

Perfil de Nutrición de República Dominicana



De conformidad con los resultados de las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA) realizadas en 1991 y 1996, en la República Dominicana se registra una marcada mejoría del estado nutricional de los niños menores de 5 años. La prevalencia del retardo del crecimiento ha disminuido de 19% a 11%; se redujo asimismo la prevalencia de insuficiencia ponderal, que pasó de 10% en 1991 a 6% en 1996, mientras que la emaciación se ha mantenido en 1% y no constituye un problema de salud pública para el País (IEPD/ONAPLAN, 1992 y 1997). Un poco más de uno de cada seis niños (15 %) en el área rural del País padece de desnutrición crónica, en comparación con menos de 1 de cada 10 en el área urbana (7%). La prevalencia de la desnutrición crónica es mayor en las regiones IV y VI, donde alrededor del 20% de los menores de 5 años sufren retardo en el crecimiento, más de tres veces el nivel observado en el Distrito Nacional o en el Cibao Central (6%).

En la población escolar se registró un 19 por ciento de retardo del crecimiento, con un déficit de estatura inferior a -2DE (desviación estándar) en el ámbito nacional. Las provincias con mayor proporción de retardo de crecimiento fueron Bahoruco, en el sur del País, la provincia de Elías Piñas y Monte Plata (CENISMI, 1995c).

La deficiencia de micronutrientes constituye un problema de salud pública. Los micronutrientes de mayor déficit en el País son el yodo, la vitamina A y el hierro. Se calcula que la prevalencia de bocio es de 5 % en los escolares (6 a 14 años), sin embargo, en la región I (San Cristóbal, Peravia, Monte Plata) asciende a 13%, con lo que sobrepasa el límite epidemiológico (5%) establecido por la OMS.

La prevalencia de déficit de retinol sérico ($<20 \mu\text{g/dL}$) alcanza el 23% de niños de 1–5 años, convirtiendo la carencia de vitamina A en importante problema de salud pública, ya que la cifra rebasa el 15% del límite epidemiológico establecido por la OMS.

La Encuesta Nacional de Micronutrientes muestra una prevalencia de 31% de anemia ($\text{Hb} < 11$ o 12 g/dL) en niños de uno a 14 años. Se registran diferencias entre las zonas urbanas, cuyo índice es de 32% y es superior que la prevalencia rural, equivalente al 25%.

Aunque en el País hubo crisis económica en la década de los años ochenta, en el siguiente decenio se realizaron esfuerzos para estabilizar la economía. La tasa de desempleo pasó de 27% a 20% entre 1980 y 1990 y, en consecuencia, hubo reducción de la pobreza. En 1997 el PIB real registró el mayor crecimiento de los últimos 10 años, y ascendió a 8%.

La inseguridad nutricional afecta de manera directa a la población infantil, particularmente preescolar y escolar de menor edad, en aquellas regiones con altos indicadores de pobreza. Las manifestaciones más importantes se evidencian en el bajo peso al nacer, peso para la talla, el déficit de talla/edad, factores que demandan una atención adecuada para prevenir sus afectos para el futuro.

Que es Codex Alimentarius

El Codex Alimentarius es una colección de normas alimentarias aceptadas internacionalmente y presentadas de modo uniforme.

Objetivo Codex Alimentarius

El objetivo primordial del Codex Alimentarius es proteger la salud del consumidor y asegurar la aplicación de prácticas equitativas en el comercio de los alimentos. Este también incluye disposiciones de naturaleza recomendatoria en forma de códigos de prácticas, directrices y otras medidas recomendadas, destinadas a alcanzar los fines del Codex Alimentarius. El objeto de su publicación es que sirva de guía y fomenta la elaboración y el establecimiento de definiciones y requisitos aplicables a los alimentos para facilitar su armonización y de esta forma, facilitar, igualmente, el comercio internacional.

NUTRICION			
Indicador	Año	Valor	Fuente
Hogares que consumen sal yodada. %	Meta 2000	100	
Emaciación. Moderada – grave. %	1990–98	1	SOWC * UNICEF 2000
Tasa de cobertura de suplementos de vitamina A (6–59 meses)	Meta 2000	100	
Insuficiencia ponderal. Grave	Meta 2000	1	
Insuficiencia ponderal. Moderada – grave	Meta 2000	6,5	
Lactancia exclusiva (0–3 meses) %	1990–99	25	SOWC * UNICEF 2000
Recién nacidos con bajo peso (%)	Meta 2000	9,999	
Población con bocio (6–11 años). %	1985–97	5	SOWC * UNICEF 1999
Lactancia con alimentos complementarios (6–9 meses) %	1990–99	47	SOWC * UNICEF 2000
Lactancia continuada (20–23 meses) %	1990–99	7	SOWC * UNICEF 2000
Cortedad de talla. Moderada – grave. %	Meta 2000	13	

Alimentos para niños en Republica Dominicana

Primera Etapa (nunca antes de la edad de 4 años): los purés de aguacate, lechosa, plátano, arroz, zanahoria, papas, auyama, pepino, un ingrediente a la vez, triturado con la leche que generalmente toma el bebe.

