problemas preocupa a los responsables políticos de los gobiernos locales y los organismos internacionales. Sin embargo, en muchos lugares se han realizado progresos, lo que demuestra que es posible plantarle cara al hambre. Según las estimaciones, en los últimos 20 años la proporción de personas aquejadas por el hambre en el mundo ha pasado de una quinta a una sexta parte de la población mundial. Pero la forma en que se han logrado estos progresos no ha recibido suficiente difusión o no se ha traducido sistemáticamente en medidas efectivas. En el Sudán sólo cuando llega la nueva cosecha o reciben algún tipo de asistencia externa, los agricultores pueden desanudar los trozos de tela y guardarlos para otro año.

En esta serie de informes se examina cómo se deshacen esos nudos, centrándose en las decisiones de la vida real y las limitaciones prácticas que hacen difícil enfrentarse con eficacia al problema del hambre. Esta serie, que está dirigida a los responsables políticos de los países en desarrollo y desarrollados, aspira a colmar una

importante laguna en los informes existentes sobre el hambre. Mientras que otros informes analizan las tendencias en la consecución de los objetivos internacionales o sirven principalmente como instrumentos de promoción, la *Serie de informes sobre el hambre en el mundo* se ocupará de las estrategias prácticas destinadas a acabar con el hambre. En cada uno de los informes de la nueva serie se examinará un tema de importancia vital relacionado con el hambre —como el aprendizaje, la salud, los mercados, el comercio, las crisis y la exclusión social— y se presentarán las últimas teorías sobre el tema del año en cuestión, junto con un análisis de los problemas prácticos que surgen en la aplicación de soluciones. Basándose en este análisis, se definirán medidas realistas para hacer frente al hambre.

Al centrarnos en las limitaciones prácticas y en el reconocimiento de los desafíos, corremos el peligro de ofrecer tácitamente excusas a los responsables políticos, que no desean embarcarse en la difícil tarea de luchar contra el hambre. Si los problemas son tan conocidos, podrían aducir, no es de sorprender que ellos hayan luchado y fracasado como otros. Nuestra intención es otra: mostrar que no caben excusas —"tenemos que erradicar la pobreza antes que el hambre" o "no disponemos de las competencias técnicas necesarias"— para justificar la falta de atención a los problemas del hambre, porque existen formas de hacerles frente.

Otro riesgo es que creemos la impresión de que el hambre es un problema meramente técnico que cabe resolver con soluciones mecanicistas. Esta perspectiva no tiene en cuenta los aspectos políticos y la manera en que el hambre refleja las prioridades de las naciones y la comunidad mundial. Si no se habla del constante esfuerzo político que se precisa para hacer frente al hambre se están falseando y subestimando las dificultades que plantean estas cuestiones. Esta serie de informes responderá al reto de generar la voluntad y el apoyo políticos para los programas pertinentes. Además, no sólo servirá a modo de recordatorio del hambre que se padece en el mundo, sino que también constituirá un llamamiento urgente a la acción.

Panorama general

"Para entender la relación entre el hambre y el aprendizaje es preciso tener una perspectiva a largo plazo: lo que ocurre en una determinada etapa de la vida afecta a las etapas posteriores y lo que sucede a una generación afecta a la siguiente".

La mayoría de las personas, cuando piensan en el hambre, se centran en el modo en que ésta se manifiesta físicamente: la extrema delgadez de las poblaciones afectadas por la hambruna o la pequeña estatura de las que sufren malnutrición crónica. Sin embargo, para quienes sobreviven a este flagelo, las secuelas más dañinas sean quizá las que conciernen al aprendizaje. Sufrir hambre durante el período de la infancia puede provocar un retraso mental irreversible y una disminución del coeficiente de inteligencia (CI) y de la capacidad de aprendizaje. Los efectos son trágicos para las personas, e impresionantes para los países. Por ejemplo, se estima que el CI medio de la población de más de 60 países es entre 10 y 15 puntos inferior a la puntuación que podrían tener, debido sólo a las carencias de yodo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] e Iniciativa sobre Micronutrientes, 2004).

Las repercusiones son especialmente importantes por la doble relación existente entre el hambre y el aprendizaje. El hambre dificulta el aprendizaje en todas las etapas de la vida y, sin embargo, el aprendizaje es un medio eficaz para hacer frente al hambre. Se puede crear un círculo vicioso: los niños que padecen hambre llegan a ser adultos con trastornos y con oportunidades y capacidades limitadas que terminan teniendo hijos que pasan hambre. Este círculo, que menoscaba el desarrollo humano y económico, puede no obstante romperse mediante la combinación de una buena alimentación y la mejora del aprendizaje de modo que ambos se refuercen mutuamente de una generación a otra y posibiliten el desarrollo de los países a largo plazo.

El problema del hambre no está desapareciendo

En los últimos decenios, la situación mundial en lo que respecta al hambre ha mejorado en cierta medida. La proporción de personas que sufren de malnutrición se ha reducido, pasando de representar una quinta a constituir en los últimos 20 años una sexta parte de la población mundial (Proyecto del Milenio de las

Naciones Unidas, 2005a), mientras que el número de niños en edad preescolar con insuficiencia ponderal en el mundo en desarrollo se ha reducido de 162,2 millones a 135,5 millones entre 1990 y 2000 (Comité Permanente de Nutrición [SCN], 2004). Si bien estos progresos son importantes, distan de ser suficientes para alcanzar las metas que se fijó la comunidad internacional en el ámbito del objetivo de desarrollo del Milenio 1 (ODM 1): reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas aquejadas por el hambre.

¿Por qué no se está avanzando como se debiera? La explicación se halla en parte en el aumento de las crisis humanitarias, pero sobre todo, y con creces, en las decisiones de los dirigentes políticos. El hambre es un problema multidimensional que requiere intervenciones intersectoriales en los ámbitos pertinentes, como la salud, los mercados, el aprendizaje y la preparación para emergencias. Pero, con demasiada frecuencia, no se han hecho las inversiones necesarias. Aunque todas estas cuestiones deben abordarse mediante un enfoque global del hambre, este primer número de la *Serie de informes sobre el hambre en el mundo* se centra en uno de los aspectos que ofrecen las mayores posibilidades de lograr mejoras sustanciales y duraderas: la relación de doble dirección que existe entre el hambre y el aprendizaje.

El hambre afecta a la capacidad de aprender de por vida

Para entender la relación entre el hambre y el aprendizaje es preciso tener una perspectiva a largo plazo: lo que ocurre en una determinada etapa de la vida afecta a las etapas posteriores y lo que sucede a una generación afecta a la siguiente. Examinemos en primer lugar el impacto del hambre en el aprendizaje.

- **La nutrición durante el embarazo y los primeros dos años de vida influye considerablemente en la futura capacidad intelectual del individuo.**

Junto con los factores genéticos, la estimulación recibida y los factores socioeconómicos, también las condiciones nutricionales durante el embarazo y la

infancia tienen un impacto importante en el desarrollo del cerebro. Tras la primera infancia, todavía es posible mejorar el desarrollo cognitivo del niño, pero su capacidad fundamental está ya en muchas maneras determinada.

- **El hambre mantiene alejados a los niños de la escuela y limita su capacidad de concentración una vez escolarizados.**

Durante la edad escolar (de 5 a 17 años), el hambre impide a los niños aprovechar al máximo las oportunidades de aprender y desarrollar su mente. Muchos no van a la escuela, ya que sus padres los necesitan en casa para ayudarles en la granja o a ganar dinero para comprar alimentos. Incluso cuando los niños consiguen ir a la escuela, no pueden concentrarse en las clases si tienen hambre.

- **Los adultos que padecen hambre no pueden aprovechar las oportunidades de aprendizaje y, por consiguiente, transmiten el hambre a la generación siguiente.**

El hambre en la edad adulta (a partir de los 18 años) no tiene los mismos efectos perjudiciales a largo plazo sobre la capacidad intelectual que en etapas más tempranas de la vida, pero puede dificultar el aprovechamiento de las oportunidades de aprender. Los adultos que pasan hambre disponen de menos tiempo para dedicarse a actividades que no redunden directamente en la mejora de la nutrición. Además, tienen más problemas para concentrarse cuando reciben capacitación, lo que les impide adquirir las habilidades necesarias para hacer frente al hambre que ellos y sus hijos padecen.

Pero el aprendizaje ofrece una vía para escapar al hambre

En cada una de las etapas de la vida, el aprendizaje puede contribuir a luchar contra el hambre.

- **La estimulación crea las capacidades básicas para aprender en el futuro.**

La estimulación consiste en técnicas relativamente

simples como el juego, la conversación y la exposición a colores o formas. Sin embargo, resulta decisiva para que se establezcan las conexiones entre las neuronas del cerebro en desarrollo del niño pequeño. No enseña ninguna habilidad en concreto para hacer frente al hambre, pero sienta las bases para el futuro desarrollo cognitivo, permitiendo a una persona adquirir los conocimientos necesarios para escapar al hambre más tarde en la vida.

- **La escolarización permite a los niños adquirir las habilidades y la apertura mental necesarias para hacer frente al hambre en esa etapa de la vida y en el futuro.**

La escolarización favorece una mayor apertura a las nuevas ideas (como las nuevas técnicas agrícolas o una mejor higiene) y una mayor capacidad para entenderlas y aplicarlas. Un reciente estudio puso de manifiesto que al aumentar el nivel de instrucción de las mujeres, la malnutrición infantil se reducía en un 40% (Smith y Haddad, 2000).

- **Los adultos pueden adquirir las aptitudes específicas necesarias para mejorar su nutrición (y la de la generación siguiente).**

Los programas de microcréditos y de extensión agraria, además de las actividades generadoras de ingresos, pueden mejorar la producción de alimentos o aumentar los recursos disponibles para comprarlos. Se pueden aprender también mejores prácticas nutricionales, tales como una mejor higiene y la lactancia materna como forma exclusiva de alimentación durante los primeros seis meses de vida. Estos cambios en los medios de subsistencia y en el comportamiento contribuyen a reducir el hambre en las personas adultas, lo que redundará en unas mejores perspectivas para sus hijos.

Existen intervenciones ya probadas y relativamente sencillas

Existen diferentes intervenciones para cada uno de estos problemas que pueden contribuir a romper el círculo vicioso del hambre y el aprendizaje limitado y sustituirlo por uno "virtuoso".

• Primera infancia

Para que los niños nazcan con un peso adecuado y sean alimentados debidamente durante la primera infancia cabe contemplar una variedad de intervenciones: aportación de suplementos alimentarios; enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes y suplementos; atención prenatal (asistencia sanitaria y asesoramiento incluidos); lactancia materna exclusiva durante seis meses; y atención postnatal (vacunas y asesoramiento comprendidos). Asimismo, es preciso destacar la importancia de que se estimule a los niños en los centros de atención postnatal y en los programas de desarrollo del niño en la primera infancia.

• Edad escolar

En esta etapa de la vida, las intervenciones deben modificar la perspectiva de los padres acerca de la importancia de ir a la escuela. Según las circunstancias, hay diversas formas de compensar los costos que supone enviar a los niños a la escuela: alimentación escolar, raciones para llevar a casa, transferencias de efectivo y derechos de matrícula reducidos (junto con inversiones en infraestructura y capacidad educativas). La alimentación escolar también puede ayudar a los niños a concentrarse una vez que se hallan en la escuela. Los niños que van a la escuela se convierten en adultos que tienen una mayor apertura de espíritu y capacidad cognitiva e, incluso cuando están en el centro escolar, pueden adquirir habilidades y conocimientos acerca de cuestiones relacionadas con el hambre como el VIH/SIDA, el saneamiento y la higiene.

• Edad adulta

Aprender en esta etapa brinda la posibilidad de adquirir y aplicar competencias técnicas y conocimientos que permiten aumentar la producción agrícola, obtener mayores ingresos, emplear mejores prácticas nutricionales y mejorar la salud y el saneamiento. Estos conocimientos redundan en unas mejores condiciones para la siguiente generación. Se puede motivar a los adultos a que aprovechen esas oportunidades ofreciéndoles capacitación que les ayude a mejorar su situación económica y, en algunos casos, proporcionándoles raciones para llevar a casa.

La creación de un círculo virtuoso es decisiva para el desarrollo nacional

La relación entre el hambre y el aprendizaje no sólo influye en el potencial de las personas o las familias, sino también en el porvenir de una entera nación.

• Desarrollo humano

Mejorar la nutrición y el aprendizaje ofrece nuevas posibilidades, tales como asumir tareas más gratificantes y productivas, poder leer libros, participar en reuniones municipales, proteger a los seres queridos de las infecciones, elegir alimentos más nutritivos o disfrutar de una noche sin preocupaciones. Estos beneficios mejoran también las perspectivas de vida de la siguiente generación, que crece con menos hambre y mayores conocimientos y posee aún más posibilidades de garantizar un futuro mejor a sus hijos. Globalmente, estas mejoras en la nutrición y el aprendizaje amplían las oportunidades y las posibilidades de elección de millones de personas, es decir, potencian el desarrollo nacional en el sentido más propio de la palabra.

• Crecimiento económico

La relación entre el hambre y el aprendizaje conforma el crecimiento económico de una nación de dos maneras. En primer lugar, la mejora de la nutrición hace que la mano de obra tenga un nivel educativo más alto, con mejores aptitudes y habilidades, es decir que se cuente con un capital humano de mayor calidad. Y el capital humano de alta calidad constituye un factor decisivo para el desarrollo económico (Barro, 1998; Lucas, 1988; Lucas, 1990; Romer, 1986, y Romer, 1993). Las aptitudes y habilidades configuran una mano de obra productiva más capaz de generar productos de gran valor. En contraposición, las cargas económicas y las pérdidas de capital humano debidas al analfabetismo y la mala salud pueden agotar los recursos de los gobiernos. En segundo lugar, un nivel de instrucción más elevado contribuye a lograr una mano de obra mejor alimentada y más fuerte. Como consecuencia, más personas ahora pueden participar plenamente en la economía, con lo cual aumentan drásticamente la eficiencia y eficacia de aquellos que ya participaban en ella desde antes (Fogel, 2004).

Una sociedad desarrollada suele tener más capacidad para reorientar los recursos hacia la lucha contra el hambre y a corregir un aprendizaje inadecuado al principio de la vida. El desarrollo económico brinda la posibilidad de aumentar la base fiscal imponible. Al mismo tiempo, indicadores generales del desarrollo social, como la tasa de fecundidad y de mortalidad infantil, suelen también mejorar en las sociedades que se han preocupado por las cuestiones relativas al hambre y el aprendizaje. Estos cambios contribuyen a reducir la carga que suponen el crecimiento de la población y la enfermedad. El país está en mejores condiciones de apoyar a la siguiente generación, y el ciclo se renueva y refuerza. El desarrollo es, por tanto, un proceso que requiere una visión a largo plazo basada en un entendimiento de la forma en que estas relaciones contribuyen a su sostenibilidad.

Pero requiere la voluntad política para adoptar las medidas necesarias

Es fácil determinar cuáles son las intervenciones posibles y destacar la importancia capital que éstas revisten para potenciar el desarrollo nacional. Ahora bien, un responsable político que se precie de ello responderá inmediatamente con un sinnúmero de preguntas legítimas: ¿Cómo concitar el apoyo político a estas intervenciones? ¿Cómo financiar estas intervenciones? ¿Cuál es su relación con otras iniciativas? Las respuestas resultan decisivas para que las intervenciones tengan éxito en la práctica. Las experiencias de algunos países nos ofrecen algunas sugerencias.

• Promover la voluntad política

Existen varias estrategias. Una de ellas consiste en elegir a los dirigentes de los que se recabará apoyo: funcionarios de alto nivel que entiendan la importancia de los problemas y consigan que se les dé prioridad en el marco del programa político. Otra estrategia, aplicada en Chile y Tailandia, tiene por objeto suscitar el respaldo y el interés de los medios de comunicación con objeto de sensibilizar al público acerca de la importancia de la cuestión de la nutrición e impulsar la acción al respecto. Quizá la forma más eficaz de atraer

la atención a largo plazo hacia los problemas del hambre y el aprendizaje es emprender en esta esfera programas legalmente establecidos y, por consiguiente, amparados por la ley.

• Superar las limitaciones de recursos

A veces la preocupación por los recursos surge de un malentendido en torno a los costos y los beneficios. Las intervenciones en nutrición para la primera infancia, por ejemplo, reportan beneficios a largo plazo que superan con creces los costos iniciales. En algunos casos, ciertos programas, como los de alimentación escolar, pueden hacerse más asequibles mediante la introducción de medidas de ahorro. Es importante recordar que varios países (entre ellos Chile, Indonesia y Tailandia) invirtieron en nutrición y aprendizaje cuando todavía eran relativamente pobres, y que su crecimiento económico fue más el resultado que la causa de esas inversiones, cuando menos al principio.

• Fomentar las actividades intersectoriales

El primer aspecto que debe tenerse en cuenta es la secuenciación de las intervenciones. Por ejemplo, el valor de alfabetizar o de capacitar a adultos que padecen hambre sobre actividades generadoras de ingresos será escaso si no existe aún la posibilidad de aplicar esos conocimientos para mejorar los medios de subsistencia y reducir el hambre. Una vez elaborada una estrategia secuenciada, la dificultad radica en encontrar la forma de lograr que todos los ministerios necesarios participen en las intervenciones intersectoriales. Los dirigentes de un programa deben garantizar que los distintos ministerios (como por ejemplo, los de educación, salud y agricultura) reconozcan la importancia de las intervenciones para alcanzar sus propios objetivos.

En última instancia, la decisión de intervenir es política. En las ocasiones en que se han realizado esas inversiones, las mejoras desde el punto de vista humano y económico han sido enormes. Pero para llevar a cabo esta acción se necesitan líderes que comprendan que los mayores beneficios se percibirán en un plazo de 10 a 20 años, y que esos beneficios dependerán directamente de la paciencia y los esfuerzos invertidos para alcanzarlos.

Recuadro 1 — ¿Qué es el hambre?

La mayoría de las personas entiende de forma intuitiva la sensación física de tener hambre. Pero los especialistas que trabajan en cuestiones relacionadas con el hambre han elaborado una serie de términos y conceptos técnicos para ayudarles a describir y abordar mejor el problema. Lamentablemente, existen ciertas discrepancias sobre el significado de esos términos y la relación que guardan entre ellos. En este recuadro se presenta un breve glosario en el que los términos y conceptos recogidos se definen tal y como se utilizan en este informe. No se pretende con ello decir que ése sea su único uso "correcto", pero sí ofrecer una manera relativamente clara y coherente de entender los problemas.

HAMBRE. Situación en que se hallan las personas que carecen de los nutrientes necesarios (proteínas, energía, y vitaminas y minerales)¹ para llevar una vida plenamente productiva, activa y sana. El hambre puede constituir un fenómeno de breve duración o un problema crónico. Puede presentar distintos grados de gravedad, del hambre moderada a un estado clínico, y puede ser una consecuencia de la escasa ingesta de nutrientes o de la incapacidad del cuerpo para absorber los nutrientes necesarios.

MALNUTRICIÓN. Estado clínico en el que las personas sufren carencias nutricionales (desnutrición) o bien un exceso de ciertos nutrientes (hipernutrición).

DESNUTRICIÓN. Forma clínica de hambre provocada por carencias graves de uno o varios nutrientes (proteínas, energía, vitaminas y minerales). Las carencias impiden a una persona mantener adecuadamente las funciones orgánicas, como son el crecimiento, el embarazo, la lactancia, el trabajo físico, la función cognitiva y la resistencia a las enfermedades y la recuperación de las mismas.

SUBALIMENTACIÓN. Situación de las personas cuyo consumo de energía a través del régimen alimentario se mantiene continuamente por debajo del mínimo necesario para llevar una vida plenamente productiva, activa y saludable. Se determina empleando un indicador indirecto que calcula si los alimentos disponibles en un país son suficientes para satisfacer las necesidades de energía (no de proteínas, vitaminas y minerales) de la población. Al contrario que en la desnutrición, con este indicador no se mide un efecto en sí.

HAMBRE TRANSITORIA. Una forma transitoria de hambre que puede afectar a la capacidad física y mental durante períodos de tiempo cortos. En este informe, se suele referir a los escolares que no han desayunado o han caminado un largo trecho hasta la escuela con el estómago relativamente vacío.

SEGURIDAD ALIMENTARIA. Situación en la que todos los miembros de una población están en todo momento amparados contra el hambre, esto es, disponen de alimentos suficientes para ingerir los nutrientes necesarios (proteínas, energía, vitaminas y minerales) para llevar una vida plenamente productiva, activa y sana.

¿Cuál es la diferencia entre el hambre y la desnutrición?

La desnutrición es la forma clínica del hambre. Puede medirse con indicadores como:

- peso para la edad (insuficiencia ponderal);
- estatura para la edad (retraso del crecimiento); y
- peso para la estatura (emaciación).

No obstante, el hambre también abarca formas menos graves que no se consideran clínicas y que, sin embargo, menoscaban la actividad física y mental, con frecuencia durante períodos de tiempo cortos.

En algunos casos, la desnutrición se debe a una enfermedad, que puede influir en la ingesta alimentaria y/o en su absorción por el cuerpo (y, por consiguiente, en el nivel de hambre). La enfermedad afecta a la ingesta alimentaria al alterar el metabolismo (lo que incrementa, por tanto, las necesidades de ingesta de nutrientes) y disminuir el apetito (y reducir por tanto la cantidad de alimento ingerido). A la vez, la enfermedad puede ocasionar problemas de absorción por la pérdida de nutrientes (a través de vómito y diarrea, por ejemplo) o su interferencia con los mecanismos orgánicos destinados a su absorción. Huelga decir que la enfermedad tiene otros muchos efectos graves y debilitantes que no están relacionados directamente con su influencia sobre el hambre.

¿Cuál es la diferencia entre el hambre y la inseguridad alimentaria?

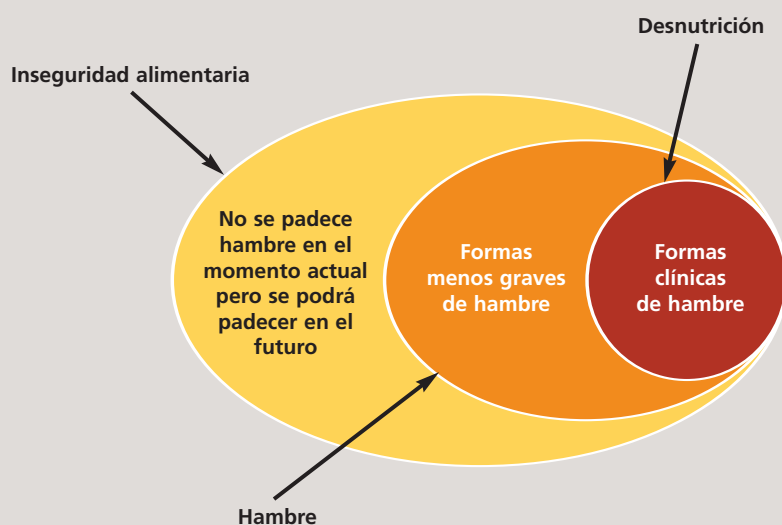
El concepto de seguridad alimentaria ayuda a comprender las causas del hambre. La seguridad alimentaria comporta cuatro elementos:

- Disponibilidad (abastecimiento de alimentos en una región).
- Acceso (capacidad de una familia para obtener alimentos).
- Utilización (capacidad de la persona para seleccionar, ingerir y absorber los nutrientes de los alimentos).
- Vulnerabilidad (riesgos físicos, ambientales, económicos, sociales y sanitarios que pueden afectar a la disponibilidad, el acceso y la utilización) (PMA, 2002; Webb y Rogers, 2003).

La inseguridad alimentaria, o la ausencia de seguridad alimentaria, es un estado que implica ya sea hambre (debido a problemas de disponibilidad, acceso y utilización) o bien vulnerabilidad al hambre en el futuro.

¿Cuál es la relación entre la desnutrición, el hambre y la inseguridad alimentaria?

La desnutrición, el hambre y la inseguridad alimentaria son conceptos "concatenados". La desnutrición es un subconjunto del hambre, que a su vez es un subconjunto de la inseguridad alimentaria. Como hemos visto, el hambre abarca tanto las formas clínicas (desnutrición) como formas menos graves, mientras que la inseguridad alimentaria se produce cuando una persona padece hambre o está en una situación tal por la cual podrá padecer hambre en el futuro (véase el diagrama que figura a continuación).





PARTE I: El hambre en el mundo

“Los análisis del hambre suelen centrarse con demasiada frecuencia en sus manifestaciones físicas exclusivamente, sin examinar sus efectos perjudiciales para el aprendizaje”.

En la **Parte I** se sitúa en contexto el problema examinando la situación en 2004 en lo que respecta al hambre en el mundo. En el **Capítulo 1** se explica que hacer frente al hambre es decisivo para el desarrollo humano. El hambre cercena irreversiblemente el potencial humano, causando millones de muertes, menoscabando el desarrollo físico y reduciendo la capacidad de aprendizaje. A pesar de ello, no se está avanzando lo suficiente en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Se apuntan dos motivos en el capítulo: un incremento de las crisis humanitarias y, el más importante, las decisiones de los dirigentes políticos.

1. El hambre y el desarrollo

*“Tener hambre es como tenazas,
es como muerden los cangrejos,
quema, quema y no tiene fuego.”*

— Pablo Neruda

Hacia 1920, el poeta chileno Pablo Neruda era un estudiante pobre que vivía en Santiago y a veces no tenía qué comer. En aquella época, el hambre estaba muy extendida en este país, principalmente en los centros urbanos y las zonas mineras rurales del norte. Al haber experimentado en propia carne el hambre, Neruda podía plasmar la sensación física en imágenes evocativas. Pero los versos arriba citados aluden asimismo a otro importante aspecto del hambre: no atrae la atención sobre sí misma, "no tiene fuego".

Salvo en las crisis graves, los síntomas físicos del hambre son difíciles de reconocer. El daño que inflige de forma permanente al desarrollo mental de los niños no puede percibirse. Sólo explicando el problema y planteando soluciones se le puede hacer frente debidamente. Decenios más tarde, al reconocer la profunda pérdida de potencial humano que provoca el hambre, el país de Neruda consideró esta cuestión prioritaria y, a pesar de la agitación política, realizó inversiones constantes que produjeron enormes beneficios a largo plazo para la población.

Muchos países en desarrollo se enfrentan hoy día a la situación que vivió Chile hace dos generaciones. Las dificultades y los beneficios que entraña realizar estas inversiones es el tema central del informe de este año. En particular, en el informe se hace hincapié en lo que cabe denominar "la otra faceta" del hambre, a saber, la relación entre hambre y desarrollo mental. Los análisis del hambre suelen centrarse con demasiada frecuencia en sus manifestaciones físicas exclusivamente, sin examinar sus efectos perjudiciales para el aprendizaje. En este informe se examinan los beneficios profundos y recíprocos que tienen las inversiones en la lucha contra el hambre y en el aprendizaje para los individuos y los países y se ofrece un programa de medidas concretas para su aplicación en los planos nacional e internacional.

El informe consta de cuatro partes principales:

- El hambre en el mundo, en la que se examina el hambre en el mundo en el momento actual.
- El hambre y el aprendizaje, en el que se analiza la relación bidireccional entre el hambre y el aprendizaje a lo largo de una vida.
- El Programa de Desarrollo Nacional, en el que se examina la influencia de la reducción del hambre y el aprendizaje en el desarrollo nacional y se establecen medidas concretas para avanzar.
- El Compendio de Recursos, que contiene anexos técnicos e información de referencia.

A modo de introducción, en este primer capítulo se evalúa el hambre en el mundo. Se empieza por explicar la influencia decisiva que tiene el hambre en el desarrollo y se evalúan los progresos realizados en la consecución de las metas internacionales relativas al hambre. A continuación, se examinan las dos principales razones que explican la persistencia del hambre: las crisis humanitarias y las decisiones políticas.

1.1 La función del hambre en el desarrollo

El desarrollo puede entenderse como el proceso consistente en expandir las posibilidades reales de elegir de qué gozan las personas (Sen, 1999). En este sentido, el "desarrollo" no es un estado que se ha alcanzado, un nivel bien definido que una vez superado permite clasificar a una persona o al país de una persona como "desarrollado" (aunque en este informe hablemos por conveniencia lingüística de países "desarrollados" y "en desarrollo"). La acumulación y expansión de las libertades es en realidad lo que constituye el desarrollo. La lucha contra el hambre forma parte integrante del proceso de desarrollo de las personas y las naciones, como fin en sí y como medio de alcanzar otros aspectos fundamentales del mismo, como la educación, la sanidad y la reducción de la pobreza.

1. El hambre y el desarrollo

El hambre reduce considerablemente las oportunidades de las personas y los países, y por consiguiente frena el desarrollo, provocando muertes y retrasos mentales y del crecimiento. Cada año, cerca de 11 millones de niños mueren antes de cumplir los cinco años (Lancet Editor, 2003). La principal causa de fallecimiento varía de una región a otra, pero más de la mitad de estas muertes (6 millones, aproximadamente) obedecen a factores directamente relacionados con la desnutrición.

Recuadro 1.1 — El hambre limita las oportunidades en todo el mundo

Hay ...

- 852 millones de personas subalimentadas en el mundo (FAO, 2004a), que no pueden llevar a cabo con plena capacidad las actividades necesarias para ganarse el sustento;
- 135,5 millones de niños en edad preescolar con insuficiencia ponderal (UNSCN, 2004), que están sufriendo daños mentales irreversibles;
- un 32% de los niños menores de cinco años del mundo en desarrollo que sufren retraso moderado o severo del crecimiento (UNICEF, 2004) y que nunca crecerán conforme a su potencial genético, quizá nunca alcancen su plena capacidad intelectual y probablemente sufran con más frecuencia enfermedades crónicas durante el resto de su vida;
- 75 millones de personas que necesitan ayuda alimentaria para salvar la vida y sus medios de subsistencia en el contexto de crisis humanitarias (PMA, promedio anual de dos años).

Para quienes sobreviven, el hambre causa daños físicos y mentales que pueden durar toda la vida.

Aproximadamente 150 millones de niños menores de cinco años sufren de retraso del crecimiento físico, es decir, tienen una corta estatura para su edad (UNSCN, 2004). Las crisis nutricionales en la primera infancia pueden limitar de forma permanente el tamaño corporal y la estatura del futuro adulto. Se ha demostrado que la menor estatura se traduce en ingresos más bajos y menos oportunidades, en particular en el trabajo manual (Scrimshaw, 1997;

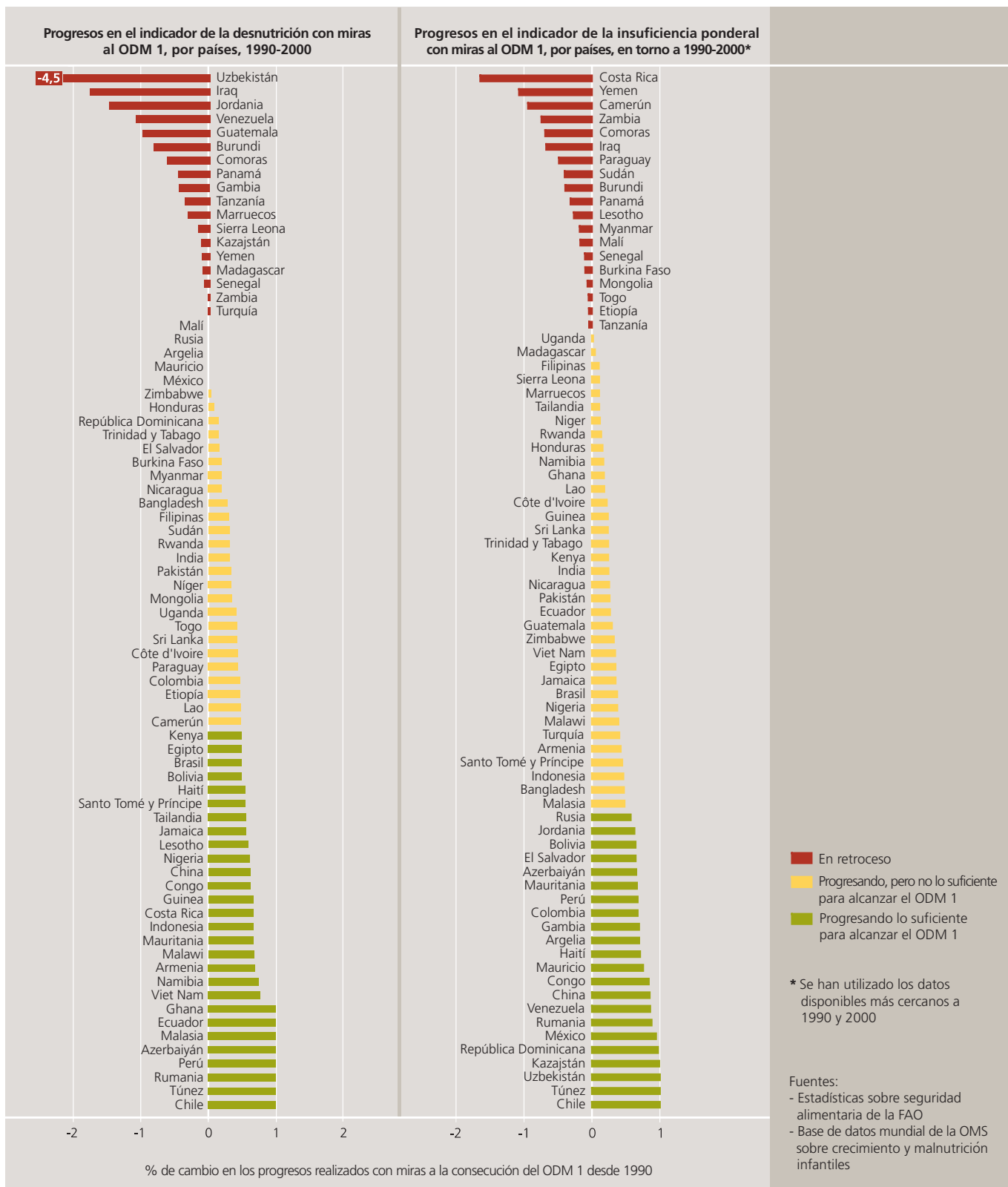
Strauss y Thomas, 1998; Sachs, 2001). Las personas con retraso del crecimiento físico y del desarrollo mental también parecen sufrir más enfermedades crónicas. Las repercusiones de una nutrición inadecuada, especialmente en los primeros años de vida, en el desarrollo mental se han dado mucho menos a conocer, pero los datos ponen firmemente de manifiesto que la desnutrición puede limitar irreversiblemente la capacidad intelectual de un individuo. (Éste es el tema del informe de este año, que se tratará pormenorizadamente en los siguientes capítulos).

Estas limitaciones físicas y mentales pueden crear un "cepo del hambre", en el que el hambre se transmite de una generación a la siguiente. Este cepo tiene al menos tres dimensiones que se refuerzan mutuamente. En primer lugar, las personas adultas que se vieron perjudicadas por el hambre en la infancia son menos productivas y menos capaces de ganarse el sustento adecuadamente. Como consecuencia de ello, no cuentan con los recursos o las aptitudes que necesitan para cuidar de sí mismas o de sus propios niños, lo que significa que también sus niños padecerán hambre y se verán perjudicados.

En segundo lugar, debido a su estrecho margen de supervivencia, las personas adultas que padecen hambre son extremadamente reacias a correr riesgos, incluso cuando ello podría llevarles a mejorar su situación. A las personas pobres afectadas por el hambre les resulta difícil enviar a sus hijos a la escuela, tratar problemas de salud, invertir en nuevas técnicas de producción o tomar medidas que les protejan de futuras crisis, dado que todas estas actividades representan formas de inversión de los ya escasos recursos que posiblemente no tengan un rendimiento inmediato. Y sin embargo, son precisamente éstas las inversiones que deben realizar para hacer frente al hambre a largo plazo en pro de sí mismos y de sus niños.

En tercer lugar, las personas pobres que padecen hambre son tan reacias al riesgo porque son vulnerables a las crisis, como las malas cosechas o

Figura 1.1 — En la mayoría de los países en desarrollo no se está avanzando con la suficiente celeridad en lo que se refiere a la desnutrición y la insuficiencia ponderal.



1. El hambre y el desarrollo

una defunción en la familia. Lamentablemente, su estrategia prudente no se ve compensada porque cada vez que la crisis golpea a una persona que sufre hambre, ésta se ve obligada a emplear estrategias de supervivencia perjudiciales (Corbett, 1988; Walker, 1989; Rahmato, 1991) —como reducir el consumo de alimentos, vender los activos productivos o sacar a los hijos de la escuela— que disminuyen aún más la base de recursos y les hacen más vulnerables a la siguiente crisis. En consecuencia, sus medios de supervivencia se vuelven cada vez más inadecuados para satisfacer sus necesidades y las de sus hijos. Además, estas crisis afectan de forma desproporcionada a los niños pequeños y a los fetos que se desarrollan en el útero, lo que provoca retrasos mentales y del crecimiento físico y limita sus oportunidades en el futuro. El hambre se transmite pues de estas formas a la siguiente generación. Todos estos factores en conjunto frenan el progreso de los países, económica, social y políticamente.

1.2 Medición de los progresos en relación con el hambre

El desarrollo, entendido como ampliación de las posibilidades de elegir, puede medirse en relación con los ODM. En la Cumbre del Milenio celebrada en septiembre 2000, los dirigentes del mundo comprometieron a sus países con una nueva alianza mundial para reducir la pobreza, mejorar la salud y promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad ambiental. Establecieron ocho objetivos en relación con estas cuestiones. El ODM 1 es reducir a la mitad la pobreza y el hambre entre 1990 y 2015.

Los indicadores para el objetivo de lucha contra el hambre establecido en el ODM 1 son:

1. la proporción de la población subalimentada (indicador del déficit estimado en ingesta calórica); y
2. la prevalencia de niños en edad preescolar con insuficiencia ponderal (una medida compuesta que abarca la desnutrición crónica y aguda).

Gracias a la utilización de estos indicadores para evaluar los progresos realizados, se ha mejorado en cierta medida la situación mundial respecto del hambre, pero no lo suficiente para alcanzar los objetivos. La proporción de personas subalimentadas (o personas cuya ingesta calórica es insuficiente) se ha reducido de un quinto a un sexto de la población mundial en los últimos 20 años (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a). Entre 1990 y el año 2000, el número de niños en edad preescolar con insuficiencia ponderal (o con un peso inferior al normal para su edad) en el mundo en desarrollo ha disminuido de 162,2 millones a 135,5 millones (UNSCN, 2004).

Pero estas tendencias mundiales ocultan un panorama mucho más preocupante a nivel nacional. De hecho, excluyendo los progresos realizados por China, el número de personas subalimentadas en el mundo ha aumentado en realidad desde 1990 en 18 millones (FAO, 2004). De los 76 países examinados en este informe, el 63% (es decir, 48 países) se hallan en camino de alcanzar la meta

Recuadro 1.2 — El hambre y los demás objetivos de desarrollo del Milenio

Si bien este informe se centra en el ODM 1, el hambre también influye en los siguientes ODM:

- ODM 2 (enseñanza primaria universal), porque hace que la asistencia a la escuela sea menor.
- ODM 3 (igualdad entre los géneros), porque es más probable que una niña abandone la escuela debido al hambre que un niño.
- ODM 4 (mortalidad infantil), porque causa millones de muertes.
- ODM 5 (salud materna), porque conduce al deterioro de la salud de las mujeres embarazadas.
- ODM 6 (VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades), porque disminuye la capacidad del cuerpo para luchar contra las enfermedades.

establecida en relación con la subalimentación, mientras que el 71% (es decir, 54 países) no están progresando suficientemente como para alcanzar la meta establecida en relación con la insuficiencia ponderal. Algunos países, a saber, Burundi, Yemen y Zambia, están retrocediendo en relación con ambos (véase la Figura 1.1).

¿Por qué son tantos los países que se hallan alejados del objetivo relativo al hambre? Hay al menos dos explicaciones: el aumento de las crisis humanitarias y las decisiones de los dirigentes políticos.

1.3 Las crisis humanitarias

Las crisis humanitarias, ya sean catástrofes naturales o inducidas por el hombre, son una de las principales causas del hambre y representan una grave amenaza para el proceso de desarrollo. Aunque algunas catástrofes naturales, como las inundaciones y los terremotos, pueden tener sólo una duración de días o incluso minutos, a las comunidades pueden llevarles años recuperarse de los daños que éstas ocasionan a sus medios de subsistencia y a su seguridad alimentaria. En ese tiempo, pueden producirse nuevas crisis, que agravan aún más la situación. Los problemas suelen amplificarse cuando media un conflicto. De los conflictos se ha dicho recientemente que son "el desarrollo al revés" (Collier y otros, 2003), haciendo alusión a sus trascendentales repercusiones negativas, entre las que con frecuencia figura el hambre.

• Situación actual

Las crisis humanitarias que provocan situaciones de hambre siguieron registrando niveles casi máximos en 2004 (Mapa 1.1). Únicamente con las operaciones de socorro del PMA, que ya de por sí constituyen sólo una parte de la ayuda humanitaria

Figura 1.2 — Principales conflictos y catástrofes naturales

Emergencias por hambre: Principales intervenciones del PMA en 2004			
Clasificación por gastos	País o región	Gastos (millones de dólares EE.UU.)	Tipo de emergencia
1	Sudán	354,3	Conflicto
2	Países afectados por el tsunami	274,4 ^a	Tsunami
3	Etiopía	147,9	Sequía
4	República Popular Democrática de Corea	121,4	Descalabro económico/sequía
5	Afganistán	119,1	Descalabro económico/sequía
6	Uganda	83,0	Conflicto
7	Angola	73,5	Conflicto
8	Zimbabwe	70,6	Descalabro económico/sequía
9	Kenya	56,6	Sequía/conflicto
10	Eritrea	44,9	Sequía/conflicto

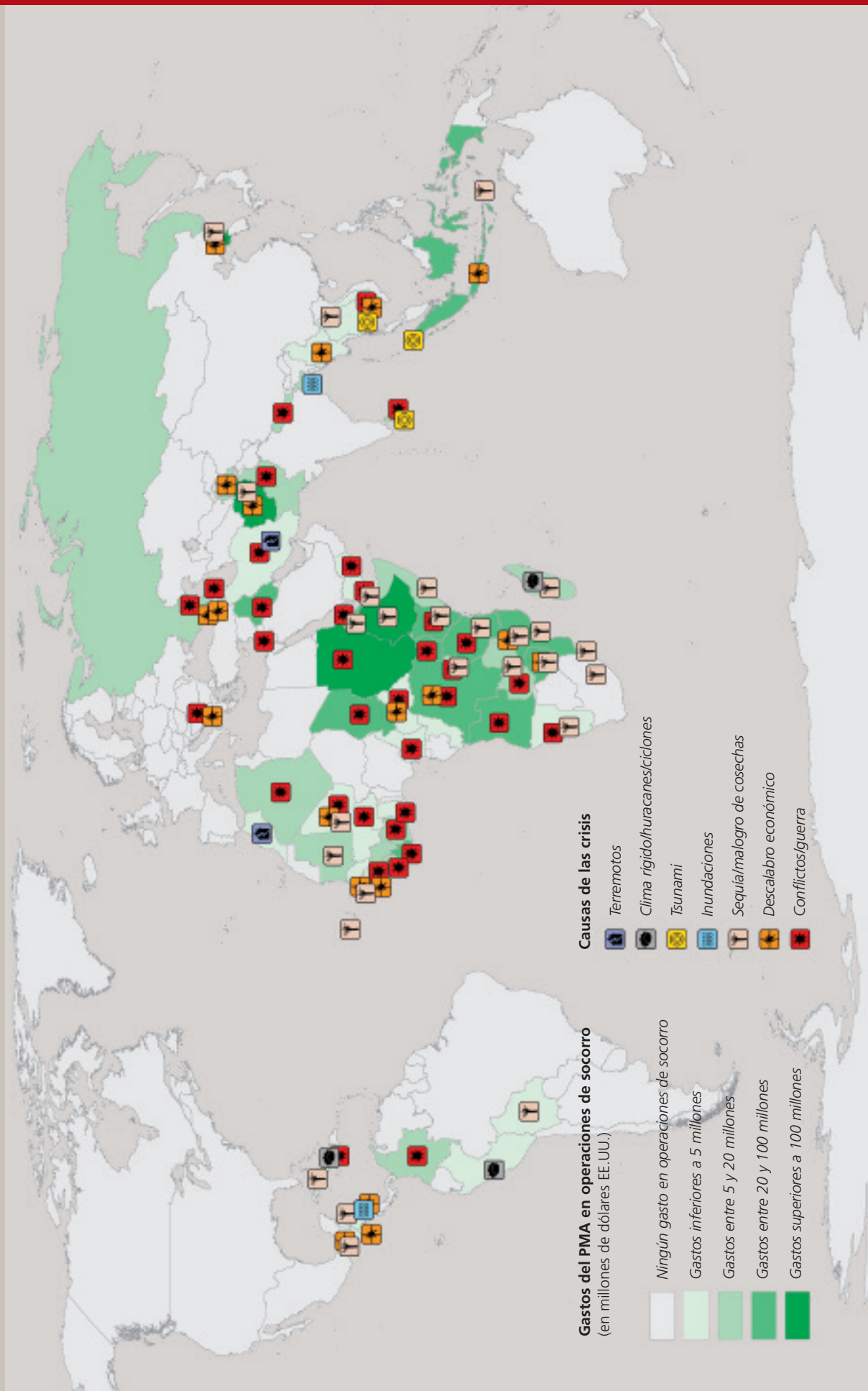
^a El tsunami tuvo lugar a finales de 2004 pero los gastos se produjeron en gran medida en 2005.
Fuente: PMA.

pública y privada, se llegó a un promedio de 75 millones de personas al año en 2003 y 2004. Estas operaciones se centraron en algunas de las manifestaciones más visibles del hambre: los efectos de las guerras, las catástrofes naturales y las crisis económicas repentinas en los países más pobres (Figura 1.2).

En 2004, al menos 70 países se vieron inmersos en graves situaciones de emergencia que provocaron crisis alimentarias. Casi la mitad (46%) se debieron a la inestabilidad sociopolítica, como por ejemplo la derivada del descalabro económico o de un conflicto. Este tipo de emergencias se produjeron en el Iraq y el Darfur (Sudán), por ejemplo. Alrededor del 26% fueron la consecuencia de catástrofes naturales, como el tsunami que azotó la región del Océano Índico, las plagas de langosta en el Sahel y el terremoto del Irán. El 28% restante se debieron a una combinación de inestabilidad sociopolítica y catástrofes naturales, como fue el caso del Afganistán.

1. El hambre y el desarrollo

Mapa 1.1 — Crisis alimentarias ocurridas en el mundo en 2004



- **Tendencias**

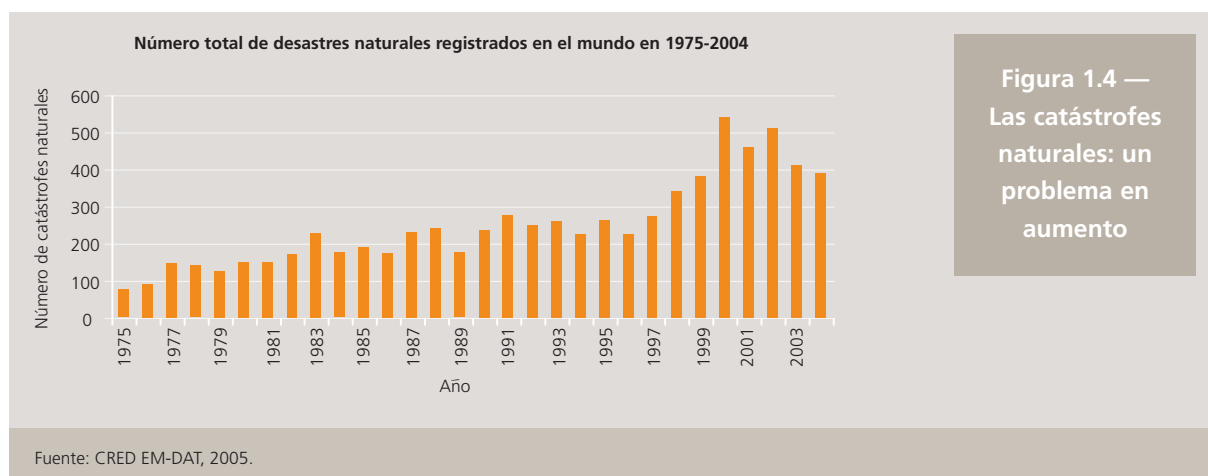
Estas cifras reflejan las tendencias a largo plazo. En los últimos 15 años se ha registrado un aumento general de las catástrofes naturales, lo que ha dado lugar a un incremento del número de crisis humanitarias que han provocado hambre.

De los datos a más largo plazo analizados por la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR) se desprende que el número de catástrofes hidrometeorológicas (tormentas y sequías, por ejemplo) se ha multiplicado por 7 desde 1960 y las de índole geofísico (por ejemplo terremotos y erupciones volcánicas) se ha quintuplicado (véase la Figura 1.4). En el último decenio, esta tendencia ha empezado a confirmarse con más fuerza. De 1994 a 2003, el

número de catástrofes naturales ha aumentado drásticamente, pasando de algo más de 200 catástrofes registradas al año a más de 400 o 500 en los últimos años (Base de datos internacional sobre desastres [CRED EM-DAT], 2005). Los países en donde el incremento de las catástrofes es más rápido son aquellos con índices de desarrollo humano bajos (FICR, 2004). Al propio tiempo, los conflictos siguen constituyendo un problema. Mientras que el número de conflictos armados de envergadura ha disminuido desde el final de la guerra fría, en 2004 había cerca de 20 conflictos activos (Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz [SIPRI], 2005)². Los conflictos del Afganistán, el Iraq y el Darfur (Sudán) requirieron algunas de las más importantes operaciones de socorro del último decenio.



**Figura 1.3 —
Las crisis humanitarias —y los gastos— van en aumento**



**Figura 1.4 —
Las catástrofes naturales: un problema en aumento**

1. El hambre y el desarrollo

Esta evolución de las catástrofes naturales e inducidas por el hombre ha hecho necesario dedicar más recursos a las intervenciones de emergencia y de socorro, lo que ha obstaculizado los intentos de atajar las causas profundas del hambre.

1.4 Las decisiones políticas

Pero las crisis humanitarias representan tan sólo el 10% del hambre que se sufre en el mundo (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a). La mayoría de las personas que padecen hambre se hallan atrapadas en permanentes "emergencias silenciosas" de desnutrición crónica y enfermedad (véase el Recuadro 1.3). Las decisiones de los responsables políticos nacionales e internacionales son el principal factor en la persistencia de este tipo de hambre.

En el pasado, muchos de los gobiernos de los países afectados se centraron exclusivamente en el crecimiento económico como forma de reducir el hambre. Se pensaba que el progreso económico beneficiaría también a largo plazo a los más desfavorecidos, y daría lugar a una reducción de la desnutrición. Pero los datos no apoyan esta opinión. El crecimiento macroeconómico no se traduce directamente en mejoras para las familias más pobres. Un estudio puso de manifiesto que sólo existe una

ligera correlación en el tiempo entre los cambios en el crecimiento económico, la disponibilidad de alimentos y la nutrición infantil (Haddad, Webb y Slack, 1997).

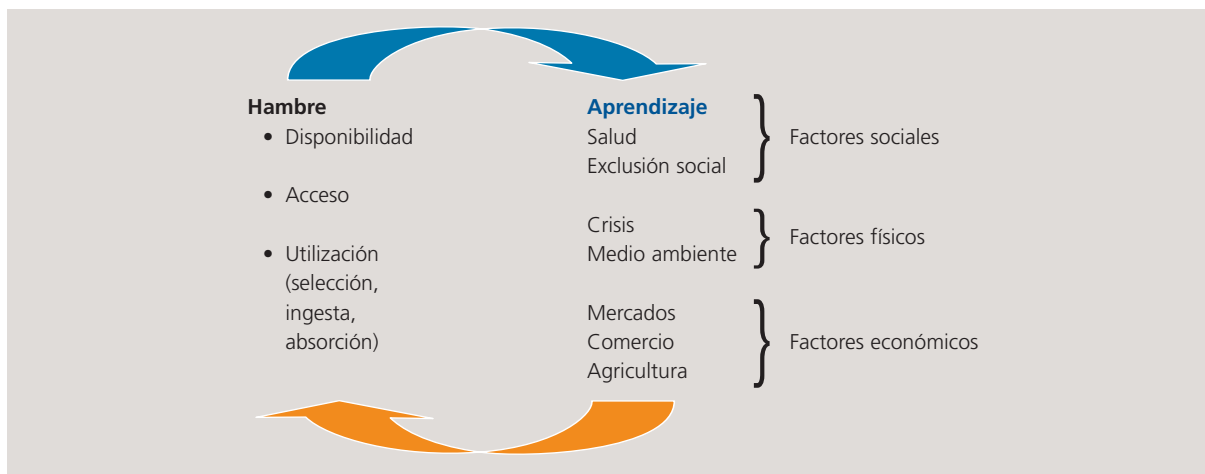
Análogamente, utilizando datos procedentes de hogares de seis países en desarrollo, Appleton y Song (1999) mostraron que el retraso del crecimiento físico no afectaba únicamente a las familias pobres, y que también se daba en el 32% de familias no pobres. Según Alderman y Christiaensen (2001), en Etiopía un aumento del 10% en los gastos de los pobres sólo reduce en un 1,2% las distancias entre los índices medios de retraso del crecimiento y los niveles de referencia internacionales. Aunque el PIB per cápita de los países en desarrollo aumentó más del 60% entre 1980 y 2000, el número de personas que padecen hambre solo se redujo en un 10%. Es decir, que el crecimiento económico por sí solo no basta.

Lo que se necesita, por el contrario, son políticas concentradas específicamente en las cuestiones relativas al hambre. El hambre es un problema de múltiples dimensiones que requiere un compromiso político para llevar a cabo operaciones intersectoriales en los ámbitos pertinentes, que van desde la salud y los mercados al aprendizaje y la preparación para emergencias (véase la Figura 1.5). El hambre tiene una relación bidireccional con

Recuadro 1.3 — Emergencia silenciosa en la India

La mayoría de las muertes por causa de hambre evitables se producen al margen de las emergencias. Este sorprendente hecho se halla en el corazón de la paradoja que se da en la India. Conocida por sus Códigos del hambre que han impedido que se produzcan hambrunas en el país durante más de 60 años, la India se enfrenta no obstante a una "emergencia silenciosa" de hambre y sufrimiento crónicos. El país no ha sufrido ninguna importante hambruna desde la ocurrida en Bengala en 1943, pero un número de personas aún mayor que el de quienes fallecieron por esa crisis mueren cada año a causa de la malnutrición (Drèze y Sen, 1989). En la actualidad, hay 221 millones de personas subalimentadas en la India (FAO, 2004) —en torno al 27,5% del total mundial—. En la India el porcentaje de niños con insuficiencia ponderal alcanza el 35%, en un país cuyo número de habitantes sólo representa el 17% de la población mundial. El país ha adoptado numerosas medidas para abordar estos problemas. Cuenta con una amplia red de seguridad alimentaria. Se trata de un sistema diseñado, en teoría, para proteger a las personas a lo largo de toda la vida, en el que se presta asistencia a los niños pequeños, a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes, se proporciona alimentación escolar y se hallan en marcha proyectos de obras públicas estacionales y un sistema de distribución pública para los adultos que lo necesiten. En la práctica, el funcionamiento del sistema nacional ha sido desigual. No obstante, diversos sistemas estatales, como el establecido en Tamilnadu, han producido resultados extraordinarios, gracias a una cuidadosa gestión y orientación y la puesta en marcha de programas integrales (Mahendra Dev y otros, 2004).

Figura 1.5 — La relación entre el hambre y sus causas



muchos de estos factores que la inducen —esto es, el hambre es a la vez su causa y su efecto—. El hambre contribuye a la aparición de problemas en ámbitos como el aprendizaje, la salud, el medioambiente y la agricultura; y sin embargo, cada uno de estos factores afecta a la disponibilidad, la utilización de los alimentos y el acceso a ellos. Esta serie de informes tiene por objeto facilitar a los responsables de la formulación de políticas la información que precisan para tomar decisiones adecuadas con el fin de luchar contra el hambre en sus contextos específicos.

El Grupo de Trabajo sobre el Hambre del Proyecto de Desarrollo del Milenio y otras instancias han

formulado recomendaciones para alcanzar la meta relativa al hambre establecida en el ODM 1 (Proyecto de las Naciones Unidas del Milenio, 2005a). Esta serie de informes complementarán estas actividades examinando las distintas cuestiones en profundidad y formulando medidas concretas con miras a la acción.

Si bien es necesario abordar una serie de factores para luchar contra el hambre de forma eficaz, este primer informe se centra en uno de los ámbitos más prometedores para lograr mejoras sustanciales y duraderas: la relación bidireccional entre el hambre y el aprendizaje.

1. El hambre y el desarrollo

Intermezzo 1: Crisis humanitarias en el Asia meridional y en el Sudán

Dos de las principales crisis que provocaron hambre en 2004 se produjeron en distintos continentes. El tsunami en el Océano Índico y la situación de emergencia vivida en el Darfur (Sudán) ponen de manifiesto no sólo la extensión geográfica de las crisis alimentarias, sino también sus diferentes causas en los albores del milenio.

El tsunami en el Océano Índico

A las 8.00 horas de la mañana del 26 de diciembre de 2004, un potente terremoto de fuerza 9.1 en la escala de Richter sacudió la costa de la provincia de Aceh, en Indonesia, desencadenando una serie de grandes tsunamis a lo largo del Océano Índico. Zonas tan alejadas como la India y Somalia se vieron gravemente afectadas por las enormes olas de hasta 6 metros de alto. El oleaje azotó algunas de las comunidades costeras más densamente pobladas de Indonesia, Sri Lanka, las Maldivas y otros lugares (citado parcialmente del PMA, 2005a).

Para muchas de las personas que se encontraban en la costa, fue como si el océano, furioso, hubiese aspirado profundamente: toda el agua fue succionada de la costa, dejando temporalmente a los barcos y navíos de pesca en tierra. La gente hablaba del sentimiento sobrecogedor que les produjo el graznido de las aves que planeaban en círculos y los monos escaparon instintivamente hacia zonas más altas. Cuando el océano espiró, grandes oleajes arrasaron casas, campos, hoteles turísticos, empresas, carreteras, instalaciones sanitarias y otra infraestructura situada a lo largo de la costa. Murieron más de 250.000 personas por la fuerza de las olas, o perecieron ahogados en la potente contracorriente que arrastró a otros hacia el océano.

Tras el maremoto, la principal preocupación respecto del hambre fueron los más de 2,2 millones de personas. Según un estudio del UNICEF, como consecuencia de esta catástrofe, el 13% de los niños menores de cinco años sufrieron malnutrición aguda en Banda Aceh, Indonesia (Schlein, 2005). Entre quienes se vieron sin acceso a alimentos y se consideraban en mayor peligro se encontraban las personas desplazadas en centros de evacuación y refugios, las personas cuyas casas

habían sido dañadas o destruidas y los niños que habían perdido a sus padres y a sus familias en la catástrofe (PMA, 2005a).

Asimismo, debía prestarse asistencia a las personas desplazadas para que retornaran a sus casas y a los pescadores, agricultores y otras poblaciones pobres para que restablecieran sus modos de subsistencia. Las misiones de evaluación pusieron de manifiesto que los tsunamis no causaron daños significativos a los campos agrícolas del interior y a la disponibilidad de alimentos nacionales, y que muchos de los alimentos que se necesitaban podrían comprarse en el país.

Desde el tsunami, ha quedado claro que es preciso seguir investigando varias cuestiones para que las respuestas ante catástrofes naturales similares sean aún más eficaces en el futuro.

• Ayuda adecuada

Aunque fueron pocos los que cuestionaron el abastecimiento de ayuda alimentaria en las semanas inmediatamente posteriores al tsunami, el debate pasó rápidamente a centrarse en las ventajas de las estrategias alternativas. ¿Bastarían las contribuciones en especie y los programas de "dinero por trabajo", en lugares donde los mercados seguían funcionando, para mantener el estado nutricional de la población? ¿Qué posibilidades había de adquirir localmente los productos necesarios para la ayuda alimentaria? ¿Cómo podían los gobiernos y los donantes introducir programas de recuperación de los recursos agropecuarios y pesqueros que realmente mejoraran y no sólo restauraran la productividad a largo plazo? Se están examinando las respuestas a preguntas de este tipo en los países afectados por el tsunami y en otros lugares de todo el mundo.

• Alerta temprana y planificación de contingencias

Se han hecho llamamientos generalizados en favor de la creación de un sistema de alerta temprana contra los tsunamis basado en el existente para el Océano Pacífico. Pero algunos han señalado además la importancia de mejorar la planificación para contingencias (Choularton, 2005). Actualmente, como era previsible, la planificación de las contingencias tiende a centrarse en los fenómenos más probables. Sin embargo, en el futuro, la planificación deberá además tener en cuenta contingencias cuya probabilidad de producirse sea baja pero potencialmente catastrófica, como es el caso de los tsunamis.

La crisis del Darfur (Sudán)

A diferencia de la del tsunami, la crisis del Darfur (Sudán) fue inducida por el hombre y tiene origen político. En 2002, aduciendo una historia de marginación política y económica, dos grupos rebeldes (el Ejército de Liberación del Sudán y el Movimiento por la Justicia y la Libertad) de la región sudanesa del Darfur se alzaron en armas en busca de una mayor autonomía e inversión regionales. El Gobierno respondió con ataques aéreos y, al parecer, apoyando a las milicias progubernamentales conocidas como Janjaweed, que saquearon y arrasaron aldeas.

En 2003, la principal forma que tenían los cooperantes de acceder a las víctimas de la violencia era a través de los campos de refugiados ubicados a lo largo de la frontera con el Chad. Al margen de las terroríficas historias contadas por los refugiados, se sabía relativamente poco de lo que estaba ocurriendo en las arenas del Darfur. Desde entonces, organismos de asistencia, periodistas e investigadores han logrado un mejor acceso, y se ha conocido con más claridad las dimensiones de la crisis.

En lo que se refiere al hambre, se estima que 3,2 millones de personas necesitan asistencia (PMA y UNICEF, 2005). Quienes más preocupación suscitan son las personas desplazadas en el interior que, obligadas a huir de sus aldeas, vieron trastocadas sus posibilidades de ganarse el sustento y de acceder a sus alimentos. Por lo general, viven en campamentos, acogidos por los residentes o albergados en escuelas y otros edificios públicos de las aldeas bajo control del Gobierno. El segundo grupo que más inquieta es la población residente. No han abandonado sus respectivas aldeas, pero han visto limitado su acceso a los alimentos (a través de mercados, trabajos agrarios, mano de obra y caza) debido a la guerra y a la inseguridad. Algunos residentes también albergan a personas desplazadas en el interior, lo que supone una carga adicional para sus escasos recursos (citado, parcialmente, por el PMA, 2005b).

Aunque de mayor envergadura que otras muchas complejas emergencias, las dificultades que plantea el problema del hambre en el Darfur son parecidas a las de otras zonas del mundo afectadas por conflictos:

- **Mantenimiento de unos niveles nutricionales mínimos durante la crisis a fin de evitar problemas a largo plazo en el crecimiento y el desarrollo**

En una minuciosa evaluación conjunta realizada en 2004, se determinó que, entre los residentes y las personas desplazadas en el interior, el índice de malnutrición aguda global se situaba en el 21,8 % y el de malnutrición aguda grave en el 3,9 %. Ambos porcentajes superaban con creces el baremo aceptado a nivel internacional, lo que pone de manifiesto que la situación nutricional es alarmante. Las carencias de micronutrientes también eran inaceptablemente altas, ya que el 26% de las mujeres sufría carencia de yodo y en torno al 16%, según las estimaciones, carencia clínica de vitamina A. Asimismo, se determinó que el 26,8% de las mujeres y el 55% de los niños padecían anemia (PMA 2004b, PMA 2005b). Tal como muestra el presente informe, la malnutrición, sobre todo en los niños pequeños, puede producir tanto daños mentales como daños físicos a largo plazo.

Afortunadamente, parece que una importante iniciativa de respuesta multisectorial ha logrado mejorar en parte la situación (PMA y UNICEF, 2005). Según la evaluación conjunta realizada en 2005, la malnutrición aguda global había descendido al 11,9% y la malnutrición aguda grave se había reducido al 1,4%. Más del 70% de los hogares tenía acceso a suficiente sal yodada. Y está prevista la puesta en marcha de programas de alimentación escolar para más de 350.000 niños.

- **Acceso, protección y soberanía**

Dada la precariedad de la situación, una preocupación fundamental es cómo obtener —y mantener— acceso humanitario y prestar asistencia en una situación en la que ambas partes, pero principalmente el Gobierno y sus milicias y sus aliados, han sido acusadas de crímenes contra la humanidad e incluso de genocidio. Por un lado, es imprescindible proteger de los ataques a las poblaciones afectadas y exigir cuentas a las partes responsables. Por otro lado, el hecho de que se planteen estas preocupaciones compromete a veces el acceso a aquellos que necesitan ayuda humanitaria.

Los problemas puestos de relieve por las catástrofes del tsunami y el Darfur son una muestra de los desafíos a que deben hacer frente las poblaciones afectadas y los cooperantes en la lucha contra el hambre en los primeros años del milenio.

PARTE II: El hambre y el aprendizaje

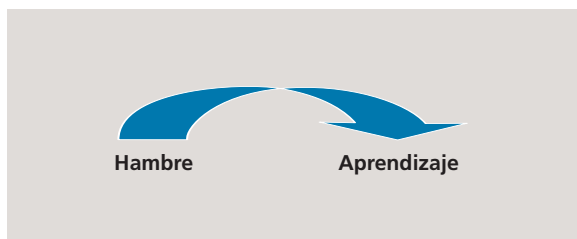
“La desnutrición durante el embarazo y la infancia menoscaba en sumo grado la capacidad de aprendizaje a largo plazo de las personas...”

Después de que en la **Parte I** se demostró que, pese a que se han hecho ciertos avances, el hambre sigue siendo un problema generalizado que menoscaba el desarrollo, en la **Parte II** se examina un aspecto fundamental del hambre que, sin embargo, se desatiende con frecuencia: su relación bidireccional con el aprendizaje. En el **Capítulo 2** se explica de qué manera el hambre afecta gravemente (y, a veces, de forma irreversible) al aprendizaje, desde la primera infancia hasta la edad adulta. En el **Capítulo 3** se muestra la forma en que el aprendizaje puede contribuir a superar el hambre. En el **Capítulo 4** se exponen intervenciones prácticas para crear un círculo positivo entre la atenuación del hambre y el aprendizaje. Estos debates preparan el terreno para la **Parte III**, en el que se analizan diversas medidas para abordar los vínculos entre hambre y aprendizaje en el plano nacional.

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

Henry David Thoreau, el eminente pensador americano, escribió la célebre frase "Por cada mil que machetean contra las ramas del mal, sólo hay uno que va buscando la raíz". Es probable que este autor sostuviera que no basta tratar las manifestaciones inmediatas del hambre; que también es preciso abordar las causas profundas. Con frecuencia, las sociedades emplean sus escasos recursos para hacer frente a los efectos perjudiciales que tiene en el aprendizaje la desnutrición en la primera infancia —es decir, rehabilitar a los niños desnutridos y ayudarles a recuperarse de los retrasos asociados en el desarrollo intelectual— y para abordar los problemas de aprendizaje que surjan más tarde en la vida.

Figura 2.1 — Las repercusiones del hambre en el aprendizaje



Es fundamental adoptar medidas correctivas. Los niños que sobreviven a una privación nutricional en etapas tempranas de su vida rinden menos en la escuela, poseen una menor capacidad cognitiva, sufren mayor pobreza cuando son adultos y sientan peores condiciones nutricionales para la siguiente generación, perpetuando con ello el ciclo del hambre. El desafío, sin embargo, es reorientar los actuales esfuerzos para centrarlos en iniciativas más preventivas y activas, en lugar de en estrategias principalmente curativas y reactivas, es decir, llegar a las causas profundas del problema. Los datos ponen claramente de manifiesto que, para paliar las repercusiones del hambre en el aprendizaje, lo mejor es intervenir pronto, atendiendo a madres y a niños pequeños como primera prioridad, si bien también es fundamental actuar en otras etapas de la vida. En este capítulo se explican estos vínculos con mayor detalle (véase la Figura 2.1).

Al examinar cada etapa del ciclo biológico, es necesario distinguir entre las repercusiones del hambre en la futura *capacidad* de aprender de la persona (estructura del cerebro) y las repercusiones en la aptitud de una persona para aprovechar determinadas *oportunidades* de aprender (escuela y capacitación). Cuando el hambre suele influir en mayor medida en la capacidad es durante la primera infancia y, en menor medida, en los años de escolarización. Las repercusiones en las oportunidades de aprender son más pronunciadas entre los niños en edad escolar y los adultos.

2.1 Primera infancia

Las condiciones nutricionales en la primera infancia (además de la genética y la estimulación) pueden afectar a la futura aptitud de una persona para aprender y disminuir las oportunidades inmediatas de desarrollar su capacidad cognitiva.

Capacidad de aprender

La desnutrición durante el embarazo y la primera infancia menoscaban muy gravemente la capacidad de aprender a largo plazo de las personas. Es la época en que el cerebro se está formando y desarrollando con rapidez. Sin los suficientes nutrientes, su estructura y tamaño pueden verse irreversiblemente dañados. Entre los signos de problema figuran un bajo peso al nacer, trastornos del crecimiento y carencias de micronutrientes.

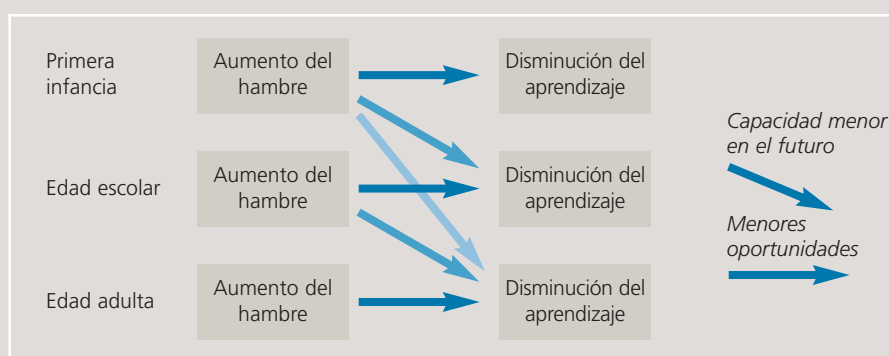
- **Bajo peso al nacer (o insuficiencia ponderal del recién nacido)**

Se considera bajo peso al nacer cuando éste es inferior al que debería ser (técnicamente, cuando el recién nacido pesa menos de 2,5 kilogramos). Mientras que en los países industrializados suele ser el resultado de nacimientos prematuros, en los países en desarrollo se debe con mayor frecuencia a un crecimiento intrauterino inadecuado. Este crecimiento inadecuado puede obedecer a varios factores, pero las carencias nutricionales de la madre son uno de los principales.

