



Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe

Guías para Líneas de Acción

**UNICEF TACRO, Panamá
Enero 2008**

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
I. ANTECEDENTES.....	5
II. EL PROBLEMA NUTRICIONAL EN LA REGIÓN.....	10
III. LECCIONES APRENDIDAS.....	23
IV. PRINCIPIOS.....	33
VI. RUTA CRÍTICA.....	39
V. LINEAS DE ACCIÓN.....	46
REFERENCIAS.....	49

ANEXOS

Este documento es resultado del trabajo del Grupo Consultivo en Nutrición de la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, y particularmente del Dr. Rolando Figueroa, en su calidad de Consultor Principal, basado en el documento inicial preparado por el Dr. Oscar Liendo..

Se agradece a los colegas Representantes, Asesores Regionales y Oficiales de UNICEF en la Región que han participado en la elaboración y revisión de este documento en sus diferentes etapas de elaboración. Un agradecimiento especial al Dr. Aaron Lechtig, ex Asesor Regional en Salud y Nutrición de TACRO, por sus valiosos aportes técnicos.

GLOSARIO

AED	Agencia para el Desarrollo Educativo
CDC	Centro de Enfermedades Transmisibles, Atlanta
CIDA	Agencia para el Desarrollo Internacional de Canadá
CARE	Comisión Americana de Remesas al Exterior
DANIDA	Agencia para el Desarrollo Internacional de Dinamarca
GAIN	Iniciativa Global para Micronutrientes
GTZ	Agencia de Cooperación Técnica Alemana
ECHUI	Iniciativa para acabar con el Hambre y la Desnutrición de la Niñez
FAO	Organización para la Agricultura y Alimentación
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Acciones en Población
JICA	Agencia de Cooperación del Japón
MI	Iniciativa de Micronutrientes
MTSP	Plan Estratégico de Mediano Término de UNICEF
NCHS	Centro Nacional de Estadísticas en Salud (USA)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SIDA	Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia
TACRO	Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América
WABA	Alianza Mundial para Acciones en Lactancia Materna

RESUMEN EJECUTIVO

La desnutrición crónica es un grave problema en América Latina y el Caribe que viola irreversiblemente el derecho a la vida, al crecimiento y desarrollo, a la salud y la educación de la niñez. Produce daños físicos y en la capacidad de aprendizaje que se proyectan por generaciones y merman al capital humano de los países. En el año 2005 en la Región habían aproximadamente 9 millones de menores de 5 años de edad con desnutrición crónica y una de cada tres muertes de menores de ésta misma edad fueron asociadas a la desnutrición.

La desnutrición es la consecuencia más directa del hambre y provoca una serie de efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo, en la productividad y el crecimiento económico de un país. La desnutrición aumenta la vulnerabilidad de las personas a distintas enfermedades y afecta su sobrevivencia. La niñez desnutrida tiene mayor probabilidad de contraer enfermedades, por lo que a menudo se incorporan tardíamente al sistema educativo y registran un mayor ausentismo escolar. Así mismo, el déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje. Estas desventajas, sumadas a lo largo del ciclo de vida, dan como resultado personas adultas que no tienen condiciones de desplegar su máximo potencial intelectual, físico y por ende productivo.

Este enorme sufrimiento humano es completamente innecesario e injustificado ya que la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe cuentan con el conocimiento y la experiencia adecuados así como los

recursos potenciales necesarios para resolver el problema. Su causalidad se relaciona en lo inmediato a enfermedades frecuentes de la infancia, falta de cuidado de la niñez y una ingesta alimentaria insuficiente o inadecuada. A su vez ello depende de condiciones sociales y económicas, determinadas en esta Región por inequidades sociales que afectan a poblaciones de áreas rurales, urbano-marginales, etnias indígenas y afro-descendientes. En consecuencia, las acciones para prevenir la desnutrición abarcan acciones que deben incidir en múltiples niveles, que van desde el cuidado en el hogar, la provisión de servicios sociales básicos integrados, la organización y orientación de la demanda, hasta la generación de políticas públicas y el desarrollo social.

El objetivo de este documento es definir lineamientos estratégicos de la cooperación de UNICEF en la región de América Latina y el Caribe, para contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas, niños y mujeres y, por ende, al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): El primer ODM es erradicar la pobreza extrema y el hambre y el ODM 7 es garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, crucial para mejorar la nutrición, la educación y la situación de las niñas, niños y mujeres. Dentro de este contexto, la educación, la salud y el ambiente se amalgaman, como un paquete indivisible y como áreas primordiales de inversión para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano. Vale la pena mencionar que tres de los ocho ODM se refieren específicamente a la salud.

