



EL ESTADO NUTRICIONAL Y LAS METAS DEL DESARROLLO
PARA EL AÑO 2021

Proyecto PNUD "Un Plan de Desarrollo Humano
de Largo Plazo para Colombia"

Alberto G. Pradilla
UNICEF

Santafé de Bogotá, Septiembre de 1991

EL ESTADO NUTRICIONAL Y LAS METAS DEL
DESARROLLO PARA EL AÑO 2021

- Contiene: - RESUMEN
- EL ESTADO NUTRICIONAL COMO INDICADOR DE BIENESTAR:
 - a) Definiciones
 - b) Factores Condicionantes
 - DESARROLLO MUNDIAL :
 - a) Indicadores de Desarrollo
 - b) Indicadores de Consecuencia
 - EL DESARROLLO EN COLOMBIA:
 - a) Indicadores de Desarrollo
 - b) Indicadores de Consecuencia
 - ESTRATEGIAS Y ACCIONE MINIMAS SECTORIALES PARA ALCANZAR METAS EN ESTADO NUTRICIONAL.
 - COSTOS DE LAS ACCIONES NUTRICIONALES ESPECIFICAS.
 - BIBLIOGRAFIA

Preparado por Alberto G. Pradilla MD.

Costos preprados por la Sra. Maria Acosta Z. Economista.

Edicion preliminar Sra. Amparo de Jaramillo.

EL ESTADO NUTRICIONAL COMO UNA CONSECUENCIA Y COMO INDICADOR DEL DESARROLLO.

RESUMEN. LA SITUACION COLOMBIANA DENTRO DEL CONTEXTO MUNDIAL Y REGIONAL Y EL DESAFIO PARA EL FUTURO.

El estado nutricional (sea por deficit o por excesos) y su expresion medible para individuos y grupos de poblacion se relaciona en forma estadisticamente significativa con los niveles de ingreso, educacion, saneamiento, y en general de acceso a bienes y servicios. Por esta razon ha sido utilizado como un indicador de impacto para numerosas acciones de desarrollo economico y social y para la identificacion de grupos que por una u otra razon estan marginalizados en la sociedad.

La pobreza en si, y sus manifestaciones estan sufriendo una transicion. Los grupos de menores ingresos de las zonas urbanas tienen características diferentes a aquellas de las zonas rurales. Los pobres de paises o regiones ricos presentan unos indicadores diferentes que aquellos en paises o regiones pobres. La ciudad en general y las regiones de altos ingresos tienen infraestructura de servicios y acceso a una variedad de productos, junto con posibilidades de trabajo formal o informal. El deterioro del estado nutricional se manifiesta en niños en grupos marginados con retardos en el crecimiento y en los adultos jovenes por obesidad, diabetes, hipertension, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cancer.

El deterioro del estado nutricional debe prevenirse por acciones especificas de cada sector para modificar el o los factores que lo determinan y que por lo general estan ligados a la pobreza y a la marginalizacion. La prevencion tanto de la desnutricion infantil, o "desnutricion clasica" como la desnutricion del adulto joven o "desnutricion moderna" requiere acciones encaminadas a disminuir las desigualdades sociales.

Una vez que se detecta un deterioro del estado nutricional por deficit, la recuperacion se convierte en un tratamiento en el cual el medicamento es alimentario o dietetico. La deteccion de deterioro nutricional por exceso requiere tratamientos de un alto costo y es poco lo que se puede hacer para revertir el daño. Intentar prevenir la desnutricion unicamente con intervenciones alimentarias ignorando los otros factores, ha demostrado ser ineficiente y no tiene base epidemiologica que lo sustente.

Los Gobiernos que han hecho énfasis en el desarrollo con objetivo social o aquellos que lo fundamentan en la equidad han logrado obtener en las últimas cuatro décadas cambios muy significantes en el estado nutricional de sus poblaciones. En contraste los Gobiernos que han focalizado su atencion en proyectos alimentarios han obtenido pocos efectos.

Colombia ha logrado en los últimos 40 años cambios significantes en los promedios de sus indicadores sociales que lo

coloca, junto con países de mayores recursos, entre el grupo de alto desarrollo humano de una escala formulada por el PNUD. Este promedio oculta, sin embargo, grandes disparidades regionales que se han mantenido a través del tiempo. Los indicadores del estado nutricional muestran en Colombia los extremos, ciertas regiones con alta prevalencia de daño en la población infantil y otras con daño en adultos jóvenes. Los signos de transición se manifiestan ya en los promedios, habiéndose convertido las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en el componente más grande en la estructura de la mortalidad y encontrándose distribuciones de peso hacia la obesidad en población preescolar y escolar que coincide con déficit en la talla.

El desafío para el país en la décadas venideras podría definirse en dos estrategias: 1. Corregir en forma acelerada los déficits de infraestructura y de servicios en las áreas del país que ya han sido clasificadas y de las cuales se conocen sus necesidades. Con ello los vestigios de la pobreza y la desnutrición del pasado podrían ser eliminados. 2. Crear las condiciones políticas, y la convicción de la población para la prevención de la pobreza y la desnutrición del futuro. Con ello se podrán minimizar los costos sociales y económicos de las enfermedades crónicas.

Las dos estrategias requieren de la convergencia de objetivos y metas de todos los sectores, cada uno ejecutando las actividades que le son propias y una decisión y criterio político para limitar aquellos planes que en una u otra forma aumenten las disparidades sociales o deterioren el ambiente. Las disparidades en las características de la pobreza y la desnutrición entre los diferentes grupos del país hace necesario que la definición de los planes se haga en base a las realidades locales. La descentralización que comienza a establecerse permitiera que planes y proyectos puedan ser específicos a las necesidades encontradas.

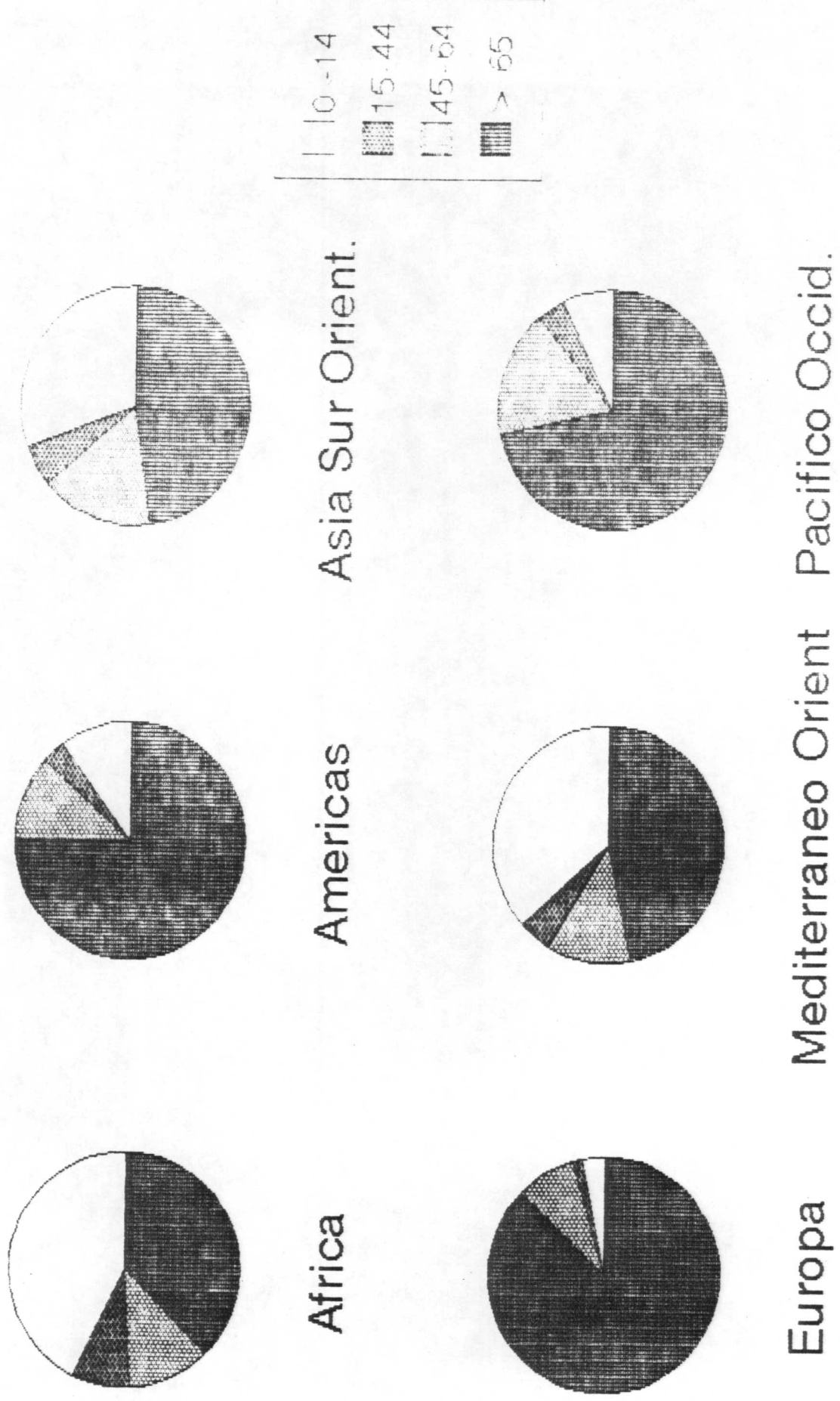
Se conoce hoy que varios factores en la alimentación influyen en la aparición de una gran variedad de enfermedades crónicas. Estas condiciones son hoy la mayor causa de muerte e incapacidad prematura en el país. Con las proyecciones actuales puede preverse que estas condiciones emergerán como problemas substanciales de salud en todo el territorio ya para el año 2000. Muchas de estas condiciones pueden prevenirse desde la infancia por medio del establecimiento de hábitos alimentarios y de vida saludable. La adopción de estos hábitos es solamente posible con una educación apropiada y la acción pública que induzca y facilite los cambios.

Las estrategias nutricionales, tendrán que redefinirse de acuerdo con los cambios que han y seguirán sucediendo. Algunas actividades tales como la suplementación alimentaria, tendrán que analizarse cuidadosamente y utilizarse como ayuda temporal o como instrumentos para el desarrollo. Será necesario que se establezca un instrumento normativo o se refuerce alguno de los existentes

para que informe, guie y proponga opciones para las decisiones políticas.

La mayoría de los costos necesarios hacen parte de los presupuestos sectoriales. Se requieren presupuestos adicionales para el refuerzo de actividades de información y análisis, elaboración de normas y preparación de guías para la educación.

Fig. 8 Estructura Global de Mortalidad por Edad
 Por 100000 personas



Africa

Americas

Asia Sur Orient.

Europa

Mediterraneo Orient

Pacifico Occid.

0-14
 15-44
 45-64
 > 65

I. EL ESTADO NUTRICIONAL COMO UN INDICADOR DE EQUIDAD Y BIENESTAR SOCIAL.

1. DEFINICIONES.

El término malnutrición describe un rango de condiciones que tienen, cada una, su causa específica, y que se presentan cuando existe un desequilibrio entre la disponibilidad de energía, los nutrientes, y la necesidad que de ellos tiene el organismo para realizar adecuadamente sus funciones de mantenimiento, crecimiento y reproducción.

Frente a dicho desequilibrio, la reacción natural es el desencadenamiento de un mecanismo fisiológico de adaptación, bien sea para reducir como para aumentar los requerimientos o los depósitos, como también para eliminar el exceso.

Si el desequilibrio perdura o es muy severo, fallan los mecanismos de adaptación y comienzan a aparecer signos o síntomas de carencia o exceso, según el caso, tales como la detención del crecimiento en niños y jóvenes, obesidad, disminución de la actividad física, alteraciones en el manejo de azúcares, depósitos de grasas en las arterias, problemas oculares, etc.

El mecanismo más inmediato de adaptación a déficits de la disponibilidad de energía es la utilización de las reservas; y en el caso de exceso, a su depósito, con resultados que se expresan a través de disminución o de aumento del peso corporal, hecho que permite su monitoria a nivel individual.

Un mecanismo similar se opera con los nutrientes, aunque en su mayoría sus manifestaciones se detectan por métodos bioquímicos. A nivel múltiple o de grupos humanos, es posible determinar la sumatoria del balance, comparando la distribución de la masa corporal de los individuos con poblaciones de referencia, o con la misma población en tiempos diferentes.

De otra parte, se ha demostrado que existe una clara relación entre el riesgo de muerte y los déficits o los excesos de peso, circunstancia que utilizan las compañías de seguros para evaluar el nivel de riesgo de los usuarios.

El método de Gómez tradicionalmente utilizado para clasificar la desnutrición, fué desarrollado con el propósito de establecer el riesgo de muerte en niños que ingresaban al hospital, tomando como base el hecho de que las probabilidades son mayores cuando los promedios de masa corporal son inferiores a 18 o superiores a 30. Por esta razón, que fué verificada en el Estudio de Mortalidad en las Américas, se han utilizado ciertos índices derivados de estadísticas de mortalidad como indicadores indirectos de la prevalencia del riesgo de desnutrición de poblaciones, a nivel de todas las edades.

El término " malnutrición de afluencia" se aplica con alguna frecuencia a condiciones tales como la obesidad, la diabetes,

algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre otras. La connotación de "afluencia" puede haberse derivado de la asociación que existe entre el Producto Interno Per Cápita, características de la dieta y cambios en la estructura de la mortalidad por causa, como se muestra en las Figuras 1 y 2, a pesar de que la evidencia epidemiológica muestra, por el contrario, que son los grupos marginales, especialmente en el medio urbano y en sociedades de altos y medianos ingresos, quienes padecen este problema, como lo evidencian investigaciones realizadas en los Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, Argentina, Costa Rica, Chile y Malasia.

En los países de bajo nivel económico, los estratos de altos ingresos son especialmente vulnerables; los estudios más detallados al respecto se han reportado en la India. Pareciera que la delgadez, la baja estatura y la elevada mortalidad infantil, están siendo reemplazadas por enfermedades asociadas con la alimentación: diabetes, cáncer, problemas cardiovasculares, hipertensión, etc., en los mismos grupos marginados de población.

En efecto, cada vez se acumulan más evidencias epidemiológicas que asocian ciertos componentes de la dieta con enfermedades no comunicables. Infortunadamente, los grupos humanos más afectados con este tipo de afecciones se encuentran entre la población adulto joven, cuyas edades oscilan entre los 45 y los 60 años, y no por encima de los 60 como sería de esperar por el aumento en la expectativa de vida.

Otros factores asociados con las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer son las grasas en general, y algunas de ellas en particular. La obesidad, como resultado de un exceso de consumo de energía en relación con las necesidades, se toma como un factor intermediario y condicionante para la presencia de diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión.

Mirado en el contexto histórico, el ser humano es todavía, desde el punto de vista fisiológico y social, un cazador-colector que no ha tenido tiempo de evolucionar para adaptarse al medio que él mismo ha creado. Como muchos animales, puede almacenar recursos en su cuerpo durante períodos de plenitud para sobrevivir en tiempos de escasez. Gusta y se siente especialmente atraído por alimentos con alta densidad de nutrientes; tiene una gran capacidad para tolerar ejercicio físico; para crecer en una familia extendida donde las instituciones, los patrones de conducta y los juicios de valores se transmiten de generación en generación.

Pero se vive hoy en un medio que obliga a actuar en contra de todos estos instintos. No hay períodos de escasez, las grasas y los azúcares se encuentran permanentemente disponibles y no es necesario el esfuerzo físico para sobrevivir. La desintegración del núcleo familiar y de ciertos patrones culturales, sumados a la pérdida de rituales en las costumbres alimentarias, están creando una serie de hábitos que no concuerdan con sus

características omnivoras. En la Figura No.3 se muestran algunas de las características de la alimentación de diferentes grupos humanos, cazadores-recolectores, agricultores y urbano-industrial. El consumo de grasas y azúcares ha reemplazado el de almidones.

2. FACTORES CONDICIONANTES O ASOCIADOS.

Los indicadores de crecimiento o masa corporal comunmente utilizados para evaluar el estado nutricional, permiten estimar el balance entre los requerimientos y la disponibilidad tisular. No sirven, sin embargo, para identificar el o los factores responsables de los déficits y de los excesos que en amplia gama, individualmente o en diferentes combinaciones, facilitan o limitan el flujo de energía y nutrientes en cualquiera de los pasos que hay desde su producción, hasta su utilización final por los tejidos. Entre todos ellos, los más importantes son:

(a) Disponibilidad de alimentos. Depende esencialmente de la capacidad nacional o subnacional de producción o de importación de alimentos.

(b) Disponibilidad familiar de alimentos. Influenciada principalmente por la disponibilidad en el mercado, los hábitos y la capacidad de compra.

(c) Disponibilidad individual de alimentos. Determinada por la escogencia individual y, en el caso de menores o de enfermos, por el juicio y por el tiempo disponible de la persona a cargo.

(d) Consumo de alimentos. La mezcla de distintos componentes, y la cantidad de cada uno de ellos en exceso o en defecto, están influenciados por la selección individual, sus preferencias y apetito. Las enfermedades en general, y las infecciosas en particular, ejercen un gran impacto sobre el apetito.