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

Recuadro 2.1 — Las repercusiones del hambre en el aprendizaje más en detalle

En este capítulo se examinan las repercusiones del hambre en el aprendizaje. Para entender bien la relación, es importante examinar las repercusiones desglosadas por etapas de la vida. Las etapas de la vida básicas consideradas en este cuadro son: la primera infancia (de 0 a cinco años); la edad escolar (de 6 a 17 años); y la edad adulta (de 18 años en adelante). Como se explica en el texto principal y se muestra en el diagrama que figura a continuación, el hambre en cada una de las etapas puede dar lugar ya sea a una menor capacidad para aprender en el futuro, o a menos oportunidades de aprender en ese momento.



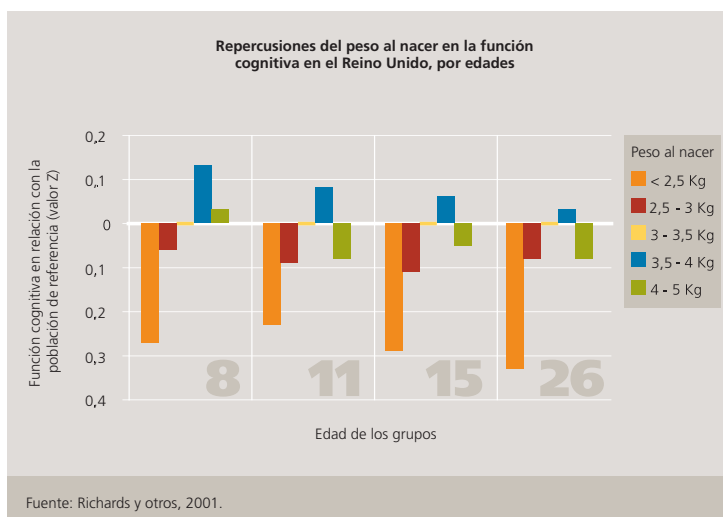
Para que la representación sea completa es preciso examinar las repercusiones del hambre en los diferentes componentes del aprendizaje. Éste se produce cuando hay disponibilidad, acceso y utilización de las oportunidades de aprendizaje. Es decir, que para que haya aprendizaje, deben existir oportunidades de aprender (por ejemplo, tienen que existir escuelas con profesores en la zona). La población debe poder acceder a ellos (por ejemplo, los estudiantes deben poder pagar los derechos), así como utilizar las oportunidades (por ejemplo, una vez en la escuela, los alumnos han de tener suficiente capacidad de atención y de aprendizaje para aprovechar las clases). El hambre afecta a estos aspectos del aprendizaje en cada una de las etapas de la vida.

Primera infancia: El hambre en esta etapa de la vida, cuyos signos son bajo peso al nacer, trastornos del crecimiento y carencias nutricionales, pueden dañar la capacidad de aprendizaje básica de una persona. El hambre también puede limitar las oportunidades de los niños pequeños de investigar el mundo que les rodea (por ejemplo, para recibir estimulación) y de concentrarse en esas interacciones (por ejemplo, aprovechar esas oportunidades).

Edad escolar: En esta etapa de la vida, la carencia de vitaminas y minerales puede limitar la futura capacidad de aprender (por ejemplo, afectando a las características básicas del educando y, por consiguiente, a su capacidad para aprovechar en el futuro las oportunidades de aprendizaje). El hambre también reduce las oportunidades de aprender en la escuela, dando lugar a índices de matrícula, asistencia y retención escolar bajos (esto es, acceso limitado) y disminuyendo la capacidad de atención (es decir, incapacidad para aprovechar plenamente la oportunidad).

Edad adulta: El hambre en la edad adulta no afecta a la capacidad intelectual básica, pero sí reduce las oportunidades de aprender aumentando el coste de oportunidad de participar en las actividades pedagógicas (es decir, limitando el acceso) y disminuyendo la capacidad de atención (esto es, afectando a la capacidad de aprovechar las distintas oportunidades).

Figura 2.2 — El peso al nacer puede afectar a la capacidad cognitiva en la edad adulta



Como el cerebro se está formando durante el embarazo, la malnutrición en la primera infancia a veces causa daños duraderos. Hasta hace poco, la insuficiencia ponderal al nacer preocupaba principalmente por constituir un factor de riesgo de retraso del crecimiento postnatal, lo que (como se muestra en la siguiente sección) puede provocar una disminución de la capacidad intelectual³. No obstante, cada vez se dispone de más datos que apuntan a que el bajo peso del recién nacido es un indicio de daños mentales a más largo plazo.

Uno de los ejemplos más ilustrativos es la evidente relación entre un bajo peso al nacer y el futuro rendimiento académico. Varios investigadores examinaron una serie de datos que reflejaban la evolución intelectual en unas 5.000 personas nacidas en la misma semana de marzo de 1946 en Inglaterra, Escocia y Gales. Mediante el control de diversos factores socioeconómicos, el objetivo del estudio era evaluar las repercusiones del peso neonatal en la futura capacidad intelectual (Richards y otros, 2001), examinando los resultados de las pruebas realizadas en el grupo a los 8, 11, 15, 26 y 43 años. Sorprendentemente, según los autores, los efectos perjudiciales de un bajo peso al nacer persisten en la adolescencia y hasta la edad adulta,

influyendo en el rendimiento escolar e incluso en su ingreso en la universidad (Figura 2.2)⁴, si bien muchas de estas diferencias desaparecen en la madurez.

• Trastornos del crecimiento

Los riesgos no terminan con el nacimiento del niño. Trastornos del crecimiento es el término utilizado para describir la situación en que un niño pequeño no consigue alcanzar su crecimiento potencial tras el nacimiento. Es una indicación física de que el niño no está recibiendo los nutrientes necesarios y que, probablemente, esté sufriendo algún daño mental. Gran parte de los problemas que se producen en el crecimiento

durante la primera infancia se explican por un bajo peso al nacer (Shrimpton, 2001), pero una nutrición adecuada tras el alumbramiento también es importante. Una inadecuada nutrición altera la estructura y limita el crecimiento del cerebro del niño, especialmente de las partes ligadas al funcionamiento cognitivo y al desarrollo de las capacidades motoras.

Antes se pensaba que los trastornos del crecimiento empezaban en torno a los tres meses. Más recientemente, no obstante, un análisis de 39 países puso de manifiesto que el retraso del crecimiento (una forma de trastorno del crecimiento) comienza inmediatamente después del parto (véase el Intermezzo 2). El retraso del crecimiento causa daños permanentes, no sólo reduciendo la estatura de las personas que lo sufren sino causándoles asimismo trastornos en el desarrollo mental. En Kenya y México, los niños en edad preescolar con retraso del crecimiento también estaban retrasados con respecto a los demás niños de su edad desde el punto de vista cognitivo y comportamental. Jugaban, verbalizaban e interactuaban con menor frecuencia y lloraban o permanecían sin hacer nada más a menudo (Allen y otros, 1992).

Cuanto más grave es el retraso del crecimiento y antes se produce en la vida del niño, mayores son las

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

repercusiones en el futuro desarrollo cognitivo (Mendez y Adair, 1999). Por ejemplo, a un grupo de niños filipinos se les hizo una prueba en la que se les mostraban cartas en cada una de las cuales había cinco dibujos. Los niños tenían que elegir el objeto que no cuadraba lógicamente con el resto. Por ejemplo, en una carta había dibujados cuatro tipos de zapatos y un sombrero. Los resultados de los niños que habían sufrido un severo retraso del crecimiento cuando tenían menos de dos años fueron considerablemente peores que los de sus compañeros en estos tests cuando todos alcanzaron los ocho y los once años, si bien las distancias se acortaron ligeramente con el tiempo.

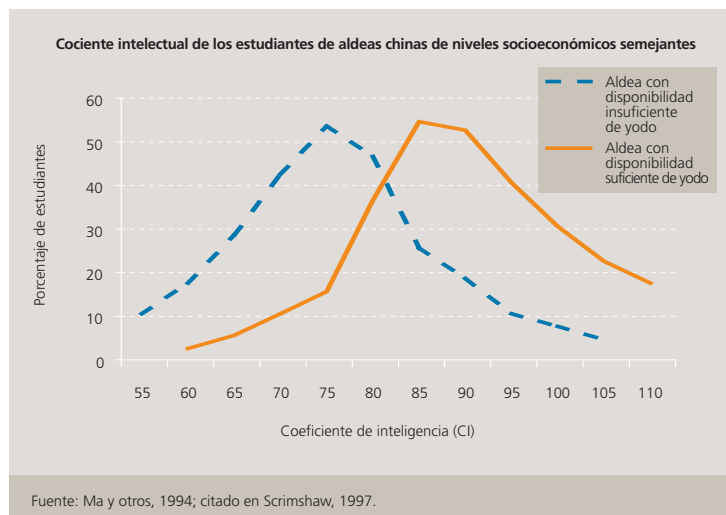
En los países en desarrollo, en torno a un tercio de los niños menores de cinco años, nada menos que 180 millones, se ven aquejados por trastornos del crecimiento. Entre los niños menores de cinco años de los países menos adelantados, y en particular de Asia oriental, casi la mitad sufren retraso del crecimiento (UNICEF, 2004). Los elevados índices ponen de manifiesto que las condiciones que afectan al desarrollo cognitivo (y al crecimiento y la salud) de los niños de los países en desarrollo siguen siendo deficientes y limitan la capacidad de millones de personas para funcionar con todo su potencial en la edad adulta (de Onis y otros, 2000).

• Carencias de micronutrientes

Además de contribuir a la insuficiencia ponderal al nacer y a los trastornos del crecimiento, las carencias de vitaminas y minerales durante el embarazo y la primera infancia pueden tener repercusiones concretas en las estructuras cognitivas relacionadas con el aprendizaje (Grantham McGregor y otros, 2000; Pollitt y otros, 1989; Sheshadri y Golpaldas, 1989). La carencia de yodo puede ser particularmente grave, por cuanto los micronutrientes se necesitan para el adecuado desarrollo del cerebro y el sistema nervioso del feto durante el embarazo (PMA, 2004e).

Las madres embarazadas de los países en desarrollo sufren con frecuencia este tipo de carencia (como el resto de la población) ya que no hay suficiente yodo en el suelo y el agua de la zona donde viven y, por tanto, tampoco en sus alimentos. Si la carencia se produce en las primeras etapas del embarazo, puede provocar a veces cretinismo, una forma de retraso mental severa. Pero incluso cuando las carencias en la madre son moderadas pueden tener consecuencias duraderas en el desarrollo mental de los niños (Delange, 2000; cf. Grantham McGregor y otros, 2000; Pollitt y otros, 1989; Sheshadri y Golpaldas, 1989).

Figura 2.3 — La carencia de yodo merma la inteligencia de los estudiantes



Un estudio realizado en China ilustra gráficamente este aspecto. Una serie de investigadores compararon el cociente intelectual (CI) de alumnos de primaria de aldeas económica y socialmente semejantes pero cuya prevalencia de carencia de yodo era diferente. Probablemente, los niños de las aldeas que sufrían carencia de yodo se habían visto afectados durante el embarazo. Cuando los investigadores analizaron el CI de los alumnos, comprobaron que las curvas eran similares, pero que la correspondiente a las aldeas que sufrían carencia de yodo estaba desplazada negativamente con respecto a la otra en más de 10 unidades (Figura 2.3).

La falta de hierro en la primera infancia es otra de las carencias más comunes y perjudiciales ya que, debido a sus efectos en las enzimas del cerebro, lentifica los impulsos neurales y está asociado por tanto a retrasos en el desarrollo psicomotor y cognitivo y con problemas de comportamiento (Algarín y otros, 2003). Los niños pequeños tardan más en gatear y son más propensos a la timidez. Procesan la información con más lentitud y suelen reaccionar menos a sus experiencias. Aunque reciban tratamiento temprano, las consecuencias negativas de la carencia de hierro en la primera infancia parecen irreversibles (Lozoff y otros, 2000). Otras carencias de micronutrientes (incluidas las vitaminas A y B12) en esta etapa de la vida (lactancia y primera infancia) también afectan negativamente al desarrollo cognitivo⁵.

Oportunidades de aprender

Aunque el hambre durante la primera infancia tiene sus mayores repercusiones en la futura capacidad de la persona para aprender, también limita las oportunidades inmediatas de aprendizaje del niño pequeño.

El hambre (y las enfermedades asociadas) puede impedir al niño explorar y participar en las oportunidades de aprendizaje del mundo que le rodea (coger un juguete, investigar en una cesta de ropa o jugar con sus amigos). Incluso cuando se le presentan esas oportunidades, por ejemplo, cuando un adulto le lee un libro, el hambre puede distraer su atención, impidiéndole aprovechar al máximo las ocasiones para aprender.

2.2 Niños en edad escolar

La edad escolar es también un período delicado del desarrollo del niño. Su capacidad fundamental de aprender todavía se está formando y el hambre puede impedir aprovechar al máximo las oportunidades de aprender en la escuela.

Capacidad de aprender

Aunque no se sabe a ciencia cierta si los déficit nutricionales en esta edad dañan la capacidad intelectual a largo plazo, una buena nutrición puede favorecer sus habilidades a largo plazo facilitándoles la oportunidad de compensar algún daño anterior mediante el "crecimiento de recuperación" (Jukes y otros, 2002). Esto es, los niños pueden recuperar parte de su potencial tanto en lo que se refiere a las dimensiones físicas como al desarrollo mental. Si bien parece evidente que puede producirse este tipo de crecimiento, esta menos claro en qué medida. Los investigadores han llegado a diferentes conclusiones. Pese a que existen pruebas concluyentes de que puede lograrse una importante recuperación (véase Simondon y otros, 1998), lamentablemente no parece que ésta se produzca de forma completa (Drake y otros, 2002), ni tan siquiera en lo que respecta al desarrollo mental.

Oportunidades de aprender

El hambre también limita la capacidad del niño de aprovechar las oportunidades de aprendizaje, disminuyendo la asistencia a la escuela (es decir, en su acceso a estas oportunidades) y mermando su capacidad de atención (es decir, su aptitud para aprovecharlas al máximo).

• Índices menores de matrícula y de asistencia escolar

Según las estimaciones, en 2000, 100 millones de niños en edad escolar de todo el mundo estaban sin escolarizar (IEU, 2003). En muchos países, en particular de África, más del 30% o incluso del 50% de los niños que debían estar cursando la enseñanza primaria se encontraban en esta situación (véase el Mapa 2.1), debido en gran parte al hambre.

Las familias que padecen hambre deben hacer frente a diversos obstáculos para enviar a sus hijos a la escuela. Por un lado, a menudo tienen que pagar la matrícula u otros derechos, que pueden suponer entre un 5% y un 10% de los ingresos familiares, o

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

incluso entre un 20% o un 30% en el caso de las familias más pobres (UNICEF, 2002a). Según los estudios, en Uganda, Bangladesh, Zambia y Nepal, la educación es uno de los principales gastos de las familias (Herz y Sperling, 2004).

Además de los gastos directos en derechos escolares, existen gastos indirectos como las contribuciones a las asociaciones de padres y profesores, el transporte, la ropa y los acompañantes que velan por la seguridad, en particular de las niñas. Quizá el aspecto más importante es que enviar a los niños a la escuela conlleva costos de oportunidad para las familias que sufren hambre, ya que los niños podrían realizar tareas caseras o ganar un salario (UNICEF, 2002c). Todos estos costos, sumados, pueden constituir un factor de disuasión para que estas familias matriculen a sus hijos.

Si superan estos obstáculos, sigue siendo más probable que los niños que sufren desnutrición se matriculen en la escuela más tarde que los demás niños de su edad (Del Rosso y Marek, 1996). Una de las razones es sencilla pero elocuente: los padres de niños desnutridos no ven a sus hijos lo suficientemente mayores para enviarlos a la escuela (Jukes y otros, 2002). De hecho, las personas que no están familiarizadas con el retraso del crecimiento suelen quedarse sorprendidísimas cuando se enteran de que un niño que aparenta siete años tiene en realidad 12⁶. En parte como consecuencia de ello, así como de otros factores, un estudio llevado a cabo en Ghana puso de manifiesto que un aumento del 10% del retraso del crecimiento daba lugar a un incremento del 3,5% en la edad de la primera matriculación escolar (Glewwe y Jacoby, 1995).

Además, los niños escolarizados que padecen hambre tienen más probabilidades de abandonar la escuela. Suelen rendir peor debido a los daños sufridos en su capacidad cognitiva básica y al hambre que padecen en esos momentos y que merma su capacidad de atención (véase la siguiente sección). Al estar obligados a trabajar en casa y no progresar debidamente en la escuela, los niños pueden sentirse desmotivados y

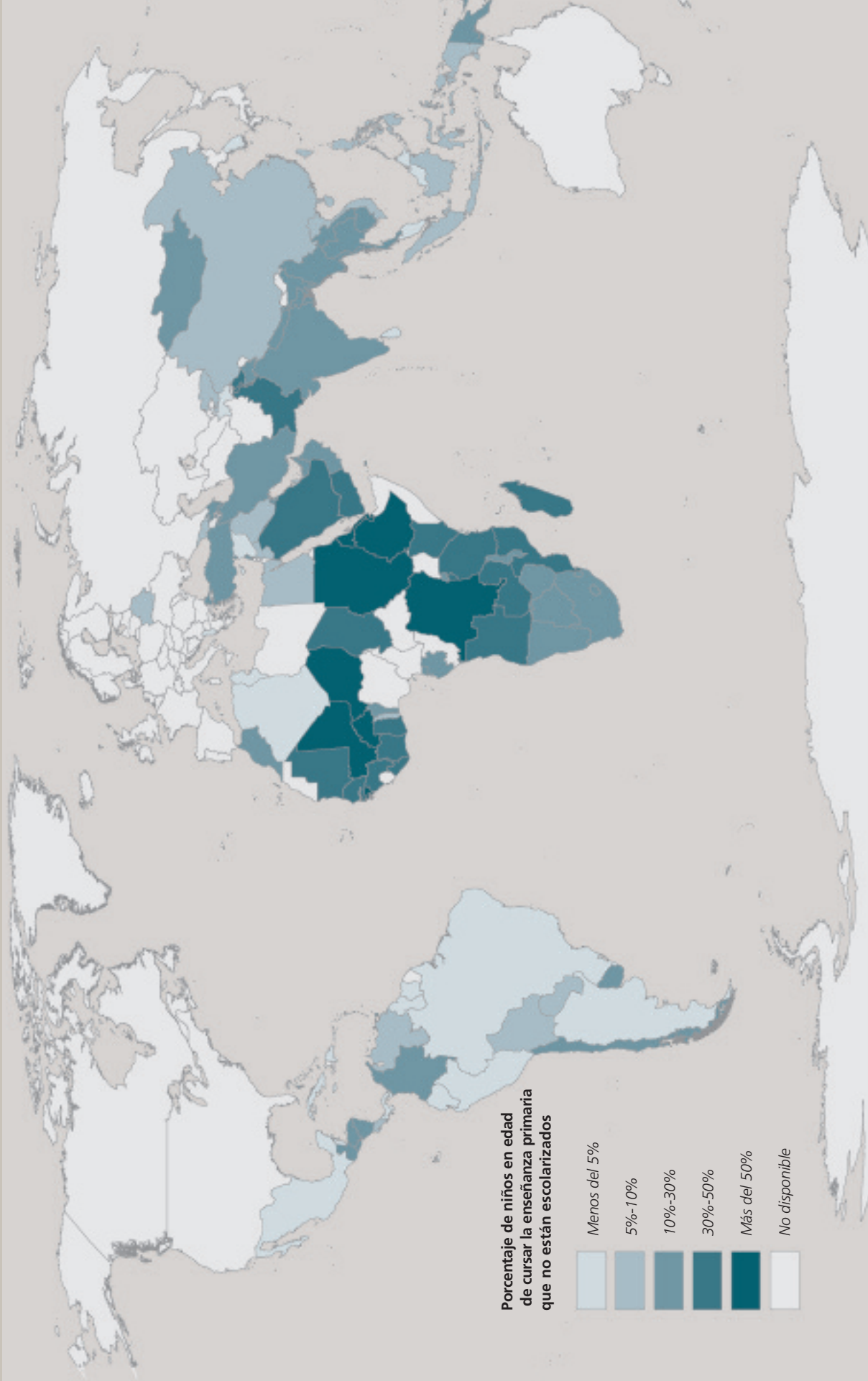
faltar más a las clases. Según un reciente estudio elaborado en los Estados Unidos, los niños con riesgos nutricionales asistían menos a la escuela, eran menos puntuales, obtenían peores resultados y presentaban más problemas de conducta (Kleinman y otros, 2002). Los niños que sufren desnutrición, por tanto, no sólo ingresan en la escuela más tarde, sino que cursan menos años de estudio (Pollitt, 1990; Jukes y otros, 2002; Glewwe y Jacoby, 1994).

Huelga decir que, aparte de la desnutrición, existen otros factores que influyen en los índices de escolarización y asistencia a la escuela. Las escuelas no funcionan bien sin una infraestructura adecuada (edificios y servicios), material (libros de texto) y recursos humanos (profesores y directores) (UNESCO, 2004). Asimismo, el número de alumnos en el aula, los métodos didácticos y otras limitaciones pueden menoscabar la calidad de la enseñanza y, por tanto, la importancia que le conceden padres e hijos. Estos factores también deberán tenerse en cuenta en cualquier análisis de los índices de matrícula y asistencia.

• Menor capacidad de atención

Incluso cuando los niños consiguen ir a la escuela, el hambre transitoria puede afectar a su capacidad de atención, dificultándoles el aprendizaje. El hambre transitoria suele darse cuando el niño no desayuna o camina un largo trecho hasta la escuela con el estómago relativamente vacío. Diversos estudios en el Perú y los Estados Unidos pusieron de manifiesto que cuando los niños de nueve a once años no habían comido desde la noche anterior o por la mañana, memorizaban con más lentitud y cometían más errores en las pruebas (Pollitt y otros, 1998). Estos síntomas eran especialmente acusados en los niños expuestos a riesgos nutricionales. Asimismo, se ha observado que los niños que no desayunan tienen más dificultades para realizar sencillas tareas visuales y se centran más en información secundaria sin importancia para el problema que deben resolver (Pollitt, 1990; Simeon y Grantham McGregor, 1989; Del Rosso y Marek, 1996).

Mapa 2.1 — En el mundo, no hay suficientes niños matriculados en la escuela



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación oficial alguna. Mapa elaborado por la Dirección de VAM del PMA.
Fuente: UNESCO.

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

En cambio, los niños que no padecen hambre tienen más facilidad para aprender y obtienen mejores resultados en las pruebas de conocimientos concretos (OMS 1998; Pollitt y otros, 1993). De un estudio realizado en Jamaica se desprende que los niños tenían más ideas creativas cuando se les daba de desayunar durante dos semanas (Fernald y otros, 1997). Según otro estudio llevado a cabo también en Jamaica, los resultados de los niños desnutridos en una prueba de fluidez verbal aumentaban considerablemente cuando hacían esa comida (Chandler y otros, 1995).

2.3 Edad adulta

La relación entre el hambre y el aprendizaje en la edad adulta ha sido menos estudiada que en las etapas anteriores de la vida. En la edad adulta, la capacidad cognitiva para aprender del individuo está ya en gran medida formada. La desnutrición no mermará significativamente su potencial en el futuro, aunque sí tendrá amplias repercusiones inmediatas en su capacidad para aprovechar las oportunidades de aprendizaje y aplicar lo aprendido.

Oportunidades de aprender

El hambre limita las oportunidades debido a sus efectos en las capacidades mentales y en la asistencia a las actividades de formación de adultos.

• Disminución de las capacidades mentales

Los adultos pueden adquirir nuevas habilidades, a lo largo de toda la vida, en cursos, por ejemplo, de alfabetización o de formación sobre programas de microcréditos y extensión agraria. Pero el hambre puede hacer difícil concentrarse y, por consiguiente, los adultos no pueden aprovechar al máximo las oportunidades de aprendizaje. En 1950 se llevó a cabo en Minnesota un estudio, convertido en la actualidad en un clásico sumamente citado, sobre la correlación entre la disminución de la ingesta

calórica y la productividad. En el marco de este estudio se hizo seguir a un grupo de voluntarios, todos ellos hombres jóvenes, una dieta de semiinanición de 1.550 calorías durante 24 semanas, que más tarde se aumentaron a 1.800 en un período de "estabilización". Los participantes en el estudio se adaptaron a esta dieta (que aportaba todos los micronutrientes) mediante una reducción de la producción laboral y un comportamiento más apático.

El estudio puso de manifiesto que el nivel de inteligencia y la curva del aprendizaje permanecían inalterados en los adultos desnutridos, pero su capacidad para aprovechar las oportunidades de aprendizaje y aplicar lo aprendido se ve reducida:

"En resumen, el rendimiento intelectual no varía significativamente con la inanición o la rehabilitación. Las quejas sobre la incompetencia intelectual aumentaron durante el período de inanición y disminuyeron durante el de rehabilitación. El esfuerzo mental espontáneo y los logros realizados se redujeron durante el período de inanición, permanecieron en un nivel bajo durante la primera fase de la rehabilitación (R1 a R12) y sólo se volvió a la 'normalidad' de forma progresiva." (Keys y otros, 1950: 862-63).

Estas conclusiones han sido corroboradas por otros estudios.

Las carencias de micronutrientes también pueden dificultar el aprendizaje. Según las investigaciones, no sólo las personas que sufren anemia sino también las que tienen carencias moderadas de hierro y zinc pueden mostrar signos de cansancio y letargo. "En los adultos, las carencias de minerales pueden dar lugar a una diversidad de alteraciones en la conducta, como irritabilidad, disminución de la capacidad de atención, fatiga, problemas de memoria y

depresión. Estos síntomas pueden eliminarse con rapidez incorporando la cantidad suficiente de minerales en la dieta" (Kanarek y Marks-Kaufman, 1991: 75).

- **Disminución de la asistencia**

Es posible que los adultos puedan participar menos en cursos de capacitación debido a su costo. Estos costos suelen dividirse en dos categorías: derechos de matrícula y costos de oportunidades. Para participar en algunos de estos cursos para adultos es preciso abonar una cantidad. En los países en desarrollo estos derechos suelen ser muy bajos y su aplicación tiene en general por objeto asegurar la asistencia continuada de los participantes (suelen aceptarse los pagos en efectivo y en especie). Se parte de la idea de que cuando una persona invierte una pequeña cantidad para participar en el curso

seguirá asistiendo a él para intentar sacar el máximo partido a su inversión.

Los costos de oportunidad, sin embargo, son a menudo muy superiores a los costos directos. Corresponden al valor de aquello que los participantes deben sacrificar para asistir a las clases. Es posible que éstos tengan que renunciar a un tiempo que podrían dedicar a trabajar, realizando tareas agrícolas o despachando en una tienda, y por consiguiente la asistencia a los cursos de capacitación de adultos puede tener repercusiones negativas inmediatas en sus ingresos. Ante este problema, las clases se suelen organizar en la actualidad después de la jornada laboral. Pese a ello, las personas que reciben capacitación tendrán que sacrificar todavía un tiempo que podrían consagrar al ocio, a descansar o a la familia.

2. Las repercusiones del hambre en el aprendizaje

Intermezzo 2: El "momento propicio" para la nutrición⁷

Es bien sabido que los trastornos del crecimiento en la primera infancia están asociados a una serie de problemas más tarde en la vida, entre ellos la disminución de las capacidades mentales. Sin embargo, los resultados de un estudio mundial apuntan a que el período crítico para intervenir se sitúa antes y es más breve de lo que se pensaba.

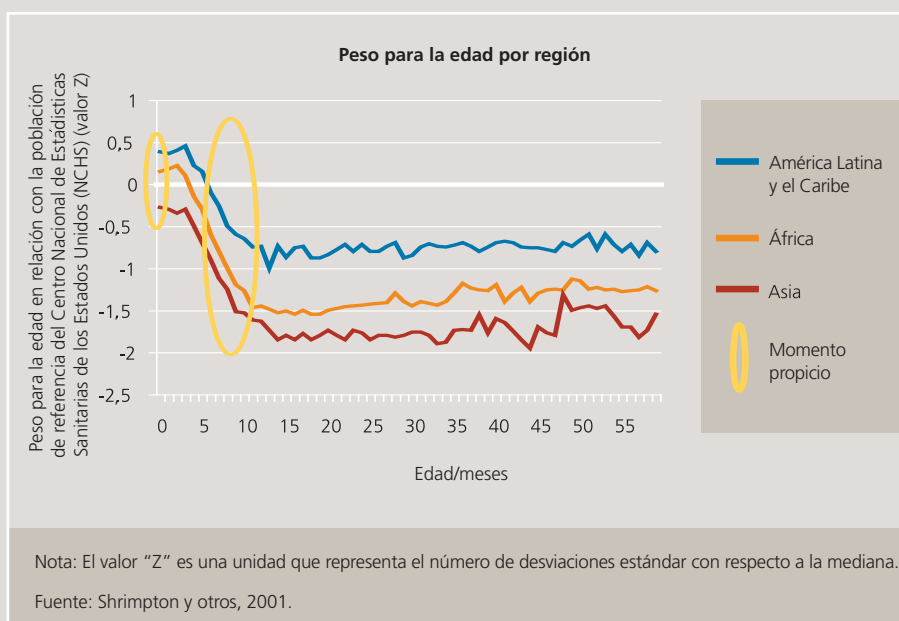
En los últimos decenios, los nutricionistas se han ido convenciendo cada vez más de la importancia de intervenir pronto cuando existen problemas de malnutrición en la infancia. Uno de los principios fundamentales era que los trastornos del crecimiento empezaban a los tres meses de edad y se concibieron diversas intervenciones para identificar los problemas en este período, incluidos programas de vigilancia del crecimiento. Sin embargo, nunca se había hecho un estudio sistemático mundial del fenómeno que sirviera de base a esa premisa.

En 2001, Roger Shrimpton, del Fondo de las Naciones para la Infancia en Nueva York, junto con otros colegas radicados en el Brasil y Suiza, realizaron una comparación utilizando 39 conjuntos de bases nacionales que abarcaban tres continentes. Lo que descubrieron les sorprendió.

Las deficiencias de peso empiezan durante el embarazo

Tras comparar los pesos neonatales medios de los diferentes continentes se llegó a la conclusión de que, en promedio, las poblaciones de Asia empiezan la vida con desventaja. El peso medio al nacer en este continente es inferior al de África y sustancialmente inferior al de América Latina (véase la Figura 2a), y es probable que los asiáticos padezcan todos los efectos negativos asociados. Además, la curva de la deficiencia de peso corren paralelas a largo de los primeros 60 meses de vida, lo que sugiere que el punto de partida inicial es un factor fundamental para determinar el grado de deficiencia que se sufrirá. Estas constataciones sugieren la necesidad de centrarse en mayor medida en el crecimiento intrauterino, o el

Figura 2a — Los períodos críticos para la nutrición empiezan pronto



desarrollo del feto en el útero. Las intervenciones deberán prestar particular atención al estado y pautas nutricionales de las mujeres embarazadas.

Los problemas de talla empiezan inmediatamente después del nacimiento

En lo que se refiere a la talla, los recién nacidos de las tres regiones se situaron en torno al promedio de la población de referencia. De ello se infiere que, al contrario de lo que ocurre con el peso, la talla está de alguna manera "preprogramada" y no se ve afectada especialmente por las condiciones en el útero. No obstante, hubo un aspecto que causó sorpresa: la "disminución" fue casi inmediata y no se estabilizó en 18 meses. En este período, los niños de Asia perdieron más de dos desviaciones típicas por

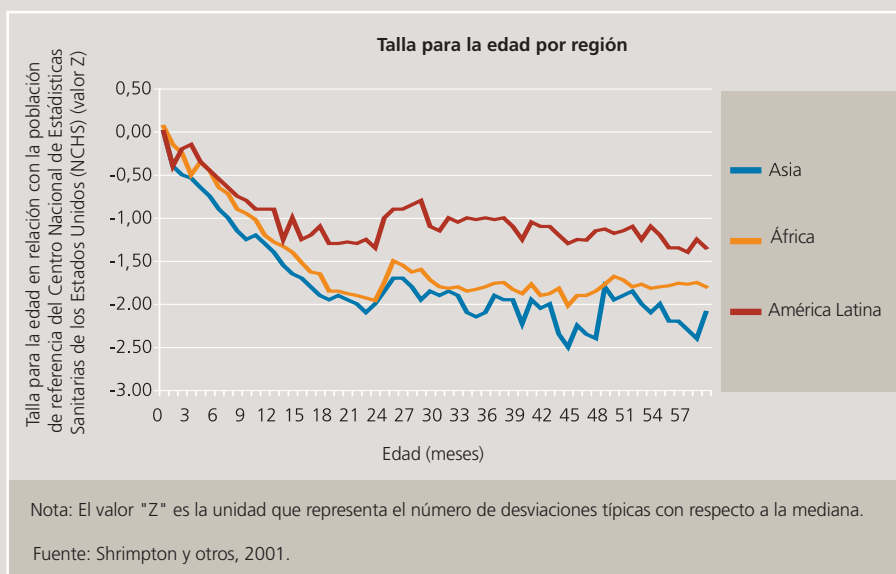
debajo de la mediana de la población de referencia. En el caso de África, la situación es más grave.

La conclusión es que si se espera hasta los tres meses de edad para hacer frente a los trastornos del crecimiento se estará desatendiendo el período más crítico para la talla y que las intervenciones deben concentrarse en el período que transcurre desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad.

En resumen, de las conclusiones del estudio se desprende que el período más propicio para intervenir con la máxima eficacia empieza durante la gestación y termina en torno a los dos años de edad.

Fuente: Shrimpton y otros, 2001; Banco Mundial, 2005c.

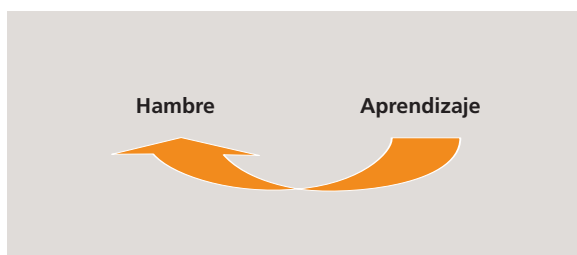
Figura 2b — Los problemas de talla empiezan muy pronto



3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre

En Malí, en las orillas del río Senegal vive una comunidad tribal. El río, que discurre entre el oeste de Malí y el Océano Atlántico, desborda de peces y proporciona una profusa fuente de agua para regar los campos. Y, sin embargo, la población se halla frente a una paradoja: pese a estos recursos, algunos de los habitantes están desnutridos. Un equipo que investigó la situación descubrió que lo que más necesitaban los aldeanos no eran alimentos, sino educación para aprovechar de la mejor manera posible sus recursos y garantizar una nutrición adecuada a los adultos y los niños⁸.

Figura 3.1 — Las repercusiones del aprendizaje en el hambre



En el capítulo anterior se demostró que el hambre obstaculiza el aprendizaje durante toda la vida. Sin embargo, una de las soluciones más eficaces para erradicar el hambre es mejorar el conocimiento y las habilidades de los afectados. Para promover un círculo virtuoso y romper la transmisión intergeneracional del hambre es, por consiguiente, importante no sólo luchar contra el hambre sino también velar por que se apoye el aprendizaje. En este capítulo se examina la forma en que el aprendizaje en la primera infancia, la edad escolar y la edad adulta puede ayudar a las personas a escapar de ese círculo vicioso (véase la Figura 3.1).

En cada una de las etapas de la vida el aprendizaje puede, bien construir la **capacidad cognitiva básica** de una persona para tratar problemas diversos, entre ellos el hambre, en el futuro, bien inculcar **habilidades y conocimientos específicos** que le ayuden a hacer frente al hambre más directamente. En la primera infancia, el aprendizaje desarrollará la capacidad de adquirir y aplicar mensajes más tarde en la vida. En el caso de los niños en edad escolar, el aprendizaje aumenta principalmente su capacidad

cognitiva y de solución de problemas, pero también enseña conocimientos y habilidades específicas que pueden aplicarse para enfrentarse al hambre. En la edad adulta, todavía se puede desarrollar la capacidad cognitiva (por ejemplo, mediante la alfabetización). Sin embargo, muchos adultos prefieren una capacitación técnica que no sólo favorezca su desarrollo mental, sino que también pueda aplicarse directamente para luchar contra el hambre de sus hijos y la suya propia.

3.1 Primera infancia

En la primera infancia, el aprendizaje ayuda a desarrollar las estructuras cognitivas que permitirán más tarde en la vida adquirir las habilidades y los conocimientos para luchar contra el hambre.

Capacidad cognitiva

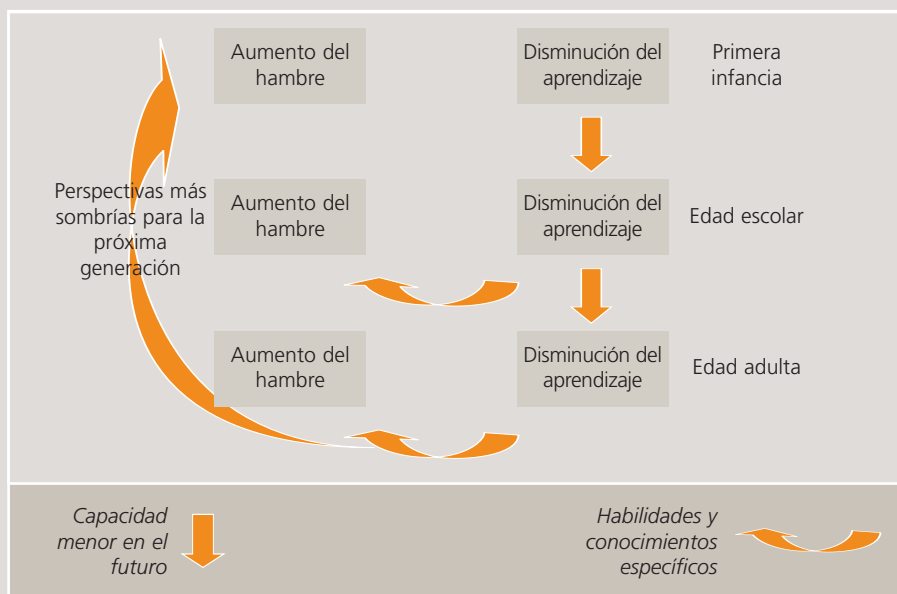
Los investigadores saben ahora con mayor certeza que gran parte del desarrollo del cerebro se produce antes del nacimiento del niño y en los primeros años de vida (Banco Mundial, 2005b). Como decía un autor, un recién nacido tiene trillones de neuronas "esperando todas a ser entretejidas en el intrincado tapiz de la mente. Algunas de las neuronas ya han sido conectadas para siempre... pero trillones y trillones de ellas siguen teniendo un potencial casi infinito" (Begley, 1996: 55). La primera infancia es una etapa decisiva de la vida para aprender vocabulario (0-3 años), matemáticas y lógica (1-4), control emocional (0-2) y música (3-10) (Begley, 1996; Banco Mundial, 2005b). La estimulación (actividad que genera y refuerza la función cognitiva) es fundamental para desarrollar estas neuronas y crear los circuitos adecuados dentro del cerebro. Sin estímulo, las neuronas, y el potencial de aprendizaje pueden empezar a atrofiarse.

La estimulación abarca una serie de técnicas bastantes sencillas que ayudan a las personas que cuidan al niño a que éste mejore su aprendizaje: juego, conversación, exposición a colores y formas y otras actividades. Algunos investigadores han

3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre

Recuadro 3.1 — Las repercusiones del aprendizaje en el hambre más en detalle

En este capítulo se examinan las repercusiones del aprendizaje en el hambre en cada una de las etapas de la vida: la primera infancia, la edad escolar y la edad adulta. Como se muestra en el diagrama que figura más abajo, el aprendizaje en cada una de las etapas puede aportar las habilidades y los conocimientos específicos necesarios para hacer frente al hambre o desarrollar la futura capacidad al efecto.



Para que la presentación de esta relación sea completa, es preciso mostrar también las repercusiones del aprendizaje en los diversos requisitos para prevenir el hambre: la disponibilidad de nutrientes, el acceso a ellos y su utilización. Esto es, para prevenir el hambre, debe disponerse de alimentos (por ejemplo, pueden producirse o encontrarse en el mercado). Las personas que padecen hambre también deben poder tener acceso a esos alimentos (por ejemplo, deben disponer del dinero para comprarlos). Y asimismo, deben poder utilizarlos debidamente (por ejemplo, han de saber seleccionar los alimentos adecuados y consumirlos en cantidad suficiente, y sus cuerpos deben poder absorber los nutrientes).

Primera infancia: El aprendizaje en este período no permite reducir directamente el hambre, sino que sienta las bases cognitivas fundamentales para aprender en el futuro a hacer frente al hambre (por ejemplo, mejorar la disponibilidad de nutrientes, el acceso a ellos y su utilización). Una estimulación insuficiente en este período comprometerá estas bases cognitivas.

Edad escolar: En este período, el aprendizaje sigue reforzando las bases cognitivas que permitirán más tarde en la vida mejorar la disponibilidad de nutrientes, el acceso a ellos y su utilización. Asimismo, permite adquirir habilidades y conocimientos relativos a la salud, el saneamiento y la nutrición (todos los cuales están relacionados con una mejor utilización). Sin este aprendizaje, se verá afectada la capacidad actual y futura de un niño para hacer frente al hambre.

Edad adulta: El aprendizaje en esta etapa crea oportunidades para adquirir y aplicar habilidades y conocimientos que permitan aumentar la producción (esto es, mayor disponibilidad), mayores ingresos (es decir, mejor acceso a los nutrientes), mejores prácticas nutricionales (esto es, mejor utilización) y mejor salud y saneamiento (es decir, mejor utilización). Estos conocimientos permiten a los padres mejorar las condiciones para ellos mismos y para la siguiente generación. Sin embargo, sin este aprendizaje, la falta de conocimientos llevará a que tanto los adultos como sus niños padezcan más hambre.

determinado una serie de estrategias de tipo interactivo que pueden servir para estimular al niño: "proporcionar entornos de lenguaje ricos; responder a las peticiones y señales de los niños pronto y con sensibilidad, mantener y ampliar los intereses de los niños...; evitar comportamientos negativos o restrictivos; ofrecer oportunidades de elegir... cuando los niños son más capaces de dirigir su propio aprendizaje; y vigilar su conducta" (Landry, 2005).

En muchos casos, en las primeras etapas de la infancia las personas que se ocupan principalmente de los niños son los padres u otros parientes. Cada vez se entienden mejor los efectos básicos de una relación positiva entre la persona que se ocupa del menor, normalmente la madre, y el niño en el estado nutricional de éste y en su desarrollo cognitivo. En comparación con las madres que desarrollan lazos afectivos estrechos, las que no consiguen ese vínculo con sus recién nacidos son menos receptivas, lo que repercute en la estimulación y el desarrollo cognitivo. Ahora bien, en la escuela, la guardería y otros programas de desarrollo de la infancia, la estimulación también proviene de los profesores (y los demás alumnos).

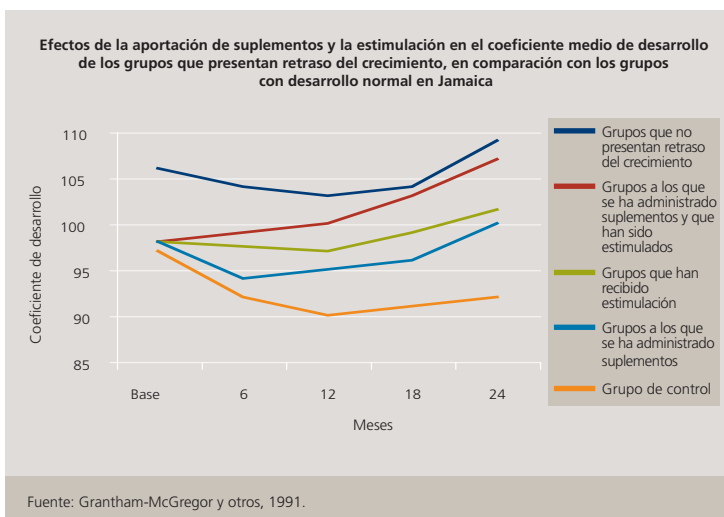
Las investigaciones han demostrado de forma concluyente que la estimulación psicosocial puede mejorar el desarrollo mental (y físico) (Pelto y otros, 1999). En el marco de un estudio sobre nutrición llevado a cabo en Jamaica, se compararon los efectos en el desarrollo cognitivo retrasado de niños con retraso también del crecimiento de ofrecer estimulación social y suplementos nutricionales, y el resultado fue que el primero contribuía en mayor medida a la recuperación mental que el aporte de suplementos (Figura 3.2). Los niños que fueron objeto de ambas intervenciones llegaron casi a alcanzar un nivel de desarrollo cognitivo normal (Grantham-McGregor y otros, 1991). No obstante, el grupo de control (el de niños que no fueron objeto de ninguna intervención) siguieron presentando un gran retraso.

Según el Banco Mundial (2005b), del examen de los resultados de las evaluaciones de una serie de programas ejecutados en países en desarrollo, a saber, Bolivia, India, Turquía y Jamaica, se desprende que los programas de desarrollo en la primera infancia (que incluyan estimulación) aportan beneficios que persisten en las siguientes etapas de la vida: coeficientes de inteligencia más altos, índices de matrícula escolar más elevados y edad de inscripción más adecuada, menores tasas de abandono escolar y de repetición, mejores resultados escolares y mayor productividad entre los adultos. Estas repercusiones, como veremos en las siguientes secciones, mejoran las posibilidades de hacer frente al hambre.

3.2 Edad escolar

En esta etapa de la vida, el aprendizaje puede contribuir a hacer frente al hambre y a la inseguridad alimentaria de diversas formas. Algunas de ellas, como un mayor conocimiento sobre las cuestiones relativas

Figura 3.2 — La estimulación sirve de ayuda en Jamaica



3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre

a la salud y el VIH/SIDA, pueden aplicarse de forma inmediata para incidir en el hambre. Pero la mayoría, como la mejora de los medios de subsistencia y la disminución del número de hijos, son logros que se alcanzan más tarde en la vida como resultado de la mayor capacidad cognitiva y la apertura a nuevas ideas y aptitudes para resolver problemas que se adquieren en la escuela. Así pues, muchos de los beneficios que hacen de la edad escolar una época decisiva de la vida emergen más tarde durante la adolescencia y la edad adulta.

Capacidad cognitiva

La escolarización refuerza la capacidad cognitiva de una persona para enfrentarse al hambre más tarde en la vida de diversas formas relacionadas con los futuros medios de subsistencia, el momento de formar una familia y el número de miembros de ésta, la nutrición, la potenciación de la capacidad de acción y la visión del aprendizaje. Las razones concretas de los efectos de la escolarización no son siempre claras, pero existen pruebas concluyentes de la existencia de estas relaciones.

• El camino hacia unos medios de subsistencia mejores

El primer camino es el aprendizaje y sus repercusiones en los futuros medios de subsistencia. Mejorando los medios de subsistencia se garantiza que las familias puedan producir más alimentos y obtener más ingresos para comprarlos en el mercado. En un reciente informe de la FAO, se describen el costo de por vida que tiene el hambre en la infancia: "Cada año de escolarización perdido durante la infancia reduce notablemente los ingresos a lo largo de toda la vida" (FAO, 2004: 11). Esta afirmación es especialmente aplicable a las niñas (Herz y Sperling, 2004). Según un estudio, si las mujeres recibieran la misma educación que los hombres, la producción de alimentos básicos podría aumentar un 22% (Quisumbing, 1996). Las mujeres del África subsahariana producen tres cuartas partes de todos los alimentos, y sin embargo su nivel de estudios es inferior. Por tanto, existe un amplio margen para incrementar la productividad facilitando a las niñas de los países africanos el acceso a la educación (Saito y otros, 1994).

Recuadro 3.2 — La enseñanza primaria ayuda a los agricultores a resolver problemas

"A unos agricultores kenianos se les mostró una planta enferma y se les preguntó cuál era la causa de la enfermedad y con qué medidas se podría controlar o prevenir. Uno de los agricultores, que no había ido nunca a la escuela, dijo que había tres causas posibles para el daño sufrido por el maíz —las malas hierbas, las aves y el granizo— ninguna de las cuales había provocado los síntomas en el espécimen mostrado. El agricultor expuso las causas genéricas de los daños ocasionados a los cultivos, pero no atribuyó causas específicas a los distintos daños.

Por el contrario, otro agricultor keniano que había cursado siete años de enseñanza primaria elaboró un modelo causal complejo que identificaba correctamente la causa del daño y ofrecía una posible solución:

Esto es lo que hace la Amodonde, la oruga barrenadora del tallo [un insecto]. Ataca al tallo y provoca el marchitamiento a sus capullos, a veces sin que nadie se percate. Hay que comprar productos químicos en la tienda, aplicarlos cuando el maíz no esté muy crecido (entre unos 60 o 90 cm. de alto). Después de arrancar las malas hierbas, se rocían los capullos desde arriba cuando está a punto de llover para que no se sequen los productos químicos. También se puede poner sulfato de amoníaco que, además, es un buen abono de superficie.

Este agricultor entendió mejor cómo podía la tecnología aumentar la productividad gracias a sus estudios de primaria, en cuyo marco se enseñaba ciencias y se daban clases prácticas de agricultura, y en el que se concedía más importancia a la teoría científica que a la memorización."

Fuente: Eisemon, 1989, citado en Lockheed y Verspoor, 1991: 6.

¿Por qué la escolarización mejora de forma tan eficaz los medios de subsistencia? Cabe responder que, al menos en parte, la escolarización influye en las actitudes y en habilidades relacionadas con la generación de ingresos y la producción de alimentos como la propensión a adoptar innovaciones técnicas o nuevos métodos de producción. Un estudio realizado entre agricultores indios (Foster y Rosenzweig, 1996) puso de manifiesto que, durante la revolución verde, la educación aumentó la productividad de los trabajadores del sector agrícola cuando se introdujeron tecnologías como por ejemplo nuevas variedades de semillas. El aprendizaje dotó a algunos de estos trabajadores de la capacidad para entender la nueva tecnología y la apertura de espíritu necesaria para probarla (véase también el Recuadro 3.2). Estos agricultores mejoraron considerablemente su producción, mientras que los que no tenían instrucción quedaron atrasados⁹.

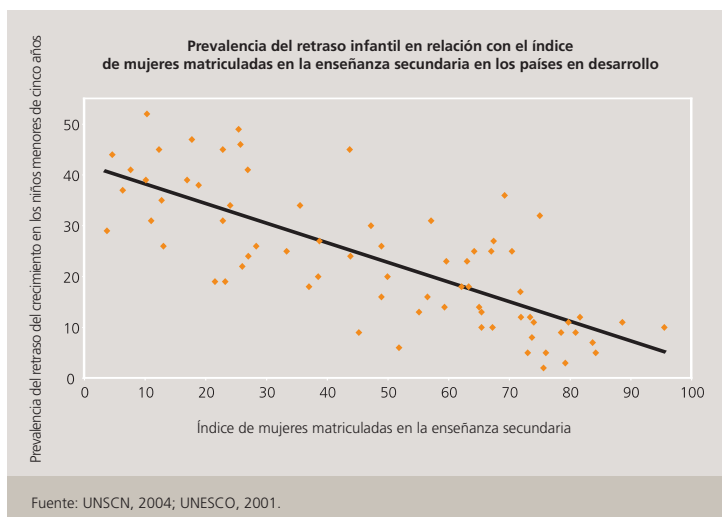
- **El camino hacia familias menos numerosas**

El aprendizaje también puede reducir el hambre más tarde en la vida influyendo en el momento de formar familia y el número de miembros que la componen. Las madres que han recibido educación tienden a casarse más tarde y a tener menos hijos. Un estudio realizado por el Banco Mundial en cien países puso de manifiesto que por cada cuatro años de estudios cursados, las mujeres tenían en torno a un hijo menos (Klasen, 1999). Cuando se reducen los índices de fecundidad, las madres pueden concentrar más la atención en cada hijo y los alimentos deben compartirse entre menos personas en una familia. La postergación del embarazo también da margen temporal al propio desarrollo físico (incluido el crecimiento del hueso de la pelvis), lo que es fundamental para la nutrición y la seguridad tanto de la madre como del feto.

- **El camino hacia una nutrición y una salud mejores**

El tercer camino es el impacto del aprendizaje en el conocimiento futuro sobre la nutrición y la salud de

Figura 3.3 — El aprendizaje de las mujeres está relacionado con una mejor nutrición durante la infancia



la madre. "Los resultados de las investigaciones indican claramente que el factor que más determina el estado nutricional y de salud del niño es el nivel de educación de su madre" (OMS, 1998: 9). La escolarización enseña a la madre a tomar medidas que mejoren su situación: lavar las manos antes de preparar las comidas, seleccionar el tipo de alimentos adecuado, prevenir las infecciones parasitarias de los niños, etc. La escolarización de las mujeres ha estado asociada con casi el 43% de la reducción de la malnutrición infantil en los países desarrollados entre 1970 y 1995 (Smith y Haddad, 2000). Esta relación también se confirma al comparar los índices de retraso del crecimiento de los niños menores de cinco años y la matriculación de mujeres en la escuela secundaria (Figura 3.3), que apuntan a una disminución de ese retraso con la educación.

- **El camino hacia la potenciación del papel de la mujer**

El cuarto camino son los efectos del aprendizaje en la potenciación del papel de la mujer. Diversos estudios realizados en el Asia meridional, el Asia subsahariana, América Latina y el Caribe dejan claramente de manifiesto que cuando la situación social de la mujer es superior (lo que con frecuencia

3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre

está asociado a una mayor escolarización) los efectos positivos de ese rango son importantes en las condiciones nutricionales de los niños. Parece que las mujeres de clase social más elevada se cuidan más y presentan un estado nutricional general mejor (Smith y otros, 2003). Esta tendencia puede mejorar la situación nutricional de sus hijos de diversas formas. Por una parte, una madre mejor nutrida puede ofrecer una mejor nutrición al feto y una leche de más calidad a su hijo. Por otra, estas mujeres pueden tener una mayor influencia en el hogar y, por consiguiente, lograr que los recursos se destinen principalmente a los niños. Además, sus ingresos son mayores, lo que les permite ofrecer unos cuidados de más calidad.

- **El camino hacia una visión positiva del aprendizaje**

Los padres que han estudiado tienen más probabilidades de enviar a sus propios hijos a la escuela y crear así un círculo virtuoso de educación. Esta afirmación es especialmente cierta en lo que se refiere a las mujeres y las oportunidades educativas de las niñas. El nivel de estudios de la madre tiene una mayor influencia en la educación de sus hijas que en la de sus hijos, y dicha influencia es ligeramente superior a la del padre (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b). La educación de la madre parece ser importante por tres motivos. En primer lugar, al tener la madre mayores ingresos, puede invertir en escolarización. En segundo lugar, al haber recibido educación, la madre constituye un modelo positivo para su hija. Y, por último, la madre está mejor preparada para ayudar a sus hijos en las tareas escolares y otras actividades pedagógicas (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b).

Habilidades y conocimientos específicos

Si bien estos "caminos" dotan a los futuros padres de una mayor capacidad para aportar una buena nutrición a sus familias, el aprendizaje en los niños en edad escolar también puede tener un efecto inmediato en el hambre. A los niños se les puede

enseñar hábitos concretos que les permitirán abordar mejor cuestiones relacionadas con el hambre como el VIH/SIDA, la nutrición y el embarazo.

El VIH/SIDA, por ejemplo, puede menoscabar la capacidad de una familia para alimentarse (Gillespie y Kadiyala, 2005). Cuando uno de los padres u otro miembro productivo del hogar se enferma, la disminución de la producción de alimentos y de los ingresos repercute en toda la familia. Y, además, la persona enferma requiere cuidados y alimentos adicionales, lo que exige tiempo y dinero. A la familia le puede ser difícil hacer frente a estas necesidades, y el riesgo de que pase hambre es mucho mayor. Si se puede informar a los niños de las formas de transmisión, quizá éstos tomen medidas para protegerse a sí mismos y a otros de la infección.

Otros ejemplos de lo que puede enseñarse a los niños son la importancia de comer frutas y verduras, de lavarse las manos después de pasar por la letrina y antes de comer o de proteger los alimentos de las moscas. Estos hábitos pueden ayudarles a mejorar su estado nutricional de forma inmediata. A las adolescentes también se les puede enseñar la importancia de retrasar el embarazo, ya que, esperar a tener su primer hijo mejorará enormemente el estado de salud y nutrición de su hijo y los suyos propios.

3.3 Edad adulta

La edad adulta es la etapa de la vida en la que las inversiones realizadas anteriormente en el aprendizaje dan sus beneficios, a través de los caminos arriba descritos. Las oportunidades de aprender en este período pueden reforzar los logros conseguidos a través de estos caminos, contribuyendo a la buena nutrición de los adultos y a romper la transmisión del hambre de una generación a otra. En estos casos, el aprendizaje no consiste tanto en crear capacidad para hacer frente a las cuestiones relacionadas con el hambre en el futuro (aunque sí lo hace), sino en

inculcar aptitudes y aportar conocimientos que los adultos puedan aplicar directamente para mejorar su situación y la de sus hijos.

Habilidades y conocimientos específicos

Las actividades de formación pueden mejorar los medios de subsistencia principalmente de dos maneras. En primer lugar, mediante los programas de extensión agrícola y otros programas, se puede aumentar la producción de los cultivos y, con ello, la disponibilidad de alimentos para la familia. En segundo lugar, mediante los microcréditos y otros planes, es posible aumentar los ingresos del hogar, mejorando su acceso a los alimentos en el mercado. Al incrementar así la seguridad alimentaria de los hogares, éstos podrán disponer de más recursos para satisfacer las necesidades nutricionales de padres e hijos.

Sin embargo, en la mayoría de los contextos, para que estas actividades de formación de adultos sean eficaces deben ir acompañadas de otros programas de desarrollo. Es especialmente importante transferir la responsabilidad de organizar las actividades económicas locales a la población local. La posibilidad de asumir facultades económicas y de gestionar los recursos, que en un principio podrían ser bastante modestos —como lo demuestran numerosos ejemplos de microfinanciación—,

estimula la demanda de educación y hace más pertinente la formación de adultos.

Una formación de adultos adecuada también puede ayudar a las personas que padecen hambre a utilizar de forma más eficaz los alimentos. La formación les puede ayudar a seleccionar el tipo de alimentos apropiados para cultivar o comprar, a fin de satisfacer mejor sus propias necesidades energéticas (macronutrientes) y de vitaminas y minerales (micronutrientes). Asimismo, esta formación puede ayudar a las madres a saber cuáles son los alimentos más adecuados para sus hijos, así como a consumir las cantidades necesarias de alimentos, reconociendo, por ejemplo, que las mujeres necesitan ingerir más nutrientes de lo normal cuando están embarazadas.

En el marco de esta formación, también se puede enseñar a mejorar la higiene y el saneamiento y a prevenir las enfermedades, que con frecuencia son factores que contribuyen a la desnutrición. La enseñanza, ya sea impartida mediante clases de alfabetización u otras actividades, aporta también otros beneficios. Los padres que saben leer y escribir suelen valorar más el aprendizaje, respeto que suele traducirse en un mayor apoyo a la escolarización de sus hijos (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b).

3. Las repercusiones del aprendizaje en el hambre

Intermezzo 3: El estudio jamaicano

Durante decenios, el tratamiento de la malnutrición se ha basado en facilitar los nutrientes esenciales y en curar las enfermedades. Pero un destacado estudio realizado entre niños jamaicanos puso de relieve un componente de recuperación que en gran medida se había desatendido: la función de la estimulación psicosocial.

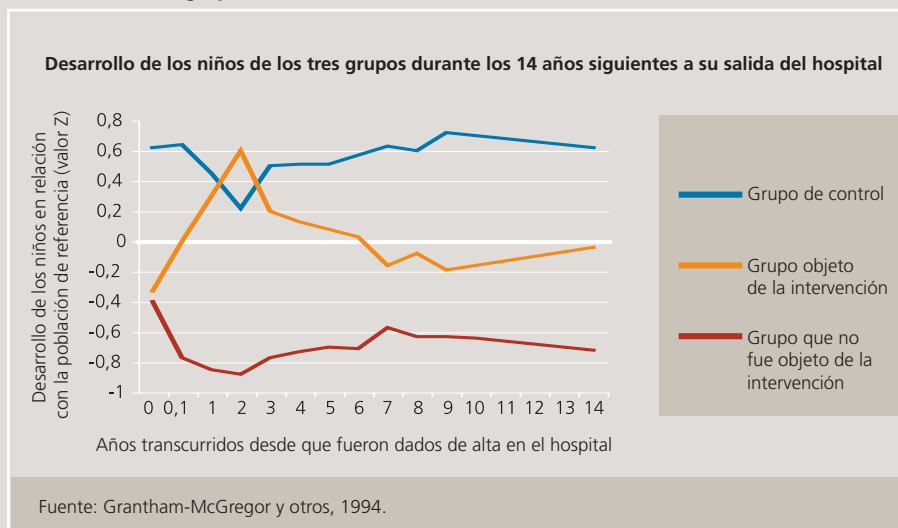
Ya de adulto, el famoso arquitecto americano, Frank Lloyd Wright, atribuyó parte de su éxito internacional a los juegos que había compartido con su madre de niño. Incluso de bebé, decía, su madre le ponía juegos de construcción de Froebel por encima de la cuna, que él miraba fascinado. El arquitecto hizo remontar su capacidad especial a ese tipo de interacciones tempranas. Aunque esta afirmación pueda parecer exagerada, lo cierto es que los investigadores han reconocido cada vez más la importancia de la estimulación en el desarrollo mental a largo plazo del niño.

Esta premisa era uno de los pilares fundamentales de uno de los estudios más importantes realizados sobre la estimulación y la malnutrición. En 1975, cincuenta y cuatro niños pequeños terminaron en un hospital universitario en Kingston (Jamaica). Treinta y cinco de ellos estaban gravemente desnutridos. Los investigadores querían averiguar si la estimulación podía ayudar a los niños a recuperarse de los daños causados por la desnutrición.

Los niños fueron divididos en tres grupos: un grupo de control de 19 niños que no estaban desnutridos; un grupo de control de 17 niños que estaban desnutridos y que no fueron objeto de la intervención; y un grupo de 18 niños que también estaban desnutridos y que sí fueron objeto de la intervención. A diferencia del grupo de niños que no fue objeto de intervención, los niños del grupo que sí lo fue recibieron estimulación en el hospital y en visitas a domicilio durante un período de tres años tras ser dados de alta en el hospital. Durante las visitas, el personal encargado de prestar cuidados jugó con los niños utilizando juguetes hechos en casa y mostraron a las madres las nuevas técnicas que podían utilizar.

Para evaluar los efectos de la intervención a más largo plazo, los investigadores realizaron un seguimiento a los seis y los 14 años que siguieron a su salida del hospital. Observaron que, durante los primeros tres años de la intervención, los coeficientes intelectuales de los niños habían aumentado considerablemente, e incluso alcanzado o sobrepasado los del grupo de control que nunca había sufrido desnutrición. Sin embargo, después de los seis años de edad (tres años después de la intervención), sus coeficientes intelectuales habían descendido substancialmente. A los 14 años, sus coeficientes habían incluso disminuido ligeramente, pero se había frenado su descenso, y posteriormente se había estabilizado y empezado a aumentar algo.

Figura 3a — La estimulación permitió aumentar los coeficientes de inteligencia, incluso a largo plazo

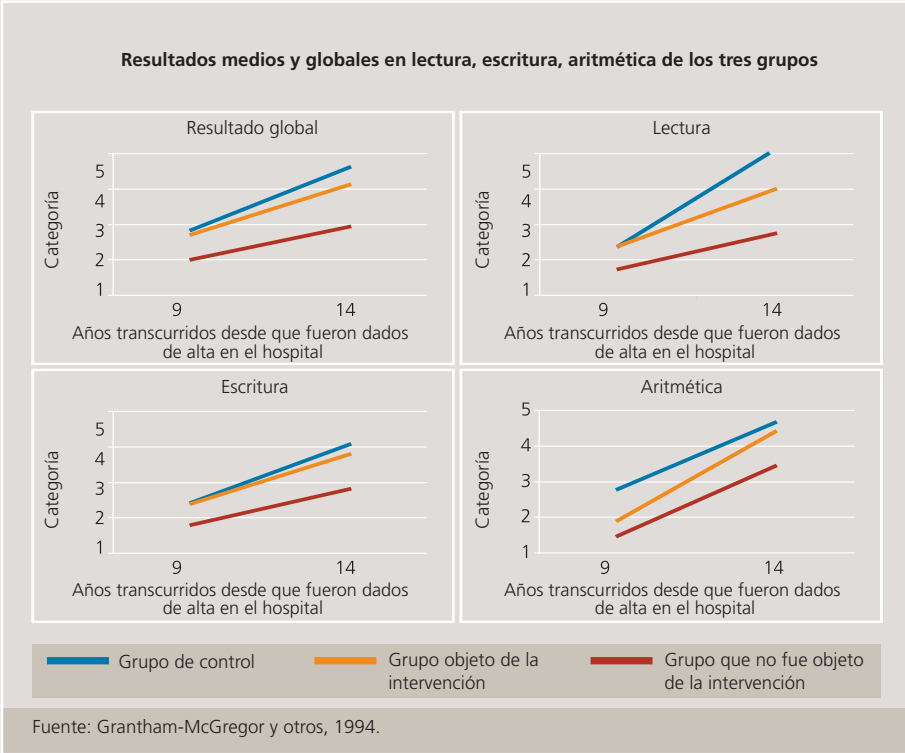


El dato más significativo de estas conclusiones es que los resultados del grupo que fue objeto de la intervención fueron sistemáticamente superiores a los del grupo que no lo fue, a un nivel estadísticamente importante. El CI del grupo que no fue objeto de la intervención disminuyó rápidamente durante los años inmediatamente siguientes a la hospitalización. Aunque los niveles se recuperaron un tanto posteriormente, seguía existiendo una gran diferencia entre ellos y los grupos de intervención y de control, incluso 14 años después de abandonar el hospital. En ámbitos tales como la lectura, la escritura y la aritmética se registraron diferencias semejantes.

Basándose en estas conclusiones, los investigadores llegaron a la conclusión de que "la estimulación psicosocial debería formar parte integrante del tratamiento de los niños que padecen desnutrición grave". En el pasado, se desestimaba a menudo la importancia —y la dificultad— de proporcionar este tipo de estimulación en zonas donde prevalecían la desnutrición aguda y el hambre.

Fuente: Grantham-McGregor y otros, 1994.

Figura 3b — La estimulación mejoró los resultados en diversos ámbitos



4. Intervenciones prácticas

En un antiguo templo situado en una aldea del Estado indio de Rajistán, se lleva a cabo un programa de alimentación suplementaria para niños. En las paredes, las ilustraciones de diferentes alimentos y enfermedades infantiles comunes compiten por la atención con las imágenes de las deidades. De alguna forma, la yuxtaposición entre los problemas humanos y los poderes divinos refleja acertadamente la gravedad de la situación: varios niños que acuden al centro muestran signos visibles de desnutrición crónica, y al menos uno de ellos sufre retraso mental.

Los responsables de la elaboración de políticas pueden verse enfrentados a un sinnúmero de inquietantes anécdotas y estadísticas acerca del estado de la población adulta e infantil de su país. En los capítulos anteriores se demostró la importancia decisiva de abordar los problemas de nutrición deficiente y aprendizaje inadecuado en cada una de las etapas de la vida. Pero ¿qué es lo que hay que hacer concretamente? En este capítulo se describen diversas intervenciones eficaces en relación con la nutrición y el aprendizaje en la primera infancia, la edad escolar y la edad adulta.

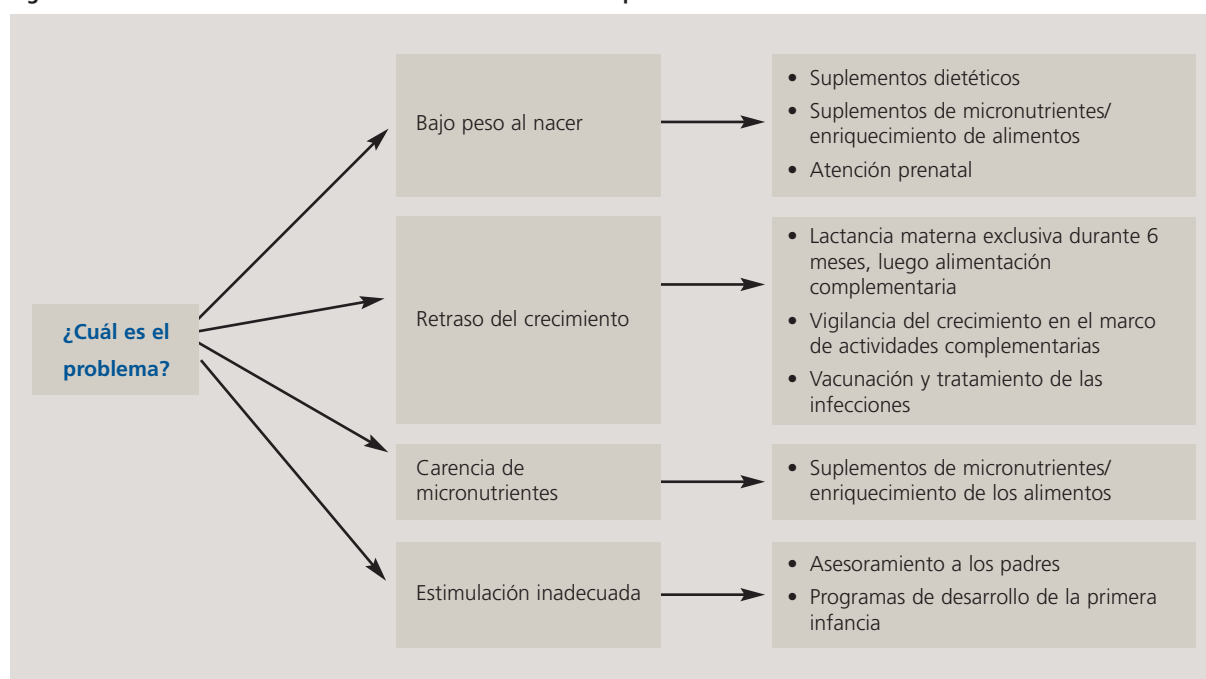
4.1 Intervenciones en la primera infancia

En el caso de la primera infancia, deben establecerse las intervenciones necesarias para hacer frente a los principales factores de deterioro de las capacidades mentales: el bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento, la carencia de micronutrientes y la estimulación inadecuada. Algunas de las principales intervenciones que han dado buenos resultados se esquematizan en la Figura 4.1. En muchos casos, la multiplicidad de los problemas exigirá la aplicación de intervenciones múltiples, por lo que habrán de prepararse intervenciones globales en función del contexto.