Segunda Etapa (una vez que se ha establecido la rutina del alimento sólido): las combinaciones de alimentos de ingredientes probados y comprobados como la papa y zanahoria, de la cebolla y la auyama, pepino y zanahoria, arroz y tubérculo. Después de que el bebe sea 6 meses mayor un poco de queso rallado se puede agregar para dar sabor. El apio es un gran ingrediente para agregar la textura y sabor porque el alimento en esta etapa es todo puré.

Tercera Etapa: Todo lo antes dicho, y es seguro ahora introducir alimentos como crema de habichuelas (habichuelas rojas o negras hechas puré) los cuales son alimentos tradicionales dados a los niños dominicanos. Aconsejaría esperar de 6 a 7 meses ya que las legumbres son menos digeribles que los alimentos anteriores.

Hay tanta variedad y estos alimentos son tan fáciles de preparar que hay raramente necesidad de comprar potes de alimentos para niños a excepción de cuando estamos lejos de casa, entonces verificar que los alimentos no contengan azúcar.

El criterio ha seguir para alimentar a un niño menor de un año de edad es no agregar NINGUN azúcar o sal a los alimentos. Este es consejo estándar en Europa y Norteamérica, pero en Rep. Dominicana era considerada subversivo por esto. La sal puede dañar los riñones del bebe, con el azúcar, la idea es introducir hábitos sanos del comer. Si dan a un bebe alimentos azucarados se les estará enseñando a comerlos de por vida. Es común dar a los bebe dominicanos leche con una dicción fuerte de azúcar desde una edad muy temprana por lo cual adquieren el habito.

La mayoría de los doctores aconsejan que los bebes dejen el biberón después de su primer cumpleaños. Pueden continuar bebiendo su leche de una taza, y la consumirán en otras formas como yogurt y queso, y con los cereales de desayuno.

Toque dominicano

Los emparedados de aguacate o pan con aguacate son un bocado típicamente dominicano. La versión clásica se hace con pan de agua (el siempre presente pan dominicano) rebanado por la mitad y relleno con trozos de aguacate.

El pan con aguacate puede ser un bocado muy humilde, gozado ha menudo por la gente de sectores mas pobres de la sociedad. El aguacate es una delicia exótica vendida a precios de lujo en otras partes del mundo, es un alimento muy barato en Republica Dominicana. Mucha gente tiene acceso a un aguacate sin pagar un chele. Los trabajadores de salud han dicho que en comunidades muy pobres se observa que los niveles alimenticios de los niños muestran una mejora marcada cuando los alimentos abundantes en proteínas están libremente disponibles, por ejemplo los aguacates en estación.

Problemas específicos de salud

Análisis por grupos de población

La salud del lactante (menor de 1 año)

La tasa de mortalidad infantil registrada fue de 19,1 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y de 11,5 por 1.000 en 1994. En 1994 los menores de 1 año representaron 10,9% de todas las muertes registradas. Según dos estimaciones una del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la OPS y otra basada en la ENDESA 96, la tasa de mortalidad infantil estaría entre 42 y 47 por 1.000, lo que supone de 72% a 75% de subregistro.

En el último decenio el ritmo de descenso de la mortalidad infantil parece disminuir. Hay por otra parte importantes diferencias territoriales. En el período 1991–1996 la mortalidad infantil registrada por 1.000 nacidos vivos fue 26,4 en las áreas urbanas y 29,1 en las rurales. Las tasas estimadas varían desde 45 por 1.000 en el Distrito Nacional hasta cerca de 70 por 1.000 en las zonas más pobres.

Las enfermedades transmisibles representaron 30% de las muertes de menores de 1 año, las enfermedades originadas en el período perinatal 44,8%, las del aparato circulatorio 3,2% y las causas externas 2,9%.

Entre 1990 y 1995 la proporción de nacimientos con bajo peso en 25 de los principales hospitales del país fue 9,2%, mostrando un descenso respecto a mediciones anteriores.