(e) La digestión y la absorción de nutrientes. Anatómica y funcionalmente, la integridad del tracto gastrointestinal determina, en interacción con el tipo de dieta, la disponibilidad en el organismo de las cantidades de energía y nutrientes necesarios para el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas.

(f) Los requerimientos y las pérdidas de nutrientes. Las enfermedades de tipo renal, hepáticas y gastrointestinales pueden ocasionar pérdidas excesivas de nutrientes. Una infección o la fiebre producen respuestas metabólicas anormales que aumentan significativamente los requerimientos de energía y nutrientes, como sucede también por causa del frío o del ejercicio físico.

(g) Requerimientos y exceso de nutrientes y energía. El consumo exagerado y el almacenamiento de energía y de nutrientes, se pueden desarrollar por alteraciones metabólicas primarias o secundarias. Por ejemplo, una vida sedentaria y diferentes mecanismos de adaptación, posiblemente disminuyen los requerimientos, mientras que los cambios en los patrones de consumo con dietas de alta densidad calórica, facilitan ingestas excesivas.

(h) Procesos fisiológicos. En ciertas etapas de la vida como el embarazo, el crecimiento y la edad avanzada, se producen cambios en los procesos metabólicos que ocasionan reducción o aumento de la necesidad de nutrientes y energía. Un desequilibrio en el mismo sentido puede presentarse también por causa de enfermedades genéticas o adquiridas.

Lo anterior permite apreciar cómo todos y cada uno de los factores mencionados son la resultante de la interacción de una serie de factores de carácter social, económico, político, geográfico y cultural. Existe un amplio acuerdo en el sentido de considerar el estado nutricional (sea este medido por antropometría, por mortalidades específicas, por clínica u otros métodos), como una consecuencia del desarrollo socioeconómico y de la equidad social. Por lo tanto, su prevención bien sea en su forma "clásica" -resultante de la asociación entre infección y dietas de baja densidad de nutrientes- o en su forma "actual" -resultante de la asociación entre dietas de alta densidad calórica con estilos de vida no saludables- requiere acciones individuales, sociales y gubernamentales, que abarquen prácticamente todos los sectores del desarrollo y que, en principio, estén orientados a identificar los grupos marginados y facilitar su integración.

Al estado nutricional se le ha encontrado una relación significativa con el nivel de ingresos, el factor educativo, las condiciones de la vivienda, acceso a tierra y con áreas geográficas especiales. Siendo así, los indicadores del estado nutricional de una población dada, pueden y de hecho han sido utilizados para identificar individuos o grupos marginados, o bien como un indicador para evaluar el efecto de acciones de desarrollo.

Por esto el estado nutricional (medido por cualquiera de los métodos) parece ser la representación, a nivel individual o poblacional, del estado de salud o de bienestar. De la misma manera, los factores que determinan tal estado son también el reflejo del medio ambiente inmediato (la familia) y de su posición en el ámbito geográfico, político y económico.

Las actividades tradicionalmente consideradas nutricionales son indispensables en el tratamiento de la malnutrición, pero muy pocas de ellas son útiles en su prevención primaria. Únicamente en condiciones de emergencia podrían ser efectivas como medida de control y para evitar el deterioro. En la práctica, como sería de

esperar, las políticas nacionales orientadas hacia el bienestar y la equidad social, han tenido mayor impacto en la disminución de la prevalencia de la malnutrición y de la mortalidad infantil, que los programas nutricionales. Durante una sequía que hubo en la India en 1988, la creación de un programa gubernamental de trabajo transitorio permitió evitar muertes con más eficacia que la distribución de alimentos. Sin embargo, aún hoy se acostumbra mantener un inventario de "actividades nutricionales", al tiempo que se ignoran muchas de las funciones esenciales para prevenir la malnutrición.

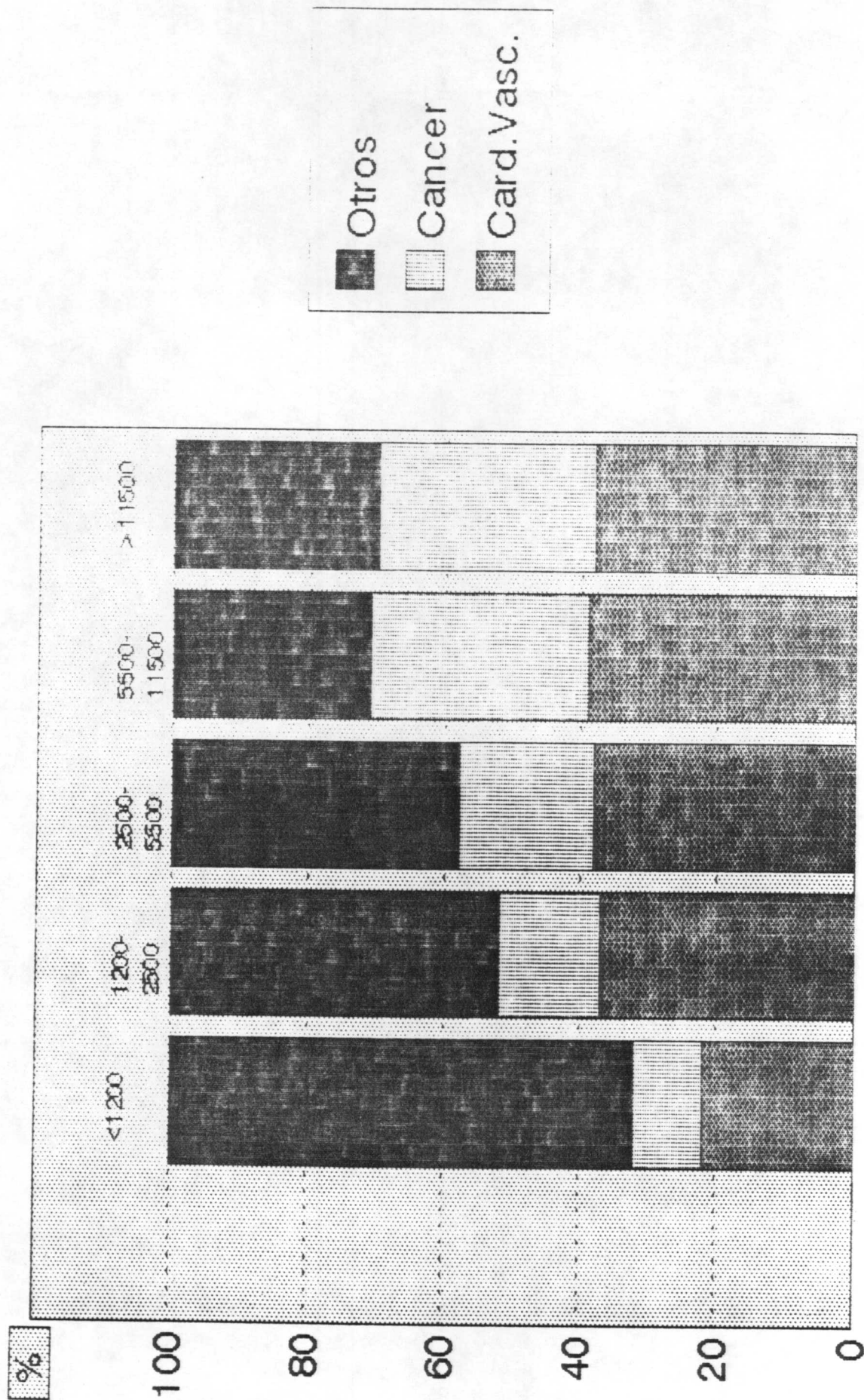
En la actualidad, cualquier distinción que se haga entre desarrollo económico, desarrollo social y medio ambiente, es insostenible aisladamente. El desarrollo social es indispensable para alcanzar metas económicas y estas, a su vez, son necesarias para obtener logros sociales, mientras que ambos conceptos están involucrados dentro del contexto de protección del medio ambiente.

Infelizmente, muchas de las bases del desarrollo actual violan éstos principios, al no considerar la salud de los individuos ni el posible deterioro ambiental.

La mayor tragedia es que la carga del daño en salud y del desarrollo ambiental se concentran en aquellos grupos sociales que menos se benefician del desarrollo económico, y por esta razón tienden a ignorarse.

Fig. 1. PBI y Mortalidad

Proporcion de enfermedades cronicas y Producto per capita



PBI per capita, US\$

Fig. 2 Dieta y PBI

Composicion de la dieta y Producto Interno

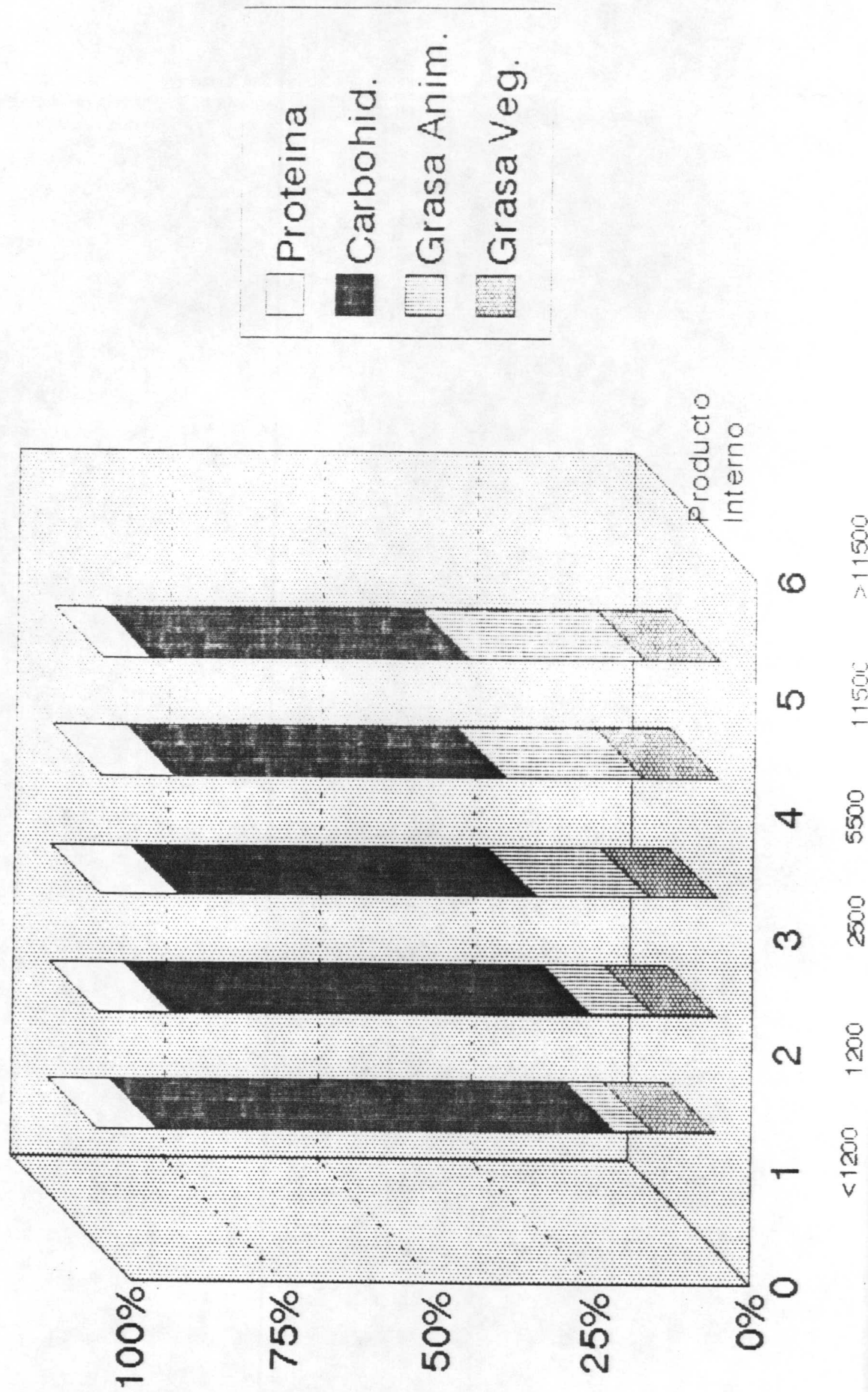
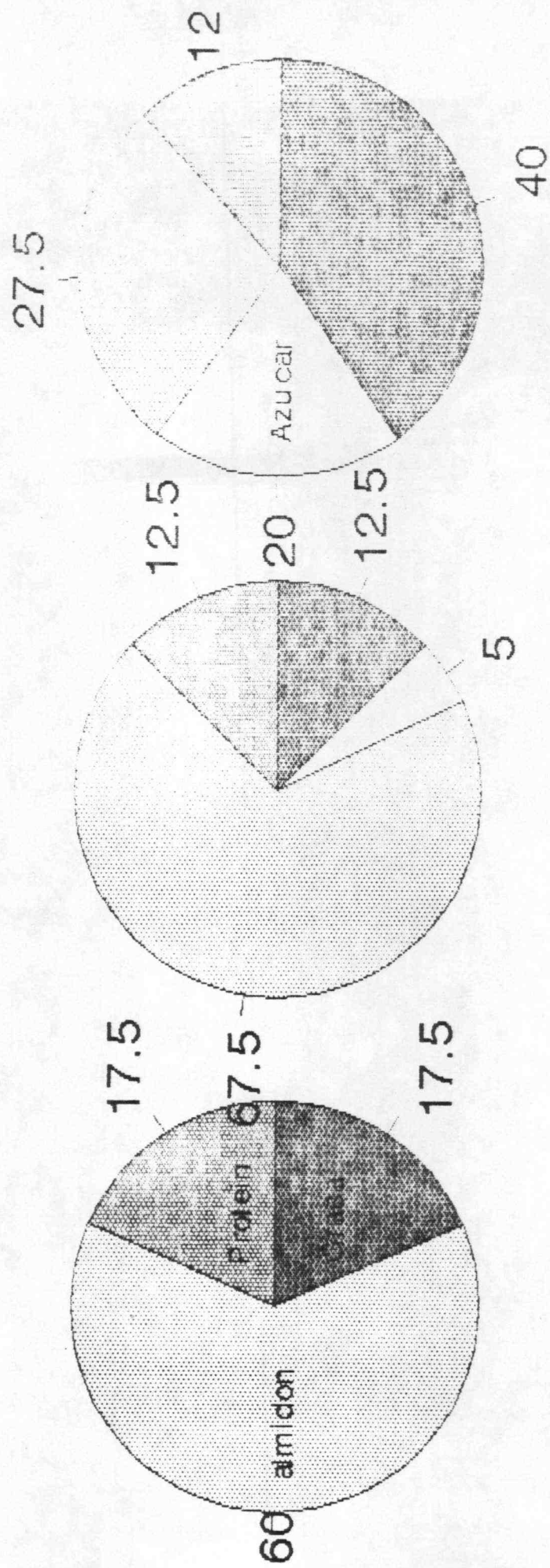


Figura 3. Porcentaje de Energía de Grupos Humanos

Diferentes Fuentes



Cazadores
recolectores

Agricultores

Urbano
Industrial

II. EVOLUCION PROMEDIO DE LOS INDICADORES DE DESARROLLO Y DE SUS CONSECUENCIAS A NIVEL MUNDIAL.

Durante el presente siglo el promedio global de bienestar social ha ido en mejorando, especialmente a partir de la década de los años cincuenta. Pero aunque las estadísticas mundiales muestran un avance, las condiciones de vida en algunos países (especialmente aquellos recién decolonizados en el continente africano) y en grupos de población (por razones religiosas, políticas, raciales o de otra índole) de todos los rincones del mundo, la situación no solamente continúa igual sino que en muchos casos se ha deteriorado.

1. EVOLUCION DE LOS INDICADORES DE DESARROLLO.

(a) DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS. Publicaciones de la FAO indican que, para 1960, la mitad de la población de los países en desarrollo tenía una disponibilidad diaria inferior a 1900 KCals per cápita. Al llegar a 1990 solamente un 5% de la misma población se encontraba por debajo de ese nivel. Así mismo, de las 165 naciones existentes solamente 10, la mayoría en Africa, disponen de una cantidad inferior a las 1900 KCals, en contraste con los 32 que se hallaban en las mismas condiciones en 1960 (incluyendo China e India). (Figura No.4)

A escala global, la disponibilidad de alimentos per cápita alcanzaría para satisfacer las necesidades de una población 4 veces superior a la actual, en el supuesto de que ésta cubriera sus requerimientos con una dieta similar a la que acostumbran tomar en el Mediterráneo o en la India. Solamente habría oferta para un 60% de los habitantes, si la dieta fuese formulada de manera similar al consumo aparente de los Estados Unidos. La Figura No. 5 demuestra la disparidad que existe entre la disponibilidad de energía (medida por hojas de balance) y el consumo (medido por encuestas de consumo o de compra). En esta grafica se observa claramente que el consumo promedio de energía (medido por encuestas) de países tan diferentes como Bangladesh, Estados Unidos y Colombia es igual. Esto implica que mucho del recurso disponible en alimentos esta siendo desperdiciado.

