

Las desigualdades socioeconómicas de la desnutrición infantil crónica en América Latina y el Caribe

Victor Arocena Canazas¹

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, constituyó la primera norma jurídica internacional que reconoció a los niños como individuos con derecho al desarrollo físico, mental y social plenos y a expresar libremente sus opiniones (UNICEF, 2006). En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, realizada un año después, los gobiernos de los países del mundo adoptaron una Declaración y un Plan de Acción que incluía medidas específicas relacionadas con la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Entre ellas, se llamaba la atención de los países sobre la necesidad de reducir las tasas de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de 5 años en un 50% respecto al nivel de 1990 (Naciones Unidas, 1992).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA-CIPD), de 1994, estableció, entre otros principios, que los seres humanos constituyen el elemento central del desarrollo sostenible, que el derecho al desarrollo es universal e inalienable, y que la persona es el sujeto central de ese proceso. Entre los temas específicos que abordó se encontraba el de los niños. Al respecto, se recomendaba que los Estados adoptasen medidas adecuadas para mejorar las condiciones de salud y nutrición de los lactantes y niños pequeños y que fomentasen la lactancia materna como estrategia para el bienestar y la supervivencia de la población infantil (Naciones Unidas, 1995).

En 2000, durante la Cumbre del Milenio, los líderes del mundo establecieron un ambicioso plan de acción, que constituye una guía sobre lo que deberían realizar los países para alcanzar los objetivos y metas cuantitativas acordadas para 2015, tomando como línea de base el año 1990. Entre otros objetivos, se propuso la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años, la mejora de la salud materna, el logro de la equidad de género, el acceso a la educación universal primaria y el combate del VIH-SIDA (Naciones Unidas, 2011).

¹ Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP), Perú, varocenac@gmail.com.

En la Sesión especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en 2002, los Jefes de Estado y de Gobierno y los representantes de los Estados participantes reafirmaron, entre otras, la obligación de tomar medidas para promover y proteger los derechos de todos los menores de 18 años, incluidos los adolescentes. Una de las metas para el objetivo de promocionar una vida sana que se planteó en el Plan de Acción surgido de esta instancia fue reducir al menos en un tercio la malnutrición de los niños menores de 5 años, prestar especial atención a los menores de 2 años y disminuir al menos en un tercio la tasa de casos de bajo peso al nacer de ese momento (Naciones Unidas, 2002).

La extensa literatura sobre el tema llama la atención sobre las consecuencias de la desnutrición entre los niños, las familias y la sociedad, y señala entre otras cosas que esta problemática aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad durante los primeros años de vida, deteriora el crecimiento y el desarrollo físico y educativo. Además, su impacto negativo se extiende a la adolescencia y aún a la edad adulta, reduciendo la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual, hecho que a su vez puede contribuir a la disminución de la productividad económica de las personas y afectar la acumulación del capital humano, el principal con que cuenta una sociedad en desarrollo para salir de la pobreza (UNICEF, 1999).

En América Latina y el Caribe casi 9 millones de niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica, y se estima que al menos otros 9 millones están en riesgo de desnutrirse (PMA, 2008). En los países seleccionados para este trabajo, las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de la primera década del siglo XXI revelan que la desnutrición infantil crónica constituye el problema nutricional más prevalente; que persisten importantes diferencias en los niveles de esta prevalencia entre los países y dentro de ellos, y que continúan e incluso aumentan las desigualdades socioeconómicas en esta problemática según los quintiles de bienestar.

En este escenario, el artículo analiza los niveles y las tendencias de las desigualdades socioeconómicas en materia de desnutrición infantil crónica en seis países seleccionados de América Latina y el Caribe –Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Haití, Honduras, Perú y República Dominicana– durante el período 2002-2012. Se espera que los resultados proporcionen insumos que permitan, por una parte, evaluar las políticas y programas ya finalizados y los vigentes, y por la otra, orientar el diseño de aquellos que se desarrollarán en los próximos años en la región, con el objetivo de continuar con la reducción de los niveles de desnutrición infantil crónica y, sobre todo, de las diferencias entre los grupos socioeconómicos de la población infantil.

Datos y metodología

Los datos sobre la prevalencia y las desigualdades socioeconómicas en la desnutrición infantil crónica según quintiles de bienestar utilizados en este trabajo se tomaron de los informes de las EDS correspondientes a seis países de América Latina y el Caribe que contaban con encuestas de este tipo recopiladas entre 2002 y 2012: Estado

Plurinacional de Bolivia (2003 y 2008), Colombia (2005 y 2010), Haití (2005 y 2012), Honduras (2005 y 2011), Perú (2004 y 2012) y República Dominicana (2002 y 2007).