Bajo peso al nacer

El estado nutricional y sanitario de la madre influye muy directamente en el crecimiento intrauterino del feto, en su peso al nacer y en cualquier daño relacionado que sufriera su desarrollo cerebral. Por ello, es importante velar por la buena nutrición de la madre a lo largo del embarazo. Habrán de contemplarse

Figura 4.1 — Resumen de las intervenciones realizadas en la primera infancia



4. Intervenciones prácticas

diversas intervenciones en función del contexto: suministro de suplementos, alimentación complementaria, administración de suplementos de micronutrientes o enriquecimiento de los alimentos y atención prenatal.

• Suplementos dietéticos

En lugares en los que las mujeres embarazadas padecen desnutrición, complementar su dieta alimentaria con aportes proteicoenergéticos equilibrados favorece el crecimiento intrauterino del niño y reduce el riesgo de bajo peso al nacer (de Onis y otros, 1998). Uno de los estudios recientes más alentadores procede de Gambia, en donde se suministró a 1.460 mujeres con carencias alimentarias crónicas un complemento alimenticio elaborado in situ, una oblea hecha a base de cacahuete, arroz, harina, azúcar y aceite de cacahuete. Aunque sólo empezaron a tomar el complemento alimenticio a mitad del embarazo, los resultados fueron impresionantes. El bajo peso al nacer disminuyó en un 39%, y en un 42% en la "estación del hambre" (Ceesay y otros, 1997). Los metaanálisis de otras experiencias parecen confirmar la tesis de que los complementos alimenticios pueden reducir el bajo peso al nacer (Allen y Gillepsie, 2001)¹⁰.

• Suplementos de micronutrientes/ enriquecimiento de alimentos

Los suplementos de micronutrientes y alimentos enriquecidos también pueden ayudar a preservar el estado nutricional de la mujer embarazada y prevenir el bajo peso al nacer. Hasta hace poco, no había pruebas concluyentes de que las vitaminas y minerales mejorasen el peso neonatal (Allen y Gillepsie, 2001). Sin embargo, estudios recientes parecen demostrar las virtudes de la administración de una combinación de micronutrientes. Un estudio sobre refugiados bhutaneses en Nepal, por ejemplo, mostró que la introducción en la dieta de mezclas alimentarias enriquecidas contribuía a reducir el porcentaje de niños con bajo peso al nacer del 18% al 8% (Shrimpton y otros, 2003; véase el Recuadro 4.1). Según otro

estudio reciente realizado en Nepal, la administración de un complejo multivitamínico durante el embarazo tiene mayores efectos en el aumento del peso al nacer que la administración de suplementos dietéticos simples (Osrin y otros, 2005)¹¹, como el hierro o el zinc, cuya incidencia es menos clara¹².

• Atención prenatal

Durante el embarazo, la atención prenatal (esto es, los cuidados previos al nacimiento) puede favorecer la adecuada nutrición de la mujer embarazada y el feto al proporcionarles control, asesoramiento y tratamiento. Los profesionales competentes de los centros sanitarios locales, usando básculas y otro equipo sencillo, pueden asistir a la mujer embarazada vigilando el desarrollo del feto. Pueden también dar consejos sobre la necesidad de descansar, evitar fumar durante el embarazo y comer más, y determinar si se necesitan otros suplementos dietéticos¹³. Los centros de atención prenatal pueden asimismo ayudar a las madres a prevenir y tratar infecciones. El paludismo, por ejemplo, tiene efectos particularmente nocivos sobre el peso al nacer, y las mujeres que están en su primer embarazo tienen menor inmunidad a esta enfermedad¹⁴.

Trastornos del crecimiento

Desde el punto de vista nutricional, son numerosos los riesgos que amenazan al niño durante la primera infancia. Los trastornos del crecimiento son signo de deterioro físico y seguramente mental en el niño, aunque hay medidas que dan buenos resultados, como la lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses, la posterior introducción de complementos alimenticios, los controles regulares de la evolución del niño a través de programas comunitarios de vigilancia del crecimiento y la prestación de servicios sanitarios.

• Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y luego alimentación complementaria

La lactancia exclusiva contribuye al desarrollo cognitivo de tres maneras diferentes. En primer

lugar, los ácidos grasos de la leche materna contribuyen al desarrollo cerebral del bebé. Varios estudios han demostrado que la lactancia natural tiene efectos positivos sobre los coeficientes de inteligencia (Anderson y otros, 1999). En segundo lugar, al mitigar la propensión y la exposición a las infecciones del bebé se reducen las posibilidades de desnutrición por enfermedad. A este respecto, es particularmente importante iniciar la lactancia en las primeras horas después del parto. El calostro, primera leche materna, tiene un contenido más bajo en grasas y más alto en proteínas, gran parte de las cuales son inmunológicas. Por ello, iniciar la lactancia materna cuanto antes reduce los riesgos de diarrea, infecciones respiratorias y otras enfermedades comunes en la primera infancia (Holman y Grimes, 2001). La lactancia natural reduce asimismo las posibilidades de infección por utensilios contaminados. En tercer lugar, ayuda a establecer vínculos entre madre e hijo y es fuente de estimulación (véase infra).

Sin embargo, sólo aproximadamente la tercera parte de los bebés del mundo se alimenta exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad (UNICEF, 2004; véase también el Mapa 4.1)¹⁵. En Chile, Malí y otros lugares se han realizado campañas eficaces de fomento de la lactancia natural (en las que el mensaje se difundió en diferentes medios, como los centros sanitarios, la radio y la televisión).

En torno a los seis meses de edad, la leche materna ya no puede aportar los nutrientes esenciales el niño, un ser activo y en crecimiento. A partir de este momento y hasta los dos años aproximadamente, los niños necesitan también complementos alimenticios ricos en nutrientes. Estudios basados en la observación han demostrado que con la mejora de las prácticas alimentarias complementarias puede llegar a reducirse la malnutrición en hasta un 20% en el primer año de vida (Caufield y otros,

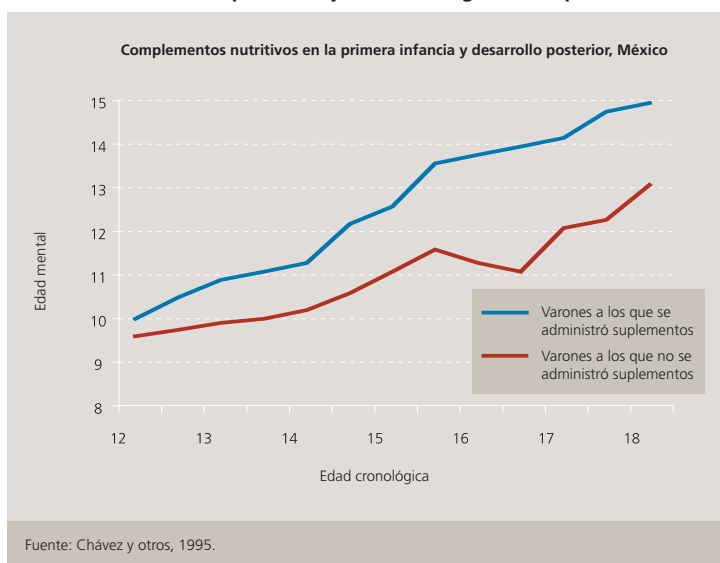
1999a). En caso de que la composición de los alimentos complementarios sea inadecuada y su cantidad insuficiente, es necesario considerar la posibilidad de proporcionar suplementos. Los efectos en la inteligencia de los niños pueden ser espectaculares.

En Texonteopán, una localidad pobre de México, se realizó un largo estudio con niños (Chávez y otros, 1995), a la mitad de los cuales se les administró hasta los dos años de edad un suplemento en forma de leche enriquecida con vitaminas y minerales. Todos ellos fueron amamantados, estimulados y gozaron de los tratamientos sanitarios oportunos. Posteriormente, la edad mental de los niños que recibieron complementos nutritivos resultó ser significativamente más elevada que la de los demás niños de la aldea que no la habían recibido (Figura 4.2)¹⁶.

- **Programas comunitarios de vigilancia del crecimiento**

La vigilancia del crecimiento en las comunidades permite a las madres y a las demás personas que se ocupan de los niños detectar trastornos en el desarrollo infantil y obtener el asesoramiento adecuado para subsanarlos. Las medidas básicas son los controles de

Figura 4.2 — El suministro de complementos nutritivos en la primera infancia puede mejorar la inteligencia de por vida



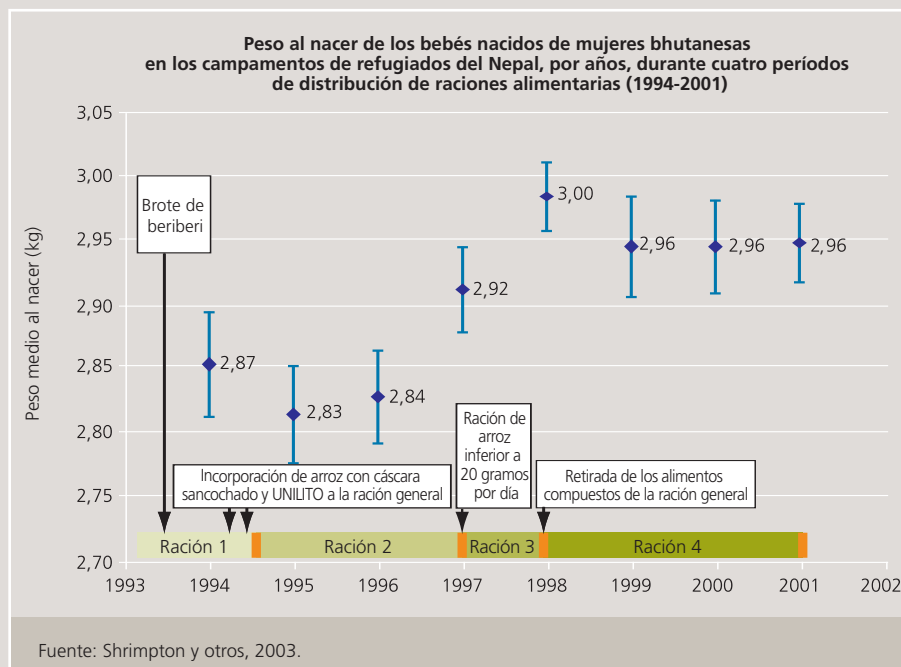
4. Intervenciones prácticas

Recuadro 4.1 — Los alimentos enriquecidos con micronutrientes reducen la insuficiencia ponderal al nacer entre los refugiados bhutaneses en Nepal

Un análisis de los archivos médicos de los refugiados bhutaneses en Nepal puso al descubierto un sorprendente resultado que refuta la idea de que se necesitan varias generaciones para reducir el bajo índice de peso al nacer. Según el análisis, este índice había descendido entre los refugiados del 18% en 1995 al 8% en 1998. En cambio, en los hospitales de la misma zona de Nepal, el índice de nacimientos con bajo peso fue superior al 30%. Los refugiados habían llegado de Bhután tan sólo entre 1992 y 1993, período en el que estos índices se situaban en torno al 30%. Por lo tanto, los cambios tuvieron que producirse durante los cinco años en que vivieron como refugiados.

Para resolver el misterio, se examinaron los registros médicos de las madres. Las mejoras en el peso al nacer de los niños nacidos en los campamentos se debieron por lo menos en parte a cambios en los alimentos incluidos en la ración general suministrada (ya que en ese período cambiaron pocas otras cosas¹⁷). En 1993, como consecuencia de un brote de beriberi, escorbuto y estomatitis angular (todas enfermedades asociadas a carencias nutricionales), se sustituyó el arroz descortezado por arroz con cáscara sancochado y se añadió UNILITO, un alimento compuesto enriquecido, a fin de reforzar la dieta general de los refugiados en 1994. Tras los cambios en la ración general, el peso al nacer aumentó de forma constante pasando de 2,8 kilogramos a 3,0 kilogramos durante el período comprendido entre 1994 y 1998. En 1998, no obstante, se retiró el UNILITO de la ración general y el peso al nacer de los niños se estabilizó.

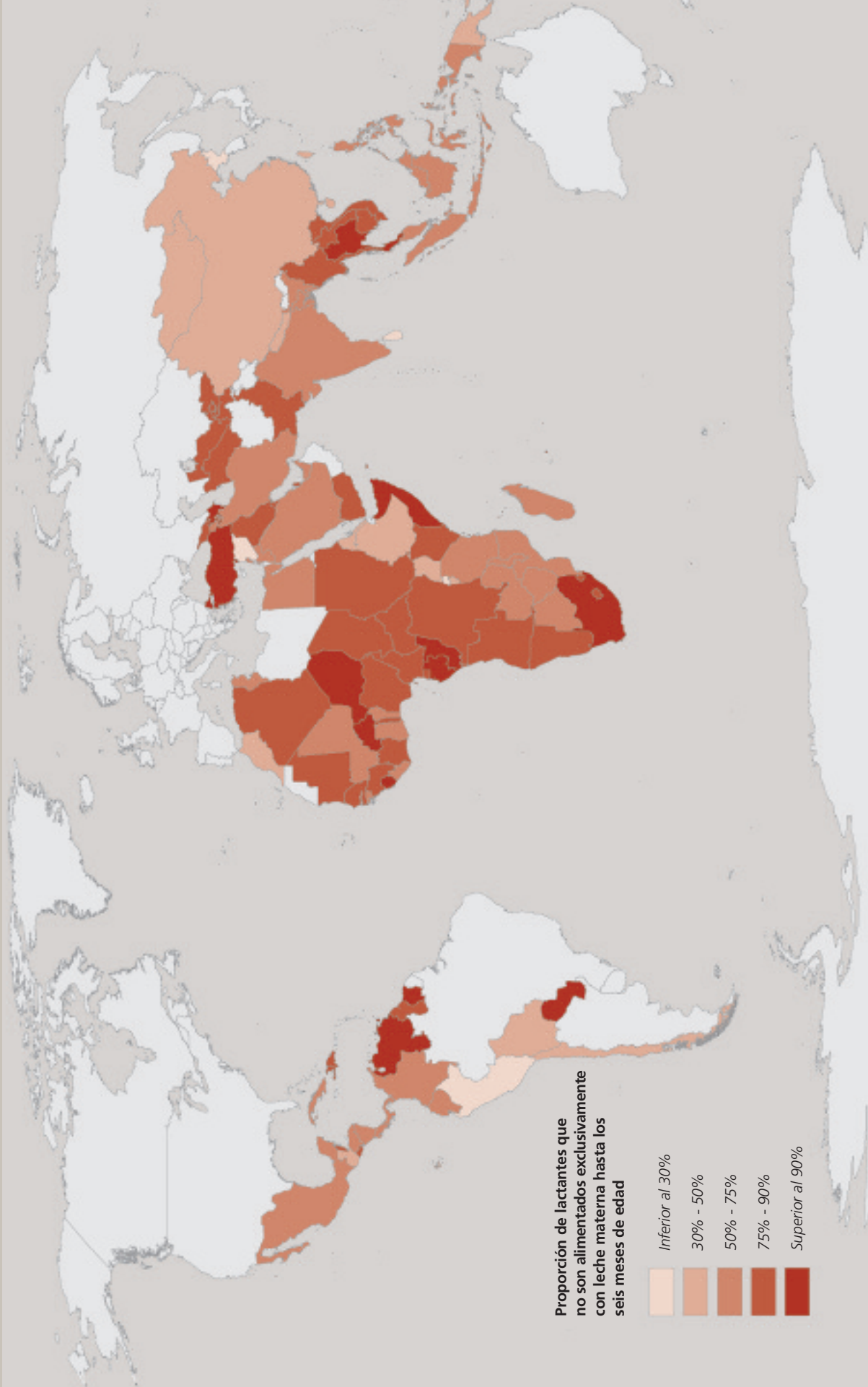
Figura 4a — El peso al nacer puede mejorar



De los resultados se infiere que el suministro de suplementos de micronutrientes aumenta rápidamente el peso al nacer y que se pueden lograr mejoras espectaculares incluso en zonas de refugiados.

Fuente: Shrimpton y otros, 2003.

Mapa 4.1 — Aún es posible incorporar un "mundo" de mejoras en la lactancia



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación oficial alguna. Mapa elaborado por la Dirección de VAM del PMA.
Fuente de datos: UNSCN.

4. Intervenciones prácticas

peso mensuales durante los primeros 18 o 24 meses, el uso de gráficos de crecimiento para evaluar su evolución y tomar medidas cuando éste no fuera adecuado y la orientación de las madres y el personal de atención sanitaria. Los programas son más eficaces cuando proporcionan recomendaciones para el crecimiento individual y ayudan a generalizar las medidas de apoyo de la comunidad al crecimiento infantil y la obtención de medios de subsistencia seguros (Allen y Gillepsie, 2001). La concepción esmerada de los programas de control del crecimiento y la disposición a adaptarlos es fundamental, pues en el pasado muchos de ellos han debido afrontar dificultades prácticas (véase Ruel, 2005).

- **Inmunización contra las enfermedades que contribuyen a los trastornos del crecimiento y su tratamiento**

Enfermedades como la diarrea, el paludismo y la neumonía pueden contribuir a la desnutrición al afectar a la ingesta alimentaria (reduciendo el apetito y aumentando las necesidades metabólicas) y a la capacidad de absorber los alimentos (expulsando los nutrientes o impidiendo la absorción de otras maneras). Es por lo tanto importante inmunizar completamente a los niños y asegurarse de que reciban tratamiento para las enfermedades comunes (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a).

Carencias de micronutrientes

Si bien muchas vitaminas y minerales (entre ellos el zinc y la vitamina A) afectan al desarrollo durante la primera infancia, las carencias de yodo y hierro son una de las principales causas de la disminución de la capacidad intelectual.

- **Enriquecimiento con yodo de los alimentos o aportación de suplementos de este micronutriente**

La forma más eficaz de reducir las carencias de yodo en una población es enriquecer la sal con yodo, es decir, "yodarla". Casi todos los países desarrollados y un número cada vez mayor de países en desarrollo, entre ellos la India, han procedido a la yodación "universal"

de la sal, lo que en la práctica significa que más del 80% de los hogares pueden obtener sal yodada (Allen y Gillepsie, 2001). En regiones aisladas, otra posibilidad es inyectar a la población aceite yodado, cuyos beneficios positivos se prolongan durante un máximo de cuatro años. Se ha demostrado que las inyecciones antes del embarazo previenen el cretinismo endémico en algunas zonas (Allen y Gillepsie, 2001). Un estudio de los efectos del aceite yodado en las habilidades cognitivas de los niños de la zona norte del antiguo Zaire demuestra que éste aporta mejoras significativas (véase la Figura 4.3).

- **Enriquecimiento de los alimentos con hierro o aportación de suplementos de este micronutriente**

Para hacer frente a las carencias de hierro es igualmente eficaz la aportación de suplementos como el enriquecimiento de los alimentos. A las mujeres embarazadas que sufran anemia se les puede administrar suplementos de hierro (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a). Se ha demostrado que aumentan el nivel de hierro en muchas pruebas, pero existen menos indicios de sus efectos en el feto. También pueden suministrarse suplementos de hierro a los niños en edad preescolar, período en el que la carencia de este micronutriente constituye un problema. Se han enriquecido con éxito: la leche en polvo en Chile, diversos alimentos complementarios en Ghana, sal en la India y trigo y maíz en Venezuela (Allen y Gillepsie, 2001). En Chile, el enriquecimiento redujo la anemia infantil de un 27% a casi cero. En su caso, se podrá animar a las madres y a los niños expuestos a riesgo a que consuman más productos animales (Allen y Gillepsie, 2001).

Estimulación inadecuada

Las intervenciones psicosociales en los primeros años de vida son fundamentales para estimular debidamente las neuronas en un cerebro en desarrollo e inculcar la capacidad cognitiva básica para las siguientes etapas de la vida. Las intervenciones pueden consistir en asesoramiento a los padres y en programas específicos para los niños.

- **Asesoramiento a los padres**

Como hemos visto, la estimulación puede tener efectos espectaculares en el desarrollo cognitivo de los niños pequeños, especialmente en aquellos que han sufrido desnutrición (Figura 3.2 e Intermezzo 3). Puede llevarse a cabo de diversas formas: jugando con los niños, hablándoles o interesándose por sus exploraciones del mundo que les rodea. La lactancia también puede contribuir a establecer un vínculo estrecho entre la madre y el niño y brinda oportunidades tempranas para la estimulación. Sin embargo, a menos que los padres sean conscientes de la importancia de la estimulación, pueden desatenderla en sus esfuerzos por proporcionar suficientes alimentos a la familia. Los grupos de madres, los voluntarios sanitarios de la comunidad y el personal sanitario de los centros sanitarios locales pueden ofrecer asesoramiento sobre la estimulación, que debería ser un componente de su labor de apoyo.

- **Programas de desarrollo del niño en la primera infancia**

Los programas de desarrollo del niño en la primera infancia, destinados normalmente a niños de más de tres años de edad, puede contribuir al continuo desarrollo cognitivo. Las evaluaciones han demostrado su eficacia en producir beneficios duraderos para la inteligencia y la futura productividad (Banco Mundial, 2005b). Algunos

programas, como el Programa Integrado de Desarrollo del Niño, llevado a cabo en Bolivia, ofrecen intervenciones psicosociales, sanitarias y nutricionales complementarias. Otros programas se centran específicamente en brindar a los niños oportunidades adecuadas de estimulación (Banco Mundial, 2005b). En el marco del Programa de Educación de la Madre y el Niño y del Proyecto de Educación del Niño en la Primera Infancia, ejecutados respectivamente en Turquía y la India, se enseña a las madres a interactuar con sus hijos y a estimularlos (Banco Mundial, 2005b). Una alternativa para los niños más pequeños son las guarderías, que en la medida de lo posible están vinculadas a los centros sanitarios locales que pueden proporcionar servicios de tratamiento antiparasitario y otros tipos de servicios.

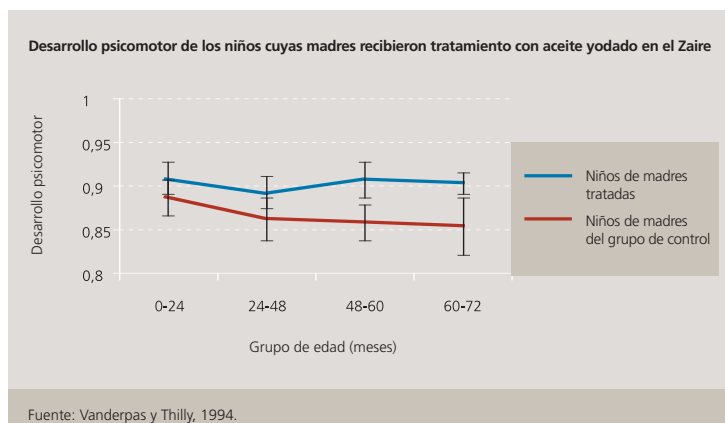
Problemas multidimensionales

En muchos casos, no es un solo problema sino varios que, en conjunto, contribuyen a aumentar el hambre y obstaculizan el aprendizaje en la primera infancia. Estas situaciones requieren una serie de intervenciones.

- **Programas integrados de nutrición y atención**

Los programas integrados abarcan varias intervenciones. Cuando se administran complementos alimenticios a una mujer embarazada, también es un buen momento para prestarle asesoramiento sobre cómo cuidarse y cómo cuidar a su hijo durante la gestación y la primera infancia. Los niños, a la vez que reciben apoyo nutricional, pueden ser estimulados. Los programas pueden ser diferentes en función de la situación. Los programas de salud y nutrición de la madre y el hijo, tratamiento integrado de las enfermedades infantiles y desarrollo del niño en la primera infancia están todos ellos destinados a ofrecer una serie de intervenciones adecuadas para los distintos contextos.

Figura 4.3 — El aceite yodado aumenta la capacidad intelectual de los niños



4. Intervenciones prácticas

4.2 Intervenciones en la edad escolar

Para los niños en edad escolar, las intervenciones deben abordar los problemas relacionados con la escasa escolarización y la asistencia, la capacidad de atención limitada, las carencias de micronutrientes y una falta de formación y conocimientos específicos para hacer frente al hambre. En la Figura 4.4, se presentan algunas de las intervenciones más eficaces, basadas en la experiencia sobre el terreno. Cada intervención resulta efectiva para alcanzar ciertos objetivos y puede ser necesario encontrar una combinación adecuada para ciertos contextos.

Escasa escolarización y asistencia a la escuela

Varias intervenciones han demostrado ser particularmente eficaces para aumentar los índices de escolarización y asistencia a la escuela en zonas donde el hambre es prevalente: alimentación escolar, transferencias condicionales (raciones para llevar a casa y transferencias de efectivo) y reducciones de los derechos escolares. Ahora bien, la ausencia de recursos fundamentales, como profesores o escuelas, también afectará negativamente a estos parámetros.

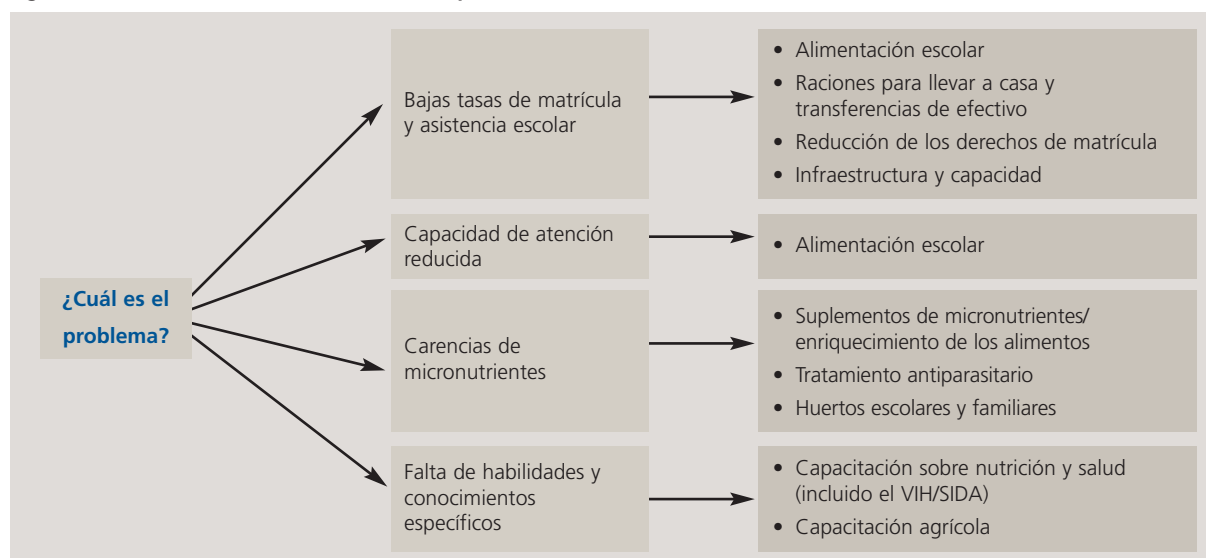
• Alimentación escolar

La alimentación escolar consiste en ofrecer a los alumnos una comida o una merienda a lo largo de la

jornada escolar. La comida actúa como incentivo para la asistencia, lo que aumenta el número de matrículas, en particular de niñas, en lugares donde el hambre y la desnutrición son un problema (véase la Figura 4.3). En Bangladesh, gracias a un programa de alimentación escolar que abarcó 6.000 escuelas, se consiguió incrementar el índice de escolarización en un 14,2% (Ahmed, 2004). Según el Programa Mundial de Alimentos para la Educación, la tasa de escolarización aumentó, en promedio, un 10,4% —y en un 11,7% en el caso de las niñas— en las 4.000 escuelas abarcadas por el estudio. Otros estudios han puesto de manifiesto la obtención de resultados positivos en los Andes peruanos (Pollitt y otros, 1996), Malawi (UNICEF, 2002b) y la India (Laxmaiah y otros, 1999).

No obstante, estos programas son mucho más eficaces si se reúnen ciertas condiciones. En primer lugar, las comidas deberán proporcionarse con la suficiente regularidad a fin de constituir un auténtico incentivo para que los alumnos se matriculen y permanezcan en la escuela. En segundo lugar, las comidas deberán tener el suficiente valor económico para compensar los costos de oportunidad en que incurren las familias por enviar a los niños a la escuela¹⁸. Por este motivo y en tercer lugar, la alimentación escolar suele ser más eficaz cuando existe hambre y pobreza graves pero no extremas (Levinger, 1986; PMA y otros, 1999). Cuando

Figura 4.4 — Resumen de las intervenciones que se llevan a cabo en los niños en edad escolar



las personas viven en condiciones miserables, las comidas no ofrecen suficiente compensación a las familias, y éstas por tanto prefieren que los niños se queden en casa para trabajar. En cuarto lugar, donde la alimentación escolar tiene mayores repercusiones en los índices de matriculación y de asistencia es en zonas en que el número de niños sin escolarizar es elevado. Si la mayoría de los niños ya van a la escuela, los programas de alimentación sólo tendrán unas repercusiones limitadas (Levinger, 1986; PMA y otros, 1999). Por último, los padres y las comunidades tienen que conocer las ventajas y las limitaciones del programa y participar activamente en su ejecución (PMA y otros, 1999)¹⁹.

- **Raciones para llevar a casa y transferencias de efectivo**

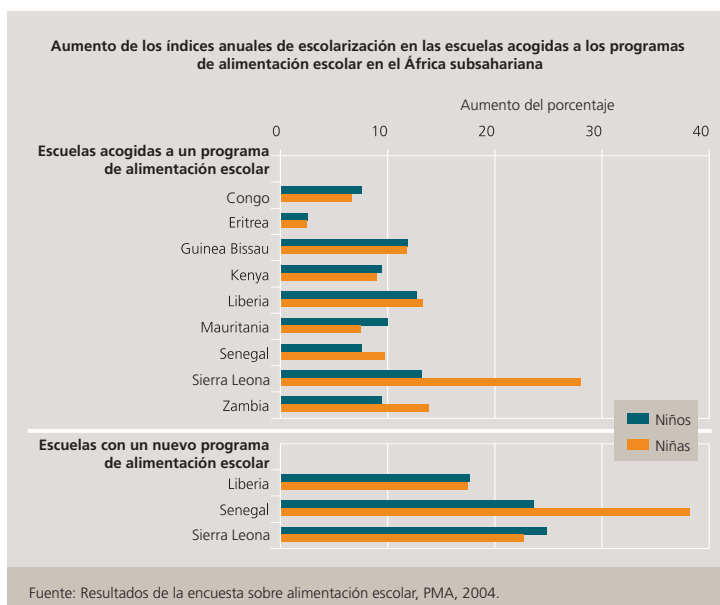
Las raciones para llevar a casa y las transferencias de efectivo también pueden ayudar a que los niños vayan a la escuela, aunque, al igual que ocurre con la alimentación escolar, resultan más eficaces cuando van dirigidas a niños desnutridos y a familias pobres. Estas raciones consisten en unas determinadas cantidades de alimentos que se entregan a los escolares a intervalos regulares para que los lleven a sus familias. A veces se les denomina transferencia condicional, ya que los alimentos se dan con la "condición" de que los padres envíen al niño a la escuela con regularidad. En el Camerún, estas raciones hicieron incrementar en promedio el índice de escolarización de las niñas un 27% (FAS Online, 2005). En el Pakistán, las familias de cada una de las alumnas que asistían a la escuela durante al menos 20 días recibían una lata de 5 litros de aceite vegetal al mes, un producto básico valiosísimo para ellas. De esta forma, se contribuía a modificar la actitud de los padres acerca de la educación de la mujer, y las familias podían aceptar mejor que se instruyera a sus hijas (PMA, 2001). En Marruecos y El Níger se han logrado resultados similares (PMA, 2001).

Las transferencias de efectivo también pueden aumentar los índices de escolarización. Asimismo,

las becas y estipendios pueden contribuir a cubrir los costos indirectos y de oportunidad. En Bangladesh, gracias a un estipendio que cubría las tasas, los libros, los uniformes y el transporte, el número de matrículas aumentó hasta duplicar la media nacional (Banco Mundial, 2003). En México, en el marco del programa Oportunidades (anteriormente denominado PROGRESA) se conceden asignaciones en efectivo a las familias pobres para compensar los costos de oportunidad asociados al hecho de enviar a los niños a la escuela. En particular, este programa permitió aumentar el índice de escolarización de las niñas y en la actualidad sirve de modelo para otros programas de transferencia de efectivo de América Latina (Schultz, 2004; Morley y Coady, 2003).

Las raciones para llevar a casa y las transferencias de efectivo (así como la alimentación escolar), cuando están bien dirigidas y adaptadas a las condiciones locales como se ha indicado, pueden mejorar rápidamente los índices de matrícula y asistencia escolar. Ahora bien, este incremento puede tener también sus desventajas. Uno de los temores es que el excesivo número de alumnos empeore la calidad de la enseñanza, dando al traste con los objetivos educativos

Figure 4.5 — La alimentación escolar logra que los niños y las niñas vayan a la escuela



4. Intervenciones prácticas

Recuadro 4.2 — ¿Perjudica al aprendizaje un número excesivo de niños en el aula (relación demasiado elevada)? Datos de Bangladesh

En 1993, el Gobierno de Bangladesh puso en marcha un programa de alimentación para la educación destinado a aumentar la asistencia en las escuelas. El programa era sencillo: ofrecía una ración mensual de comida gratis a las familias pobres de las zonas rurales, a condición de que matricularan a sus hijos en la escuela y éstos acudieran a ella el 85% del tiempo. Los padres podrían consumir la ración o venderla para comprar otros artículos esenciales.

En un sentido, el programa fue todo un éxito. Los índices de asistencia aumentaron, especialmente en el caso de las niñas, y cuando el programa finalizó en 2002, los niños beneficiarios representaban el 13% de los alumnos de la escuela primaria. Pero este éxito provocó otro problema: el excesivo número de alumnos en las aulas (ratio demasiado elevada). En las aulas de las escuelas participantes, el porcentaje de alumnos era un 22% superior al de las demás escuelas. El temor era que el gran número de alumnos en las clases mermara la calidad de la educación.

De hecho, los análisis con múltiples variantes llevados a cabo por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias demostraron que esas preocupaciones carecían de fundamento. El número de alumnos en el aula no afectaba significativamente a la enseñanza. Pero se puso de manifiesto otro problema: la capacidad de los niños que participaban en el programa era en promedio menor, en parte porque habían sufrido privaciones nutricionales en etapas anteriores de su vida y en parte porque sus padres se implicaban menos en sus estudios. Esta menor capacidad sí influía en la experiencia educativa de los alumnos que no estaban acogidos al programa, ya que el profesor se veía obligado a avanzar más despacio. Según el estudio, los efectos empezaban a ser importantes cuando la proporción de estudiantes que participaban en el programa representaba el 44% del total.

Estos efectos se vieron en parte compensados por los criterios de rendimiento mínimos que se exigían en las escuelas para poder acogerse al programa. En términos generales, según el estudio, las repercusiones del número excesivo de alumnos en las aulas eran escasas, y el impacto en la calidad de la enseñanza de las menores capacidades de los alumnos que participaban en el programa podía compensarse con creces fijando unos niveles de rendimiento en las escuelas en las que se había implantado el programa.

Fuente: Ahmed, 2003.

del programa e induciendo, en último término, a los padres a sacar a sus hijos de la escuela. Pocos estudios han investigado esta cuestión de forma sistemática, pero según uno reciente llevado a cabo en Bangladesh (véase el Recuadro 4.2), el exceso de alumnos no merma en sí el rendimiento educativo. Sin embargo, la llegada de nuevos estudiantes a las clases con menor capacidad puede (si no se controla) incidir negativamente en la calidad de la enseñanza. Otra preocupación, que se examina más en detalle a continuación, es que debido a los incrementos de los índices de matrícula y asistencia, los recursos del sistema educativo puedan resultar insuficientes.

• Reducción de los derechos de matrícula

La reducción o supresión de los derechos de matrícula es otra forma de permitir a los niños su asistencia a la escuela. En un informe con datos y

políticas extraídas de la publicación *What Works in Girls' Education* se afirma: "La forma más rápida y directa que tienen a su alcance los gobiernos para incrementar la escolarización es reducir los gastos directos e indirectos y los costos de oportunidad" (Herz y Sperling, 2004: 9). En Uganda, el número de matrículas aumentó un 70% después de que se redujeran los derechos de matrícula en el marco de una importante serie de mejoras escolares (Bruns y otros, 2003; Deininger, 2003). En Tanzania, el índice de asistencia se duplicó tras la supresión de estos derechos (Bruns y otros, 2003)²⁰.

Si bien estos incrementos constituyen un importante logro, pueden suponer un lastre para el sistema educativo. El problema es doble: por una parte, hay más niños en la escuela que necesitan recursos y, por otra, se ha perdido un medio fundamental para

obtener recursos, a saber, los derechos de matrícula. En general, las ventajas de reducir las tasas (y proporcionar alimentación escolar, raciones para llevar a casa y transferencias de efectivo) superan a los costos, pero es preciso planificar las consecuencias que ello tendrá en el sistema (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b).

- **Mejora de la infraestructura y de la capacidad**

Las ventajas de aumentar la asistencia a la escuela mediante la alimentación escolar, las raciones para llevar a casa, las transferencias de efectivo y la reducción de las tasas escolares no podrán obtenerse si no se cuenta con los recursos básicos para el aprendizaje. Estos recursos son los siguientes: infraestructura e instalaciones, material didáctico, recursos humanos (directores y profesores) y administración de escuelas (UNESCO, 2004). Sin ellos, la calidad y el valor de la enseñanza disminuyen. Las estrategias gubernamentales destinadas a aumentar el índice de asistencia deben combinarse con unos recursos suficientes para mantener la capacidad del sistema educativo.

Menor capacidad de atención

Incluso cuando se consigue que el niño vaya a la escuela, éste se puede ver afectado por el hambre

transitoria, que se produce por no haber hecho una comida o caminar largas distancias a la escuela con el estómago relativamente vacío. Este tipo de hambre es la principal causante de la disminución de la capacidad de atención y de la incapacidad para concentrarse en el aula, lo que provoca a menudo un bajo rendimiento académico. En estos casos, las intervenciones basadas en la alimentación escolar pueden ser de ayuda.

- **Alimentación escolar**

Cada vez hay más pruebas de que los programas de alimentación escolar permiten luchar eficazmente contra el hambre transitoria y mejorar la capacidad de atención y la función cognitiva de los escolares. En Bangladesh, gracias a un programa de alimentación escolar del que se beneficiaron en torno a un millón de alumnos mejoraron los resultados de los tests un 15,7% (Ahmed, 2004). En el marco de un estudio realizado en Jamaica, los niños que realizaron una comida en la escuela mejoraron sus resultados en aritmética (y el índice de asistencia escolar) después de un semestre en comparación con las clases de control (Simeon, 1998). Sin embargo, los resultados de otros estudios han sido menos concluyentes (PMA y otros, 1999). Estas discrepancias podrían obedecer a problemas metodológicos, o a fallos en la concepción de determinados programas.

Recuadro 4.3 — Lo que no puede hacer la alimentación escolar...

La alimentación escolar ofrece posibilidades para abordar factores que afectan al aprendizaje, como las bajas tasas de matrícula y de asistencia, el hambre a corto plazo o las carencias de micronutrientes. Pero no siempre es apropiada para perseguir otros objetivos:

- No hay pruebas concluyentes de que produzca mejoras a largo plazo en el **estado nutricional** de los estudiantes.
- No mejora elementos fundamentales de la **calidad de la educación**, como el plan de estudios, el material didáctico, la infraestructura escolar y la formación del profesorado.
- Puede que no siempre llegue a los **más pobres entre los niños pobres**, ya que quizá las comidas no ofrezcan suficiente compensación inmediata a los hogares paupérrimos como para compensar los costos directos y de oportunidad de enviar a los hijos a la escuela.

Fuente: Allen y Gillespie, 2001; el PMA y otros, 1999; Levinger, 1986.

4. Intervenciones prácticas

Estas constataciones destacan la importancia de diseñar los programas lo más eficazmente posible. Resulta fundamental, por ejemplo, dar las comidas pronto por la mañana, es decir, antes o durante las horas lectivas. El análisis de diversos estudios empíricos puso de manifiesto que el desayuno mejora en breve tiempo determinadas capacidades para aprender (en especial la memoria), el estado nutricional y la asistencia a la escuela (Cueto, 2001). Otros estudios han dado resultados semejantes (véanse Grantham-McGregor y otros, 1998, en Jamaica; y Noriega y otros, 2000, en México)²¹. Asimismo es fundamental adaptar el tamaño y la composición de las meriendas o comidas a las necesidades nutricionales locales.

Carencias de micronutrientes

Las carencias de micronutrientes, que difícilmente permiten alcanzar el “crecimiento de recuperación” y reducen el rendimiento académico de los escolares, pueden tratarse administrando suplementos y enriqueciendo los alimentos, así como con medidas tales como el tratamiento antiparasitario y la plantación de huertos escolares y familiares.

Recuadro 4.4 — Madagascar: la escuela como medio de hacer frente a las carencias de yodo

Las carencias en yodo pueden disminuir el CI en 15 puntos, pero los suplementos de yodo son prohibitivamente caros. En los países desarrollados, el problema se resuelve con sal yodada. En el marco de un programa de focalización de recursos para una efectiva salud escolar (Programa de promoción de la salud en las escuelas [FRESH]) puesto en marcha en la prefectura de Fort Dauphin, en Madagascar, se abordó el tratamiento de la carencia del yodo en el aula de un país en desarrollo. Los profesores explicaron en clase los daños que podía causar la carencia de este nutriente y luego pidieron a los alumnos que trajeran de casa una muestra de sal de mesa. Utilizando un maletín de pruebas preparado por el UNICEF, los escolares y los profesores comprobaron que ninguna de las muestras de sal estaba yodada. Los alumnos informaron a sus padres y las ventas de sal normal fueron a pique. Los comerciantes se apresuraron a llenar sus estantes de sal yodada. En 2002, 232 escuelas habían puesto a prueba los suministros locales de sal.

Fuente: Banco Mundial, 2002

• Suplementos de micronutrientes y enriquecimiento de alimentos

Algunas de las formas más eficaces de tratar las carencias de yodo y hierro son el enriquecimiento de alimentos y la aportación de suplementos. La sal yodada puede administrarse a través de los programas de alimentación escolar y las raciones para llevar a casa. Los suplementos de hierro también pueden proporcionarse a los niños en las clínicas escolares o en el marco de las comidas servidas en los comedores escolares. En la India, gracias a los suplementos de hierro se eliminaron las diferencias en el rendimiento escolar entre los niños con carencias y los demás (Sheshadri y Golpaldas, 1989, citado en Del Rosso y Marek, 1996). También es posible enriquecer con hierro alimentos como el trigo y la sal.

• Tratamiento antiparasitario

Los parásitos intestinales, a los que a veces se denomina por su nombre científico, como la esquistosoma y los helmintos, pueden contribuir a provocar graves carencias de micronutrientes, entre ellas la anemia. Los parásitos, que afectan a unos 400 millones de niños en todo el mundo, pueden ingerirse a través del agua contaminada de los ríos o directamente del suelo y dificultan la absorción por el niño de los nutrientes presentes en los alimentos. Los tratamientos antiparasitarios (consistentes normalmente en la administración de comprimidos) puedan ayudar a hacer frente a este problema. La evaluación del proyecto piloto ejecutado en el Níger demostró que la tasa de prevalencia media de esquistosoma descendió en las zonas más afectadas del 67% al 4% (PMA, 2005e). Un éxito similar se ha conseguido con los helmintos en Sierra Leona y otras partes (OMS, 2005a).

• Huertos escolares y familiares

Una dieta variada es la mejor forma de subsanar las carencias de micronutrientes (UNICEF e Iniciativa sobre Micronutrientes, 2004). Las verduras y hortalizas que pueden cultivarse en los huertos ofrecen una mayor diversidad de vitaminas

y minerales que la de las dietas básicas de los niños que padecen hambre. Los huertos familiares son particularmente eficaces, ya que los niños tienen acceso a alimentos más variados de forma más regular. Los huertos escolares también proporcionan los micronutrientes necesarios, si bien en cantidades más limitadas y de forma menos sistemática. Asimismo, es preciso adoptar medidas para que los niños (y no los funcionarios de las escuelas) se beneficien de los productos de estos huertos.

Habilidades y conocimientos inadecuados para hacer frente al hambre

Los niños pueden adquirir habilidades y conocimientos aplicables de forma inmediata para ayudarles a hacer frente al hambre a través de cursos de capacitación sobre el VIH/SIDA, sesiones de orientación dirigidas a las jóvenes adolescentes antes del embarazo y otra formación impartida sobre nutrición y salud.

• **Capacitación sobre nutrición y salud**

La adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes y habilidades para mejorar la salud, la higiene

y la nutrición pueden empezar con enseñanzas muy simples, como lavarse las manos o almacenar los alimentos de forma segura. En el marco de un proyecto para la promoción de la salud en las escuelas, que se llevó a cabo con gran éxito, se enseñó a los niños de Madagascar la importancia de consumir sal yodada (véase el Recuadro 4.4). Estas intervenciones dotan a los niños de las habilidades necesarias para mejorar la utilización de los alimentos, ayudándoles a seleccionar los más adecuados (por ejemplo, sal yodada en lugar de ordinaria) y evitar la enfermedad (por falta de higiene o malos hábitos de almacenamiento) y permitir así a su cuerpo la absorción de los nutrientes.

Los programas basados en la escuela también ofrecen la oportunidad de prevenir y reducir la extensión del VIH, que tan perjudiciales efectos tiene para la seguridad alimentaria (OMS, 1999). La escuela primaria puede brindar la posibilidad de dirigirse a los jóvenes antes de que inicien su vida sexual y cuando menos probabilidad hay de que se contagien (PMA, 2004a). Las adolescentes también pueden aprender en la escuela las ventajas de retrasar

Recuadro 4.5 — La capacitación sobre nutrición modifica las conductas en Malí

En Malí, el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales (ONG) competentes se dieron cuenta de que los habitantes de las zonas rurales empezaban a sufrir malnutrición, no por una tragedia repentina, sino porque no conocían los principios básicos de la nutrición. El Proyecto Nacional de Comunicaciones fue concebido para transmitir a esta población una serie de sencillos mensajes sobre nutrición, como las virtudes de la lactancia, los tratamientos para atajar las carencias de vitamina A y la responsabilidad de los hombres respecto a la nutrición de las mujeres y los niños. En primer lugar, se organizaron sesiones de orientación para las mujeres, mientras que los hombres participaron en representaciones, en reuniones comunitarias y en programas de radio, incluida una radionovela titulada *Saheli Sama (Elefante del desierto)*, que gozó del favor del público de todo el país.

La evaluación sobre los efectos del programa transcurridos cinco años fue la siguiente:

- la malnutrición aguda de los niños menores de tres años disminuyó del 38% al 28% en las aldeas que participaron en el programa pero no varió en las demás;
- la malnutrición crónica, o retraso del crecimiento, se redujo del 46% al 31% en las aldeas que participaron en el programa pero no varió en las demás; y
- el número de niños que reciben la primera leche materna (o calostro) aumentó del 25% al 58% en las aldeas acogidas al programa pero sólo del 30% al 42% en las demás.

En términos generales, de la evaluación se desprende que el programa de capacitación sobre nutrición fue un éxito, y su eficacia en relación con los costos comparable con la de otras intervenciones nutricionales en la primera infancia.

Fuente: Parlato y Seidel, 1998.

4. Intervenciones prácticas

su primer embarazo y recibir información sobre sus necesidades nutricionales en caso de quedar embarazadas (Shrimpton, 2001).

• Capacitación agrícola

Los huertos escolares, además de variar en cierta medida la dieta, brindan a los niños, en particular a los de las zonas rurales, la oportunidad de aprender a utilizar las técnicas de producción agrícola y a tratar las enfermedades de las plantas (cf. Desmond y otros, 2004). En algunos casos, la horticultura se integra en el plan de estudios mediante clases específicas; otras veces es una actividad optativa. En cualquier caso, estos programas deberán gestionarse cuidadosamente o se correrá el riesgo de que el trabajo de los alumnos se utilice simplemente para producir cultivos de los que se beneficiarán los funcionarios y los profesores de la escuela.

Problemas multidimensionales

En muchos casos, se dan varios problemas a la vez, por lo que convendrá diseñar series de intervenciones que se reforzarán mutuamente para subsanar los problemas.

• Programas integrados

Al ser lugares de congregación de niños, las escuelas suelen constituir una plataforma eficaz para diversas intervenciones. Existen dos programas que demuestran el tipo de medidas que se pueden aplicar. En el marco del programa FRESH se definen cuatro componentes que en la medida de lo posible deberían estar presentes a la vez en todas las escuelas (UNESCO

y otros, 2000): políticas escolares relacionadas con la salud; suministro de agua salubre y saneamiento; educación sanitaria basada en las habilidades; y servicios de salud y nutrición prestados en la escuela. La iniciativa de prestación de un conjunto mínimo de servicios combina una serie de intervenciones, entre ellas las siguientes: alimentación escolar, tratamiento antiparasitario, educación sobre salud y nutrición, administración de suplementos de micronutrientes e información sobre el VIH/SIDA.

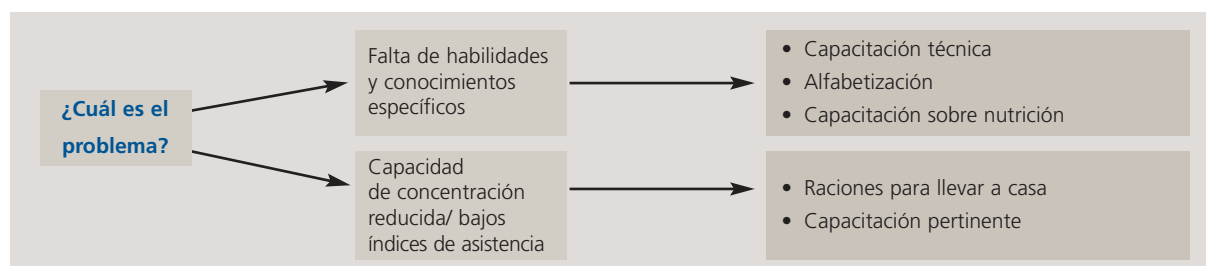
4.3 Intervenciones en la edad adulta

Los problemas que se plantean en la edad adulta son unos medios de subsistencia inadecuados, la falta de habilidades y conocimientos específicos y la escasa capacidad de concentración y los bajos índices de asistencia. Todas las intervenciones puestas en práctica para abordarlos (Figura 4.6) deben considerarse en el contexto de las actividades más amplias de desarrollo. El aprendizaje debe formar parte de un enfoque intersectorial (agricultura, salud, gestión de los recursos naturales y administración local) que complemente la formación con mayores oportunidades para aplicarlo. Los programas de educación de adultos por sí solos pueden fácilmente no funcionar.

Falta de habilidades y conocimientos específicos

A veces, el aspecto que más limita a las familias que deben hacer frente al hambre son sus medios de subsistencia. Sencillamente, no producen suficientes alimentos —o no ganan lo suficiente para comprarlos— para garantizar que todos los

Figura 4.6 — Resumen de las intervenciones que se realizan en la edad adulta



Recuadro 4.6 — Las raciones para llevar a casa aumentan la eficacia del programa de alfabetización de adultos en Burkina Faso

Entre 2000 y 2004 el PMA y otros asociados suministraron ayuda alimentaria (consistente en raciones para llevar a casa) a los participantes en centros de alfabetización de adultos de 25 de las provincias más pobres y con mayores problemas de inseguridad alimentaria de Burkina Faso. Los objetivos eran aumentar la asistencia (reduciendo los costos de oportunidad) y mejorar el rendimiento (atajando el hambre transitoria), especialmente de las mujeres. La evaluación de la actividad, en la que se compararon los resultados de los centros que recibieron alimentos con los índices del resto de los centros en el plano nacional, puso de manifiesto lo siguiente:

- en 2000-2001, la asistencia alimentaria aumentó un 7% el número de personas que completaron las dos fases del curso de alfabetización (el 84% frente a un 77%). La diferencia en el caso de las mujeres fue de un 10%; y
- los índices de abandono del curso fueron en la mayoría de las fases de éste entre un 4% y un 5% inferior en las localidades que recibieron alimentos que en el resto de los centros del país.

De los resultados se infiere que, en determinadas circunstancias, la ayuda alimentaria puede aumentar los índices de asistencia y el rendimiento en las clases de alfabetización de adultos.

Fuente: Silvereano-Velis, 2003.

miembros de la familia estén debidamente alimentados. En estos casos, la formación de adultos debería centrarse en la adquisición de capacidades y la alfabetización. A veces, sin embargo, el factor que limita a un hogar hambriento no son los medios de subsistencia, sino los conocimientos relativos a la nutrición. Puede que en ese hogar no se tomen los alimentos adecuados, que no se utilicen los debidos métodos de saneamiento o que falten conocimientos prácticos sobre cómo prevenir ciertas enfermedades. En este caso, la capacitación sobre nutrición y la alfabetización pueden resultar especialmente útiles.

• Capacitación técnica

La capacitación técnica, sobre microcréditos, extensión agrícola o actividades de generación de ingresos, puede mejorar los medios de subsistencia y contribuir a hacer frente al hambre, por cuanto aumenta la producción de alimentos (por ejemplo, extensión agrícola) o los recursos para comprarlos en el mercado (por ejemplo, microcréditos y actividades de generación de ingresos). Para que sean lo más eficaces posible, las intervenciones de formación de adultos deben integrarse en las iniciativas encaminadas a apoyar la economía local mediante la potenciación de la capacidad de acción de la población local, con frecuencia precedidas por un proceso de descentralización. Esto permite a las comunidades ejercer un cierto control sobre sus

servicios sociales y actividades productivas locales, y ofrece una auténtica oportunidad de aplicar lo aprendido. A raíz de un análisis de la capacitación y la alfabetización dirigida a mejorar los medios de subsistencia, se comprobó que "los programas que empiezan centrándose en la capacidad para ganarse el sustento tienen más posibilidades de éxito. Al fin y al cabo, pueden aportar una razón inmediata para aprender" (Oxenham y otros, 2002: 2)²².

• Alfabetización

Los programas de alfabetización de adultos son con frecuencia un complemento necesario de la capacitación técnica (y sobre nutrición). Pero según algunos estudios sobre las clases de alfabetización impartidas aisladamente, son pocos los datos que demuestran la correlación entre estas clases y el aumento de los ingresos (Valerio, 2003)²³. Sin la motivación de un objetivo práctico, el nivel de las clases de alfabetización de adultos es a menudo muy bajo y la recaída en el analfabetismo muy alta (Abadzi, 2003). Por consiguiente, es fundamental velar por que exista una "demanda" de alfabetización.

Con todo, se sabe que la alfabetización confiere otros beneficios, como el de aumentar el apoyo de los padres a la escolarización y el compromiso social y político y el de lograr que las familias estén más sanas

4. Intervenciones prácticas

(Ahmed, 1975; Lauglo, 2001). De todas estas conclusiones se infiere que la alfabetización de adultos puede ayudar a detener la transmisión intergeneracional del hambre.

• Capacitación sobre nutrición

La capacitación sobre nutrición dirigida a madres y padres puede mejorar el estado nutricional de sus hijos. Según estudios recientes, la capacitación de las madres sobre nutrición mejora, por sí sola, las perspectivas de la siguiente generación de niños de un modo que anteriormente sólo se consideraba posible con una educación de tipo más formal (Webb y Block, 2004). La capacitación puede adoptar diversas formas. En algunos casos, está integrada en otros programas de salud, como los de atención pre y postnatal para madres e hijos. Pero también puede estar combinada con otras actividades de desarrollo. En Malí, un programa de formación de este tipo aportó buenos resultados sin que se combinara con otras intervenciones nutricionales directas (véase el Recuadro 4.5).

Escasa capacidad de concentración y bajos índices de asistencia

Los costos de oportunidad suelen ser mucho mayores que los costos indirectos de la capacitación y corresponden al valor de aquello a lo que las personas que la reciben deben renunciar. Estos costos incluyen los ingresos no obtenidos (a causa del tiempo que no se dedicó a trabajar en los campos o a despachar en una tienda) y las oportunidades de ocio perdidas.

• Capacitación pertinente

Los costos de oportunidad a menudo se traducen en la exclusión de la capacitación de un segmento de la población. Contribuyen a un alto índice de absentismo y abandono de la capacitación y a un bajo índice de éxito, en particular en el caso de las formaciones (como los cursos de alfabetización) que tardan más en demostrar sus frutos. Por consiguiente, los programas de capacitación destinados a las poblaciones que padecen hambre deben mostrar razones claras e inmediatas para acogerse a ellos y perseverar en la asistencia al curso, y

ofrecer como expectativa que la paliación del hambre y la mejora de los medios de subsistencia superarán a los costos que conlleva la asistencia.

• Raciones para llevar a casa

Asimismo se ha demostrado que las raciones para llevar a casa pueden en cierta medida contrarrestar los efectos de los costos de oportunidad y aumentar la asistencia. Los costos de oportunidad para las personas que padecen hambre suelen estar relacionados con el acopio de alimentos para la subsistencia cotidiana, y la ración para llevar a casa compensa algunos de estos costos. Muchos programas de capacitación han registrado una asistencia superior y mejores resultados después de haber distribuido comida a los participantes (véase el Recuadro 4.6).

El hambre puede también dificultar la concentración una vez que la persona se ha inscrito en un curso de capacitación. El participante puede sentirse sin energía o estar distraído y tener problemas para asimilar realmente lo que se le está enseñando. Con las raciones para llevar a casa se garantiza que los participantes dispongan de una alimentación suficiente para centrarse en lo que se les está explicando y sacar mayor provecho de la capacitación.

Problemas multidimensionales

Cuando sea posible, se pueden combinar los distintos tipos de capacitación (habilidades, alfabetización y nutrición) en lo que a veces se denomina "programas de potenciación de la capacidad de acción". En estos programas se reconoce que los problemas son multidimensionales y que los distintos elementos de una estrategia multidimensional se refuerzan mutuamente. La alfabetización permite adquirir las capacidades y la confianza para emprender actividades generadoras de ingresos. La capacidad de acción que confiere el éxito en estos ámbitos propicia una mayor apertura hacia nuevas ideas y, en el caso de las mujeres, permite adquirir un mayor poder de negociación para modificar los comportamientos en el hogar y mejorar así la nutrición. Las raciones para llevar a casa también pueden servir, en su caso, para aumentar la asistencia y la concentración.

Intermezzo 4: Aumento de la alfabetización de adultos y disminución del hambre en Uganda

El programa de Alfabetización Funcional de Adultos, llevado a cabo con éxito en Uganda, enseñó a los beneficiarios los conocimientos, actitudes y hábitos que les ayudan a luchar contra el hambre. Pero pese a las buenas ideas y los importantes resultados, los desafíos que plantea la descentralización podrían desacelerar los progresos hacia el objetivo del Gobierno de lograr una alfabetización universal y la disminución del hambre.

Al igual que muchos países en desarrollo, Uganda se enfrenta a varios problemas difíciles: desde unas malas condiciones nutricionales hasta unos altos índices de desempleo y pobreza. La esperanza de vida al nacer es tan sólo de 45,7 años. Para hacer frente a estas dificultades, el Gobierno introdujo programas para modernizar la agricultura (un sector en el que trabaja el 75% de la población) y fomentar el desarrollo rural a través de planes de microcréditos. Estos programas presentaban un gran potencial para luchar contra el hambre (además de contra otros problemas). Sin embargo, en un principio a quienes más beneficiaron fueron a personas alfabetizadas, ya que el resto de la población carecía de la formación y las capacidades necesarias para aprovecharlos. Varios estudios que demostraban el estrecho vínculo existente entre los índices de alfabetización, el desarrollo económico y el bienestar social convencieron al Gobierno de que la alfabetización era una forma de mejorar la situación de la población analfabeta y hambrienta de Uganda.

El programa

A lo largo de la historia de Uganda se han llevado a cabo numerosos programas de alfabetización desde que los misioneros religiosos impartieran sus clases a finales del siglo XIX. Sin embargo, no fue hasta el principio de la década de 1990 cuando un proyecto piloto de gran éxito auspiciado conjuntamente por la UNESCO, el UNICEF, la Asociación Alemana de Educación de Adultos y el Gobierno indicó un enfoque adecuado para el programa de Alfabetización Funcional de Adultos. Este programa, iniciado en 1996, intenta integrar la alfabetización con actividades de capacitación pertinentes (por ejemplo, relacionadas con la generación de ingresos y la nutrición) que se puedan aplicar a la lucha contra el hambre.

El programa de Alfabetización Funcional de Adultos ha obtenido algunos éxitos importantes. Según la UNESCO, en 2004 el índice de personas alfabetizadas en Uganda era del 68,9%, lo que supone un incremento de más del 10% en relación con 1990. Gran parte de esta mejora se debe al programa de Alfabetización Funcional de Adultos. Una evaluación realizada en 1999 por el Banco Mundial puso de manifiesto que los participantes en el programa superaban con creces a los analfabetos de la misma comunidad en lo que se refería a conocimientos, actitudes y prácticas, aspectos muchos de ellos que mejoran directamente la seguridad alimentaria y reducen la desnutrición.

En cuanto al conocimiento funcional, las personas que habían sido alfabetizadas dos años antes comprendían mejor que los analfabetos temas como qué alimentos aportan energía al cuerpo (35% frente al 27%); cuáles son las principales ventajas de la lactancia materna (87% frente al 70%) y qué productos, aparte de los abonos, se pueden utilizar para mejorar la producción agraria (57% frente al 52%). La actitud de los primeros también era diferente de la de los analfabetos en relación con las cuestiones relativas al hambre. Por ejemplo, las personas alfabetizadas pensaban que la fruta no era sólo para los niños (91% frente al 82%) y que la lactancia materna era mejor que la artificial (90% frente al 77%). También parecía que los alfabetizados valoraban más la educación, tanto el caso de los niños como de las niñas.

El conocimiento y las actitudes se traducían en prácticas que permitían hacer mejor frente al hambre: el 73% de los participantes alfabetizados dos años antes utilizaba los abonos, mientras que sólo lo hacía el 41% de los analfabetos. A raíz de la formación, el 71% de las personas muestreadas declararon que las clases les ayudaron a incrementar su producción y ganar más dinero. En las comunidades se han puesto en marcha una serie de actividades no agrícolas y generadoras de ingresos que proporcionan recursos a las personas que siguieron el programa para enfrentarse mejor al hambre.

Aun más allá de los beneficios directos para la seguridad alimentaria, la alfabetización funcional de adultos parece contribuir al desarrollo social y político más amplio. Incluso dos años después de obtener su diploma, era más probable que las mujeres alfabetizadas en edad de procrear practicasen la planificación familiar (39% frente al 15%), y las que habían sido alfabetizadas dos años antes en general eran mucho más proclives a ser miembros de grupos sociales (69% frente al 25%).

4. Intervenciones prácticas

Además de mejorar los indicadores de desarrollo social como las tasas de fecundidad y el capital social, la alfabetización también parece contribuir a aumentar la participación política. Las personas alfabetizadas solían asimismo votar más a menudo en las elecciones (91% frente al 79% a nivel local), asistir a las reuniones del consejo municipal (58% frente al 32%) y hacer uso de la palabra en ese contexto (62% frente al 31%). Gracias a esta mayor participación social y política, las personas alfabetizadas tendrán mucha mayor influencia en la forma en que se emplearán los recursos comunitarios para luchar contra problemas como el del hambre.

Problemas

Pese a estos resultados satisfactorios, el programa presenta una serie de problemas que deben superarse. Uno es el de los instructores. No están retribuidos y muy pocos están suficientemente formados para enseñar. Si bien el recurso a los voluntarios mantiene los costos a un nivel bajo, esta medida puede limitar la eficacia del programa. Otro de los problemas es que la mayoría de los participantes son personas que ya han ido a la escuela. Casi tres cuartas partes de quienes finalizan el programa poseen algún tipo de formación académica.

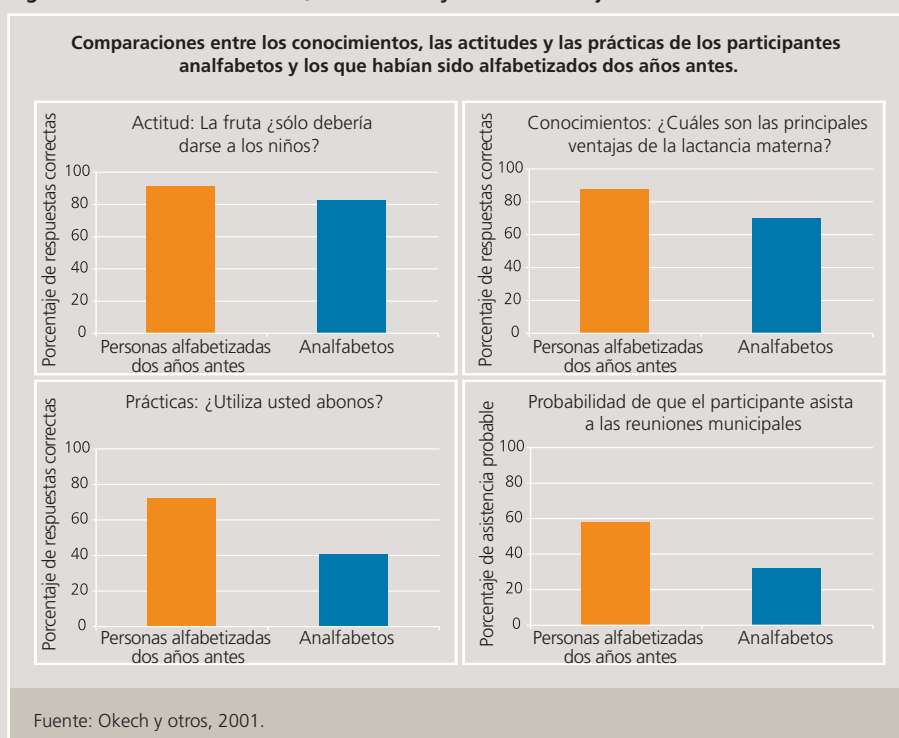
El peligro es que el programa haya pasado por alto al grupo destinatario al que en un principio estaba dirigido, a saber, el de las personas completamente analfabetas.

El tercer problema, y más importante, es la financiación del programa. Las políticas de descentralización aplicadas por el Gobierno durante el decenio de 1990 hicieron recaer en las regiones y los distritos una creciente responsabilidad financiera. Sin embargo, algunos distritos no están desembolsando las cuantías suficientes para compensar la diferencia e introducen continuas restricciones en los fondos del programa. Como consecuencia de ello, en los distritos con mayores recursos el programa funciona bien, mientras que en los más pobres parece ser menos eficaz, lo que acentúa las desigualdades y limita la capacidad del programa para llegar a los más necesitados.

Para que los auténticos logros del programa en muchos ámbitos, entre ellos la reducción del hambre, sean duraderos, es preciso encontrar la manera de conseguir que los gobiernos locales den prioridad a la alfabetización de adultos.

Fuentes: Okech y otros, 2001;
Oxenham y otros, 2001.

Figura 4b — Los conocimientos, las actitudes y los hábitos mejoran la alfabetización funcional



PARTE III: Una agenda para el desarrollo nacional

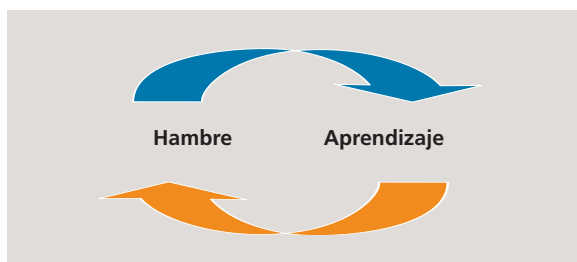
“...luchar tanto contra el hambre como contra la falta de instrucción puede dar lugar a una mejora del capital humano y un mayor crecimiento económico”

En la **Parte I** se demostró el profundo impacto del hambre en el desarrollo. La **Parte II** centró la atención en la relación bidireccional entre el hambre y el aprendizaje, describiendo la teoría y señalando intervenciones concretas para abordar los problemas. En la **Parte III** se trata la interconexión entre hambre, aprendizaje y desarrollo nacional. En el **Capítulo 5** se muestra cómo la relación entre hambre y aprendizaje afecta a los procesos de desarrollo nacional a largo plazo. En el **Capítulo 6** se examinan las decisiones políticas que es preciso adoptar para crear un círculo virtuoso, en lugar de un círculo vicioso, que refuerce dichos procesos. El **Capítulo 7** concluye describiendo medidas que se pueden adoptar en los niveles nacional e internacional.

5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional

En 2000, más de cuarenta años después de la finalización de un conflicto divisorio, Corea del Norte y Corea del Sur comenzaron a dar tímidos pasos hacia un estrechamiento de las relaciones, en el marco de la política de apertura que el líder surcoreano Kim Dae-Jung denominó “política del sol radiante”. Uno de los gestos de buena voluntad iniciales fue el intercambio de miembros de familias que habían quedado separadas durante el largo período de cierre de fronteras y frágiles altos el fuego. Cuando las familias se reunieron, quizá les llamara la atención un hecho sorprendente: los que habían crecido en Corea del Norte eran considerablemente más bajos que sus familiares del Sur. Un estudio pormenorizado, comparando los refugiados de Corea del Norte con los surcoreanos, demostró que las diferencias de estatura eran de hasta 6 centímetros en las generaciones más jóvenes (Pak, 2004)²⁴. Estas diferencias físicas, en poblaciones genéticamente similares, hacen pensar que también pueden haberse producido daños mentales.

Figura 5.1 — Relación bidireccional entre hambre y aprendizaje



Cuando se dividió el país, el Norte y el Sur emprendieron caminos de desarrollo muy diferentes. Corea del Sur, como muchos de los que con el tiempo serían los “tigres asiáticos”, realizó inversiones en aprendizaje y nutrición. Con un gobierno razonablemente estable y un crecimiento inducido por las exportaciones, el país se desarrolló rápidamente en el plano económico. Por el contrario, los norcoreanos sufrieron bajo un sistema político en el que las inversiones en educación y en producción agraria con frecuencia se gestionaron mal o quedaron comprometidas por otros acontecimientos. En el momento de los intercambios, el país acababa de

empezar a recuperarse de una gran hambruna que se cree se cobró entre 250.000 y 3 millones de vidas humanas (Natsios, 2001).