La salud del niño preescolar (de 1 a 4 años)

Según estimaciones del CELADE la tasa de mortalidad en este grupo ha descendido hasta 4 por 1.000 en 1990–1995, siendo ligeramente mayor en el sexo masculino que en el femenino (4,0 y 3,6 por 1.000, respectivamente). Sin embargo, las estimaciones basadas en la ENDESA 96 indican una tasa de 11 por 1.000.

En 1990 este grupo de edad aportó 5% del total de muertes registradas. En 1994 contribuyó con 3,4% de ese total.

En los diagnósticos de muerte las enfermedades transmisibles representaron en 1994, 37,7% del total, las causas externas 17,6%, las enfermedades del aparato circulatorio 5,0% y las neoplasias 2,5%.

Por diagnósticos más específicos, las infecciones intestinales aportaron 15,9% de las defunciones, las deficiencias nutricionales 15,3%, las infecciones respiratorias agudas 12,5%, las lesiones no especificadas 9,4% y las anomalías congénitas 5,5%. La distribución es bastante similar en ambos sexos, excepto en las causas externas que representan una proporción ligeramente mayor en varones.

La salud del niño en edad escolar (de 5 a 14 años)

La tasa de mortalidad estimada en este grupo de edad en el período 1990–1995 es de 0,7 por 1.000. En 1990 este grupo contribuyó con 2,4% del total de muertes registradas y en 1994 con 2,0%. Las causas externas aportaron 41,4% de las defunciones (29,3% en niñas y 50,7% en niños), el grupo de "otras diagnosticadas" 25,5% (32,9% en niñas y 19,8% en niños), las enfermedades transmisibles 15,1% (17,4% en niñas y 10,6% en niños), las del aparato circulatorio 10,7% (12,0% en niñas y 9,6% en niños) y las neoplasias 7,3% (8,4 en niñas y 6,4 en niños).

Por diagnósticos más concretos, las lesiones no especificadas ocuparon el primer lugar, seguidas de las deficiencias nutricionales, las infecciones intestinales, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La salud de la población de 15 a 44 años

La tasa de mortalidad estimada en este grupo disminuyó hasta 1,8 por 1.000 en el período 1990–1995 (2,05 por 1.000 en hombres y 1,5 en mujeres). En 1990 estas edades aportaron 19% del total de defunciones.

Según la clasificación en seis grupos de causas de defunción, 26,9% de las muertes correspondieron al grupo de "otras", 16,8% a enfermedades cardiovasculares, 9,3% a causas externas, 11,1% a enfermedades transmisibles y 8,1% a neoplasias.

Por grupos de diagnósticos más específicos, en mujeres la tuberculosis, que en 1990 ocupó el primer lugar, ha pasado al segundo. El primero lo ocupan las enfermedades circulatorias pulmonares y el tercero las lesiones por accidentes de tráfico, seguidos por las enfermedades cerebrovasculares y las isquemias coronarias. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que en 1990 aportaron 6,9% de las defunciones en este grupo, en 1994 representaron 5%. En el sexo masculino la mortalidad debida al tráfico ocupó el primer lugar, seguida por los homicidios, otras lesiones, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La tasa de mortalidad materna registrada en 1990 fue de 45 y en 1994 de 30,7 por 100.000 nacidos vivos. La tasa estimada correspondiente a 1990 es 110 por 100.000, lo que implica un subregistro de 59%. Estimaciones más recientes basadas en la ENDESA 96 indican que la tasa de mortalidad materna podría ser de 200 por 1.000 nacidos vivos en el período 1983–1994.

Más de 97% de los embarazos reciben dos o más consultas de atención prenatal y más de 95% de los partos reciben atención institucional.

Un problema importante son los embarazos de las adolescentes. En 1996 alrededor de 23% de las jóvenes de 15 a 19 años de edad habían tenido por lo menos un embarazo y esta proporción parece ir en aumento. Los embarazos de adolescentes son más frecuentes en el medio rural, en las regiones sanitarias más pobres y en las

mujeres con menor nivel educativo. El 45% de las mujeres en edad fértil y 64% de las que declaran tener pareja utilizan algún método anticonceptivo, que es la esterilización en 64% de estas mujeres. Solo 20% usan píldoras y 9% otros métodos modernos.

La violencia doméstica contra las mujeres es un problema importante. Las autoridades policiales hablan de un aumento del número de denuncias y, en particular, de violencia sexual, inclusive estupro, sobre todo en niñas y adolescentes.