Las EDS, generalmente conocidas como Demographic and Health Surveys (DHS), son encuestas de hogares que se realizan en diferentes regiones y varios países del mundo en desarrollo, con representatividad nacional y subnacional y un tamaño muestral de entre 5 mil y 30 mil hogares, recopiladas a intervalos no regulares, normalmente cada cinco años. Se trata de encuestas por muestreo que proporcionan información sobre los hogares y la población objetivo, constituida por las mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y los 49 años), y sobre los hijos tenidos durante los cinco años anteriores a la fecha de la entrevista. En las encuestas seleccionadas, las muestras comprendían a niños y niñas menores de 5 años de edad (59 meses de vida), excepto las aplicadas en el Estado Plurinacional de Bolivia, en las que se consideró a los menores de 3 años (35 meses de vida).

La clasificación del estado nutricional en las EDS del primer quinquenio de este siglo consideraba el patrón de referencia elaborado por el National Center for Health Statistics (NCHS) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) –conocido como referencia NCHS-OMS. A partir del segundo quinquenio se utilizó el nuevo patrón de crecimiento infantil de la OMS, elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños, buena atención de la salud, madres no fumadoras y otros factores relacionados con los buenos resultados de salud (WHO, 2006). Sin embargo, a efectos de comparabilidad, en este artículo se utiliza la referencia NCHS-OMS en todos los casos.

Las EDS emplean para la definición del nivel socioeconómico la metodología desarrollada conjuntamente por Rutstein and Johnson (2004), de Macro International Inc., y por Filmer and Pritchett (2001), del Banco Mundial, que lo concibe en términos de activos o riqueza de los hogares encuestados en vez de ingresos o consumo. En las EDS se recolectó información detallada sobre las características de la vivienda y sobre la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero y servicios que se relacionan directamente con el nivel socioeconómico, datos a partir de los cuales se asignó un puntaje a cada hogar, mediante la metodología de análisis de componentes principales, y luego se atribuyó a cada uno de sus miembros ese valor calculado para el hogar. Esta metodología permite construir cinco quintiles de menor a mayor bienestar: quintil inferior, segundo quintil, quintil intermedio, cuarto quintil y quintil superior, identificados respectivamente como Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5².

Para estimar las desigualdades socioeconómicas³ en materia de desnutrición infantil crónica en cada uno de los países analizados se emplearon en este artículo el cocien-

² Para una descripción detallada de los procedimientos, alcances y limitaciones del índice de bienestar, véase Rutstein and Johnson (2004) y Gwatkin et al. (2007a y b).

³ Para conocer aspectos conceptuales respecto de las desigualdades en general, las desigualdades sociales y las socioeconómicas, ver por ejemplo Segura del Pozo (2013).

te y la diferencia entre grupos socioeconómicos⁴, medidas utilizadas con frecuencia, y que básicamente sirven para comparar el estado de salud entre dos grupos definidos según este criterio. Su ventaja principal es la flexibilidad a la hora de escoger entre los grupos que se quiere comparar. Esta elección debe evitar que sean grupos tan extremos que oculten la información de los intermedios o que sean tan amplios que se diluyan las diferencias existentes. Otras ventajas son su facilidad de cálculo e interpretación. Entre las principales limitaciones se destaca el hecho de que habitualmente no se tienen en cuenta los grupos intermedios y, en este caso, las desigualdades serían las mismas si tales grupos variaran y los extremos se mantuvieran (Borrell *et al.*, 2000).

Resultados

El nivel y las tendencias

El cuadro 1 muestra de forma general una tendencia de gradual disminución de la prevalencia de la desnutrición infantil crónica en los seis países de la región seleccionados. La información expuesta revela además que el Estado Plurinacional de Bolivia y Honduras eran los países con los mayores niveles de este indicador hacia 2010. En Colombia y República Dominicana, si bien se registraban los menores valores, todavía había un importante porcentaje de la población menor de 5 años con desnutrición infantil crónica por la misma fecha, en torno al 10%. De todos modos, es necesario tener en cuenta que las comparaciones entre los países pueden contener algún sesgo debido a las diferentes fechas de aplicación de las encuestas.

