

Sistema de valores, la Salud y el Tercer Mundo (1)

Doctor Alberto G. Pradilla*

"I sit on a man's back, choking him and making him carry me, and yet assure myself and others that I am very sorry for him and wish to ease his lot by all possible means — except by getting off his back" Tolstoi

SUMMARY. It is obvious for everyone that human beings, societies and countries are significantly different from each other. Even within a single region of a country it is possible to locate groups with value systems, languages, religion differences. This difference creates problems for researchers, for planners and policy makers. It is simple to ignore differences, give them a statistical value and pretend that diversity can be dealt by ignoring confounding variables and divide humans, social groups and countries into convenient groupings such as developed, developing, East, West, peasants, jet set, etc.

The evidence indicate the obvious. Health problems and its manifestations, associated factors, basic causes and the solutions for the same problem are not universal. The prevalent diseases of the so called third world countries are not exclusively infectious nor the diseases of the first are cardiovascular. A discussion on the trends of mortality by age and cause globally and in Colombia indicate that there are great differences between and within countries both in causes of death and in the associated factors year by year. Problems of *third world* can be found in *the first world* and those of the *first* can be found in the *third*.

It is necessary to ignore value judgements and identify the problems, its causes to design programmes suitable to the characteristics of the country or region. Universal solutions are not any longer appropriated.

RESUMEN. A pesar de que es aparente que los seres humanos, las sociedades y los países son diferentes entre sí, investigadores, planificadores y políticos tienden a ignorar las diferencias y pretender que la diversidad pueden ignorarse, darles un valor o un nombre y crear grupos de conveniencia.

La revisión de tendencias de causas de muerte en el mundo y en Colombia indica lo obvio. La morbimortalidad de los países del tercer mundo no es exclusivamente infecciosa ni la del primer mundo cardiovascular. Existen diferencias claras entre y dentro de los países no solo en las manifestaciones sino en los factores asociados que se modifican de año en año. Existen poblaciones en países del primer mundo con características de salud de tercer mundo y viceversa.

Se hace necesario ignorar los prejuicios e identificar los problemas de cada lugar, sus factores para desarrollar programas adecuados para el contexto del lugar. Debe evitarse caer en el pensamiento simplista de que somos tercermundistas y por lo tanto nuestros problemas son iguales con los otros países clasificados como tales.

1. Introducción

Es aparente para cualquiera que los seres humanos, las sociedades y los países son diferentes entre sí. Aun dentro de una región en un país es posible ubicar grupos con diferentes idiomas, religiones, creencias y valores. Estas diferencias crean problemas para los investigadores, los planificadores y los políticos. Es muy fácil ignorar las diferencias, dar a ellas un valor estadístico y

pretender que la diversidad puede ser manejada ignorando las variables de confusión y entonces dividir a los seres humanos o las sociedades en grupos de conveniencia.

2. Clasificación Internacional de los Países

En el mundo contemporáneo los países se clasifican generalmente como perteneciendo a uno u otro de los siguientes: O se es del "*Primer Mundo*,

* Por invitación. El autor es docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Industrializado, Desarrollado, Norte, Occidente”, o se pertenece al “*Tercer Mundo, En Desarrollo, Pre industrial, Sur, Oriente*”. Es bastante difícil de comprender como un país con un PBI alto que está geográficamente en el sur y oriente puede ser clasificado como perteneciente al norte y occidente mientras otro país de ingresos muy bajos ubicado en el norte y occidente se clasifica como sur.

Esta clasificación no sería de gran importancia si no fuese por el juego de valores que en forma implícita o explícita se asocia con ella. El concepto mismo de *Tercer Mundo* está atado con imágenes negativas tales como corrupción, ineficiencia y la inhabilidad de reconocer sus propios problemas o de utilizar las soluciones que el *Primer Mundo* ofrece. La morbilidad y el tipo de enfermedades de los habitantes del *Tercer Mundo* deben caer dentro de ciertas categorías aunque ellas no sean siquiera conocidas en el lugar. Las soluciones que se generan en los países del *Tercer Mundo* no son las apropiadas aunque los resultados demuestren lo contrario. Se hacen grandes despliegues de prensa por programas pequeños de agencias del *primer mundo* pero no se dice nada cuando las autoridades nacionales tienen éxito en sus propios problemas(2). El tráfico de armas y drogas parece ser de gran perversidad en el *Sur* cuando es mas o menos neutro en el *Norte*. Los daños al medio ambiente generados en mas de las 3/4 partes por países clasificados como del *Norte* se achaca a las faltas de los así llamados países del *Sur*. El *Norte* apoya dictaduras en el *Sur* para defender la democracia y se olvida de las desigualdades de su propio sistema. El chantaje económico es válido para “defender la libertad” por un país del *norte* pero es inaudito si se usa para la defensa de su propio país por uno del *sur*.