¿Qué explica la diferencia entre los destinos de Corea del Norte y Corea del Sur? ¿Qué explica el éxito, a largo plazo, de otros países como Chile y Tailandia? Aunque inevitablemente hay numerosos factores que influyen en cada uno de estos casos, los países que han tenido éxito parece que han compartido un mismo entendimiento de la relación entre hambre, aprendizaje y desarrollo nacional, y que lo han empleado para fundamentar sus principales estrategias de desarrollo.

En la parte anterior del informe se expuso la relación bidireccional entre hambre y aprendizaje (véase el recuadro 5.1). En el presente capítulo se aborda la conexión con el desarrollo nacional a largo plazo. En él se muestra cómo se puede crear un círculo virtuoso y autoimpulsado a través de las generaciones, que contribuye al desarrollo humano y económico; o bien cómo un ciclo negativo puede conducir a la decadencia de un país.

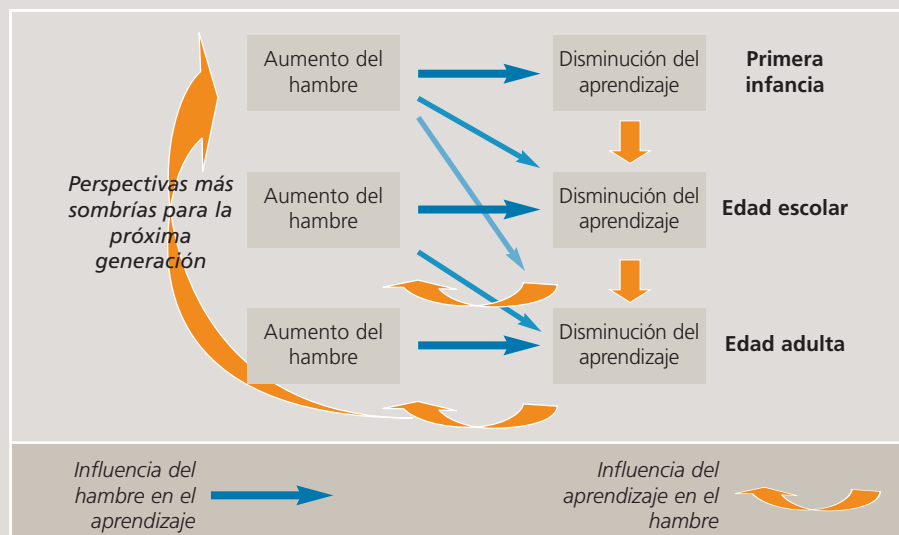
5.1 Invertir para aumentar las oportunidades de la población y fomentar el desarrollo nacional

Hemos visto cómo la relación bidireccional entre hambre y aprendizaje influye en las perspectivas de las personas (Recuadro 5.1). Cuando se acumulan en el conjunto de la población, y se observan desde una perspectiva temporal, se ve claramente que los resultados en cada etapa de la vida afectan a las etapas posteriores y, finalmente, a la siguiente generación. Con el tiempo, estas interacciones conforman la trayectoria de desarrollo de una nación.

La Figura 5.2 se denomina “diagrama de visión” porque requiere que se mire, más allá de las circunstancias inmediatas, a las compensaciones que se obtendrán en el futuro. Muestra que lo que se hace hoy en día tendrá un profundo impacto en el

5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional

Recuadro 5.1 — Relación bidireccional pormenorizada entre hambre y aprendizaje



La combinación de los dos diagramas de los Recuadros 2.1 y 3.1 nos permite ver las interrelaciones entre hambre y aprendizaje a lo largo de todo un ciclo vital. Al examinar la relación bidireccional, puede ser de utilidad observar cómo el hambre afecta a la disponibilidad de oportunidades de aprendizaje, el acceso a las mismas y su utilización y, a la inversa, cómo el aprendizaje influye en la disponibilidad de nutrientes, el acceso a los mismos y su utilización.

• Primera infancia

El hambre limita las oportunidades de aprendizaje de los lactantes (es decir, el acceso a estas oportunidades y el aprovechamiento de las mismas), a la vez que disminuye su futura capacidad para aprender (es decir, el aprovechamiento de las oportunidades futuras de aprendizaje). La reducción del aprendizaje en esta etapa merma las capacidades cognitivas básicas para adquirir futuras habilidades y conocimientos con los que afrontar el hambre (es decir, disponibilidad de nutrientes, acceso a los mismos y utilización en el futuro).

• Edad escolar

El hambre limita las oportunidades de aprender al reducir la asistencia (esto es, el acceso) y dificultar la concentración (es decir, la capacidad de aprovechar la oportunidad que ofrece la escuela). También puede dañar la futura capacidad del niño para aprender (es decir, para aprovechar futuras oportunidades de aprendizaje) al dificultar el crecimiento de recuperación. En esta etapa, la reducción del aprendizaje debilita aún más las bases para adquirir futuras habilidades y conocimientos con los que afrontar el hambre (es decir, con los que aumentar la disponibilidad de nutrientes, el acceso a los mismos y su utilización). Impide asimismo que los niños adquieran algunas habilidades relacionadas con la nutrición y la salud (por ejemplo, la utilización de nutrientes) que pueden aplicarse inmediatamente.

• Edad adulta

En esta etapa, el hambre eleva los costos de oportunidad de los cursos de aprendizaje (es decir, obstaculiza el acceso) y disminuye la concentración (esto es, impide que se saque provecho de los mismos) de quienes asisten. Sin embargo, el aprendizaje proporciona un abanico de habilidades y conocimientos específicos con los que afrontar el hambre: desde la extensión agraria (incremento de la producción y la disponibilidad) y las actividades generadoras de ingresos (incremento de los recursos y, por tanto, del acceso) hasta los cursos sobre salud, saneamiento y nutrición (mejora de la utilización). Este aprendizaje beneficiaría no sólo a los adultos, sino también a sus hijos en la siguiente generación.

Para abordar eficazmente la relación entre hambre y aprendizaje, es importante examinar todas estas dimensiones del problema para determinar cuándo se requieren intervenciones a fin de garantizar un círculo virtuoso (y no vicioso).

potencial del país en el plazo de una generación. La primera infancia es el período más crítico para sentar las bases del futuro desarrollo. La nutrición y la estimulación afectan a la capacidad de aprendizaje (y a la capacidad para afrontar el hambre) en la edad escolar e incluso en la edad adulta.

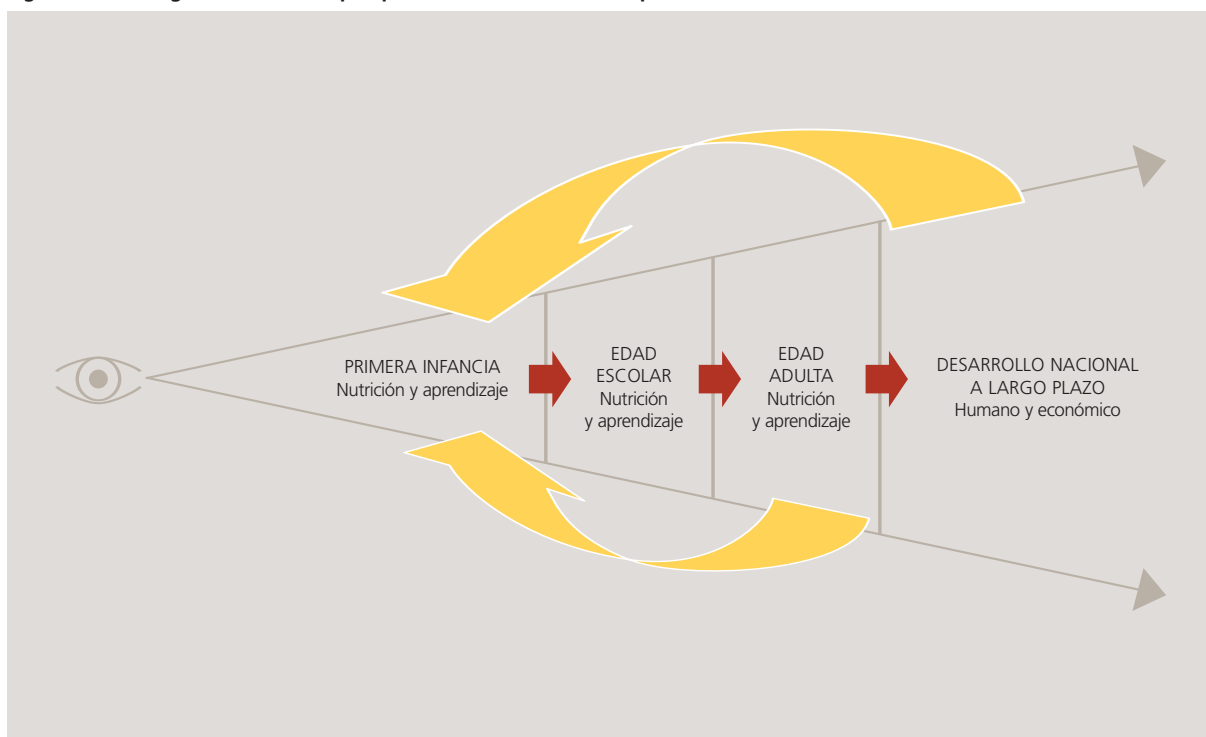
La nutrición y el aprendizaje en la edad escolar son también decisivos, ya que contribuyen a determinar los resultados de los futuros adultos. Como ya se ha visto, la mejora de la nutrición y el aprendizaje en la edad adulta lleva asociadas nuevas posibilidades: asumir un trabajo más satisfactorio y productivo, poder leer libros, participar en las reuniones del consejo local, proteger a los seres queridos de las infecciones, elegir alimentos nutritivos para la familia o disfrutar de un día libre sin preocupaciones. Estos beneficios mejoran las perspectivas de la próxima generación, que crece con menos hambre y más conocimientos y cuenta con un potencial aún mayor para asegurar un futuro mejor a sus hijos.

En un nivel conjunto, estas mejoras de la nutrición y el aprendizaje amplían las oportunidades y las posibilidades de elección de millones de personas —desarrollo nacional, en el sentido más auténtico—, pero además contribuyen a otros procesos asociados al desarrollo —entre ellos el crecimiento económico— que apoyan aún más a la siguiente generación y perpetúan el ciclo positivo.

5.2 Crecimiento económico

La relación entre hambre y aprendizaje afecta al crecimiento económico a largo plazo de dos maneras. En primer lugar, la reducción del hambre incrementa el aprendizaje, lo cual mejora el capital humano y favorece un mayor crecimiento económico. En segundo lugar, el aprendizaje reduce el hambre, lo cual incrementa la participación en la población activa y aumenta la eficiencia de los trabajadores, contribuyendo así al crecimiento económico. En la presente sección se estudia cada una de estas relaciones con mayor detenimiento.

Figura 5.2 — Diagrama de visión: perspectiva de las futuras compensaciones



5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional

Efectos del hambre en el aprendizaje y en el crecimiento económico

Entre mediados de la década de 1960 y principios de la de 1990, varios países en desarrollo del este de Asia (entre ellos Corea del Sur) consiguieron notables progresos económicos, superando a cualquier otra región del mundo (Banco Mundial, 1993). El crecimiento del producto nacional bruto per cápita en ocho "tigres asiáticos" fue de más del 5% por término medio entre 1965 y 1990 (Banco Mundial, 1993). Se han realizado numerosos estudios en un intento por comprender las causas de su éxito y el de otros países que han registrado progresos similares. Aunque parece que al crecimiento han contribuido varios factores, el capital humano se ha señalado insistentemente como uno de los más decisivos.

El capital humano (Schultz, 1971) se refiere a las cualificaciones y habilidades de la mano de obra. A medida que se ha ido comprendiendo mejor el crecimiento económico, se ha ido reconociendo más claramente el papel del capital humano. En las teorías sobre el crecimiento endógeno, se mantiene un rendimiento creciente de las nuevas ideas y la nueva tecnología en la economía de un país (Barro, 1998; Lucas, 1988; Lucas, 1990; Romer, 1986; Romer, 1993). Las economías requieren una mano de obra instruida con las cualificaciones necesarias para generar nuevas

tecnologías y ponerlas en uso. Por lo tanto, las inversiones en capital humano, cuando forman parte de una estrategia de desarrollo más general, pueden redundar en crecimiento económico. Los análisis del éxito económico en el este de Asia hacen pensar que el nivel de la educación primaria puede haber sido el factor que más ha influido en el crecimiento, más aún que las inversiones materiales (Mingat, 1998)²⁵. La correlación básica se presenta en la Figura 5.3²⁶.

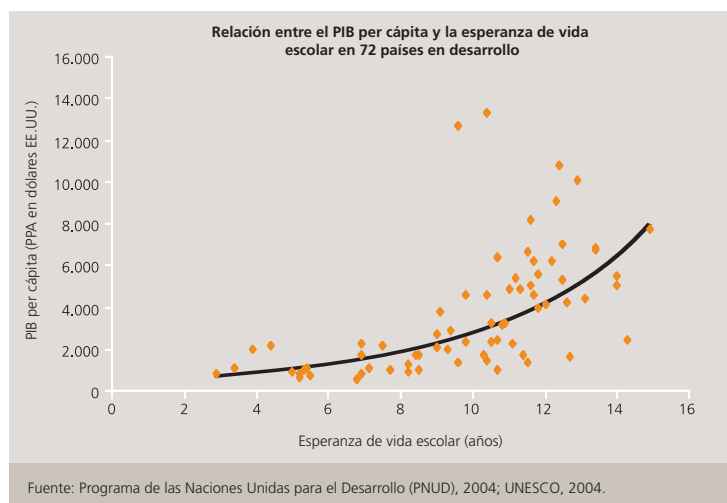
El presente informe demuestra de qué manera el hambre limita el aprendizaje de dos maneras principales: sus efectos en la capacidad cognitiva básica (estructura del cerebro) y sus efectos sobre la capacidad para hacer uso de las oportunidades de aprender (como la escuela primaria). Al limitar el aprendizaje, da lugar a una mano de obra dotada de escaso capital humano que no cuenta con la cualificación o con la habilidad necesarias para mejorar su producción. El crecimiento económico, por lo tanto, queda bloqueado. Por el contrario, una buena nutrición ayuda al aprendizaje, a la creación de capital humano y al progreso económico.

Este proceso positivo se puede reforzar gracias a varios efectos intergeneracionales. En primer lugar, unos padres más instruidos y con mayor capital humano disponen tanto de los conocimientos como de los recursos para afrontar el hambre (Smith y Haddad, 2000). Esto mejora

el aprendizaje (y, por tanto, el capital humano) en la siguiente generación. En segundo lugar, tal como hemos visto, unos padres más instruidos apoyarán la educación de sus hijos (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b).

En tercer lugar, un mayor aprendizaje reduce las tasas de fecundidad. En muchos países en desarrollo, los padres tienen un mayor número de hijos para aumentar la posibilidad de que al menos algunos sobrevivan hasta la edad adulta y puedan contribuir al sustento del hogar. Sin embargo, si reciben educación, las mujeres suelen tener más oportunidades y saben mejor cómo cuidar a sus hijos y

Figure 5.3 — El nivel de escolarización y el producto interno bruto mantienen una gran correlación en los países en desarrollo



protegerlos de infecciones mortales. Debido a ello, disminuye la necesidad de tener un gran número de hijos, y desciende la tasa de fecundidad²⁷.

Esto presenta varios beneficios positivos para el aprendizaje de los niños. Se incrementa la cantidad de recursos disponibles para cada uno, haciendo más probable que sus padres puedan alimentarlos adecuadamente y pagar las tasas y los uniformes necesarios para mandarlos al colegio. Los padres, además, cuentan con más tiempo para dedicar a sus hijos, ayudándoles con las tareas escolares o prestándoles otro tipo de ayuda. Como resultado, estos niños asistirán a la escuela durante más tiempo y elevarán la cantidad de capital humano y —con el tiempo— la tasa de crecimiento económico.

Estos efectos intergeneracionales a nivel de los hogares se pueden reforzar mediante decisiones gubernamentales. El crecimiento económico generado gracias al aumento del capital humano proporciona a los gobiernos una mayor base imponible y un mayor volumen de recursos. Al mismo tiempo, las mejoras del aprendizaje y la nutrición reducen los costos de los servicios gubernamentales: unos niños mejor nutridos necesitan menos asistencia sanitaria y no tendrán que repetir tantos cursos escolares.

Y además, el cambio demográfico producido por el acusado descenso de la fecundidad da lugar a una población en la que hay proporcionalmente un mayor número de adultos generadores de ingresos por niño²⁸. Así pues, no sólo aumentará la cantidad absoluta de recursos disponibles para el gobierno (gracias a unos mayores ingresos fiscales y unos menores costos), sino que esa cantidad se podrá gastar en un menor número de personas, por lo que aumentará la calidad de la nutrición y del aprendizaje. Si los gobiernos deciden reinvertir los ingresos, los beneficios potenciales a largo plazo serán enormes.

Efectos del aprendizaje en el hambre y en el crecimiento económico

Parte de las pruebas que demuestran el efecto directo del hambre en el crecimiento económico procede de

los veteranos de la Guerra Civil estadounidense. Examinando los historiales de los veteranos del Ejército de la Unión (que lucharon por el Norte durante el enfrentamiento de la década de 1860), Robert Fogel, economista ganador del premio Nobel, y sus colegas constataron que la capacidad de los veteranos para el trabajo manual en etapas posteriores de su vida estaba muy por debajo de los niveles actuales a una edad similar. Fogel sugirió que esto respondía a un cambio a lo largo de los siglos en la capacidad del “motor humano” (Fogel, 2004). Dicho de otro modo, la productividad de los humanos se había incrementado con el transcurso del tiempo gracias a una mejor nutrición y a innovaciones tecnológicas (como los automóviles) que habían reducido los riesgos para la salud (como los derivados del estiércol de caballo infectado de bacterias en las calles de Nueva York).

Fogel identificó tres maneras principales en las que la nutrición afectaba al crecimiento económico. En primer lugar, una mejor nutrición añadía personas a la mano de obra, ya que eran físicamente capaces de trabajar. Con las calorías suficientes, un hombre podía realizar trabajos físicos como poner ladrillos o trabajar en la cadena de montaje de una fábrica²⁹. Por lo tanto, contribuyó al aumento absoluto de la mano de obra, favoreciendo un mayor crecimiento económico.

En segundo lugar, significaba que había más calorías disponibles para cada trabajador. El aumento de calorías como consecuencia de una buena comida permitiría a la gente trabajar más y durante más tiempo. Diversos estudios han demostrado que la malnutrición proteinoenergética, al igual que las carencias de micronutrientes, está asociada a una menor productividad debido a efectos físicos (cf. Horton, 1999; Horton y Ross, 2003; cf. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a)³⁰.

En tercer lugar, el propio organismo era más eficiente en la conversión de dicha energía en producción, al haber menos interferencias por enfermedades (por ejemplo, que aumenten las necesidades metabólicas y produzcan la pérdida de nutrientes)³¹. Por lo tanto, una mejor nutrición contribuyó a la eficiencia técnica

5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional

de la mano de obra, contribuyendo así al crecimiento económico. Fogel sugiere que al menos la mitad del crecimiento de la economía británica desde 1800 se puede explicar por estos factores.

Este informe ha mostrado cómo el aprendizaje es esencial para mejorar la nutrición. El aprendizaje no sólo aumenta la capacidad mental básica para afrontar el hambre, sino que también proporciona las cualificaciones específicas (por ejemplo, extensión agraria, capacitación sobre nutrición) necesarias para ello. Debido a ello, el aprendizaje refuerza la nutrición y, por consiguiente, la capacidad de las personas para participar efectivamente en la economía. También hay efectos intergeneracionales. La disminución del hambre en una generación también favorece la mejora del aprendizaje en la siguiente, ya que los niños de padres mejor nutridos a menudo tienen una mayor capacidad para aprender.

A escala gubernamental, el efecto de la reducción del hambre tiene un beneficio inmediato en el aumento de la base imponible y de los recursos disponibles para reinvertir. Pero también aminora la carga económica, ya que se desviará un menor número de recursos para cuidar a los enfermos o prestar protección social a los necesitados. Al igual que pasa con el otro camino principal (que va desde la reducción del hambre hasta el incremento del aprendizaje y del crecimiento económico), las decisiones gubernamentales pueden permitir que se reinviertan estos recursos suplementarios, gracias a lo cual se reforzará, fortalecerá y perpetuará el ciclo.

Lecciones clave

La incidencia del aumento del capital humano y de la mejora de los "motores humanos" en el crecimiento económico está bien documentado. Un análisis de la relación entre hambre y aprendizaje añade nuevas dimensiones y muestra cómo afrontar el hambre es un factor decisivo para el aprendizaje y para la formación de capital humano. También demuestra que el aprendizaje es esencial para la mejora del "motor humano".

Evidentemente, hay otros numerosos factores que influyen en el crecimiento, que van desde la apertura a los intercambios hasta la política macroeconómica. Y no hay una sola fórmula para el éxito. Pero de la anterior disquisición se derivan varias lecciones clave:

• Estos procesos requieren tiempo

Debe transcurrir una generación para que las inversiones en aprendizaje y nutrición se reflejen plenamente en el crecimiento económico, cuando unos niños mejor nutridos y estimulados se conviertan en adultos productivos. La retroalimentación intergeneracional multiplicará estos efectos en las generaciones sucesivas.

• Las compensaciones de las inversiones en aprendizaje y en una mejora de la nutrición pueden ser enormes

Las inversiones contra el hambre y en aprendizaje se refuerzan mutuamente. Los beneficios directos e intergeneracionales se sustentan unos sobre otros, multiplicándose como los intereses, a lo largo del tiempo. Estas mejoras favorecen un crecimiento económico a largo plazo, tal como se ha visto en los recientes éxitos de los tigres del este de Asia y en Chile, así como en las primeras transformaciones económicas en el Japón, el Reino Unido y los Estados Unidos.

• Las decisiones gubernamentales son determinantes

Estos procesos sólo prosperan cuando los gobiernos toman decisiones cuidadosamente meditadas y las apoyan con las inversiones y las políticas adecuadas. Por ejemplo, en el este de Asia, los gobiernos no sólo se gastaron más en educación en términos absolutos que en ningún otro lado, sino que centraron la atención en las prioridades más apropiadas para su contexto, por ejemplo, en mejorar la educación primaria. El compromiso con estas estrategias a largo plazo es lo que marcó la diferencia.

El siguiente capítulo trata de los problemas para tomar estas decisiones políticas.

Intermezzo 5: Nutrición, aprendizaje y crecimiento económico: el caso de Chile

Chile redujo espectacularmente la mortalidad infantil, mejoró las tasas de malnutrición y aumentó el nivel de instrucción, todo ello mientras el país seguía siendo relativamente pobre y subdesarrollado. De hecho, el país atribuye su actual éxito económico a las inversiones realizadas en nutrición, salud, educación y saneamiento que se iniciaron hace 40 años.

Mejoras espectaculares

La situación en Chile hoy en día es bastante diferente de la que existía a comienzos de la década de 1960. En aquella época, Chile tenía una de las tasas de mortalidad infantil más elevadas de América Latina (120 por mil). Esta cifra descendió hasta un 11 por mil en 1994 y un 7,8 por mil en 2004, la menor tasa de la región (véase la Figura 5a a continuación). Se ha observado una tendencia similar en la mortalidad infantil preescolar, que ha descendido desde el 14 por mil en 1960 al 0,6 por mil en 1994 y al 0,4 por mil en 2002.

Aproximadamente en el mismo período, el porcentaje de niños con malnutrición también se ha

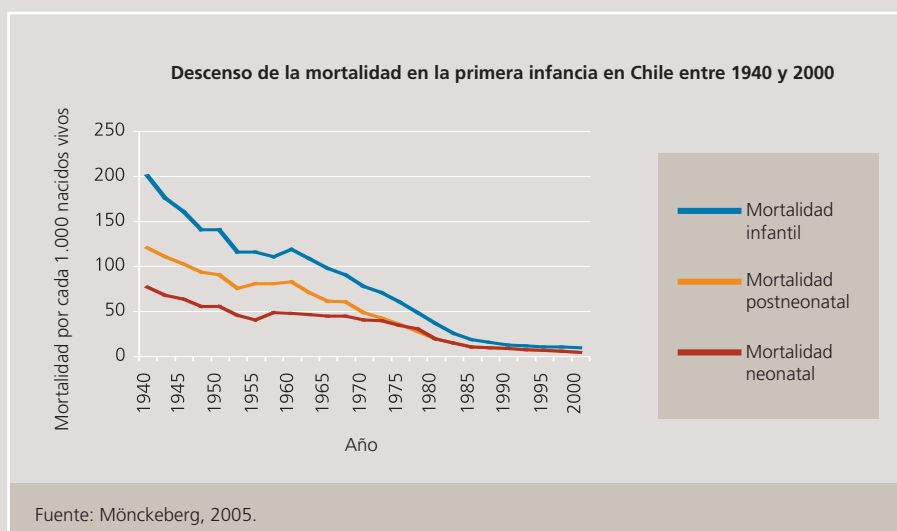
reducido de forma espectacular, desde el 60% en 1950 hasta el 1,7% en 2004. La malnutrición moderada y la malnutrición grave descendieron desde el 5,2% y el 2,2% en 1950, respectivamente, hasta el 0,1% en 2004. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (inferior a 2,5 kilogramos) ha disminuido desde el 11,6% hasta el 4,8% entre 1975 y 2000. Como indicador adicional de este cambio, el varón medio chileno de 18 años es 11 centímetros más alto que su homólogo de hace 30 años.

Durante los últimos 40 años, se ha producido simultáneamente una mejora considerable de la educación elemental. En 1960, más del 30% de la población era analfabeta; ahora la tasa es inferior al 2%. En 1960 sólo el 10% de los niños había completado los estudios elementales. En la actualidad, cerca del 90% de los niños asiste a la escuela primaria.

Un abanico de intervenciones

Los sucesivos gobiernos, animados y orientados por investigadores académicos, formularon y pusieron en práctica un conjunto de medidas para proteger a los niños de los efectos perniciosos de la malnutrición desde que estaban en el útero materno hasta la adolescencia. Se centraron sobre todo en

Figura 5a — En Chile se logró una reducción espectacular de la mortalidad infantil



5. Hambre, aprendizaje y desarrollo nacional

intervenciones relativas a la *salud, la nutrición, la educación y el saneamiento*.

Intervenciones en materia de salud y nutrición

El primer paso consistió en organizar una infraestructura sanitaria nacional. En 1952, varias organizaciones que prestaban atención sanitaria se fundieron y transformaron en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Éste desarrolló y potenció varias iniciativas para promover la salud maternoinfantil. Algunas de las iniciativas clave emprendidas fueron las siguientes:

• Campaña de lactancia materna

Puesto que una gran parte (el 85%) de la población chilena vive en zonas urbanas, y quizás como resultado de un sistema de distribución gratuita de leche, se produjo un brusco descenso en la práctica de la lactancia materna. Para fomentarla de nuevo, se introdujo un amplio programa, empleando tanto los medios de comunicación de masas (radio, televisión, revistas) como la enseñanza institucionalizada. Actualmente, más del 70% de las madres alimentan a sus hijos exclusivamente amamantándoles durante los primeros 90 días, lo cual representa un incremento del 88%.

• Tratamiento de los niños con malnutrición grave

Tras el éxito de la fase experimental, una fundación privada se hizo cargo de este programa, dedicado a proporcionar alimentos adecuados, estimulación y asesoramiento materno para niños con malnutrición grave. Se calcula que el programa logró una reducción del 25% de las tasas de mortalidad infantil.

Otras intervenciones importantes son un sistema de vigilancia del crecimiento de ámbito nacional, educación en materia de nutrición, planificación familiar, raciones alimentarias de carácter selectivo dirigidas a hogares pobres, vacunaciones y oferta de atención sanitaria en las zonas rurales.

Intervenciones educativas

En el área de la educación, después de haber desarrollado la infraestructura e incrementado el número de profesores capacitados, el país se centró en dos intervenciones principales: la alimentación escolar y las guarderías.

• Alimentación escolar

El programa tenía por objetivo principal estimular la matriculación y mantener la asistencia. La prestación

de servicios se transfirió a entidades privadas, dejando a la fundación pública JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas) la función de evaluación y control. La JUNAEB es una institución creada por ley para poner en marcha las intervenciones que pudieran ser necesarias para promover un acceso equitativo a la educación. Se centra primordialmente en la alimentación escolar, pero también trabaja en temas conexos, como la atención sanitaria, el alojamiento y las becas. La reorganización del programa de alimentación escolar redujo a la mitad el costo y mejoró la calidad del servicio, a la vez que se cumplía el objetivo de combatir el abandono escolar.

• Programa preescolar

El programa preescolar proporciona tanto alimentación como estimulación a niños vulnerables de edades comprendidas entre los dos y los seis años que viven en zonas pobres urbanas.

Intervenciones en materia de saneamiento

Durante muchos años, un elevado porcentaje de la población chilena vivía en zonas paupérrimas que carecían de instalaciones de saneamiento. Chile desarrolló un programa que insistía en la importancia del saneamiento para prevenir la malnutrición precoz. Durante la etapa inicial de dicho programa, se construyó una unidad sanitaria con ladrillos y madera en los terrenos de 300 familias o más que vivían en una zona suburbial. En los últimos 15 años, se han construido 250.000 unidades sanitarias en diferentes ciudades del país. En 1960, sólo el 40% de la población tenía agua potable en sus hogares, y sólo 35 disponía de una red de alcantarillado adecuada. En la actualidad, el 99% de la población tiene agua corriente en casa y el 93% tiene la vivienda conectada a una red de alcantarillado.

Consecución de apoyo político

Las decisiones políticas de apoyo a una política nacional de salud y nutrición no surgieron espontáneamente, sino que fueron inducidas. En el caso de Chile, una universidad (Universidad de Chile), a través del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), ha desempeñado un papel de gran trascendencia tanto en la creación de concienciación sobre el problema como en el desarrollo de una estrategia para afrontar los retos intersectoriales.

El INTA reconoció que, para obtener apoyo político, los problemas de malnutrición y salud debían adquirir resonancia política. Desarrolló una estrategia de

comunicación definida para crear concienciación acerca de los problemas nutricionales y de salud de la comunidad. Con este objetivo en mente, el INTA colaboró con los medios de comunicación de masas, e incluso con periodistas capacitados, en un intento por crear concienciación acerca de los efectos perjudiciales que tienen la malnutrición y una mala salud tanto a nivel individual como en la sociedad en su conjunto. Finalmente, se llegó a que prácticamente todos los candidatos a ocupar cargos públicos tuvieran (y sigan teniendo) programas dirigidos a erradicar la malnutrición y a mejorar las condiciones de salud infantiles.

Chile comprendió asimismo que el desarrollo infantil, la salud infantil y la malnutrición son desafíos intersectoriales. Para afrontarlos a través de un enfoque global, se creó el Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), un organismo interministerial de carácter autónomo, encargado de la preparación y la coordinación de una política nutricional para el país. Pero enseguida fracasó como resultado de la resistencia burocrática y los conflictos interministeriales.

Debido a ello, dicho Consejo se disolvió, y los responsables de la formulación de políticas concentraron sus esfuerzos en intervenciones

específicas dirigidas a mejorar el estado nutricional de grupos destinatarios específicos, en lugar de desarrollar una política global. La nueva estrategia resultó mucho más eficaz, aunque hizo que los costos globales del programa integrado fuesen menos visibles, al repartirlos entre iniciativas separadas.

Crecimiento económico mediante inversiones en nutrición y aprendizaje

La mayor parte de las mejoras de Chile en materia de mortalidad infantil, malnutrición y educación se lograron en una época en la que el producto interno bruto (PIB) no varió sustancialmente y se mantuvo la pobreza sin apenas cambios.

Los programas se financiaron mediante una combinación de compromiso político y de financiación desde el sector privado innovador. El compromiso político fue incitado por académicos y por otras personas que crearon conciencia e interés entre la población gracias a la difusión de los resultados de investigaciones y de conocimientos. Posteriormente, la economía ha crecido a un ritmo récord, lo cual se ha debido, al menos en parte, a la mejora del capital humano.

Fuente: Mönckeberg, 2005.

6. Decisiones políticas

Hay un dicho entre los hausa del norte de Nigeria según el cual “un toro siempre se las arreglará para llevar sus propios cuernos”. El significado implícito es que la gente, igualmente, asumirá una actividad si ve en ella un propósito y un valor. Tanto la teoría como las observaciones empíricas indican que las inversiones realizadas para reducir el hambre y mejorar el aprendizaje pueden tener un efecto importante en el desarrollo nacional actual y futuro, al ampliar las oportunidades reales de la población e impulsar el crecimiento económico.

Sin embargo, no siempre es fácil convencer a los responsables de la formulación de políticas de que realicen dichas inversiones. Existen numerosas limitaciones prácticas para aplicar con éxito los conjuntos de intervenciones de los que se habla en el informe: prioridades políticas, limitaciones de recursos, debilidad institucional, barreras físicas e incluso desánimo debido a experiencias pasadas. Pero también hay maneras de superar dichas limitaciones y se puede aprender de la experiencia de otros países.

6.1 Voluntad política y prioridades

“Francamente, tenemos otras prioridades”

La propuesta de que se dediquen recursos a la nutrición y el aprendizaje puede provocar por parte de los ministros la respuesta impaciente de que se tienen otras prioridades. A pesar del impresionante fondo documental existente sobre “lo que funciona” en materia de nutrición y aprendizaje, muchas intervenciones más que comprobadas no se han puesto en práctica y siguen siendo una prioridad de segundo orden para los gobiernos. Para luchar contra este descuido o indiferencia, hay que tomar medidas para aumentar la concienciación, identificar promotores y alcanzar y mantener un compromiso.

- **Aumentar la concienciación**

Algunos responsables de la formulación de políticas no son conscientes de la relación perniciosa entre

hambre y aprendizaje. Uno de los primeros pasos en la creación de concienciación es reunir información sobre el alcance del problema dentro del país. Una encuesta de ámbito nacional proporcionó el impulso para la estrategia nutricional a largo plazo de Tailandia. En algunos lugares, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales pueden ayudar al gobierno en la obtención de los datos necesarios. Un estudio dirigido por la universidad, realizado en colaboración con organizaciones no gubernamentales, ayudó a sentar las bases del programa “Fome Zero” en el Brasil. En Chile, un instituto nacional de nutrición no partidista (el INTA) reunió datos básicos sobre la situación relativa al hambre dentro del país.

Una vez conocido el alcance del problema, la información puede dirigirse a diferentes públicos para crear concienciación y generar compromiso. Las campañas en los medios de comunicación pueden sensibilizar a la opinión pública sobre la gravedad del problema. Tanto en Chile como en Tailandia se colaboró con los medios informativos de forma innovadora para transmitir los correspondientes mensajes (Recuadro 6.1). En Malí, el Gobierno y las ONG emplearon una combinación de sesiones de asesoramiento, juegos de rol, reuniones de movilización en los pueblos y programas de radio para llegar a una población más numerosa (Parlato y Seidel, 1998). Para los responsables políticos, una mayor cantidad de información técnica sobre el efecto probable de las intervenciones —y las consecuencias de no hacer nada— puede ser más persuasiva. El método PROFILES es una técnica relativamente reciente para crear modelos teóricos por ordenador que permitan a los responsables de la formulación de políticas evaluar los costos y los beneficios de diversas combinaciones de medidas (AED, 2006).

- **Encontrar promotores**

Muchos países han hallado maneras creativas y eficaces de aumentar la concienciación, pero, para avanzar, con frecuencia es necesario encontrar promotores, que pueden ofrecer apoyo de alto nivel y garantizar que se preste atención a estos temas. Los promotores suelen

6. Decisiones políticas

Recuadro 6.1 — Los medios informativos pueden ayudar a crear concienciación

Tanto Chile como Tailandia hallaron maneras eficaces de trabajar con los medios informativos para crear concienciación acerca de los problemas de nutrición. En Chile, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos creó un curso becado para periodistas en el que se explicaban los efectos perjudiciales de la malnutrición sobre el desarrollo mental. Una vez recibido el título, los periodistas volvían a la televisión, a la prensa escrita y a la radio, interesados por los temas en cuestión y deseosos de elaborar artículos bien documentados sobre el hambre. En sus artículos, incluían imágenes de gran carga emocional en las que se mostraban los efectos de la desnutrición en el cerebro. Esta atención por parte de los medios de información contribuyó a crear una “cultura de la salud” en Chile que forzó a los políticos a tomarse en serio estos problemas.

En Tailandia, el Gobierno se asoció con el sector privado para crear y emitir repetidamente un anuncio televisivo en el que se mostraba a niños tailandeses comiendo basura en una provincia pobre del nordeste. El anuncio contribuyó a suscitar la indignación —y la actuación— nacional.

Fuente: Mönckeberg, 2005; Heaver, 2005.

ser altos funcionarios gubernamentales que “formen coaliciones de intereses... y guíen las políticas y programas mediante el proceso de planificación y visto bueno de manera empresarial” (Heaver, 2005: 27). Ejemplos de promotores nacionales para las intervenciones en nutrición y aprendizaje van desde el Presidente del Brasil hasta altos funcionarios del Ministerio de Educación y Agricultura tailandés o el Presidente de Sierra Leona. En Kenya, un ministro adjunto de Educación sirvió de promotor al destacar la importancia de contar con una política nacional de educación sobre salud y nutrición (UCLA International Institute, 2004).

Los promotores necesitan que se les apoye para convencer a otros. En su propio país, deben poder contar con sólidas investigaciones en la materia y con el respaldo de instituciones académicas. Sin embargo, una lección que se extrae de Chile es que las entidades que facilitan esta información deben conservar la independencia profesional con respecto al gobierno de turno. De otro modo, corren el riesgo de perder credibilidad: “El aspecto crucial... es lograr un equilibrio aceptable entre intervención política e independencia... Todo el equipo de expertos que participan en un programa de salud y nutrición debe tener cuidado de no inmiscuirse en temas contingentes, cambiantes y de corta vida. ... Es importante que los profesionales obtengan apoyo desde todos los lados” (Mönckeberg, 2005: 7).

A veces, la ayuda puede provenir de otros promotores de la misma región del mundo. La Alianza del Sahel reunió a ministros de Educación de varios países para poner lecciones en común y apoyar una actuación conjunta en iniciativas de alimentos para la educación, como la alimentación escolar. En América Latina, se ha creado una red de alimentación escolar para compartir información, progresos y lecciones aprendidas acerca de la alimentación escolar en la región (véase el Recuadro 6.2).

A falta de promotores en contextos nacionales, las Naciones Unidas y los donantes bilaterales deben adoptar un papel más activo. Los grupos responsables de alimentación, nutrición y educación que operan dentro del equipo de las Naciones Unidas de un país deben ocuparse de que la evaluación común del país y el consiguiente Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) aborden adecuadamente los temas relativos al hambre y el aprendizaje.

• Alcanzar y mantener el compromiso

Aunque los políticos reconozcan la importancia de estas inversiones, les puede preocupar que los beneficios no se vean hasta transcurridos cinco o 10 años. Para entonces, puede que ya no estén en el poder —ni tengan la oportunidad de atribuirse el mérito de las mejoras—. Se pueden adoptar diversos sistemas para responder a esta preocupación (véase el Recuadro 6.3).

Una manera de alcanzar un compromiso sostenido tanto a nivel nacional como de las comunidades es proporcionar un medio para que los líderes sepan si sus esfuerzos son fructíferos, incluso a corto plazo. Los sistemas nacionales y locales que informan sobre el crecimiento y el desarrollo infantiles son decisivos para mantener a los gobiernos y a los organismos donantes informados de los progresos —y comprometidos con la actuación—. En Zambia, la evaluación del impacto de un programa escolar y de nutrición ayudó a convencer al Gobierno de que lo ampliara e incorporara las intervenciones de salud y nutrición en el ámbito escolar en su plan estratégico a largo plazo (UCLA International Institute, 2004). Los programas locales de vigilancia del crecimiento pueden mostrar resultados incluso en un plazo tan breve como dos años (Heaver, 2005).

Quizás la manera más efectiva de garantizar el compromiso a largo plazo sea la de prescribir legalmente las intervenciones. La institucionalización jurídica de los programas protegió las intervenciones de Chile a lo largo de regímenes sucesivos. Hace poco se aprobó en la India legislación por la que se prescribe una comida caliente a mediodía para los escolares. Indonesia consideró al programa de alimentación escolar como parte integrante de su red nacional de protección social, manteniéndolo incluso en épocas de crisis económica³².

En el Brasil existe actualmente una propuesta dirigida a modificar el Artículo 6 de la Constitución brasileña para incluir el derecho a la alimentación entre los derechos humanos fundamentales (Belik y Del Grossi, 2003). Otras naciones que garantizan este derecho en su Constitución son Sudáfrica y Nigeria (FAO, 1998); aunque, evidentemente, una garantía constitucional no asegura que el derecho a la alimentación se cumpla siempre. Se deberían incorporar además objetivos en materia de nutrición y aprendizaje en los planes de desarrollo nacionales y en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza. Por otra parte, se pueden aprovechar los compromisos gubernamentales con los ODM para dedicar un mayor número de iniciativas y recursos a lograr los efectos deseados en las esferas de la nutrición y el aprendizaje.

Otro medio para lograr un compromiso a largo plazo es apelar al juicio de la historia. Se reconoció la clarividencia y el mérito de los líderes y responsables políticos que emprendieron iniciativas encaminadas a reducir el hambre y mejorar el aprendizaje, incluso cuando su acción dio resultados concretos sólo después de unos años. Los artífices del éxito logrado en Chile y Tailandia en esta esfera son muy admirados en todo el mundo, pero sobre todo en sus propios países.

Recuadro 6.2 — Trabajo a escala regional para generar apoyo para los “alimentos para la educación”

Dos iniciativas recientes ofrecen diferentes métodos (ambos sin comprobar) con los que generar apoyo internacional para financiar alimentos para la educación. La Alianza del Sahel se creó en 2003 en una reunión ministerial regional en Dakar (Senegal). La Alianza tiene por fin crear una estrategia regional para promover actividades de alimentos para la educación. Respaldó dos medidas de importancia: en primer lugar, integrar las actividades de alimentación escolar en las estrategias y los planes de acción gubernamentales, así como en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza; y, en segundo lugar, reforzar la colaboración dentro de los países entre asociados de nivel central y local, así como entre los ministerios de educación y salud.

La Red de Alimentación Escolar para América Latina se presentó oficialmente en los días 22 a 26 de marzo de 2004 durante una conferencia celebrada en Santiago de Chile. Esta red tiene por objeto intensificar y ampliar los programas de alimentación escolar y nutrición infantil latinoamericanos poniendo en contacto a las partes interesadas. Usando un modelo de organización de carácter asociativo —abierto a todas las partes interesadas, incluidos padres, profesores, funcionarios públicos, la industria alimentaria y grupos de nutrición y educación—, la red pretende servir de foro (contando con una página Web) para compartir información entre países latinoamericanos y ayudar a éstos a desarrollar sus propias asociaciones nacionales de alimentación escolar, como la que se creó en Colombia en septiembre de 2003.

6. Decisiones políticas

Recuadro 6.3 — Algunas ideas para mantener a los políticos interesados en los programas de nutrición

Las ideas siguientes para que la nutrición reciba prioridad en la agenda de los políticos se podrían comprobar mediante investigación práctica:

- Explicar cómo la mejora de la nutrición beneficia a otros programas que se encuentran entre las prioridades personales de los líderes políticos: educación primaria o desarrollo industrial, por ejemplo.
- Destacar que se puede lograr una mejora considerable del crecimiento infantil en un plazo de dos años desde la implantación de un programa de vigilancia del crecimiento en una zona, un plazo que encaja bien en el período de mandato de un político.
- Dividir la ejecución en etapas acotadas temporalmente, con indicadores periódicos de los resultados, de manera que los políticos cuenten con logros periódicos que anunciar al público.
- Proporcionar a los políticos de alto nivel información periódica en un formato de fácil empleo.
- Encargar un estudio de opinión entre los usuarios, de manera que los políticos sepan que la gente se preocupa por el programa nutricional y que hay votos que pueden depender de él.
- Llevar a los políticos a realizar visitas sobre el terreno para que vean los hechos por sí mismos.
- Crear un comité de supervisión del programa, integrado por parlamentarios de diferentes partidos, altos funcionarios de planificación y finanzas, ONG y otras organizaciones de la sociedad civil, para revisar la aplicación del programa de manera independiente.
- Contar con un “grupo de usuarios de servicios” representativo que informe directamente a este comité sobre la calidad de los servicios que reciben.
- Vigilar por que en los medios de información aparezcan periódicamente informes sobre los resultados del programa.
- Pedir a los altos representantes de los países donantes que, cada vez que se encuentren con un político, pregunten qué tal crecen [y aprenden] los niños.

Fuente: Heaver, 2005: 45.

6.2 Limitaciones de los recursos

“No podemos permitirnos intervenciones de este tipo”

“Sencillamente no contamos con fondos para programas de este tipo” es otra respuesta habitual ante la propuesta de que se invierta en reducir el hambre y mejorar el aprendizaje. Pero esta opinión normalmente refleja una mala comprensión de los costos y los beneficios; o una falta de conocimiento de algunas de las maneras de que los costos no suban.

El tipo de intervenciones en nutrición que se proponen para la primera infancia, por ejemplo, es de las más eficaces con relación a los costos de las que se dispone (Jones y otros, 2003). Cuando se hacen cálculos comparando los beneficios futuros con los costos, el rendimiento supera con creces lo invertido. Por ejemplo, los suplementos de yodo para mujeres embarazadas amortizan su valor de 15 a 250 veces (Behrman y otros, 2004). Las intervenciones para prevenir el bajo peso al nacer, fomentar la lactancia materna exclusiva durante

seis meses, y proporcionar alimentación complementaria en la infancia cuestan un máximo de 20 dólares per cápita al año. En comparación, se calcula, con estimaciones prudentes, que las pérdidas de productividad debidas a una nutrición deficiente en contextos de países en desarrollo son de entre el 2% o el 3% del PIB al año (Horton, 1999b). No es difícil hacer las cuentas: a un país en desarrollo le resulta más barato prevenir el hambre y la malnutrición que permitir que siga existiendo³³.

En algunos casos, los programas se pueden hacer más asequibles empleando medidas de ahorro de costos. Sirva de ejemplo la alimentación escolar. Existen varias posibilidades para mantener los costos en un nivel bajo. Por ejemplo, los costos se pueden reducir mucho si el programa se orienta a las provincias o los distritos más necesitados, en lugar de proporcionar cobertura universal. Además, se pueden reemplazar alimentos relativamente caros y de contenido nutricional relativamente bajo, como la leche, por alternativas con una mejor relación costo-eficacia (Del Rosso, 1999). En Bangladesh, las galletas de alto valor energético y enriquecidas con micronutrientes redujeron los costos del programa de alimentación escolar a 18 dólares EE.UU. por niño al año —logrando, no obstante, unos resultados impresionantes en cuanto a asistencia escolar y rendimiento académico (Ahmed, 2005)—. Asociar al sector privado al suministro de comidas también puede reducir sustancialmente los costos (Mönckeberg, 2005; Del Rosso, 1999).

Otra posibilidad es combinar programas mediante iniciativas basadas en la escuela, tales como el programa FRESH o el “conjunto mínimo de servicios”, a fin de conseguir múltiples objetivos utilizando la misma infraestructura básica. El Equipo de Tareas contra el Hambre de las Naciones Unidas y la Nueva Asociación para el Desarrollo de África alientan el uso de alimentos escolares “de la tierra”, con alimentos de procedencia local, reduciendo así los costos y apoyando a los productores locales (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas,

2005a). Algunas de estas lecciones también se pueden aplicar a otras intervenciones, como las de nutrición materno-infantil, suministro de raciones para llevar a casa y transferencias de efectivo.

6.3 Capacidades institucionales

“No contamos con las estructuras institucionales ni con las competencias necesarias para tratar estos temas”

A veces los ministros levantan las manos y ríen, diciendo, “Pues sí, claro que deberíamos hacer todas esas cosas; pero ¿ha valorado usted seriamente nuestra capacidad institucional?” Hay al menos tres grandes desafíos institucionales para llevar a cabo intervenciones dirigidas a reducir el hambre y mejorar el aprendizaje: la falta de coordinación intersectorial, las dificultades para ampliar la escala de los programas y la ausencia de competencias suficientes a escala local.

• Falta de coordinación intersectorial

Los países con un mayor éxito en la lucha contra el hambre han adoptado enfoques multisectoriales que incluyen la alimentación, el saneamiento y la educación. Pero dichos enfoques exigen una coordinación intersectorial, que puede ser difícil de conseguir. Muchos países no cuentan con una sede institucional para el hambre y la nutrición. Además, los donantes cada vez apoyan más los enfoques de ámbito sectorial, como la educación, la sanidad y las infraestructuras básicas. Como consecuencia, en algunos países, el desarrollo de conjuntos de intervenciones adecuadas se ve dominado por un único sector, como el de la sanidad o el de la educación, que no pueden ocuparse de la naturaleza intersectorial de una estrategia global.

Hay al menos dos métodos que se pueden aplicar para superar estos desafíos. Uno consiste en proporcionar un lugar específico a las intervenciones relacionadas con el hambre, creando consejos

6. Decisiones políticas

nutricionales nacionales. En Tailandia se creó en la década de 1970 un comité central de planificación nutricional y alimentaria (véase el Intermezzo 6). Éste estableció una serie de planes nacionales de alimentación y nutrición que se incluirían en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social quinquenal, más general. En el Brasil, a comienzos de los años 2000, se creó un Consejo de Seguridad Alimentaria y Nutricional nacional (*Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*) para que formulara orientaciones para las políticas de seguridad alimentaria y nutricional del Gobierno federal. Se componía de miembros de la sociedad civil (dos terceras partes) y funcionarios gubernamentales (una tercera parte).

Pero también pueden ser eficaces otros métodos. En lugar de crear un consejo, es posible demostrar la trascendencia de los programas a cada uno de los ministros interesados, para que integren estos temas en su propio trabajo (Heaver, 2005). Los métodos globales que emplean la alimentación escolar, por ejemplo, contribuyen a alcanzar los objetivos del Ministerio de Educación al elevar la tasa de matrícula y la asistencia a

la escuela. Apoyan al Ministerio de Sanidad al ocuparse de enfermedades infantiles, tales como los parásitos intestinales, y al ofrecer una inestimable oportunidad de informar a los niños sobre cómo prevenir el VIH/SIDA. Mejoran la calidad del “capital humano” de la mano de obra, sirviendo así a los objetivos del Ministerio de Industria. Y gracias a su influencia en la educación, mejoran la productividad de los agricultores y su apertura a nuevas ideas, ayudando al Ministerio de Agricultura a alcanzar sus objetivos.

Este método ha funcionado en varios países. En Chile, los ministros de Salud, Economía, Educación, Agricultura, Trabajo, Previsión Social y Planificación, alentados por promotores del mundo académico, desarrollaron programas diferentes, aunque complementarios (Mönckeberg, 2005). Un enfoque de este tipo ha servido igualmente para aunar los sectores de sanidad y educación en un proyecto de escuelas promotoras de la salud en la China rural (Xu y otros, 2000).

• Ampliación de la escala

Otra dificultad a la que se enfrentan los gobiernos es el desafío de ampliar los programas hasta la escala nacional. ¿Cómo se puede hacer con un

Recuadro 6.4 — Tres métodos para ampliar la escala de los programas de nutrición

No hay un modelo único para hacer la ampliación a una escala mayor, y sí muchas formas de intentarlo, entre ellas la expansión, la explosión y la asociación. La expansión produce un aumento de escala de manera cuidadosa y controlada, con pequeños ensayos que se van expandiendo gradualmente hasta abarcar áreas cada vez mayores mediante un proceso de aprendizaje de los responsables de la ejecución, que cada vez son más eficaces y eficientes.

El aumento de escala por explosión es lo que se denomina “método del big bang”, que normalmente se pone en práctica respondiendo a una política nacional con la que se desea lograr la máxima cobertura en el menor tiempo posible. La explosión se realiza a veces a costa de la calidad de los resultados. Sin embargo, puede ser adecuada para repetir modelos fijos de intervenciones, por ejemplo en un sistema para la entrega rápida y eficaz de suministros alimentarios de emergencia. Es menos efectivo para intervenciones más complejas y globales.

El aumento de escala por asociación se produce cuando diferentes experiencias programáticas llevadas a cabo en diferentes localidades “crecen juntas”, con la ayuda de un conjunto general de directrices nacionales. Para la ampliación de programas de nutrición y aprendizaje probablemente lo más apropiado son los modelos de expansión sistemática o de crecimiento por asociación, o una combinación de ambos.

Fuente: Myers, 1984.

personal limitado? Es posible lograr la cobertura universal, si se basa en estrategias de movilización y apoyo de las comunidades (Shrimpton, 2002; véase el Recuadro 6.4). Normalmente se necesita alguna ayuda externa. En los programas de nutrición con base en las comunidades que han tenido éxito —por ejemplo en Tanzania o en Tailandia— los facilitadores proporcionan capacitación inicial y después siguen ofreciendo supervisión para prestar apoyo a los agentes movilizados de la comunidad. Los facilitadores de la comunidad normalmente reciben una retribución, mientras que los movilizados desempeñan estas funciones a título voluntario, quizás con alguna compensación por parte de la comunidad. En los programas de alimentación escolar, se cuenta con que los miembros de las comunidades locales actúen de cocineros, pinches de cocina y guardas, o que paguen por que alguien desempeñe estos trabajos básicos (PMA y otros, 1999).

Una vez establecidos los mecanismos de ejecución básicos en unos pocos lugares, puede producirse una rápida expansión gracias a la documentación y reproducción de las intervenciones. Con ayuda técnica, las comunidades pueden evaluar sus necesidades, seleccionar la combinación adecuada de intervenciones, adaptar las herramientas a las condiciones locales y aplicarlas en nuevos contextos. Mientras que los costos iniciales de desarrollar nuevas intervenciones y herramientas son elevados, adaptar estos modelos de intervención a nuevas áreas es una manera eficaz de lograr una mayor cobertura.

- **Recursos humanos**

Una tercera limitación institucional de primer orden es la falta de recursos humanos debidamente capacitados. Reducir el hambre y mejorar el aprendizaje requiere adoptar decisiones sobre la correcta combinación de intervenciones para satisfacer las necesidades específicas locales. El personal de los distritos debe disponer de suficiente autoridad y autonomía para tomar decisiones, así como conocer

suficientemente los programas adecuados. En algunos distritos, los problemas pueden incluir la falta de aprendizaje de los adultos acerca de la producción agraria. En otros, pueden ser unos hábitos inadecuados de lactancia materna y de alimentación complementaria durante la infancia porque las madres deben volver al trabajo demasiado pronto después de dar a luz. En otros, el mayor problema lo pueden constituir la capacidad de atención reducida de los niños en edad escolar. En la mayoría de los casos, habrá una combinación de problemas, y una decisión incorrecta tendrá como consecuencia la elección de un conjunto de programas ineficaz.

Lo que hace falta es capacitación —no títulos universitarios, sino cursos de corta duración organizados a nivel local, más capacitación continua en el lugar de trabajo mediante una supervisión de apoyo—. Varias iniciativas, desde la iniciativa BASICS de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) hasta la de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, demuestran que la capacitación siguiendo unas directrices relativamente sencillas puede dar lugar a programas eficaces que sean ampliables dentro de los países y transferibles entre países.

6.4 Limitaciones físicas y medioambientales

“Es casi imposible llegar a la gente en los casos de emergencia y en zonas apartadas”

Las catástrofes naturales, como inundaciones y terremotos, pueden crear barreras físicas que dificultan llegar a las personas necesitadas. Los disturbios civiles y los conflictos armados también pueden perturbar los servicios gubernamentales y obligar a las poblaciones a huir de las zonas de violencia y convertirse en refugiados o en desplazados dentro de su país. En la mayor parte de estas situaciones, la prestación de servicios de alimentación y nutrición figura entre las máximas prioridades de la ayuda humanitaria. La comunidad internacional

6. Decisiones políticas

Recuadro 6.5 — Los equipos móviles ayudan a combatir las carencias de vitaminas y minerales en los campamentos de refugiados de Zambia

Tras el estallido de nuevos enfrentamientos en las regiones del este y el sur de Angola en el año 2000, miles de personas huyeron cruzando la frontera hacia Zambia. Se creó un campamento de refugiados para dar cabida al creciente número de refugiados. En 2003, con una población de más de 26.000 personas, el campo contaba con algunos pequeños negocios, entre ellos herrerías, panaderías y tiendas. También tenía un mercado, en el que se vendían verduras, tomates, tabaco y otros productos, y que estaba abierto los siete días de la semana. Pero la mayoría de la población dependía de la ayuda alimentaria, y las provisiones de alimentos básicos no satisfacían sus necesidades de micronutrientes —un problema habitual en los campos de refugiados—. Como consecuencia, había unos niveles elevados de carencias de vitamina A y de hierro.

Un grupo de organismos internacionales y de ministerios gubernamentales tuvo la idea de moler y enriquecer maíz desde equipos móviles sobre el terreno, algo que nunca se había intentado previamente. El sistema estuvo a prueba durante más de un año. Una encuesta de evaluación sugiere que el maíz molido y enriquecido se relaciona con un importante aumento de la vitamina A y el hierro en los adolescentes y con la reducción de la anemia entre los niños (Seals y otros, 2006).

La metodología de la encuesta presenta limitaciones, y es necesario realizar más estudios para comprender algunos de los resultados. Pero el experimento proporciona algunas de las primeras pruebas empíricas de que el enriquecimiento y la molienda en los campamentos pueden producir beneficios sustanciales para algunos refugiados que sufren carencias de vitaminas y minerales.

Fuente: Seals y otros, 2006.

Recuadro 6.6 — Motivación del deseo de aprender: “Escuelas de campo de agricultores”

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y varias organizaciones no gubernamentales internacionales han estado aplicando un enfoque para afrontar el hambre que consigue una demanda de aprendizaje de nuevas técnicas agrarias: las “Escuelas de Campo de Agricultores para la Producción y el Manejo Integrado de Plagas”. Estas escuelas trabajan con un grupo de agricultores a lo largo de una campaña agrícola. En un pequeño terreno, hacen una exhibición de los métodos que se han recomendado externamente para cada etapa del proceso de producción, desde la preparación del suelo hasta la cosecha y la comercialización.

Los agricultores necesitan tener unas nociones matemáticas y de lectura y escritura básicas para poder hacer mediciones en el terreno de demostración y para aplicar las nuevas técnicas por sí mismos. A menudo los agricultores están dispuestos a pagar por los programas de alfabetización para poder participar en los cursos de capacitación. Como escribió un observador de las Escuelas de campo de agricultores de Senegal: “El programa fue un éxito en la medida en que ofreció lo que la gente necesitaba en el momento en que lo necesitaba, por lo que las cuestiones de motivación y de marcha de los grupos se hicieron irrelevantes. Los agricultores necesitaban la información y por ello seguían viniendo” (Oxenham y otros, 2002: 32).

Fuente: Oxenham y otros, 2002.

—incluidas la Federación Internacional de la Cruz Roja y el PMA— es experta en colaborar con los gobiernos para llegar a las personas afectadas por una catástrofe. El reciente trabajo con los refugiados bhutaneses en Nepal demuestra que se pueden realizar intervenciones eficazmente en contextos de socorro (véase el Recuadro 4.1).

La prestación de servicios a regiones escasamente pobladas puede ser difícil, incluso sin que se haya producido una catástrofe. Muchas personas necesitadas viven en regiones apartadas, en las que no existe un fácil acceso a los servicios gubernamentales. Impedimentos físicos, como un terreno montañoso o la escasez de caminos o carreteras, complican el problema. Un modo de llegar a estos grupos es crear unidades móviles de prestación de servicios. Un servicio a lo largo de la frontera entre Angola y Zambia muestra el carácter prometedor de este sistema (véase el Recuadro 6.5).

6.5 La experiencia anterior

“Ya lo intentamos antes; pero no funcionó”

Con frecuencia los responsables de la formulación de políticas se ven desanimados por las experiencias del pasado. Según señalan, ya se habían realizado actividades similares anteriormente, pero los programas no obtuvieron los resultados esperados. Aunque los fracasos del pasado pueden obedecer a muchas razones (entre ellas los problemas antes descritos), algunos de los más importantes se refieren a la secuencia y al enfoque.

Al desarrollar programas de aprendizaje de adultos, por ejemplo, la secuencia de las intervenciones tiene una importancia decisiva. Es necesario tener presente no sólo la faceta de la oferta (oportunidades de aprendizaje), sino también la de la demanda (deseo y necesidad de aprender). Muchos programas de alfabetización de adultos encaminados a afrontar el hambre han fracasado por centrar la atención

exclusivamente en la oferta de capacitación, ofreciendo cursos de alfabetización o de generación de ingresos en lugares donde no existe una verdadera oportunidad de aplicar los conocimientos para afrontar el hambre. La demanda no surge a menos que haya algo nuevo que gestionar —a menos que la posibilidad de mejorar la producción, acumular recursos o asumir nuevas responsabilidades pueda tomar forma a nivel local—. Los programas de instrucción de adultos cobran todo su sentido cuando se basan en un cierto grado de potenciación económica local, tal como demuestra la experiencia de las “Escuelas de campo de agricultores” (véase el Recuadro 6.6).

A veces, la secuencia es la correcta, pero es preciso mejorar el enfoque. Una lección que se desprende de muchos países que han tenido éxito es que al principio no tenían el enfoque correcto, pero terminaron encontrándolo gracias al deseo de aprender y de cambiar de rumbo. En Uganda (véase el Intermezzo 4), hicieron falta varios intentos hasta desarrollar un programa de alfabetización de adultos que realmente satisficiera las necesidades de la población.

El Gobierno de Bangladesh ha experimentado con diferentes combinaciones de alimentación escolar, raciones para llevar a casa y transferencias de efectivo para mejorar la matriculación y el rendimiento escolar en su país (Ahmed, 2004). En Chile, el Gobierno intentó crear un Consejo de Nutrición Nacional, pero éste rápidamente quedó estancado en disputas interministeriales. Finalmente se disolvió, y se ideó un enfoque mucho más eficaz dirigido a ministerios específicos (Mönckeberg, 2005). En Tailandia, el enfoque inicial centralizado y desde arriba aplicado por el Gobierno logró escasos progresos en lo relativo al problema de la malnutrición. Sólo tras un giro radical del programa se obtuvo el asombroso éxito del sistema basado en mayor medida en las comunidades (véase el Intermezzo 6).

6. Decisiones políticas

Intermezzo 6: Movilización de las comunidades para erradicar la desnutrición en Tailandia

Tailandia, como otras varias naciones del sudeste asiático, ha tenido un éxito notable en reducir la prevalencia de la desnutrición en su país. Pero su éxito no fue inmediato: tuvo que hacer varios comienzos en falso para descubrir que la manera más eficaz de abordar el problema era un enfoque multisectorial que contara con las comunidades.

En menos de un decenio, entre 1986 y 1995, Tailandia redujo la prevalencia de niños con insuficiencia ponderal en el país en más de 10 puntos porcentuales y redujo casi a la mitad la tasa de retraso del crecimiento (véase la Figura 6a). Estos avances se produjeron al doble de velocidad que en otros países donde no se había invertido en programas de nutrición. ¿Cómo logró Tailandia unos resultados tan impresionantes? El proceso, que se prolongó durante varios decenios, empezó de hecho en la década de 1960, pero cobró impulso en la de 1980, cambiando de rumbo cuando era necesario.

Los comienzos

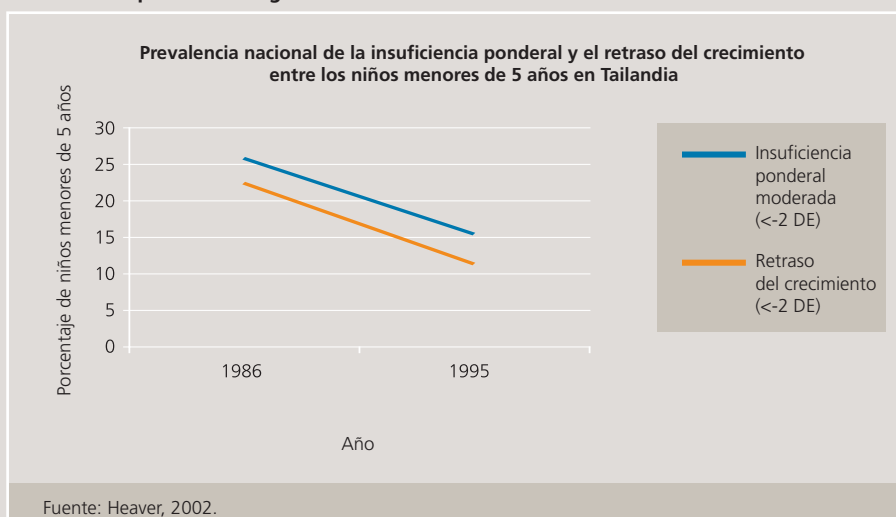
En la década de 1960, una primera encuesta nacional de nutrición mostró que la malnutrición era un problema grave y extendido, que afectaba aproximadamente a la mitad de todos los niños menores de cinco años. Esto motivó que en el primer

Plan de Desarrollo Económico Nacional del país se señalara que era absolutamente necesario especificar “medidas para hacer frente a la malnutrición que se produce con frecuencia entre la población rural a causa de la ignorancia y de la falta de una dieta equilibrada”.

Basándose en estos hallazgos y recomendaciones, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los medios de comunicación tomaron la iniciativa en la creación de concienciación pública sobre la desnutrición en el país. Contaron con el apoyo de la Familia Real, aunque costó más convencer a los políticos electos. Tras diez años realizando una labor de concienciación, parece que los esfuerzos comenzaron finalmente a dar sus frutos: el primer Plan nacional de alimentos y nutrición de 1976 reconoció que la nutrición era una cuestión multisectorial que no se podía abordar suficientemente dentro del sector de la salud, sino que requería su propio plan, además de recursos específicos.

Se creó un plan de acción empleando un enfoque dirigido desde el Gobierno central; pero, lamentablemente, los resultados no fueron especialmente llamativos: el 50% de los niños en edad preescolar continuaron sufriendo de malnutrición proteinoenergética. El resultado más positivo fue que el plan elevó la concienciación sobre los problemas de nutrición en los sectores público y privado y ayudó a generar un compromiso político por parte de los responsables de la formulación de

Figure 6a — Tailandia ha realizado rápidos progresos en la reducción de la malnutrición proteinoenergética



políticas de la nación. Con el tiempo, se forjó una especie de consenso nacional en el sentido de que hacer frente a la desnutrición representaba una inversión decisiva en el futuro de los individuos, las comunidades y la nación. Pero se reconoció asimismo que el enfoque que se estaba aplicando no funcionaba. Con una apertura y una autocrítica sorprendentes, el Gobierno abandonó dicho enfoque y desarrolló una nueva estrategia.

Finalmente en el buen camino

La nueva estrategia multisectorial combinaba un enfoque desde la base con algunos elementos críticos desde arriba. Por un lado, se dio gran autonomía a las comunidades. Éstas se involucraron enormemente en el proceso de evaluar su situación, aplicar soluciones y observar los avances. Un innovador enfoque basado en las “necesidades mínimas fundamentales” facilitó que las aldeas pudieran utilizar un índice para medir su situación actual, así como para señalar intervenciones apropiadas.

A fin de conseguir el máximo alcance con unos recursos limitados, se hizo una movilización de voluntarios a gran escala para que ayudaran en la puesta en práctica. En 1989, el número de voluntarios entrenados alcanzaba los 500.000. Se les dio un número de casos manejable (unos 10 hogares por voluntario), lo que les permitía desempeñar sus obligaciones, manteniendo al mismo tiempo sus otros trabajos. Su recompensa era en forma de reconocimiento local más que financiera. Las comunidades contribuyeron además a sufragar los costos de casi todas las intervenciones.

Al mismo tiempo, algunos elementos del programa seguían siendo dirigidos desde el Gobierno central. Éste asignó recursos a las regiones más necesitadas e imprimió al enfoque cierta coherencia (por ejemplo, mediante el empleo de voluntarios y el enfoque basado en el concepto de necesidades básicas mínimas). Estos elementos centralizados dotaron al programa de coherencia a escala nacional.

Contribución del apoyo técnico

Al igual que en Chile, las universidades desempeñaron un importante papel en el éxito del programa. En concreto, el Instituto de Nutrición de la Universidad de Mahidol prestó apoyo técnico para las intervenciones. Contando con la aceptación y la confianza del Gobierno, pero también con independencia administrativa e intelectual, el Instituto pudo ofrecer asesoramiento que se tomó en serio. Las universidades cumplieron además otra importante función, ya que formaron a muchos de los funcionarios que pondrían en práctica los programas.

El hincapié que había hecho anteriormente el Gobierno en la educación primaria y secundaria benefició asimismo al programa. Hizo posible encontrar voluntarios con instrucción suficiente como para ejecutar el programa en las aldeas y comunidades.

Posibilidad de obtener resultados con poca ayuda externa

Los logros obtenidos por Tailandia fueron especialmente singulares porque el país pudo financiar su programa nacional de nutrición mediante recursos nacionales, sin recurrir excesivamente a la ayuda extranjera. Se hizo hincapié en que el país tuviera acceso al apoyo técnico necesario, y no en obtener recursos financieros externos para las intervenciones. En lugar de ello, el país confió en programas de bajo costo, ejecutados gracias a una gran participación de las comunidades. Cuando el exitoso programa comenzó en la década de los 70 y principios de los 80, Tailandia era un país en desarrollo relativamente pobre cuyo posterior crecimiento económico aún estaba en ciernes.

Fuentes: Heaver y Kachondam, 2002;
Ismail y otros, 2003.

7. El camino hacia adelante

En la novela de Naguib Mahfouz *El viaje de Ibn Fattouma*, el personaje que da título a la obra se dirige con una caravana a visitar tierras vecinas en busca de respuestas a los problemas que hostigan su país. Tras numerosas tribulaciones, llega a la tierra de Halba, donde conoce a un jeque local y a su hija. En una conversación, el jeque alaba el interés de Ibn Fattouma's por anotar sus conocimientos en cuadernos; pero, en otra conversación, la hija pone en duda su compromiso por hacer algo por su pueblo³⁴. Hacia el final de la historia, cuando Ibn Fattouma's viaja a otros destinos, aún afirma su intención de volver a su tierra natal con conocimientos para mejorarla.

En los capítulos anteriores del presente informe se ha intentado reunir los conocimientos actuales sobre el hambre y el aprendizaje procedentes de los estudios y experiencias de países de todo el mundo. Pero, tal como sugiere la admonición de la hija, es importante no sólo reunir conocimientos, sino también aplicarlos para conseguir un progreso real. Tanto los gobiernos nacionales como la comunidad internacional deben adoptar iniciativas para abordar los temas del hambre y el aprendizaje.