Cuadro 1
América Latina, países seleccionados, 2002-2012: prevalencia
de la desnutrición infantil crónica

Países	Prevalencia (en porcentajes)		Diferencia (en puntos porcentuales)
	2002-2005	2007-2012	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	30.9 (2003)	27.1 (2008)	3.8
Colombia	15.6 (2005)	13.2 (2010)	2.4
Haití	27.6 (2005)	21.9 (2012)	5.7
Honduras	29.3 (2005)	22.6 (2011)	6.7
Perú	29.5 (2004)	18.1 (2012)	11.4
República Dominicana	12.2 (2002)	9.8 (2007)	2.4

Fuente: EDS Bolivia 2003 y 2008; EDS Colombia 2005 y 2010; EDS Haití 2005 y 2012; EDS Honduras 2005 y 2011; EDS Perú 2004 y 2012; EDS República Dominicana 2002 y 2007.

⁴ El cociente resulta de dividir la prevalencia de la desnutrición infantil crónica de dos quintiles de bienestar, mientras que la diferencia se obtiene restando la prevalencia de ambos. Por ejemplo, si las prevalencias de los quintiles de menor y mayor bienestar son de 35.6% y 1.8% respectivamente, el cociente entre estos grupos será de 19.7, lo que indica que en el quintil de menor bienestar hay 19.7 veces más niños con desnutrición crónica que en el de mayor bienestar. A partir del mismo ejemplo, la diferencia entre ambos grupos será de 33.8% (35.6-1.8).

Si bien la desnutrición infantil crónica se ha reducido de manera sostenida en la primera década del siglo XXI, esta disminución ha sido diferencial entre los países. Algunos como Colombia y República Dominicana, con los menores niveles, han experimentado también los decrecimientos más modestos entre los dos períodos considerados (2.4 puntos porcentuales). En Haití y Honduras, con prevalencias elevadas, la disminución osciló entre los 5.7 y los 6.7 puntos porcentuales respectivamente. Perú registró una reducción significativa del indicador, de aproximadamente 11 puntos porcentuales (cuadro 1).

Paralelamente, se han mantenido las diferencias entre los dos conjuntos de países mencionados en el párrafo precedente. Así, entre 2002 y 2005, en el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y Haití las prevalencias eran dos veces más elevadas que las de Colombia y República Dominicana, y esta distancia se mantuvo entre 2007 y 2012 (cuadro 1).

Las desigualdades socioeconómicas

La información de las EDS presentada en el cuadro 2, referida a las prevalencias de la desnutrición infantil crónica en los países analizados desagregadas según grupos socioeconómicos, muestra una tendencia a la disminución desde el quintil 1, de menor bienestar, hacia el 5, de mayor bienestar, es decir, hay una relación inversa entre bienestar y desnutrición infantil crónica, de modo que conforme aumenta el primero, disminuye la segunda.

Las distancias entre las prevalencias en los diferentes quintiles eran importantes en todos los casos. En el Estado Plurinacional de Bolivia, por ejemplo, la prevalencia en el quintil 1 era de 45.9% en 2008, mientras que en el quintil 5 se reducía a 6.5% en la misma fecha. En República Dominicana, aunque con menores diferencias y valores más bajos, la prevalencia en 2007 era de 9.8% en el quintil de bienestar inferior y de 4.7% en el superior. Las cifras del cuadro 2 también muestran diferencias en el ritmo de disminución de las prevalencias entre los años considerados según los quintiles de bienestar.

El análisis a partir del cociente confirma las desigualdades socioeconómicas que existen en materia de desnutrición infantil crónica. Los cocientes entre los quintiles 1 y 5 variaban desde 3 en República Dominicana (2002) o 3.6 en el Estado Plurinacional de Bolivia (2003) hasta 11.3 en Perú (2004), es decir, mientras que en República Dominicana había 3 veces más niños con desnutrición crónica en el quintil 1 que en el 5, en Perú esa diferencia era de 11.3 veces más. En el resto de los países analizados se observaban comportamientos similares en 2005: el cociente entre los quintiles extremos variaba levemente, de 6.1 y 6.9 veces más niños con desnutrición crónica en el quintil 1 que en el 5 en Haití y Honduras hasta 5.2 veces en Colombia.