Como reflejo de las desigualdades, que están presentes en todas las sociedades, la sociedad global ha sido dividida en dos grupos convenientemente desiguales. Uno es generoso y sabio, ayudando a aquellos que no pueden ayudarse a si mismos, y actuando en el sistema clásico padre: niño. Sin importar los cambios que han ocurrido en los países del “*Tercer Mundo*” y las diferencias extremas entre ellos, se espera que las soluciones universales tengan resultados positivos iguales en todas partes. Se generan *programas en busca de problemas* en vez de *identificar los problemas y desarrollar los programas* para solucionarlos.

Uno de los resultados de esta clasificación es que las propuestas de ayuda son preparadas por los nacionales de los países donantes o de agencias

externas contratadas por el mismo país donante. El personal técnico local no se supone que tenga el conocimiento o el expertismo necesario para evaluar objetivamente su propio problema o diseñar soluciones apropiadas. Las propuestas preparadas por los donantes se someten al mismo donante para aprobación, incluyendo las cláusulas usuales para evitar malos manejos y corrupción del recipiente. Las propuestas por lo general fallan en la detección de cuellos de botella en la ejecución del proyecto, en cierta forma garantizando su falla. Naturalmente se sobreentiende que la falla del proyecto es causada por la ineficiencia e incompetencia de la administración local. Si por el contrario el proyecto es exitoso la responsabilidad es toda del donante.

La evaluación de intervenciones para el desarrollo refleja también el mundo y la percepción de la vida de quien evalúa. Dependiendo de la definición propia de “bueno”, el mismo proyecto puede considerarse un fracaso o un éxito. Cada quien tiene posiciones igualmente respetables pero esto crea grandes dificultades en las agencias cuando el profesional que evalúa cambia levemente la definición de aquello que se espera del proyecto.

No es infrecuente para algunos países sentirse seducidos por ofertas aparentemente generosas y acordar los objetivos y términos de un préstamo para un programa que no tendrá éxito, casi por definición, debido a problemas logísticos. No hay posibilidad que los factores que limitan la ejecución del programa puedan ser removidos bajo los términos del préstamo, aun que sean aparentes para los locales. Un inmunólogo o un asistente técnico con seis meses de entrenamiento nacional de un país del *Norte* puede fácilmente convertirse en un experto para el desarrollo de un plan de nutrición en un país del *Sur*. Sugerencias de profesionales locales con amplia experiencia sobre el tema no se considera. La opinión del joven consultor del *Primer Mundo* tiene mucho mayor valor y por lo tanto es mas importante que el conocimiento del profesional local experimentado.

Al final las fallas masivas de planes de desarrollo junto con los préstamos desarrollados por países donantes diez años atrás se atribuyen a la corrupción e ineficiencia de los gobiernos locales. Después del fracaso las agencias dan más consejos que naturalmente se acompañan de prestamos nuevos. Es difícil saber si estos consejos son mejores que aquellos que se dieron en el pasado pero se puede predecir que si estos nuevos proyectos fallan, la culpa recaerá sobre los organismos ejecutores en el país. Un país africano, semi desértico, aceptó la

oferta de un préstamo generoso para montar ingenios azucareros solo para encontrarse al final que el mercado internacional no tenía la posibilidad de comprar a precios que hicieran rentable su inversión. En la costa norte de Colombia un programa de mejoramiento de porcinos, gracias a préstamos internacionales, importó cerdos finos de un tamaño tal que impedía su reproducción con las cerdas nativas. La certeza existe de que cualquier persona en el *Primer Mundo* (o dentro del país del que proviene el capital) sabe que y cómo debería manejarse la vida de la gente del *Tercer Mundo o los campesinos de su propio país*.

Bajo estas circunstancias no es ninguna sorpresa que mas del 80% del presupuesto de los países donantes es captado por consultores del mismo país y en gastos administrativos. Al final solo un pequeño porcentaje de los dineros prestados o donados llegan al país de destino. Así mismo se aparece ante la opinión pública mundial como benefactor del *tercer mundo* cuando se presta a países como Malasia, Zimbabwe, Colombia, todos *subdesarrollados*. Son pocos los préstamos o donaciones que se hacen a Mauritania, Chad, Haití que también pertenecen al mismo grupo pero que carecen de infraestructura y logística para ser compradores potenciales. El éxito de la ayuda alimentaria a un país suramericano fue expresado por un funcionario: "Hemos logrado que el consumo de trigo sea superior al de maíz".

El problema, difícil de resolver, es que estos juicios de valores se llegan a creer en los países del *sur*, que terminan por considerarse inferiores a si mismos. Posiblemente esta falta de auto estima hace que funcionarios y técnicos de las organizaciones nacionales de países del *tercer mundo*, pero que se consideran como ciudadanos superiores, repliquen el esquema con grupos de población o ciertas regiones dentro de su mismo país y que son clasificadas como subdesarrolladas. Así mismo funcionarios de países del *primer mundo* consideran a todos los inmigrantes como ciudadanos de segunda clase que deben sentirse orgullosos de servir a los ciudadanos de primera clase. Pareciera que la colonización en reversa o la venganza de las antiguas colonias es invadir los países que los colonizaron en el pasado.