Pero, ¿por dónde empezar? Son necesarias cinco etapas básicas para poner en práctica estrategias nacionales eficaces: análisis de la situación, formulación de la estrategia, movilización de recursos, ejecución y seguimiento. Estas etapas constituyen un enfoque básico, no un modelo exacto. Cada situación es diferente, y diferentes problemas requieren diferentes soluciones. Pero el enfoque básico ayudará a los responsables de elaborar las políticas a definir estrategias adecuadas a su contexto.

Etapas 1: Análisis de la situación

Nivel nacional

Un análisis de la situación consiste en evaluar las actuales condiciones en relación con el hambre y el aprendizaje en el país³⁵. Como punto de partida, los responsables de elaborar las políticas pueden consultar

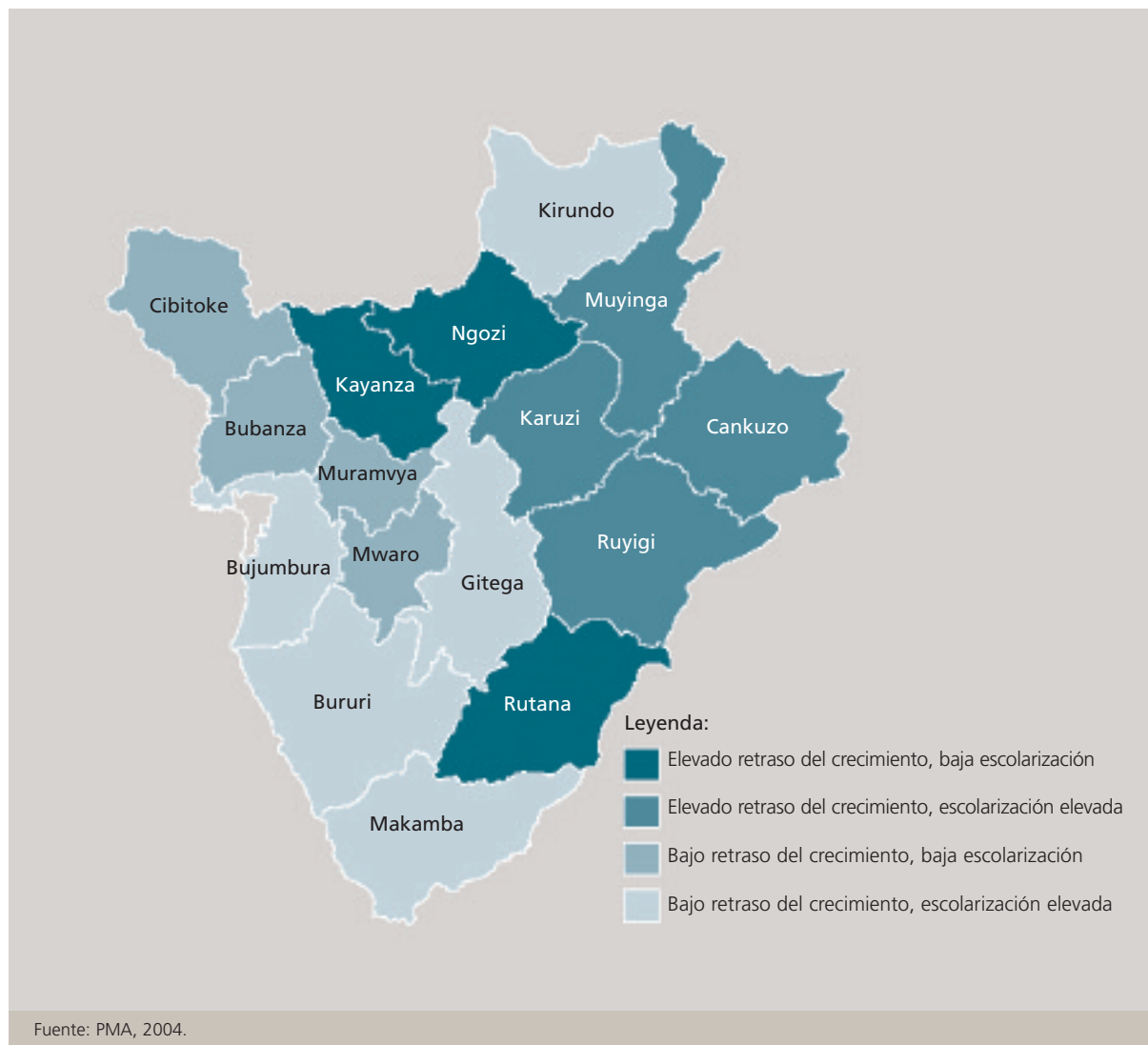
los datos relativos a sus países en el "Compendio de datos y mapas" del presente informe. Pero esas cifras nacionales sólo representan un comienzo. El análisis debe servir para determinar, allá donde existan hambre y un aprendizaje insuficiente —y una vulnerabilidad futura— a escala subnacional, información decisiva para establecer prioridades. Para realizar evaluaciones de este tipo pueden ser útiles diversas técnicas. Muchos gobiernos han utilizado herramientas de cartografía, que permiten a los países determinar cuáles son las zonas más necesitadas. Se han realizado con éxito actividades cartográficas en Burundi, Ghana, la India, Indonesia, Sierra Leona y Viet Nam, entre muchos otros países. Con datos subnacionales para estos indicadores, es posible determinar qué grupos de edad y qué problemas requieren una atención particular en cada zona.

Como ejemplo simplificado, el Mapa 7.1 muestra cómo se puede aplicar la técnica en Burundi. Las cifras sobre el retraso del crecimiento (como indicador de trastornos del crecimiento y, por consiguiente, de deterioro mental) se superponen a las cifras sobre la esperanza de vida escolar (indicador sustitutivo de la matrícula). El mapa muestra las zonas que necesitan intervenciones por trastornos del crecimiento y escasa asistencia, así como las provincias donde es probable que el hambre sea un factor que influye en las bajas tasas de asistencia —es decir, provincias en las que hay un elevado retraso del crecimiento y una baja tasa de matrícula—. La técnica se puede emplear, asimismo, para examinar unidades geográficas y administrativas mucho más pequeñas.

También es necesario analizar los programas y servicios que ya están tratando estos problemas. Una manera de comenzar este proceso es realizar un inventario de los principales programas e iniciativas relacionados con el hambre y el aprendizaje en el país. El inventario deberá tener en cuenta el ámbito geográfico de los programas y los principales responsables de su aplicación. Una vez hecho el inventario, es importante evaluar la capacidad de la intervención actual para satisfacer la demanda con un nivel mínimamente aceptable.

7. El camino hacia adelante

Mapa 7.1 — Puntos problemáticos, con un elevado retraso del crecimiento y una baja escolarización, en Burundi



Nivel internacional

A nivel internacional, se puede comparar la situación de diversos países en lo que se refiere a sus avances en los dos indicadores (insuficiencia ponderal y subalimentación) de la meta del ODM 1 relativa al hambre. Se observan 22 países muy necesitados —con tendencias demasiado lentas o inversas tanto en lo relativo a la insuficiencia ponderal como a la subalimentación—. Ocho de ellos (entre los que figuran Yemen, Burundi y Tanzania) van perdiendo terreno en ambos indicadores del hambre. Esto implica que es preciso invertir en políticas apropiadas y dedicar

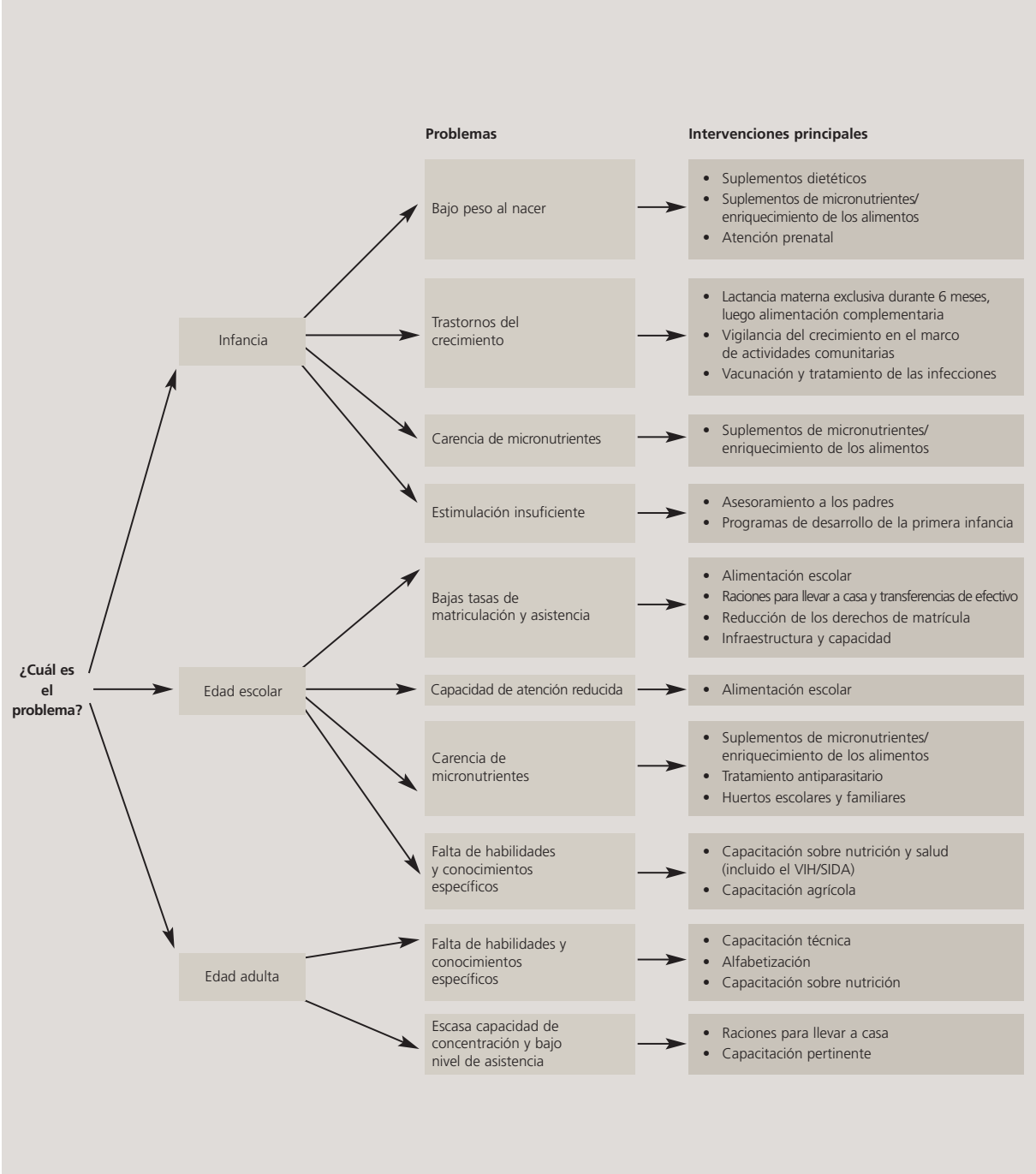
unos recursos financieros considerables para que tengan alguna esperanza de alcanzar la meta del ODM 1 relativa al hambre.

Etapas 2: Planificación estratégica

Nivel nacional

La siguiente etapa en el nivel nacional consiste en desarrollar una estrategia global para tratar los problemas. En muchos casos ya existirán planes, pero será necesario modificarlos basándose en una visión más global de las cuestiones. El “árbol

Figura 7.1 — Árbol conceptual: identificación de las intervenciones más apropiadas con respecto al hambre y el aprendizaje



conceptual” resume las posibles intervenciones para cada tipo de problemas de los que se ha hablado en capítulos anteriores (Figura 7.1). En la mayoría de los casos, los responsables de la formulación de políticas desearán crear conjuntos de

intervenciones interrelacionadas para responder a las necesidades de un área concreta; o, si los problemas están muy extendidos, conjuntos de intervenciones que pueden constituir la base de un programa nacional.

7. El camino hacia adelante

Principios de acción

Pero ¿qué principios deben inspirar a los responsables de elaborar las políticas cuando desarrollen una estrategia para la ejecución de dichas intervenciones?

A continuación se enuncian algunos principios que pueden favorecer una actuación eficaz:

- **Adoptar un enfoque basado en el ciclo vital, pero dando prioridad a las intervenciones tempranas**

Las intervenciones se deben basar en las necesidades de un área concreta. Pero, en algunos casos, habrá necesidades diversas y recursos insuficientes para atender a todas ellas. Se ha demostrado que el momento más eficaz para intervenir es al principio del ciclo vital. El embarazo y la primera infancia son los períodos de la vida en los que el hambre influye más en la futura capacidad de aprendizaje. En esta etapa, el ser humano crece muy deprisa y sufre daños fácilmente si no recibe nutrición, cuidados y estimulación adecuados. Estas afirmaciones, que tienen sentido desde el punto de vista del desarrollo humano, son también válidas desde una perspectiva de costos y beneficios (véase Heckman y Carniero, 2003). Esto no significa que, desde el punto de vista económico, sólo se deba invertir en la primera infancia y en los primeros años de la edad escolar. Pero sí se debe dar prioridad a esas etapas, ya que en ellas los beneficios son mayores si se invierte por igual en todas las edades.

- **Especificar unos objetivos claros**

Muchas estrategias fracasan porque no definen claramente qué es lo que pretenden conseguir y a quién se quieren dirigir. El enfoque de “gestión basada en los resultados” señala tres niveles de resultados esperados que se deben especificar en cualquier proceso de planificación:

- ❑ Productos, o resultados inmediatos de las actividades (por ejemplo, 2.000 niños recibieron suplementos de hierro);
- ❑ efectos, o cambios en la situación a medio plazo en virtud de los productos (por ejemplo, las tasas de anemia infantil disminuyeron un 10%); y

- ❑ impacto, u objetivos generales (por ejemplo, la capacidad de aprendizaje de los niños mejoró).

Se deben fijar unas metas realistas y unos indicadores prácticos.

- **Cuidar la secuenciación de los programas**

Las intervenciones en la primera infancia son menos eficaces si no se basan en unos servicios de atención primaria de salud preexistentes. Para la alimentación escolar y los enfoques globales se requieren una infraestructura y una capacidad educativas suficientes. El aprendizaje de los adultos ha de responder a una demanda previa de conocimientos y habilidades. Sin una secuenciación, los programas mejor intencionados pueden fracasar.

- **Ampliar la escala de los programas eficaces, cuando sea posible**

En muchos países, hay proyectos eficaces que sólo llegan a un pequeño número de aldeas donde, por ejemplo, trabaja una ONG concreta. Algunos proyectos aislados pueden ser bastante útiles como experiencias piloto para nuevas intervenciones, pero si los proyectos tienen éxito, es importante repetirlos en una zona más extensa (Heaver, 2005). La ampliación asegura un máximo rendimiento de las inversiones (véase el Recuadro 6.5).

- **Tener en cuenta el contexto más amplio**

En casi todos los casos examinados en los capítulos anteriores, las intervenciones dedicadas al hambre y el aprendizaje se desarrollaron en el marco de las estrategias nacionales globales de reducción de la pobreza. En muchos países existirá ya una estrategia de este tipo. En tal caso, pueden revisarla incorporando un enfoque integrado y multisectorial para alcanzar los objetivos relativos al hambre y el aprendizaje. La estrategia se debe desarrollar con una amplia participación de las partes interesadas. Es esencial que intervengan los ministerios pertinentes del

Recuadro 7.1 — Doce comportamientos que evidencian el compromiso con la nutrición

1. “En sus discursos, los políticos insisten en la necesidad de abordar la nutrición.
2. El gobierno patrocina campañas públicas para aumentar la concienciación sobre las causas y las consecuencias de la malnutrición y sobre los beneficios de invertir en nutrición.
3. Las administraciones públicas organizan talleres intra e interdepartamentales para explicar cómo la mejora de la nutrición es fundamental para alcanzar sus objetivos de desarrollo.
4. Los compromisos con objetivos internacionales (como los ODM) se traducen en políticas nacionales de nutrición.
5. Las políticas de nutrición se traducen en metas nacionales y regionales específicas.
6. Las metas se traducen en planes de inversión concretos y en presupuestos, y se solicita ayuda de los donantes cuando es necesario.
7. La cuantía del presupuesto solicitado para nutrición refleja la prioridad que se le confiere en las declaraciones políticas.
8. El presupuesto efectivamente aprobado para nutrición se aproxima al presupuesto solicitado.
9. Lo que realmente se gasta en nutrición se aproxima al presupuesto aprobado.
10. La extensión y la calidad de las diferentes intervenciones en materia de nutrición guardan relación con lo que se ha gastado.
11. Los políticos examinan periódicamente las realizaciones de los programas de nutrición.
12. Los altos funcionarios examinan periódicamente las realizaciones de los programas de nutrición”.

Fuente: Heaver, 2005.

gobierno central, líderes de las comunidades y mujeres. En el nivel local, las estrategias deben tener en cuenta las necesidades particulares de las comunidades. Si las intervenciones no se inscriben en una estrategia complementaria más amplia, tendrán menos éxito o incluso serán contraproducentes.

• Demostrar el compromiso político

Que las estrategias tengan efecto depende de que los gobiernos nacionales tengan el hambre y el aprendizaje entre sus prioridades. En algunos países, los programas son obligados por ley. A veces un líder de un país declarará la prioridad absoluta de la lucha contra el hambre —como en Sierra Leona o el Brasil—. Todas estas señales de compromiso (Recuadro 7.1) deben ser seguidas por actuaciones.

Nivel internacional

Para la comunidad internacional, la especificación de las necesidades de los países (basándose en los indicadores de la meta relativa al hambre) permite hacer una segmentación de las estrategias de intervención.

• Países con pocas necesidades

Una estrategia apropiada puede ser la de complementar las ayudas al país para que éste pueda alcanzar los objetivos. Otra puede ser la de ayudar a transferir iniciativas que han tenido éxito a otros países que se esfuerzan por salir adelante. Por último, el reconocimiento internacional de sus esfuerzos debe ser un incentivo adicional para que continúen su avance.

7. El camino hacia adelante

- **Países con necesidades medias**

Los donantes deben apoyar estrategias nacionales para afrontar el hambre y el aprendizaje que sean acordes con las intervenciones señaladas en los capítulos anteriores para mujeres embarazadas y lactantes, niños en edad escolar y adultos. El apoyo puede consistir en ayudar con los costos iniciales, introducir proyectos experimentales o prestar asesoramiento técnico.

- **Países con grandes necesidades**

En estos países, será necesaria una doble estrategia. Por un lado, los donantes deberán dedicar cuantiosos recursos a ayudar al gobierno a realizar las inversiones necesarias con arreglo a las propuestas recogidas en el presente informe. Por otra parte, los donantes tienen que ejercer presión política para lograr una mejor gestión pública a fin de que los fondos se empleen adecuadamente y que se mantenga un compromiso constante con el hambre y el aprendizaje.

Etapas 3: Movilización y asignación de recursos

Nivel nacional

Esta etapa incluye la determinación y la obtención de los recursos necesarios para poner en práctica las estrategias. Basándose en los conjuntos de intervenciones señalados y en los objetivos acordados, habrá que calcular los costos de los programas³⁶. Para hacer frente a dichos costos, cabe señalar tres fuentes básicas (Sachs y otros, 2004):

1. Recursos gubernamentales nacionales

Los Mapas 7.2 y 7.3 presentan un panorama general del gasto público en sanidad (área en la que con frecuencia se inscriben las iniciativas de nutrición) y educación. Evidentemente, los gastos se deben traducir en una mejora de los servicios, y la cantidad necesaria variará según el país. No obstante, el mapa sirve para que los gobiernos contextualicen sus propios niveles reales de gastos en estas áreas.

2. Financiación externa

En algunos casos, es necesario contar con financiación externa o con ayuda de donantes internacionales, sobre todo para costear las inversiones iniciales de programas de gran envergadura. El Compendio de datos del presente informe puede servir como punto de partida para evaluar la cantidad de ayuda de la que se dispone actualmente de fuentes nacionales e internacionales.

3. Gastos sufragados del bolsillo de los beneficiarios

En muchas de las áreas más pobres, los gastos para los usuarios no deben ser cuantiosos, al menos al principio, o pues de otro modo podrían obstaculizar la participación. Así que sólo cabe esperar una mínima recuperación de costos de los gastos sufragados por los beneficiarios.

Nivel internacional

El compromiso a largo plazo de los donantes, de los gobiernos locales y de los organismos de ejecución —junto con un compromiso financiero predecible con las prioridades relacionadas con el hambre o la educación— es especialmente importante para los países más pobres y para aquellos cuyos presupuestos de sanidad y educación dependen de una ayuda externa considerable. Para que los países tengan mayor poder de decisión, los compromisos de los donantes no deberían estar vinculados y deberían incluir una estrategia de retirada para el caso de que un país alcanzara las metas de resultados acordadas y sometidas a seguimiento.

Para garantizar una financiación suficiente, es necesario que se produzcan cambios en el sistema internacional, algunos de los cuales ya están en marcha: cancelación de las deudas de los países pobres muy endeudados, aumento de la cantidad y la calidad de la ayuda al desarrollo, reforma del comercio para equiparar las reglas del juego y una mayor movilización de recursos a escala nacional. También se deben tener en cuenta las soluciones de financiación innovadoras, como las propuestas por el “Quinteto contra el hambre” (Recuadro 7.2).

Recuadro 7.2 — Trabajo desde la cumbre y desde la base para movilizar fondos internacionalmente

El “Quinteto contra el hambre” y “El mundo en marcha contra el hambre” son las dos iniciativas internacionales innovadoras para movilizar fondos con los que luchar contra el hambre.

Dirigido por los Presidentes del Brasil, Chile, España y Francia y, más recientemente, Alemania, el Quinteto tiene en su punto de mira a otros líderes gubernamentales. Con la ayuda del Secretario General de las Naciones Unidas, el Quinteto ha impulsado una campaña para generar los fondos adicionales necesarios para alcanzar los ODM para 2015 mediante una serie de mecanismos de financiación innovadores que se calcula generarán 50.000 millones de dólares al año: impuestos sobre las transacciones financieras; impuestos sobre el comercio de armas; creación de un mecanismo financiero internacional para que los estados titularicen sus futuras aportaciones a la ayuda oficial al desarrollo en los mercados de valores de renta fija; y creación de “fondos éticos” que ofrezcan oportunidades de inversión socialmente responsable.

“El mundo en marcha contra el hambre” (copatrocinado por el PMA) está creando una campaña dirigida a los ciudadanos de a pie para aumentar la concienciación y los fondos para la lucha contra el hambre. En los últimos dos años, gente de todo el mundo ha caminado durante el día escogido de mayo o junio como señal de solidaridad global con los que sufren hambre. En 2005, más de 200.000 personas caminaron en 269 ciudades de 91 países alrededor del Globo. Cada caminante tiene sus patrocinadores, que ofrecen una donación supeditada a que se finalice la caminata. Empresas particulares han contribuido ofreciendo fondos a todos los que entren en la página Web. Es probable que la iniciativa “El mundo en marcha contra el hambre” tenga un mayor alcance e importancia en los próximos años.

Etapa 4: Ejecución

Nivel nacional

Esta etapa incluye adoptar actuaciones para poner en práctica los programas y las actividades identificados a nivel comunitario o local. Varias acciones son importantes para crear un marco de puesta en práctica basado en la comunidad (Ndure y otros, 1999). En primer lugar, es necesario encontrar asociados clave para la ejecución del programa. Estos asociados clave pueden proceder del gobierno, de la comunidad y del sector privado. Puede ser útil acordar unos principios para que funcione la colaboración intersectorial. En segundo lugar, se debe desarrollar un marco de acción institucional. Esto incluye definir las diferentes funciones de los asociados. En tercer lugar, se debe diseñar y aplicar un plan de acción adecuado, así como un calendario de ejecución de las actividades. Y, en cuarto lugar, habrá que realizar un esfuerzo consciente por aprender de otros que tengan experiencia en estas esferas.

Nivel internacional

Es necesaria una asociación global —que incluya a gobiernos, ONG, empresas y organismos bilaterales y

multilaterales— para transformar el círculo vicioso del hambre y el aprendizaje insuficiente en un círculo virtuoso que permita a millones de hogares comenzar a escapar de la trampa del hambre. La asociación se centraría en actividades como ayudar a los gobiernos a incorporar la nutrición y el aprendizaje a las actividades habituales; proporcionar ayuda técnica para las intervenciones; y ayudar a movilizar los recursos para todo lo anterior. Para que tenga éxito, la asociación debe basarse en una estrecha coordinación y armonización de esfuerzos entre las principales partes interesadas durante un período continuo de hasta una década.

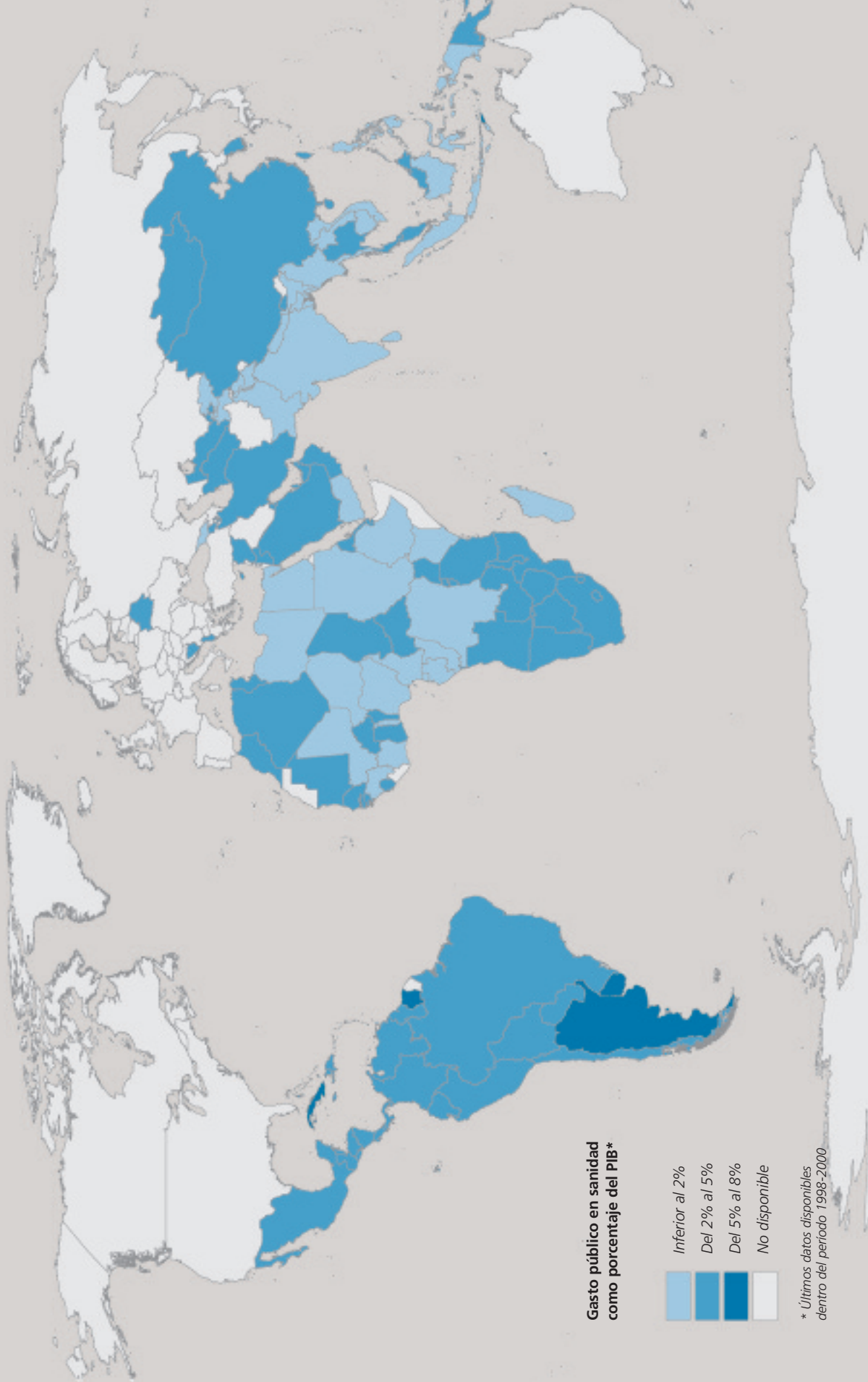
Etapa 5: Seguimiento y rendición de cuentas

Nivel nacional

Una vez puesto en marcha el programa, el seguimiento y la evaluación pueden reforzar las respuestas multisectoriales. Conforme al enfoque de “gestión basada en los resultados”, estas actividades proporcionan a los responsables de la formulación de políticas, a los directores de programas y a los

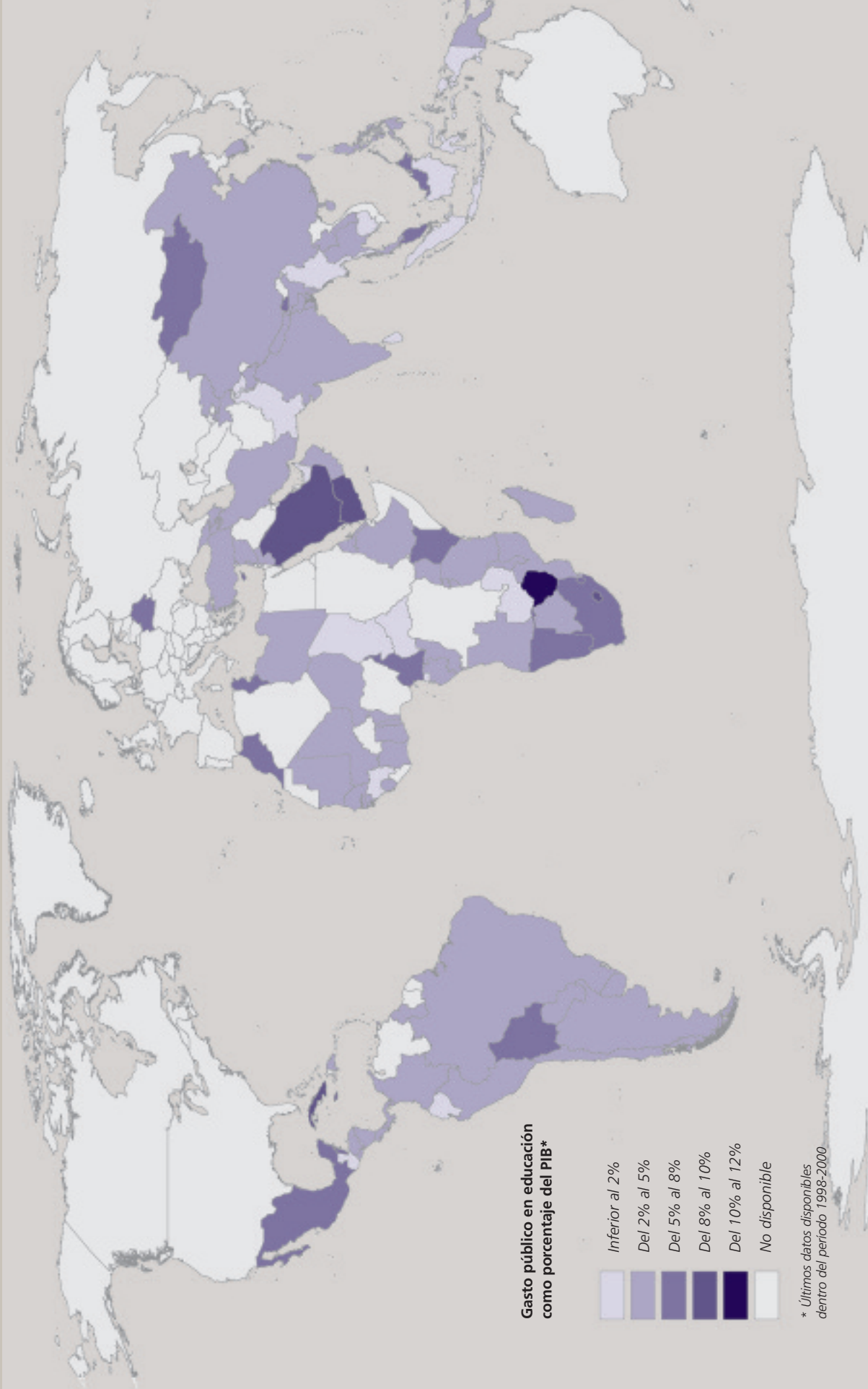
7. El camino hacia adelante

Mapa 7.2 — Dónde la salud constituye una prioridad y dónde no



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación oficial alguna. Mapa elaborado por la Dependencia de VAM del PMA. Fuente de los datos: PNUD.

Mapa 7.3 — Dónde la educación constituye una prioridad y dónde no



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación oficial alguna. Mapa elaborado por la Dependencia de VAM del PMA.
Fuente de los datos: PNUD.

7. El camino hacia adelante

responsables de su ejecución una información actualizada sobre el avance de las actividades del programa y sobre los aspectos fundamentales de su realización efectiva, su eficacia y su vigencia. Además, ayudan a determinar si los objetivos son realistas o si se deben revisar, así como a especificar los problemas a fin de que los miembros del grupo puedan tomar medidas para evitarlos o solucionarlos (FAO, 2001). Las constataciones derivadas del seguimiento y la evaluación se deberán basar en los indicadores creados para analizar la situación (y vinculados con la meta del ODM relativa al hambre). De este modo, al final de la fase de ejecución, será posible hacer un nuevo análisis de la situación y reiniciar el ciclo.

En última instancia, la obligación de rendir cuentas sobre la ejecución de proyectos con arreglo a los planes establecidos (y de alcanzar metas más amplias como la meta del ODM 1) se deriva de unas elecciones democráticas en las que los votantes pueden expresar su descontento o su aprobación de los progresos. Unos medios de comunicación y una sociedad civil (incluidos los círculos académicos y las ONG) fuertes pueden ayudar a mantener a la opinión pública al corriente de la situación actual. También habría que tener en cuenta enfoques innovadores que contribuyan al seguimiento y la rendición de cuentas. El mecanismo de examen por los propios países africanos (*African Peer Review Mechanism*) dentro de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD), por ejemplo, es un sistema voluntario basado en los principios de la competencia técnica, la credibilidad y la libertad frente a la manipulación política. Aunque no se centra principalmente en la nutrición y el aprendizaje, el mecanismo se podría adaptar para realizar exámenes externos creíbles de las realizaciones de los gobiernos en estas áreas, ofreciendo así a las personas que padecen hambre una mayor confianza en los hallazgos y estableciendo un nivel al que deban llegar los gobiernos.

Nivel internacional

La meta del ODM 1 relativa al hambre es un medio para observar no sólo los progresos a nivel nacional, sino también la suficiencia de los esfuerzos por parte de la comunidad internacional. Evaluar las necesidades basándose en esta meta puede ayudar a los países donantes a evaluar los progresos y quizás a cambiar los enfoques. Por ejemplo, a un país perteneciente a la categoría de "grandes necesidades", pero con una historia de mala gestión pública, quizá se le ofrezca una menor asistencia inicialmente, pero con la promesa de aumentar la ayuda si los fondos se invierten adecuadamente. Sin embargo, también se debe exigir cuentas a las naciones donantes si no proporcionan ayuda suficiente para toda esta labor.

Conclusión

A finales de noviembre de 2005, representantes de gobiernos, organismos de ayuda y naciones donantes se reunieron en Niamey, Nigeria, para sacar conclusiones sobre la grave crisis alimentaria que había asolado al país. Ese año, imágenes de madres y lactantes enflaquecidos habían conmocionado al mundo y motivado llamamientos para que se actuara urgentemente. Aunque la atención prestada a la crisis fue esencial, el presente informe ha puesto de manifiesto la importancia de ver más allá de las imágenes inmediatas. Los niños afectados no sólo padecen un sufrimiento físico a corto plazo: cuando su vida esté fuera de peligro, seguirán sufriendo daños mentales a largo plazo que podrían reducir su capacidad intelectual de por vida. Esto limitará su capacidad para mejorar los medios de sustento y para afrontar el hambre para sí mismos y para la próxima generación. Por otra parte, los niños de las imágenes representan sólo a un pequeño porcentaje de todos los niños cuya vida queda menoscabada a causa del hambre. Un hambre menos visible y menos dramática compromete los intelectos de millones de personas cada día. A menos que los problemas de este grupo más amplio de personas que padecen hambre se

aborden desde una perspectiva a largo plazo, la pérdida de potencial limitará las perspectivas de desarrollo de una nación.

En este informe se ha argumentado cómo la comprensión de la relación entre hambre y aprendizaje es decisiva para lograr el desarrollo tanto individual como nacional. Se perfilan varios mensajes clave:

- Hay que llegar a los niños que padecen hambre lo antes posible: el hambre tiene consecuencias más perjudiciales y duraderas cuando se produce en la primera infancia y, en menor medida, durante la edad escolar.
- Para lograr una sostenibilidad, se requieren intervenciones selectivas en materia de nutrición y aprendizaje en momentos adecuados a lo largo de la vida, creando un círculo virtuoso de buena nutrición y aprendizaje a través de las generaciones.
- Cuando se han realizado inversiones de este tipo en el marco de una estrategia de desarrollo más

amplia, las mejoras desde los puntos de vista humano y económico han sido enormes.

- Los gobiernos nacionales deben llevar la iniciativa en las medidas con visión de futuro, pero necesitan todo el apoyo de la comunidad internacional.

Al final, la decisión de actuar es de orden político. Comenzamos el informe con las líneas del poeta chileno Pablo Neruda. Sugerían que el hambre suele olvidarse, ya que muchas de sus consecuencias más graves no se observan a primera vista. El informe ha arrojado luz sobre cómo el hambre daña la capacidad mental e impide a las personas desarrollar todo su potencial intelectual. Por ello quizá sea apropiado terminarlo con las últimas líneas del tan citado extracto del poema de Neruda *El gran mantel*, que transmite, en un lenguaje sencillo, una solicitud de actuación:

**Por ahora no pido más
que la justicia del almuerzo.**

PARTE IV: Compendios de recursos

“¿Qué dimensión tiene el problema del hambre en mi país?”

En esta parte del informe se ofrecen recursos para el lector.

El “Compendio técnico” explica aspectos técnicos básicos que aparecen en el texto.

El “Compendio de datos” ofrece datos esenciales para los responsables de la formulación de políticas relacionadas con el hambre.

A. Compendio técnico

Índice de pobreza y hambre (IPH)

En 2000, 189 países ratificaron la Declaración del Milenio, que contenía los ODM. En 2001, los mismos países aprobaron la resolución A/56/326 de las Naciones Unidas, que definía una hoja de ruta para alcanzar los ocho ODM, señalando 18 metas y 48 indicadores oficiales.

El primer ODM pide que se reduzca a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que padecen pobreza y hambre. Para comprobar los progresos hacia la consecución de este objetivo se han empleado cinco indicadores oficiales:

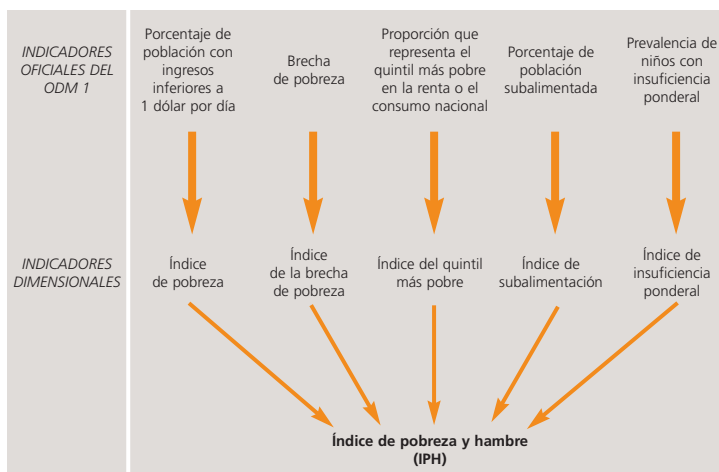
- Porcentaje de población con ingresos inferiores a 1 dólar estadounidense por día
- Brecha de pobreza
- Proporción que representa el quintil más pobre en la renta o el consumo nacional
- Porcentaje de población subalimentada
- Prevalencia de niños con insuficiencia ponderal

En la resolución no se contemplaba una jerarquización de estas medidas.

El IPH es un indicador compuesto que mide el grado medio de consecución de los países en la reducción de la pobreza y el hambre, usando los cinco indicadores oficiales para medir los avances hacia el ODM 1 (Gentilini y Webb, 2005).

Siguiendo la metodología estadística utilizada en el índice de desarrollo humano (IDH) del PNUD, antes de crear el propio IPH es necesario crear un índice para cada una de estas dimensiones. El proceso queda ilustrado en el siguiente diagrama.

Figura IIA — Proceso de elaboración del IPH



Para calcular estos cinco indicadores dimensionales, se eligen unos valores mínimo y máximo (cotas) para cada uno.

Figura IIB — Horquilla para calcular el IPH

Indicadores oficiales del ODM 1	Valor máximo	Valor mínimo
Porcentaje de población con ingresos inferiores a 1 dólar por día	100	0
Brecha de pobreza	100	0
Proporción que representa el quintil más pobre en la renta o el consumo nacional	20	0
Porcentaje de población subalimentada	100	0
Prevalencia de niños con insuficiencia ponderal	100	0

Los resultados en cada dimensión se expresan mediante un valor entre 0 y 1, aplicando la siguiente fórmula general:

$$\text{Valor del índice dimensional } D_i = 1 - \left(\frac{\text{valor real} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}} \right)$$

Téngase en cuenta que, para ser coherentes con la metodología del IDH, según la cual “cuanto más mejor”, hay que realizar una operación suplementaria en todos los índices excepto el relativo al del quintil más pobre; es decir, el cociente se debe sustraer de 1, de manera que los valores más favorables tiendan a 1 y los menos favorables tiendan a cero.

A. Compendio técnico

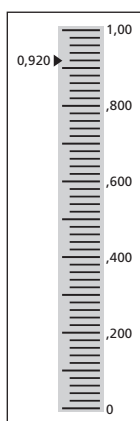
El IPH se calcula entonces haciendo la media aritmética de los índices dimensionales (i).

$$IPH = \sum_{i=1}^5 [Di] \cdot 1/5$$

A continuación se expone un ejemplo de cálculo del IPH utilizando datos relativos al Brasil:

1. Cálculo del índice dimensional de la pobreza

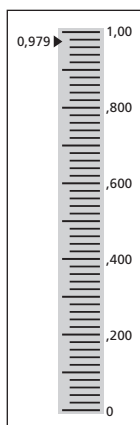
El índice de pobreza mide el éxito relativo de un país en la reducción de la escasez de ingresos, medido en función del umbral internacional de la pobreza de 1 dólar estadounidense diario (Paridad del poder adquisitivo, 1993). En el Brasil, cuyas últimas cifras disponibles muestran una tasa de pobreza del 8%, dicho índice es de 0,920.



$$\text{Índice de pobreza} = 1 - \left(\frac{8 - 0}{100 - 0} \right) = 0,920$$

2. Cálculo del índice dimensional de la brecha de pobreza

El índice de la brecha de pobreza expresa los resultados de un país en la reducción de esta última (distancia media que separa a los pobres del umbral de la pobreza). Puesto que la cifra más reciente que se tiene de la brecha de pobreza en el Brasil es del 2,1%, el índice correspondiente es de 0,979.

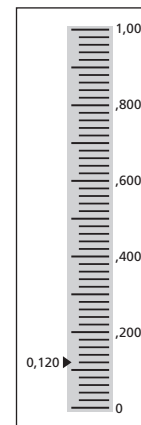


$$\text{Índice de la brecha de pobreza} = 1 - \left(\frac{2,1 - 0}{100 - 0} \right) = 0,979$$

3. Cálculo del índice dimensional del quintil más pobre

La cifra que representa el quintil más pobre dentro de la renta o el consumo nacional constituye una medida de la desigualdad.

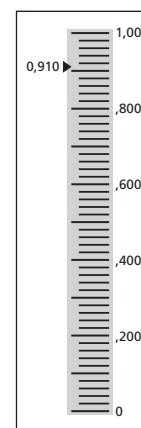
Concretamente, expresa la desigualdad en el 20% más pobre de la población, es decir, qué proporción tiene ese quintil inferior dentro de la renta o el consumo nacional. En el Brasil, dicha proporción es del 2,4%, y el índice dimensional correspondiente es de 0,120. Obsérvese que, a fin de que el valor 1 sea el óptimo y el valor 0 el pésimo, en este caso no hay que sustraer de 1 el cociente.



$$\text{Índice del quintil más pobre} = \left(\frac{2,4 - 0}{20 - 0} \right) = 0,120$$

4. Cálculo del índice dimensional de la subalimentación

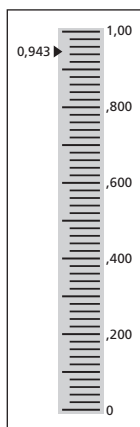
La subalimentación indica la proporción de habitantes de un país que no consume una cantidad adecuada de alimentos. Según los datos más recientes, este problema afecta al 9% de la población brasileña. Por consiguiente, el índice dimensional correspondiente es de 0,910.



$$\text{Índice de subalimentación} = 1 - \left(\frac{9 - 0}{100 - 0} \right) = 0,910$$

5. Cálculo del índice dimensional de la insuficiencia ponderal

El quinto indicador oficial del ODM 1 es la prevalencia de la insuficiencia ponderal en los niños de edad preescolar de un país. Este indicador expresa el bajo peso para la talla de los niños menores de cinco años, conforme a los criterios de la OMS y el NCHS. Este problema es infrecuente en el Brasil ya que afecta únicamente al 5,7%. Por ello resulta un índice dimensional elevado, de 0,943.



$$\text{Índice de insuficiencia ponderal} = 1 - \left(\frac{5,7 - 0}{100 - 0} \right) = 0,943$$

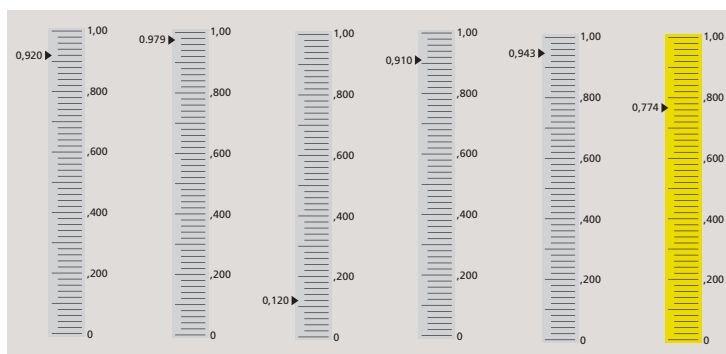
6. Cálculo del IPH

Una vez calculados los indicadores dimensionales, calcular el IPH es sencillo, ya que es la media aritmética de los cinco indicadores anteriores. En el caso del Brasil, el IPH es:

$$\text{IPH} = [(0,920) + (0,979) + (0,120) + (0,910) + (0,943)] / 5 = 0,774$$

Por consiguiente, el valor del IPH del Brasil es de **0,774**.

Figura IIC — Valores del IPH en el Brasil



7. Cálculo de la "medida de los progresos" (MdP)

Este paso consiste en normalizar las cinco dimensiones del IPH a fin de asignar al grado de consecución del ODM 1 un solo número, que llamamos "MdP". El valor normalizado de la dimensión i (Ni) se calcula aplicando la

fórmula habitual, que incluye una tasa del momento de observación ($2000i$), y unas tasas máxima y mínima ($2015i$ y $1990i$ respectivamente):

$$Ni = (2000i - 1990i) / (2015i - 1990i)$$

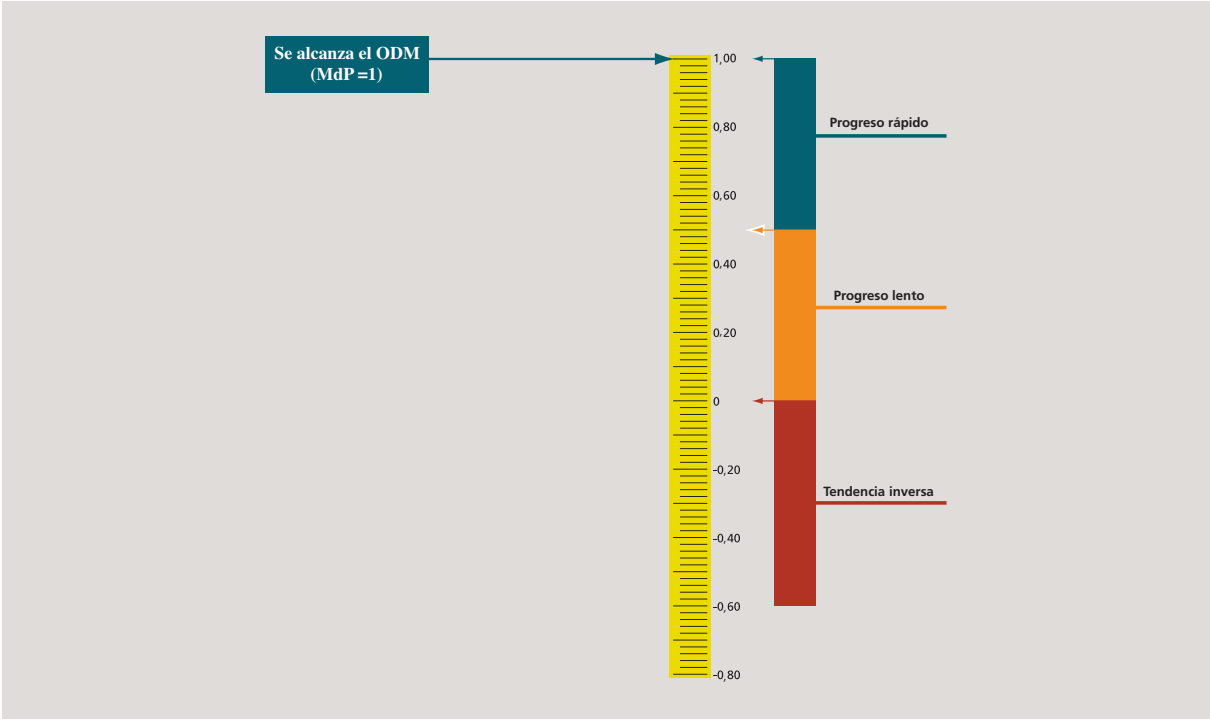
Mientras que "1990" se refiere a los datos más próximos al año 1990 sobre las cinco dimensiones, "2000" se refiere a los "últimos datos disponibles" sobre las mismas (es decir, los datos empleados para confeccionar el IPH). Los valores van de 1 a ∞ , de tal manera que el valor 1 significa que se ha alcanzado la meta dimensional relativa a la dimensión correspondiente (por ejemplo, reducir la pobreza a la mitad para 2015 con respecto a los valores de 1990); 0,5 indica que se está en el buen camino para alcanzar la meta; 0 que no se han hecho progresos; y un número negativo indica una tendencia contraria, es decir, un alejamiento de la meta. Obsérvese que el valor 1 representa un límite artificial: en los pocos casos en los que el valor dimensional sea superior a 1 (esto es,

cuando un país hubiera ya reducido la pobreza a la mitad en el año 2000), se han hecho correcciones manuales para igualarlo a 1. Así pues, el valor 1 significa que se ha alcanzado la meta dimensional, sin importar si sólo se ha llegado a ella o se ha superado³⁷. La correspondiente MdP de un país se calcula haciendo la media de las dimensiones normalizadas:

$$MdP = \sum_{i=1}^5 [Ni] \cdot 1/5$$

Así, el progreso en la consecución del ODM 1 se mide con un número único, la relación con el valor "1" de la MdP. Este valor se obtiene cuando —y sólo cuando— se logran los cinco índices dimensionales. Un valor de la MdP de 0,5 indica que se está en el buen camino para alcanzar el ODM 1 (o que se ha superado el 50% del trayecto hacia este objetivo); un valor 0 representa una absoluta falta de progreso; por último, un número negativo indica una tendencia inversa (situación actual que dificulta aún más la consecución del ODM).

Figura IID — Clasificación de los progresos



8. Ejemplo: ¿Está el Brasil en el buen camino para alcanzar el ODM 1?

Las tasas del Brasil en 1990 y 2000 y los correspondientes indicadores dimensionales son:

	Pobreza		Brecha de pobreza		Proporción del quintil más pobre		Subalimentación		Insuficiencia ponderal	
	Tasa	Indicador dimensional	Tasa	Indicador dimensional	Tasa	Indicador dimensional	Tasa	Indicador dimensional	Tasa	Indicador dimensional
1990	14	0,860	4,3	0,957	2,1	0,105	12	0,880	7	0,930
2000	8	0,920	2,1	0,979	2,4	0,120	9	0,910	5,7	0,943
2015	7	0,930	2,15	0,978	3,15	0,158	6	0,940	3,5	0,965

Así pues, los valores de las dimensiones normalizadas son:

$$\begin{aligned}
 N(\text{pobreza}) &= (0,920 - 0,860) / (0,930 - 0,860) = 0,857 \\
 N(\text{brecha de pobreza}) &= (0,979 - 0,957) / (0,978 - 0,957) = 1 \\
 N(\text{quintil más pobre}) &= (0,120 - 0,105) / (0,158 - 0,105) = 0,285 \\
 N(\text{subalimentación}) &= (0,910 - 0,880) / (0,940 - 0,880) = 0,500 \\
 N(\text{insuficiencia ponderal}) &= (0,943 - 0,930) / (0,965 - 0,930) = 0,371
 \end{aligned}$$

Los progresos del Brasil hacia la consecución del objetivo se calculan entonces del siguiente modo:

$$\text{MdP} = [(0,857) + (1) + (0,285) + (0,500) + (0,371)] / 5 = 0,603$$

Por consiguiente, el Brasil ha registrado un rápido progreso hacia el objetivo.

9. Matriz de países y prioridades

Para valorar mejor los resultados de los países en la consecución del ODM 1 es importante, además, combinar los avances en la reducción del hambre y la pobreza durante la década de 1990 (medidos por la MdP) con el grado de pobreza y hambre (medido por el IPH), lo cual nos permitirá saber qué países necesitan una actuación prioritaria. La siguiente figura muestra el grupo de países que han quedado más lejos de conseguir el ODM 1, en forma de matriz en la que se indican las prioridades máxima, intermedia y mínima (véanse las correspondientes casillas en negro, gris y blanco). Tanto la puntuación en el IPH como la MdP interesan para definir: a) qué países probablemente conseguirán las metas del ODM, b) qué países están haciendo progresos en algunos indicadores, pero no en todos, y c) qué países van por mal camino y necesitan, por tanto, una atención prioritaria.

El nivel del IPH se ha dividido en bajo (menos de 0,700), medio (entre 0,700 y 0,800) y alto (más de 0,800). La MdP se divide en las tres categorías de tendencias ya mencionadas: rápida, lenta e inversa. Por lo tanto, con un IPH de 0,774 y una MdP del 0,603, el Brasil está obteniendo resultados bastantes buenos. Esto no significa que el país haya resuelto los problemas relacionados con la pobreza y el hambre, pero sí que está aplicando políticas y programas adecuados para combatir dichos problemas y que está en el buen camino para alcanzar el ODM 1 para 2015.

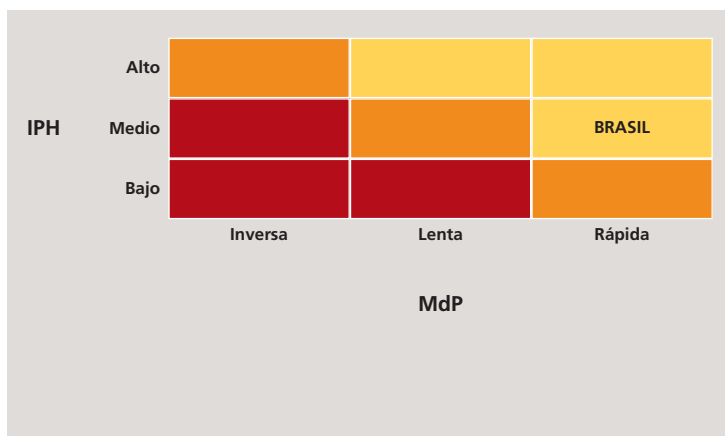
Este método se ha repetido en los 57 países de los que existen datos relativos a los cinco ámbitos oficiales de ODM 1 en dos momentos de observación. De dichos países, que suman el 85% de la población del mundo en desarrollo, podemos tener una idea de sus resultados en la consecución del ODM 1. Sin embargo, cuando sólo se tienen datos de un momento de observación, únicamente se ha podido confeccionar el IPH. En este caso, el número de países de los que se tiene el IPH es de 83, que representan más del 90% de la población del mundo en desarrollo.

NOTA:

Las denominaciones empleadas en la "Serie sobre el hambre en el mundo" y la forma en que aparecen presentados los nombres de regiones o países no entrañan juicio alguno, por parte del PMA de las Naciones Unidas, respecto a la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o regiones o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites.

No existe, dentro del sistema de las Naciones Unidas, ninguna convención establecida acerca de la denominación de los países o las regiones "desarrollados" y "en desarrollo". Habitualmente se consideran regiones "desarrolladas" el Japón en Asia, el Canadá y los Estados Unidos en Norteamérica, Australia y Nueva Zelandia en Oceanía, además de Europa³⁸.

Figura IIE — Matriz de prioridades



B. Compendio de datos

B1. Panorama general

El compendio de datos está estructurado en cuatro secciones y nueve cuadros, en los que se formulan y responden algunas de las principales preguntas que podrían plantear los responsables de la formulación de políticas al tratar las cuestiones relacionadas con el hambre:

Sección I. ¿Qué dimensión tiene el problema de la malnutrición en el país?

- Cuadro 1. ¿Cuántas madres y niños padecen desnutrición?
- Cuadro 2. ¿Cuántas personas sufren diferentes carencias de vitaminas y minerales?
- Cuadro 3. ¿En qué punto se encuentra el país en el camino para alcanzar el ODM relativo a la pobreza y el hambre?
- Cuadro 4. ¿Cuántas madres, lactantes y niños más mayores mueren de malnutrición anualmente?

Sección II. ¿Cuáles son las principales causas del hambre en el país?

- Cuadro 5. ¿Se dispone de comida y de acceso a la misma para todo el mundo?
- Cuadro 6. ¿En qué medida es vulnerable el país a riesgos externos, como catástrofes provocadas por el hombre, catástrofes naturales y enfermedades?
- Cuadro 7. ¿Contribuye la falta de aprendizaje al hambre crónica en el país?

Sección III. ¿Está el país haciendo todo lo posible para combatir el hambre?

- Cuadro 8. ¿Se proporciona un nivel suficiente de servicios básicos nutricionales, educativos y sanitarios?

Sección IV. ¿En qué medida contribuye la comunidad internacional a la lucha contra el hambre?

- Cuadro 9. ¿Cuánta ayuda recibe el país, y qué parte de la misma es ayuda alimentaria?

Los cuadros deberían servir como punto de partida para evaluar los logros de un país en los indicadores señalados.

B2. Fuentes de datos y metodología

Los datos presentados en el compendio proceden de varias fuentes: las fuentes primarias del PMA, organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas y sus organismos especializados, así como institutos y centros de investigación. En la medida de lo posible, los datos se han tomado de la fuente original o de la institución encargada de reunirlos. Cuando existían datos procedentes de distintas fuentes, y siempre que la calidad fuera similar, se han utilizado los más recientes. A menos que se indique lo contrario, los datos corresponden al año más reciente disponible de la fuente indicada. Los datos no se han desglosado en niveles subnacionales, aunque se pueden encontrar en las fuentes señaladas. Le ruego tome nota de que algunos factores afectan a la disponibilidad, comparabilidad y fiabilidad de los datos que, por tanto, tendrían que usarse con cautela.

Estructura de los cuadros

En general, los cuadros comienzan por un título, en el que se formula la pregunta a la que responderán los datos. El encabezado del cuadro se divide en grupos de indicadores, seguidos de una breve descripción de los indicadores específicos de cada grupo, así como de una mención del año en el que se recopilaron los datos. Si un período de años va seguido de un asterisco (por ejemplo, 1995-2003*), significa que los datos se refieren al año más reciente del que hay datos disponibles durante el período indicado. *Si los encabezados van marcados en gris significa que los indicadores se emplean en relación con los ODM.* Obsérvese que quizá se hayan modificado los nombres convencionales de algunos indicadores con el fin de destacar algún aspecto concreto. Después de cada cuadro figuran definiciones de los indicadores, así como las fuentes y la explicación de las notas que aparecen en el cuadro.

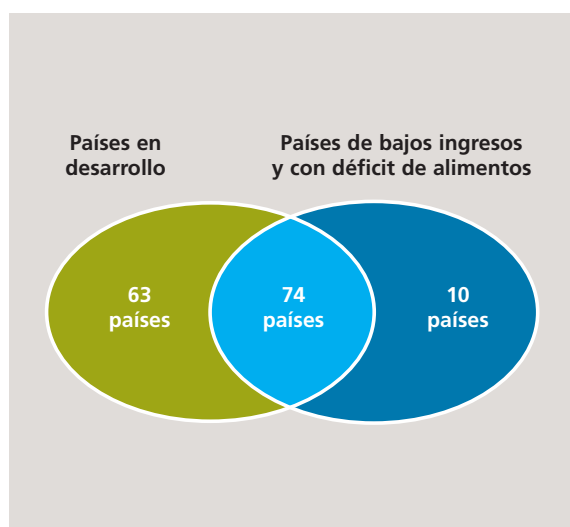
Terminología de los indicadores

Se ha procurado abreviar en la medida de lo posible las descripciones de los indicadores sin modificar el significado dado por la fuente. Ello puede dar lugar a algunas incoherencias en los encabezados de los cuadros, dado que ya que quizá se empleen enunciados diferentes según las fuentes.

B. Compendio de datos

B3. Clasificación de los países

En los cuadros se presentan los datos relativos a 147 países seleccionados, a saber: 137 países en desarrollo (DES), definidos como tales con arreglo a la clasificación de 2004 del PNUD, y 84 países de bajos ingresos y con déficit de alimentos (PBIDA), identificados por la FAO. Estas denominaciones no reflejan necesariamente un juicio sobre el desarrollo de un determinado país. El término "país" no siempre designa un territorio políticamente independiente sino que puede referirse a un territorio para el cual existan estadísticas separadas publicadas por las autoridades nacionales.



África subsahariana

Angola	DES	PBIDA	Madagascar	DES	PBIDA
Benin	DES	PBIDA	Malawi	DES	PBIDA
Botswana	DES		Malí	DES	PBIDA
Burkina Faso	DES	PBIDA	Mauricio	DES	
Burundi	DES	PBIDA	Mauritania	DES	PBIDA
Camerún	DES	PBIDA	Mozambique	DES	PBIDA
Cabo Verde	DES	PBIDA	Namibia	DES	
Chad	DES	PBIDA	Níger	DES	PBIDA
Comoras	DES	PBIDA	Nigeria	DES	PBIDA
Congo, República del	DES	PBIDA	Rwanda	DES	PBIDA
Congo, República Democrática del	DES	PBIDA	República Centroafricana	DES	PBIDA
Côte d'Ivoire	DES	PBIDA	Santo Tomé y Príncipe	DES	PBIDA
Djibouti	DES	PBIDA	Senegal	DES	PBIDA
Eritrea	DES	PBIDA	Seychelles	DES	
Etiopía	DES	PBIDA	Sierra Leona	DES	PBIDA
Gabón	DES		Somalia	DES	PBIDA
Gambia	DES	PBIDA	Sudáfrica	DES	
Ghana	DES	PBIDA	Sudán	DES	PBIDA
Guinea	DES	PBIDA	Swazilandia	DES	PBIDA
Guinea-Bissau	DES	PBIDA	Tanzanía, República Unida de	DES	PBIDA
Guinea Ecuatorial	DES	PBIDA	Togo	DES	PBIDA
Kenya	DES	PBIDA	Uganda	DES	PBIDA
Lesotho	DES	PBIDA	Zambia	DES	PBIDA
Liberia	DES	PBIDA	Zimbabwe	DES	PBIDA

Asia y Oceanía

Afganistán	DES	PBIDA	Maldivas	DES	PBIDA
Bangladesh	DES	PBIDA	Micronesia	DES	
Bhután	DES	PBIDA	Mongolia	DES	PBIDA
Brunei Darussalam	DES		Myanmar	DES	
Camboya	DES	PBIDA	Nauru	DES	
China	DES	PBIDA	Nepal	DES	PBIDA
Corea, República de	DES		Pakistán	DES	PBIDA
Corea, Rep. Popular Dem. de	DES	PBIDA	Palau	DES	
Fiji	DES		Papua Nueva Guinea	DES	PBIDA
Filipinas	DES	PBIDA	Samoa	DES	PBIDA
Hong Kong, China (RAE)	DES		Singapur	DES	
India	DES	PBIDA	Sri Lanka	DES	PBIDA
Indonesia	DES	PBIDA	Tailandia	DES	
Islas Marshall	DES		Timor-Leste	DES	PBIDA
Islas Salomón	DES	PBIDA	Tonga	DES	PBIDA
Kiribati	DES	PBIDA	Tuvalu	DES	PBIDA
Laos	DES	PBIDA	Vanuatu	DES	PBIDA
Malasia	DES		Viet Nam	DES	

Europa oriental y meridional y CEI

Albania		PBIDA	Georgia		PBIDA
Armenia		PBIDA	Kirguistán		PBIDA
Azerbaiyán		PBIDA	Tayikistán		PBIDA
Belarús		PBIDA	Turkmenistán		PBIDA
Bosnia y Herzegovina		PBIDA	Turquía	DES	
Chipre	DES		Uzbekistán		PBIDA

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita	DES		Kuwait	DES	
Argelia	DES		Líbano	DES	
Bahrein	DES		Marruecos	DES	PBIDA
Egipto	DES	PBIDA	Omán	DES	
Emiratos Árabes Unidos	DES		Qatar	DES	
Irán	DES		Siria	DES	PBIDA
Iraq	DES	PBIDA	Territorio Palestino ocupado	DES	
Jamahiriya Árabe Libia	DES		Túnez	DES	
Jordania	DES		Yemen	DES	PBIDA

B. Compendio de datos

América Latina y el Caribe				
Antigua y Barbuda	DES		Haití	DES PBIDA
Argentina	DES		Honduras	DES PBIDA
Bahamas	DES		Jamaica	DES
Barbados	DES		México	DES
Belice	DES		Nicaragua	DES PBIDA
Bolivia	DES		Panamá	DES
Brasil	DES		Paraguay	DES
Chile	DES		Perú	DES
Colombia	DES		República Dominicana	DES
Costa Rica	DES		Saint Kitts y Nevis	DES
Cuba	DES		Santa Lucía	DES
Dominica	DES		San Vicente y las Granadinas	DES
Ecuador	DES	PBIDA	Suriname	DES
El Salvador	DES		Trinidad y Tabago	DES
Granada	DES		Uruguay	DES
Guatemala	DES		Venezuela	DES
Guyana	DES			

B4. Cuadro de datos — Sección I. ¿Qué dimensión tiene el problema de la desnutrición en el país?

Cuadro 1. ¿Cuántas mujeres y niños sufren desnutrición?

	Madres y lactantes que sufren malnutrición			Niños menores de 5 años que sufren malnutrición					
	Proporción de mujeres con un índice de masa corporal bajo (%)	Proporción de lactantes con bajo peso al nacer (%)	Proporción de lactantes que no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses (%)	Prevalencia de niños con un peso al nacer moderada o gravemente bajo (%)		Número estimado de niños con un peso bajo moderado o grave (en miles)	Prevalencia de niños gravemente desnutridos (%)	Prevalencia de niños que sufren emaciación (%)	Prevalencia de niños con retraso del crecimiento (%)
				~1990	1995-2003*				
África subsahariana									
Angola	-	12	89	40,6	30,5	825	8	6,3	45,2
Benin	10,5	16	62	-	22,9	267	5	7,5	30,7
Botswana	-	10	66	-	12,5	31	2	5	23,1
Burkina Faso	13,2	19	94	32,7	34,3	878	12	13,2	36,8
Burundi	-	16	38	37,7	45,1	541	13	7,5	56,8
Cabo Verde	-	13	43 ^k	-	-	-	2 [*]	5,6 [*]	16,2 ^x
Camerún	7,9	11	88	15,1	22,2	542	4	5,9	29,3
Comoras	10,3	25	79	18,5	25,4	31	9	11,5	42,3
Congo, República del	-	-	96 ^k	23,9	-	-	3	5,5 [*]	27,5 ^x
Congo, República Democrática del	-	12	76	34,4	31	3 168	9	13,4	38,1
Côte d'Ivoire	7,4	17	90	23,8	21,2	528	5	7,8	25,1
Chad	21	17 [*]	90	38,8	28	461	9	11,2	29,1
Djibouti	-	-	-	22,9	18,2	21	6	12,9	25,7
Eritrea	40,6	21 [*]	48	41	39,6	284	12	12,6	37,6
Etiopía	26	15	45	46,2	47,2	5 878	16	10,5	51,5
Gabón	6,6	14	94	-	11,9	23	2	2,7	20,7
Gambia	-	17	74	26,2	17	38	4	8,2	19,1
Ghana	11,2	11	69	27,3	24,9	742	5	9,5	25,9
Guinea	11,9	12	89	-	23,2	341	5	9,1	26,1
Guinea Ecuatorial	-	13	76	-	-	-	4	-	-
Guinea-Bissau	-	22	63	-	25	73	7	10,3	30,4
Kenya	11,9	11	87	22,6	19,9	1 026	4	6,1	33
Lesotho	-	14	85	15,8	17,9	44	4	5,4	45,4
Liberia	-	-	65	-	26,5	170	8	6	39,5
Madagascar	20,6	14	59	40,9	40	1 222	11	7,4 ^y	48,3
Malawi	6,5	16	56	23,9	25,4	572	-	5,5	49
Malí	-	23	75	-	33,2	857	11	10,6	38,2
Mauricio	-	13	84 ^{kx}	23,9	14,9	15	2	13,7	9,7
Mauritania	8,6	-	80	47,6	31,8	159	10	12,8	34,5
Mozambique	10,9	14 [*]	70	27	26,1	819	6	7,9 ^y	35,9
Namibia	13,8	14	81	-	-	-	5	8,6 [*]	28,5 ^x
Níger	20,7	17	99	42,6	40,1	1 022	14	13,6	39,7
Nigeria	16,2	14	83	35,5	30,7	6 408	9	15,6	33,5
República Centroafricana	15,3	14	83	27,3	24,3	150	6	6,4	28,4
Rwanda	5,9	9	16	29,4	24,3	367	7	6,8	42,6
Santo Tomé y Príncipe	-	-	44	-	12,9	3	2	3,6	28,9
Senegal	-	18	76 ^k	21,6	22,7	370	6	8,4	25,4
Seychelles	-	-	-	5,7	-	-	0	2 [*]	5,1 ^x
Sierra Leona	-	-	96	-	27,2	246	9	9,9	33,8
Somalia	-	-	91	-	25,8	521	7	17,2	23,3
Sudáfrica	-	15	93	-	9,2	440	2	2,5 [*]	22,8 ^x
Sudán	-	31	84	33,9	40,7	1 994	7	13,1 [*]	34,3 ^x
Swazilandia	-	9	76	-	10,3	17	2	1,3	30,2
Tanzanía, República Unida de	-	13	68	28,9	29,4	1 820	7	5,4	43,8

Cuadro 1. ¿Cuántas mujeres y niños sufren desnutrición?