Aproximadamente cinco años después, el comportamiento de los cocientes entre las prevalencias de ambos quintiles mostraba la persistencia e incluso el aumento de las desigualdades socioeconómicas en algunos países. En el Estado Plurinacional

de Bolivia, Perú y República Dominicana este indicador aumentó, principalmente en el primero, de 3.6 a 7.1. Por el contrario, en Colombia, Haití y Honduras disminuyó, sobre todo en Colombia (de 5.2 a 2.9) (cuadro 2).

Cuadro 2

América Latina, países seleccionados, 2002-2012: prevalencia de la desnutrición infantil crónica según quintiles de bienestar y cociente entre grupos socioeconómicos

Países	Años	Promedio	Quintiles de bienestar					Cociente entre grupos (quintiles)				
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q1/ Q5	Q2/ Q5	Q3/ Q5	Q4/ Q5	Q5/ Q5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003	30.9	46.2	38.6	25.2	19.5	12.9	3.6	3.0	2.0	1.5	1.0
	2008	27.1	45.9	34.2	21.6	14.0	6.5	7.1	5.3	3.3	2.2	1.0
Colombia	2005	15.6	25.3	16.4	13.5	9.8	4.9	5.2	3.3	2.8	2.0	1.0
	2010	13.2	19.4	13.2	11.8	9.8	6.8	2.9	1.9	1.7	1.4	1.0
Haití	2005	27.6	37.7	35.8	31.5	19.9	6.2	6.1	5.8	5.1	3.2	1.0
	2012	21.9	31.0	26.5	20.6	16.1	6.6	4.7	4.0	3.1	2.4	1.0
Honduras	2005	29.3	49.8	38.5	24.9	14.3	7.2	6.9	5.3	3.5	2.0	1.0
	2011	22.6	42.1	25.1	16.4	11.5	8.0	5.3	3.1	2.1	1.4	1.0
Perú	2004	29.5	54.3	41.7	20.4	7.8	4.8	11.3	8.7	4.3	1.6	1.0
	2012	18.1	38.8	20.1	11.5	5.5	3.1	12.5	6.5	3.7	1.8	1.0
República Dominicana	2002	12.2	18.9	13.1	10.9	8.7	6.2	3.0	2.1	1.8	1.4	1.0
	2007	9.8	15.8	10.8	7.3	6.9	4.7	3.4	2.3	1.6	1.5	1.0

Fuente: encuestas EDS de los países y años analizados.

También se observaban importantes desigualdades socioeconómicas entre los quintiles de bienestar intermedios (2 y 3) y el superior (5). De forma general, y con la excepción de Colombia y República Dominicana, los niños de los quintiles 2 y 3 experimentaban prevalencias superiores más de dos veces que las que afectaban a los del quintil de mayor bienestar. Es revelador el hecho que en Perú, a pesar de la importante disminución de la prevalencia de la desnutrición infantil crónica que se ha experimentado, los niños del tercer quintil tenían prevalencias 3.7 veces mayores que las de los del quintil 5 alrededor de 2012 (cuadro 2).

Todos los países analizados lograron disminuir la desnutrición infantil crónica. Sin embargo, existen diferencias notables en la forma en que lo consiguieron. Mientras que en el Estado Plurinacional de Bolivia, Perú y República Dominicana la reducción ha implicado un aumento de las desigualdades, debido a que se concentró principalmente en los hogares del quintil de mayor nivel de bienestar, en Honduras, Haití y Colombia se alcanzó disminuyendo la desigualdad, pues incidió sobre todo en los hogares del quintil de menor bienestar (cuadro 2).

La aproximación analítica mediante la diferencia entre los grupos socioeconómicos permite observar, de forma general, una tendencia a la disminución desde el quintil 1 hacia el 5, es decir que a medida que aumenta el nivel de bienestar disminuyen las diferencias entre los grupos considerados (cuadro 3). Con la excepción del Estado

Plurinacional de Bolivia, en el resto de los países estudiados las diferencias entre los quintiles disminuyeron entre los dos años analizados en cada caso.