En sus distintas secciones, el documento recoge los antecedentes y

contextos globales de UNICEF en las áreas de nutrición y salud y sintetiza lecciones aprendidas incluyendo los elementos que han demostrado ser esenciales para obtener impacto nutricional y describe también los marcos vigentes de la cooperación interagencial. Seguidamente presenta los principios básicos de la cooperación de UNICEF y propone siete líneas de acción con intervenciones y una ruta crítica para su implementación. La lista de pies de página y la de referencias bibliográficas ofrecen la oportunidad de revisar las fuentes de información utilizadas. Finalmente, en los Anexos se revisan los aspectos operacionales así como los instrumentos para facilitar su implementación.

INTRODUCCION

La desnutrición crónica es un grave problema en América Latina y el Caribe que viola irreversiblemente el derecho a la vida, al crecimiento y desarrollo, a la salud y la educación de la niñez. Produce daños físicos y afecta el desarrollo de la niñez¹ que se proyectan por generaciones y merman al capital humano de los países. Por lo tanto, cuando la niñez no alcanza su pleno desarrollo y no logra niveles educativos satisfactorios se contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza².

Este enorme sufrimiento humano es completamente innecesario e injustificado ya que la mayor parte de los países de la Región cuentan con el conocimiento y la experiencia adecuados así como con los recursos

Para la formulación de estos lineamientos estratégicos se han revisado y considerado documentos de varias fuentes y las experiencias de trabajo de las oficinas de país de UNICEF, en especial de los países que han tenido éxito en el control de la desnutrición crónica.

Los usuarios principales de este documento deberán ser los equipos de país de las oficinas de UNICEF en la región a quienes se dirige esta herramienta de apoyo para la planificación de las intervenciones y su implementación.

potenciales necesarios para resolver el problema.

La gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a factores sociales, las causas detrás de las causas de la “mala salud” son la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Su causalidad se relaciona en lo inmediato a enfermedades comunes infantiles, falta de cuidado de la niñez y una ingesta alimentaria insuficiente o inadecuada.

Crecer en un entorno saludable³ es decisivo para las niñas y niños entre 0 y 5 años de edad, porque el desarrollo cerebral es modificado por la calidad del

¹ Desarrollo de la niñez: consiste de varios dominios interdependientes, incluyendo el sensitivo-motor, cognoscitivo y social-emocional

² Child Development in Developing Countries 1. www.thelancet.com

³ Entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.

entorno y además, es la etapa de mayores riesgos vinculados con enfermedades infecto-contagiosas, deshidratación, mortalidad por diarreas infantiles y desnutrición. Además, de las consecuencias de más largo alcance, dada la vinculación entre el acceso deficitario a agua potable y alcantarillado, hay que considerar este déficit en el impacto que tiene en la recurrencia de diarreas infantiles y otras enfermedades que pueden conducir a la muerte, así como en el impacto acumulativo en la desnutrición infantil y las secuelas en limitaciones cognitivas y bajos rendimientos educacionales.

A su vez ello depende de condiciones sociales y económicas, determinadas en América Latina y el Caribe por inequidades sociales que afectan a las mujeres, poblaciones de áreas rurales, urbano-marginales, etnias indígenas y afro-descendientes. En consecuencia, las acciones para prevenirla abarcan acciones que deben incidir en múltiples niveles, desde el cuidado en el hogar, la provisión de servicios básicos integrados, la organización y orientación de la demanda, hasta la generación de políticas públicas y el desarrollo social.

El objetivo de este documento es definir lineamientos estratégicos de la cooperación de UNICEF en la región de América Latina y el Caribe, para contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los niños, niñas y mujeres de la Región y, por ende, al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El primer ODM es erradicar la pobreza extrema (con la meta de: Reducir a la mitad, entre el año 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar por día) y el hambre (la meta es: Reducir a la mitad, entre el año 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padecen hambre). El ODM 7 que es garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (con sus tres metas, especialmente la

segunda: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable) también es crucial para mejorar la nutrición, la educación y la situación de las niñas, niños y las mujeres.⁴

Dentro de este contexto, la educación, la salud y el medio ambiente se amalgaman, como un paquete indivisible, como áreas primordiales de inversión para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano. Vale la pena mencionar que tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a la salud.

Desafortunadamente, los ODM no incluyen metas sobre la desnutrición crónica, que probablemente constituye el indicador más representativo de la situación de la pobreza extrema en la Región. Sin embargo, hay que superar algunas otras restricciones para alcanzar el cuarto ODM -cuya meta es reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años- como lo son la falta de agua potable, la exposición a enfermedades transmitidas por vectores, la falta de inmunización y la desnutrición.