	Madres y lactantes que sufren malnutrición			Niños menores de 5 años que sufren malnutrición					
	Proporción de mujeres con un índice de masa corporal bajo (%)	Proporción de lactantes con bajo peso al nacer (%)	Proporción de lactantes que no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses (%)	Prevalencia de niños con un peso al nacer moderada o gravemente bajo (%)		Número estimado de niños con un peso bajo moderado o grave (en miles)	Prevalencia de niños gravemente desnutridos (%)	Prevalencia de niños que sufren emaciación (%)	Prevalencia de niños con retraso del crecimiento (%)
				~1990	1995-2003*				
	1992-2002*	1998-2003*	1995-2003*	1995-2003*	1995-2003*	1992-2003*	1995-2003*	1995-2003*	
Togo	10,9	15	82	-	25,1	204	7	12,3	21,7
Uganda	9,4	12	37	23	22,8	1 222	5	4,1	39,1
Zambia	13	12	60	20,5	25	480	7	5	46,8
Zimbabwe	4,5	11	67	11,5	13	246	2	6,4	26,5

Asia y Oceanía

Afganistán	-	-	-	-	49,3	2 062	-	16,1 ^y	47,6
Bangladesh	45,4	30	54	65,8	47,7	9 258	13	10,3	44,7
Bhután	-	15	-	37,9	18,7	65	3	2,6	40
Brunei Darussalam	-	10	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	21,2	11	88	47,4	45,2	952	13	15	44,6
Corea, Rep. Popular Dem. de	-	7	30	-	27,9	508	-	10,4	45,2
Corea, República de	-	4	-	-	-	-	-	-	-
China	-	6	33 ^k	17,4	10	9 256	1	2,2	14,2
Fiji	-	10	53 ^k	-	-	-	1	8,2 ^x	2,7 ^x
Filipinas	-	20	66	33,5	31,8	3 103	-	6,5	32,1
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	41,2	30	63 ^k	56,1	46,7	55 371	18	15,7	44,9
Indonesia	-	9	60	35,5	27,3	5 907	6	-	-
Islas Marshall	-	12	37 ^{x,k}	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	13 ^x	35 ^k	-	-	-	4	6,6 ^x	27,3 ^x
Kiribati	-	5	20 ^{x,k}	-	-	-	-	10,8 ^x	28,3 ^x
Laos	-	14	77	44	40	347	13	15,4	40,7
Malasia	-	10	71 ^k	25	12,4	337	1	-	-
Maldivas	-	22	90	39	45	23	7	20 ^y	36
Micronesia	-	18	40 ^k	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	8	49	12,3	12,7	34	3	3,6 ^y	24,6
Myanmar	-	15	89	32,4	35,3	1 880	8	8,2	41,6
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	26,6	21	32	48,5	48,3	1 781	13	9,6	50,5
Pakistán	-	19 ^x	84 ^k	40,2	37,4	8 799	12	14,2 ^x	36,3 ^x
Palau	-	9	41 ^k	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	11 ^x	41	-	-	-	-	5,5 ^x	43,2 ^x
Samoa	-	4 ^x	-	-	-	-	-	-	-
Singapur	-	8	-	14,4	-	-	-	4,2 ^x	10,6 ^x
Sri Lanka	-	22	16	37,3	32,9	498	-	13,3	20,4
Tailandia	-	9	96 ^k	25,3	17,6	931	-	5,4	13,4
Timor-Leste	-	10	56	-	42,6	34	13	-	-
Tonga	-	0	38 ^k	-	-	-	-	0,9 ^x	1,3 ^x
Tuvalu	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	6	50 ^k	-	-	-	-	5,5	20,1
Viet Nam	-	9	85	45	33,8	2 598	6	8,6	36,5

Europa oriental y meridional y CEI

Albania	-	3	94	8,1	14,3	39	4	11,1	31,7
Armenia	5	7	70	3,3	2,6	4	0	1,9	12,9
Azerbaiyán	-	11	93	10,1	6,8	47	1	8 ^y	19,6

B. Compendio de datos

Cuadro 1. ¿Cuántas mujeres y niños sufren desnutrición?

	Madres y lactantes que sufren malnutrición			Niños menores de 5 años que sufren malnutrición					
	Proporción de mujeres con un índice de masa corporal bajo (%)	Proporción de lactantes con bajo peso al nacer (%)	Proporción de lactantes que no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses (%)	Prevalencia de niños con un peso al nacer moderada o gravemente bajo (%)		Número estimado de niños con un peso bajo moderado o grave (en miles)	Prevalencia de niños gravemente desnutridos (%)	Prevalencia de niños que sufren emaciación (%)	Prevalencia de niños con retraso del crecimiento (%)
	1992-2002*	1998-2003*	1995-2003*	-1990	1995-2003*	1995-2003*	1992-2003*	1995-2003*	1995-2003*
Belarús	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	4	94	-	4,1	8	1	6,3	9,7
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Georgia	-	6	82 ^k	-	3,1	8	0	2,3	11,7
Kirguistán	6,2	7 ^x	76	-	11	58	2	3,4	24,8
Tayikistán	-	15	86	-	-	-	-	4,9	30,9
Turkmenistán	10,1	6	87	-	12	60	2	5,7	22,3
Turquía	2,6	16	93	10,4	8,3	589	1	1,9	16
Uzbekistán	9,8	7	81	-	7,9	213	2	11,6 ^v	31,3
Oriente Medio y África del Norte									
Arabia Saudita	-	11 ^x	69 ^k	-	-	-	3	-	-
Argelia	-	7	87	9,1	6	201	1	2,7	18
Bahrein	-	8	66 ^k	7,2	8,7	6	2	5,3	9,7
Egipto	0,6	12	70	10,4	8,6	748	1	5,1	20,6
Emiratos Árabes Unidos	-	15 ^x	66 ^k	-	-	-	3	-	-
Irán	-	7 ^x	56	-	10,9	676	2	4,9	15,4
Iraq	-	15	88	11,9	15,9	610	2	5,9	22,1
Jamahiriya Árabe Libia	-	7 ^x	-	-	4,7	28	1	2,7	15,1
Jordania	2,3	10 ^x	73	6,4	4,4	32	1	1,9	7,8
Kuwait	-	7	88 ^k	10,5	10,5	26	3	1,2 ^y	3,2 ^y
Líbano	-	6	73 ^k	-	3	10	0	2,9	12,2
Marruecos	3,9	11 ^x	34 ^k	9,5	9	296	2	2,2 ^{x,y}	24,2 ^{x,y}
Omán	-	8	-	24,3	17,8	73	4	7,2 ^y	10,4 ^y
Qatar	-	10	88	-	5,5	3	-	1,5	8,1
Siria	-	6	19 ^k	12,1	6,9	160	1	3,8	18,8
Territorio Palestino ocupado	-	9	71 ^k	-	-	-	1	-	-
Túnez	-	7	54	9	4	32	1	2,2	12,3
Yemen	25,2	32 ^x	82	30	46,1	1 756	-	12,9	51,7
América Latina y el Caribe									
Antigua y Barbuda	-	8	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	7	-	1,9	5,4	191	1	3,2	12,4
Bahamas	-	7	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	10 ^c	-	-	-	-	1 ^x	4,9 ^c	7 ^x
Belice	-	6	76 ^k	-	-	-	1 ^x	-	-
Bolivia	0,9	9	46	11,3	7,6	113	1	1,3	26,8
Brasil	6,2	10 ^c	-	7	5,7	950	1	2,3	10,5
Chile	-	5	37	2,5	0,8	11	-	0,3	1,5
Colombia	3,1	9	74	10,1	6,7	317	1	0,8	13,5
Costa Rica	-	7	65 ^{x,k}	2,8	5,1	20	0	2,3	6,1
Cuba	-	6	59	-	3,9	26	0	2	4,6
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	16	65	16,5	14,3	203	-	2,4	26,4
El Salvador	-	13	84	15,2	10,3	75	-	1,4	18,9
Granada	-	9	61 ^k	-	-	-	-	-	-
Guatemala	2	13	49	33,2	22,7	439	4	2,5	46,4

Cuadro 1. ¿Cuántas mujeres y niños sufren desnutrición?

	Madres y lactantes que sufren malnutrición			Niños menores de 5 años que sufren malnutrición					
	Proporción de mujeres con un índice de masa corporal bajo (%)	Proporción de lactantes con bajo peso al nacer (%)	Proporción de lactantes que no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses (%)	Prevalencia de niños con un peso al nacer moderada o gravemente bajo (%)		Número estimado de niños con un peso bajo moderado o grave (en miles)	Prevalencia de niños gravemente desnutridos (%)	Prevalencia de niños que sufren emaciación (%)	Prevalencia de niños con retraso del crecimiento (%)
	1992-2002*	1998-2003*	1995-2003*	-1990	1995-2003*	1995-2003*	1992-2003*	1995-2003*	1995-2003*
Guyana	-	12	89	18,3	13,6	11	3	11,4	10
Haití	-	21	76	26,8	17,3	195	4	4,5	22,7
Honduras	-	14	65	18	16,6	163	-	1,1	29,2
Jamaica	-	9	-	4,6	3,8	10	-	3,8 ^y	4,4
México	-	9	62 ^{x,k}	14,2	7,5	836	1	2	17,7
Nicaragua	3,8	12	69	11	9,6	78	2	2	20,2
Panamà	-	10 ^x	75 ^x	15,8	8,1	27	-	1	18,2
Paraguay	-	9 ^x	93 ^k	-	-	-	-	0,3 ^x	13,9 ^x
Perú	0,7	11 ^x	29	10,7	7,1	215	1	0,9	25,4
República Dominicana	-	11	90	10,3	4,6	44	1	1,5	6,1
Saint Kitts y Nevis	-	9	44 ^k	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	10	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	8	-	-	13,8	2	-	6,1 ^x	10,8 ^x
Suriname	-	13	91	-	13,2	6	2	6,5	9,8
Trinidad y Tabago	-	23	98	6,7	5,9	5	0	4,4	3,6
Uruguay	-	8	-	7,4	-	-	1	1,4 ^x	9,5 ^x
Venezuela	-	7	93 ^k	7,7	4,4	125	1	3	12,8

Definiciones de los indicadores:

Bajo índice de masa corporal: se considera que el índice de masa corporal es bajo cuando el peso (en kilogramos) dividido por la altura al cuadrado (en m²) es inferior a 18,5 kg/m².

Bajo peso al nacer: proporción de niños con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos.

Desnutrición: proporción de niños que presentan dos (desnutrición moderada) o tres (grave) desviaciones típicas por debajo de la curva del peso medio correspondiente a la edad de la población de referencia.

Emaciación: proporción de niños que presentan dos desviaciones típicas por debajo de la curva del peso medio correspondiente a la estatura de la población de referencia.

Retraso del crecimiento: proporción de niños que presentan dos desviaciones típicas por debajo de la curva de la estatura media correspondiente a la edad de la población de referencia.

Gravedad de la malnutrición por categorías de prevalencia (porcentaje de niños menores de 5 años)

Indicador:	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Retraso del crecimiento:	<20	20-29	30-39	>40
Insuficiencia ponderal:	<10	10-19	20-29	>30
Emaciación:	<5	5-9	10-15	>15

Notas:

*: Los datos corresponden al año más reciente para el que se dispone de cifras del período indicado en el encabezamiento del cuadro.

x: Los datos corresponden a años o períodos distintos a los indicados en el encabezamiento de la columna, difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte del país.

y: Los datos sobre estos países procedentes de distintas fuentes varían significativamente (>33%) .

k: Los datos se refieren a lactancia exclusiva durante menos de cuatro meses.

Fuentes principales:

Datos sobre el índice de masa corporal, retraso del crecimiento y emaciación: UNSCN, Quinto Informe sobre la situación de la nutrición en el mundo, 2004.

Peso al nacer, lactancia materna, insuficiencia ponderal grave: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2005.

Insuficiencia ponderal: OMS, *Global Database on Child Growth and Malnutrition* (<http://www.who.int/nutgrowthdb>). El número de niños con insuficiencia ponderal se calcula a partir de esta fuente.

B. Compendio de datos

Cuadro 2. ¿Cuántas personas sufren diferentes carencias de vitaminas y minerales?

	Carencia de yodo			Carencia de vitamina A			Carencia de hierro		Repercusiones económicas
	Proporción de población afectada por bocio (%)	Número anual estimado de niños nacidos con discapacidades mentales (en miles)	Proporción estimada de hogares que no consumen sal yodada (%)	Proporción estimada de niños menores de 6 años con carencia subclínica de vitamina A (%)	Número anual estimado de muertes infantiles debidas a carencia de vitamina A (en miles)	Proporción estimada de niños que no reciben ninguna dosis de vitamina A al año (%)	Prevalencia estimada de anemia por carencia de hierro en niños menores de 5 años (%)	Prevalencia estimada de anemia por carencia de hierro en mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (%)	Pérdidas anuales estimadas debidas a las distintas formas de carencia de vitaminas y micronutrientes como porcentaje del PIB
	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#
África subsahariana									
Angola	33	235	65	55	34	25	72	59	2,1
Benin	<5	10	28	70	9	5	82	65	1,1
Botswana	17	9	33	30	0,5	15	37	31	0,6
Burkina Faso	29	180	78	46	20	3	83	48	2
Burundi	42	125	4	44	9	5	82	60	2,5
Camerún	12	65	16	36	11	1	58	32	0,8
Congo, República del	36	59	-	32	2	0	55	48	1,9
Congo, República Democrática del	-	-	7	58	96	20	58	54	0,8
Chad	24	100	42	45	13	9	76	56	1,2
Eritrea	10	16	3	30	2	33	75	53	1,1
Etiopía	23	685	72	30	51	84	85	58	1,7
Gabón	27	12	85	41	0,45	11	43	32	1,1
Gambia	20	10	92	64	1	9	75	53	1,3
Ghana	18	120	50	60	12	0	65	40	1,1
Guinea	23	83	40	40	8	7	73	43	1,4
Guinea-Bissau	17	13	99	31	2	0	83	53	1,5
Kenya	10	105	9	70	24	10	60	43	0,8
Lesotho	19	11	31	54	1	-	51	43	0,8
Liberia	18	29	-	38	5	0	69	44	1,2
Madagascar	6	43	48	42	13	17	73	42	0,8
Malawi	22	115	64	59	18	25	80	27	1,4
Malí	42	270	26	47	24	20	77	47	2,7
Mauritania	21	24	98	17	2	2	74	42	1,3
Mozambique	17	134	38	26	14	29	80	54	1,2
Namibia	18	12	36	59	0,5	16	42	35	0,8
Níger	20	130	85	41	26	11	57	47	1,7
Nigeria	8	370	2	25	82	23	69	47	0,7
República Centroafricana	11	16	14	68	5	10	74	49	-
Rwanda	13	46	10	39	10	6	69	43	1,1
Senegal	23	86	84	61	10	15	71	43	1,3
Sierra Leona	16	40	77	47	13	9	86	68	1,4
Sudáfrica	16	160	38	33	6	-	37	26	0,4
Swazilandia	12	4	41	38	0,6	-	47	32	0,6
Tanzanía, República Unida de	16	-	33	37	-	7	65	45	-
Togo	14	25	33	35	3	23	72	45	1
Uganda	9	111	5	66	29	63	64	30	1
Zambia	25	115	32	66	19	17	63	46	1,3
Zimbabwe	9	35	7	28	5	-	53	44	0,7
Asia y Oceanía									
Afganistán	48	535	85	53	50	16	65	61	2,3
Bangladesh	18	750	30	28	28	10	55	36	0,9
Bhután	-	-	5	32	0,6	-	81	55	1,6
Camboya	18	85	86	42	8	43	63	58	1,4
China	5	940	7	12	23	-	8	21	0,2
Filipinas	15	300	76	23	5	16	29	35	0,7
India	26	6 600	50	57	330	76	75	51	1
Indonesia	10	445	35	26	14	39	48	26	0,5

Cuadro 2. ¿Cuántas personas sufren diferentes carencias de vitaminas y minerales?

	Carencia de yodo			Carencia de vitamina A			Carencia de hierro		Repercusiones económicas
	Proporción de población afectada por bocio (%)	Número anual estimado de niños nacidos con discapacidades mentales (en miles)	Proporción estimada de hogares que no consumen sal yodada (%)	Proporción estimada de niños menores de 6 años con carencia subclínica de vitamina A (%)	Número anual estimado de muertes infantiles debidas a carencia de vitamina A (en miles)	Proporción estimada de niños que no reciben ninguna dosis de vitamina A al año (%)	Prevalencia estimada de anemia por carencia de hierro en niños menores de 5 años (%)	Prevalencia estimada de anemia por carencia de hierro en mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (%)	Pérdidas anuales estimadas debidas a las distintas formas de carencia de vitaminas y micronutrientes como porcentaje del PIB
	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#	2000#
Laos	14	27	25	42	2	30	54	48	1,1
Mongolia	15	9	55	29	0,3	7	37	18	0,6
Myanmar	17	205	52	35	13	3	48	45	0,7
Nepal	24	200	37	33	7	2	65	62	1,5
Pakistán	38	2 100	83	35	56	0	56	59	1,7
Papua Nueva Guinea	-	-	-	37	2	-	40	43	0,5
Tailandia	13	140	26	22	1	-	22	27	0,4
Viet Nam	11	180	23	12	2	41	39	33	0,6

Europa oriental y meridional y CEI

Armenia	12	4	17	12	-	-	24	12	0,3
Azerbaiyán	15	22	74	23	1	-	33	35	0,7
Georgia	21	11	92	11	-	-	33	31	0,5
Kirguistán	21	24	73	18	0,3	-	42	31	0,9
Tayikistán	28	43	80	18	0,6	-	45	42	1,2
Turkmenistán	11	11	25	18	0,55	-	36	46	0,7
Turquía	23	335	36	18	3	-	23	33	0,7
Uzbekistán	24	136	81	40	4	-	33	63	1,2

Oriente Medio y África del Norte

Egipto	12	225	20	7	1	-	31	28	0,5
Irán	9	125	6	23	3	-	32	29	0,3
Líbano	11	8	13	20	0,1	-	21	24	0,4
Marruecos	-	-	59	29	2	-	45	34	0,2
Siria	8	40	20	8	0,3	-	40	30	0,5
Yemen	16	143	61	40	10	0	59	49	1,3

América Latina y el Caribe

Bolivia	<5	13	15	23	1	56	59	30	0,5
Brasil	<5	50	13	15	4	-	45	21	-
El Salvador	11	17	9	17	0,25	-	28	34	0,5
Guatemala	16	67	51	21	2	40	34	20	0,8
Haiti	12	29	88	32	3	70	66	54	0,8
Honduras	12	25	20	15	0,3	38	34	31	0,7
Nicaragua	4	7	4	9	0,15	-	47	40	0,6
Paraguay	13	22	17	13	0,15	-	52	25	0,7
Perú	10	60	7	17	1	94	50	32	0,5
República Dominicana	11	23	82	18	0,35	65	25	31	0,4
Venezuela	10	60	10	5	0,15	-	41	38	0,5

Definiciones de los indicadores:

Bocio: hinchazón de la glándula tiroideas.

Carencia subclínica de vitamina A: se considera que hay carencia subclínica de vitamina A cuando la concentración de retinol en suero es inferior a $<0,7 \mu\text{mol/l}$.

Anemia: Hb $< 120 \text{ g/l}$ en mujeres no embarazadas menores de 15 años, Hb $< 110 \text{ g/l}$ en mujeres embarazadas de cualquier edad, Hb $< 110 \text{ g/l}$ en niños entre 6 y 60 meses.

Notas:

#. En los casos en que no se disponía de datos recientes, se hicieron proyecciones sobre el año 2000.

Fuentes principales:

Todos los indicadores: Iniciativa sobre micronutrientes y UNICEF, *Vitamin & Mineral Deficiency: A Global Progress Report, 2004*.

Notas relativas a las fuentes: "Los datos relativos a las carencias en vitaminas y minerales no son exactos. Las cifras que se indican en este cuadro se han obtenido a partir de la información más fidedigna de que actualmente se dispone. Los datos sobre la prevalencia se basan en un examen global de los estudios existentes sobre las carencias de vitaminas y minerales. Las fuentes de dichos datos realizan una estimación de las consecuencias funcionales de las carencias de vitaminas y minerales mediante un 'Módulo de perfiles' concebido al efecto".

Cuadro 3. ¿En qué punto se encuentra el país en el camino para alcanzar el ODM relativo a la pobreza y el hambre?

	Pobreza			Proporción del consumo que corresponde al quintil (%)	Desigualdad		Desempeño en relación con el ODM 1	
	Población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (%)	Brecha de pobreza (%)	Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza (%)		10% más rico en relación con el 10% más pobre	Índice de Gin	Índice de pobreza y hambre (IPH)	Medida de los progresos en la consecución del ODM 1
	1995-2003*	1995-2003*	1990-2002*		1995-2003*	1995-2003*	1995-2003*	2004
África subsahariana								
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	-	-	33,0	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	77,6 ^y	63,0 ^y	0,65	-
Burkina Faso	45	14,4	45,3	4,5	26,2	48,2	0,66	0,35
Burundi	55	22,7	-	5,1	19,3	33,3	0,47	-0,73
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-
Camerún	17	4,1	40,2	5,6	15,7	44,6	0,72	0,38
Chad	-	-	64,0	-	-	-	-	-
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo, República del	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo, República Democrática del	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	11	1,9	36,8	5,2	16,6	44,6	0,75	-0,58
Djibouti	-	-	45,1	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	53,0	-	-	-	-	-
Etiopía	23	4,8	44,2	9,1	6,6	30,0	0,65	0,46
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	-	-	64,0	4,8	20,2	47,5	0,68	0,41
Ghana	45	17,3	39,5	5,6	14,1	40,8	0,66	-1,90
Guinea	-	-	40,0	-	12,3 ^y	40,3 ^y	-	-
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	-	-	48,7	-	19,0 ^y	47,0 ^y	-	-
Kenya	23	5,9	42,0	6,0	15,6	42,5	0,69	0,68
Lesotho	36	19,0	-	1,5	105,0	63,2	0,64	-0,03
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	61	27,9	71,3	4,9	19,2	47,5	0,54	-0,22
Malawi	42	14,8	65,3	4,9	22,7	50,3	0,62	-
Malí	-	-	63,8	-	23,1 ^y	50,5 ^y	0,50	-
Mauricio	-	-	10,6	-	-	-	-	-
Mauritania	26	7,6	46,3	6,2	12,0	39,0	0,71	0,85
Mozambique	38	12,0	69,4	6,5	12,5	39,6	0,62	-
Namibia	-	-	-	-	128,8 ^y	70,7 ^y	0,62	-
Níger	-	-	63,0 ^y	2,6	46,0	50,5	0,49	-1,04
Nigeria	70	34,9	34,1	4,4	24,9	50,6	0,56	0,08
República Centroafricana	-	-	-	-	69,2 ^y	61,3 ^y	0,47	-
Rwanda	52	20,0	51,2	-	-	-	0,63	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	-	-	33,4	6,4	12,8	41,3	0,72	0,56
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	-	-	68,0	-	-	-	0,46	-
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	11	1,7	-	3,5 ^y	33,1	57,8	-	-
Sudán	-	-	-	-	-	-	-	-
Swazilandia	-	-	40,0	-	49,7 ^y	60,9 ^y	0,75	-
Tanzanía, República Unida de	-	-	35,7	-	10,8 ^y	38,2 ^y	0,57	-
Togo	-	-	32,3 ^y	-	-	-	-	-
Uganda	85	45,6	55,0	5,9	14,9	43,0	0,51	0,06
Zambia	64	32,6	72,9	3,3	36,6	52,6	0,49	-0,15
Zimbabwe	56	24,2	34,9	4,6	22,0	56,8	0,57	-0,82

Cuadro 3. ¿En qué punto se encuentra el país en el camino para alcanzar el ODM relativo a la pobreza y el hambre?

	Pobreza			Proporción del consumo que corresponde al quintil (%)	Desigualdad		Desempeño en relación con el ODM 1	
	Población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (%)	Brecha de pobreza (%)	Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza (%)		10% más rico en relación con el 10% más pobre	Índice de Gin	Índice de pobreza y hambre (IPH)	Medida de los progresos en la consecución del ODM 1
	1995-2003*	1995-2003*	1990-2002*		1995-2003*	1995-2003*	1995-2003*	2004
Asia y Oceanía								
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	36	8,1	49,8	9,0	6,8	31,8	0,64	0,20
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	34	9,7	36,1	6,9	11,6	40,4	0,63	-
Corea, Rep. Popular. Dem. de	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, República de	2 ^t	-	-	7,9	7,8	31,6	-	-
China	17	3,9	4,6	4,7	18,4	44,7	0,76	0,63
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	15	3,0	36,8	5,4	16,5	46,1	0,71	0,26
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	17,8	43,4	-	-
India	35	7,2	28,6	8,9	7,3	32,5	0,67	0,30
Indonesia	8	0,9	27,1	8,4	7,8	34,3	0,80	0,61
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos	26	6,3	38,6	7,6	9,7	37,0	0,69	-2,97
Malasia	2 ^t	0,5 ^t	15,5 ^y	4,4	22,1	49,2	0,81	0,68
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	27	8,1	36,3	5,6	17,8	30,3	0,70	-1,05
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	39	11,0	42,0	7,6	9,3	36,7	0,65	-
Pakistán	13	2,4	32,6	8,8	7,6	33,0	0,75	0,54
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	37,5	4,5	23,8	50,9	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Singapur	-	-	-	5,0	17,7	42,5	-	-
Sri Lanka	8	1,5	25,0	8,3 ^y	8,1	33,2	0,75	-0,38
Tailandia	2 ^t	0,5 ^t	13,1	6,1	13,4	43,2	0,79	0,57
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	2 ^t	0,5 ^t	50,9	7,5 ^y	9,4	37,0	0,77	0,63
Europa oriental y Europa meridional y CEI								
Albania	2 ^t	0,5 ^t	-	9,1	5,9	28,2	0,85	-
Armenia	13	3,3	-	6,7	11,5	37,9	0,76	-0,51
Azerbaián	4	0,6	-	7,4	9,7	36,5	0,82	0,76
Belarús	0	0,1	-	8,4	6,9	30,4	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	9,5	5,4	26,2	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-
Georgia	3	0,9	-	6,4	12,0	36,9	0,80	-
Kirguistán	2 ^t	0,5 ^t	-	7,7 ^y	8,6	34,8	0,86	-
Tayikistán	7	1,3	-	7,9 ^y	7,8	32,6	-	-
Turquía	2 ^t	0,5 ^t	-	6,1	13,3	40,0	0,84	0,50
Turkmenistán	10	2,0	-	6,1	12,3	40,8	0,79	-
Uzbekistán	14	3,5	-	9,2	6,1	26,8	0,78	-5,51

B. Compendio de datos

Cuadro 3. ¿En qué punto se encuentra el país en el camino para alcanzar el ODM relativo a la pobreza y el hambre?

	Pobreza			Proporción del consumo que corresponde al quintil (%)	Desigualdad		Desempeño en relación con el ODM 1	
	Población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (%)	Brecha de pobreza (%)	Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza (%)		10% más rico en relación con el 10% más pobre	Índice de Gin	Índice de pobreza y hambre (IPH)	Medida de los progresos en la consecución del ODM 1
	1995-2003*	1995-2003*	1990-2002*		1995-2003*	1995-2003*	1995-2003*	2004
Oriente Medio y África del Norte								
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	2 ^t	0,5 ^t	12,2	7,0	9,6	35,3	0,85	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	3	0,5 ^t	16,7	8,6 ^r	8,0	34,4	0,86	0,46
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-
Irán	2 ^t	0,5 ^t	-	5,1	17,2	43,0	0,82	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	2 ^t	0,5 ^t	11,7	7,6	9,1	36,4	0,85	0,34
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	2 ^t	0,5 ^t	19,0	6,5	11,7	39,5	0,83	0,35
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria	-	-	-	-	-	-	-	-
Territorio Palestino ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	2 ^t	0,5 ^t	7,6	6,0	13,4	39,8	0,85	0,81
Yemen	16	4,5	41,8	7,4	8,6	33,4	0,69	-1,19
América Latina y el Caribe								
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	3	0,5 ^t	-	3,1	39,1	52,2	0,81	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	14	5,3	62,7	4,0	24,6	44,7	0,74	-2,67
Brasil	8	2,1	17,4	2,4	68,0	59,3	0,77	0,60
Chile	2	0,5	17,0	3,3	40,6	57,1	0,82	0,78
Colombia	8	2,2	64,0	2,7	57,8	57,6	0,77	-1,24
Costa Rica	2	0,7	22,0	4,2	25,1	46,5	0,82	0,21
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	18	7,1	35,0	3,3	44,9	43,7	0,75	0,05
El Salvador	31	14,1	48,3	2,9	47,4	53,2	0,70	-0,15
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	16	4,6	56,2	2,6	55,1	59,9	0,69	0,35
Guyana	3	0,6	35,0	4,5	-	-	0,79	-
Haití	-	-	65,0 ^r	-	-	-	-	-
Honduras	21	7,5	53,0	2,7	49,1	55,0	0,69	0,26
Jamaica	2 ^t	0,5 ^t	18,7	6,7	11,4	37,9	0,84	0,65
México	10	3,7	10,1 ^r	3,1	45,0	54,6	0,78	0,28
Nicaragua	45	16,7	47,9	5,6	15,5	43,1	0,64	0,13
Panamá	7	2,3	37,3	2,4	62,3	56,4	0,74	0,29
Paraguay	16	7,4	21,8	2,2	73,4	57,8	0,74	-
Perú	18	9,1	49,0	2,9	49,9	49,8	0,73	-1,65
República Dominicana	2 ^t	0,5 ^t	28,6	5,1	17,7	47,4	0,79	0,71
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	25	8,5	-	5,2	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	-	-

Cuadro 3. ¿En qué punto se encuentra el país en el camino para alcanzar el ODM relativo a la pobreza y el hambre?

	Pobreza			Desigualdad			Desempeño en relación con el ODM 11	
	Población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (%)	Brecha de pobreza (%)	Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza (%)	Proporción del consumo que corresponde al quintil (%)	10% más rico en relación con el 10% más pobre	Índice de Gin	Índice de pobreza y hambre (IPH)	Medida de los progresos en la consecución del ODM 1
	1995-2003*	1995-2003*	1990-2002*	1995-2003*	1995-2003*	1995-2003*	2004	1990-2003*
Trinidad y Tabago	-	-	21,0	-	14,4 ^v	40,3 ^v	0,81	-
Uruguay	2 ^t	0,5 ^t	-	4,8	18,9	44,6	0,83	-
Venezuela	14	6,6	31,3 ^y	3,0	62,9	49,1	0,75	-5,58

Definiciones de los indicadores:

Población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza :

porcentaje de la población que vive con menos de 1 dólar al día aplicando la paridad del poder adquisitivo.

Brecha de pobreza: indicador que sirve para medir la distancia al umbral de la pobreza (considerando que los no pobres presentan una distancia cero), expresado como porcentaje del umbral de la pobreza.

Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza : proporción de la población nacional cuyos ingresos son inferiores al umbral oficial establecido por el gobierno nacional.

Proporción que corresponde al quintil más pobre: proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre.

10% más rico en relación con el 10% más pobre: proporción de los ingresos o el consumo del grupo más rico respecto del grupo más pobre.

Índice de Gini: el índice de Gini mide la desigualdad en la distribución global de la renta o el consumo. Un valor de 0 representa la igualdad perfecta y un valor de 100 la desigualdad perfecta.

IPH: índice compuesto que mide la pobreza y el hambre en un país. Para más información, véase el Compendio técnico adjunto.

Medida de los progresos en la consecución del ODM 1: índice compuesto medido por los progresos realizados en los cinco indicadores del ODM 1 entre el valor correspondiente a 1990 (o el más cercano disponible) y el último valor de que se dispone. Para más información, véase el Compendio técnico.

Fuentes principales:

Indicadores de pobreza, proporción que corresponde al quintil más pobre:

División de Estadística de las Naciones Unidas, Base de Datos de Indicadores del Milenio (<http://millenniumindicators.un.org>)

Población que vive por debajo del umbral de pobreza nacional, medidas de la desigualdad: PNUD, "Informe sobre Desarrollo Humano, 2005".

PHI, medida de los progresos en la consecución del ODM 1: Gentilini y Webb, 2005. Los datos empleados para calcular el indicador pueden ser diferentes de los que figuran en estos cuadros.

Notas:

*: Los datos corresponden al año más reciente del que se dispone de cifras del período indicado en el encabezamiento del cuadro.

t: Cuando la estimación de la brecha sea 0,5% se entenderá que los valores reales son inferiores o iguales a 0,5% y deberá tratarse con cautela.

v: Proporción de gastos por percentil de población, clasificados por gastos per cápita.

y: Los datos se refieren a un período distinto al indicado.

B. Compendio de datos

Cuadro 4. ¿Cuántas madres, lactantes y niños mueren anualmente?

	Madres			Lactantes			Niños					
	Tasa de mortalidad materna* (por cada 100 000)		Partos no atendidos por personal sanitario capacitado (%)	Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año) (por cada 1 000)		Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (por cada 1 000)			Proporción de niños menores de 1 año no inmunizados contra el sarampión	Niños (0-17) huérfanos por el VIH-SIDA (en miles)	Niños (0-17) huérfanos por todas las causas (en miles)
	1985-2003 notificada*	2000 ajustada			1995-2003*	2003	1960	2003	1990			
África subsahariana												
Angola	-	1 700	55	40	208	154	260	260	0	38	110	1 000
Benin	500	850	34	53	176	91	185	154	17	17	34	340
Botswana	330	100	6	36	118	82	58	112	-93	10	120	160
Burkina Faso	480	1 000	69	45	181	107	210	207	1	24	260	830
Burundi	-	1 000	75	42	148	114	190	190	0	25	200	660
Cabo Verde	76	150	11	70	-	26	60	35	42	32	-	-
Camerún	430	730	40	48	151	95	139	166	-19	39	240	930
Comoras	520	480	38	64	200	54	120	73	39	37	-	-
Congo, República del	-	510	-	54	143	81	110	108	2	50	97	260
Congo, República Democrática del	950	990	39	44	174	129	205	205	0	46	770	4 200
Côte d'Ivoire	600	690	37	45	195	117	157	192	-22	44	310	940
Chad	830	1 100	84	46	-	117	203	200	1	39	96	500
Djibouti	74	730	39	55	186	97	175	138	21	34	5	33
Eritrea	1 000	630	72	59	-	45	147	85	42	16	39	230
Etiopía	870	850	94	50	180	112	204	169	17	48	720	3 900
Gabón	520	420	14	58	-	60	92	91	1	45	14	57
Gambia	730	540	45	57	207	90	154	123	20	10	2	45
Ghana	210*	540	56	58	127	59	125	95	24	20	170	1 000
Guinea	530	740	65	52	215	104	240	160	33	48	35	420
Guinea Ecuatorial	-	880	35	51	188	97	206	146	29	49	-	24
Guinea-Bissau	910	1 100	65	47	-	126	253	204	19	39	-	81
Kenya	590	1 000	59	50	122	79	97	123	-27	28	650	1 700
Lesotho	-	550	40	38	136	63	120	84	30	30	100	180
Liberia	580	760	49	41	190	157	235	235	0	47	36	230
Madagascar	490	550	54	57	112	78	168	126	25	45	30	1 000
Malawi	1 100	1 800	39	42	205	112	241	178	26	23	500	1 000
Malí	580	1 200	59	45	285	122	250	220	12	32	75	730
Mauricio	21	24	1	72	67	16	25	18	28	6	-	-
Mauritania	750	1 000	43	51	180	120	183	183	0	29	2	140
Mozambique	1 100	1 000	52	45	180	109	235	158	33	23	470	1 500
Namibia	270	300	22	51	102	48	86	65	24	30	57	120
Níger	590	1 600	84	41	211	154	320	262	18	36	24	680
Nigeria	-	800	65	45	165	98	235	198	16	65	1 800	7 000
República Centroafricana	1 100	1 100	56	42	187	115	180	180	0	65	110	290
Rwanda	1 100	1 400	69	45	122	118	173	203	-17	10	160	810
Santo Tomé y Príncipe	100	-	21	59	-	75	118	118	0	13	-	-
Senegal	560	690	42	56	173	78	148	137	7	40	17	460
Seychelles	-	-	-	72	-	11	21	15	29	1	-	-
Sierra Leona	1 800	2 000	58	38	220	166	302	284	6	27	-	350
Somalia	-	1 100	66	44	-	133	225	225	0	60	-	770
Sudáfrica	150	230	16	49	-	53	60	66	-10	17	1 100	2 200
Sudán	550	590	14 ^x	59	123	63	120	93	23	43	91	1 300
Swazilandia	230	370	30	35	150	105	110	153	-39	6	65	100
Tanzanía, República Unida de	530	1 500	64	45	142	104	163	165	-1	3	980	2 500
Togo	480	570	51	52	158	78	152	140	8	42	54	240

Cuadro 4. ¿Cuántas madres, lactantes y niños mueren anualmente?

	Madres			Lactantes			Niños					
	Tasa de mortalidad materna* (por cada 100 000)		Partos no atendidos por personal sanitario capacitado (%)	Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año) (por cada 1 000)		Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (por cada 1 000)			Proporción de niños menores de 1 año no inmunizados contra el sarampión	Niños (0-17) huérfanos por el VIH-SIDA (en miles)	Niños (0-17) huérfanos por todas las causas (en miles)
	1985-2003 notificada*	2000 ajustada			1995-2003*	2003	1960	2003	1990			
Uganda	510	880	61	49	133	81	160	140	13	18	940	2 000
Zambia	730	750	57	39	126	102	180	182	-1	16	630	1 100
Zimbabwe	700	1 100	27	37	97	78	80	126	-58	20	980	1 300

Asia y Oceanía

Afganistán	1 600	1 900	86	42	245	165	260	257	1	50	-	1 600
Bangladesh	380	380	86	63	149	46	144	69	52	23	-	5 300
Bhután	260	420	76	63	175	70	166	85	49	12	-	90
Brunei Darussalam	0	37	1	77	63	5	11	6	45	1	-	4
Camboya	440	450	68	54	-	97	115	140	-22	35	-	670
Corea, Rep. Popular. Dem. de	110	67	3	66	85	42	55	55	0	5	-	710
Corea, República de	20	20	0	76	90	5	9	5	44	4	-	630
China	50	56	3	71	150	30	49	37	24	16	-	20 600
Fiji	38	75	0	68	71	16	31	20	35	9	-	25
Filipinas	170	200	40	68	80	27	63	36	43	20	-	2 100
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	540	540	57	62	146	63	123	87	29	33	-	35 000
Indonesia	310	230	32	67	128	31	91	41	55	28	-	6 100
Islas Marshall	-	-	5	61	-	53	92	61	34	10	-	-
Islas Salomón	550*	130	15	70	120	19	36	22	39	22	-	-
Kiribati	-	-	15	65	-	49	88	66	25	12	-	-
Laos	530	650	81	59	155	82	163	91	44	58	-	290
Malasia	50	41	3	72	73	7	21	7	67	8	-	480
Maldivas	140	110	30	65	180	55	115	72	37	4	-	-
Micronesia	120	-	7	70	-	19	31	23	26	9	-	-
Mongolia	110	110	1	65	-	56	104	68	35	2	-	78
Myanmar	230	360	44	59	169	76	130	107	18	25	-	1 900
Nauru	-	-	-	61	-	25	-	30	60	-	-	-
Nepal	540	740	89	61	212	61	145	82	43	25	-	1 000
Pakistán	530	500	77	62	139	81	130	103	21	39	-	4 800
Palau	0	-	0	68	-	23	34	28	18	1	-	-
Papua Nueva Guinea	370*	300	47	60	143	69	101	93	8	51	-	220
Samoa	-	130	0	68	134	19	42	24	43	1	-	-
Singapur	6	30	0	80	31	3	8	3	63	12	-	-
Sri Lanka	92	92	3	71	83	13	32	15	53	1	-	340
Tailandia	36	44	1	70	103	23	40	26	35	6	-	1 400
Timor-Leste	-	660	76	58	-	87	160	124	23	40	-	-
Tonga	-	-	8	71	-	15	27	19	30	1	-	-
Tuvalu	-	-	1	61	-	37	56	51	9	5	-	-
Vanuatu	68	130	11	68	141	31	70	38	46	52	-	-
Viet Nam	95	130	15	71	70	19	53	23	57	7	-	2 100

Europa oriental y CEI

Albania	20	55	6	72	105	18	45	21	53	7	-	-
Armenia	22	55	3	68	-	30	60	33	45	6	-	-
Azerbaián	25	94	16	65	-	75	105	91	13	2	-	-
Belarús	18	35	0	68	37	13	17	17	0	1	-	-

B. Compendio de datos

Cuadro 4. ¿Cuántas madres, lactantes y niños mueren anualmente?

	Madres			Lactantes			Niños					
	Tasa de mortalidad materna* (por cada 100 000)		Partos no atendidos por personal sanitario capacitado (%)	Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año) (por cada 1 000)		Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (por cada 1 000)			Proporción de niños menores de 1 año no inmunizados contra el sarampión	Niños (0-17) huérfanos por el VIH-SIDA (en miles)	Niños (0-17) huérfanos por todas las causas (en miles)
	1985-2003 notificada*	2000 ajustada			1995-2003*	2003	1960	2003	1990			
Bosnia y Herzegovina	10	31	0	73	105	14	22	17	23	16	-	-
Chipre	0	47	0 ^x	78	30	4	12	5	58	14	-	-
Georgia	67	32	4	71	-	41	47	45	4	27	-	-
Kirguistán	44	110	2	63	-	59	80	68	15	1	-	-
Tayikistán	45	100	29	61	-	92	128	118	8	11	-	-
Turkmenistán	9	31	3	60	-	79	97	102	-5	3	-	-
Turquía	130 ^x	70	19	70	163	33	78	39	50	25	-	-
Uzbekistán	34	24	4	66	-	57	79	69	13	1	-	-
Oriente Medio y África del Norte												
Arabia Saudita	-	23	9	71	170	22	44	26	41	4	-	-
Argelia	140	140	8	70	164	35	69	41	41	16	-	-
Bahrein	46	28	2	74	110	12	19	15	21	1	-	-
Egipto	84	84	31	67	186	33	104	39	63	2	-	-
Emiratos Árabes Unidos	3	54	4	73	149	7	14	8	43	6	-	-
Irán	37	76	10	69	164	33	72	39	46	1	-	2 100
Iraq	290	250	28	55	117	102	50	125	-150	10	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	77	97	6	73	159	13	42	16	62	9	-	-
Jordania	41	41	0	71	97	23	40	28	30	4	-	-
Kuwait	5	5	2	77	89	8	16	9	44	3	-	-
Líbano	100 ^x	150	11	70	65	27	37	31	16	4	-	-
Marruecos	230	220	60	71	132	36	85	39	54	10	-	-
Omán	23	87	5	74	164	10	30	12	60	2	-	-
Qatar	10	140	2	74	94	11	25	15	40	7	-	-
Syria	65	160	24 ^x	72	134	16	44	18	59	2	-	-
Territorio Palestino ocupado	-	100	3	-	-	22	40	24	40	1	-	-
Túnez	69	120	10	72	170	19	52	24	54	10	-	-
Yemen	350	570	78	59	225	82	142	113	20	34	-	-
América Latina y el Caribe												
Antigua y Barbuda	65	-	0	72	-	11	-	12	1	-	-	-
Argentina	46	82	1	74	60	17	28	20	29	3	-	750
Bahamas	-	60	1 ^x	72	51	11	29	14	52	10	-	8
Barbados	0	95	9	75	74	11	16	13	19	10	-	4
Belice	140	140	17	68	74	33	49	39	20	4	-	6
Bolivia	390	420	35	65	152	53	120	66	45	36	-	340
Brasil	75	260	12	69	115	33	60	35	42	1	-	4 300
Chile	17	31	0	77	118	8	19	9	53	1	-	230
Colombia	78	130	14	72	79	18	36	21	42	8	-	910
Costa Rica	29	43	2	77	87	8	17	10	41	11	-	50
Cuba	34	33	0	77	39	6	13	8	38	1	-	130
Dominica	67	-	0	73	-	12	23	14	39	1	-	-
Ecuador	80	130	31	71	107	24	57	27	53	1	-	290
El Salvador	170	150	31	70	130	32	60	36	40	1	-	180
Granada	1	-	1	67	-	18	37	23	38	1	-	-
Guatemala	150	240	59	66	136	35	82	47	43	25	-	510
Guyana	190	170	14	62	100	52	90	69	23	11	-	33

Cuadro 4. ¿Cuántas madres, lactantes y niños mueren anualmente?

	Madres			Lactantes			Niños					
	Tasa de mortalidad materna* (por cada 100 000)		Partos no atendidos por personal sanitario capacitado (%)	Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año) (por cada 1 000)		Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (por cada 1 000)			Proporción de niños menores de 1 año no inmunizados contra el sarampión	Niños (0-17) huérfanos por el VIH-SIDA (en miles)	Niños (0-17) huérfanos por todas las causas (en miles)
	1985-2003 notificada*	2000 ajustada			1995-2003*	2003	1960	2003	1990			
Haití	520	680	76	53	169	76	150	118	21	47	-	610
Honduras	110	110	44	67	137	32	59	41	31	5	-	180
Jamaica	110	87	5	73	56	17	20	20	0	22	-	45
México	63	83	14	74	94	23	46	28	39	4	-	1 900
Nicaragua	97	230	33	70	130	30	68	38	44	7	-	150
Panamá	70	160	10	75	58	18	34	24	29	17	-	48
Paraguay	180	170	29	72	66	25	37	29	22	9	-	150
Perú	190	410	41	70	142	26	80	34	58	5	-	720
República Dominicana	180	150	1	68	102	29	65	35	46	21	-	260
Saint Kitts y Nevis	250	-	1	70	-	19	36	22	39	2	-	-
San Vicente y las Granadinas	93	-	0	70	-	23	26	27	-4	6	-	-
Santa Lucía	35	-	0	72	-	16	24	18	25	10	-	-
Suriname	150	110	15	66	-	30	48	39	19	29	-	13
Trinidad y Tabago	45	160	4	70	61	17	24	20	17	12	-	28
Uruguay	26	27	0	75	48	12	24	14	42	5	-	62
Venezuela	60	96	6	74	56	18	27	21	22	18	-	460

Definiciones de los indicadores:

Tasa de mortalidad materna: número de fallecimientos anual de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos.

Personal sanitario capacitado: médicos, enfermeros o comadronas.

Esperanza de vida: número de años que vivirían los recién nacidos si se sometieran a los riesgos de mortalidad sufridos por un sector representativo de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa de mortalidad infantil: probabilidad de fallecer entre la fecha del nacimiento y exactamente el año de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad de los menores de 5 años: probabilidad de fallecer entre la fecha del nacimiento y exactamente los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Evolución en la tasa de mortalidad de los menores de 5 años: variación porcentual entre los valores de 1990 y 2003. Para estar en el buen camino para alcanzar el ODM 4 (reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015), se precisa haber obtenido una mejora del 44% en 2003.

Sarampión: enfermedad infantil aguda altamente contagiosa. Las condiciones de hacinamiento y las situaciones catastróficas facilitan los brotes, produciendo una elevada mortalidad, especialmente entre los niños malnutridos.

Huérfanos (por el VIH/SIDA): niños cuyos progenitores han fallecido (a causa del SIDA).

Fuentes principales:

Tasas de mortalidad, nacimientos atendidos, sarampión: UNICEF, Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2005.

Esperanza de vida: OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2005.

Huérfanos: UNICEF, Niños al borde del abismo 2004.

Notas

*: Los datos se refieren al año más reciente disponible del período especificado en el encabezamiento del cuadro.

#: Los datos sobre mortalidad materna que figuran en la columna "notificada" son los comunicados por las autoridades nacionales. Periódicamente, el UNICEF, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas evalúan dichos datos y hacen ajustes. La columna que contiene estimaciones "ajustadas" para 2000 refleja las revisiones más recientes.

x: Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el encabezamiento de la columna, o bien se desvían de la definición estándar o sólo se refieren a parte de un país.

Sección II, ¿Cuáles son las principales causas del hambre crónica y el hambre aguda en el país?

Cuadro 5, ¿Toda la población dispone de alimentos y tiene acceso a ellos?

	Subalimentación					Consumo de alimentos en relación con las necesidades				Disponibilidad de alimentos	
	Prevalencia de subalimentación en la población total (%)		Número de personas subalimentadas (millones)		Variación en la prevalencia de subalimentación (%)	Consumo de energía alimentaria (kcal/persona/día)		Necesidades mínimas de energía alimentaria (kcal/persona/día)	Diferencia entre consumo y necesidades	Déficit nutricional de alimentos (en miles de toneladas)	Déficit distributivo de alimentos (en miles de toneladas)
	1990-92	2000-02	1990-92	2000-02	1990-2000	1990-92	2000-02	2000-02	2000-02	2004	2004
África subsahariana											
Angola	58	40	5,6	5,1	-31,0	1 783	2 042	1 800	242	0	51
Benin	20	15	1	0,9	-25,0	2 338	2 516	1 800	716	0	13
Botswana	23	32	0,3	0,6	39,1	2 263	2 155	1 860	295	-	-
Burkina Faso	21	19	1,9	2,3	-9,5	2 354	2 409	1 800	609	9	423
Burundi	48	68	2,7	4,4	41,7	1 896	1 636	1 790	-154	429	511
Cabo Verde	< 2,5	< 2,5	0	0	-	3 012	3 209	1 860	1 349	0	0
Camerún	33	25	4	3,9	-24,2	2 115	2 267	1 860	407	0	80
Comoras	47	62	0,3	0,4	31,9	1 915	1 748	1 820	-72	-	-
Congo, República del	54	37	1,4	1,3	-31,5	1 861	2 087	1 840	247	-	-
Congo, República Democrática del	32	71	12,2	35,5	121,9	2 172	1 627	1 830	-203	3 595	4 063
Côte d'Ivoire	18	14	2,3	2,2	-22,2	2 472	2 620	1 850	770	0	100
Chad	58	34	3,5	2,7	-41,4	1 784	2 146	1 810	336	335	469
Djibouti	53	27	0,3	0,2	-49,1	1 802	2 202	1 760	442	-	-
Eritrea	-	73	-	2,8	-	-	1 524	1 730	-206	302	335
Etiopia	-	46	-	31,3	-	2 637	1 844	1 720	124	4 311	4 657
Gabón	10	6	0,1	0,1	-40,0	-	2 614	1 850	764	-	-
Gambia	22	27	0,2	0,4	22,7	2 365	2 269	1 850	419	10	45
Ghana	37	13	5,8	2,5	-64,9	2 077	2 620	1 860	760	0	63
Guinea	39	26	2,5	2,1	-33,3	2 108	2 382	1 830	552	0	82
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	24	35	0,3	0,5	45,8	2 301	2 100	1 800	300	7	43
Kenya	44	33	10,7	10,3	-25,0	1 921	2 107	1 830	277	0	38
Lesotho	17	12	0,3	0,2	-29,4	2 446	2 617	1 850	767	0	75
Liberia	34	46	0,7	1,4	35,3	2 210	1 993	1 820	173	63	132
Madagascar	35	37	4,3	6	5,7	2 083	2 060	1 800	260	505	799
Malawi	50	33	4,8	3,8	-34,0	1 880	2 155	1 790	365	0	192
Malí	29	29	2,7	3,6	0,0	2 215	2 199	1 800	399	348	618
Mauricio	6	6	0,1	0,1	0,0	2 887	2 955	1 910	1 045	-	-
Mauritania	15	10	0,3	0,3	-33,3	2 556	2 771	1 840	931	0	11
Mozambique	66	47	9,2	8,5	-28,8	1 733	2 034	1 890	144	0	132
Namibia	35	22	0,5	0,4	-37,1	2 061	2 269	1 820	449	-	-
Níger	41	34	3,2	3,8	-17,1	2 018	2 130	1 800	330	162	596
Nigeria	13	9	11,8	11	-30,8	2 540	2 705	1 820	885	0	251
República Centroafricana	50	43	1,5	1,6	-14,0	1 874	1 977	1 800	177	79	220
Rwanda	44	37	2,8	3	-15,9	1 945	2 049	1 750	299	0	33
Santo Tomé y Príncipe	18	13	0	0	-27,8	2 272	2 391	1 770	621	-	-
Senegal	23	24	1,8	2,3	4,3	2 275	2 280	1 850	430	0	25
Seychelles	14	9	0	0	-35,7	2 311	2 452	1 800	652	-	-
Sierra Leona	46	50	1,9	2,3	8,7	1 991	1 926	1 820	106	211	451
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 419	1 447
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	32	27	8	8,5	-15,6	2 160	2 260	1 840	420	0	155
Swazilandia	14	19	0,1	0,2	35,7	2 455	2 360	1 840	520	0	15
Tanzanía, República Unida de	37	44	9,9	15,6	18,9	2 049	1 959	1 810	149	1 034	1 455
Togo	33	26	1,2	1,2	-21,2	2 150	2 297	1 830	467	0	78
Uganda	24	19	4,2	4,6	-20,8	2 274	2 364	1 770	594	0	176

Cuadro 5. ¿Toda la población dispone de alimentos y tiene acceso a ellos?

	Subalimentación					Consumo de alimentos en relación con las necesidades				Disponibilidad de alimentos	
	Prevalencia de subalimentación en la población total (%)		Número de personas subalimentadas (millones)		Variación en la prevalencia de subalimentación (%)	Consumo de energía alimentaria (kcal/persona/día)		Necesidades mínimas de energía alimentaria (kcal/persona/día)	Diferencia entre consumo y necesidades	Déficit nutricional de alimentos (en miles de toneladas)	Déficit distributivo de alimentos (en miles de toneladas)
	1990-92	2000-02	1990-92	2000-02	1990-2000	1990-92	2000-02	2000-02	2000-02	2004	2004
Zambia	48	49	4	5,2	2,1	1 929	1 904	1 820	84	191	487
Zimbabwe	45	44	4,9	5,6	-2,2	1 974	2 024	1 840	184	382	576

Asia y Oceanía

Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	305
Bangladesh	35	30	39,2	42,5	-14,3	2 070	2 190	1 770	420	52	1 744
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	4	3	0	0	-25,0	2 798	2 855	1 910	945	-	-
Camboya	43	33	4,3	4,4	-23,3	1 871	2 058	1 760	298	-	-
Corea, República de	< 2,5	< 2,5	0,8	0,7	-	2 999	3 059	1 930	1 129	-	-
Corea, Rep. Popular. Dem. de	18	36	3,7	8,1	100,0	2 451	2 137	1 900	237	0	120
China	16	11	193,5	142,1	-31,3	2 707	2 958	1 930	1 028	-	-
Fiji	10	5	0,1	0	-50,0	2 456	2 895	1 910	985	-	-
Filipinas	26	22	16,2	17,2	-15,4	2 262	2 375	1 800	575	0	206
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	25	21	215,8	221,1	-16,0	2 366	2 420	1 810	610	0	4 133
Indonesia	9	6	16,4	12,6	-33,3	2 699	2 912	1 840	1 072	0	67
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	33	20	0,1	0,1	-39,4	2 015	2 239	1 770	469	-	-
Kiribati	9	6	0	0	-33,3	2 653	2 852	1 800	1 052	-	-
Laos	29	22	1,2	1,2	-24,1	2 111	2 286	1 720	566	-	-
Malasia	3	< 2,5	0,5	0,6	-	2 823	2 891	1 840	1 051	-	-
Maldivas	17	11	0	0	-35,3	2 378	2 542	1 830	712	-	-
Micronesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	34	28	0,8	0,7	-17,6	2 063	2 236	1 860	376	-	-
Myanmar	10	6	4	2,8	-40,0	2 634	2 880	1 810	1 070	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	20	17	3,9	4	-15,0	2 345	2 444	1 810	634	0	308
Pakistán	24	20	27,7	29,3	-16,7	2 305	2 430	1 760	670	0	1 680
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	15	13	0,6	0,7	-13,3	2 410	2 463	1 780	683	-	-
Samoa	11	4	0	0	-63,6	-	-	-	-	-	-
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	28	22	4,8	4,1	-21,4	2 229	2 388	1 860	528	-	-
Tailandia	28	20	15,2	12,2	-28,6	2 252	2 453	1 860	593	-	-
Timor-Leste	11	7	0,1	0,1	-36,4	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	13	12	0	0	-7,7	2 525	2 572	1 780	792	-	-
Viet Nam	31	19	20,6	14,7	-38,7	2 178	2 534	1 830	704	-	-

Europa oriental y CEI

Albania	-	6	-	0,2	-	-	2 861	1 980	881	-	-
Armenia	-	34	-	1,1	-	-	2 190	1 970	220	0	0
Azerbaiján	-	15	-	1,2	-	-	2 482	1 940	542	0	0
Belarús	-	< 2,5	-	0,2	-	-	3 006	1 970	1 036	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	8	-	0,3	-	-	2 764	2 000	764	-	-
Chipre	< 2,5	< 2,5	0	0	-	3 123	3 251	1 980	1 271	-	-
Georgia	-	27	-	1,4	-	-	2 275	1 960	315	-	-
Kirguistán	-	6	-	0,3	-	-	2 951	1 920	1 031	0	0

B. Compendio de datos

Cuadro 5. ¿Toda la población dispone de alimentos y tiene acceso a ellos?

	Subalimentación					Consumo de alimentos en relación con las necesidades				Disponibilidad de alimentos	
	Prevalencia de subalimentación en la población total (%)		Número de personas subalimentadas (millones)		Variación en la prevalencia de subalimentación (%)	Consumo de energía alimentaria (kcal/persona/día)		Necesidades mínimas de energía alimentaria (kcal/persona/día)	Diferencia entre consumo y necesidades	Déficit nutricional de alimentos (en miles de toneladas)	Déficit distributivo de alimentos (en miles de toneladas)
	1990-92	2000-02	1990-92	2000-02	1990-2000	1990-92	2000-02	2000-02	2000-02	2004	2004
Tayikistán	-	61	-	3,7	-	-	1 835	1 900	-65	0	15
Turkmenistán	-	9	-	0,4	-	-	2 719	1 920	799	0	0
Turquía	< 2,5	3	1	1,8	-	3 494	3 358	1 970	1 388	-	-
Uzbekistán	-	26	-	6,6	-	-	2 269	1 920	349	0	0

Oriente Medio y África del Norte

Argelia	5	5	1,3	1,7	0,0	2 922	2 991	1 860	1 131	0	0
Arabia Saudita	4	3	0,7	0,8	-25,0	2 771	2 844	1 860	984	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	4	3	2,5	2,4	-25,0	3 200	3 341	1 900	1 441	0	0
Emiratos Árabes Unidos	4	< 2,5	0,1	0,1	-	2 928	3 199	2 030	1 169	-	-
Irán	4	4	2,1	2,7	0,0	2 979	3 075	1 840	1 235	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	< 2,5	< 2,5	0	0	0,0	3 277	3 324	1 900	1 424	-	-
Jordania	4	7	0,1	0,4	75,0	2 817	2 668	1 800	868	-	-
Kuwait	23	5	0,5	0,1	-78,3	1 420	3 051	1 980	1 071	-	-
Líbano	< 2,5	3	0,1	0,1	-	3 165	3 181	1 920	1 261	-	-
Marruecos	6	7	1,5	2	16,7	3 028	3 042	1 860	1 182	0	0
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria	5	4	0,7	0,6	-20,0	2 832	3 038	1 840	1 198	-	-
Territorios Palestinos Ocupados	-	19	-	0,6	-	-	-	1 740	-	-	-
Túnez	< 2,5	< 2,5	0,1	0,1	-	3 152	3 271	1 880	1 391	0	0
Yemen	34	36	4,2	6,7	5,9	2 037	2 037	1 770	267	-	-

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda	17	24	0	0	41,2	2 460	2 342	1 940	402	-	-
Argentina	< 2,5	< 2,5	0,7	0,6	-	2 994	3 074	1 940	1 134	-	-
Bahamas	9	6	0	0	-33,3	2 617	2 753	1 940	813	-	-
Barbados	< 2,5	< 2,5	0	0	-	3 080	3 059	1 980	1 079	-	-
Belice	7	4	0	0	-42,9	2 653	2 844	1 800	1 044	-	-
Bolivia	28	21	1,9	1,8	-25,0	2 112	2 250	1 780	470	0	110
Brasil	12	9	18,5	15,6	-25,0	2 812	3 010	1 900	1 110	-	-
Chile	8	4	1,1	0,6	-50,0	2 612	2 845	1 920	925	-	-
Colombia	17	13	6,1	5,7	-23,5	2 435	2 579	1 820	759	0	562
Costa Rica	6	4	0,2	0,2	-33,3	2 714	2 858	1 930	928	-	-
Cuba	8	3	0,8	0,4	-62,5	2 716	2 998	1 960	1 038	-	-
Dominica	4	8	0	0	100,0	2 941	2 752	1 930	822	-	-
República Dominicana	27	25	1,9	2,1	-7,4	2 262	2 323	1 920	403	0	96
Ecuador	8	4	0,9	0,6	-50,0	2 509	2 737	1 820	917	0	315
El Salvador	12	11	0,6	0,7	-8,3	2 493	2 549	1 800	749	0	94
Granada	9	8	0	0	-11,1	2 830	2 867	1 910	957	-	-
Guatemala	16	24	1,4	2,8	50,0	2 351	2 187	1 750	437	0	352
Guyana	21	9	0,2	0,1	-57,1	2 347	2 709	1 880	829	-	-
Haití	65	47	4,6	3,8	-27,7	1 780	2 083	1 930	153	71	305
Honduras	23	22	1,1	1,5	-4,3	2 313	2 353	1 770	583	234	374
Jamaica	14	10	0,3	0,3	-28,6	2 503	2 675	1 920	755	0	0
México	5	5	4,6	5,2	0,0	3 101	3 155	1 890	1 265	-	-
Nicaragua	30	27	1,2	1,4	-10,0	2 215	2 283	1 810	473	160	270
Panamá	21	26	0,5	0,8	23,8	2 316	2 237	1 830	407	-	-

Cuadro 5. ¿Toda la población dispone de alimentos y tiene acceso a ellos?

	Subalimentación					Consumo de alimentos en relación con las necesidades				Disponibilidad de alimentos	
	Prevalencia de subalimentación en la población total (%)		Número de personas subalimentadas (millones)		Variación en la prevalencia de subalimentación (%)	Consumo de energía alimentaria (kcal/persona/día)		Necesidades mínimas de energía alimentaria (kcal/persona/día)	Diferencia entre consumo y necesidades	Déficit nutricional de alimentos (en miles de toneladas)	Déficit distributivo de alimentos (en miles de toneladas)
	1990-92	2000-02	1990-92	2000-02	1990-2000	1990-92	2000-02	2000-02	2000-02	2004	2004
Paraguay	18	14	0,8	0,8	-22,2	2 402	2 556	1 840	716	-	-
Perú	42	13	9,3	3,4	-69,0	1 962	2 550	1 810	740	0	543
Saint Kitts y Nevis	13	12	0	0	-7,7	2 576	2 636	1 910	726	-	-
San Vicente y las Granadinas	22	13	0	0	-40,9	2 299	2 534	1 900	634	-	-
Santa Lucía	8	5	0	0	-37,5	2 736	2 936	1 900	1 036	-	-
Suriname	13	11	0,1	0	-15,4	2 528	2 628	1 910	718	-	-
Trinidad y Tabago	13	12	0,2	0,2	-7,7	2 635	2 735	1 940	795	-	-
Uruguay	6	4	0,2	0,1	-33,3	2 662	2 828	1 910	918	-	-
Venezuela	11	17	2,3	4,3	54,5	2 465	2 352	1 850	502	-	-

Definiciones de los indicadores:

Subalimentación: Situación de las personas cuyo consumo de energía a través del régimen alimenticio se mantiene continuamente por debajo del mínimo necesario para llevar una vida saludable y realizar una actividad física liviana.

Variación en la prevalencia de subalimentación: variación porcentual entre los valores correspondientes a 1990-1992 y los de 2000-2002.

Consumo de energía alimentaria por persona: cantidad de alimentos, en kilocalorías al día, que corresponde a cada persona de la población total.

Necesidad mínima de energía alimentaria: cantidad de energía alimentaria por persona que se considera suficiente para satisfacer las necesidades energéticas que permiten llevar una vida saludable y realizar una actividad física liviana.

Déficit nutricional de alimentos: cantidad de alimentos necesaria para elevar el consumo de alimentos de toda la población hasta las necesidades nutricionales mínimas.

Déficit distributivo de alimentos: cantidad de alimentos necesaria para que el consumo de alimentos de cada grupo de renta alcance la meta nutricional.

Fuentes principales:

Subalimentación, consumo de alimentos y necesidades:

Dirección de Estadística de la FAO, Estadísticas sobre Seguridad Alimentaria: (www.fao.org/faostat/foodsecurity/index_es.htm).

Disponibilidad de alimentos: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), informe de evaluación de la seguridad alimentaria GFA-16, 2005.

B. Compendio de datos

Cuadro 6. ¿En qué medida es vulnerable el país a riesgos externos, como desastres provocados por el hombre, catástrofes naturales y enfermedades?

	Incidencia de enfermedades					Catástrofes naturales		Desastres provocados por el hombre			
	Proporción de adultos (15-49) con VIH (%)	Número de adultos (15-49) con VIH (en miles)	Número de niños (0-14) con VIH (en miles)	Tasa de muertes por paludismo (por cada 100 000)	Tasa de muertes por tuberculosis (por cada 100 000)	Total de personas afectadas en catástrofes naturales (media anual, en miles)		Población de interés para el ACNUR, por países de asilo (en miles)		Población de refugiados (en miles)	Cifra estimada de personas desplazadas en el interior (en miles)
	2003	2003	2003	2000	2003	1990-1999	2000-2004	2003	promedio 1999-2003	2004	2000-2005*
África subsahariana											
Angola	3,9	220	23	354	20	99	95	147	198	14	40-340
Benin	1,9	62	6	177	12	84	2	6	5	5	-
Botswana	37,3	330	25	15	34	11	29	4	3	-	-
Burkina Faso	4,2	270	31	292	33	282	9	1	1	0	-
Burundi	6	220	27	143	59	26	338	136	132	-	170
Cabo Verde	-	-	-	22	39	2	6	-	-	-	-
Camerún	6,9	520	43	108	21	81	1	64	53	59	-
Comoras	-	-	-	80	8	0	0	-	0	-	-
Chad	4,8	180	18	207	48	93	67	147	49	-	-
Congo, República del	4,9	80	10	78	57	8	11	96	111	69	-
Congo, República Democrática del	4,2	1 000	110	224	59	15	146	238	323	211	-
Côte d'Ivoire	7	530	40	76	68	0	1	132	134	-	500
Djibouti	2,9	8	1	119	98	35	69	29	24	-	-
Eritrea	2,7	55	6	74	52	162	856	14	246	-	59
Etiopía	4,4	1 400	120	198	60	3 478	8 239	130	178	118	132
Gabón	8,1	45	3	80	23	0	0	19	19	14	-
Gambia	1,2	6	1	52	39	4	3	8	11	-	-
Ghana	3,1	320	24	70	41	104	29	48	26	-	-
Guinea	3,2	130	9	200	43	3	44	187	296	156	82
Guinea Ecuatorial	-	-	-	152	39	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	-	-	-	150	34	4	20	8	52	8	-
Kenya	6,7	1 100	100	63	89	1 324	2 003	242	236	-	360
Lesotho	28,9	300	22	84	46	50	155	-	0	-	-
Liberia	5,9	96	8	201	53	101	4	602	364	-	215
Madagascar	1,7	130	9	184	36	272	819	-	0	-	-
Malawi	14,2	810	83	275	52	1 919	760	12	8	-	-
Malí	1,9	120	13	454	64	32	8	11	11	11	-
Mauricio	-	-	-	0	11	1	0	-	0	-	-
Mauritania	0,6	9	-	108	73	75	110	30	30	0	-
Mozambique	12,2	1 200	99	232	62	724	802	10	5	-	-
Namibia	21,3	200	15	52	52	44	208	22	23	9	-
Níger	1,2	64	6	469	30	194	743	0	0	0	-
Nigeria	5,4	3 300	290	141	57	86	69	10	8	-	200
República Centroafricana	13,5	240	21	137	54	8	4	53	54	29	-
Rwanda	5,1	230	22	200	69	98	68	63	190	43	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	80	28	-	-	-	-	-	-
Senegal	0,8	41	3	72	47	44	95	23	24	21	64
Seychelles	-	-	-	4	5	0	1	-	-	0	-
Sierra Leona	-	-	-	312	88	20	0	95	279	-	-
Somalia	-	-	-	81	118	165	578	11	37	-	370
Sudáfrica	21,5	5 100	230	0	28	37	3 043	111	56	-	-
Sudán	2,3	380	21	70	54	1 575	647	161	335	-	6 000
Swazilandia	38,8	200	16	0	83	53	154	1	1	-	-
Tanzania, República Unida de	8,8	1 500	140	130	52	786	678	650	669	580	-
Togo	4,1	96	9	47	74	29	1	13	12	12	-
Uganda	4,1	450	84	152	71	115	165	236	223	0	1 400
Zambia	16,5	830	85	141	61	429	967	227	243	202	-
Zimbabwe	24,6	1 600	120	1	61	2 016	1 404	13	8	-	150

Cuadro 6. ¿En qué medida es vulnerable el país a riesgos externos, como desastres provocados por el hombre, catástrofes naturales y enfermedades?