Cuadro 3

América Latina, países seleccionados, 2002-2012: prevalencia de la desnutrición infantil crónica según quintiles de bienestar y diferencia entre grupos socioeconómicos

Países	Años	Promedio	Quintiles de bienestar					Diferencia entre grupos (quintiles)				
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q1/ Q5	Q2/ Q5	Q3/ Q5	Q4/ Q5	Q5/ Q5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003	30.9	46.2	38.6	25.2	19.5	12.9	33.3	25.7	12.3	6.6	0
	2008	27.1	45.9	34.2	21.6	14.0	6.5	39.4	27.7	15.1	7.5	0
Colombia	2005	15.6	25.3	16.4	13.5	9.8	4.9	20.4	11.5	8.6	4.9	0
	2010	13.2	19.4	13.2	11.8	9.8	6.8	12.6	6.4	5.0	3.0	0
Haití	2005	27.6	37.7	35.8	31.5	19.9	6.2	31.5	29.6	25.3	13.7	0
	2012	21.9	31.0	26.5	20.6	16.1	6.6	24.4	19.9	14.0	9.5	0
Honduras	2005	29.3	49.8	38.5	24.9	14.3	7.2	42.6	31.3	17.7	7.1	0
	2011	22.6	42.1	25.1	16.4	11.5	8.0	34.1	17.1	8.4	3.5	0
Perú	2004	29.5	54.3	41.7	20.4	7.8	4.8	49.5	36.9	15.6	3.0	0
	2012	18.1	38.8	20.1	11.5	5.5	3.1	35.7	17.0	8.4	2.4	0
República Dominicana	2002	12.2	18.9	13.1	10.9	8.7	6.2	12.7	6.9	4.7	2.5	0
	2007	9.8	15.8	10.8	7.3	6.9	4.7	11.1	6.1	2.6	2.2	0

Fuente: encuestas EDS de los países y años analizados.

En este contexto, el Estado Plurinacional de Bolivia representa un caso particular: entre 2003 y 2008 las diferencias entre todos los quintiles se incrementaron. Resulta reveladora la diferencia entre el de menor y el de mayor bienestar, que aumentó en 6.1 puntos, debido principalmente a la tendencia de la disminución de la prevalencia entre ambos, que fue de 46.2% a 45.9% en el primer caso y de 12.9% a 6.5% en el segundo, es decir, la reducción fue más notoria en el nivel socioeconómico superior (cuadro 3).

En resumen, el número de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica ha descendido ininterrumpidamente en los países de América Latina y el Caribe, casi todos de medianos ingresos y con sociedades altamente inequitativas. Pero su prevalencia registró diferencias superiores a 17 puntos porcentuales entre el Estado Plurinacional de Bolivia y República Dominicana, por ejemplo, lo que revela las importantes distancias entre los países de la región en esta materia. Además de la persistencia de las desigualdades socioeconómicas, en tres de los seis países analizados se observó un aumento de estas a favor de los grupos sociales de mayor bienestar.

Conclusiones y recomendaciones

Durante la primera década del siglo XXI, en varios países de América Latina y el Caribe se han implementado políticas y llevado a cabo programas de apoyo alimentario con

el propósito de prevenir, atender y mejorar la situación nutricional de la población, principalmente de los niños menores de 5 años. A pesar de estos esfuerzos, los informes de las Encuestas de Demografía y Salud del período 2002-2012 muestran por una parte que las prevalencias de la desnutrición infantil crónica variaron en un rango amplio entre los países analizados —del 27.1% en el Estado Plurinacional de Bolivia en 2008 al 9.8% en República Dominicana en 2007—, y por la otra, que persisten las desigualdades socioeconómicas en esta materia y que incluso en algunos países, como el Estado Plurinacional de Bolivia, Perú y República Dominicana, se han incrementado.

La desnutrición infantil crónica constituye un fenómeno originado por factores diversos e interrelacionados (UNICEF, 1999). En este contexto, la estrategia de intervención estatal en el área de la alimentación y la nutrición debe orientarse, entre otras acciones, a diseñar o rediseñar e implementar políticas y programas de naturaleza multisectorial, que focalicen la atención en los niños menores de tres años de los quintiles socioeconómicos de menor bienestar.

Según el UNICEF, un niño estará bien nutrido cuando esté bien alimentado y tenga buena salud, y ello dependerá a su vez de que esté bien atendido en su casa y en su comunidad, y que sus padres sepan preparar sus alimentos con calidad nutritiva e higiene (UNICEF, 1999). Es decir, esta problemática no solo está vinculada con la carencia de los alimentos, sino también con la falta de acceso a los servicios de salud, la educación de los padres, las prácticas de higiene y nutrición en los hogares, así como con problemas estructurales de pobreza y exclusión. En consecuencia, para combatir la desnutrición infantil crónica, sobre todo en los hogares de menor bienestar, se requiere implementar un amplio conjunto de políticas, desde las habitacionales, laborales y de ingresos hasta las de carácter macroeconómico, que aseguren un entorno de estabilidad estructural a estos hogares.