Reportes publicados por varias agencias internacionales indican que en términos globales ha habido ganancias impresionantes en educación, saneamiento, disponibilidad de alimentos, acceso a sistemas de salud. Estos cambios pueden explicar los aumentos en esperanza de vida, los cambios en

la estructura de la mortalidad específica por causa y edad así como la disminución de la desnutrición infantil. La interpretación de estos datos, sin embargo, parece implicar que los países en desarrollo no están mejor hoy que cincuenta años atrás. Que la población del *tercer mundo* está muriendo de hambre, todos sus niños muriéndose y todos sus gobernantes son ineptos. Durante una entrevista para una cadena de Televisión del primer mundo se solicitó al entrevistado centrar sus respuestas a las enfermedades del mundo civilizado. Para el asombro del entrevistador, el entrevistado no sabía de qué mundo estaba hablando.

¿Quiere esto decir que desarrollo tiene un significado diferente para las distintas latitudes y que una vez que un país, un grupo étnico o una persona se clasifica dentro de un determinado estereotipo su suerte está definida?. ¿O es que los datos y la información que se presenta es falsa?. En términos prácticos esta división del mundo permite ignorar aquellos países donde los problemas son mas serios y concentrar la inversión solo en aquellos que tienen suficiente capacidad para convertirse en sitios de inversión o mercados potenciales en corto tiempo. Es solamente una cuestión de revisar los fondos asignados a un puñado de países, no necesariamente los mas pobres. También es conveniente políticamente hablar de pobreza del *tercer mundo* e ignorar los grupos marginales que existen en casi cualquier sociedad y que lo son por razones de credo, etnia, cultura o por que sí.

3. Evidencia que indica la imposibilidad de generalizar diagnósticos y soluciones con base en grupos

Durante la segunda parte de este siglo el mundo ha experimentado cambios significantes en muchos de los factores que se asocian a la desnutrición infantil y a varias de las causas de muerte. Los promedios globales tienden a ocultar el hecho de que existen países y grupos de población en todos los países cuya situación continúa igual o ha empeorado. El sistema de valores que ha prevalecido en este periodo ha orientado la dirección del desarrollo hacia las ganancias económicas del país. La industrialización, el afán de exportar, la mecanización han creado las condiciones para el desempleo rural, migración hacia los centros urbanos y la degradación de las condiciones sociales y el entorno. Las

manifestaciones tradicionales de la pobreza se están reemplazando por otros tipos de manifestaciones que parecen en la superficie menos dramáticas y por lo tanto se publican menos. Las altas tasas de mortalidad infantil y desnutrición del menor de cinco años se reemplaza por muerte e incapacidad a los 50 años, niños delgados y emaciados por adultos obesos e hipertensos.

El Fondo para el Desarrollo de las Naciones Unidas ha efectuado recientemente esfuerzos para identificar en una forma mas precisa (Índice de Desarrollo Humano, IDH) aquellos países donde las condiciones de la sociedad han permanecido estáticas o han empeorado durante las últimas décadas. Esta publicación anual desde 1990(3) reporta indicadores de desarrollo humano en contraposición a los indicadores de desarrollo económicos. El Índice incluye disponibilidad de servicios y su uso, educación, niveles de pobreza, vivienda, etc. y por lo tanto permite visualizar los factores mas importantes que deben mejorar. Este mismo tipo de análisis se comienza a utilizar dentro de los países y podría tener gran utilidad en la definición de problemas de desigualdad social que en última instancia son la base de la mayoría de los problemas de salud. La clasificación de los países por este índice es muy diferente de la clasificación de países por su PIB. Aparecen países muy ricos con Índice bajo, países de ingresos medios con Índice alto.

Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. Estos cambios magnifican los problemas resultantes de la transición epidemiológica y hacen que la edad en que aparecen las enfermedades crónicas asociadas con la alimentación, sea cada vez más temprana y en grupos de menores ingresos(4, 5, 6, 7, 8, 9). Los grupos de menores ingresos en los países ricos y los grupos de mayores ingresos en los países muy pobres, son los que presentan la mayor morbimortalidad por enfermedades crónicas asociadas con la alimentación^{10 11 12}. La evidencia parece estar demostrando que el mundo no puede dividirse en dos casillas, cada una con un perfil epidemiológico y que por lo tanto no existen solo dos soluciones universales para los problemas. Ni siquiera es posible encasillar a los seres humanos en pobres medios y ricos, ya que las manifestaciones de salud de cada uno dependen del entorno en que se vive.

Aunque se desconoce bastante acerca de la causalidad y etiología de algunos procesos mórbidos, existe consenso en identificar ciertas formas particulares de estilos de vida como factores de riesgo de enfermedades crónicas(13). En este contexto se definió estilo de vida como "los componentes de conducta habitual que adoptan las personas por decisión propia, y donde se incluyen alimentación, peso corporal, ejercicio, consumo de cigarrillo, alcohol y otros fármacos"(14, 15, 16). Entre tales componentes, la alimentación y la actividad física asociadas a niveles socioeconómicos se han implicado como factores de riesgo en un buen número de enfermedades. Las mismas diferencias que existen entre los seres humanos hace que la interacción de variables pueda ocasionar diferentes expresiones en diferentes grupos de población, países o regiones.