(b) EDUCACION. Las publicaciones estadísticas de UNESCO indican que la población alfabeta se ha casi duplicado para los dos sexos, a partir de 1960. 27 países tenían una tasa de analfabetismo por encima del 70% en esa misma década, de los cuales, para 1988, solamente 12 se hallaban en dicho nivel. En 1960, 26 países registraban una cifra inferior al 30% contra 36 en 1988, con este promedio. Desde el punto de vista de la población, en 1960 el analfabetismo alcanzaba cerca de un 80% de los habitantes; hacia 1988, el índice se redujo hasta llegar casi al 50%. (Figura No.6)

(c) PRODUCTO NACIONAL. Aunque los promedios mundiales muestran un considerable aumento del producto nacional bruto, la

mayoría de éste se explica por el comportamiento registrado en los países de altos y medianos ingresos, porque los demás sólo elevaron sus niveles en un 1.5% de su crecimiento anual, cuando éste mismo fué de 3 y 4% en los primeros.

(d) AGUA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL Entre 1960 y 1988, se duplicó la población con acceso a servicios de agua y saneamiento ambiental. Así, de 75 países que en 1960 sólo disponían de agua para un 50% de sus habitantes, quedaron 32 con ese nivel al finalizar la década de los ochenta. La expansión de la cobertura rural ha mejorado principalmente en Asia, Latinoamérica y el Medio Oriente. En gran medida, los conglomerados urbanos son los que han tenido un mayor aumento de población con acceso a los servicios. (Figura No. 6)

2. EVOLUCION DE LOS INDICADORES DE CONSECUENCIAS.

Los cambios que han tenido lugar en los factores que reflejan acceso a bienes y servicios de las poblaciones, se reflejan necesariamente en los indicadores de salud y bienestar tales como la expectativa de vida al nacer, el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad específica por edad y causa:

(a) CAUSAS DE MUERTE. El aumento de la expectativa de vida se explica, principalmente, por la disminución de la mortalidad que generan las enfermedades infecciosas prevalentes en los primeros cinco años de edad y por problemas perinatales. Esto produce, de hecho, un cambio en la estructura de la mortalidad por causa, con el aumento de las afecciones del adulto y del anciano.

Otros factores que también han producido modificaciones en las causas de muerte son los cambios en los estilos de vida y en la dieta, asociados a enfermedades crónicas en edades cada vez más tempranas. En 1950, las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupaban los primeros lugares entre las causas de muerte. En este momento, los problemas cardiovasculares y el cáncer producen más de la mitad de los decesos en el mundo, en una proporción de 931500 a 565800, como se demuestra en la Figura No.7. Es aparente en la gráfica que en las regiones Americana, Europea y del Pacífico Occidental la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias representa un porcentaje bajo del total de las muertes.

La aparición de la pandemia del SIDA podría revertir esta proporción, de no encontrarse métodos apropiados para su prevención y control.

(b) ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POR EDAD. El mayor acceso a bienes y servicios (especialmente vivienda, agua, saneamiento y alimentos), junto con un mejor nivel educativo, han disminuido la morbilidad por enfermedades infecciosas, así como su tasa de letalidad, lo que a su vez ha producido una marcada disminución

en el número de muertes en el menor de 5 años, (Figura 8) generando la explosión demográfica que tuvo lugar en este mismo periodo.

Por otra parte, la aceptación de métodos de planificación familiar comienza en esta misma década a producir deflexión del proceso, especialmente en algunos países. Inicialmente, la reducción en los índices de muertes a temprana edad generó un aumento proporcional en los decesos después de los 60 años. Simultáneamente, en varios lugares del mundo se comienza a observar una disminución de la expectativa de vida por causa del aumento de la mortalidad en personas cuyas edades oscilan entre los 40 y los 60 años, debido a problemas muy ligados al tipo de dieta.

(c) EMACIACION Y DEFICIT EN TALLA. Durante los años 60, una recopilación de información relacionada con el peso de menores de 5 años, mostraba en todos los lugares una prevalencia promedio de 24% clasificados como Gómez III, es decir, desnutridos severos (pesos por debajo de 3.5 desviaciones standard). Los reportes incluyen también alrededor de un 3% de formas clínicas extremas, como Kwashiorkor y Marasmo. Aunque es difícil establecer comparaciones estadísticas con la información generada posteriormente, debido a las modificaciones de técnicas y patrones, de 106 países analizados recientemente, solamente en 6 se hallaron prevalencias por encima del 10% pero menores de 20% para malnutrición severa (por debajo de 3 desviaciones standard).

Prevalencias de emaciación por encima de 20% solamente persisten en el Asia Suroriental, algunos países africanos de la región del Sahara, Haití en las Américas, Laos y Campuchea en el Asia. En cuanto se relaciona con el bajo peso al nacer (inferior a 2500 gramos) es mayor de 10% solamente en esos mismos lugares. Los Cartogramas 1, 2 y 3 muestran la situación de los países en la prevalencia de estos indicadores y su número estimado.

En 40 países donde se han realizado en diferentes periodos, encuestas nacionales, ha sido posible documentar ganancias ponderales y de talla en cohortes sucesivas. Aunque se puede alcanzar un peso adecuado para la talla en periodos relativamente cortos, la obtención del potencial genético en talla parece requerir varias generaciones, como lo muestran estudios en los países nórdicos, Costa Rica, China y Chile.

(d) OBESIDAD. Los efectos combinados de una mejoría del estado de salud, educación y disponibilidad de alimentos, asociados en el tiempo con baja estatura, están creando condiciones que favorecen un peso excesivo entre poblaciones de sociedades urbanas e industrializadas. Esta tendencia, ya corriente en países de altos ingresos, empieza a verse en otros de niveles medios desde muy temprana edad como puede observarse en la Figura No.9.

(e) DESBALANCE DE NUTRIENTES ESPECIFICOS. Posiblemente los programas nutricionales que han producido efectos claros son las

acciones de control y prevención de las deficiencias de algunos elementos específicos. Así por ejemplo, las deficiencias de Vitamina C, Vitamina B1 y Vitamina D, prácticamente desaparecieron en el mundo, mientras que las de Yodo, comunes en todos los continentes a mediados del siglo, se encuentran controladas en Europa, las Américas y parte del Asia.

(d) TRANSICION NUTRICIONAL. Como se menciona en los párrafos anteriores, los progresos obtenidos en los promedios globales durante las cuatro últimas décadas, ocultan el hecho de que para algunos países, especialmente en el Africa, y para ciertos grupos de población diseminados por todos los continentes, no ha habido cambio alguno, y posiblemente sus condiciones de vida y sus indicadores se han deteriorado. Más aún, la naturaleza misma de la malnutrición se encuentra en periodo de transición. Sus formas dominantes, hasta hace poco tiempo caracterizadas por emaciación y enanismo en los niños, están siendo reemplazadas por la malnutrición que se identifica por la obesidad, con su secuela de enfermedades asociadas a dietas altas en grasas y azúcares refinados.

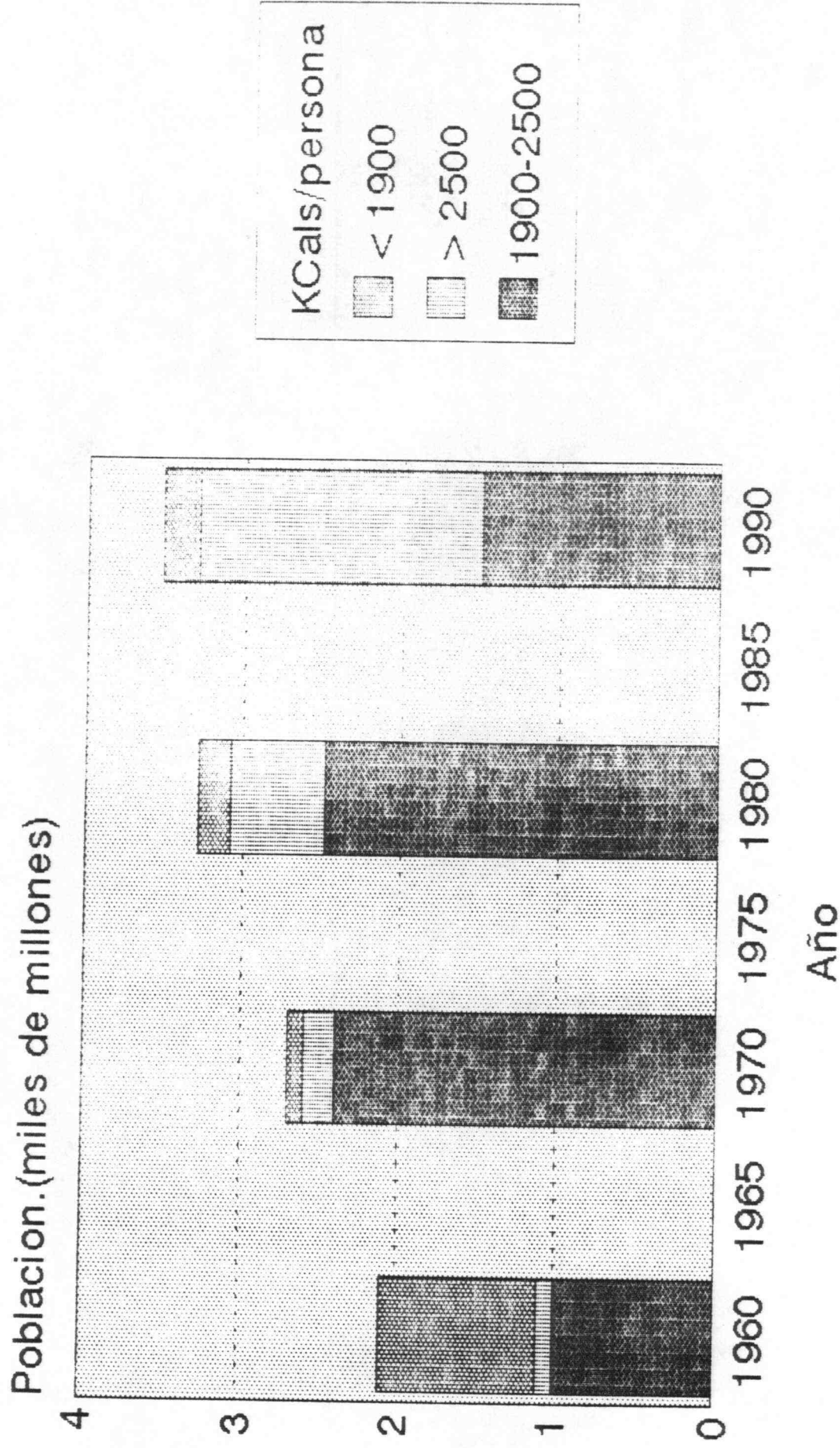
Simultáneamente, factores determinantes básicos -sociales y económicos- como pobreza y marginalidad, no han variado para quienes están directamente afectados. El "hambre" existe no solamente para poblaciones que tienen mínimo acceso a los alimentos; tampoco es menos realidad para aquellos que por virtud de su situación en la sociedad y por razones económicas, están obligados a subsistir con unos hábitos alimenticios inconvenientes para su salud.

La definición de pobreza y sus características, se hace cada vez más relativa al entorno en que se vive. Los estratos de bajos ingresos de ciudades como París, Londres o Nueva York son tan pobres en relación con su propio medio, como las que se encuentran en Dhaka, Bogotá y Kinshasa; sus riesgos y sus indicadores son diferentes, pero de todos modos son grupos humanos que reciben primero los efectos negativos de los ajustes económicos o de las crisis sociales.

Igualmente, hay zonas de "riesgo" elevado en los Estados Unidos, Finlandia, Costa Rica e India, con manifestaciones de pobreza muy diferentes. En Finlandia, por ejemplo, área de mayor riesgo está manifestado por las enfermedades crónicas; Kerala se hizo altamente conocida en el mundo por el estudio longitudinal que se llevó a cabo. En los Estados Unidos las tasas elevadas de bajo peso al nacer, la mortalidad infantil y las enfermedades crónicas, se concentran en zonas donde la población es de origen africano, aborigen o hispano. En la India las elevadas tasas de mortalidad, enfermedades infecciosas y déficits de masa corporal se concentran en los Estados con menor infraestructura y en ciertas clases sociales.

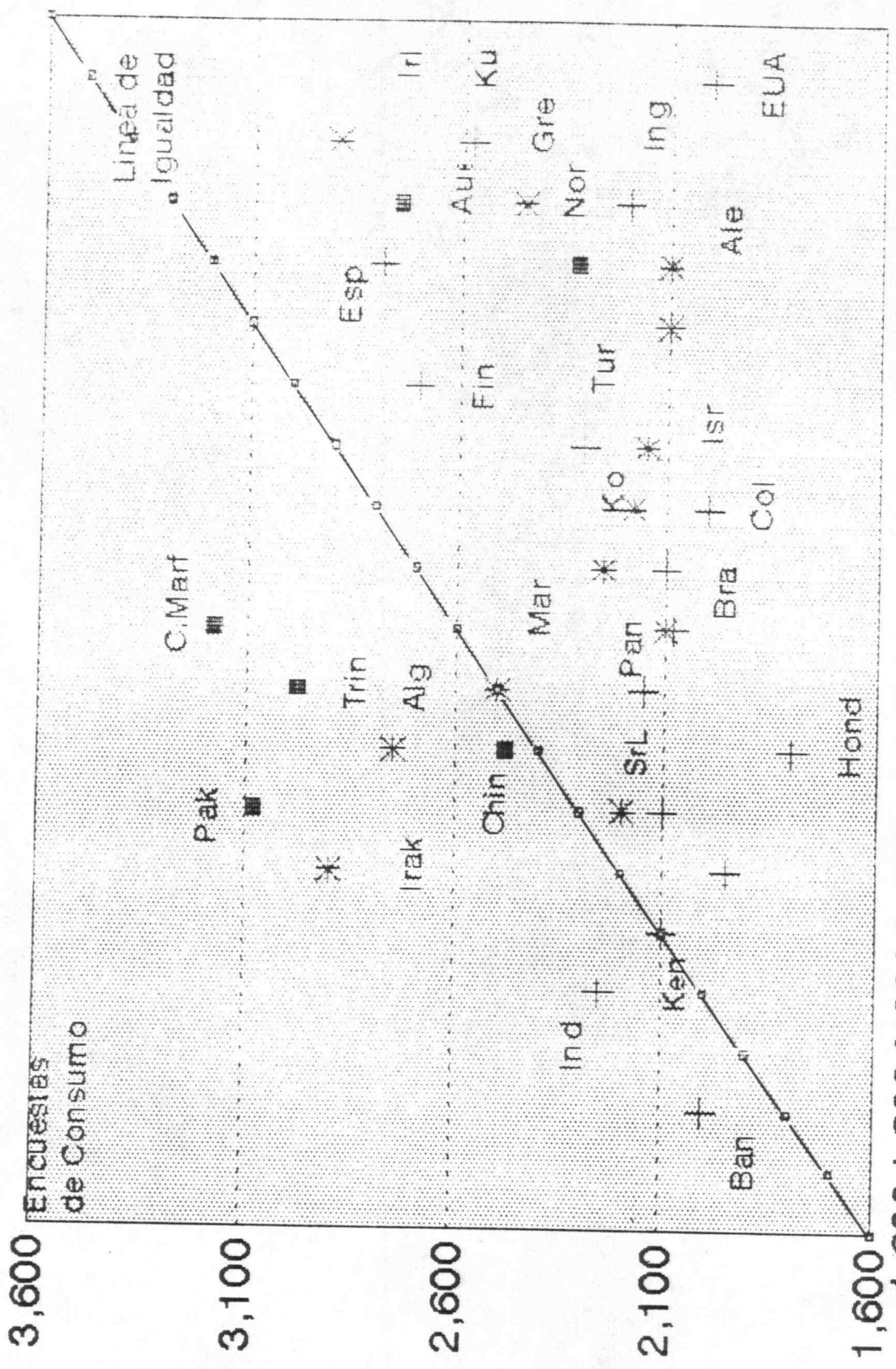
Fig. 4 KCals Disponibles por Persona por Dia

Evolucion de la Poblacion con Acceso a Diferentes Niveles de Energia



Poblacion de Paises en Desarrollo

Fig. 5. Diferencias entre Encuestas y Hojas de Balance
 KCals per capita en Países seleccionados



1,600 1,800 2,000 2,200 2,400 2,600 2,800 3,000 3,200 3,400 3,600
 Hojas de Balance