En términos de planeamiento estratégico, la prevención de la desnutrición crónica requiere enfoques a corto y a largo plazo. En el corto plazo, implica proteger, promocionar y apoyar la lactancia materna; brindar consejería y educación acerca de la alimentación complementaria; reducir la frecuencia y duración de las infecciones y de la diarrea y promocionar una mayor ingesta de alimentos después de la enfermedad, para la fase de “crecimiento rápido”. En el largo plazo, es necesario intervenir sobre sus determinantes sociales y económicos, lo que supone mejorar la educación materna; brindar oportunidades económicas para cultivar y/o adquirir alimentos para los niños, obtener agua, saneamiento y servicios de salud de calidad, y fortalecer el rol de la mujer en la sociedad (UNICEF, 1999).

En América Latina y el Caribe, estas intervenciones deben orientarse hacia los grupos sociales en los que persisten prevalencias elevadas de desnutrición crónica, sobre todo los ubicados en los quintiles de menor bienestar, que generalmente son los más difíciles y costosos de alcanzar. El enfoque hacia las mujeres embarazadas y los niños pequeños de estos grupos socioeconómicos debe ser de naturaleza preventiva y universal, ya que en el momento del diagnóstico la “ventana de oportunidad” para la prevención puede haber desaparecido. Un enorme desafío para los países de la región

será traducir el compromiso político para reducir las desigualdades socioeconómicas en políticas y programas que involucren a los grupos más desfavorecidos como tomadores clave de decisiones para solucionar sus propios problemas.

En países como los de la región, en los que la desigualdad socioeconómica es alta, la disminución de la desnutrición infantil crónica puede lograrse de manera más efectiva reduciendo estas desigualdades. La riqueza de los hogares en términos de bienestar, o más generalmente, su situación socioeconómica, no solo es determinante del nivel de la desnutrición, también lo es de su distribución: cuanto más concentrada esté la riqueza, más concentrada estará aquella, sobre todo entre los hogares más pobres.

Pero además este objetivo de reducción de la desnutrición infantil crónica solo se podrá alcanzar si la alimentación y la nutrición del lactante y del niño pequeño dejan de estar al margen de las discusiones de política, y si se invierte en la salud materna, neonatal, infantil y de la niñez. El éxito dependerá de la incorporación de la alimentación y nutrición tempranas –lactancia materna y alimentación complementaria– como parte integral de todas las estrategias de salud materna, neonatal, infantil y de la niñez, para prevenir la mortalidad y promover un óptimo desarrollo del niño menor de 5 años.

Bibliografía

- Borrell, C.; Rué, M.I.; Pasarín, M.; Benach, J.E. y Kunst, A. (2000), “La medición de las desigualdades en salud”, en *Gaceta Sanitaria* 2000, Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, N° 14 (Suplemento 3), pp. 20-33.
- Filmer, D. and Pritchett, L. (2001), “Estimating Wealth Effects without Expenditure Data-or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India”, in *Demography*, Silver Spring, Maryland: Population Association of America, vol. 38, N° 1, pp. 115-132.
- Gwatkin, D.; Rutstein, S.; Johnson, K.; Suliman, E.; Wastgaff, A. and Amouzou, A. (2007a), *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population. An overview*, Washington, D.C.: The World Bank, in <<http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>>, access on January 14, 2014.
- ____ (2007b), *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Peru*, Washington, D.C.: The World Bank.
- Naciones Unidas (1992), “Declaración y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia”, Nueva York.
- ____ (1995), “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994” (A/CONF.171/13/Rev.1), Nueva York.
- ____ (2002), “Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo séptimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General” (A/S-27/19/Rev.1), Nueva York.

- ____ (2011), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011*, Nueva York.
- PMA (Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas) (2008), *Desnutrición infantil, su erradicación es posible*, Ciudad de Panamá.
- Rutstein, S. and Johnson, K. (2004), "The DHS Wealth Index", in *DHS comparative Reports*, Calverton, Maryland: ORC Macro, N° 6.
- Segura del Pozo, J. (2013), *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1999), *Estado Mundial de la Infancia 1998*, Nueva York.
- ____ (2006), *Convención sobre los Derechos del Niño*, Madrid: UNICEF, Comité Español.
- WHO (World Health Organization) (2006), *WHO Child Growth Standards: Length / height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age: methods and development*, Geneva.