Aceptando que el estado nutricional, déficits o excesos, es un indicador del bienestar social y del desarrollo con equidad, utilizándolo es posible describir la situación de países y regiones. Aunque la información disponible a nivel mundial para los déficits no permite cuantificar la prevalencia en todos los países para 1990, excepto como proyecciones(17), es posible utilizar otro indicador de consecuencia como es la tasa de mortalidad infantil(18), estrechamente asociado con el estado nutricional de madre e hijo. La mayoría de los países de alta mortalidad infantil se encuentran en el continente africano al sur del Sahara, aunque la mayor población corresponde a países del Asia sur oriental.

Aunque con tasas diferentes, los Departamentos en Colombia nos muestran en cuáles se deben buscar problemas deficitarios. Igual diferenciación se encuentra entre los Barrios de la Ciudad de Cali. En Colombia la media de la tasa de mortalidad infantil era de 103.08 ± 17.99 en 1960 y de 39.22 ± 21.40 en 1990. Es decir se disminuyó la tasa en 2.13 anuales por 1000 nacidos vivos durante ese período. En 1990 solamente Chocó y algunos de los antiguos Territorios Nacionales tenían una mortalidad infantil superior a 70 por 1000 nacidos vivos. La mayoría de los Departamentos disminuyó la mortalidad infantil en más de 2% anual en estos 30 años.

La importancia de la transición demográfica y epidemiológica se ha reconocido desde hace varios años en los países de altos ingresos(19). Sin embargo, sólo recientemente, con dificultad y a pesar de la evidencia, se comienza a reconocer que hay un proceso similar en países de ingresos medios

y bajos(20, 21, 22, 23) encajonados en los mal llamados *subdesarrollados, sur o tercer mundo*. Existe aún cierta resistencia a creer que están ocurriendo cambios muy marcados en la

alimentación y en los estilos de vida en países de ingresos medianos y bajos y que hasta en países de altos ingresos se encuentren grupos de población en fases incipientes de transición.

REGION	Mas de 60 por 1000 nv	20 a 59 por 1000 n.v.
ATLANTICA		<i>Magdalena, * Cesar, * Guajira, * Atlántico, Bolívar, * Sucre, * Córdoba, Atlántico</i>
CENTRAL		<i>Caquetá, Caldas, Risaralda, * Quindío * Tolima, * Huila, * Antioquia</i>
ORIENTAL		<i>Bogotá, Norte de Santander, * Santander, * Boyacá, Cundinamarca, Meta</i>
PACIFICA	<i>Chocó*</i>	<i>Nariño, * Valle, * Cauca*</i>
Antiguos Territorios Nacionales	<i>Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Amazonas, Putumayo, Casanare, Arauca</i>	

Los datos sobre mortalidad específica por edad y causa, así como su reflejo sobre la distribución de las poblaciones por edad, constituyen uno de los indicadores importantes con respecto a los efectos que tienen los factores alimentarios y sus asociaciones sobre el bienestar social y demuestra una vez mas que los países y las regiones son tan diferentes como las personas. Un estudio efectuado como preparación para la Conferencia Mundial de Nutrición analizó la situación de 63 países, 30 de altos ingresos (dos en las Américas) 32 de medianos ingresos (22 en las Américas) y uno de ingresos bajos(24). Los resultados permitieron conclusiones para países de altos y medianos ingresos:

La información sobre mortalidad específica por edad y causa se encontró para 63 países. De aquellos países que tenían la información, los años calendarios entre 1960 y 1989 se agregaron en 6 periodos consecutivos de cinco años. Para estos periodos se obtuvieron datos sobre disponibilidad de calorías, proteínas y grasas, Producto Interno Bruto, proporción de la población en áreas urbanas en los siguientes:

Países de ingresos altos: Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Alemania Oriental y Occidental, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda,

Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Nueva Zelandia, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, España, Suecia, Suiza, Inglaterra, Estados Unidos, Yugoslavia.

Países de ingresos medios: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Egipto, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Hong Kong, Honduras, Irán, Jamaica, Kuwait, Martinica, Mauricio, Malta, Méjico, Panamá, Perú, Filipinas, Puerto Rico, Singapur, Sri Lanka, Surinam, Tailandia, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Países de ingresos bajos: Cabo Verde

La mortalidad específica por enfermedades infecciosas se analizó para las edades de 0-4 y 5-14 por ser en estos grupos donde la prevalencia es mayor. La mortalidad específica por enfermedades crónicas se analizó para los grupos de edad de 45 a 54, 55 a 64 y mayores de 65. La comparación entre los países del estado nutricional con mortalidad por enfermedades asociadas a la alimentación está mediada por varios factores de desarrollo y la mayoría de ellos son indicadores de la distribución del ingreso nacional. El análisis de estos datos mostró:

- En cerca de 30 años la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años disminuyó de 22.6 a 5.5 por mil en los países de medianos ingresos y de 8.1 a 2.5 por mil en los países de ingresos altos. La mortalidad debida a enfermedades infecciosas, disminuyó de 5.6 a 0.63 por mil, tasa similar a aquella que tenían países de mayores ingresos en el período de 1960-64. La tasa para países de ingresos altos disminuyó de 0.665 a 0.033 en el mismo periodo. En las Américas, 18 países tienen esperanza de vida superiores a los 70 años y 9 países entre 65 y 70 años. Un patrón similar se observa en el grupo de edad de 5 a 14 años.