La salud de la población de 45 a 64 años

Las tasas de mortalidad estimadas en este grupo han descendido a 8,3 por 1.000 habitantes en el período 1990–1995 (9,6 y 7,0 por 1.000 para varones y mujeres, respectivamente). En 1994 este grupo aportó 20,4% de las muertes registradas.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar con 39,7% del total de defunciones en este grupo, según datos de 1994. El grupo "otras" es el segundo, con 25,4%, seguido por las neoplasias con 18,8%, las causas externas con 9,6% y las enfermedades transmisibles con 5,7%.

La salud del adulto mayor (65 años y más)

La mortalidad estimada en este grupo de edad fue 52,8 por 1.000 habitantes en 1990–1995 (48,4 por 1.000 en mujeres y 57,4 por 1.000 en hombres). Las defunciones de personas de 65 y más años representaron 40,5% de las muertes registradas.

La principal causa de muerte diagnosticada en 1994 en este grupo de edad fueron las enfermedades cardiovasculares, con 52,4%. Sigue el grupo de otras causas con 23,0, las neoplasias con 15,0%, las enfermedades transmisibles con 6,5% y las causas externas con 3,2%, con una distribución más o menos similar en ambos sexos. Por diagnósticos más específicos las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, la cardiopatía isquémica, la hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Este grupo de enfermedades, junto a las deficiencias nutricionales, constituyen la primera prioridad de salud en el país. En 1994 las enfermedades transmisibles contribuyeron con 16,8% de las muertes diagnosticadas. Entre ellas destacan las enfermedades diarreicas agudas que en 1994 representaron 4% del total de muertes diagnosticadas y 30,4% de las muertes por enfermedades transmisibles. Más de la mitad 51,3% de las muertes por diarrea aguda ocurrieron en menores de 1 año y 16% en niños de 1 a 4 años. Las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año (15%) y la primera (seguida por las deficiencias nutricionales) entre niños de 1 y 4 años (16%). Según los datos de la encuesta ENDESA 96, solo 39,1% de los episodios diarreicos reciben algún tipo de rehidratación oral, aunque la proporción ha aumentado ligeramente en los últimos años. Pese a la vigilancia de los cuadros diarreicos y la investigación exhaustiva de los casos sospechosos, no se ha diagnosticado ningún caso de cólera en la presente pandemia.

Las infecciones respiratorias agudas representaron 3,6% de las muertes diagnosticadas en 1994; 30,9% de las muertes por enfermedades transmisibles correspondieron a infección respiratoria aguda, que fue la sexta causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año y la tercera entre niños de 1 y 4 años. Los episodios de diarrea y de infección respiratoria constituyeron en 1995 los motivos más frecuentes de consulta, de atenciones de urgencia y de hospitalización.

La tuberculosis aportó 2% del total de muertes diagnosticadas y 15% de las muertes por enfermedades transmisibles. Las meningitis aportaron 0,6% de las muertes diagnosticadas y 5,2% de las muertes por enfermedades transmisibles.

Destaca la poca relevancia de las enfermedades prevenibles por vacunación como diagnóstico de muerte. La mortalidad por estas enfermedades ha descendido aceleradamente a partir de 1992. No ha habido casos de poliomielitis por virus salvaje. El sarampión, que en 1992 tuvo una incidencia registrada de 102,4 casos por 100.000 habitantes, durante 1995 y 1996 no ha producido ningún caso confirmado. En 1996 no se diagnosticaron casos autóctonos de tétanos neonatal y se han cumplido parcialmente los requisitos internacionales para declararlo eliminado. En los últimos cuatro años la incidencia de difteria no ha llegado a 1,0 por 100.000 habitantes. No se han registrado casos en 1995 y 1996 de tos ferina. La meningitis tuberculosa continúa en declive y en 1996 se registraron tasas inferiores a 1,0 por 100.000.

Anualmente se notifican alrededor de 300 casos de meningitis bacteriana, la gran mayoría (60–70%) en menores de

1 año. Los agentes más frecuentes son *Haemophilus influenzae B* (cerca de 50%), *Streptococcus pneumoniae* (alrededor de 15%) y, con menor frecuencia, *Mycobacterium tuberculosis* y *Neisseria meningitidis* serogrupos C y B.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud. Anualmente se reportan más de 10.000 casos nuevos. Sin embargo, en años recientes se observa una tendencia francamente descendente de la frecuencia notificada de casos, probablemente relacionada con los esfuerzos de prevención de la transmisión del VIH. La tasa por 100.000 habitantes en 1995 fue de 34,5 casos de blenorragia, 24,4 de sífilis, 3,4 de chancro blando y 0,8 de linfogranuloma.