Fig. 6. Evolucion de Indicadores de Desarrollo
Promedios mundiales

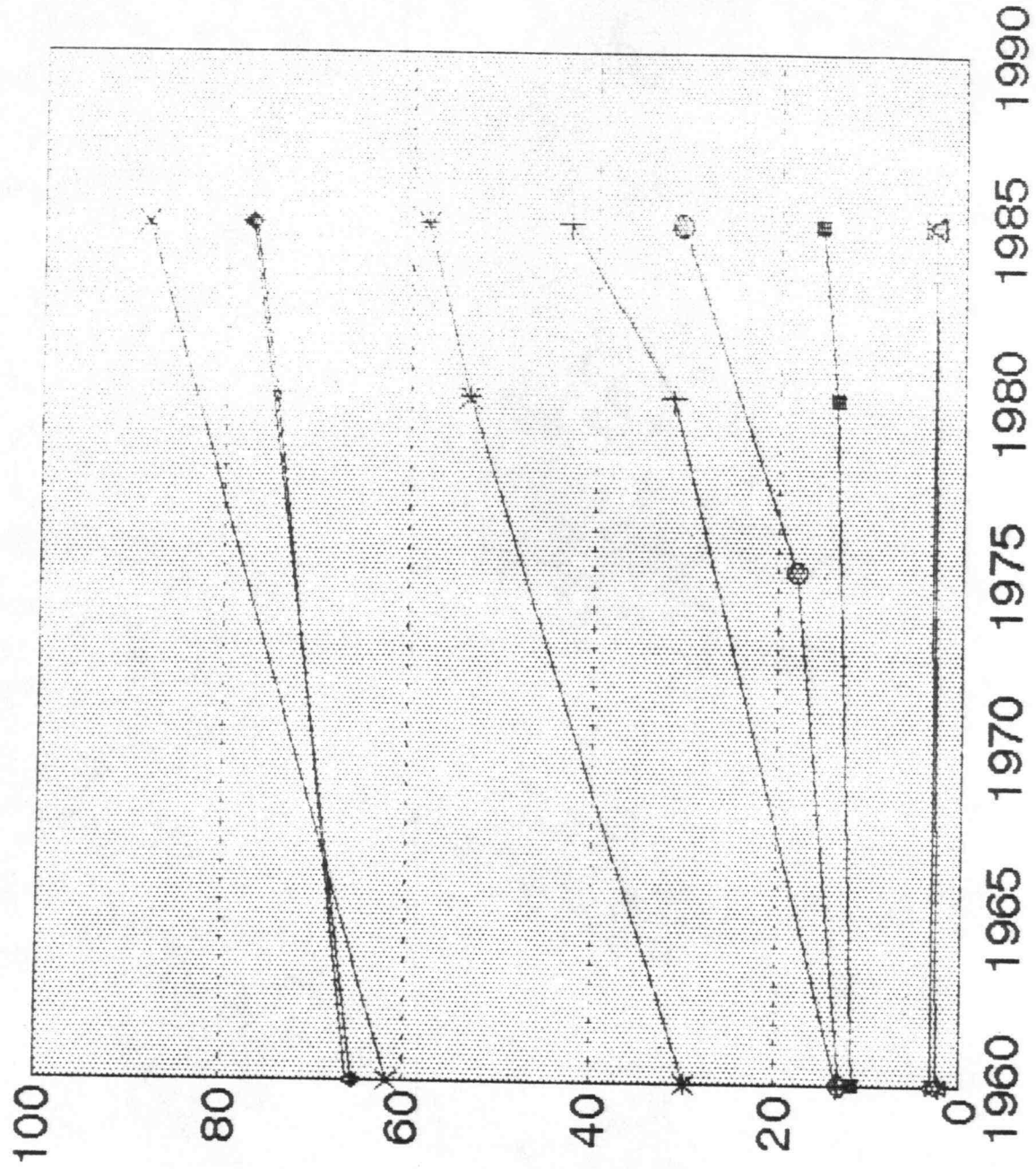
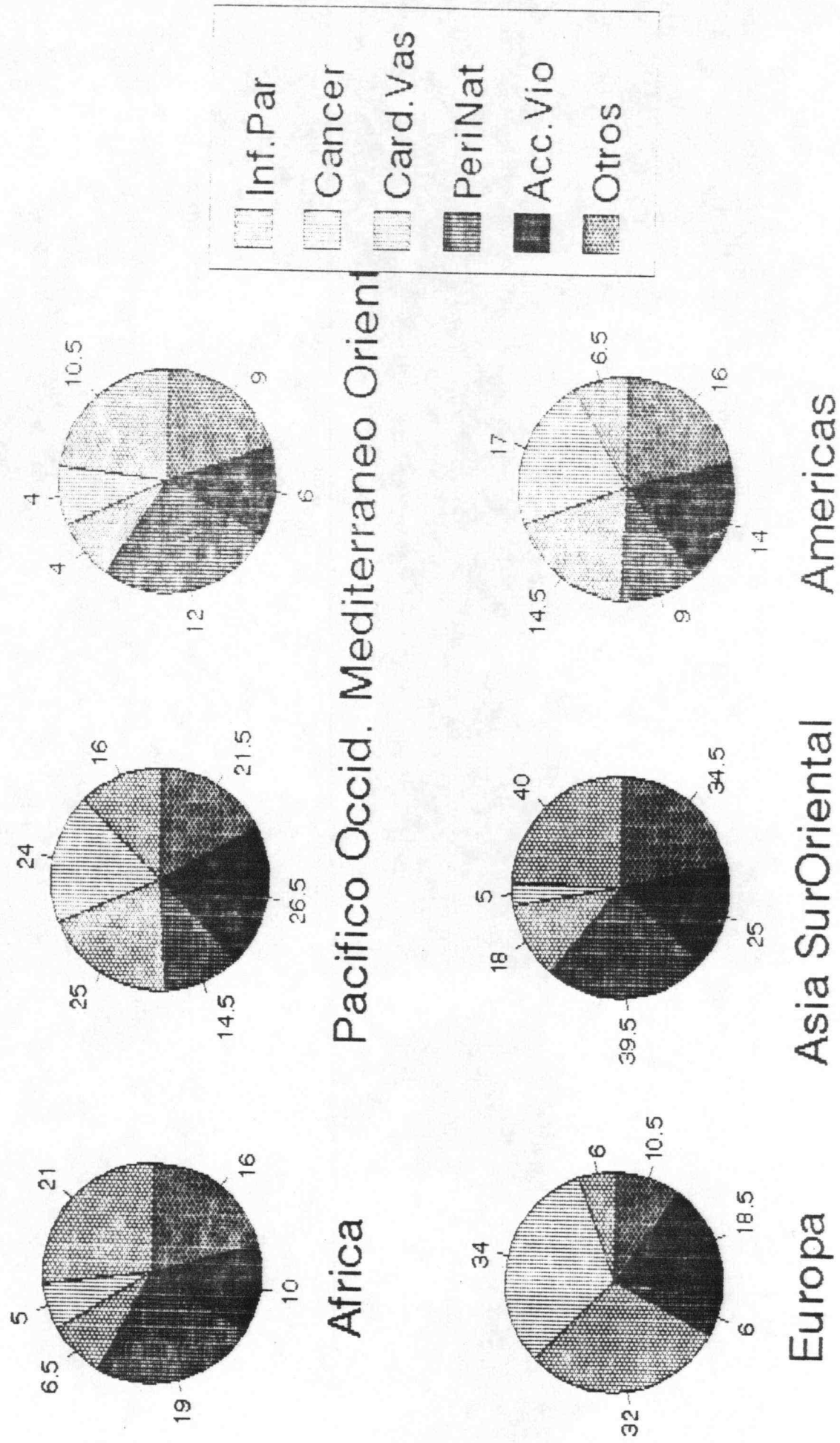


Fig. 7 : Estructura de Mortalidad por Causa

Regiones OMS



III. EL DESARROLLO EN COLOMBIA Y LOS INDICADORES DE BIENESTAR.

Se ha registrado en el país un progreso en los promedios de muchos de los factores que facilitan la equidad y el bienestar social de la población. Una de las mayores contribuciones del Plan Nacional de Nutrición, consistió en llamar la atención sobre la necesidad de definir las necesidades y orientar las acciones hacia los municipios con mayores índices de pobreza.

Es posible que dicho método haya permitido minimizar o evitar algunas de las imperfecciones del desarrollo responsables del aumento de la brecha entre los grupos sociales de altos y bajos ingresos. Por otra parte, los cambios observados pueden ser también el resultado de la concentración de la población en el área urbana. Ya desde 1960, el ingreso, la estructura de población y la cobertura de servicios, mostraban grandes diferencias entre los grupos humanos de los sectores rurales y urbanos.

Los departamentos con más alto porcentaje de población rural, mostraban entonces y mantienen hoy, las mayores concentraciones de pobreza. A pesar de las mejorías observadas como consecuencia de la orientación del desarrollo, los promedios nacionales ocultan las disparidades que existen todavía en el país y que han sido documentadas en una serie de estudios basados en datos tomados de los censos y de otros estudios.

La evolución de los promedios de los indicadores demuestra el desarrollo que ha experimentado el país en las últimas décadas. La Figura 10 demuestra algunas de estas tendencias en los últimos 30 años. El énfasis de varios de los planes de desarrollo ha contribuido a crear condiciones favorables para una serie de cambios en las condiciones de vida de la población colombiana:

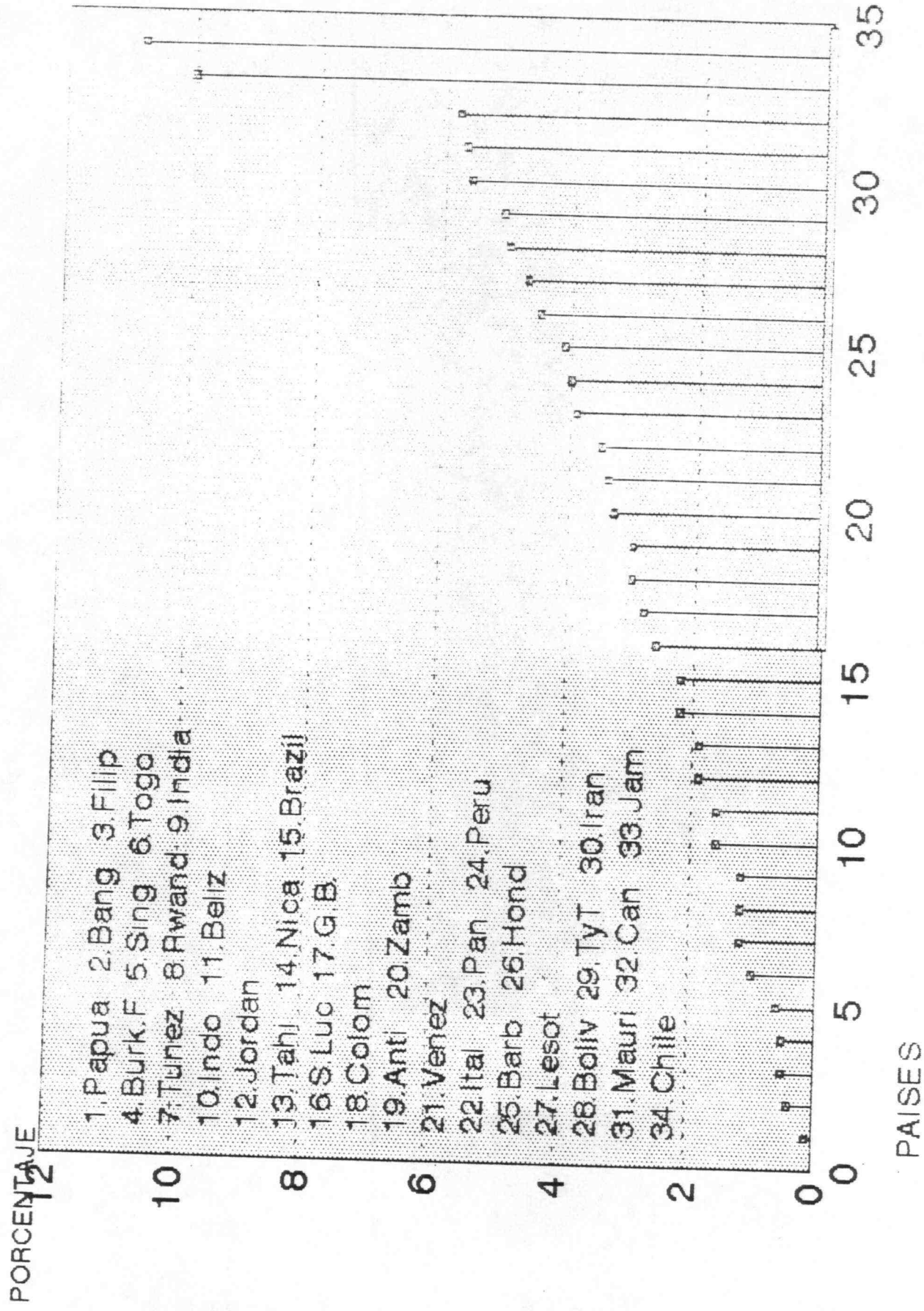
(1) EVOLUCION DE LOS INDICADORES DE DESARROLLO EN COLOMBIA.

(a) PRODUCTO INTERNO. La tasa anual de crecimiento fué de 6.5% entre 1967 y 1974; de 5% entre el año de 1974 y 1979; de 2.2% entre 1979 y 1985; de 2.4% entre 1985 y 1989, con un promedio para todo el periodo de 4.9%. El índice per cápita tuvo un crecimiento promedio de 2.2% entre los años de 1950 y 1987; durante el mismo lapso de tiempo, el 50% de la población más pobre aumentó su participación del 16 al 20% del producto, así como el 10% más rico perdió una proporción sustancial de su participación, disminuyendo de 43 a 36%. Durante los años 80, Colombia logró mantener un crecimiento positivo en contraste con la mayoría de los países latinoamericanos.

El ingreso que desde los años 60 mostraba una diferencia marcada entre el área rural y la urbana, mantuvo ésta con el proceso de urbanización, y a pesar de que mejoró la situación del trabajador agrícola, los salarios e ingresos urbanos se han mantenido más altos.

Figura 9. Porcentaje de Obesidad en Preescolares

Porcentaje esperado 2.15



(b) SERVICIOS. Probablemente como resultado de la urbanización, de una mejor distribución de los ingresos, el aumento y mejoría de la infraestructura de servicios, se observan marcados incrementos en las coberturas reales de la mayoría de ellos. Así, la matrícula escolar subió del 57% en 1965, a 93% en 1985 (100% para el área urbana). Por otra parte, el porcentaje de los niños matriculados que terminaban la escuela primaria subió del 41% en los años 60 a 61% en 1985 en la zona urbana. Tal situación, sin embargo, no se presenta a nivel rural, donde en 1985 sólo un 20% terminaba sus estudios.

Vale la pena poner de relieve que el aumento en los niveles de educación en el área urbana se ha dado paralelo a un incremento substancial de su población, así como el déficit rural se presenta en comunidades que han disminuido su volumen proporcional en el país.

La proporción de población con acceso a electricidad, aumentó del 58 al 78%, con una participación muy marcada de la población rural donde el incremento fue del 15 al 41%. El efecto de la disponibilidad de energía eléctrica en la información, la cocción y refrigeración de alimentos, la disminución del uso de leña y la liberación del tiempo de la mujer no se mencionan con frecuencia, pese a que constituyen probablemente uno de los factores que más inciden en el aumento de la disponibilidad de alimentos en buen estado y de mejores condiciones de higiene. El acceso al agua potable subió del 64 al 92%, y el saneamiento ambiental alcanzó el 77% en 1985, en contraste con el 32.4% que tenía en 1961. La mayoría de estos cambios han tenido lugar en el área urbana. La cobertura en el área rural ha sido menor, y pasó del 11 a solamente 39.5% en 1985.

Entre 1960 y 1985, el porcentaje de viviendas con problemas de hacinamiento, es decir, con 4 o más personas por habitación, disminuyó del 22% al 13%. Igualmente, el porcentaje de casas con pisos protegidos, aumentó del 65% al 84%.

En dicho periodo se produjo un aumento en la disponibilidad de personal de salud, de servicios de salud y de cobertura real. Para mencionar sólo algunos de los indicadores que indirectamente miden las coberturas reales, la proporción de embarazos que recibieron atención por personal entrenado, aumentó de menos del 20% en 1960, a 38% en 1980 y 77% en 1985.

La cobertura de inmunizaciones para poliomielitis y tuberculosis alcanzó más del 90%. Las de sarampión y DPT (difteria, tétano y tosferina), alcanzaron el 74%. A estos niveles, se minimizan para dichas enfermedades los riesgos de epidemias.

En 1986 la rehidratación oral con sales preempacadas era utilizada en el 42% de los episodios de diarrea. La capacidad de los servicios se está demostrando en el manejo de la epidemia de cólera en 1991, aunque ésta ratifica cuáles son los grupos

de población que viven en condiciones precarias y en qué departamentos. Se pasó de 10.3 profesionales (médicos, dentistas, enfermeras auxiliares y promotores de salud) en 1970, a 18 en 1980, y a 21.9 en 1988.

No obstante que el número de camas por habitante disminuyó, la cifra de pacientes dados de alta por cama/año aumentó de 22.9 a 36.4. Los indicadores anteriores permiten validar estimativos recientes, señalando que los servicios de salud están disponibles para un 90% de la población; una tercera parte de ellos por intermedio del Seguro Social y otros sistemas.

La disponibilidad de alimentos en el país, de acuerdo con las hojas de balance, ha cubierto las necesidades de energía desde 1960. La limitante para que esta disponibilidad se extienda a todas las familias, es y ha sido la capacidad de compra que ellas tengan. En 1960, con una disponibilidad por persona de 2293 KCals., el consumo medio para grupos de bajos ingresos era de 1812 KCals. y el consumo promedio para el país de 2015 KCals.

Como se había indicado en la Figura No. 5, en los Estados Unidos, cuya población se acepta como referencia para las medidas antropométricas, la disponibilidad de energía es de 3500 KCals por persona (Hojas de Balance), pero el consumo promedio es de 2000 KCals. (Encuestas de Consumo), equivalente en ese país a una adecuación del 85%, lo cual equivale a decir más de que la mitad de la población tiene un consumo inferior a las recomendaciones.