- En los grupos de edad de 45 a 54 años la tasa de mortalidad por todas las causas disminuyó de 8.4 a 5.9 por mil en países de ingresos medios y de 5.8 a 4.9 por mil en países de ingresos altos. Hasta el periodo de 1980

- 84 la tasa por enfermedades crónicas fue mas elevado en países de ingresos elevados, sin embargo el aumento de la mortalidad por estas causas en países de ingresos medios y la tendencia a la disminución en países de ingresos elevados disminuye la diferencia entre los dos. Cambios semejantes se observan en las tasas de mortalidad en el grupo de edad de ingresos. 55 a 64 años.

- La mortalidad por enfermedades infecciosas disminuyó en los dos grupos de países alrededor de 90% en el grupo de 0 a 4 años y en el menor de 14, disminuyó en un 90% en la mayoría de los países observados. A pesar de esta disminución las enfermedades infecciosas de los primeros años de vida representan aún junto con el déficit en el crecimiento y desarrollo un problema en algunos de los países del grupo y de regiones dentro de ellos.

-. Por el contrario la mortalidad por enfermedades crónicas, asociadas a estilos de vida no saludable, han aumentado en forma significativa en la mayoría de los países aun que hubo una disminución moderada en países de ingresos altos. La mortalidad por enfermedades crónicas en la población de 45 años y más en los países de ingresos medios aumentó progresivamente (6% en el grupo de edad de 45-54 y 37% en el grupo de 65 años y más). En el grupo de 45 a 54 la tasa de mortalidad para todas las causa era mas de 40% mas alta en 1960 pero solo 20% en el último periodo. En los dos grupos de países se observa una reducción marcada de la tasa de mortalidad. Hasta 1980-84 la tasa de mortalidad específica por enfermedades crónicas era 82% superior en los países de ingresos altos. En el periodo siguiente esta situación comienza a revertir por el aumento en países de ingresos medios y la tendencia a la disminución en los países de ingresos elevados siendo para el periodo de 1990 solo un 32% superior.

Las tendencias del consumo aparente de proteína, grasa y energía total, urbanización y P.I.B. muestra cambios estadísticamente significantes en el mismo periodo. Existe un cambio sustancial en el IDH para los países incluidos en el análisis. Los cambios mayores ocurrieron en los países de ingresos medios con un aumento significativo de 40%

- La medida cuantitativa de la asociación entre el consumo aparente de algunos nutrientes fue analizada por la correlación de Pearson. Se encontraron correlaciones negativas entre el consumo aparente y la mortalidad específica por diarrea en los grupos de 0 a 14 años y positiva para mortalidad por enfermedades crónicas aumentando la fuerza de la asociación con la edad.

TABLA. Cambios de mortalidad especifica por edad y causa. 63 países

EDAD	INFECCIOSAS		CRONICAS	
	Altos	Medios	Altos	Medios
Ingresos:				
0 - 4	- 95.0%	- 88.8%		
5-14	- 87.0%	- 91.0%		
45-54			- 6.8%	+ 5.7%
55-64			- 9.0%	+11.3%
>65			- 0.7%	+ 37.0%

El grado de urbanización presenta una asociación negativa con la mortalidad del menor de 14 años y positiva con la mortalidad por enfermedades crónicas de los 45 años en adelante.

- Al conformar conglomerados utilizando las variables (1) Tasa específica de mortalidad por infecciosas en el grupo de 0 a 4 años. (2) Tasa específica de mortalidad por enfermedades crónicas para el grupo de edad mayor de 65 años. (3) Esperanza de vida al nacer. (4) Porcentaje de la población urbana. (5) Producto Interno Bruto. (6) Consumo aparente de energía. (7) Consumo aparente de proteínas y (8) Consumo aparente de grasas los países se organizan obviamente en forma diferente a aquella determinada solamente por el ingreso per capita. El conglomerado 3 tiene las tasas mas altas de mortalidad específica por enfermedades infecciosas y todas sus otras variables lo hacen semejante al conglomerado 1. Los conglomerados 5 y 6 incluyen los países con las menores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y las mayores en enfermedades crónicas consumo aparente de energía y grasas. Los conglomerados 2 y 4 presentan mortalidad por enfermedades crónicas similares y el consumo aparente de energía, proteínas y grasas pero son muy diferentes en el PIB. Estas categorías efectuadas en un periodo no reflejan la dinámica de los cambios que ocurren durante los treinta años revisados.