En el año 2005 en la Región habían aproximadamente 9 millones de menores de 5 años de edad con desnutrición crónica por una ingesta nutricional persistentemente inadecuada en términos de cantidad y calidad y, una de cada tres muertes de menores de 5 años fue asociada a la desnutrición.

De las dos formas de deficiencia del crecimiento del niño (talla y peso), la deficiencia en la talla es de 3 a 6 veces más frecuente en la Región. La insuficiencia de peso se puede revertir, la deficiencia en crecimiento es

⁴ Progreso para la Infancia, Un balance sobre agua y saneamiento, UNICEF, Septiembre 2006.

permanente, por lo que los niños que sufren retraso en talla corren el riesgo de tener sobrepeso, lo cual los expone a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas en la edad adulta. El retraso del crecimiento puede producirse en los dos primeros años de vida y ese período es el más oportuno para prevenirlo mediante una nutrición adecuada.

En la Región aún existen altas tasas de desnutrición crónica infantil y deficiencias de micronutrientes, así como crecientes niveles de sobrepeso y obesidad. Las desigualdades en materia de salud son extensas y profundas, como lo demuestran numerosos ejemplos⁵. La desnutrición es la consecuencia más directa del hambre y provoca una serie de efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo, en la productividad y el crecimiento económico de un país. La desnutrición aumenta la vulnerabilidad de las personas a distintas enfermedades y afecta su sobrevivencia. La niñez desnutrida tiene mayor probabilidad de contraer enfermedades, por lo que a menudo se incorporan tardamente al sistema educativo y registran un mayor ausentismo escolar. Así mismo, el déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje. Estas desventajas, sumadas a lo largo del ciclo de vida, dan como resultado personas adultas que no tienen condiciones de desplegar su máximo potencial intelectual, físico y por ende productivo⁶.

⁵ Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. USA, página 13.

⁶ Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. USA, página 44.

Han pasado casi 30 años desde que se firmara la Declaración de Alma-Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud⁷ y en la Región se ha avanzado mucho en el programa que se estableció. Sin embargo, la labor de realización de la agenda de atención primaria de salud sigue inconclusa en algunos países y en muchas zonas dentro de un mismo país⁸.

Una de las principales restricciones para completar la agenda de la atención primaria de salud es la situación de las mujeres. Si bien las mujeres representan más de las dos quintas partes de la fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe, su avance económico es reducido porque tienen dificultad para obtener trabajos remunerados, ganan menos que el hombre, no tienen acceso a algunas ocupaciones y su participación en el sector informal es desproporcionadamente mayor. Por consiguiente, la vida de millones de mujeres y niñas se ve afectada por la discriminación, la falta de autonomía, la pobreza y la violencia. Por lo tanto, el mejorar la situación de las mujeres producirá el “doble dividendo” de mejorar las vidas tanto de las mujeres como la de la niñez⁹.

En la Región, entre 45 y 50 millones de personas pertenecen a más de 400 grupos étnicos únicos, cantidad que representa alrededor del 7% de la población de la Región¹⁰. La incidencia de la pobreza es más alta en los grupos indígenas de la Región, que presentan tasas más elevadas de analfabetismo y

⁷ Alma-Ata, Kazajstan, Septiembre 1978

⁸ Banco Mundial, World Development Indicators 2006. Washington DC. USA 2006.

⁹ Estado Mundial de la Infancia 2007. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Capítulo 5.

¹⁰ Representa el 40% de la población de Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú.

desempleo y tienen menos acceso a los servicios de atención de la salud, incluyendo inmunizaciones¹¹. Uno de los principales problemas de los pueblos indígenas es la falta de documentos oficiales, que dan al individuo una identidad como miembro de la sociedad y puede ser necesario para acceder a los servicios de salud, heredar tierras, matricular a sus hijos en la escuela o votar¹². Además, se estima que en el continente americano existen 250 millones de afrodescendientes, que incluyen las poblaciones del Caribe, Brasil, Haití, República Dominicana, Estados Unidos y Colombia. Sin embargo, este segmento de población ha sido invisible socialmente debido a su alta urbanización y la pérdida, en la mayoría de países, de una lengua propia que los identifique. A partir de los inicios de este siglo, un número reducido de países (Brasil, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Trinidad y Tobago) han incorporado a la población afrodescendiente como categoría étnica en las fuentes estadísticas¹³.