El consumo en Colombia para los grupos de menores ingresos, correspondía a una adecuación de 83.8% para calorías en 1964-1966, y a un 96% en 1977-1980. En 1981 el 78% de la población tenía un consumo de energía superior al 80% de los requerimientos; ya en 1972 el grupo de población de altos ingresos aparece con consumos aparentes superiores a 3000 KCal., equivalentes a 150% de adecuación, cifra que, como promedio, implica necesariamente un exceso o un desperdicio del recurso.

Las grasas y los azúcares refinados representan hoy un porcentaje alto de las calorías ingeridas. Este hecho, que al momento pareciera ser una mejoría en la dieta del colombiano, puede ser la iniciación de un deterioro de ella, especialmente cuando la estructura de la morbilidad muestra una disminución marcada de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de la obesidad.

(2) EVOLUCION DE LOS INDICADORES DE CONSECUENCIAS.

Las consecuencias de las modificaciones de todos estos factores, pueden evaluarse por medio de los cambios que han sufrido una serie de indicadores de salud y bienestar. La Figura 11 resume algunos de los aspectos que han mejorado en el país desde los años 60 y presenta una proyección lineal hasta el año 2021. Como se discutió para el mundo, es lógico esperar que, si los indicadores de desarrollo en ingresos, disponibilidad y

utilización de los servicios e infraestructura, son distribuidos suficientemente en la población, deberían encontrarse una serie de consecuencias, y este parece ser el caso en Colombia.

(a) ALFABETISMO. El aumento de matrícula en escuelas y colegios, junto con una serie de esfuerzos en educación del adulto, ha dado como resultado una reducción de la población analfabeta que en la actualidad no llega al 15%.

(b) MORTALIDAD. Con un mayor acceso a fuentes de agua potable y electricidad, mejor saneamiento ambiental, nivel educativo, condiciones de vivienda, uso de los servicios preventivos de salud y menor hacinamiento, las tasas de letalidad y de morbilidad por enfermedades infecciosas ha disminuido en el país como lo evidencian los cambios en las tasas de mortalidad en la niñez.

(c) ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD. POR EDAD: Dado que la frecuencia de enfermedades infecciosas es mayor en los niños, estas reducciones se han reflejado en las tasas de mortalidad de éstos grupos de edad. Las tasas de muerte disminuyeron en un período de 35 años de cifras por encima de 100 en 1950 por 1000 nacidos vivos, a 46 en 1988.

La mortalidad del menor de 5 años, de 148 por 1000 nacidos vivos en 1960, pasó a 68 en 1988. Como la proporción de muertes del menor representaba un 40% de la mortalidad total, la reducción explica el descenso de la tasa cruda de mortalidad, de 14 a 5.2.

Además de los aspectos generales que contribuyen a una mejor salud de la población, el aumento de la proporción de madres que asisten a consulta prenatal y durante el parto, ha contribuido a un mejor manejo de su morbilidad y a una disminución de la mortalidad materna, de 25.4 a 14.

La Figura 12 demuestra los cambios muy significantes ocurridos en los últimos años con una disminución de la proporción de muertes en la infancia y la niñez remplazada por un aumento en la proporción de muertes por encima de los 65 años. La mortalidad del grupo de población de 45 a 59 años que había descendido hasta 1973, comenzó a aumentar a partir de esta fecha.

(d) ESTRUCTURA DE LA POBLACION. La modificación de la estructura de la mortalidad por edades, produjo un aumento correspondiente de la expectativa de vida al nacer, de la estructura de población por edades y a un crecimiento de la misma. Esto sucede a pesar de que paralelamente una mayor utilización de métodos efectivos de planificación familiar, disminuyó la tasa de fertilidad de 7 a 3 en este periodo.

El aumento de la expectativa de vida está dado principalmente por la disminución marcada de las tasas de mortalidad en los grupos de edades de 1, y de 1 a 4 años. La Figura 13 muestra los

cambios en la estructura de la población por edad que refleja los cambios de la mortalidad por edad.

(e) ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD. POR CAUSA. Después de una disminución progresiva de las tasas de mortalidad en todas las edades hasta 1981, las franjas de 15 a 44 y de 45 a 59 años tuvieron un aumento del 5-6% entre 1981 y 1986, que podría representar un comienzo de aumento temprano de enfermedades crónicas asociadas a la dieta, y a estilos no saludables de vida.

El aumento de expectativa de vida, por si sola modificó la estructura de mortalidad por edad y por causa. Igualmente, el proceso de urbanización modificó el tipo de dieta, con un aumento marcado en la ingestión de azúcares refinados y de grasas y en consecuencia, de calorías. Este proceso de urbanización conduce a una disminución de la actividad física y a un aumento de la tensión, factores que contribuyen, probablemente, a los cambios observados en la estructura de mortalidad por causa. Esto se refleja en la contribución del cáncer y las enfermedades cardiovasculares que representan en la actualidad el 57% de las muertes ocurridas en el país, mientras que las enfermedades infecciosas, parasitarias y perinatales, representan solamente el 16%.

(f) ESTADO NUTRICIONAL. Como es la interacción de los mismos factores la que determina las causas de muerte y el estado físico (masa corporal y crecimiento), no es de extrañar que en las últimas 4 décadas se hayan podido documentar cambios substanciales en los indicadores de crecimiento y composición corporal. Estos cambios, observables desde el nacimiento, han sido más dramáticos en el área rural.

La distribución de peso para la talla, peso y talla para la edad, se acerca más a las poblaciones de referencia aceptadas en el mundo. La prevalencia de bajo peso al nacer está por debajo del 15%. Las distribuciones para las medidas de talla para edad y la talla alcanzada, no puedan alcanzar referencias en menos de dos generaciones, siempre y cuando las tendencias para los factores causales se mantengan. La Figura 10 indica los cambios ocurridos en la prevalencia de déficits de peso y talla, al efectuar una proyección simple estos déficits debieran haberse constituido en un problema del pasado antes de finalizar el siglo.

En forma preocupante, la asociación de una talla, aún baja, con un estilo de vida más sedentaria, y un mayor acceso a alimentos con más densidad de energía y nutrientes, comienza a generar desde la edad escolar un aumento significativo de obesidad, niveles de grasas séricas, diabetes y otras condiciones asociadas. Estudios realizados en el Valle de Sibundoy y en escolares de la Ciudad de Cali muestran cómo la distribución de peso está sesgada hacia la obesidad (medianas superiores a las medianas de la población de referencia), en presencia de tallas cortas. Durante los años 1965-66 y 1977-80, el sobrepeso y la

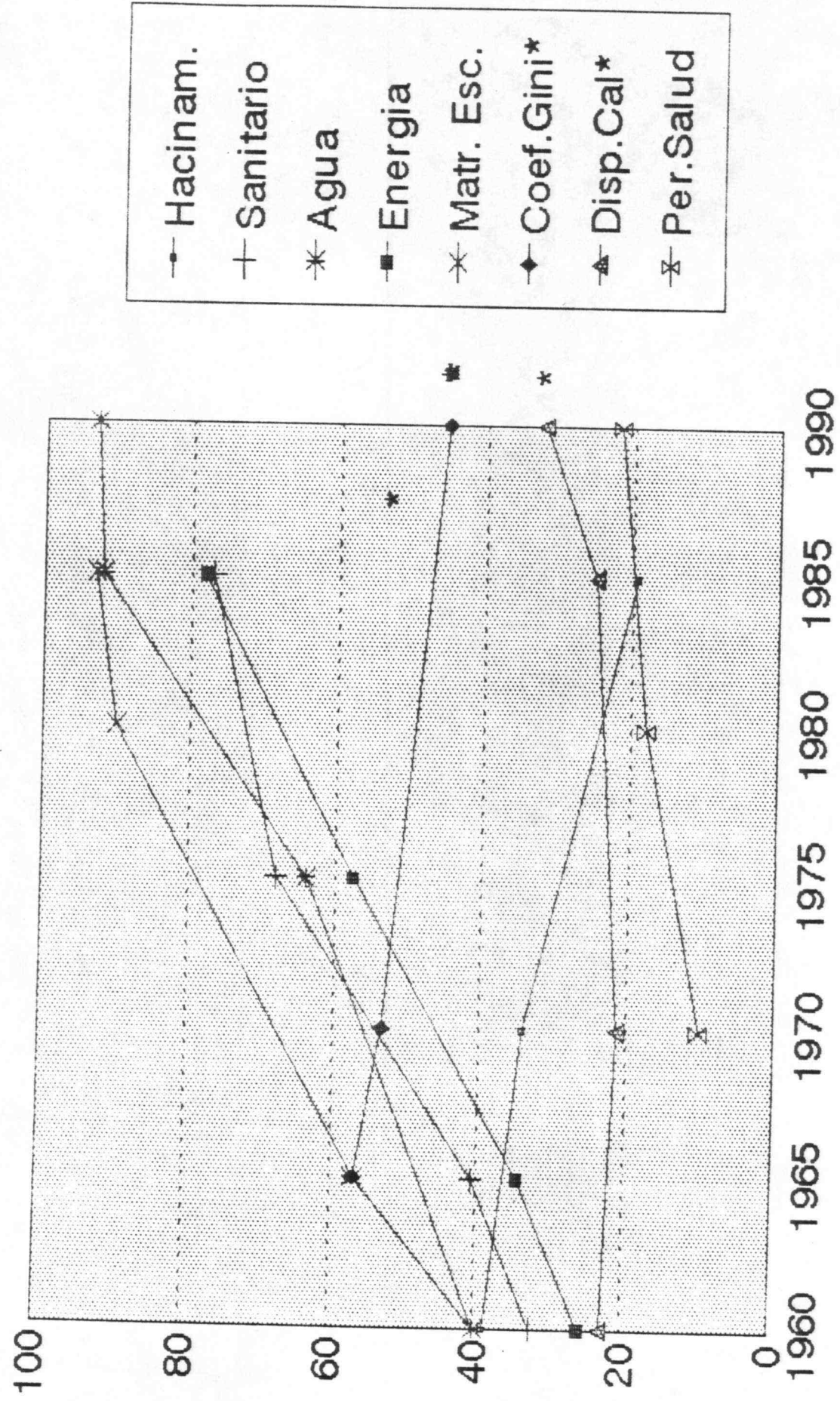
obesidad tuvieron un incremento muy marcado, especialmente en mujeres, en poblaciones habitadas por núcleos de 2500 a 99999 personas. Proyecciones lineales de la prevalencia de sobrepeso y obesidad indican que estas alcanzarían en el 2021, el 30% de la población como se indica en la Figura 10 y en la Tabla 1.

(j) IMBALANCES DE NUTRIENTES ESPECIFICOS. Mejoras similares a las anteriores se han obtenido en el control y prevención de carencias específicas. La yodación de la sal permitió eliminar las enfermedades ocasionadas por falta de dicho elemento, que constituían un problema de salud pública para el país, como ocurrió también con las deficiencias de vitamina A, documentadas por el Instituto Nacional de la Nutrición en los años 70. Esta deficiencia representa un problema de salud en la región Atlántica. El control de esta deficiencia y sus manifestaciones, se ha presentado como una consecuencia de la modificación de sus factores condicionantes.

El grueso de las deficiencias de hierro se controló con el uso de calzado para los trabajadores, medida que frenó la proliferación del parasitismo causante, a su vez, de problemas de anemia. Una encuesta nacional llevada a cabo en 1977-80, dió como resultado una elevada prevalencia global del 34% en las deficiencias de hierro, y de 20.8% con anemia. En el grupo de escolares se registraron índices moderados de anemia. Este problema requiere aún soluciones metodológicas para su prevención y control.

Fig. 10. Tendencias de Indicadores de Desarrollo

Bienes y Servicios 1960 hasta 1990



Para facilidad de la tabla la disponibilidad de KCals y Gini se presentan div. por 100