- El mejor discriminante para el período de 1965-1969, de las diferencias entre los países de altos y medianos ingresos fue la disponibilidad de calorías per capita seguido por urbanización y el producto interno bruto (PBI). El PBI fue el mejor discriminante en el período siguiente, 1970 a 1975. La ingesta diaria de grasa fue el factor más discriminante de la diferencia en los períodos de 1975 a 1991. (Tabla ...)

El continente americano es, en su conjunto, uno de aquellos en los cuales comienzan a aparecer todos y cada uno de los factores de riesgo de la transición nutricional. Incluye países como Estados Unidos y Canadá donde los problemas asociados con la alimentación y la nutrición son principalmente las enfermedades crónicas en grupos marginados, y en el otro extremo, países como Guatemala y Haití donde los problemas de la población de menores ingresos son aún de tipo deficitario. Dentro de estos dos extremos, en

diferentes etapas de transición, se encuentran los demás países y grandes grupos de poblaciones dentro de todos los países. Una situación parecida existe en la región del Pacífico Occidental es bastante similar(25).

A pesar de que en los promedios hay una brecha entre Colombia y ciertos países de mayores ingresos, las tendencias de los últimos 40 años muestran cómo cada vez son menores. La morbimortalidad por infecciones (enfermedad diarreica, sarampión, tos ferina, etc.) que en su gran mayoría suceden en la edad infantil ha disminuido en una forma significativa. Asimismo la morbimortalidad por enfermedades crónicas asociadas con la dieta (cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, etc.) que se presentan en la edad adulta, han aumentado sobre todo en las ciudades o regiones del país con mayor población urbana. (Gráfico ..)

En la mayoría de los departamentos de predominio urbano y alta densidad de población, la mortalidad por enfermedades crónicas asociadas con la alimentación representa más de 25% de todas la muertes cuando en estos mismos departamentos las enfermedades transmisibles representan menos de 10%. Iguales variaciones se encuentran dentro de las grandes ciudades²⁶. Esto hace suponer, si las condiciones continúan igual, que ya a comienzos del próximo siglo el país estará en un nivel de transición nutricional muy similar al de los países de altos ingresos.

La disminución marcada de la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas es un indicador indirecto de la transición nutricional de este grupo de población y de sus madres. En la ciudad de Cali la mortalidad infantil disminuyó de 57 a 12 por mil nacidos vivos entre 1970 y 1996 y sin embargo dos Barrios de la ciudad presentan tasas muy superiores. La estructura de la mortalidad por edad en el Departamento del Valle del Cauca es similar a la población africana que habita en los E.U. o en el sur de Italia pero la zona Pacífica del Departamento tiene una estructura mas parecida a la de Guatemala o Haití. La mortalidad específica por enfermedades crónicas es ya prácticamente igual a la de países de altos ingresos en la edad de 45 a 54 años. Para Cali, en 1995, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardio-vasculares. La diabetes aparece como la quinta causa. (Gráfico...)

El análisis de diferentes indicadores demuestra la gran variabilidad que se encuentra no sólo entre

sino dentro de cada país. Estudios nacionales y locales en Colombia muestran que la distribución de peso para la talla de pre y escolares es semejante al patrón de referencia y con un sesgo hacia pesos altos. El último estudio(27) indica que sólo 1.3% de la población se encuentra por debajo -2 Desviaciones Estándar (DE). En varios informes de estudios nacionales y de comunidades pobres²⁸, se encuentran cifras de más de 15% de la población con peso superior a + 2 DE(29, 30, 31)

Aunque Mora, et. al(32) no lo indican explícitamente, en su estudio de la población escolar urbana, todas las medidas de estatura tiene una distribución normal a diferencia de las medidas de masa corporal (pliegues, peso para la talla) que están sesgadas hacia valores elevados. El Score Z muestra para hombres 1.5% por debajo de -2 DE y 4% por encima de + 2 DE, las cifras correspondientes para mujeres es de 1.2 y 2.1. Esto indica que ya en la edad preescolar y escolar se presenta sobrepeso. Aunque este sesgo no alcanza aún el observado en poblaciones de inmigrantes a los Estados Unidos se podría prever, con base en la proyección de estudios nacionales que para el año 2020 más de 30% de la población adulta tendría sobrepeso u obesidad, cifra similar a la de E.U.A. en el presente.

4. Conclusión

Mientras que durante los últimos 200 a 500 años la especie humana ha podido sobrevivir sin mayor preocupación por los efectos de sus decisiones, la llegada del transporte rápido y las comunicaciones junto con la sofisticación de los análisis y el tamaño de la población ha hecho que el mundo se haya encogido para casi todos. Ya no puede el hombre ignorar el hecho de que cualquier acción en un sitio de la tierra tiene repercusiones en todo el globo. Quién es culpable por desperdicio de recursos, polución o destrucción de la naturaleza no es importante ya que todos tendremos que pagar las consecuencias. La pobreza no es el problema de vecinos que viven a cuatro meses de viaje sino de personas del vecindario.