Desde que en 1983 se registró el primer caso de sida en el país, la incidencia anual ha aumentado progresivamente hasta situarse en 1995 en valores de alrededor de 5 por 100.000. Más de 70% de los casos acumulados corresponden a heterosexuales y la razón hombre/mujer ha sido de 2:1, con tendencia a reducirse. Los homosexuales y bisexuales constituyen 10% de los casos y los usuarios de drogas, 3%. Los casos por transfusión sanguínea en la serie acumulada llegan a 11,3% en mujeres y 3,4% en varones. Sin embargo, en los últimos años se estima que se ha logrado tamizar más de 80% de la sangre transfundida, para VIH y hepatitis B.

En los últimos años ha aumentado la prevalencia de seropositividad al VIH en embarazadas, en pacientes de clínicas de enfermedades venéreas y, algo menos, en trabajadoras sexuales. Algunas estimaciones señalan que en el año 2000 podrían esperarse alrededor de 50.000 portadores de VIH en el país.

La epidemiología de la malaria ha cambiado considerablemente en los últimos decenios. Su incidencia está fuertemente asociada con las fluctuaciones en la industria de la construcción; el número de casos vinculados con la agricultura ha disminuido progresivamente. El otro factor determinante es la capacidad operativa y los recursos asignados al programa de control. Desde 1991, cuando ocurrieron 377 casos de malaria sin ninguna defunción, la incidencia aumentó hasta 1.808 casos en 1995 y poco más de 1.400 en 1996. Todos los casos son por *Plasmodium falciparum* y en general sensibles a la cloroquina.

La rabia es endémica debido a la existencia de focos silvestres (en mangostas), gran número de perros callejeros y extensas zonas urbanomarginales. Hasta los años setenta el comportamiento epidemiológico fue cíclico, con brotes importantes cada 4 ó 5 años. En los últimos años, el número de casos en animales se mantiene alrededor de 5 por 100.000 perros y el número de casos humanos alrededor de 2 por año, ambos con tendencia al aumento.

El país se considera de endemicidad intermedia para la hepatitis B. Alrededor de 4% de las muestras en donantes de sangre resultaron positivas en 1996.

La prevalencia de lepra ha disminuido progresivamente y en 1996 estuvo por debajo del nivel umbral internacionalmente establecido como límite para considerar esta enfermedad como problema de salud pública. Con la excepción de pocos municipios, puede considerarse controlada.

No existen focos de fiebre amarilla, pero el dengue es endémico por la elevada proporción de hogares urbanos infestados por *Aedes aegypti*. La incidencia fue de 60 casos confirmados en 1993, 226 en 1994, 249 en 1995 y disminuyó hasta alrededor de 50 en 1996. Se desconocen los serotipos de virus circulantes. El número de casos de dengue hemorrágico también aumentó en 1994 y 1995 hasta 46 y 38 casos, respectivamente. Las defunciones han disminuido desde 1994, año en el que se registraron cinco, hasta solo una en 1996.

Dada la ubicación geográfica, el clima, la intensa movilización turística y migratoria y la extensión de la pobreza, el país es altamente vulnerable a la introducción y circulación de agentes infecciosos y a los brotes epidémicos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Las deficiencias nutricionales constituyen la primera prioridad en este grupo. En 1994 fueron atribuibles a deficiencias nutricionales alrededor de 10% de las muertes en menores de 1 año, 15% en el grupo de 1 a 4 años, 6% en el de 5 a 14, 5% en el de 15 a 44, 1% en el de 45 a 64 y 2% en los mayores de 64 años. En 1996 la tasa de desnutrición global en menores de 5 años se estimó en 6% y la tasa de desnutrición crónica en 11%. En las regiones más pobres del país la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 17% a 20%; en la región capital es de 6%.

En menores de 15 años se hallaron en 1994 prevalencias de niveles séricos bajos de retinol y de anemia de 19% y 31%, respectivamente.

En 1994 las neoplasias representaron 11,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 28,1 por 100.000 habitantes.

En 1994 las causas externas representaron 12,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 30,2 por 100.000. Según datos policiales, aportaron 15,6% de las urgencias hospitalarias en 1992 y según fuentes sanitarias en 1995 fueron la principal causa de atención urgente en adultos y la cuarta causa de hospitalización a nivel nacional.