	Incidencia de enfermedades					Catástrofes naturales		Desastres provocados por el hombre			
	Proporción de adultos (15-49) con VIH (%)	Número de adultos (15-49) con VIH (en miles)	Número de niños (0-14) con VIH (en miles)	Tasa de muertes por paludismo (por cada 100 000)	Tasa de muertes por tuberculosis (por cada 100 000)	Total de personas afectadas en catástrofes naturales (media anual, en miles)		Población de interés para el ACNUR, por países de asilo (en miles)		Población de refugiados (en miles)	Cifra estimada de personas desplazadas en el interior (en miles)
	2003	2003	2003	2000	2003	1990-1999	2000-2004	2003	promedio 1999-2003	2004	2000-2005*
Asia y Oceanía											
Afganistán	-	-	-	8	93	60	1 382	912	1 416	-	167
Bangladesh	-	-	-	1	57	9 152	7 906	20	22	20	500
Bhután	-	-	-	5	21	7	0	-	-	-	-
Brunei Darussalam	<0,1	<0,2	-	0	5	-	-	-	-	-	-
Camboya	2,6	170	7	14	81	920	1 507	0	8	0	-
Corea, República de	<0,1	8	-	0	10	87	121	0	0	0	-
Corea, Rep. Popular. Dem. de	-	-	-	0	16	1 468	1 196	-	-	-	-
China	0,1	830	-	0	18	116 057	138 598	299	296	299	-
Fiji	0,1	1	-	7	4	44	8	-	-	-	-
Filipinas	<0,1	9	-	2	49	4 101	1 762	2	1	0	60
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	7	1	1	2	-	-	-
India	0,9	-	120	3	31	30 903	104 213	165	171	159	600
Indonesia	0,1	110	-	1	65	637	415	17	81	0	342-600
Islas Marshall	-	-	-	15	4	1	0	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	8	4	9	0	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	17	4	8	0	-	-	-	-
Laos	0,1	2	-	28	26	287	213	-	-	-	-
Malasia	0,4	51	-	1	16	5	26	79	57	19	-
Maldivas	-	-	-	3	2	2	4	-	-	-	-
Micronesia	-	-	-	10	6	3	1	-	-	-	-
Mongolia	<0,1	<0,5	-	0	32	61	473	-	-	-	-
Myanmar	1,2	320	8	20	24	67	15	3	1	-	-
Nauru	-	-	-	13	4	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,5	60	-	8	28	97	206	135	131	125	100-200
Pakistán	0,1	73	-	4	43	2 400	829	1 130	1 553	967	-
Palau	-	-	-	6	8	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	0,6	16	-	28	47	113	9	8	-	7	-
Samoa	-	-	-	6	5	28	0	-	-	-	-
Singapur	0,2	4	-	0	5	0	0	0	0	0	-
Sri Lanka	<0,1	4	-	9	9	343	830	468	650	0	352
Tailandia	1,5	560	12	8	17	2 205	2 571	122	111	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	95	0	1	1	-	0	-
Tonga	-	-	-	9	5	1	3	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	14	6	0	0	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	11	8	3	13	-	-	-	-
Viet Nam	0,4	200	-	9	22	2 211	1 972	15	-	2	-
Europa oriental y CEI											
Albania	-	-	-	0	4	325	38	0	1	-	-
Armenia	0,1	3	-	0	11	132	59	239	266	236	8
Azerbaiyán	<0,1	1	-	0	11	244	7	585	636	-	575
Belarús	-	-	-	0	7	6	0	17	79	1	-
Bosnia y Herzegovina	<0,1	1	-	0	8	0	69	405	614	-	-
Chipre	-	-	-	0	0	0	0	5	2	0	210
Georgia	0,1	3	-	0	13	26	248	265	274	3	240
Kirguistán	0,1	4	-	0	18	20	0	6	12	-	-
Tayikistán	<0,1	<0,2	-	0	32	40	619	4	11	-	-
Turkmenistán	<0,1	<0,2	-	0	10	0	0	14	15	13	-

B. Compendio de datos

Cuadro 6. ¿En qué medida es vulnerable el país a riesgos externos, como desastres provocados por el hombre, catástrofes naturales y enfermedades?

	Incidencia de enfermedades					Catástrofes naturales		Desastres provocados por el hombre			
	Proporción de adultos (15-49) con VIH (%)	Número de adultos (15-49) con VIH (en miles)	Número de niños (0-14) con VIH (en miles)	Tasa de muertes por paludismo (por cada 100 000)	Tasa de muertes por tuberculosis (por cada 100 000)	Total de personas afectadas en catástrofes naturales (media anual, en miles)		Población de interés para el ACNUR, por países de asilo (en miles)		Población de refugiados (en miles)	Cifra estimada de personas desplazadas en el interior (en miles)
	2003	2003	2003	2000	2003	1990-1999	2000-2004	2003	promedio 1999-2003	2004	2000-2005*
Turquía	-	-	-	0	4	174	30	6	7	-	230-1 000
Uzbekistán	0,1	11	-	0	16	5	220	46	35	44	3
Oriente Medio y África del Norte											
Argelia	0,1	-	-	22	2	7	57	169	169	169	1 000
Arabia Saudita	-	-	-	0	5	0	3	-	-	241	-
Bahrein	0,2	<0,6	-	0	5	-	-	-	-	-	-
Egipto	<0,1	12	-	0	3	26	0	94	48	90	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	0	2	-	-	-	-	-	-
Irán	0,1	31	-	0	3	179	12 782	989	1 576	1 080	-
Iraq	<0,1	<0,5	-	15	33	81	2	190	148	-	>1 000
Jamahiriya Árabe Libia	0,3	10	-	0	1	0	0	12	12	12	-
Jordania	<0,1	<0,5	-	0	0	20	30	8	7	-	-
Kuwait	-	-	-	0	3	0	0	103	133	2	-
Libano	0,1	3	-	0	1	10	4	3	6	-	50-600
Marruecos	0,1	15	-	8	10	37	9	2	2	-	-
Omán	0,1	1	-	0	1	0	0	0	0	-	-
Qatar	-	-	-	0	7	-	-	-	-	-	-
Siria	<0,1	<0,5	-	0	5	33	66	10	7	-	-
Territorio Palestino ocupado	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Túnez	<0,1	1	-	0	2	10	5	0	0	-	-
Yemen	0,1	12	-	24	12	35	0	63	70	64	-
América Latina y el Caribe											
Antigua y Barbuda	-	-	-	0	1	8	0	-	-	-	-
Argentina	0,7	120	-	0	6	58	96	4	4	3	-
Bahamas	3	5	<0,2	0	6	0	2	-	0	-	-
Barbados	1,5	3	<0,2	0	2	0	1	-	-	-	-
Belize	2,4	4	<0,2	0	4	6	17	1	7	1	-
Bolivia	0,1	5	-	1	33	77	108	1	0	1	-
Brasil	0,7	650	-	0	8	1 119	325	4	3	3	-
Chile	0,3	26	-	0	1	34	95	1	0	1	-
Colombia	0,7	180	-	0	8	193	133	1 244	688	01 580-3 410	-
Costa Rica	0,6	12	-	0	1	103	21	14	13	-	-
Cuba	0,1	3	-	0	1	237	1 302	1	1	1	-
Dominica	-	-	-	0	3	0	0	-	-	-	-
Ecuador	0,3	20	-	0	27	45	74	9	4	8	-
El Salvador	0,7	28	-	0	9	12	412	0	0	0	-
Granada	-	-	-	0	1	0	12	-	-	-	-
Guatemala	1,1	74	-	1	12	18	50	1	1	1	242
Guyana	2,5	11	1	4	21	65	0	-	-	-	-
Haiti	5,6	260	19	1	50	260	119	0	0	-	-
Honduras	1,8	59	4	1	12	288	221	0	0	0	-
Jamaica	1,2	21	<0,5	0	1	56	75	-	0	-	-
México	0,3	160	-	0	5	236	82	6	16	6	10-12
Nicaragua	0,2	6	-	0	8	195	53	0	0	0	-
Panamá	0,9	15	-	0	4	5	11	2	2	-	-
Paraguay	0,5	15	-	0	12	53	14	0	0	0	-
Perú	0,5	80	-	1	22	531	918	1	1	-	60

Cuadro 6. ¿En qué medida es vulnerable el país a riesgos externos, como desastres provocados por el hombre, catástrofes naturales y enfermedades?

	Incidencia de enfermedades					Catástrofes naturales		Desastres provocados por el hombre			
	Proporción de adultos (15-49) con VIH (%)	Número de adultos (15-49) con VIH (en miles)	Número de niños (0-14) con VIH (en miles)	Tasa de muertes por paludismo (por cada 100 000)	Tasa de muertes por tuberculosis (por cada 100 000)	Total de personas afectadas en catástrofes naturales (media anual, en miles)		Población de interés para el ACNUR, por países de asilo (en miles)		Población de refugiados (en miles)	Cifra estimada de personas desplazadas en el interior (en miles)
	2003	2003	2003	2000	2003	1990-1999	2000-2004	2003	promedio 1999-2003	2004	2000-2005*
República Dominicana	1,7	85	2	0	15	103	23	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	0	2	1	0	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	0	4	0	0	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	0	2	0	0	-	-	-	-
Suriname	1,7	5	<0,2	1	12	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	3,2	28	1	0	1	0	0	-	-	-	-
Uruguay	-	6	-	0	3	2	3	0	0	-	-
Venezuela	0,7	100	-	0	5	65	17	29	16	0	-

Definiciones de los indicadores:

Tasa de prevalencia del VIH: proporción de población infectada por el VIH, expresada en % (estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]; el intervalo de confianza puede ser muy amplio).

Tasa de muertes por paludismo/tuberculosis: proporción de personas de todos los grupos de edad que murieron a causa del paludismo/tuberculosis en un determinado año.

Población afectada en catástrofes naturales: personas heridas o sin hogar que necesitan ayuda inmediata durante un período de emergencia debido a una catástrofe natural (sequía, terremoto, epidemia, temperaturas extremas, hambruna, inundación, plaga de insectos, corrimiento de tierras, erupción volcánica, ola gigante o marea de tormenta, incendio, tempesta).

Población que preocupa al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR): refugiados, repatriados, solicitantes de asilo y otras personas objeto de preocupación (determinadas personas desplazadas en el interior, grupos de víctimas de guerras, etc.).

Personas desplazadas en el interior: personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o a abandonar sus hogares y que no han atravesado ninguna frontera estatal internacionalmente reconocida.

Fuentes principales:

Prevalencia del VIH: División de Estadística de las Naciones Unidas, Base de Datos de Indicadores del Milenio (<http://millenniumindicators.un.org>).

Número de personas con VIH: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004.

Paludismo y tuberculosis: OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2004.

Personas afectadas en catástrofes: CRED (Centro de Investigaciones sobre la Epidemiología de las Catástrofes), base de datos EM-DAT sobre situaciones de emergencia por catástrofes (<http://www.em-dat.net>).

Población de interés para el ACNUR: ACNUR, Anuario Estadístico, 2003.

Población de refugiados: ACNUR, tendencias de refugiados 1° de ene. - 30 de sept., 2004.

Personas desplazadas en el interior: Observatorio de Desplazamiento Interno (IDMC), estadísticas mundiales (www.idpproject.org).

B. Compendio de datos

Cuadro 7. ¿Contribuye la falta de aprendizaje al hambre en el país?

	Realizaciones globales		Insumos		Participación				Efectos		
	Puesto en el Índice de Desarrollo de la EPT	Puesto en el Índice de la EPT relativo al género	Nº de alumnos por docente	Porcentaje de docentes sin capacitación (%)	Tasa neta de falta de matriculación en la escuela primaria (%)		Niños no escolarizados (en miles)	Proporción niñas/niños en las escuelas primarias	Esperanza de vida escolar (años)	Tasa de analfabetismo de adultos (%)	Proporción de mujeres analfabetas (%)
	2001	2001	2001	2001	1990	2001	2001	2001	2001	2000-2004	2000-2004
África subsahariana											
Angola	-	-	35	-	42,0 ^a	38,7	-	0,86	4,4 ^{x,y}	-	-
Benin	116	125	53	-	55,2 ^a	28,7 ^x	308 ^{x,y}	0,70	7,1 ^{x,y}	60,2	64
Botswana	83	58	27	11	15,1	19,1	61	1,00	11,6 ^x	21,1	45
Burkina Faso	127	122	47	-	73,8	65,0 ^a	1 383 ^a	0,71	3,4 ^x	87,2	56
Burundi	117	109	49	-	46,8 ^a	46,6 ^x	537 ^x	0,79	5,2 ^x	49,6	60
Cabo Verde	73	88	29	33	6,2 ^a	0,6	0	0,96	11,6 ^x	24,3	72
Camerún	-	-	61	-	26,4 ^a	-	-	0,86	9,3 ^x	32,1	64
Chad	124	126	71	-	63,5 ^a	41,7 ^x	578 ^x	0,63	5,3 ^{x,y}	54,2	59
Comoras	109	102	39	-	43,3 ^a	45,3 ^x	-	0,82	6,9 ^{x,y}	43,8	58
Congo, República del	-	-	56	-	20,7 ^a	-	-	0,93	7,7 ^x	17,2	68
Congo, República Democrática del	-	-	-	-	45,5	65,4	-	0,90	-	-	-
Côte d'Ivoire	114	120	44	-	54,4	37,4	958	0,74	-	-	-
Djibouti	112	114	34	-	68,7	66,0 ^x	73 ^x	0,76	3,9 ^x	-	-
Eritrea	113	113	44	27	83,9 ^a	57,5	314	0,81	5 ^x	-	-
Etiopía	122	116	57	31	76,7 ^a	53,8	6 076	0,71	5,2 ^x	58,5	57
Gabón	-	-	49	-	14,0 ^a	21,7 ^x	45 ^{x,z}	0,99	-	-	-
Gambia	111	105	38	-	52,0 ^a	27,1 ^x	55 ^x	0,92	-	-	-
Ghana	103	98	32	35	47,6 ^a	39,8	1 265	0,91	7,5 ^x	26,2	66
Guinea	-	-	47	-	74,5 ^a	38,5	498	0,75	-	-	-
Guinea Ecuatorial	106	107	43	-	9,5 ^a	15,4	10	0,91	9 ^{x,y}	-	-
Guinea-Bissau	125	124	44	65	62,0 ^a	54,8	118 ^y	0,67	5,5 ^{x,y}	-	-
Kenya	-	-	32	2	25,7 ^a	30,1 ^x	1 826 ^a	0,98	8,5 ^x	15,7	69
Lesotho	93	97	47	25	27,0	15,6	52	1,02	10,7	18,6	32
Liberia	120	117	38	-	-	30,1	142 ^y	0,73	10,3 ^y	44,1	69
Madagascar	-	-	48	-	35,2 ^a	31,4	726	0,96	-	-	-
Malawi	108	103	63	49	50,2	19,0 ^a	371 ^x	0,96	-	38,2	69
Malí	-	-	56	-	79,6	61,7 ^x	-	0,75	-	81	56
Mauricio	53	60	25	0	5,1	6,8	9	1,00	12,4 ^x	15,7	63
Mauritania	118	104	39	-	64,7 ^a	33,3 ^x	145 ^x	0,96	6,9 ^x	58,8	60
Mozambique	121	118	66	40	55,3	40,3	1 042	0,79	5,4 ^{x,y}	53,5	68
Namibia	78	65	32	63	16,8 ^a	21,8	82	1,01	11,7 ^x	16,7	54
Niger	126	123	41	27	76,0	65,8	1 250	0,68	2,9 ^x	82,9	55
Nigeria	-	-	40	-	40,1 ^a	-	-	0,80	-	33,2	61
República Centroafricana	-	-	74	-	46,5	-	-	0,67	-	51,4	67
Rwanda	104	87	59	19	32,6	16,0	210	0,99	8,2 ^x	30,8	64
Santo Tomé y Príncipe	-	-	33	-	-	2,9	1 ^x	0,94	9,6 ^x	-	-
Senegal	119	112	49	10	52,9 ^a	42,1	669	0,91	-	60,7	59
Seychelles	22	31	14	22	-	0,9	0	0,99	13,7 ^x	8	-
Sierra Leona	-	-	37	21	59,0 ^a	-	-	0,70	6,8 ^{x,z}	-	-
Somalia	-	-	-	-	91,8 ^a	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	87	64	37	32	12,1 ^a	10,5	738	0,96	12,9 ^x	14	54
Sudán	-	-	-	-	56,7 ^a	54,2 ^a	-	0,85	-	40,1	64
Swazilandia	89	35	32	-	22,8	23,3	49	0,95	9,8 ^x	19,1	57
Tanzanía, República Unida de	-	-	46	-	50,4	45,6	3 184	0,98	-	22,9	68
Togo	99	121	35	20	24,8	8,2	64	0,82	10,4 ^{x,y}	40,4	69
Uganda	-	-	54	-	47,3 ^a	-	-	0,96	11,5 ^x	31,1	67
Zambia	94	96	45	0	20,9 ^a	34,0 ^a	702 ^x	0,94	6,9 ^{x,z}	20,1	66
Zimbabwe	84	81	38	5	14,3 ^a	17,3	443	0,97	9,8 ^x	10	69

Cuadro 7. ¿Contribuye la falta de aprendizaje al hambre en el país?

	Realizaciones globales		Insumos		Participación					Efectos	
	Puesto en el Índice de Desarrollo de la EPT	Puesto en el Índice de la EPT relativo al género	Nº de alumnos por docente	Porcentaje de docentes sin capacitación (%)	Tasa neta de falta de matriculación en la escuela primaria (%)		Niños no escolarizados (en miles)	Proporción niñas/niños en las escuelas primarias	Esperanza de vida escolar (años)	Tasa de analfabetismo de adultos (%)	Proporción de mujeres analfabetas (%)
	2001	2001	2001	2001	1990	2001	2001	2001	2001	2000-2004	2000-2004
Asia y Oceanía											
Afganistán	-	-	43	-	73,5 ^x	-	-	0,08	-	-	-
Bangladesh	107	100	55	34	28,8	13,4	2 425	1,02	8,4	58,9	57
Bhután	-	-	40	8	86,1 ^x	-	-	-7,5 ^x	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	14	-	10,3 ^x	-	-	0,99	13,2 ^x	6,1	68
Camboya	96	111	56	4	33,4 ^x	13,8 ^x	306 ^x	0,89	9 ^x	30,6	70
Corea, República de	-	-	32	-	0,3	0,1	5	1,00	15,7 ^x	-	-
Corea, Rep. Popular. Dem. de	-	-	-	-	-	-	-	--	-	-	-
China	54	92	20	3	2,6	5,4 ^x	5 820 ^x	1,00	10,4 ^x	9,1	73
Fiji	41	44	28	-	0,4 ^x	0,2	0 ^x	1,00	-	7,1	60
Filipinas	70	46	35	-	3,5 ^x	7,0	803	0,99	12 ^x	7,4	50
Hong Kong, China (RAE)	-	-	-	-	-	2,4 ^x	-	1,00	-	-	-
India	105	110	40	-	-	17,2 ^x	20 549	0,85	9 ^x	38,7	-
Indonesia	65	61	21	-	3,3	7,9	2 049	0,98	10,9	12,1	69
Islas Marshall	-	-	17	-	-	4,2 ^x	-	0,83	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	16,8 ^x	-	-	--	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	1,02	-	-	-
Laos	-	-	30	24	37,4 ^x	17,2	128	0,86	8,5 ^x	33,6	67
Malasia	-	-	20	-	6,3 ^x	4,8	154	1,00	12,3 ^{x,z}	11,3	64
Maldivas	20	37	23	33	13,3 ^x	3,8	2	0,99	12,3 ^x	2,8	50
Micronesia	-	-	-	-	-	-	-	--	-	-	-
Mongolia	62	77	32	-	9,9 ^x	13,4	33	1,03	10,3 ^x	2,2	56
Myanmar	91	67	33	-	2,2	18,1	968	1,00	7,4 ^{x,z}	14,7	64
Nauru	-	-	-	-	-	19,0 ^x	-	1,04	-	-	-
Nepal	110	115	40	-	18,8	29,5	918 ^{x,z}	0,87	9,6 ^x	56	65
Pakistán	123	119	44	-	65,3 ^x	40,9 ^x	8 145 ^{x,z}	0,74	-	58,5	60
Palau	-	-	18	-	-	3,4 ^x	0 ^{x,z}	0,93	-	-	-
Papua Nueva Guinea	101	100	36	0	34,0 ^x	27,0 ^x	193 ^x	0,90	-	-	-
Samoa	55	59	25	-	-	5,1	1	0,98	11,8 ^x	1,3	58
Singapur	-	-	-	-	3,6 ^x	-	-	-	-	7,5	77
Sri Lanka	-	-	-	-	10,1 ^x	0,2	2	0,97	-	7,9	64
Tailandia	60	63	19	-	24,1 ^x	13,7 ^x	873 ^x	0,96	12,5 ^{x,z}	7,4	66
Timor-Leste	-	-	51	-	-	-	-	-11,4 ^x	-	-	-
Tonga	45	62	21	0	8,2	0,3	0	0,98	13,4 ^x	1	48
Tuvalu	-	-	26	-	-	-	-	0,96	-	-	-
Vanuatu	-	-	29	0	29,4 ^x	6,8	2	0,99	9,4 ^x	-	-
Viet Nam	64	82	26	13	9,5 ^x	6,0 ^x	544 ^x	0,93	10,5 ^x	9,7	69
Europa oriental y CEI											
Albania	33	13	22	-	4,9 ^x	2,8	7 ^x	1,00	11,3 ^{x,z}	1,3	67
Armenia	47	40	19	-	-	-	23	0,98	10,8 ^x	0,6	73
Azerbaiyán	56	39	16	0	-	20,2	146	0,98	10,5	-	-
Belarús	25	30	17	2	13,8 ^x	5,8	27 ^x	0,98	14	0,3	67
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	--	5	85	-
Chipre	19	25	-	-	13,1	4,1	3	1,00	13	-	-
Georgia	40	36	14	23	2,9 ^x	9,3	26	1,00	11,1 ^x	-	-
Kirguistán	46	24	24	51	7,7 ^x	10,0	45	0,97	12,7	-	-
Tayikistán	31	83	22	18	23,3 ^x	2,8	16	0,95	10,7 ^x	0,5	68
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	--	1	73	-

B. Compendio de datos

Cuadro 7. ¿Contribuye la falta de aprendizaje al hambre en el país?

	Realizaciones globales		Insumos		Tasa neta de falta de matriculación en la escuela primaria (%)		Participación			Efectos	
	Puesto en el Índice de Desarrollo de la EPT	Puesto en el Índice de la EPT relativo al género	Nº de alumnos por docente	Porcentaje de docentes sin capacitación (%)	1990	2001	Niños no escolarizados (en miles)	Proporción niñas/niños en las escuelas primarias	Esperanza de vida escolar (años)	Tasa de analfabetismo de adultos (%)	Proporción de mujeres analfabetas (%)
	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2000-2004	2000-2004
Turquía	-	-	-	-	10,5	12,1 ^x	1 049 ^s	0,92	10,7 ^x	13,5	79
Uzbekistán	-	-	-	-	21,8 ^s	-	-	0,99	11,4 ^x	0,7	74

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita	92	89	12	-	41,3	41,1	1 415	0,97	9,6 ^x	22,1	61
Argelia	82	94	28	3	6,8	4,9	213	0,93	-	31,1	65
Bahrein	52	73	16	-	1,0	9,0 ^s	7 ^s	0,99	-	11,5	55
Egipto	90	99	23	-	16,3 ^s	9,7 ^s	786 ^s	0,94	-	44,4	64
Emiratos Árabes Unidos	79	70	15	-	0,9	19,2	59	0,96	-	22,7	25
Irán	-	-	24	4	7,7 ^s	13,5	1 097	0,96	11,5 ^x	-	64
Iraq	-	-	21	0	-	9,5	349 ^v	0,82	9 ^{s,y}	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	-	-	8	-	3,9 ^s	-	-	1,00	16,5 ^x	18,3	77
Jordania	51	56	20	-	5,9	8,7	68	1,00	12,6 ^x	9,1	74
Kuwait	67	50	14	-	51,0 ^s	15,4	24	0,99	-	17,1	42
Líbano	68	86	17	85	22,2 ^s	10,2 ^s	45 ^s	0,96	13,1 ^x	-	-
Marruecos	97	108	28	-	43,2	11,6	437	0,89	9,1 ^{x,z}	49,3	63
Omán	85	84	23	0	30,7	25,5	97	0,98	10,4 ^x	25,6	55
Qatar	69	54	12	-	10,6	5,5	3	0,96	12,9 ^x	15,8	35
Siria	71	93	24	4	7,7	2,5	65	0,93	-	17,1	74
Territorio Palestino ocupado	-	-	-	-	-	4,9	19	1,01	12,7	-	-
Túnez	75	90	22	-	6,1	3,1	37	0,96	13,4 ^{x,z}	26,8	69
Yemen	115	127	-	-	48,3 ^s	32,9	1 096 ^{x,z}	0,66	8,2 ^{s,y}	51	70

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda	-	-	19	53	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	23	26	20	-	6,2 ^s	-	8	1,00	16,3	3	52
Bahamas	-	-	17	5	10,4 ^s	13,6 ^s	5 ^s	1,01	-	-	-
Barbados	8	1	16	23	19,9 ^s	0,2	0	1,00	14,2 ^{x,z}	0,3	51
Belize	77	48	23	59	6,0 ^s	3,8 ^s	2 ^{x,z}	0,97	-	23,1	49
Bolivia	76	74	25	-	9,2	5,8	76	0,99	14,3 ^x	13,3	74
Brasil	72	66	23	-	14,4	3,5	461	0,94	14,9	11,8	51
Chile	38	14	32	8	12,3	11,2	196 ^s	0,98	13,3 ^{x,z}	4,3	52
Colombia	86	45	26	-	31,9 ^s	13,3	621	0,99	10,7 ^x	7,9	51
Costa Rica	44	7	24	11	12,7	9,4	48	1,00	11 ^x	4,2	48
Cuba	30	23	14	0	8,3	4,3	42	0,96	12,8 ^x	3,1	52
Dominica	-	-	19	40	-	8,6 ^s	-	0,96	-	-	-
Ecuador	61	12	25	31	2,2 ^s	0,5	9	1,00	-	9	57
El Salvador	88	52	26	-	27,2 ^s	11,1	96	0,96	11 ^x	20,3	58
Granada	-	-	22	30	-	15,8 ^s	-	0,95	-	-	-
Guatemala	98	91	30	0	36,0 ^s	15,0	288	0,92	-	30,1	62
Guyana	-	-	26	49	11,1	1,6	2 ^v	0,98	-	-	-
Haití	-	-	-	-	77,9	-	-	-	-	48,1	54
Honduras	-	-	34	-	10,1 ^x	12,6 ^s	132 ^s	1,02	-	20	49
Jamaica	59	57	34	-	4,3	4,8	16	0,99	11,8 ^x	12,4	36
México	48	53	27	-	1,2 ^s	0,6	85	0,99	12,3	9,5	62
Nicaragua	95	71	37	27	27,8	18,1	150	1,01	-	23,3	51
Panamá	49	47	24	24	8,5	1,0	4	0,97	12,2 ^{s,y}	7,7	54
Paraguay	74	41	-	-	7,2	8,5	74 ^s	0,96	11,7 ^x	8,4	59
Perú	66	75	29	-	12,2 ^s	0,1	4	1,00	14 ^x	15	69

Cuadro 7. ¿Contribuye la falta de aprendizaje al hambre en el país?

	Realizaciones globales		Insumos		Participación					Efectos	
	Puesto en el Índice de Desarrollo de la EPT	Puesto en el Índice de la EPT relativo al género	Nº de alumnos por docente	Porcentaje de docentes sin capacitación (%)	Tasa neta de falta de matriculación en la escuela primaria (%)		Niños no escolarizados (en miles)	Proporción niñas/niños en las escuelas primarias	Esperanza de vida escolar (años)	Tasa de analfabetismo de adultos (%)	Proporción de mujeres analfabetas (%)
	2001	2001	2001	2001	1990	2001	2001	2001	2001	2000-2004	2000-2004
República Dominicana	81	79	39	42	41,8 ^z	2,9	32	1,01	-	15,6	49
Saint Kitts y Nevis	-	-	17	46	-	-	-	1,09	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	17	-	-	8,1 ^x	1 ^x	0,96	-	-	-
Santa Lucía	-	-	24	22	4,9 ^z	0,8	0 ^z	1,01	12,5 ^x	-	-
Suriname	-	-	20	0	21,6 ^z	2,7	1 ^x	0,98	12,5 ^x	-	-
Trinidad y Tabago	28	51	19	22	9,1	13,2 ^x	9 ^z	0,99	12,1 ^x	1,5	69
Uruguay	57	69	21	-	8,1 ^x	10,5	35	0,98	14,6	2,3	43
Venezuela	50	72	-	-	11,9	7,6	253	0,98	11,2 ^x	6,9	53

Definiciones de los indicadores:

Índice de Desarrollo de la Educación para Todos (IDE): índice compuesto con el que se miden las realizaciones globales en el camino hacia la Educación para Todos. $IDE = (IEG + TNE + \text{tasa de alfabetización de adultos} + \text{tasa de supervivencia en 5º grado}) / 4$.

Índice de la EPT relativo al género (IEG): índice compuesto que mide la consecución relativa en cuanto a la paridad entre los sexos en la educación. Es el promedio de los valores del índice de paridad entre los sexos (IPS) registrados en las tasas brutas de escolarización de ambos sexos en la educación primaria y secundaria y en la tasa de alfabetización de adultos.

Número de alumnos por profesor: número medio de alumnos por profesor en la educación primaria, según los recuentos.

Profesores sin capacitación: profesores que no han recibido la formación mínima para el profesorado estructurada que se exige normalmente para enseñar en la educación primaria.

Tasa neta de escolarización (TNE): escolarización del grupo de edad oficial de un determinado curso educativo, expresada como porcentaje de la población perteneciente a ese grupo de edad.

Niños no escolarizados: niños pertenecientes al grupo de edad escolar oficial que no están matriculados.

Esperanza de vida escolar: número de años que previsiblemente un niño que inicia la edad escolar estará en la escuela o la universidad, incluidos los cursos repetidos.

Tasa de analfabetismo de adultos: número de personas analfabetas de 15 años y más, expresada como porcentaje del total de población perteneciente a ese grupo de edad.

Proporción de mujeres analfabetas: porcentaje de mujeres dentro del total de adultos analfabetos.

Notas:

x: Estimación del UIS (Instituto de Estadística de la UNESCO).

y: Datos correspondientes a 1999/2000.

z: Datos correspondientes a 2000/2001.

t: Estimación nacional.

Fuentes principales:

Todos los datos: UNESCO, Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo, 2003/2004 y 2005.

Sección III: ¿Está el país haciendo todo lo posible para combatir el hambre?

Cuadro 8. ¿Se proporciona un nivel suficiente de servicios básicos nutricionales, educativos y sanitarios?

	Gasto público, en porcentaje del PIB, en el sector:			Proporción de la población que tiene acceso a:			Proporción de vacunas del PAI rutinarias financiadas por el Gobierno (%)	Registro de nacimientos (proporción de los nacimientos) 1999-2003*	Prevalencia del trabajo infantil (grupo de edad 5-14) 1999-2003*
	sanitario	educativo	militar ^c	instalaciones de saneamiento mejoradas	suministro de agua potable mejorado	medicamentos esenciales asequibles			
				2002	2000-02*	2003	2002	2002	1999
África subsahariana									
Angola	2,1	2,8 ^g	4,7	30	50	0-49	10	29	22
Benin	2,1	3,3 ^g	-	32	68	50-79	0	62	26 ^y
Botswana	3,7	2,2	4,1	41	95	80-94	100	58	-
Burkina Faso	2,0	-	1,3	12	51	50-79	100	-	57 ^y
Burundi	0,6	3,9	5,9	36	79	0-49	6	75	24
Cabo Verde	3,8	7,9	0,7	42	80	80-94	80	-	-
Camerún	1,2	3,8	1,5	48	63	50-79	100	79	51
Chad	2,7	-	1,5	8	34	0-49	75	25	57
Comoras	1,7	3,9	-	23	94	80-94	0	83	27
Congo, República del	1,5	3,2 ^g	1,4	9	46	50-79	0	-	-
Congo, República Democrática del	1,2	-	-	29	46	-	0	34	28 ^y
Côte d'Ivoire	1,4	4,6 ^g	1,5	40	84	80-94	58	72	35
Djibouti	3,3	-	-	50	80	80-94	85	-	-
Eritrea	3,2	4,1	19,4	9	57	50-79	0	-	-
Etiopía	2,6	4,6 ^g	4,3	6	22	50-79	18	-	43 ^y
Gabón	1,8	3,9 ^g	-	36	87	0-49	100	89	-
Gambia	3,3	2,8	0,5	53	82	80-94	63	32	22
Ghana	2,3	-	0,7	58	79	0-49	28	21	57 ^y
Guinea	0,9	1,8 ^g	-	13	51	80-94	20	67	-
Guinea Ecuatorial	1,3	0,6	-	53	44	0-49	0	32	27
Guinea-Bissau	3,0	-	-	34	59	0-49	0	42	54
Kenya	2,2	7,0	1,7	48	62	0-49	36	63	25
Lesotho	5,3	10,4 ^g	2,6	37	76	80-94	10	51	17
Liberia	-	-	-	26	62	80-94	0	-	-
Madagascar	1,2	2,9 ^g	-	33	45	50-79	12	75	30
Malawi	4,0	6,0	-	46	67	0-49	0	-	17
Malí	2,3	-	1,9	45	48	50-79	100	48	30
Mauricio	2,2	4,7	0,2	99	100	95-100	100	-	-
Mauritania	2,9	-	1,6	42	56	50-79	100	55	10 ^y
Mozambique	4,1	-	1,3	27	42	50-79	21	-	-
Namibia	4,7	7,2	2,8	30	80	80-94	100	71	-
Níger	2,0	2,3 ^g	-	12	46	50-79	100	46	65
Nigeria	1,2	-	1,2	38	60	0-49	100	68	39 ^y
República Centroafricana	1,6	-	1,3	27	75	50-79	0	73	56
Rwanda	3,1	2,8 ^g	2,8	41	73	0-49	50	65	31
Santo Tomé y Príncipe	9,7	-	-	24	79	0-49	-	70	14
Senegal	2,3	3,6	1,5	52	72	50-79	100	62	33
Seychelles	3,9	5,2	1,7	-	87	80-94	100	-	-
Sierra Leona	1,7	3,7	1,7	39	57	0-49	20	46	57
Somalia	-	-	-	25	29	-	0	-	32
Sudáfrica	3,5	5,3 ^g	1,6	67	87	80-94	100	-	-
Sudán	1,0	-	2,4	34	69	0-49	0	64	13
Swazilandia	3,6	7,1	-	52	52	95-100	100	53	8
Tanzanía, República Unida de	2,7	-	2,1	46	73	50-79	30	6	32
Togo	1,1	2,6	1,6	34	51	50-79	0	82	60
Uganda	2,1	-	2,3	41	56	50-79	7	4	34
Zambia	3,1	2,0 ^g	-	45	55	50-79	5	10	11
Zimbabwe	4,4	4,7 ^g	2,1	57	83	50-79	0	40	26 ^y

Cuadro 8. ¿Se proporciona un nivel suficiente de servicios básicos nutricionales, educativos y sanitarios?

	Gasto público, en porcentaje del PIB, en el sector:			Proporción de la población que tiene acceso a:			Proporción de vacunas del PAI rutinarias financiadas por el Gobierno (%)	Registro de nacimientos (proporción de los nacimientos)	Prevalencia del trabajo infantil (grupo de edad 5-14)
	sanitario	educativo	militar ^c	instalaciones de saneamiento mejoradas	suministro de agua potable mejorado	medicamentos esenciales asequibles			
	2002	2000-02*	2003	2002	2002	1999	2003	1999-2003*	1999-2003*
Asia y Oceanía									
Afganistán	-	-	-	8	13	-	0	10	8
Bangladesh	0,8	2,4	1,2	48	75	50-79	100	7	8 ^y
Bhután	4,1	5,2	-	70	62	80-94	0	-	-
Brunei Darussalam	2,7	9,1	-	-	-	95-100	100	-	-
Camboya	2,1	1,8	2,5	16	34	0-49	7	22	-
Corea, República de	2,6	4,2	2,5	-	92	95-100	100	-	-
Corea, Rep. Popular Dem. de	-	-	-	59	100	-	80	99	-
China	2,0	-	2,3	44	77	80-94	100	-	-
Fiji	2,7	5,6 ^g	1,6	98	-	95-100	100	-	-
Filipinas	1,1	3,1	0,9	73	85	50-79	3	83	11
Hong Kong, China (RAE)	-	4,4	-	-	-	-	-	-	-
India	1,3	4,1	2,1	30	86	0-49	100	35	14
Indonesia	1,2	1,2	1,5	52	78	80-94	90	62	4 ^y
Islas Marshall	-	-	-	82	85	-	-	-	-
Islas Salomón	4,5	3,4 ^g	-	31	70	80-94	-	-	-
Kiribati	-	-	-	39	64	-	-	-	-
Laos	1,5	2,8 ^g	-	24	43	50-79	0	59	24
Malasia	2,0	8,1	2,8	-	95	50-79	100	-	-
Maldivas	5,1	-	-	58	84	50-79	98	73	-
Micronesia	-	-	-	28	94	-	6	-	-
Mongolia	4,6	9,0	-	59	62	50-79	22	98	30
Myanmar	0,4	-	-	73	80	50-79	0	39	-
Nauru	-	-	-	97	82	-	100	-	-
Nepal	1,4	3,4	1,6	27	84	0-49	65	34	-
Pakistán	1,1	1,8 ^g	4,4	54	90	50-79	100	-	-
Palau	-	-	-	83	84	-	5	-	-
Papua Nueva Guinea	3,8	2,3 ^g	0,6	45	39	80-94	80	-	-
Samoa	-	4,8	-	100	88	95-100	100	-	-
Singapur	1,3	-	5,2	-	-	95-100	100	-	-
Sri Lanka	1,8	-	2,7	91	78	95-100	100	-	-
Tailandia	3,1	5,2	1,3	99	85	95-100	100	-	-
Timor-Leste	6,2	-	-	33	52	-	0	22	-
Tonga	5,1	4,9 ^g	-	97	100	-	100	-	-
Tuvalu	-	-	-	88	93	-	100	-	-
Vanuatu	2,8	11,0 ^g	-	-	60	-	100	-	-
Viet Nam	1,5	-	-	41	73	80-94	55	72	23
Europa oriental y CEI									
Albania	2,4	-	1,2	89	97	50-79	40	99	23
Armenia	1,3	3,2 ^g	2,7	84	92	0-49	65	-	-
Azerbaiyán	0,8	3,2	1,9	55	77	50-79	51	97	8
Belarús	4,7	6,0 ^g	1,3	-	100	50-79	100	-	-
Bosnia y Herzegovina	4,6	-	2,9	93	98	80-94	70	98	11
Chipre	2,9	6,3	1,5	100	100	95-100	25	-	-
Georgia	1,0	2,2	1,1	83	76	0-49	19	95	-
Kirguistán	2,2	3,1 ^g	2,9	60	76	50-79	40	-	-
Tayikistán	0,9	2,8	2,2	53	58	0-49	0	75	18
Turkmenistán	3,0	-	-	62	71	50-79	82	-	-

B. Compendio de datos

Cuadro 8. ¿Se proporciona un nivel suficiente de servicios básicos nutricionales, educativos y sanitarios?

	Gasto público, en porcentaje del PIB, en el sector:			Proporción de la población que tiene acceso a:			Proporción de vacunas del PAI rutinarias financiadas por el Gobierno (%)	Registro de nacimientos (proporción de los nacimientos)	Prevalencia del trabajo infantil (grupo de edad 5-14)
	sanitario	educativo	militar ^c	instalaciones de saneamiento mejoradas	suministro de agua potable mejorado	medicamentos esenciales asequibles			
				2002	2002	1999			
Turquía	4,3	3,7	4,9	83	93	95-100	100	-	-
Uzbekistán	2,5	-	0,5	57	89	50-79	77	100	15
Oriente Medio y África del Norte									
Argelia	3,2	-	3,3	92	87	95-100	100	-	-
Arabia Saudita	3,3	-	8,7	-	-	95-100	100	-	-
Bahrein	3,2	-	5,1	-	-	95-100	100	-	5
Egipto	1,8	-	2,6	68	98	80-94	100	-	6
Emiratos Árabes Unidos	2,3	1,6 ^a	3,1	100	-	95-100	100	-	-
Irán	2,9	4,9	3,8	84	93	80-94	100	-	-
Iraq	-	-	-	80	81	-	100	98	8
Jamahiriya Árabe Libia	1,6	-	2,0	97	72	95-100	-	-	-
Jordania	4,3	-	8,9	93	91	95-100	100	-	-
Kuwait	2,9	-	9,0	-	-	95-100	100	-	-
Líbano	3,5	2,7	4,3	98	100	80-94	100	-	6
Marruecos	1,5	6,5	4,2	61	80	50-79	100	-	-
Omán	2,8	4,6 ^a	12,2	89	79	80-94	100	-	-
Qatar	2,4	-	-	100	100	95-100	100	-	-
Siria	2,3	-	7,1	77	79	80-94	100	-	8 ^y
Territorio Palestino ocupado	-	-	-	76	94	-	-	100	-
Túnez	2,9	6,4	1,6	80	82	50-79	100	-	-
Yemen	1,0	9,5 ^a	7,1	30	69	50-79	100	-	-
América Latina y el Caribe									
Antigua y Barbuda	3,3	3,8	-	95	91	50-79	100	-	-
Argentina	4,5	4,0	1,2	-	NA	50-79	100	-	-
Bahamas	3,4	-	-	100	97	80-94	-	-	-
Barbados	4,7	7,6	-	99	100	95-100	94	-	-
Belice	2,5	5,2	-	47	91	80-94	100	-	-
Bolivia	4,2	6,3	1,7	45	85	50-79	40	82	21
Brasil	3,6	4,2	1,6	75	89	0-49	100	76	7 ^y
Chile	2,6	4,2	3,5	92	95	80-94	100	-	-
Colombia	6,7	5,2	4,4	86	92	80-94	100	91	5
Costa Rica	6,1	5,1	0,0	92	97	95-100	0	-	50 ^y
Cuba	6,5	18,7	-	98	91	95-100	99	100	-
Dominica	4,6	-	-	83	97	80-94	70	-	-
Ecuador	1,7	1,0 ^a	2,4	72	86	0-49	100	-	6 ^y
El Salvador	3,6	2,9	0,7	63	82	80-94	100	-	-
Granada	4,0	5,1	-	97	95	95-100	100	-	-
Guatemala	2,3	-	0,5	61	95	50-79	0	-	24 ^y
Guyana	4,3	8,4	-	70	83	0-49	90	97	19
Haití	3,0	-	-	34	71	0-49	30	70	-
Honduras	3,2	-	0,4	68	90	0-49	100	-	-
Jamaica	3,4	6,1	-	80	93	95-100	100	96	-
México	2,7	5,3	0,5	77	91	80-94	100	-	16 ^y
Nicaragua	3,9	3,1	0,9	66	81	0-49	74	-	10 ^y
Panamá	6,4	4,5	-	72	91	80-94	100	-	-
Paraguay	3,2	4,4	0,9	78	83	0-49	100	-	8 ^y
Perú	2,2	3,0	1,3	62	81	50-79	100	-	-

Cuadro 8. ¿Se proporciona un nivel suficiente de servicios básicos nutricionales, educativos y sanitarios?

	Gasto público, en porcentaje del PIB, en el sector:			Proporción de la población que tiene acceso a:			Proporción de vacunas del PAI rutinarias financiadas por el Gobierno (%)	Registro de nacimientos (proporción de los nacimientos)	Prevalencia del trabajo infantil (grupo de edad 5-14)
	sanitario	educativo	militar ^c	instalaciones de saneamiento mejoradas	suministro de agua potable mejorado	medicamentos esenciales asequibles			
	2002	2000-02*	2003	2002	2002	1999	2003	1999-2003*	1999-2003*
República Dominicana	2,2	2,3	-	57	93	50-79	65	75	9
Saint Kitts y Nevis	3,4	7,6	-	96	99	50-79	97	-	-
San Vicente y las Granadinas	3,9	10,0	-	-	-	80-94	100	-	-
Santa Lucía	3,4	7,7 ^a	-	89	98	50-79	100	-	-
Suriname	3,6	-	-	93	92	95-100	100	95	-
Trinidad y Tabago	1,4	4,3 ^a	-	100	91	50-79	100	95	2
Uruguay	2,9	2,6	1,6	94	98	50-79	100	-	-
Venezuela	2,3	-	1,3	68	83	80-94	100	92	7

Definiciones de los indicadores:

Gasto público en el sector sanitario: gastos corrientes y de capital financiados con cargos a los presupuestos públicos (centrales y locales) y mediante empréstitos y subvenciones externos y fondos de seguros médicos.

Gasto público en el sector educativo: tanto gastos de capital como gastos corrientes. Incluye gastos salariales y prestaciones para el personal, servicios, libros y material didáctico, servicios de protección social, mobiliario y equipamiento, etc.

Gasto público en el sector militar: todos los gastos del Ministerio de Defensa y de otros ministerios para reclutar y entrenar personal militar, así como para la construcción y adquisición de suministros y equipos militares. La asistencia militar está incluida en los gastos del país donante.

Acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas: las instalaciones de saneamiento "mejoradas" son: conexión al alcantarillado público, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación.

Acceso a suministro de agua potable mejorado: acceso a un sistema mejorado de abastecimiento de agua, que proporcione 20 litros de agua per cápita al día a una distancia no superior a 1000 metros.

Acceso a medicamentos esenciales asequibles: porcentaje estimado de la población que tiene a su disposición de manera continua y asequible al menos 20 de los medicamentos más esenciales, en centros de salud públicos o privados y a una hora como máximo desde su casa.

Financiación pública de las vacunas del PAI: porcentaje de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) que son administradas rutinariamente en un país para proteger a los niños y que son financiadas por el Gobierno nacional (préstamos incluidos).

Registro de nacimientos: porcentaje de niños menores de 5 años que estaban inscritos en el registro en el momento de la encuesta.

Trabajo infantil: porcentaje de niños de 5 a 14 años dedicados a actividades de trabajo infantil en el momento de la encuesta.

Notas:

*: Los datos se refieren al año más reciente disponible del período especificado en el encabezamiento del cuadro.

y: Los datos se desvían de la definición estándar o sólo se refieren a parte de un país, pero están incluidos en el cálculo de las medias regionales y globales.

c: Por diversas limitaciones de los datos, la comparación de gastos militares en el tiempo y entre países se debe hacer con cautela. Para más información sobre los datos, véase el anuario del SIPRI (Stockholm International Peace Research Institute) de 2004: *Armaments, Disarmament and International Security*. Oxford: Oxford University Press.

g: Los datos se refieren a las estimaciones del Instituto de Estadística de la UNESCO cuando no hay estimaciones nacionales disponibles.

Fuentes principales:

Gasto público: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005.

Acceso a saneamiento y agua: División de Estadística de las Naciones Unidas, Base de Datos de Indicadores del Milenio (<http://millenniumindicators.un.org>).

Acceso a medicamentos: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2003.

Vacunas, registro de nacimientos y trabajo infantil: UNICEF, Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2005.

Sección IV: ¿En qué medida contribuye la comunidad internacional a la lucha contra el hambre?

Cuadro 9. ¿Cuánta ayuda recibe el país, y qué parte de la misma es ayuda alimentaria?

	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) recibida					Entregas globales de ayuda alimentaria en 2004				
	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD/RNB (%)	AOD per cápita (dólares)	AOD en el sector agrario (millones de dólares)	Entregas globales de ayuda alimentaria (en miles de toneladas)	Entregas de ayuda alimentaria per cápita (kilogramos)	Parte correspondiente al PMA (%)	Proporción de cereales (%)	Proporción de compras locales (%)
	2003	1999 - 2003 (media)	2002	2002	2003	2004	2004	2004	2004	2004
África subsahariana										
Angola	499	1 903	4,5	32,1	7,7	120,6	9,2	78	75	0
Benin	294	1 233	8,1	33,0	20,4	16,9	2,6	17	87	11
Botswana	30	188	0,7	22,0	1,7	-	-	-	-	-
Burkina Faso	451	2 051	14,8	40,0	62,5	39,3	3,3	25	87	20
Burundi	224	701	24,2	24,3	3,4	81,5	11,5	84	75	10
Cabo Verde	144	544	14,6	200,4	1,1	31,5	68,5	7	98	0
Camerún	884	2 794	6,6	38,6	33,6	33,2	2,1	32	98	9
Chad	247	981	11,6	27,5	10,6	45,9	5,5	91	88	13
Comoras	24	125	13,1	55,0	2,2	-	-	-	-	-
Congo, República del	70	378	2,6	15,7	0,6	8,3	2,3	51	62	0
Congo, República Democrática del	5 381	7 129	21,3	22,7	9,5	99,5	1,9	81	73	5
Côte d'Ivoire	252	2 291	9,6	64,7	8,9	56,3	3,4	51	71	29
Djibouti	78	360	12,9	112,7	2,7	13,4	19,4	46	86	0
Eritrea	307	1 143	30,8	53,6	5,4	304,3	70,8	52	89	1
Etiopía	1 504	5 263	21,7	19,4	36,7	790,3	11,8	43	92	23
Gabón	-11	129	1,7	54,5	13,9	-	-	-	-	-
Gambia	60	256	15,3	43,6	6,1	13,8	9,9	15	79	15
Ghana	907	3 410	10,8	32,6	73,6	64,7	3,3	16	94	1
Guinea	238	1 159	7,9	32,2	19,8	27,9	3,6	46	63	14
Guinea Ecuatorial	21	95	0,0	42,1	1,5	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	145	397	30,5	41,0	1,5	4,8	3,3	100	88	8
Kenya	483	2 162	3,2	12,6	31,2	212,3	6,8	53	90	50
Lesotho	79	280	8,7	42,9	0,4	45,8	25,8	100	93	70
Liberia	107	360	11,0	15,9	0,9	82,8	25,1	89	88	2
Madagascar	539	1 967	8,6	22,7	59,6	52,6	3,2	36	73	7
Malawi	498	2 172	20,2	35,1	41,3	52,8	4,9	99	88	56
Malí	528	2 062	15,0	41,0	28,0	13,7	1,2	100	95	95
Mauricio	-15	93	0,5	19,8	1,2	-	-	-	-	-
Mauritania	243	1 286	30,6	131,3	15,6	41,7	15,9	26	93	0
Mozambique	1 033	5 701	60,3	111,4	24,5	158,4	8,6	56	93	8
Namibia	146	723	4,5	67,9	27,8	6,0	3,0	81	90	67
Níger	453	1 407	13,8	26,1	17,4	35,4	3,1	34	93	37
Nigeria	318	1 153	0,9	2,4	16,7	10,5	0,1	-	100	0
República Centroafricana	50	370	5,8	15,7	5,1	5,9	1,5	100	73	0
Rwanda	332	1 680	20,5	43,5	6,3	48,5	5,9	77	58	2
Santo Tomé y Príncipe	38	164	56,0	173,4	1,1	3,0	20,2	6	96	1
Senegal	450	2 266	9,2	44,5	46,8	29,0	2,9	29	94	10
Seychelles	9	62	1,2	98,1	1,6	-	-	-	-	-
Sierra Leona	297	1 252	47,0	67,4	0,2	38,0	7,2	65	83	0
Somalia	175	737	0,0	20,8	2,8	44,2	4,7	61	89	0
Sudáfrica	625	2 588	0,5	11,1	55,0	-	-	-	-	-
Sudán	621	1 626	2,5	10,7	4,8	388,8	11,9	89	85	35
Swazilandia	27	121	1,8	20,6	4,1	13,0	11,9	69	78	27
Tanzania, República Unida de	1 669	6 185	13,2	35,0	53,1	125,5	3,6	92	90	12
Togo	45	281	3,8	10,7	5,4	-	-	-	-	-
Uganda	959	3 801	11,2	25,9	45,6	256,7	10,4	77	85	36

Cuadro 9. ¿Cuánta ayuda recibe el país, y qué parte de la misma es ayuda alimentaria?

	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) recibida					Entregas globales de ayuda alimentaria en 2004				
	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD/RNB (%)	AOD per cápita (dólares)	AOD en el sector agrario (millones de dólares)	Entregas globales de ayuda alimentaria (en miles de toneladas)	Entregas de ayuda alimentaria per cápita (kilogramos)	Parte correspondiente al PMA (%)	Proporción de cereales (%)	Proporción de compras locales (%)
	2003	1999 - 2003 (media)	2002	2002	2003	2004	2004	2004	2004	2004
Zambia	560	2 969	18,1	62,6	13,5	115,3	11,3	34	87	37
Zimbabwe	186	973	0,0	15,4	25,5	273,7	21,1	97	90	3

Asia y Oceanía

Afganistán	1 533	3 510	0,0	45,9	9,2	233,9	8,4	78	74	7
Bangladesh	1 393	5 722	1,8	6,7	63,9	315,4	2,3	37	95	9
Bhután	77	331	13,7	86,4	6,9	5,1	6,0	100	76	33
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	508	2 091	12,7	37,0	26,8	32,6	2,5	98	87	1
Corea, República de	0	-55	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Rep. Popular Dem. de	167	830	0,0	11,9	3,3	676,3	30,1	56	92	0
China	1 325	8 401	0,1	1,2	133,6	35,1	0,0	100	100	8
Fiji	51	175	1,9	41,5	5,2	-	-	-	-	-
Filipinas	737	3 131	0,7	6,9	71,9	48,2	0,6	-	100	0
Hong Kong, China (RAE)	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-
India	942	7 106	0,3	1,4	75,8	139,1	0,1	15	70	39
Indonesia	1 743	8 305	0,8	6,2	134,0	168,1	0,8	44	93	0
Islas Marshall	56	313	48,4	1 248,4	3,7	-	-	-	-	-
Islas Salomón	60	253	10,9	59,8	2,8	-	-	-	-	-
Kiribati	18	90	22,9	208,8	4,3	-	-	-	-	-
Laos	299	1 399	16,2	50,3	18,5	25,5	4,6	43	99	1
Malasia	109	412	0,1	3,5	13,5	-	-	-	-	-
Maldivas	18	120	4,6	94,7	0,1	7,5	25,7	-	100	0
Micronesia	115	574	45,6	930,7	6,2	-	-	-	-	-
Mongolia	247	1 107	18,6	85,1	7,6	48,5	19,8	-	100	0
Myanmar	126	561	0,0	2,5	-	18,1	0,4	63	94	99
Nauru	16	46	0,0	1 172,0	0,7	-	-	-	-	-
Nepal	467	1 967	6,7	15,1	57,4	60,5	2,5	75	87	65
Pakistán	1 068	6 590	3,6	14,8	9,9	60,5	0,4	95	68	36
Palau	26	159	21,2	1 562,5	3,0	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	221	1 119	7,6	37,8	23,7	-	-	-	-	-
Samoa	33	164	14,3	207,1	3,2	-	-	-	-	-
Singapur	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-
Sri Lanka	672	1 868	2,1	18,1	11,5	39,7	2,1	99	89	1
Tailandia	-966	1 322	0,2	4,8	37,5	-	-	-	-	-
Timor-Leste	151	951	58,3	281,8	10,2	5,3	6,8	88	92	12
Tonga	27	110	16,4	222,7	1,3	-	-	-	-	-
Tuvalu	6	38	0,0	1 171,0	0,9	-	-	-	-	-
Vanuatu	32	175	11,9	131,0	1,9	-	-	-	-	-
Viet Nam	1 769	7 606	3,6	15,9	124,5	57,8	0,7	-	70	0

Europa oriental y CEI

Albania	342	1 728	6,2	98,2	13,7	33,8	10,7	25	74	0
Armenia	247	1 165	12,0	95,6	29,9	11,8	3,8	89	94	18
Azerbaiyán	297	1 187	6,0	42,8	1,9	47,4	5,8	20	80	11
Belarús	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	539	3 519	9,6	137,1	1,7	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Georgia	220	1 247	9,4	60,3	16,3	98,2	19,0	13	88	3
Kirguistán	198	1 071	12,0	37,2	15,4	2,3	0,5	-	30	0
Tayikistán	144	730	14,8	26,9	1,7	83,2	13,3	62	93	1

B. Compendio de datos

Cuadro 9. ¿Cuánta ayuda recibe el país, y qué parte de la misma es ayuda alimentaria?

	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) recibida					Entregas globales de ayuda alimentaria en 2004				
	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD/RNB (%)	AOD per cápita (dólares)	AOD en el sector agrario (millones de dólares)	Entregas globales de ayuda alimentaria (en miles de toneladas)	Entregas de ayuda alimentaria per cápita (kilogramos)	Parte correspondiente al PMA (%)	Proporción de cereales (%)	Proporción de compras locales (%)
	2003	1999 - 2003 (media)	2002	2002	2003	2004	2004	2004	2004	2004
Turkmenistán	27	195	0,9	8,5	0,1	-	-	-	-	-
Turquía	166	1 084	0,2	5,9	11,3	-	-	-	-	-
Uzbekistán	194	878	2,0	7,5	6,5	82,1	3,2	-	88	0
Oriente Medio y África septentrional										
Argelia	232	1 124	0,6	10,5	4,5	50,7	1,6	89	85	0
Arabia Saudita	22	136	0,0	1,2	0,2	-	-	-	-	-
Bahrein	38	179	1,0	100,8	0,2	-	-	-	-	-
Egipto	894	6 300	1,4	18,7	15,8	13,9	0,2	98	87	54
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irán	133	657	0,1	1,8	14,3	3,3	0,1	100	61	10
Iraq	2 265	2 680	0,0	4,8	79,1	10,4	0,4	100	14	0
Jamahiriya Árabe Libia	0	7	0,0	-	0,5	-	-	-	-	-
Jordania	1 234	3 171	5,6	100,6	2,3	126,9	24,5	6	99	2
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	228	1 318	2,5	102,0	36,6	-	-	-	-	-
Marruecos	523	2 626	1,4	16,4	30,2	0,1	0,0	100	66	100
Omán	45	173	0,2	16,1	5,7	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria	160	784	0,4	4,8	5,6	20,6	1,2	50	87	20
Territorio Palestino ocupado	972	4 611	42,9	500,5	-	183,9	56,9	-	92	17
Túnez	306	1 423	1,3	27,1	9,6	-	-	-	-	-
Yemen	243	2 011	6,3	31,4	0,7	191,4	10,3	9	94	2
América Latina y el Caribe										
Antigua y Barbuda	5	48	2,0	174,5	-	-	-	-	-	-
Argentina	109	520	0,1	2,3	24,5	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	20	20	0,1	12,7	-	-	-	-	-	-
Belize	12	117	2,7	88,8	0,5	-	-	-	-	-
Bolivia	930	3 390	9,0	77,3	69,6	100,0	11,3	10	94	1
Brasil	296	1 484	0,1	1,9	76,8	-	-	-	-	-
Chile	76	245	0,0	-0,5	14,7	-	-	-	-	-
Colombia	802	2 113	0,6	10,1	5,1	13,1	0,3	92	42	92
Costa Rica	28	39	0,0	1,3	10,2	-	-	-	-	-
Cuba	70	287	0,0	5,4	6,8	5,0	0,4	84	13	82
Dominica	11	86	12,9	427,4	1,3	-	-	-	-	-
Ecuador	176	861	1,0	16,8	18,6	21,1	1,6	0	100	0
El Salvador	192	1 026	1,7	36,4	36,7	44,4	6,9	9	76	0
Granada	12	60	2,6	97,2	2,1	0,0	0,1	-	0	0
Guatemala	247	1 279	1,1	20,7	13,2	69,1	5,8	16	71	0
Guyana	87	436	9,7	84,2	10,1	23,0	29,9	-	100	0
Haití	200	998	4,7	18,8	25,9	138,4	16,7	20	89	1
Honduras	389	2 771	6,8	64,0	8,3	58,5	8,6	29	76	4
Jamaica	3	70	0,3	9,2	4,9	11,5	4,4	-	52	0
México	103	297	0,0	1,3	25,5	-	-	-	-	-
Nicaragua	833	3 516	13,6	96,9	34,4	67,8	12,7	19	92	4
Panamá	30	112	0,2	7,6	11,2	-	-	-	-	-
Paraguay	51	329	1,0	10,3	23,3	-	-	-	-	-
Perú	500	2 301	0,9	18,5	46,8	89,7	3,4	3	63	1

Cuadro 9. ¿Cuánta ayuda recibe el país, y qué parte de la misma es ayuda alimentaria?

	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) recibida					Entregas globales de ayuda alimentaria en 2004				
	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD neta recibida (millones de dólares)	AOD/RNB (%)	AOD per cápita (dólares)	AOD en el sector agrario (millones de dólares)	Entregas globales de ayuda alimentaria (en miles de toneladas)	Entregas de ayuda alimentaria per cápita (kilogramos)	Parte correspondiente al PMA (%)	Proporción de cereales (%)	Proporción de compras locales (%)
	2003	1999 - 2003 (media)	2002	2002	2003	2004	2004	2004	2004	2004
República Dominicana	69	579	0,7	16,9	17,8	13,0	1,5	1	99	2
Saint Kitts y Nevis	0	48	9,2	569,4	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	6	42	1,4	43,5	2,8	-	-	-	-	-
Santa Lucía	15	101	5,3	209,5	0,5	-	-	-	-	-
Suriname	11	116	1,3	27,0	0,3	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-2	13	-0,1	-5,6	7,7	-	-	-	-	-
Uruguay	17	85	0,1	4,0	4,8	-	-	-	-	-
Venezuela	82	305	0,1	2,3	1,9	-	-	-	-	-

Definiciones de los indicadores:

AOD recibida: entrada total neta de ayuda oficial para el desarrollo procedente de países del CAD, organizaciones multilaterales y países no pertenecientes al CAD.

RNB: renta nacional bruta.

Entregas globales de ayuda alimentaria en 2004: entregas globales de ayuda alimentaria basadas en los envíos realizados durante el año, expresados en miles de toneladas de cereales en equivalente en grano.

Parte correspondiente al PMA: parte de la cantidad (toneladas) de ayuda alimentaria global entregada por el PMA en 2004, expresada en porcentaje.

Proporción de cereales: proporción que representan los cereales dentro de la cantidad total de alimentos distribuidos, en peso y en equivalente en grano, expresada como porcentaje.

Proporción de compras locales: proporción de las entregas de alimentos que se han comprado en el país donde éstos se distribuyen.

Fuentes principales:

AOD recibida: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), anexo estadístico del informe sobre la cooperación para el desarrollo de 2004.

AOD en el sector agrario: OCDE, base de datos de estadísticas del CAD.

Entregas globales de ayuda alimentaria: Sistema internacional de información sobre ayuda alimentaria (INTERFAIS): www.wfp.org/interfais.

Parte correspondiente al PMA de las entregas globales de ayuda alimentaria: PMA, estadísticas, 2004.

PARTE V: Anexos

Abreviaturas y siglas

Glosario

Bibliografía

Alianza Internacional contra el Hambre

Abreviaturas y siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	IPH	Índice de pobreza y hambre
AOD	Asistencia oficial para el desarrollo	MdP	Medida de los progresos
CEI	Comunidad de Estados Independientes	NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i> (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos)
CI	Cociente intelectual	NEPAD	Nueva Alianza para el Desarrollo de África
CMA	Cumbre Mundial sobre la Alimentación	OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil, Chile	ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza	OEM	Operación de emergencia
EPT	Educación para todos	OMS	Organización Mundial de la Salud
FAO	Organización de las Naciones para la Agricultura y la Alimentación	ONG	Organización no gubernamental
FAS	Servicio Exterior de Agricultura del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
FICR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	PAE	Programa de alimentación escolar
FRESH	<i>Focus Resources on Effective School Health</i> (Programa de promoción de la salud en las escuelas)	PAI	Programa Ampliado de Inmunización
GFE	<i>Global Food for Education</i> (Iniciativa Mundial de Alimentos para la Educación)	PBIDA	País de bajos ingresos y con déficit de alimentos
IDH	Índice de desarrollo humano	PDI	Personas desplazadas internamente
IIPA	Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias	PIB	Producto interno bruto
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos	PIDI	Programa Integrado de Desarrollo Infantil (Bolivia)
INTERFAIS	Sistema internacional de información sobre ayuda alimentaria del PMA	PMA	Programa Mundial de Alimentos
		PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
		PPME	Países pobres muy endeudados

Abreviaturas y siglas

SCN	Comité Permanente sobre Nutrición del sistema de las Naciones Unidas
SIDI	Servicios integrados de desarrollo infantil
SIPRI	Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USDA	Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad

Acceso a los alimentos (por parte de los hogares)

Capacidad de un hogar para adquirir con regularidad cantidades suficientes de alimentos mediante una combinación de producción y reservas propias, compras, trueques, regalos, préstamos o ayuda alimentaria.

Bajo peso al nacer

Peso al nacer inferior a 2.500 gramos.

Brecha de pobreza

Indicador que sirve para medir la distancia al umbral de la pobreza (considerando que los no pobres presentan una distancia cero), expresado como porcentaje del umbral de la pobreza.

Cociente intelectual

Valor que se calcula a partir de una serie de tests normalizados que se crearon con el fin de medir las capacidades cognitivas de una persona ("inteligencia") en relación con su grupo de edad. Se expresa como cifra normalizada, de modo que el CI medio en un grupo de edad sea 100; esto es, una puntuación individual de 115 está por encima de la media en comparación con la población de edad similar.

Desnutrición

Forma clínica de hambre que es consecuencia de la carencia de uno o varios nutrientes (proteínas, energía, vitaminas o minerales). Las carencias limitan los procesos normales del organismo de un ser humano, como el crecimiento, el embarazo, la lactancia, el trabajo físico, la función cognitiva, así como la resistencia ante enfermedades y su curación.

Disponibilidad de alimentos

Cantidad de alimentos que está físicamente presente en un país o región gracias a la producción interna de todo tipo, las importaciones comerciales y la ayuda alimentaria.

Edad adulta

A los efectos del presente informe, etapa de la vida que comienza cuando una persona cumple 18 años.

Emaciación

Indicador de la malnutrición aguda que refleja un proceso reciente y severo que ha producido una pérdida de peso sustancial. Normalmente es resultado de la inanición o la enfermedad y está muy relacionada con la mortalidad. Se calcula comparando el peso para la talla de un niño con el de la población de niños bien nutridos y sanos de referencia.

Enfoques de ámbito sectorial

Método para poner en práctica políticas de desarrollo reuniendo a gobiernos, donantes y otras partes interesadas bajo la dirección del Gobierno con el fin de ampliar el diálogo sobre la política; desarrollar una política sectorial única y, de forma concertada, gestionar los gastos y supervisar los mecanismos, la financiación y las adquisiciones.

Esperanza de vida escolar

Número de años que previsiblemente un niño que inicia la edad escolar estará en la escuela o la universidad, incluidos los cursos repetidos, basado en la media del país.

Evaluación común del país

Análisis de la situación de desarrollo de un país. La realizan miembros del sistema de las Naciones Unidas como primer paso del proceso de elaboración del UNDAF, en colaboración con el Gobierno y en consulta con otros asociados en el desarrollo.

Hambre

Situación en la que las personas carecen de los nutrientes (proteínas, energía, vitaminas y minerales) necesarios para llevar una vida plenamente productiva, activa y saludable. El hambre puede ser un fenómeno de corta duración, o constituir un problema crónico a más largo plazo. Puede presentar distintos grados de gravedad, desde leve hasta clínica.

Hambre a corto plazo

Forma transitoria y no clínica que puede afectar a la capacidad física y mental a corto plazo. En el

presente informe, suele aplicarse a los niños que se han saltado el desayuno o han recorrido grandes distancias a pie con el estómago relativamente vacío.

Índice de masa corporal (IMC)

Indicador empleado para valorar el estado nutricional de los adultos y niños mayores. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de la talla medida en metros (peso/talla²).

Inseguridad alimentaria

Situación que se produce cuando la población pasa hambre o es vulnerable a padecerla en algún momento del futuro.

Insuficiencia ponderal

Medida compuesta del peso de una persona para su edad, comparada con la población de referencia. Refleja tanto el hambre crónica como el hambre aguda.

Macronutrientes

Estos nutrientes incluyen los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. Constituyen la parte principal de la dieta y proporcionan toda la energía requerida. A veces también se hace referencia a ellos como elementos "proteinoenergéticos".

Malnutrición

Estado clínico caracterizado ya sea por carencias nutricionales (desnutrición) o por un exceso de determinados nutrientes (hipernutrición).

- **Malnutrición aguda**
Malnutrición proteinoenergética provocada por una falta reciente y severa de consumo de alimentos, o por enfermedad, y que ha provocado una pérdida sustancial de peso o edema nutricional. Hay diferentes grados o etapas de la malnutrición aguda, que con frecuencia se clasifican en: malnutrición grave, malnutrición moderada y malnutrición aguda general.
- **Malnutrición aguda general**
Porcentaje de niños cuyo peso para la talla se

sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (o <- 80% de la mediana) y/o que sufren malnutrición edematosa. A veces se la denomina malnutrición "total".

- **Malnutrición moderada**
Porcentaje de niños cuyo peso para la talla se sitúa por debajo de entre -3 a -2 desviaciones estándar (o 70% a 80% de la mediana).
- **Malnutrición proteico-energética (MPE)**
Estado causado por el consumo insuficiente de macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas).
- **Malnutrición grave**
Porcentaje de niños cuyo peso para la talla se sitúa por debajo de -3 desviaciones estándar (o <-70% de la mediana).

Malnutrición proteinoenergética

Insuficiencia de energía o proteínas para satisfacer la demanda metabólica del organismo, a consecuencia de una ingesta insuficiente de proteínas en el régimen alimentario, de la ingesta de proteína de baja calidad, de una demanda mayor por motivo de enfermedad, o de un incremento de las pérdidas de nutrientes.

Matrícula escolar

Número oficial de alumnos que figuran matriculados en una escuela al comienzo del curso escolar.

Medios de subsistencia

Todas las capacidades, activos (tanto recursos materiales como sociales) y actividades requeridos para subsistir.

Micronutrientes

Estos nutrientes incluyen todas las vitaminas y minerales que, en pequeñas cantidades, son indispensables para la vida y necesarios para una amplia gama de funciones y procesos del organismo.

Niños no escolarizados

Niños en edad escolar oficial que no están matriculados.

**Operación de emergencia
(a los efectos del PMA)**

Mecanismo por el que el PMA, en respuesta a la petición de un gobierno o del Secretario General de las Naciones Unidas, proporciona ayuda alimentaria de emergencia y otro tipo de asistencia conexas con el fin de satisfacer las necesidades alimentarias de las personas afectadas por una catástrofe u otro tipo de situación de emergencia.

Paridad del poder adquisitivo (PPA)

Tipo de cambio que tiene en cuenta las diferencias de precios entre países, permitiendo comparaciones internacionales de la producción y los ingresos reales. Una determinada suma de dinero, cuando se convierte a dólares estadounidenses al tipo PPA, servirá para adquirir la misma cesta de bienes y servicios en todos los países.

Población en edad escolar

Población del grupo de edad que corresponde oficialmente al nivel educativo pertinente, esté matriculada o no en centros escolares.

Primera infancia

A los efectos del presente informe, etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta la edad de cinco años.