Todos estos hechos no tendrían mayor importancia si no fuese por que los mensajes y los sistemas de valores de unos son aceptados ciegamente por otros. El *tercer mundo* se siente así pero considera ciertos grupos dentro de su

propio país o región como el *cuarto mundo* y toma todas las prerrogativas del *primer mundo* sobre ellos. Para que pueda existir un dominador se requiere que exista un dominado y los habitantes del *sur* tienen la posición de dominados por lo cual se actúa como inferiores frente a otros que consideramos superiores. A pesar de la evidencia acumulada que indica que el problema nutricional colombiano más importante está relacionado con las enfermedades crónicas no trasmisibles, el país con una mentalidad *tercermundista* continúa haciendo énfasis en el problema deficitario de la primera edad. Como los indicadores de déficit de peso para la talla ya no muestran una proporción elevada, nos movemos a uno que nos garantice que si pertenecemos al tercer mundo como es el déficit de talla para la edad. El cambio secular en talla de los países nórdicos no se ha detenido aún, excepto en Dinamarca(33, 34). En Colombia(35) Brasil(36)-Costa Rica, Chile donde se han efectuado varios estudios con muestra nacionales, existe la evidencia de un cambio secular en la talla de los niños y jóvenes.

A pesar de esta información y el conocimiento de que no podemos manejar las deficiencias en talla con los mismos métodos con los cuales se maneja el déficit de peso para talla, el Plan Nacional propone un alto porcentaje de los recursos para ello, con la colaboración de la FAO que en el día Mundial de la Alimentación informó que en Colombia se están muriendo de hambre el 15% de los niños.

Esto no quiere decir que no existen aun niños con déficit marcado de energía o nutrientes sino que son tan pocos que es necesario buscarlos ya que posiblemente no asisten a los sistemas de salud. Existen zonas del país, barrios dentro de los Municipios que tienen problemas serios de déficit y es necesario buscar soluciones a los factores que lo están condicionando. Dentro de nuestro propio país es difícil aceptar, a pesar de la evidencia, que los problemas de desnutrición infantil han disminuido significativamente y en el Plan de Alimentación y Nutrición 1996-2005 elaborado por el Departamento de Planeación Nacional dice "...sin que al parecer el costo efectividad de estos esfuerzos haya sido satisfactorio, pues no se ha reflejado en una significativa reducción de los problemas nutricionales"(37). El mismo documento tiene una tabla en el anexo 4 basada en encuestas nacionales que muestra un descenso de la proporción de niños con peso y talla inferior a -2 D. E. de más del 50%

Parece entonces que aceptando el hecho de ser del tercer mundo tenemos la obligación de estar tan mal como Somalia o Etiopía. ¿Será una tasa de mortalidad infantil de 18 por 1000 de la población de origen africano en los Estados Unidos diferente y mejor que una tasa de 17 por mil para la población del Municipio de Cali?

En Colombia los cambios en estilos de vida en ciertos grupos de población y la persistencia de grupos tradicionales y marginales hace necesario mantener una información permanente de sus tendencias para estructurar programas de promoción de la salud en la población nacional y definir acciones específicas en los departamentos, municipios, barrios y grupos sociales de acuerdo con sus propias características, sean ellas de enfermedades crónicas o infecciosas.

¿En manos de quién está la obligación de llamar la atención hacia estos hechos, grupos académicos, políticos, toda la sociedad o debemos dejarlos pasar a pesar de los resultados? ¿Pueden las Organizaciones Internacionales o los grupos académicos, documentar las situaciones y proponer estrategias para el futuro, sin ser castigados por fuerzas poderosas? ¿Como se desarrollan la nacionalidad que nos permita creer en nosotros mismos?