Fig. 11: Evolución y Proyección Simple

Mortalidad, Expect. de vida, Est. Nutricional

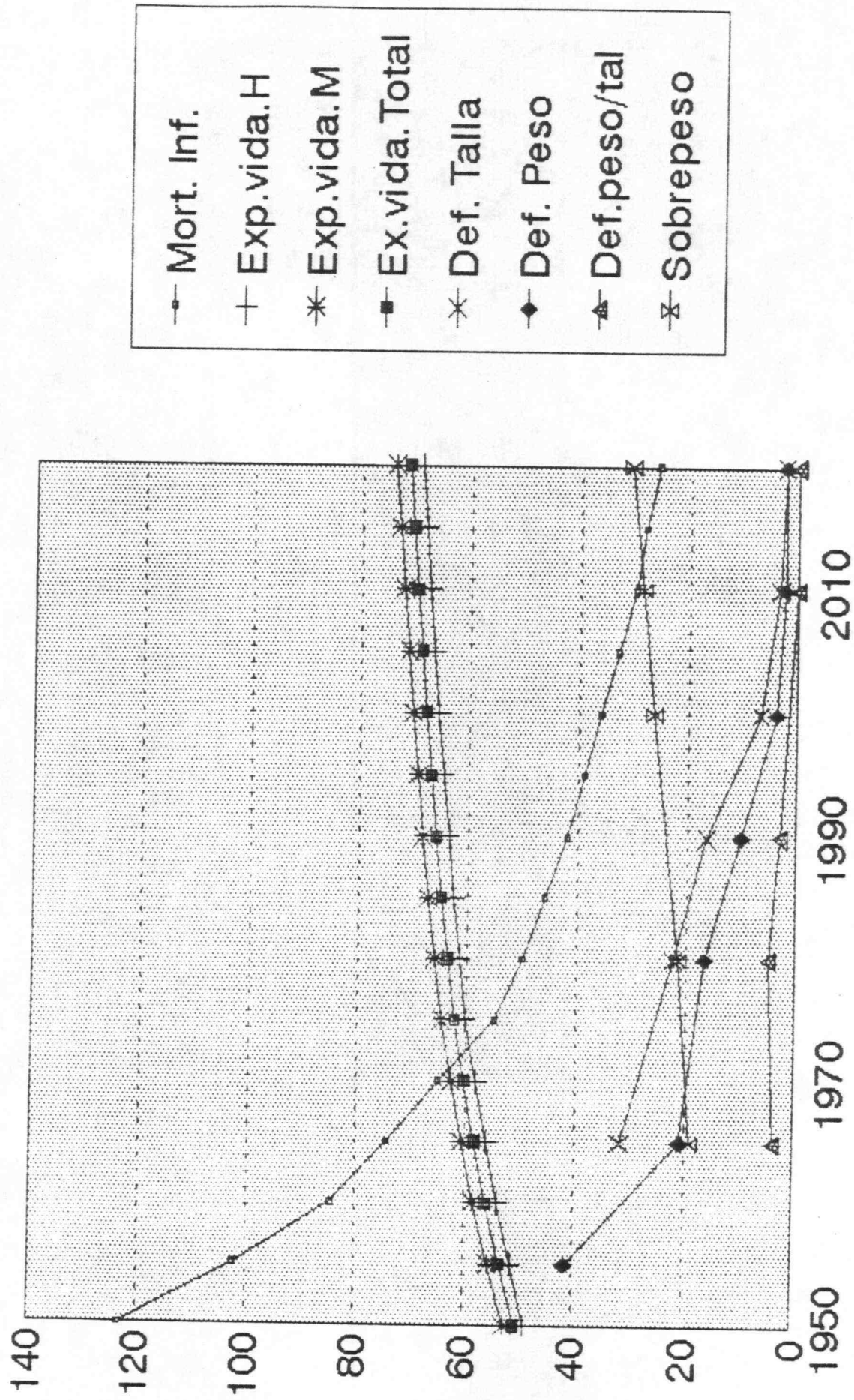


Fig. 12. Evolucion de la Mortalidad por Edad
 Grupos de Edad 1973 a 1985

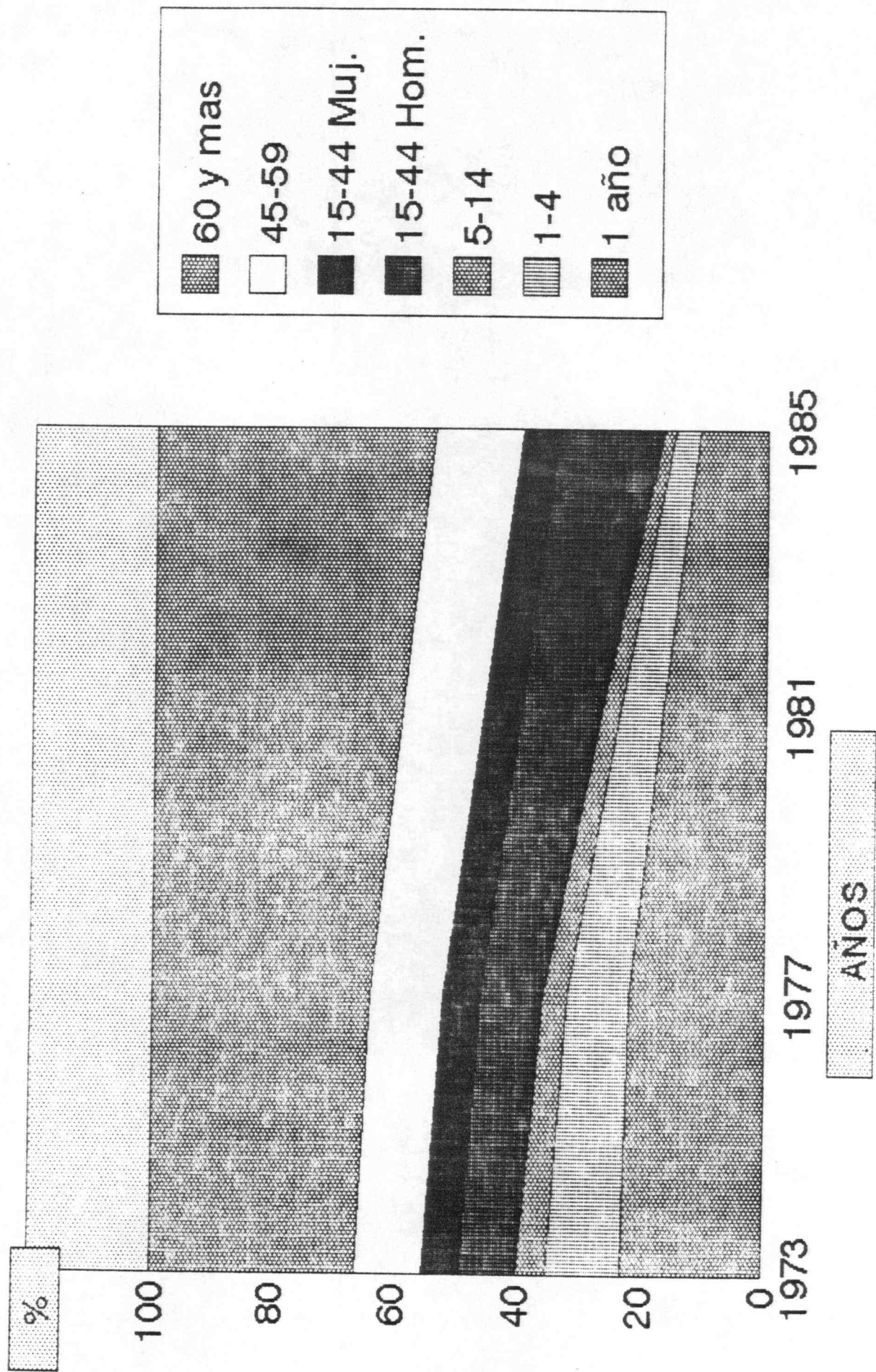


Fig. 12a. Evolucion de la Mortalidad por grupos de Edad
Colombia 1973-1986

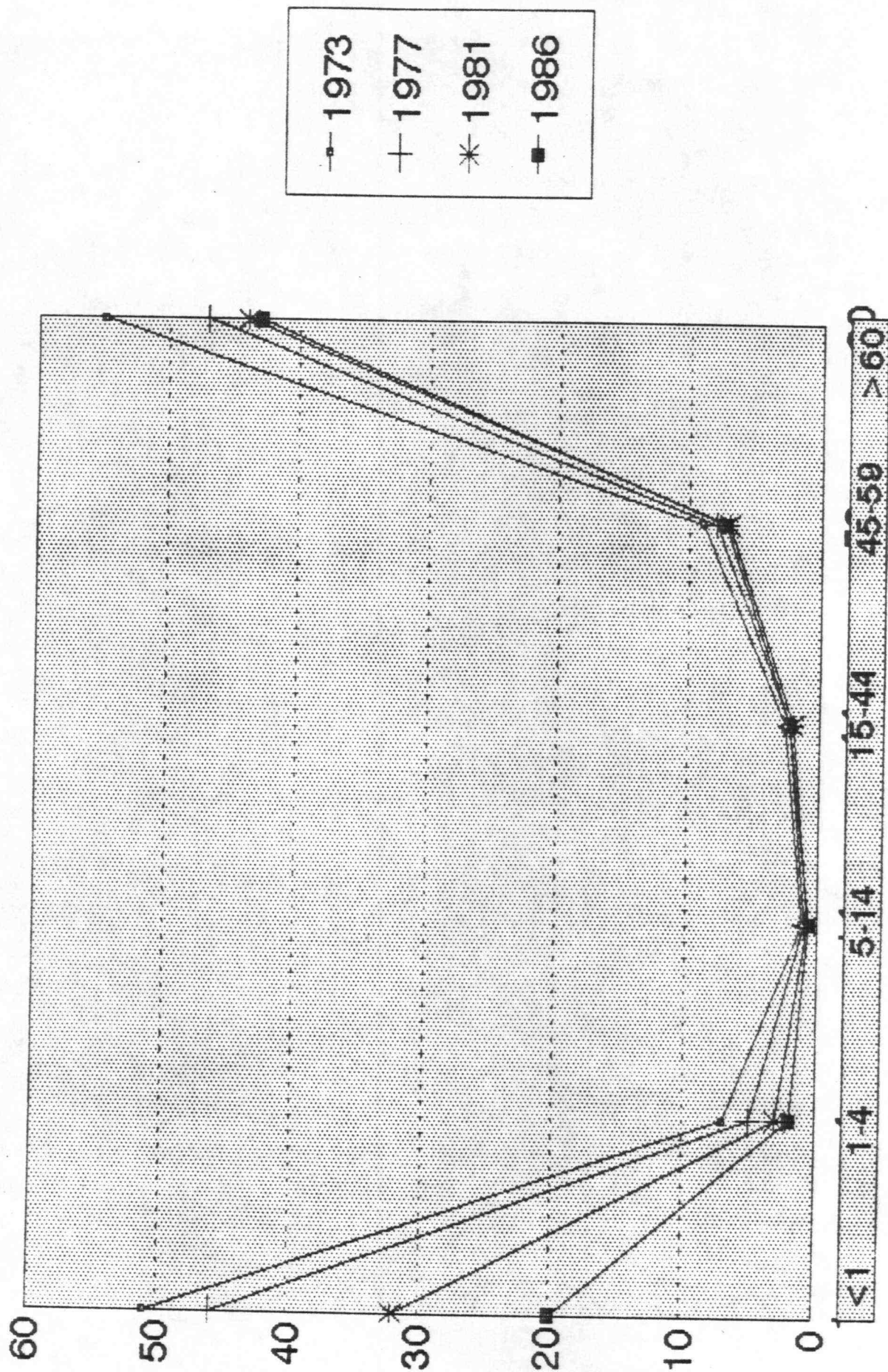
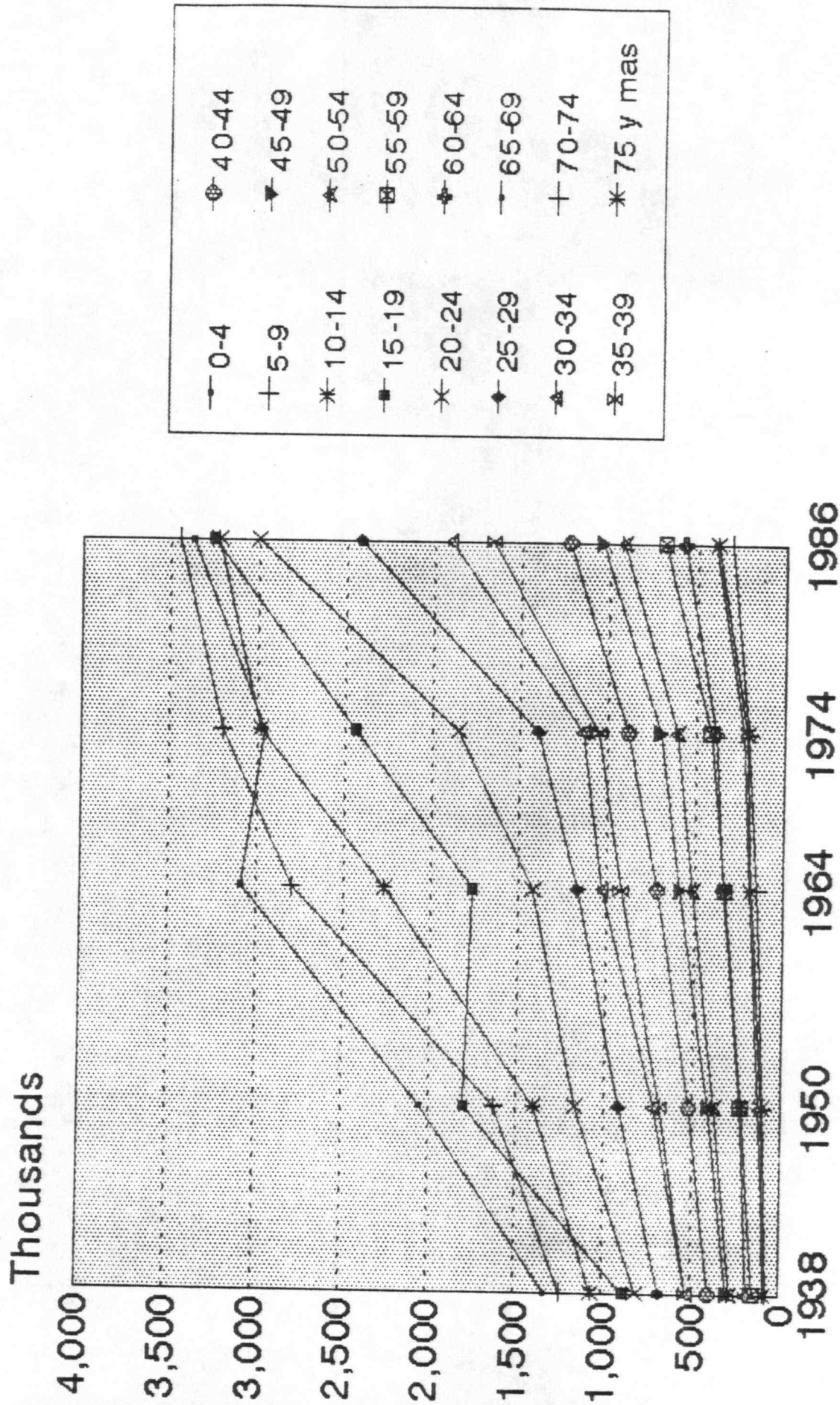
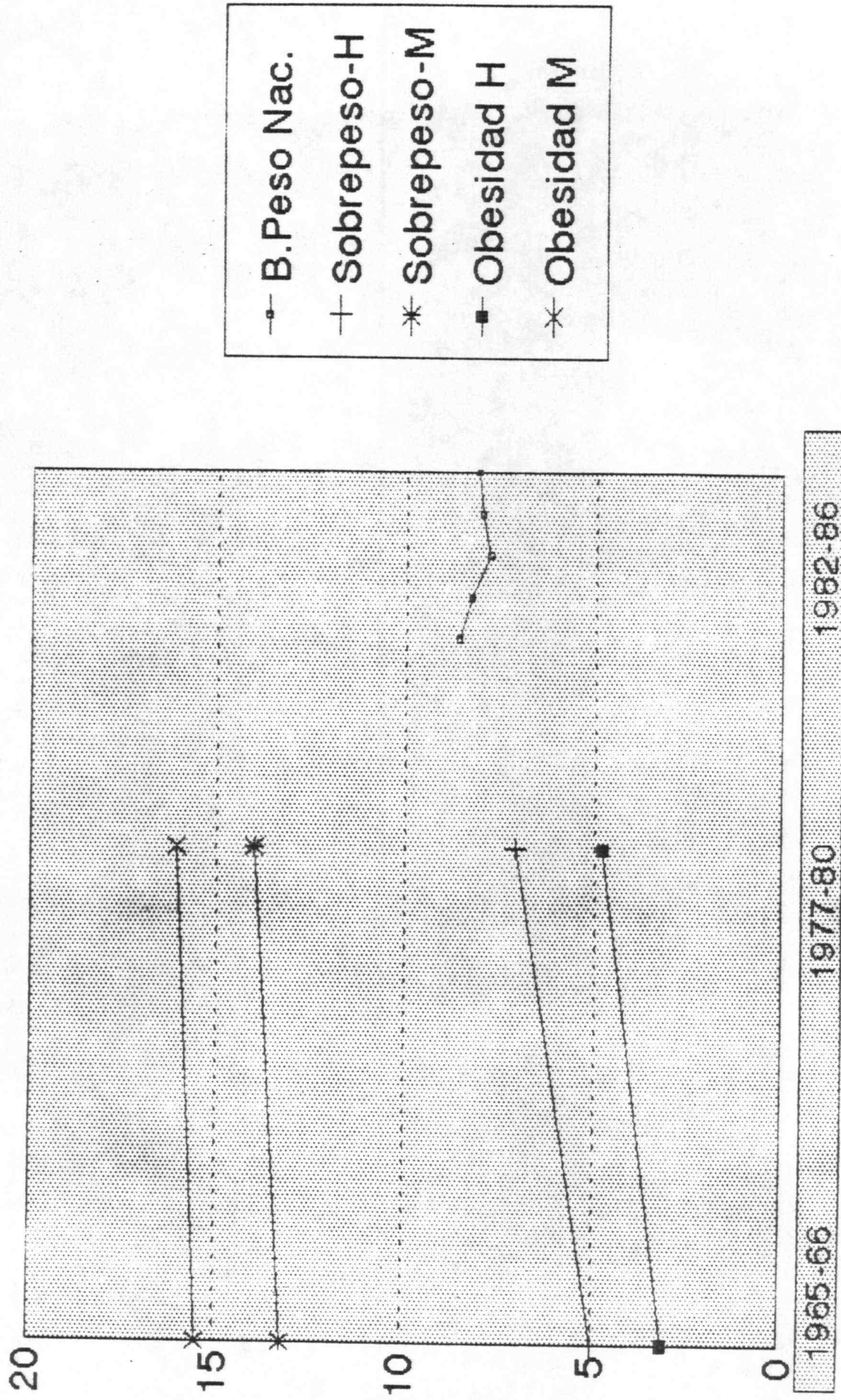


Fig. 13. Poblacion por grupos de edad

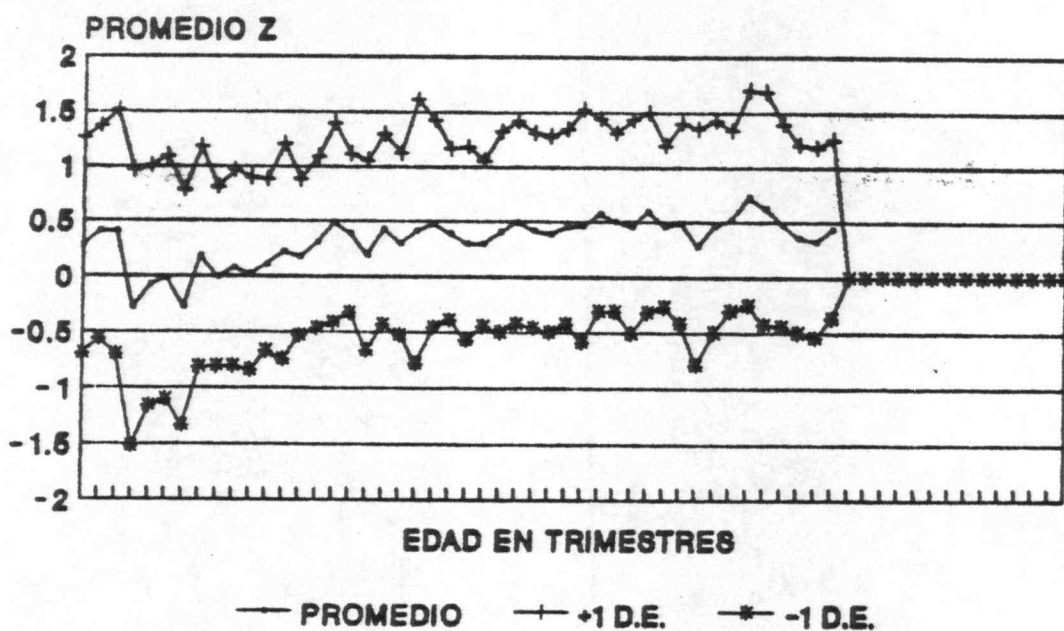
Datos censales



Sobrepeso, Obesidad y Bajo Peso al Nacer



VALLE DE SIBUNDOY POBLACION GENERAL PESO/TALLA



FUENTE: Evaluación Nutricional 1988

GRAFICA 25

IV. TENDENCIAS PROBABLES EN LOS INDICADORES DE BIENESTAR Y ESTRATEGIAS PARA LA ACCION EN COLOMBIA.

A. PROYECCIONES. En la medida en que los promedios nacionales se reduzcan, se hace cada vez más difícil su disminución ulterior. Por una parte, el mayor porcentaje de la morbilidad y mortalidad lo generan grupos sociales marginados y de bajos ingresos que, a su vez, requieren la creación de mecanismos para su identificación y el manejo de sus factores de riesgo. Estos grupos están localizados, por lo general, en regiones poco accesibles, sometidos a precarias condiciones ambientales y de vivienda. Por otra parte, la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de otras implica un mayor grado de sofisticación y de costos para su manejo y prevención.

Las proyecciones simples de los indicadores, es decir, si los cambios continúan con las tendencias que tienen actualmente, sugieren que para el año 2021 la población colombiana podrá alcanzar varias de las metas que se han propuesto para el 2000.