Producto interno bruto (PIB)

Suma del valor bruto aportado por todos los productores residentes de un país a su economía, incluidos los sectores de distribución y transporte, sumados los impuestos que gravan los productos y deducidas las subvenciones no incluidas en el valor de los productos.

Retraso del crecimiento

Indicador de la malnutrición crónica, que se calcula comparando la talla para la edad de un niño con la población de niños bien nutridos y sanos de referencia. La prevalencia del retraso del crecimiento refleja la situación nutricional a largo plazo de una población.

Retraso del crecimiento intrauterino

Crecimiento insuficiente del feto durante el embarazo, por lo que éste es demasiado pequeño para su edad gestacional.

Seguridad alimentaria

Situación que se produce cuando toda la población está exenta de padecer hambre en todo momento; es decir, dispone de nutrientes suficientes (proteínas, energía, vitaminas y minerales) para llevar una vida plenamente productiva, activa y saludable.

Subalimentación

Indicador indirecto de la ingesta insuficiente de energía a través del régimen alimentario. Al contrario que la desnutrición, no se trata de un efecto en sí, sino que constituye una estimación de si los alimentos disponibles en un país son suficientes para satisfacer las necesidades de energía (pero no de proteínas, vitaminas y minerales) de los individuos de una población.

Tasa de fecundidad

Número medio de hijos que tiene una mujer de una población determinada a lo largo de su vida.

Tasa de mortalidad de los menores de 5 años

Número de fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos desde el nacimiento hasta la edad de cinco años inclusive.

Tasa de mortalidad infantil

Número de fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos, hasta la edad de un año (no inclusive).

Tasa de mortalidad materna

Número de fallecimientos por razones relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal

Número de fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos en las primeras cuatro semanas después del nacimiento.

Tasa de mortalidad postneonatal

Número de fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos después del período neonatal de 28 días tras el nacimiento y hasta que cumple el año de edad (no inclusive), registrado en un determinado período.

Tasa neta de escolarización

Escolarización del grupo de edad oficial de un determinado curso educativo, expresada como porcentaje de la población perteneciente a ese grupo de edad.

Trastornos del crecimiento

Imposibilidad de un niño pequeño para crecer todo lo que podría después de su nacimiento, lo cual es síntoma físico de que no está recibiendo los nutrientes necesarios.

Umbral internacional de la pobreza

Cantidad equivalente a 1 dólar diario en gastos de consumo aplicando, para la conversión, la paridad del poder adquisitivo. Las personas cuyos ingresos son inferiores a esta cantidad se consideran muy pobres.

Utilización de los alimentos

Expresión que se refiere a la selección y la ingesta de los alimentos y a la asimilación de los nutrientes por el organismo.

Valor Z

Medida que indica la situación de un individuo con respecto a la población de referencia. Se calcula dividiendo la desviación del valor correspondiente a un individuo con respecto a la mediana de la población de referencia entre la desviación típica de esa población de referencia.

Vulnerabilidad

Presencia de factores que ponen en riesgo de padecer hambre.

Bibliografía

Abadzi, H. 2003. "Improving Adult Literacy Outcomes: Lessons from Cognitive Research for Developing Countries". Washington DC, Banco Mundial.

ACNUR. 2003. Statistical Yearbook. Ginebra, ACNUR.

AED (Academy for Educational Development). 2006. "Welcome to PROFILES". Disponible en el sitio: <http://www.aedprofiles.org>.

Ahmed, A.U. 2004. "Repercusión de la alimentación de los niños en la escuela: comprobaciones de Bangladesh". Washington DC, IIPA.

Ahmed, A.U. 2003. "Do Crowded Classrooms Crowd Out Learning?: Evidence from the Food for Education Program in Bangladesh". Disponible en el sitio: <http://www.ifpri.org/divs/fcnd/briefs.htm>.

Ahmed, M. 1975. The Economics of Nonformal Education: Resources, Costs and Benefits. Nueva York, Praeger Publishers.

Alderman, H. y Christiaensen, L. 2001. "Child Malnutrition in Ethiopia: Can Maternal Knowledge Augment the Role of Income?" Africa Region Working Paper Series, No. 22. Washington DC, Banco Mundial.

Algarín, C., Peirano, P., Garrido, M., Pizarro, F. y Lozoff, B. 2003. "Iron Deficiency Anemia in Infancy: Long-Lasting Effects on Auditory and Visual System Functioning". *Pediatric Research* 53: 217 — 223. Disponible en el sitio: <http://www.pedresearch.org/cgi/content/full/53/2/217>

Allen, L.H. y Gillespie, S.R. 2001. *What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions*. Ginebra, ACC/SCN, y Manila, BAD (Banco Asiático de Desarrollo).

Allen, R.C., Backstrand, J.R., Stanek, E.J., Pelto, G.H., Chavez, A., Molina, E., Castillo, J.B. y Mata, A. 1992. "The Interactive Effects of Dietary Quality on the Growth and Attained Size of Young Mexican Children". *American Journal of Clinical Nutrition* 56: 353-364.

Anderson, J.W., Johnstone, B.M. y Remley, D.T. 1999. "Breast-feeding and Cognitive Development: A Meta-analysis". *American Journal of Clinical Nutrition* 70 (3): 525 — 535.

Appleton, S. y Song, L. 1999. "Income and Human Development at the Household Level: Evidence from Six Countries". Universidad de Oxford, Centre for the Study of African Economies. Mimeo.

Banco Mundial. 1993. *The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*. Washington DC, Oxford University Press.

____ 2000. *World Development Report 1999/2000*. Washington DC, Oxford University Press.

____ 2002. "Hundreds of Thousands in Madagascar Receive Critical Nutritional Treatment: The Role of the Education Sector in Reaching the Poorest."

____ 2003. "Bangladesh: Female Secondary School Assistance Project". Washington DC, Banco Mundial.

____ 2004. *World Development Indicators 2004*. CD-ROM.

____ 2005a. *Reshaping the Future: Education and Postconflict Reconstruction*. Washington DC, Banco Mundial.

____ 2005b. "Early Child Development. Why Invest in ECD: Brain Development". Disponible en el sitio internet del Banco Mundial: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/EXTECD/0,,contentMDK:20207747~menuPK:527098~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:344939,00.html>.

____ 2005c. *Economic Growth through Improved Nutrition*. Washington DC, Banco Mundial, Mimeo.

- Barro, R.** 1998. *Determinants of Economic growth: A Cross-country Empirical Study*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Beaton, G.H.; Martorell, R. y L'Abbé, K.A.** 1993. "Effect of vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries". Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Ginebra, ACC/SCN.
- Begley, S.** 1996. "Your child's brain". *Newsweek*, 19 de febrero de 1996. Disponible en el sitio: http://www.gymboree.ch/pdf/articles/your_childs_brain_newsweek.pdf.
- Behrman, J.R.; Alderman, H. y Hodinott, J.** 2004. "Hunger and Malnutrition: Copenhagen Consensus Challenge Paper". Disponible en el sitio: http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/CC/Papers/Hunger_and_Malnutrition_070504.pdf.
- Belik, W. y Del Grossi, M.** 2003. "Brazil's Zero Hunger Program in the Context of Social Policy". Sao Paulo, Brasil, Universidad de Campinas.
- Black, M.M.; Sazawal, S.; Black, R.E.; Khosla, S.; Kumar, J. y Menon, V.** 2004. "Cognitive and Motor Development Among Small-for-gestational-age Infants: Impact of Zinc Supplementation, Birth Weight, and Caregiving Practices". *Pediatrics* 113(5): 1297 — 1305.
- Black, R.E.** 1998. "Therapeutic and Preventive Effects of Zinc on Serious Childhood Infectious Diseases in Developing Countries". *American Journal of Clinical Nutrition* 68 (Supplement): S476 — 479.
- Bruns, B.; Mingat, A. y Rakotomalala, R.** 2003. "Achieving Universal Primary Education by 2015: A Chance for Every Child". Washington DC, Banco Mundial.
- Caulfield, L.E.; Huffman, S.L. y Piwoz, E.G.** 1999a. "Interventions to Improve Intake of Complementary Foods by Infants 6 to 12 Months of Age in Developing Countries: Impact on Growth and on the Prevalence of Malnutrition and Potential Contribution to Child Survival". *Food and Nutrition Bulletin* 20 (2): 183 — 200.
- Caulfield, L.E.; Zavaleta, N.; Figueroa, A. y Leon, Z.** 1999b. "Maternal Zinc Supplementation Does Not Affect Size at Birth or Pregnancy Duration in Peru". *Journal of Nutrition* 129: 1563 — 1568.
- Ceasay, S.M.; Prentice, A.M.; Cole, T.J.; Foord, F.; Weaver, L.T.; Poskitt, E.M. y Whitehead, R.G.** 1997. "Effects on Birth Weight and Perinatal Mortality of Maternal Dietary Supplements in Rural Gambia: 5 Year Randomised Controlled Trial". *British Medical Journal* 315: 786 — 790.
- Chandler, A.M.; Walker, S.P; Connolly, K. y Grantham-McGregor, S.M.** 1995. "School Breakfast Improves Verbal Fluency in Undernourished Jamaican Children". *Journal of Nutrition* 125(4): 894 — 900.
- Chavez, A.; Martinez, C.; y Soberanes B.** 1995. "The Effect of Malnutrition on Human Development: A 24-year Study of Well-nourished and Malnourished Children Living in a Poor Mexican Village". In Scrimshaw, N.S., ed., *Community-based Longitudinal Nutrition and Health Studies: Classical Examples from Guatemala, Haiti and Mexico*. Boston, International Nutrition Foundation for Developing Countries.
- Choularton, R.** 2005. "Contingency Planning and the Asian Tsunami". Disponible en el sitio: <http://www.odihpn.org>.
- Collier, P.; Elliot, L.; Hegre, H.; Hoeffler, A.; Reynal-Querol, M. y Sambanis, M.** 2003. *Breaking the Conflict Trap: Civil War and Development Policy*. . Oxford y Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial.

Corbett, J. 1988. "Famine and Household Coping Strategies". *World Development* 16 (9): 1009 — 1112.

Coutsoudis, A.; Pillay, K.; Spooner, E.; Kuhn, L. y Coovadia, H. M. 1999. "Influence of Infant-feeding Patterns on Early Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A Prospective Cohort Study. South African Vitamin A Study Group". *Lancet* 354 (9177): 288 — 293.

CRED EM-DAT. 2005. "The CRED International Disasters Database 2005". Disponible en el sitio: <http://www.em-dat.net/>.

Cueto, S. 2001. "Breakfast and Performance". *Public Health Nutrition* 4(6A): 1429 — 1431.

de Onis, M.; Blossner, M. y Villar, J. 1998. "Levels and Patterns of Intrauterine Growth Retardation in Developing Countries". *European Journal of Clinical Nutrition* 52 (Supplement): S5 — S15.

de Onis, M.; Frongillo, E.A. y Blössner, M. 2000. "¿Está disminuyendo la malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980." *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1222 — 1233.

Deininger, K. 2003. "Does Cost of Schooling Affect Enrollment by the Poor? Universal Primary Education in Uganda." *Economics of Education Review* 22 (3): 291 — 305.

Del Rosso, J. M. 1999. "School Feeding Programs: Improving Effectiveness and Increasing the Benefit to Education: A Guide for Program Managers". Oxford, Partnership for Child Development.

Del Rosso, J.M. y Marek, T. 1996. "Class Action: Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition". Washington DC, Banco Mundial.

Delange, F. 2000. "The Role of Iodine in Brain Development". *Proceedings of the Nutrition Society* 59: 75-79.

Desmond, D.; Grieshop, J. y Subramaniam, A. 2004. *Revisiting Garden-based Learning in Basic Education*. Rome and Paris, Food and Agriculture Organization and International Institute for Educational Planning.

Drake, L.; Maier, C.; Jukes, M.; Patrikios, A.; Bundy, D.; Gardner, A. y Dolan, C. 2002. "School-Age Children: Their Nutrition and Health". *SCN News* 25: 4 — 30.

Drèze, J. y Sen, A. 1989. *Hunger and Public Action*. Oxford, Clarendon Press.

Economist. 2004. "Through a Glass Darkly". Disponible en el sitio: http://www.economist.com/world/asia/displayStory.cfm?story_id=2502961.

Eisemon, T. 1989. "Becoming a 'Modern' Farmer: The Impact of Primary Schooling on Agricultural Thinking and Practices in Kenya and Burundi". In Warren, D., Slikkerveer, L. & Titilola, S., eds., *Indigenous Knowledge Systems: Implications for Agriculture and International Development*. Iowa, Universidad del Estado de Iowa.

FAO. 1996. "Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial". Adoptada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA), 13-17 de noviembre, Roma.

____ 1998. *El derecho a la alimentación en la teoría y en la práctica*. Roma, FAO.

____ 2001. "Improving Nutrition through Home Gardening: A Training Package for Preparing Field Workers in Africa". Roma, FAO.

____ 2003. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2003*. Roma, FAO.

____ 2004. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2004*. Roma, FAO.

- FAS Online.** 2003. "McGovern-Dole International Food for Education and Child Nutrition Program". Disponible en el sitio: <http://www.fas.usda.gov/excredits/FoodAid/FFE/mcdfactsheet.htm>.
- _____. 2005. *Global Food for Education Program; Special Emphasis on Girls*. Disponible en el sitio: <http://www.fas.usda.gov/excredits/FoodAid/FFE/gfe/2004/wo5.htm>.
- Fernald, L.; Ani, C.C. y Grantham-McGregor, S.** 1997. "Does School Breakfast Benefit Children's Educational Performance?". *African Health* 19(6): 19 — 20.
- Fiedler, J.** 2003. "A Cost Analysis of the Honduras Community-Based Integrated Child Care Program". Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC, Banco Mundial.
- FIGR.** 2004. *World Disaster Report 2004*. Londres.
- Fogel, R.** 2004. "Health, Nutrition and Economic Growth". *Economic Development and Cultural Change* 52 (3): 643-658.
- Foster, A. y Rosenzweig, M.** 1996. "Technical Change and Human Capital Returns and Investments: Evidence from the Green Revolution". *American Economic Review* 86 (4): 931-953.
- FRESH.** 2005. "Focusing Resources on Effective School Health: A FRESH Start to Improving the Quality and Equity of Education". Disponible en el sitio: <http://www.freshschools.org/whatisFRESH.htm>.
- Garner, P.; Kramer, M.S.; y Chalmers, I.** 1992. "Might Efforts to Increase Birthweight in Undernourished Women Do More Harm than Good?". *Lancet* 340(8826): 1021 — 3.
- Gentilini, U. y Webb, P.** 2005. "How are We Doing on Poverty and Hunger Reduction? A New Measure of Country-Level Progress". Working Papers in Food Policy and Applied Nutrition, Friedman School of Nutrition Science and Policy. Disponible en el sitio: <http://nutrition.tufts.edu/academy/fpan>.
- Gillespie, S. y Kadiyala, S.** 2005. "HIV/AIDS and Food and Nutrition Security". Food Policy Review No. 7. Washington DC, IIPA. Disponible en el sitio: <http://www.ifpri.org/pubs/fpreview/fpreview07.htm>,
- Gillespie, S.; Mason, J. y Martorell, R.** 1996. "How Nutrition Improves". ACC/SCN State of the Art Series. Nutrition Policy Discussion Paper No. 15. Ginebra, ACC/SCN.
- Glewwe, P. y Jacoby, H.** 1994. "An Economic Analysis of Delayed Primary School Enrolment and Childhood Nutrition in Ghana". LMS Working Paper 98. Washington DC, Banco Mundial.
- _____. 1995. "An Economic Analysis of Delayed Primary School Enrolment in a Low Income Country: The Role of Childhood Nutrition". *Review of Economics and Statistics* 77(1): 156 — 169.
- Glewwe, P. y Kremer, M.** 2005. "Schools, Teachers, and Education Outcomes in Developing Countries". CID Working Papers No. 122. Disponible en el sitio: <http://www.cid.harvard.edu/cidwp/122.htm>
- Grantham-McGregor, S.M.; Walker, S.P. y Chang, S.** 2000. "Nutritional Deficiencies and Later Behavioural Development". *Proceedings of the Nutrition Society* 59(1): 47 — 54.
- Grantham-McGregor, S.M.; Powell, C.A.; Walker, S.P. y Himes, J.H.** 1991. "Nutritional Supplementation, Psychosocial Stimulation, and Mental Development of Stunted Children: The Jamaican Study". *Lancet* 338 (8758): 1 — 5.
- Grantham-McGregor, S.M.; Chang, S.; y Walker, S.P.** 1998. "Evaluation of School Feeding Programs: Some Jamaican Examples". *American Journal of Clinical Nutrition* 67 (4): 785S — 789S.

Grantham-McGregor, S.M.; Powell, C.; Walker, S.; Chang, S. y Fletcher, P.

1994. "The Long-term Follow-up of Severely Malnourished Children Who Participated in an Intervention Program". *Child Development* 65 (2): 428-439.

Haddad, L.; Webb, P. y Slack, A. 1997. "Trouble Down on the Farm: What Role for Agriculture in Meeting World Food Needs by 2020?" *American Journal of Agriculture Economics* 5: 1476 — 1479.

Heaver, R. 2005. *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Washington DC, El Banco Mundial.

Heaver, R. y Kachondam, Y. 2002. "Thailand's National Nutrition Program: Lessons in Management and Capacity Development". Washington DC, El Banco Mundial.

Heckman, J.J. y Carneiro, P. 2003. "Human Capital Policy". In J.J. Heckman & A. Krueger, eds. *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* Cambridge, MA, MIT Press.

Herz, B. y Sperling, G. 2004. *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. New York, Council on Foreign Relations.

Ho, T.J. 1985. "Economic Issues in Assessing Nutrition Projects: Costs, Affordability and Cost Effectiveness". PHN Technical Note 85-14. Washington DC, Banco Mundial.

Holman, D.J. y Grimes, M.A. 2001. "Colostrum Feeding Behavior and Initiation of Breastfeeding in Rural Bangladesh". *Journal of Biosocial Science* 33: 139 — 154.

Horton, S. y Ross, J. 2003. "The Economics of Iron Deficiency". *Food Policy* 28: 51 — 75.

Horton, S.; Sanghvi, T.; Phillips, M.; Fiedler, J.; Perez-Escamilla, R.; Lutter, C.; Rivera, A. y Segall-Correa, A.M. 1996. "Breastfeeding Promotion and Priority Setting in Health". *Health Policy Planning* 11(2): 156 — 168.

Horton, S. 1999a. "Opportunities for Investments in Nutrition in Low-Income Asia". *Asian Development Review* 17(1,2): 246 — 273.

____ 1999b. "The Economics of Nutritional Interventions". In Semba, R.D. & Bloem, M.W., eds., *Nutrition and Health in Developing Countries*. Totowa, NJ, Humana Press.

____ 1993. "Cost Analysis of Feeding and Food Subsidy Programmes". *Food Policy* 18(3): 192 — 199.

____ 1992. "Unit Costs, Cost-Effectiveness, and Financing of Nutrition Interventions". Washington DC, Banco Mundial.

Iannotti, L. y Gillespie, S. 2002. "Successful Community Nutrition Programming: Lessons from Kenya, Tanzania, and Uganda". Washington DC, Kampala, New York, Academy for Educational Development, Makerere University Medical School, UNICEF.

Ismail, S.; Immink, M.; Mazar, I. y Nantel, G. 2003. *Community-based Food and Nutrition Programmes: What Makes Them Successful — A Review and Analysis of Experience*. Roma, FAO. Disponible en el sitio: http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/006/Y5030E/Y5030E00.HTM.

Jones, G.; Steketee, R.W.; Black, R.E.; Bhutta, Z.A.; Morris, S.S. y the Bellagio Child Survival Study Group. 2003. "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?" *Lancet* 362 (9377): 65 — 71.

Jukes, M.; McGuire, J.; Method, F. y Sternberg, R. 2002. "Nutrition and Education". In *Nutrition: A Foundation for Development*. Ginebra, ACC/SCN.

- Kanarek, R.B. y Marks-Kaufman, R.** 1991. *Nutrition and Behavior: New Perspectives*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold Publisher.
- Keys, A.; Brozek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O. y Longstreet, H.T.** 1950. *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Klasen, S.** 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions". Policy Research on Gender and Development, Working Paper No. 7. Washington DC, Banco Mundial.
- Kleinman, R.E.; Hall, S.; Green, H.; Korzec-Ramirez, D.; Patton, K.; Pagano, M.E. y Murphy, J.M.** 2002. "Diet, Breakfast, and Academic Performance in Children". *Annals of Nutrition Metabolism* 46 (Supplement 1): 24 — 30.
- Lancet Editor.** 2003. "The World's Forgotten Children: Editorial". *Lancet* 361 (9351): 1.
- Landry, S.H.** 2001. "Supportive Cognitive Development in Early Childhood". Disponible en el sitio: <http://www.ed.gov/news>.
- Lauglo, J.** 2001. "Engaging With Adults: The Case for Increased Support to Adult Basic Education in Sub-Saharan Africa". Africa Region Human Development Working Paper Series. Washington DC, Banco Mundial.
- Laxmaiah, A.; Rameshwar Sarma, K.V.; Hanumantha Rao, D.; Gal Reddy, Ch.; Ravindranath, M.; Vishnuvardhan Rao, M. y Vijayaraghavan, K.** 1999. "Impact of Mid-day Meal Programme on Educational and Nutritional Status of School Children in Karnataka". *Indian Pediatrics* 36 (12): 1221 — 1228.
- Levinger, B.** 1996. *Critical Transitions: Human Capacity Development Across the Lifespan*. Newton, MA y Nueva York: Education Development Center y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Lin, S.** 1997. "Education and Economic Development: Evidence from China". *Comparative Economic Studies* XXXIX (3-4): 66 — 85.
- Lockheed, M.E. y Verspoor, A.M.** 1991. *Improving Primary Education in Developing Countries*. Oxford, Oxford University Press.
- Lozoff, B.; Jimenez, E.; Hagen, J.; Mollen, E. y Wolf, A.W.** 2000. "Poorer Behavioral and Developmental Outcome More Than 10 Years After Treatment for Iron Deficiency in Infancy". *Pediatrics* 105(4): e51.
- Lucas, R.E.** 1988. "On the Mechanics of Economic Development". *Journal of Monetary Economics* 22: 3 — 42.
- _____. 1990. "Why Doesn't Capital Flow from Rich to Poor Countries?" *AEA Papers and Proceedings* 80 (2): 92 — 96.
- Mahendra Dev, S.; Ravi, C., Viswanathan, B.; Gulati, A. y Ramachander, S.** 2004. "Economic Liberalisation, Targeted Programmes and Household Food Security: A Case Study of India". Washington DC, IIPA.
- Mason, J.; Hunt, J.; Parker, D. y Jonsson, U.** 2001. "Improving Child Nutrition in Asia". ADB Nutrition and Development Series No. 3. Manila, Banco Asiático de Desarrollo.
- Mendez, M. y Adair, L.S.** 1999. "Severity and Timing of Stunting in the First Two Years of Life Affect Performance on Cognitive Tests in Late Childhood". *Journal of Nutrition* 129(8): 1555 — 62.
- Mingat, A.** 1998. "The Strategy Used by High-performing Asian Economies in Education: Some Lessons for Developing Countries". *World Development* 26 (4): 695 — 715.
- Mohammed, K.** 2000. "Iron Supplementation in Pregnancy". *Cochrane Data Base of Systematic Reviews* 2:CD000117.

Mönckeberg, F. 2005. "Poverty and Malnutrition in Chile: Case Study". Roma, Mimeo.

Morley, S. y Coady, D. 2003. "From Social Assistance to Social Development: A Review of Targeted Education Subsidies in Developing Countries". Washington DC, Center for Global Development e IIPA.

Myers, R.G. 1984. "Going to Scale". Paper prepared for UNICEF for the Second Inter-Agency Meeting on Community-based Child Development (29-31 de octubre de 1984). Nueva York, UNICEF.

Natsios, A. 2001. *The Great North Korean Famine: Famine, Politics, and Foreign Policy*. Washington, D.C., United States Institute for Peace Press.

Ndure, K.S.; Maty, N.S.; Micheline, N. y Serigne, M.D. 1999. "Best Practices and Lessons Learned for Sustainable Community Nutrition Programming". Disponible en el sitio: www.pronutrition.org/files/Best%20Practices.pdf.

Nordtveit, B.H. 2005. "The Role of Civil Society Organizations in Developing Countries: A Case Study of Public-Private Partnerships in Senegal". Dissertation, University of Maryland. Disponible en el sitio: <http://hdl.handle.net/1903/2193>.

Noriega, J.A.; Ibanez, S.E.; Ramos, M.O. y Carbajal, M.M. 2000. "Evaluation of the Effects of a School Breakfast Program on Attention and Memory". *Archivos Latinoamericanos de Nutricion* 50 (1): 35 — 41.

OMS.

____ 1998. "Health Nutrition: An Essential Element of a Health-Promoting School". WHO Information Series on School Health, Document Four. Ginebra, OMS.

____ 1999. "Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination: An Important Responsibility of a Health-promoting School". WHO Information Series on School Health, Document Six. Ginebra, OMS.

____ 2001. "IMCI: A joint WHO/UNICEF Initiative". Disponible en el sitio: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/imci.htm.

____ 2004. *Informe sobre la salud en el mundo – cambiamos el rumbo de la historia*. Ginebra, OMS.

____ 2005a. "Report of the Third Global Meeting of the Partners for Parasite Control: Deworming for Health and Development". Ginebra, OMS.

____ 2005b. *Informe sobre la salud en el mundo – ¡cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, OMS.

Osrin, D.; Vaidya, A.; Shrestha, V.; Baniya, R.B.; Manandhar, D. S.; Adhikari, R.K.; Filteau, S.; Tomkins, A. y Costello, A. 2005. "Effects of Antenatal Multiple Micronutrient Supplementation on Birthweight and Gestational Duration in Nepal: Double-blind, Randomised Controlled Trial". *Lancet* 365 (9463): 955-962.

Oxenham, J.; Diallo, A.H.; Katahoire, A.R.; Petkova-Mwangi, A. y Sall, O. 2002. "Skills and Literacy Training for Better Livelihoods : A Review of Approaches and Experience". Africa Region Human Development Working Paper Series. Washington DC, Banco Mundial.

Okech, A.; Carr-Hill, R.A.; Katahoire, A.R.; Kakooza, T.; Ndidde, A.N. y Oxenham, J. 2001. "Adult Literacy Programme in Uganda - An Evaluation". Washington DC, Banco Mundial.

Pak, S. 2004. "The Biological Standard of Living in the Two Koreas". *Economics and Human Biology* 2 (2004): 511-521.

Parlato, M. y Seidel, R., eds. 1998. "Large-Scale Application of Nutrition Behavior Change Approaches: Lessons from West Africa". Arlington, VA, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project.

Pelto, G.; Dicken, K. y Engle, P. 1999. "A Critical Link: Interventions for Physical Growth and Psychological Development". Ginebra, OMS.

- PMA.** 2001. La alimentación escolar da resultado y fomenta la educación de las niñas. Roma, PMA.
- _____. 2002. "VAM (Vulnerability Analysis & Mapping) Standard Analytical Framework Guideline: Role and Objectives of VAM Activities to Support WFP Food-Oriented Interventions". Roma, PMA.
- _____. 2004a. "El PMA y World Vision Apuestan por las Escuelas para Contribuir a Preservar a los Niños del VIH/SIDA". News Release. Disponible en el sitio: http://www.wfp.org/newsroom/subsections/preview.asp?content_item_id=2043&item_id=1133§ion=13
- _____. 2004b. "WFP Survey: More than One-fifth of Darfur Children are Malnourished". News Release. Disponible en el sitio: www.wfp.org/newsroom.
- _____. 2004c. "What It Would Cost per Child to Meet the Needs of Some 300 Million Hungry Children?". Roma, PMA. Mimeo.
- _____. 2004d. *WFP in Statistics*. Roma, PMA.
- _____. 2004e. *Manual de alimentación y nutrición*. Roma, PMA
- _____. 2005a. "Regional EMOP 10405.0: Assistance to Tsunami Victims in Sri Lanka, Indonesia, Maldives and Other Countries in the Indian Ocean Region". Roma, PMA.
- _____. 2005b. "Emergency Operation Sudan: EMOP 10339.1: Food Assistance to Population Affected by War in Greater Darfur, West Sudan". Roma, PMA.
- _____. 2005c. "A Front-line Defence Against HIV/AIDS". Disponible en el sitio: <http://www.wfp.org/aboutwfp/introduction/hiv.html>.
- _____. 2005d. "Case study Report — Uganda". Roma, PMA, Mimeo
- _____. 2005e. *Informe mundial sobre la alimentación escolar 2005*. Roma, PMA.
- PMA y UNICEF.** 2005. "Emergency Food Security and Nutrition Assessment in Darfur, Sudan 2005: Provisional Report". Roma y Nueva York, PMA y UNICEF.
- PMA, UNESCO.** 1999. *Manual de Alimentación Escolar*. Roma, PMA.
- PNUD.** 2004. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Nueva York.
- Pollitt, E.** 1990. "Malnutrition and Infection in the Classroom: Summary and Conclusions". *Food and Nutrition Bulletin* 12(3): 178-190.
- Pollitt, E.; Cueto, S. y Jacoby, E.R.** 1998. "Fasting and Cognition in Well and Undernourished Schoolchildren: A Review of Three Experimental Studies". *American Journal of Clinical Nutrition* 67(4): 779S — 784S.
- Pollitt, E.; Jacoby, E. y Cueto, S.** 1996. "School Breakfast and Cognition Among Nutritionally At-risk Children in the Peruvian Andes". *Nutrition Review* 54 (4 Pt 2): S22 — 26.
- Pollitt, E.; Gorman, K.; Engle, E.; Martorell, R. y Rivera, J.** 1993. "Early supplementary feeding and cognition: effects over two decades". Society for Research in Child Development Monograph, Serial No. 235, Vol. 58. Chicago, University of Chicago Press.
- Pollitt, E.; Hathirat, P.; Kotchabhakdi, N.J.; Missell, L. y Valyasevi, A.** 1989. "Iron deficiency and educational achievement in Thailand". *American Journal of Clinical Nutrition* (Suppl) 50: 687 — 696.
- Quisumbing, A.** 1996. "Male-Female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence". *World Development* 24(10): 1579 — 95.
- Rahmato, D.** 1991. *Famine and Survival Strategies*. Uppsala, The Scandinavian Institute of African Studies.
- Richards, M.; Hardy, R.; Kuh, D. y Wadsworth, M.E.J.** 2001. "Birth Weight and Cognitive Function in the British 1946 Birth Cohort: Longitudinal Population Based Study". *British Medical Journal* 322: 199 — 203.

Richards, M.; Hardy, R.; y Wadsworth, M.E. 2002. "Long-term Effects of Breast-feeding in a National Birth Cohort: Educational Attainment and Midlife Cognitive Function". *Public Health Nutrition*. 5(5): 631 — 5.

Roll Back Malaria. 2005. "Preventing Malaria During Pregnancy". Geneva, Roll Back Malaria Global Partnership. Disponible en el sitio: <http://www.rbm.who.int>.

Romer, P.M. 1986. "Increasing Returns and Long-run Growth". *Journal of Political Economy* 94: 1002 — 1037.

_____. 1993. "Idea Gaps and Object Gaps in Economic Development". *Journal of Monetary Economics* 32: 543 — 573.

Ross, J.S. 1997. "PROFILES Guidelines: Calculating the Effects of Malnutrition on Economic Productivity and Survival". Washington DC, Academy for Educational Development.

Ruel, M. 2005. "Translating Research into Action: Using Operations Research to Strengthen Food Aid". Washington DC, IIPA.

Rush, D. 2000. "Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World". *American Journal of Clinical Nutrition* 72(Supplement): 212S — 240S.

Sachs, J.; McArthur, J.; Schmidt-Traub, G.; Bahadur, C.; Faye, M. y Kruk, M. 2004. "MDG Needs Assessment: Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania, and Uganda". January draft of UN Millennium Project Working Paper. Nueva York, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Mimeo.

Sachs, J. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Disponible en el sitio: www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf.

Saito, K.; Mekonen, H. y Spurling, D. 1994. "Raising the Productivity of Women Farmers in Sub-Saharan Africa". Banco Mundial Discussion Paper No. 230. Washington DC, Banco Mundial.

Schlein, L. 2005. "UNICEF Survey Finds Malnutrition Among Tsunami-affected Indonesian Children". Asean News Network. Disponible en el sitio: <http://www.aseannewsnetwork.com>.

Schultz, T. 1971. *Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research*. Nueva York, Free Press.

Schultz, T.P. 2004. "School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican PROGRESA Poverty Program". *Journal of Development Economics* 74 (1): 199 — 250

Scrimshaw, N.S. 1997. "The Lasting Damage of Early Malnutrition". In *Ending the Inheritance of Hunger*. Roma, PMA.

Seal, A.; Kafwembe, E.; Kassim, I.; Hong, M.; Wesley, A.; y van den Briel, T. 2006. "Local-level Maize Meal Fortification is Associated with Improved Nutritional Status in a Food Aid Dependent Refugee Population". Mimeo.

Sen, A. 1999. *Development As Freedom*. Nueva York, Alfred A. Knopf.

Sheshadri, S. y Golpaldas, T. 1989. "Impact of Iron Supplementation on Cognitive Functions in Preschool and School-Aged Children: The Indian Experience". *American Journal of Clinical Nutrition* 50: 675 — 86.

Shrimpton, R. 2001. "The East Asian Nutrition Enigma: An Analysis of the Patterns and Causes of Child Malnutrition in Countries of the East Asia and Pacific Region, Together with Extensive External Comparisons, and Recommendations for Programmes to Accelerate Declines in Stunting".

Bangkok, Oficina Regional del UNICEF para Asia oriental y la región del Pacífico, Mimeo.

_____. 2002. "Nutrition and Communities". In *Nutrition: A Foundation for Development*. Ginebra, ACC/SCN.

Shrimpton, R.; Thorne-Lyman, A.; Tripp, K.; Sullivan, K. y Tomkins, A. 2003. "Birth Weight, Food and Nutrition among Bhutanese refugees in Nepal". London, Centre for International Child Health, Institute of Child Health, Mimeo.

Shrimpton, R.; Victora, C.G.; de Onis, M.; Lima, R.C.; Blossner, M. y Clugston, G. 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions". *Pediatrics* 107(5): e75: 1 — 7.

Silvereano-Velis, J.P. 2003. "Evaluation à mi-parcours du programme de pays du PAM au Burkina Faso (2000-2004). Examen de l'activité BFK 6310 'Soutien à l'éducation de base: alphabétisation'". Ouagadougou, UNESCO y PMA.

SIPRI. 2005. "Patterns of Major Armed Conflicts". Disponible en el sitio: www.sipri.org/contents/conflict/MAC_patterns.html.

Simeon, D.R. y Grantham-McGregor, S. 1989. "Effects of Missing Breakfast on the Cognitive Functions of School Children of Differing Nutritional Status". *American Journal of Clinical Nutrition* 49: 646 — 53.

Simeon, D.T. 1998. "School Feeding in Jamaica: A Review of its Evaluation". *American Journal of Clinical Nutrition* 67(4): 790S — 794S.

Simondon, K.B.; Simondon, F.; Simon, I.; Diallo, A.; Bénéfice, E.; Traissac, P. y Maire, B. 1998. "Preschool Stunting, Age at Menarche and Adolescent Height: A Longitudinal Study in Rural Senegal". *European Journal of Clinical Nutrition* 52: 412 — 418. Cited in Drake et al. 2002.

Smith, L.C. y Haddad, L. 2000. "Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross-Country Analysis". Research Report No. 111. Washington DC, IIPA.

Smith, L.C.; Ramakrishnan, U.; Ndiaye, A.; Haddad, L. y Martorell, R. 2003. "The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries". *Food and Nutrition Bulletin* 24 (3): 287 — 288.

Strauss, J. y Thomas, D. 1998. "Health, Nutrition and Economic Development". *Journal of Economic Literature*. 36(2): 766-817.

Tontisirin, T. y Gillespie, S. 1999. "Linking Community-Based Programmes and Service Delivery for Improving Maternal and Child Nutrition". *Asian Development Review* 17(1,2): 33 — 65.

UCLA (International Studies and Overseas Program) International Institute. 2004. "School Children in the Developing World: Health, Nutrition and School Performance". Los Angeles, University of California. Disponible en el sitio: <http://www.international.ucla.edu/article.asp?parentid=8943>

UIS (UNESCO Institute of Statistics). 2003. "Estimated Number of Out-of-school Children, by Gender and by Region". Disponible en el sitio: http://portal.unesco.org/education/en/file_download.php/31f369abb771db2f164f3246d5832d76table2.10.pdf

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. 2005a. *Halving Hunger: It Can Be Done*. UN Millennium Project's Task Force on Hunger. New York, Earthscan Publications.
_____. 2005b. *Towards Universal Primary Education: Investments, Incentives, and Institutions*. UN Millennium Project's Task Force on Education and Gender Equality. Nueva York, Earthscan Publications

UNESCO. 1997. *La Educación de Adultos en un Mundo en Vías de Polarización*. Paris, UNESCO.

_____. 2003. *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2003/4. Educación para todos hacia la igualdad entre los sexos*. Paris, UNESCO.

_____. 2004. *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2005. Educación para todos. El imperativo de la calidad*. Paris, UNESCO.

UNESCO, UNICEF, OMS y Banco Mundial. 2000. "Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education". Paris, UNESCO.

UNICEF e Iniciativa sobre micronutrientes. 2004. *Vitamin & Mineral Deficiency: A Global Progress Report*. Nueva York, UNICEF.

UNICEF. 2001. "Children on the Edge: Protecting children from sexual exploitation and trafficking in East Asia and the Pacific". Bangkok, UNICEF Asia oriental y el Pacífico.

_____. 2002a. "Case Studies on Girls' Education". Nueva York, UNICEF.

_____. 2002b. "Quality Education for All: From a Girl's Point of View". Nueva York, UNICEF.

_____. 2002c. "U.N. Special Session on Children". Disponible en el sitio: <http://www.unicef.org/specialsession/activities/health-y-mothers-report.htm>.

_____. 2004. *The State of the World's Children 2005*. Nueva York, UNICEF.

UNSCN. 2004. *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes*. Ginebra, UNSCN.

Valerio, A. 2003. "Estimating the Economic Benefits of Adult Literacy Programs: The Case of Ghana". PhD Dissertation, Columbia University.

VAM. 2002. "Mali: Rural Community and Household Food Security Profiles". Roma, PMA.

Vanderpas, J. y Thilly, C.H. 1994. "Endemic Neonatal, Infantile, and Juvenile Hypothyroidism in Ubangi, Northern Zaire". In Stanbury, J.B., ed., *The Damaged Brain of Iodine Deficiency*. Elmsford, Cognitive Communications Corporation.

Walker, P. 1989. *Famine Early Warning Systems: Victims and Destitution*. London, Earthscan Publications.

Webb, P. y Block, S. 2004. "Nutrition Information and Formal Schooling as Inputs to Child Nutrition". *Economic Development and Cultural Change* 52 (4): 801 — 820.

Webb, P. y Rogers, B. 2003. "Addressing the 'In' in Food Insecurity". Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Occasional Paper No. 1. Disponible en el sitio: http://www.dec.org/pdf_docs/PNACS926.pdf.

Wijngaarden, J. y Shaeffer, S. 2002. "The Impact of HIV/AIDS on Children and Young People: Reviewing Research Conducted and Distilling Implications for the Education Sector in Asia". Paper prepared for the workshop on Anticipating the Impact of AIDS on the Education Sector in Asia, 12-14 December 2002, Bangkok, Thailand. Mimeo.

Woolcock, M. 1998. "Social Capital and Economic Development: Towards a Theoretical Synthesis and Policy Framework". *Theory and Society* 27: 1 — 57.

Xu, L-S.; Pan, B-J.; Lin, J-X.; Chen, L-P; Yu, S-H. y Jones, J. 2000. "Creating Health-promoting Schools in Rural China: A Project Started from Deworming". *Health Promotion International* 15 (3): 197 — 206.

Alianza Internacional contra el Hambre

Declaración conjunta de los organismos con sede en Roma, 13 de octubre de 2003

Conjugando esfuerzos podemos acabar con el hambre

Respondiendo a la petición realizada en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA): cinco años después” celebrada en Roma en 2002, los organismos con sede en Roma dedicados a la agricultura y la alimentación —FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), FIDA (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola), IPGRI (Instituto Internacional de Recursos Fitogenéticos) y PMA (Programa Mundial de Alimentos)— hemos constituido la Alianza Internacional contra el Hambre. Deseamos redoblar nuestros esfuerzos para colaborar en los niveles nacional e internacional, con otros organismos internacionales, productores y consumidores de alimentos, científicos, académicos, grupos religiosos, ONG, organizaciones de la sociedad civil, donantes y responsables de la formulación de políticas, con el fin de reducir el hambre a la mitad para el año 2015, la meta fijada por la CMA de 1996 y reiterada en los objetivos de desarrollo del Milenio. La Alianza ayudará asimismo a mantener la atención pública sobre la dramática situación de los que padecen pobreza y hambre y anima encarecidamente a las naciones y a la comunidad internacional a que cumplan sus compromisos en la lucha contra el hambre y la pobreza.

La Alianza se esforzará por generar un consenso sobre la reducción del hambre y la pobreza dentro de los países y a escala internacional para que se apoyen unos medios de subsistencia sostenibles y se abogue sin descanso a favor de una actuación urgente para erradicar el hambre y la pobreza. Para ello, la Alianza pretende movilizar la influencia de amplios segmentos de las sociedades y de la comunidad internacional con el fin de animar a los países donantes y beneficiarios por igual a que ejerzan su voluntad política y dediquen sus recursos a este fin.

Los organismos con sede en Roma estamos decididos a movilizar nuestras energías para avanzar hacia este objetivo común. Invitamos a todas las partes interesadas a que se unan a nosotros en la batalla contra el hambre.



- ¹ Esta terminología se usa por comodidad. De hecho, tanto las proteínas como los glúcidos o los lípidos son fuentes de energía. Por ello, hablando con propiedad, proteínas y energía no deberían separarse en categorías diferentes. Sin embargo, las proteínas son una fuente de energía tan importante (debido a su contenido en aminoácidos esenciales) que aquí la distinguimos, refiriéndonos con el término "energía" a los carbohidratos y las grasas.
- ² Por "conflicto armado importante" se entiende un conflicto que entraña la utilización de armas entre fuerzas militares de dos o más gobiernos, o de un gobierno y al menos un grupo armado organizado, como resultado del cual se producen al menos 1.000 muertes relacionadas con los combates en un solo año y en el que el objeto de la disputa es el control del gobierno o del territorio (SIPRI, 2005).
- ³ Se sabía asimismo que el bajo peso al nacer frenaba el desarrollo mental durante la primera infancia.
- ⁴ El peso ideal al nacer a efectos de las funciones cognitivas parece situarse entre los 3,5 y los 4 Kg. Un peso al nacer inferior (o superior) para una edad gestacional dada parece guardar relación con la disminución de capacidades, si bien los resultados de un único estudio han de interpretarse con cautela.
- ⁵ Si una carencia moderada de vitamina A aumenta el riesgo de infecciones graves y defunción del niño, una carencia aguda provoca ceguera nocturna y otras enfermedades que pueden transformarse en ceguera crónica (Beaton y otros, 1993). La mala salud y la ceguera perjudican ostensiblemente las capacidades de aprendizaje del niño (además de ocasionar otros daños). La carencia de vitamina B12 puede malograr el crecimiento y las funciones cognitivas (Allen y Gillepsie, 2001). Los efectos de la carencia de zinc sobre el desarrollo, más allá de su contribución a enfermedades infantiles comunes (R.E. Black, 1998), aún no se conocen con certeza (M. M. Black y otros, 2004).
- ⁶ Un redactor de la revista *The Economist* (11 de marzo) hizo este comentario en relación con una visita a un aula escolar de Corea del Norte.
- ⁷ Enunciado tomado de: Banco Mundial, 2005c.
- ⁸ La situación descrita en este párrafo corresponde a lo que recuerdan varios agentes de ayuda humanitaria que conocen a fondo la región, pero no se ha encontrado ninguna documentación de apoyo al respecto. Sin embargo, parece ilustrar distintas situaciones similares. Por ejemplo, en un estudio de VAM realizado en 2002 se recomendaba realizar programas de educación en favor de varias comunidades afectadas por la inseguridad alimentaria.
- ⁹ Cabe señalar que había mucha menos diferencia en el nivel de productividad en las zonas en las que no se habían introducido nuevas tecnologías.
- ¹⁰ Aunque los experimentos muestran la incidencia positiva de los suplementos dietéticos en el incremento del peso al nacer, cabe señalar algunas reservas (Allen y Gillepsie, 2001). Según estos estudios, el efecto de los suplementos dietéticos fue más notable en las mujeres de menor peso y alimentación más pobre en aportes energéticos. Los resultados fueron menos pronunciados en mujeres mejor alimentadas. Además, los suplementos energéticos parecen ofrecer mayores resultados

que los proteicos. En cuanto al momento oportuno, se produjeron mejorías cuando los suplementos dietéticos se administraron en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Por último, en los casos en que el acceso a la alimentación es satisfactorio, antes que brindar asistencia externa parece más útil sensibilizar a las familias sobre la necesidad de aumentar la ración alimentaria de las mujeres embarazadas.

¹¹ El suplemento se administró durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Los micronutrientes simples fueron el hierro y el ácido fólico.

¹² Aproximadamente la mitad de las embarazadas de los países en desarrollo padecen anemia y la administración de un suplemento de hierro sirve para prevenir su agravamiento. Aunque es probable que tenga efectos en el feto, escasas o contradictorias son las pruebas de que el suplemento de hierro potencie su crecimiento (Mohammed, 2000). Los suplementos de zinc no parecen reducir las consecuencias del bajo peso al nacer ni favorecer el aumento del tiempo de gestación hasta un embarazo de término (Caufield y otros, 1999b). Los suplementos de yodo parecen contribuir a un mayor peso al nacer (Allen y Gillepsie, 2001). Uno de los problemas de todos estos suplementos es que, al aumentar el tamaño del bebé, pueden ocasionar partos difíciles (Garner y otros, 1992; Rush, 2000). Si bien de los análisis se desprende que los efectos más perniciosos guardan mayor relación con la edad de la madre que con el tamaño del niño.

¹³ El profesional sanitario determinará si la mujer necesita suplementos dietéticos (mediante el control del peso) o los aportes en micronutrientes (a veces, mediante análisis de sangre) mencionados anteriormente.

¹⁴ En zonas en las que el paludismo es endémico, se recomienda que la embarazada tome por precaución medicamentos antipalúdicos durante el embarazo (TPI, tratamiento preventivo intermitente) y duerma bajo una mosquitera tratada con insecticida (Lucha contra el paludismo, 2005).

¹⁵ Aunque las opciones de alimentación del bebé son más complejas en zonas con alta prevalencia del VIH, para la mayoría los niños de las mujeres que deciden amamantarlos, la lactancia natural exclusiva puede ser la opción más saludable (Coutsoudis y otros, 1999).

¹⁶ Cabe señalar que cuando el niño deja de ser bebé pero aún no está en edad escolar, es necesario modificar su dieta para satisfacer las necesidades nutricionales relacionadas con la nueva fase de crecimiento y las nuevas actividades. Tal vez sea preciso asimismo proporcionarle suplementos nutricionales para asegurar que no sufra trastornos del crecimiento durante este período crítico. Se tiene que informar a todas las personas encargadas del cuidado de los niños acerca de la alimentación que resulta más apropiada para ellos y de los eventuales suplementos nutricionales que se les deben administrar.

¹⁷ Sin embargo, hay otros factores que pueden contribuir al aumento del peso al nacer. Por ejemplo, el mayor nivel de instrucción entre las muchachas en los campamentos, lo que puede haber retrasado la edad del primer embarazo y mejorado el estado de salud de las muchachas antes de tener hijos.

¹⁸ Un problema relacionado es que los padres pueden considerar el almuerzo escolar como simple sustituto de las comidas normales y

reducir la cantidad de alimentos que le dan al niño en casa. No obstante, estudios recientes indican que en general esto no sucede (Glewwe y Kremer, 2005).

¹⁹ En algunos lugares, los padres participan en comités para la supervisión de las existencias de alimentos, aportan condimentos para las comidas o colaboran en su preparación. Sin la participación de la comunidad, los costes del programa pueden aumentar y existir menor responsabilidad y mayor riesgo de abuso de los programas por parte de quienes los gestionan.

²⁰ Algunos autores (véase Glewwe y Kremer, 2005) invitan a la cautela en la interpretación de estos datos, señalando que muchos de los programas de reducción de las tasas escolares se acompañan de otras iniciativas que pueden explicar parcialmente este aumento. También indican que el aumento del número de matrículas escolares no resultará en una escolarización duradera si la capacidad y la calidad de las escuelas no son satisfactorias.

²¹ Dos estudios realizados en Jamaica mostraron que en los colegiales a los que se les daba un desayuno en la escuela, sobre todo en los que padecían desnutrición, se mejoraban algunas funciones cognitivas (Grantham-McGregor y otros, 1998). En México, un programa de desayuno escolar para niños pobres de entre cuatro y seis años mejoró sus resultados en cuanto a la velocidad de respuesta, la motricidad fina y el comportamiento (Noriega y otros, 2000).

²² La existencia de una motivación inmediata puede explicar las diferencias en la retención de los conocimientos adquiridos en los cursos.

Según un estudio longitudinal sobre un proyecto de alfabetización en Senegal, las tasas de éxito obtenidas fueron las siguientes: lectura, 35%; escritura, 26%; aritmética y solución de problemas, 20%; y actividades generadoras de ingresos, 68% (Nordtveit, 2005).

²³ Esto tal vez se deba a las varias dificultades encontradas en los cursos de alfabetización de adultos, entre las cuales la baja tasa de asistencia, la mala calidad de la enseñanza impartida y la falta de un ambiente que valore la alfabetización y le permita contribuir a impulsar el proceso de aprendizaje. Con demasiada frecuencia los cursos de alfabetización se han dictado de manera aislada, como si fueran un fin en sí mismos y no una manera de mejorar los medios de subsistencia y de combatir el hambre.

²⁴ La estatura se utiliza con frecuencia como indicador indirecto del bienestar nutricional de una sociedad en su conjunto. Sin embargo, también influyen otros factores, como el entorno sanitario, las condiciones socioeconómicas o la genética.

²⁵ Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las inversiones en enseñanza primaria al comienzo de los procesos de desarrollo de los países en cuestión y el futuro crecimiento económico (Mingat, 1998). En un estudio de treinta provincias de China se observaron resultados análogos (Lin, 1997). Por supuesto, la correlación puede actuar también a la inversa, de manera que un mayor nivel de crecimiento económico favorece un nivel educativo superior. Sin embargo, centrándose en los niveles educativos en los primeros años, los citados estudios pudieron hacer un extenso control de este efecto.

²⁶ Tal como se menciona en la anterior nota a pie de página, se ha constatado que el nivel de escolarización contribuye notablemente al crecimiento económico y no sólo a la inversa.

²⁷ Un factor suplementario es que la mejora de las condiciones sanitarias produjo una reducción de las tasas de mortalidad infantil en muchos países. En Asia, el descenso de la fecundidad llegó a ser del 40% o el 50%, compensando sobradamente el incremento de la población debido a la menor mortalidad infantil. Sin embargo, en algunas partes de América Latina, y en África especialmente, la fecundidad no disminuyó con suficiente rapidez, produciendo incrementos globales del crecimiento demográfico.

²⁸ Técnicamente, esto se denomina “disminución de la tasa de dependencia juvenil”. Evidentemente, se puede equilibrar el tamaño absoluto de la población activa con su calidad. En general, sin embargo, la menor tasa de dependencia juvenil se ha relacionado con mayores niveles de crecimiento económico.

²⁹ Fogel da a entender que estas mejoras contribuyen a explicar la disminución de los indigentes y mendigos en la Inglaterra del siglo XIX.

³⁰ Las pérdidas se relacionan además con una disminución de la capacidad cognitiva. Aunque las estimaciones se han de tomar con cautela, este tipo de malnutrición se ha asociado a disminuciones de 15 puntos en el cociente intelectual y al consiguiente descenso del 10% en los salarios y la productividad (Horton, 1999). Las carencias de vitaminas y minerales —incluidas las de hierro y yodo— contribuyen a pérdidas notables de productividad. La anemia en la infancia se asocia con una disminución del 4%

del jornal real por hora (Horton, 1999). Y las estimaciones indican que la disminución de la capacidad cognitiva a causa de la anemia en determinados países del sur de Asia ha producido una reducción del PIB del 3,5% (Horton y Ross, 2003). El efecto del deterioro cognitivo es entre cinco y seis veces mayor que las pérdidas de productividad física. La carencia de yodo (que a veces se denomina “bocio”) produce pérdidas de escala similar. Se ha calculado que los niños nacidos de madres con bocio sufren una pérdida de productividad media del 10%, debido a la disminución del potencial cognitivo (Ross, 1997, citado en Horton, 1999).

³¹ “Capital de salud” es una expresión que se emplea para describir el efecto directo de las condiciones de salud en el crecimiento económico. Fogel argumenta que este “capital fisiológico” es un claro factor del crecimiento económico que no se ha analizado debidamente.

³² Este resultado se debió asimismo a que las comunidades se identificaron con el programa, en el que se utilizaban alimentos y otros insumos producidos en el lugar.

³³ Un estudio reciente elaborado de cara al Consenso de Copenhague sustenta esta opinión (Behrman, Alderman y Hoddinott, 2004). En él se analiza la relación beneficios-costos de diversas intervenciones nutricionales (véase el siguiente cuadro). Entre los beneficios figuran las futuras ganancias de productividad, convertidas a cantidades actuales. Los costos responden a los gastos necesarios para ejecutar los programas en el período de tiempo especificado. Si el valor de la relación beneficios-costos es mayor que 1, significa que los primeros superan a los segundos. Por ejemplo, la intervención con suplementos de

hierro presenta una relación beneficios-costos de entre 6,1 y 14,0, lo cual implica que los beneficios económicos de realizar estas intervenciones superan a los costos entre 6 y 14 veces aproximadamente.

³⁴ En el momento en que dice esto, ella no sabe que él intenta reunir conocimientos para ese fin.

³⁵ En el cuadro que figura en la página siguiente se recogen algunos de los indicadores básicos para problemas relativos al hambre y el aprendizaje en cada grupo de edad. También se ofrecen, siempre que es posible, comparaciones internacionales, para dar idea de la gravedad del problema.

CUADRO: Relación costos-beneficios de las intervenciones dirigidas a reducir el hambre

Intervención y población destinataria	Relación beneficios-costos
Reducir el bajo peso al nacer donde exista un riesgo elevado (particularmente en el sur de Asia)	
Tratamiento a mujeres con infecciones bacterianas asintomáticas	0,6 - 4,9
Tratamiento a mujeres que se presume tienen enfermedades de transmisión sexual	1,3 - 10,7
Medicamentos para mujeres con un historial obstétrico problemático	4,1 - 35,2
Mejorar la nutrición de lactantes y niños más mayores en las poblaciones con una elevada prevalencia de la malnutrición	
Fomento de la lactancia materna en hospitales que han tenido por norma el fomento de los preparados para lactantes	4,8 - 7,4
Programas integrados de cuidados infantiles	9,4 - 16,2
Programa preescolar intensivo con un componente considerable de nutrición para familias pobres	1,4 - 2,9
Reducir las carencias de micronutrientes en las poblaciones con una elevada prevalencia	
Yodo (mujeres en edad de procrear)	15,0 - 250,0
Hierro (toda la población)	176,0 - 200,0
Hierro (mujeres embarazadas)	6,1 - 14,0

Fuente: Behrman y otros, 2004.

CUADRO: Valoración de los problemas relativos al hambre y el aprendizaje

Grupo de edad/problema	Indicador	Valores de referencia
Primera infancia		
Bajo peso al nacer	% de bajo peso al nacer	Elevado: 0-7; Medio-alto: 7-11; Medio-bajo: 11-15; Bajo: 15-32
Trastornos del crecimiento	% de retraso del crecimiento (estatura baja para la edad)	Elevado: 1,3-12; Medio-alto: 12-25; Medio-bajo: 25-39; Bajo: 39-57
	% de niños con insuficiencia ponderal	Elevado: 0,8-7; Medio-alto: 7-17,5; Medio-bajo: 17,5-31; Bajo: 31-50
	% de niños alimentados exclusivamente con lactancia materna durante seis meses	Elevado: 73-86; Medio-alto: 56-73; Medio-bajo: 36-56; Bajo: 8-36
Carencias de micronutrientes	% de bocio (total de la población)	Elevado: 4-11; Medio-alto: 11-17; Medio-bajo: 17-24; Bajo: 24-48
	% de anemia por carencia de hierro	Elevado: 8-36; Medio-alto: 36-56; Medio-bajo: 56-73; Bajo: 73-86
Estimulación	Escalas de desarrollo psicomotor	n.d.
Edad escolar		
Escolarización	Matrícula neta en escuelas primarias	Elevado: 96-100; Medio-alto: 86,5-96; Medio-bajo: 70-86,5; Bajo: 34-70
	Esperanza de vida escolar	Elevado: 12,5-16; Medio-alto: 11-12,5; Medio-bajo: 8-11; Bajo: 3-8
Capacidad de atención	n.d.	n.d.
Carencias de micronutrientes	% de bocio en el total de la población	Elevado: 4-11; Medio-alto: 11-17; Medio-bajo: 17-24; Bajo: 24-48
	% de anemia por deficiencia de hierro	n.d.
Habilidades y conocimientos específicos	Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas	n.d.
Adultos		
Alfabetización de adultos	Tasa de alfabetización de adultos	Elevado: 93-99,7; Medio-alto: 83-93; Medio-bajo: 60-83; Bajo: 13-60
Medios de subsistencia	% de personas con ingresos inferiores a 1 dólar diario	Elevado: 0-2; Medio-alto: 2-15; Medio-bajo: 15-36; Bajo: 36-85
Habilidades y conocimientos específicos	Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas	n.d.
Asistencia y concentración	n.d.	n.d.

³⁶ A continuación se ofrecen estimaciones de los costos de diversas intervenciones:

Primera infancia	Costo anual por persona
Alimentación suplementaria	36-172 dólares para proporcionar 1.000 kcal/día (a)
Enriquecimiento con yodo	0,02-0,05 dólares (b)
Suplemento de yodo (mediante cápsulas) por niño/madre	0,50-2,80 dólares (c)
Suplemento de yodo (mediante inyecciones de aceite)	0,8-2,75 dólares (d)
Enriquecimiento con hierro	0,09-1,00 dólares (e)
Suplemento de hierro mediante pastillas, por persona	0,55-5,30 dólares (f)
Fomento de la lactancia natural en los hospitales	0,30-0,40 dólares si se elimina la leche de fórmula; 2-3 dólares si no (g)
Vigilancia del crecimiento en el marco de actividades comunitarias	1,60-10 dólares sin alimentos 11-18 dólares con alimentos (h)
Desarrollo infantil precoz/cuidados infantiles	250-412 dólares con alimentos (Bolivia) 2-3 dólares sin alimentos (Uganda) (i)
Edad escolar	Costo anual por persona
Comidas escolares (660 kcal al día y 200 días lectivos)	20 dólares (j)
Enriquecimiento local de los alimentos (incluidas la premezcla, la molturación y en envasado)	menos de 30 dólares por tonelada o menos de 1 dólar/niño en los programas de alimentación suplementaria (k)
Costos de las actividades combinadas de tratamiento antiparasitario y suplementos de micronutrientes en los programas de alimentación suplementaria	1-4 dólares (l)
Edad adulta	Costo anual por persona
Educación en materia de nutrición	2,5 dólares (m)
Instrucción sobre nutrición y microcréditos	n.d.
Raciones para llevar a casa	n.d.

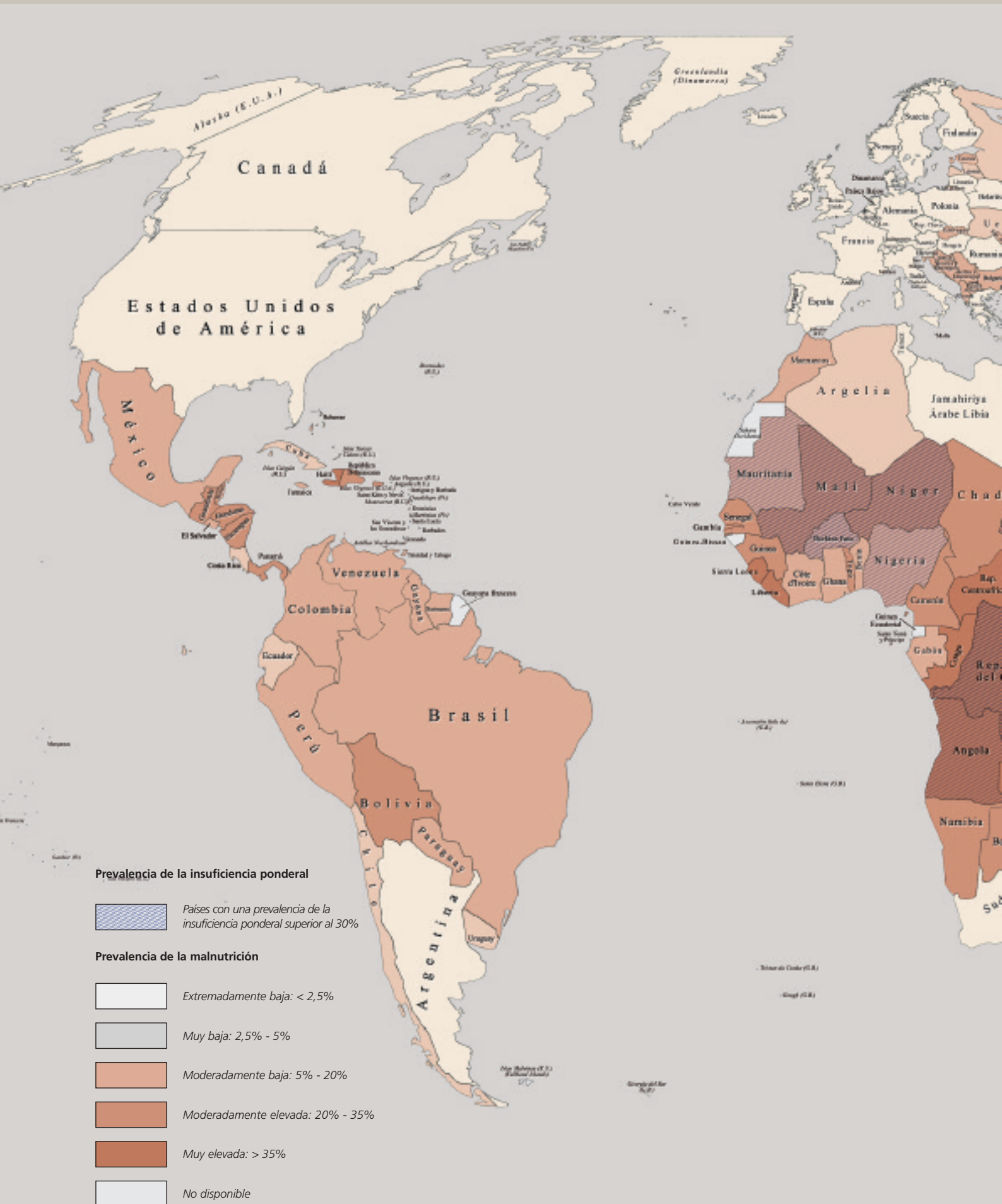
Fuentes: a) Horton, 1993, 1999; b) Caulfield y otros, 2005, citados en el Banco Mundial, 2005c; c) citados en el Banco Mundial, 2005c; d) Caulfield y otros, 2005, citados en el Banco Mundial, 2005c; e) Caulfield y otros, 2005, citados en el Banco Mundial, 2005c; f) Horton, 1992; Mason y otros, 2001; Caulfield y otros, 2005, citados en el Banco Mundial, 2005c; g) Horton y otros, 1996; h) Fielder, 2003; Ianotti y Gillespie, 2002; Gillespie y otros, 1996; Mason y otros, 2001; i) Banco Mundial, 2002, 2005; j) PMA, 2004c; k) PMA, 2004c; l) PMA, 2004c; m) Ho, 1985.
Nota: Esta relación de costos y fuentes se ha extraído en gran parte del Banco Mundial, 2005c.

³⁷ Un caso extremo es cuando los valores de "1990" son iguales a los valores de "2015". Esto ocurre si un país, por ejemplo, tiene una tasa de pobreza 0 en 1990. En ese caso el valor de "1990" será 1, y el correspondiente valor de 2015 también será 1. Si la tasa de pobreza es 0 también en "2000" (y, por lo tanto, el valor dimensional es 1), el valor asignado para esa dimensión será 1, lo que significa que el parámetro no presenta problemas y que el país ha de seguir manteniendo ese nivel. En el caso de que la pobreza aumentara de 0 en 1990 a un cierto valor en 2000 (por ejemplo, 3%), el valor normalizado (Ni) de la pobreza será negativo, y la magnitud se expresará como la distancia con respecto al valor 1 en 2015 (por ejemplo, -0,03).

³⁸ Dirección de Estadísticas de las Naciones Unidas, Base de datos sobre indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio.

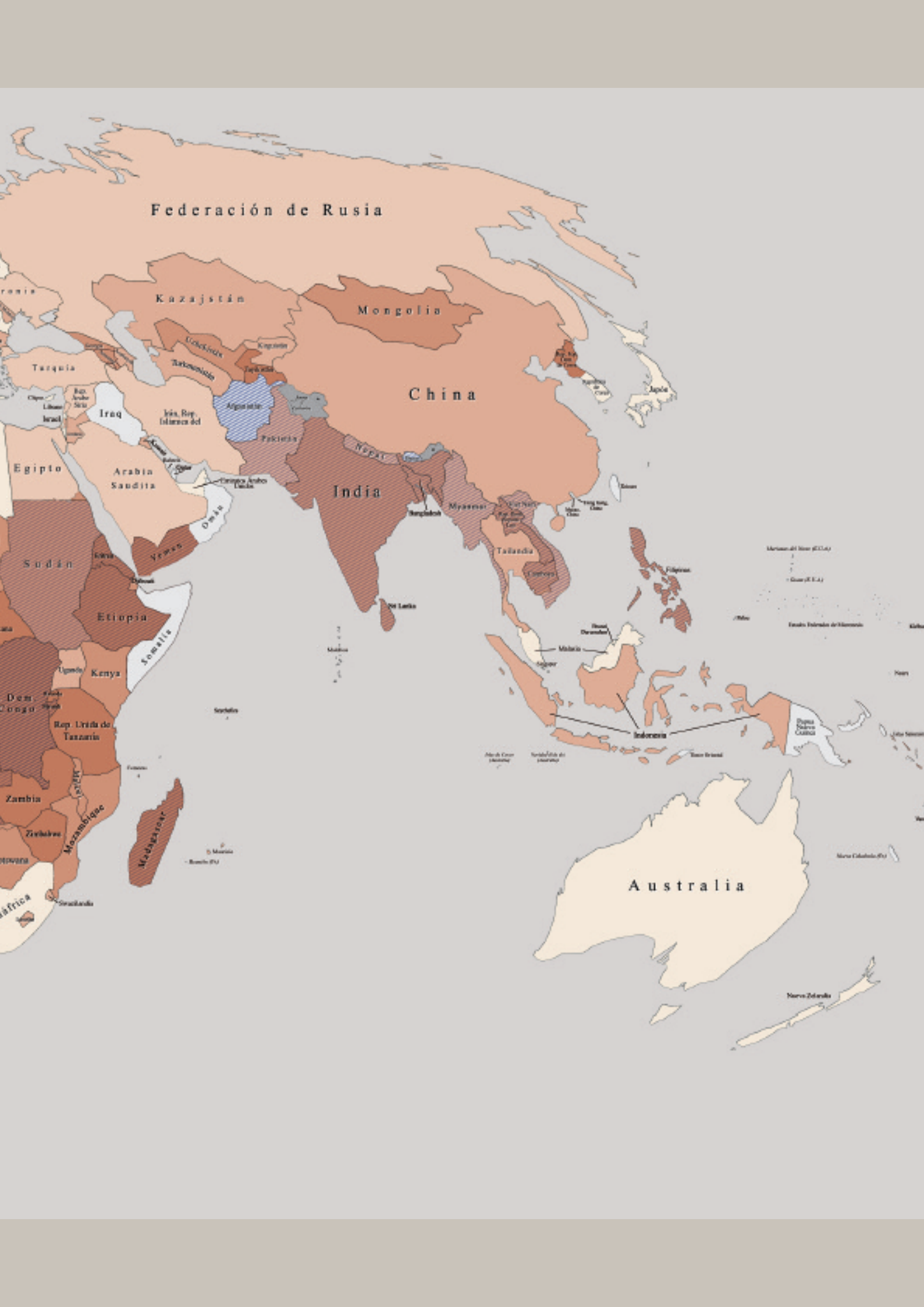
³⁹ Las definiciones se han adaptado a partir de distintas fuentes, entre las cuales las Naciones Unidas, la UNESCO, el PMA, el Proyecto del Milenio y el Proyecto de Bretton Woods.

Mapa B — El hambre infantil en el mundo medida en función de la subalimentación y la insuficiencia ponderal



Los límites y nombres indicados y las denominaciones empleadas en este mapa no entrañan, por parte de las Naciones Unidas, aprobación o aceptación oficial alguna. Mapa elaborado por la dependencia de VAM del PMA.

Fuente de los datos: FAO, OMS.



“¿Por qué tantos hombres, mujeres y niños siguen yendo a dormir con hambre? No es por falta de pruebas de que el hambre absorbe los recursos nacionales, comunitarios y familiares. Sus efectos físicos, mentales y sociales están extensamente documentados. Sin embargo, el hambre continúa existiendo a una escala que resulta escandalosa a nivel mundial.

La “Serie de informes sobre el hambre en el mundo” contribuye de forma importante a dirigir la atención general hacia este acuciante problema global que afecta a tantos países y a un sector tan grande de la población mundial.”

Nevin S. Scrimshaw

Presidente de la International Nutrition Foundation
y Asesor Superior del Programa de Alimentos y Nutrición
de la Universidad de las Naciones Unidas.
Galardonado con el Premio Mundial de la Alimentación.

“En este informe, el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas ha reunido pruebas contundentes del alcance con el que el hambre, pre y postnatal, daña la capacidad de un niño para aprender. El crecimiento individual y nacional, en el plano tanto económico como personal, resulta a su vez perjudicado. El informe se limita escrupulosamente a extraer generalizaciones basadas en pruebas. Por último, formula unas recomendaciones de actuación basadas en experiencias reales”.

Kenneth J. Arrow

Profesor (Emérito) de Economía en la Universidad de Stanford.
Premio Nobel de Economía.