Bibliografía

- Pradilla A. Value systems and development aid. Presentado en el Seminario Internacional "The Unequal Development. Technology, Economics and Ethics in International Cooperation". Ferrara, 22-25 mayo de 1991.
- Dreze J, Sen A. Hunger and Public action. (1989) páginas 69-70. Clarendon Press Oxford.
- Reporte de Desarrollo Humano. 1990. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York.
- Lang T., Ducimetiere P. Premature Cardiovascular Mortality in France: Divergent Evolution between Social Categories from 1970 to 1990. (1995) Int. J. of Epidemiology Vol 24 p.p. 331-339.
- Environmental Data Report. Prepared by the Monitoring and Assessment Research Centre, London. 1987. United Nations Environment Programme. Basil Blackwell Ltd. Oxford.
- Pradilla A. Diet, Health and Development World Farmers Times. No. 4, July/August 1991. Page 2-4.
- Lynch J W, Kaplan F A, Cohen R D, Tuomilehto J, Salonen J T. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction (1996) Am. J. of Epidemiology 144:934-942.
- World Health. A Health and Nutrition Atlas. 1988. WHO Geneve.
- Leino M, Kimmo VK P, Raitakari O., Laitinen S., Taimela S., Viikari J. SA. Influence of Parenteral Occupation on Coronary heart disease risk factors in Children. The cardiovascular risk in young finns study. 1996, Int. J. of Epidem. 25:1189-1195.
- Sorlie P D, García MR. Educational status and Coronary Heart Disease in Puerto Rico. (1990) I.J. Of Epid. 19:59-65.
- Reza Najem G, Hutcheon D E, Feuerman M. Changing Patterns of Ischaemic heart disease mortality in New Jersey and the relationship with urbanization. (1990) I.J. of Epid. 19:26-31.
- Lynch J W, Kaplan G A, Cohen R D, Tuomilehto J, Salonen J T. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all cause mortality and acute myocardial infarction. (1996) Am.-J. Of Epid. 144:934-942.
- Syme S.L. Rethinking Disease. Where do we go from here? (1996) Ann Epidemiol 6: 463-468.
- Lambert, C. Nelherston D. et al. (1982) Risk Factors and Life style a statewide health interview survey. New Eng. J. of Med. 306:1048-1051.
- Diet, Nutrition an the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 797. Report of a WHO Study Group. 1990. World Health Organization. Geneve.
- McCarrison R. Nutrition and Health. The Cantor Lectures. (1989) The Westbury Press Brentwood. U.K.
- Kelly A. Medium and long-rage forecasts of prevalence and numbers of malnourished children. Global & regional estimates. World Health Organization, 1992, Geneve.
- Puffer C., Serrano C.V. Patterns of mortality in childhood, (1973) Pan American Health Organization, Scientific Publication 262. Washington.
- Frenk J., et al. La transición demográfica en América Latina. 1991. Bol. Of. Sanit. Panam 111 (6), 1991.
- Murray C.J.L., López A.D., Patrones de distribución mundial y regional de las causas de defunción cu 1990. Bol. Oficina Sanit Panam 118 (4). 1995. p307-345.
- Leino M, Kimmo VK P, Raitakari O., Laitinen S., Taimela S., Viikari J. SA. Influence of Parenteral Occupation on coronary heart disease risk factors in Children. The cardiovascular risk in young finns study. 1996, Int. J. of Epidem. 25:1189-1195.
- Popkin BM, Siega-Riz AM, Haines PS. A comparisson of dietary trends among racial and socioeconomic groups in US. New Eng. J. Med. 333:716-720, 1996.
- Sorlie P D, García MR. Educational status and Coronary Heart Disease in Puerto Rico. (1990) I.J. Of Epid. 19:59-65.
- De Onis M., Pachner P., Grab B., Pradilla A. Analysis of global trends in infectious and chronic disease mortality. 1960-1990. Background document for Nutrition and Development-A global assesment. 1992. Int. Conference on Nutrition. FAO, OMS.
- Cavalli-Sforza L T, Rosman A, de Boer AS, Darnton-Hill I. Nutritional aspects of changes in disease patterns in the Western Pacific Region. (1996). The Bull. Of the WHO. 74:307-318.
- Perfil epidemiológico de Santiago de Cali. (1993), Secretaría de Salud Municipal. Of. de Epidemiología.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Profamilia Santa Fe de Bogotá.
- Castro J.A. Evaluación ntricional en menores de 15 años. Valle de Sibundoy, Pntumayo. Trabajo de grado para Magister en Salud Pública. 1991. Universidad del Valle, Dpto. de Medicina Social.
- Alvarez Uribe M. Investigación sistema de inforinación en seguridad alimentaria a nivel loval. Girardota. 1995. Presentado en Seminario Planificación de acciones en nutrición y alimentación. Armenia, noviembre 14-16, 1995.
- Castro de Navarro L. Estudio de escolares de Santa Fe de Bogotá. 1994. Instituto Nacional de Salud. Santa Fe de Bogotá.
- Fajardo LF, Gracia B., Lareo L., Angel L.M., Romero L.H. 1990. Colombia Médica 21:50-57.
- Mora J.O., Rodríguez E., Rey T., Guevara R., Peña MC, Jáuregui G., Ordóñez N. Evaluación del crecimiento y del estado nutricional en la población escolar urbana. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1993. Santa Fe de Bogotá.
- Waterlow J.C. Linear Growth Retardation in Less Developed Countries. (1988) Nestle Foundation Workshop Series Vol. 14. Nestle Nutrition, Raven Press New York.
- Köler L., Jakobsson G. Children's Health and Well-being in the Nordic Countries (1987) Mac Keith Press Blackwell Pub. Oxford.
- Mora, J.O., de Paredes B., de Navarro L., Rodríguez H. Consistent improvement in the Nutritional status of colombian children between 1965 and 1989. Bull. of the Pan American Health Organization. (1992) 113(3):3-18.
- Monteiro C.A., Saúde e Nutricao das crianças de Sao Paulo (1988). Ed. Hucitec, Sao Paulo.
- Plan Nacional 1996-2005 de Alimentación. DNP (1996) Santafé de Bogotá.