Sin embargo, estas proyecciones lineares no toman en cuenta la dificultad creciente que se encuentra a medida que las tasas disminuyen, ni los cambios en la política de desarrollo que pudieran presentarse, y sería necesario efectuar una serie de simulaciones para hacerlo. La coyuntura política actual permite, al menos, creer que posiblemente la acción pública pueda concentrarse en aquellos lugares y grupos de población que están frenando la disminución de los promedios nacionales, para permitir que se alcancen las metas y simultáneamente se prevenga la aparición de otro tipo de pobreza con diferentes manifestaciones. Este parece ser el propósito del Plan de Desarrollo del actual gobierno.

Si el país continúa con las tendencias actuales (inercia), para el año 2020 la estructura de morbilidad será muy similar a la que vemos hoy en los países de altos ingresos. Elevada prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas a dietas bajas en fibra y elevadas en grasas y azúcares refinadas. La causa de las enfermedades infecciosas estará más ligada a infecciones alimenticias originadas por un manejo inadecuado de los alimentos en el hogar o en comedores públicos. Un aumento en la demanda de productos de origen animal ocasionará un deterioro aún mayor del medio ambiente, con destrucción marcada de las selvas tropicales y contaminación química de las fuentes de agua superficial y subterránea.

La distribución de la pobreza es una realidad conocida en Colombia. Qué departamentos, cuáles municipios y sectores dentro de ellos se encuentran en peores condiciones. Se han identificado, así mismo, las características de esta pobreza, gracias a los indicadores utilizados para su clasificación, como también los déficits de infraestructura y servicios de dichas áreas geográficas.

Las manifestaciones y sus indicadores en algunos de estos sitios son, en la actualidad, las que presentaba el país en los años 60: mortalidad infantil elevada, baja expectativa de vida al nacer, infecciones como causa principal de muerte y precario desarrollo físico.

Estos mismos grupos hacia los cuales parece dirigirse el Plan de Desarrollo, continuarán siendo los de menores ingresos aunque las expresiones de su pobreza serán diferentes como ya comienza a evidenciarse. Probablemente a ellos corresponderá sufrir el peso de las enfermedades crónicas en los años venideros.

Con las recientes modificaciones en la política económica del país, existe el riesgo de que, mucha de la convergencia lograda entre los grupos de diversos ingresos pueda detenerse, como ha sucedido en otras partes donde la acción pública se ha minimizado, siendo reemplazada por la privatización, a no ser que se tomen medidas que permitan mantener por lo menos las condiciones actuales.

La estructura de la población por edad, la estructura de la mortalidad por causa, el alto porcentaje de población rural y de pobreza, permiten identificar los departamentos en donde la "desnutrición tradicional" con deficiencias de peso para talla son mayores. Esto puede verificarse en las Gráficas 14 y 15, comparando la estructura de la población por edad y de mortalidad por causa en cada uno de ellos. Si la apertura y la privatización provocan inicialmente un estancamiento de las mejoras alcanzadas en los grupos pobres, no es difícil prever estancamiento o deterioros muy marcados en estos grupos de población, con aumentos de migración hacia el área urbana que, por lo menos a mediano plazo, podrían desmejorar los promedios nacionales de bienestar social.

Por otra parte, dentro de los escenarios macroeconómicos optimistas se podrían esperar mejores días para el país, a pesar de que pudieran deteriorarse las condiciones de los grupos de población marginal.

B. ESTRATEGIAS Y ACCIONES MINIMAS SECTORIALES.

Para poder alcanzar un estado nutricional adecuado en el 2021 como reflejo de los avances en el desarrollo, todos los sectores tendrán que alcanzar metas varios años antes.

Como se ha discutido anteriormente la mayoría de las causas de mortalidad y malnutrición convergen en la población de menores ingresos, tanto en las áreas urbanas como rurales. Los indicadores discriminados por regiones, permiten observar que a pesar de los progresos obtenidos a través del tiempo, las secciones de alto riesgo identificadas en 1964 son las mismas que aparecen en 1983 que corresponden, generalmente, a sectores de mayor proporción rural. Estos grupos sociales son los que generalmente se deterioran aún más durante períodos de crisis o

de cambios en las condiciones económicas del país. Las acciones para la prevención de problemas nutricionales en el próximo siglo deberá comenzar en los niños que nacen en la presente década.

En el País como en otros sitios es evidente que las manifestaciones de la pobreza son diferentes y dependen del grado de desarrollo del lugar donde se vive. Para un nivel de ingreso dado, las condiciones de salud y bienestar son peores para una familia que reside en el departamento del Chocó que para otra del Valle, de la misma manera que son mejores en el municipio de Cali que en el de Buenaventura.

A nivel urbano, la concentración de población pobre es superior en Quibdó y en Maicao que en Zipaquirá y Bucaramanga. Tanto los departamentos como los municipios económicamente más desarrollados cuentan con una infraestructura apropiada, mayor calidad de servicios y acceso a fuentes de trabajo en el sector formal e informal, circunstancias que se traducen necesariamente en mejores indicadores de bienestar.

El nivel de equidad alcanzado en el país, que no es todavía el ideal, y la evolución de sus indicadores de desarrollo, hacen que en el presente las medidas generales no tengan ya el impacto sobre los promedios que tenían en el pasado. Se hace necesario incrementar la acción sobre grupos de población o áreas geográficas con deficiencias en su infraestructura y condiciones de vida. Es posible que en el futuro inmediato haya que subsidiar a esos grupos, o bien, establecer programas de pago por trabajo, dirigidos a actividades sociales o de desarrollo comunitario.

La experiencia en diversos países indica que subsidios en especie son, por lo general, más costosos e ineficientes que mecanismos para subsidiar la educación, la vivienda, los servicios de salud y ciertos alimentos.

(1). Acciones específicas en Nutrición. Teniendo en cuenta que para alcanzar metas nutricionales en el año 2021 es necesario corregir los factores condicionante y que la mayoría de estas acciones de prevención reposa en todos los estamentos sociales y políticos del país; Es necesario establecer cuales son las acciones específicas nutricionales que tienen una ventaja relativa sobre las acciones sectoriales. Como la situación actual del país hace que planes globales no puedan tener un efecto sobre todo el territorio y es necesario proponer al menos dos estrategias: La primera es la de apoyar grupos marginales donde las enfermedades infecciosas y parasitarias junto con dietas de baja densidad calórica están produciendo indicadores de consecuencia similares a aquellos de Haití y Bangladesh. El apoyo a este grupo es transitorio, basado posiblemente en subsidios o ayuda directa, que les permitiera mejorar su situación mientras comienzan a participar en los beneficios del desarrollo económico (con mejoría en su vivienda, saneamiento, educación, y su acceso a la infraestructura local). La segunda en relación con la población colombiana en general y los grupos de menores ingresos

en particular cuyas manifestaciones son similares a aquellas de Chile, Costa Rica y España. El apoyo en este caso está fundamentado en facilitar cambios de conducta en estilos de vida por medio de educación a personas y grupos sociales, asociado a políticas sectoriales que lo induzcan.

Dentro de la primera estrategia las acciones que tradicionalmente han sido consideradas como nutricionales, tales como la suplementación alimentaria, las comidas escolares y las mezclas vegetales, deberán ser analizadas de tal modo que contribuyan al desarrollo, o en casos muy especiales de riesgo, que permitan a ciertos grupos subsistir en las mejores condiciones posibles. Por ejemplo, los Hogares Infantiles son un elemento invaluable en aquellos lugares donde la participación femenina en la fuerza de trabajo es muy elevada y su objetivo claro no es nutricional sino la creación de lugares apropiados de cuidado diario y estímulo temprano para los niños y que permitan a la familia aumentar sus niveles de ingreso. Las condiciones mínimas de estos Hogares deberían mantener a los niños como en sus propias casas. Los proyectos de complementación alimentaria están siendo, cada vez más, utilizados como un mecanismo de redistribución del ingreso y se justifica analizar su eficiencia en comparación con ayudas en dinero y subsidios, o como medio de pago por actividades que permitan el desarrollo de servicios e infraestructura. Los refrigerios escolares deben tener en cuenta las condiciones existentes en cada escuela con especial atención en aquellas donde existen tendencias al exceso de peso, que se ha documentado en varias regiones del país, incluso en los grupos de menores ingresos.

Por medio de una concertación de los diferentes sectores y especialmente Industria, Agricultura, Educación, Salud y grupos de población organizada a nivel de gobiernos Departamentales y Nacional:

- Mantenimiento de una información permanente sobre el tipo de desnutrición para las diferentes regiones del país, en los diferentes grupos de edad y desarrollar estudios epidemiológicos de los factores condicionantes incluyendo la dieta y sus componentes. Adaptar el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) para cumplir las necesidades presentes.

- Monitoria de tendencias en disponibilidad de alimentos, los hábitos alimentarios y la calidad de las dietas desde el punto de vista nutricional y de su pureza química y bacteriológica.

- Establecimiento de objetivos nutricionales y metas alimentaria para el país y para las diferentes regiones. Estas metas deben estar orientadas a minimizar el riesgo de déficits o de excesos de nutrientes o de ciertos componentes de las dietas. De acuerdo con las condiciones actuales establecimiento de metas intermedias para cada una de las regiones del país.

- Desarrollo de guías alimentarias y nutricionales para la población colombiana que orienten la política general, a cada uno de los sectores involucrados y a los medios de comunicación.

- En base a estas metas tomar medidas que faciliten y promuevan a la población la adopción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables. Entre ellas medidas sobre disponibilidad relacionadas con las políticas de producción agropecuaria, intervenciones en los precios, regulación del mercadeo, alimentación a grupos y tecnología apropiada de procesamiento de alimentos. Medidas sobre el conocimiento relacionadas con la educación en las escuelas, al público y a personas envueltas en manejo de alimentos. Regulación sobre calidad de los alimentos y la inclusión de la composición de los alimentos procesados en las etiquetas y propagandas.

- Monitoria de los cambios que tienen lugar para modificar, suspender o reforzar las acciones que se están llevando a cabo.

b). Acciones en Política General.

1. Identificación de déficits en infraestructura y servicios para las áreas de pobreza.

2. Mantenimiento de un análisis de datos colectados especialmente en áreas marginales que permitan una monitoria de factores de riesgo, y simultáneamente emprender acciones inmediatas para evitar deterioro.

3. Definir políticas para hacer prioritario el gasto público orientado hacia el desarrollo de infraestructuras en aquellos departamentos, municipios y sectores identificados como deficitarios.

4. Prioridad en el desarrollo de servicios educativos, agua y saneamiento ambiental, salud, etc., para las áreas marginales.

5. Estimulo para la inversión privada en estas zonas, de tal forma que generen empleos.

6. Creación de empleos en actividades de desarrollo de infraestructura, medio ambiente y otras obras de tipo social para, no solamente justificar el pago de salarios, sino contribuir a la independencia económica del grupo o de la región.

7. Definir criterios para el análisis de planes y proyectos de desarrollo, para no aprobar otros que produzcan un deterioro del bienestar social o del medio ambiente, o buscar mecanismos que corrijan o eviten este deterioro.

(b). Acciones de las Direcciones de estadística. Definir con los diferentes sectores los indicadores, las salidas y posibles modificaciones de los datos requeridos, y las zonas geográficas o grupos de población para mantener un sistema que en

forma oportuna permita proponer modificaciones de planes y proyectos.

(b). Acciones en Educación. La meta mínima necesaria en educación debe incluir que para el 2021 la población adulta del país sea completamente alfabeta y consciente de su propia responsabilidad y la del Estado sobre sus condiciones de salud y bienestar. Sea consciente de su responsabilidad ante la sociedad y tenga bases de conocimiento acerca de los aspectos benéficos o perjudiciales de componentes de la dieta, del ejercicio físico y de los riesgos del medio ambiente.

Lo anterior incluiría: 1) Matrícula escolar del 100% de la población y retención mínima durante los 5 años de primaria. 2) Refuerzo y aumento de coberturas de Hogares Infantiles para hacerlos disponibles a todas aquellas familias que así lo requieran. Reforzar los Hogares Infantiles con el objetivo primario de crear hábitos de vida saludables, y al mismo tiempo permitir que las madres que así lo deseen puedan trabajar. 3) Estabilización de la carrera de maestros y profesores con facilidades de acceso a programas de educación continuada que representen promociones en su status. 4) Desarrollo de normas para el país, modificaciones en la estructura física de los establecimientos y del curriculum, para permitir que la escuela se convierta en una vivencia que mantenga o desarrolle una cultura de estilos de vida saludable, hábitos de higiene y alimentarios, responsabilidad individual y colectiva frente a la salud y el propio bienestar.

(c) Acciones en Salud. La meta mínima para el sector sería una población adulta en el año 2021 que habite en sitios con acceso al agua potable y disposición de excretas y basuras, a alimentos libres de contaminación química y microbiana, en habitaciones adecuadas y derecho a todos los niveles de atención necesarios para la prevención y manejo de la enfermedad, con el conocimiento necesario para hacer uso de ellos en forma apropiada.

Las anteriores metas implican un desarrollo del sistema de atención para darle acceso a toda la población, sistemas de referencia y transporte, campañas de educación al público sobre riesgos y formas de minimizarlos. Requiere también que se mantenga un análisis permanente de la información para modificar los planes y las actividades, de acuerdo con los problemas específicos que se presenten, bien sea en el país como un todo, o a nivel de ciertas regiones.

(d) Acciones en Agricultura. La meta mínima es la generación de una producción apropiada de alimentos necesarios para una dieta balanceada, a precios que estimulen el consumo de algunos componentes, o que tengan el efecto contrario sobre otros.

Optimización de la producción para evitar el daño al medio

ambiente y la contaminación del agua o de los alimentos. Una política agrícola y de la industria alimenticia que incluya en su proceso de decisiones, no solamente el valor económico sino la salud y el empleo de la población.

Esto implica para el sector una visualización de las necesidades del país en base a guías de alimentación para los colombianos, un estímulo a la "microempresa" agrícola y un programa con amplia cobertura de extensión agrícola que permita orientar a los productores sobre opciones no sólo económicas sino con fundamentos en las necesidades alimentarias.

Modificación de los criterios de precios basados en el contenido graso de los productos de origen animal, para estimular la generación de alimentos más sanos. Establecer normas de calidad para los productos, así como de mecanismos para la educación de los productores e intermediarios y el control de las disposiciones.

(e) Acciones en lo Económico. Mecanismos de subsidio por trabajo para aquellos casos especiales que, por diversos factores, se encuentren en una posición de desventaja. Los subsidios en especies, como se menciona atrás, parecen tener un costo benéfico bajo. Por un lado, obligan a desarrollar estructuras especiales para su distribución o a deteriorar otros servicios agregándolos a ellos. Por otra parte, tienden a tener cobertura apropiada solamente donde existen estructuras, que son precisamente los sitios que requieren menos de éstos, y por último no permiten crear los fundamentos para un desarrollo posterior. Es posible que sea necesario establecer subsidios en algunos lugares del país o para grupos especiales, de tal modo que puedan mantener acceso a electricidad, agua potable, alcantarillado, educación y salud.

Fig. 14. Tasas de Mortalidad por Causa
 Perfil Departamental por 100000

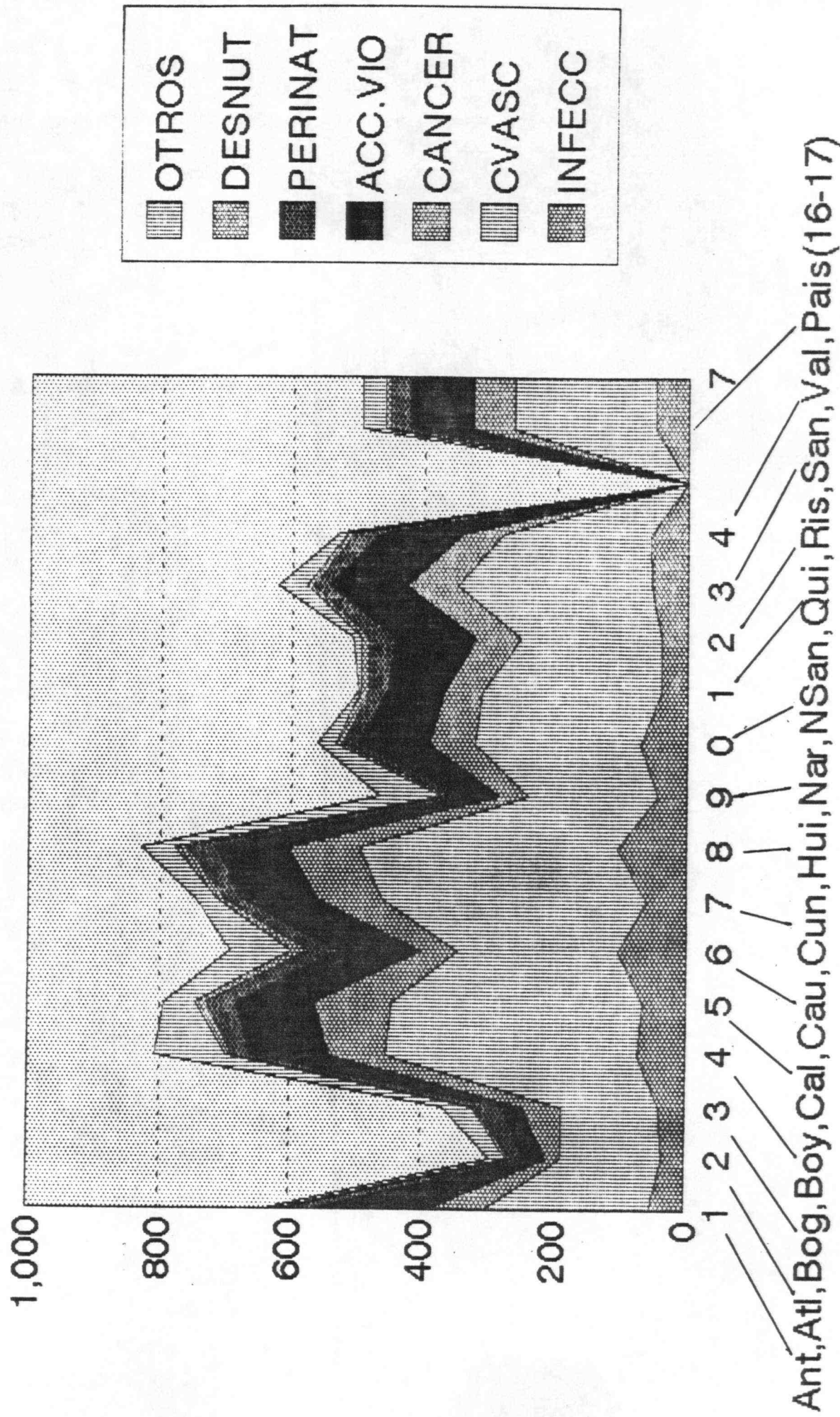
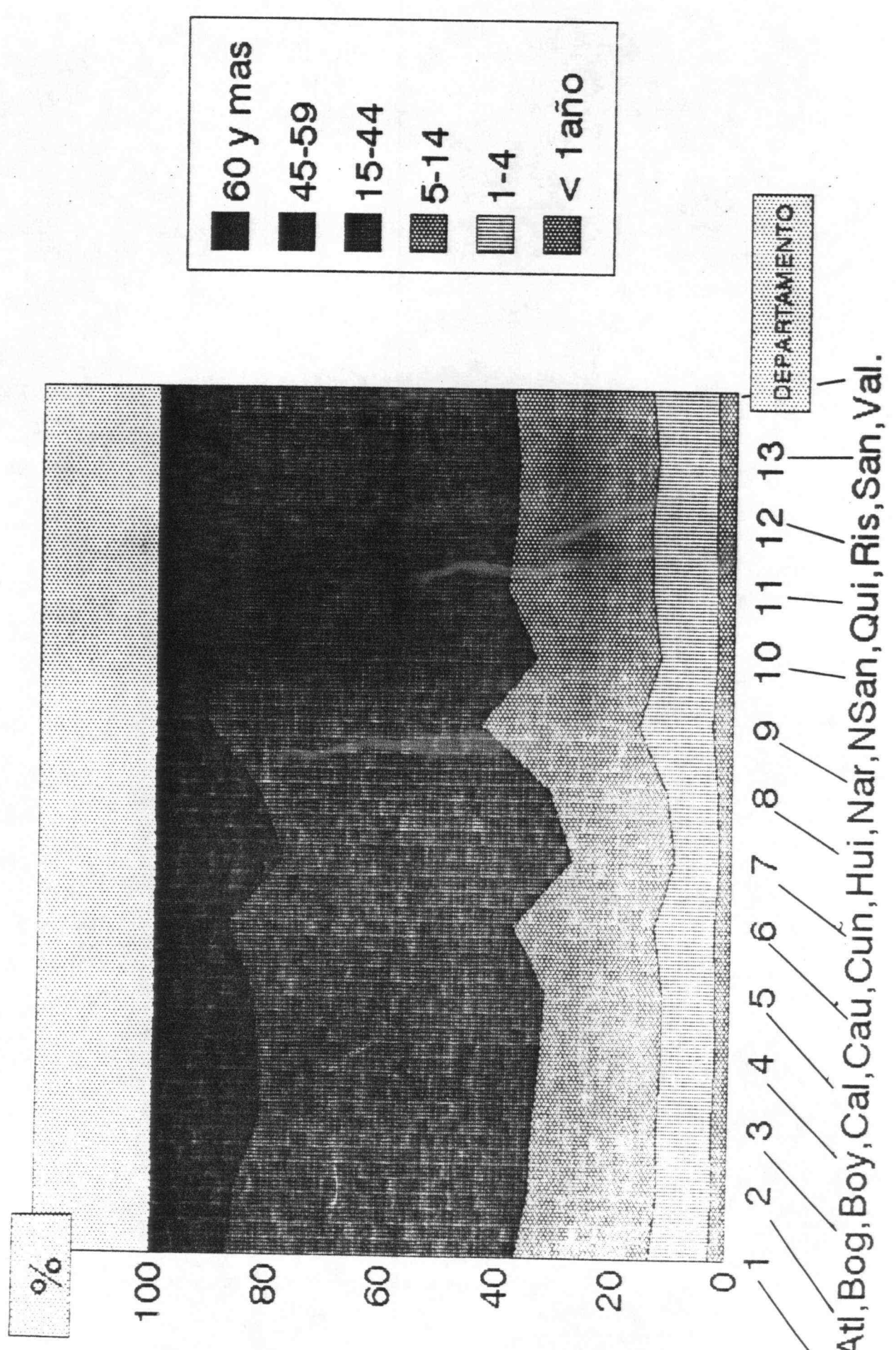


Fig. 15: Estructura de Poblacion por Departamento
 Poblacion por Grupos de Edad



Ant, Atl, Bog, Boy, Cal, Cau, Cun, Hui, Nar, NSan, Qui, Ris, San, Val.

V. COSTOS ESTIMADOS DE LAS ACCIONES ESPECIFICAS EN NUTRICION.

Es posible que muchos de los costos calculados no representen desembolsos directos, sino la utilización acordada de recursos sectoriales o de fondos ya asignados a diversos Institutos.

1) Acciones de Concertacion: Reestructuración y reforzamiento del Instituto Nacional de la Nutrición u otro como organismo normativo no operacional encargado de liderar reuniones a diferentes niveles para obtener un objetivo común, mantener una información constante de cambios de factores de riesgo, desarrollar guías y normas, en base a las condiciones actuales y los posibles cambios que sucederán a mediano y largo plazo, Las implicaciones presupuestarias son esencialmente de costos de la adición de personal calificado de diferentes disciplinas, a tiempo completo en todos los Departamentos. Cada equipo debe contar con Economista, Agrónomo, Médico, Nutricionista, (con experiencia en planificación- econometría-epidemiología) con habilidades demostradas en análisis.

Costo aproximado de 120 profesionales desempeñándose tiempo completo en 30 Departamentos y tomando la modificación del valor del peso como una proyección lineal de los últimos 10 años.

=====	
AÑOS	VALOR
1991-2001	\$ 61.400.000.00
2002-2011	451.000.000.00
2012-2021	3.160.000.000.00
Margen de error 5%	

2) Mantenimiento de Información. Utilizando los datos generados por los diferentes sectores mantener un diagnóstico permanente del o los tipos de problemas en el país y sus secciones. Promover con las Universidades y Grupos de Investigación, estudios epidemiológicos de factores de riesgo que aparezcan. Elaborar predicciones y simulaciones sobre posibles consecuencias de políticas, planes y proyectos sobre poblaciones marginales o la totalidad del país, sus posibles tendencias y proponer opciones que permitan minimizar efectos negativos de políticas, planes y proyectos.

Las implicaciones presupuestarias incluyen, la disponibilidad de fondos para investigación y equipo. Los costos para el mantenimiento de la información y su análisis y el apoyo a investigaciones se calcula en:

AÑOS	VALOR
1992-2001	\$ 10.350.000.000.00
2002-2011	73.100.000.000.00
2012-2021	507.600.000.000.00

El montaje de una red a nivel nacional con terminales en cada Departamento podría representar un costo elevado, a no ser que se utilice un sistema ya operativo con las adiciones necesarias para el trabajo de los grupos de analisis.

3) Utilizacion de la informacion generada por Hojas de Balance, Encuestas de Hogares, Centros de Abasto y Grupos particulares sobre diferentes indicadores de la composicion de la dieta de los diferentes grupos en el pais. Mantenimiento de informacion sobre manifestaciones de contaminacion de los alimentos utilizando la informacion generada por diferentes sectores. Definicion y reglamentacion de las características nutricionales, pureza, niveles de contaminantes y aditivos. Llamar la atencion del publico, la Industria, los diferentes sectores sobre aparicion de riesgos especiales. Las implicaciones presupuestarias incluyen el acceso a y la capacidad de procesamiento de informacion ya contemplada en los puntos anteriores.

4) En base a la informacion obtenida y a su analisis crear un mecanismo que defina metas alimentarias y nutricionales para la poblacion colombiana y una serie de metas regionales intermedias que permitan alcanzar el objetivo nacional. Estas metas, orientadas a minimizar el riesgo de deficits o de excesos de nutrientes o de ciertos componentes de las dietas, pueden ser alcanzadas solamente si se mantiene una desicion politica y una motivacion de los diferentes sectores de mantener el beneficio social como meta del desarrollo. No hay implicaciones directas de presupuesto para este item que resulta de los resultados de los analisis y de la concertación.

5) Desarrollo de guias alimentarias y nutricionales para la poblacion colombiana que orienten la politica general, a cada uno de los sectores involucrados y a los medios de comunicacion. Se deben desarrollar guias para la Industria Alimenticia, Estudiantes de diferentes niveles, Maestros y Profesores, Medios de Comunicacion, Cuerpos decisorios de los diferentes Ministerios.

Implicacion presupuestaria: Fondos para preparacion de material, su publicacion y distribucion. Con un calculo de 15000000 de preescolares y escolares y estimando una tasa de crecimiento mayor a la existente (4.2) con

el objeto de cubrir los costos necesarios para otros grupos de edades. El costo es estimado sobre la base de la definición de las guías, su preparación y publicaciones en off-set que permite tener en cuenta menores costos por mayor volumen de tal modo que la publicación en sí, representa el 2% en la primera década, el 3% en la segunda y menos del 1% en la tercera. Incluye también costos de preparación de otros medios educativos.

AÑOS	VALOR	PUBLIC.
1992-2001	\$ 9.700.000.000.	176.527.096
2002-2011	78.000.000.000.	259.020.392
2012-2021	556.400.000.000.	366.400.000

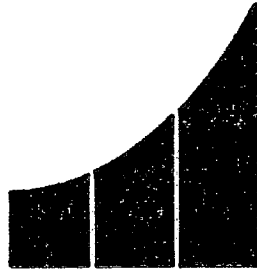
6) En base a estas metas tomar medidas que faciliten y promuevan a la población la adopción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables. Entre ellas medidas sobre disponibilidad relacionadas con las políticas de producción agropecuaria, intervenciones en los precios, regulación del mercadeo, alimentación a grupos y tecnología apropiada de procesamiento de alimentos. Medidas sobre el conocimiento relacionadas con la educación en las escuelas, al público y a personas envueltas en manejo de alimentos. Regulación sobre calidad de los alimentos y la inclusión de la composición de los alimentos procesados en las etiquetas.

DOCUMENTOS REVISADOS.

1. Beaton, G., Kelly A., Kevany J., Martorell R., Mason J. Appropriate Uses of Anthropometric Indexes in Children. A report based on an ACC/SCN Workshop. 1990. State of the Art Papers. Nutrition Policy Discussion Paper No. 7.
2. Thier S. The Sciences of Nutrition. 1990. Food Technology 17, 26-34.
3. Dreze J., Sen A. Hunger and Public Action. 1989. Clarendon Press, Oxford. U.K.
4. UNICEF, WHO. Reporte del Comité Conjunto sobre Políticas de Salud. 1990.
5. Beghin, I., Cap M., Dujardin B. Una guía para la evaluación nutricional. 1988. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
6. Intersectorial Action for Health. 1986. World Health Organization, Geneva.
7. Hetzel B., McMichael. The LS Factor, Lifestyle and Health. 1989. Penguin Books. Auckland New Zealand.
8. Blaxter K., Waterlow J.C. Nutritional Adaptation in Man. 1984. John Libbey, London.
9. Puffer, N, Serrano, C. Estudio de Mortalidad en las Américas. 1968. Pan American Health Organization Washington.
10. WHO Commission on Health and the Environment. Panel on Food and Agriculture. Preliminary Report. 1991. WHO Ginebra.
11. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series No 797. WHO Geneva 1990.
12. Rao, M.V.S, Porwit K., Baster N. Indicators of Human and Social Development. (1978) United Nations University Tokyo.
13. Pradilla A.G. Geographic Distribution of Malnutrition en Infant and Child Nutrition World Wide: Issues and Perspective. Ed. Falkner F. (1991) CRC Press Inc.
14. Eveleth P.B., Tanner J.M. Worldwide Variation in Human Growth. (1991) Cambridge University Press. Cambridge.
15. Walcher, D.N., Kretchmer N., Food Nutrition and Evolution. Food as an environmental factor in the genesis of human variability. (1981). Masson Publishing USA, Inc. New York.

16. Human Development Report, 1989 y 1990. United Nations Development Programme. Oxford University Press, Oxford.
17. Monitoring and Assessment Research Center. Environmental Data Report. United Nations Environment Programme. 1987. Basil Blackwell Ltd. Oxford.
18. Scobie G.M..Macroeconomic Adjustment and the Poor. 1989. Cornell Food and Nutrition Program Monograph 1.
19. Fundacion Cavendes. Nutrición: Un Desafío Nacional. 1985. Venegraficas. Caracas.
20. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series 797, 1990. World Health Organization, Geneva.
21. Krasnegor N.A., Miller G.D., Simopoulos A.P. Diet and Behaviour.1990. Springer-Verlag, London.
22. Courtenay P.P. Geographical Studies of Development. 1983. Longman Group Ltd. London.
23. Newman L.F. Hunger in History: Food Shortage, Poverty and Deprivation. 1990. Basil Blackwell, Inc., Cambridge Mass.
24. Litvak, J. The Growing Noncommunicable Disease Burden, A Challenge for the Countries of the Americas. Bulletin of the Panamerican Health Organization, 21(2): 156-171 (1987)
25. Gurney, M.,Gorstein J. The global Prevalence of Obesity - An initial overview ofavailable data. World Health Statistics Quarterly, 41: 251-254(1988).
26. Keys A., Seven Countries: a multivariate analysis of death and coronary heart diseases. 1980. Harvard University Press, Cambridge Mass.
27. Agriculture 2000. FAO , Roma 1988
28. Pradilla A. Diet, Health and Development. (1991) World Farmers'Times. 6:2-4
29. Sinha D. Children of the Caribbean 1945-1984.Progress in Child Surviva, its determinants and Implications. (1988) Caribbean Food and Nutrition Institute . Kingston
30. Pradilla A. Chipping Away at the Stereotype: Taking another look at the causes and consequences of malnutrition. pp 45-55 (1986) Atti del Simposio del 50o Anniversario. Istituto Nazionale della Nutrizione, Roma

31. Colombia, Censo 1985. XV Censo Nacional de Poblacion y Vivienda. (1986) Volumen 1 y Sto. Departamento Administrativo Nacional de Estadistica. Editograficas Bogota.
32. La Pobreza en Colombia. Tomos 1 y 2. Ministerio de Agricultura, DNP, PNUD, UNICEF, DANE. (1989). DANE Bogota.
33. Sarmiento L., Duarte J., Informe Especial: Evolucion de los Indicadores Basicos de Necesidades Basicas Insatisfechas Durante el Periodo Intercensal 1973-1985. Analisis Municipal. Boletin de Estadistica 439: 213-354, 1989
34. Henao M.L., Sierra D. Pobreza Urbana y Distribucion del Ingreso en Colombia. (1991) Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Economicas.
35. Yepes F.J. La Salud en Colombia. Tomos I y II. (1990) Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeacion.
36. Urrutia M. (Ed.) 40 Años de Desarrollo: Su impacto social (1990). Editorial Presencia Bogota.
37. Monitoring and Assesment Résearch Centre. Environmental Data Report. United Nations Environment Programme. 1987. Basil Blackwell Oxford.
38. Registro de defunciones en Colombia. 1970-78, 1979-84 DANE, UNICEF. Edit. Guadalupe Ltda. Bogota
39. Mora J.O. Situacion nutricional de la poblacion colombiana en 1977-80. Volumen I : Resultados antropometricos y de laboratorio. Comparacion con 1965-66. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud, Asociacion colombiana de Faculatades de Medicina. Bogota 1982.
40. The World Bank. Colombia, Economic Development and Policy under changing conditions. A World Bank Country Study. Washington DC. 1984
41. Mora j.O, de Paredes B., de Navarro L., Rodriguez H. Consistent Improvement in the Nutritional Status of Colombian Children Between 1965 and 1989. Aceptado para publicacion, The Bulletin of the Panamerican Health Organization. 1991
42. Rico J. Mortalidad Infantil en Colombia. En Salud Materno Infantil y Atencion Primaria en las Americas. Hechos y Tendencias. Publicacion Cientifica No. 461, pp 281-320 (1984) Organizacion Panamericana de la Salud. Washington D.C.
43. Schejtman A. Economia Politica de la Seguridad Alimentaria. Presentado para discusion en el Taller FAO/OPS/SLAN sobre Tendencias de la Situacion Alimentario Nutricional en



FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.