A pesar de las considerables mejoras en la supervivencia de la niñez en la Región, persisten países con una profunda desigualdad en este rubro. La distribución del riesgo de morir antes de los 5 años de edad, reflejada por las tasas de mortalidad infantil, clasificada desde la más pobre a la más rica, según el ingreso nacional bruto per capita (el poder adquisitivo ajustado según la paridad), revela que el 20% (quintil) más pobre de la población de la Región concentra casi 40% de la

cantidad total de defunciones infantiles, mientras que en el 20% más rico se producen solamente el 8% de las defunciones¹⁴.

Es necesario considerar que en la Región, tres de los numerosos factores críticos determinantes de las desigualdades de salud en los lactantes y la niñez, son el grupo étnico, la ubicación geográfica y la educación materna¹⁵. La gran mayoría de las muertes infantiles podrían prevenirse con las medidas comprobadas por la revolución de la supervivencia infantil: la lactancia materna, la vacunación, las fuentes de agua potable, la terapia de rehidratación oral y los mosquiteros para prevenir la malaria.

Por otro lado, la mortalidad materna se ha reducido considerablemente en la Región en los últimos decenios; sin embargo, cada año más de 22,000 mujeres de América Latina y el Caribe mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Muchos expertos en Salud Pública consideran que si disminuye la tasa de mortalidad materna, se puede suponer que los otros problemas de salud de la población también están mejorando¹⁶.

Un indicador importante del estado nutricional de un país es la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos); el cual depende en gran medida del estado nutricional de la madre antes de la concepción y durante el embarazo. En este sentido el peso al nacer se

¹¹ Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Documento CD47/13, Septiembre 2006.

¹² Estado Mundial de la Infancia 2005. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.

¹³ Salud de las Américas, 2007, Volumen I-Regional, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

¹⁴ Situación de la Salud en la Américas. Indicadores Básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud,

¹⁵ Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, y Bellagio Child Survival Study Group. How many deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362-65.

¹⁶ Garret L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, Jan-Feb 2006, pag 4.

convierte en un indicador indirecto para pronosticar el desarrollo futuro del niño. En sus distintas secciones, el documento recoge los antecedentes y estrategias globales de UNICEF en las áreas de nutrición y salud y sintetiza lecciones aprendidas incluyendo los elementos que han demostrado ser esenciales para obtener impacto nutricional y describe también los marcos vigentes de la cooperación interagencial. Seguidamente presenta los principios básicos de la cooperación de UNICEF y propone siete líneas de acción con intervenciones y una ruta crítica para su implementación. La lista de pies de página y la de referencias bibliográficas ofrecen la oportunidad de revisar las fuentes de información utilizadas. Finalmente, en los Anexos

se revisan los aspectos operacionales así como los instrumentos para facilitar su implementación.

Para la formulación de estos lineamientos estratégicos se han revisado y considerado documentos de varias fuentes y las experiencias de trabajo de las oficinas de país de UNICEF, en especial de los países que han tenido éxito en el control de la desnutrición crónica.

Los usuarios principales de este documento deberán ser los equipos de país de las oficinas de UNICEF en América Latina y el Caribe a quienes se dirige esta herramienta de apoyo para la planificación de las intervenciones y su implementación.

I. ANTECEDENTES

Cooperación de UNICEF en nutrición. UNICEF tiene una larga historia de cooperación en aspectos de nutrición materno infantil. Diversos hitos han marcado esta experiencia, entre ellos la asistencia alimentaria de los 50' y 60', el monitoreo del crecimiento y promoción de la lactancia materna en los 80', la fortificación y suplementación de micronutrientes en los 90'. En 1989, la Junta Ejecutiva aprobó el marco conceptual multicausal axial como la Estrategia de Cooperación de UNICEF en Nutrición y la Asamblea General de la ONU consagró el derecho a la alimentación y nutrición como parte de la Convención Sobre los Derechos del Niño.

Plan Estratégico de Mediano Plazo de UNICEF (MTSP 2006-2009). Es un marco referencial flexible que guía la acción de UNICEF en este período, reafirmando la centralidad de la programación nacional de los países miembros de las Naciones Unidas, reconociendo la propiedad de cada país en este proceso. El objetivo de este Plan es enfocarse en las capacidades y organización del trabajo de UNICEF para hacer la diferencia en la niñez, apoyando la implementación de la Declaración de la Cumbre del Milenio y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las cinco áreas del MTSP¹⁷ están íntimamente relacionadas y se deben perseguir sinérgicamente. Dos áreas del MTSP coinciden directamente con el tema de nutrición infantil: (a) Supervivencia y desarrollo infantil (Area 1), y (b) Promoción de políticas y alianzas por los derechos de la niñez (Area 5) y consiguientemente, con los ODM (ver cuadro adjunto). La coincidencia con el MTSP se extiende también a sus estrategias: Abordaje de la cooperación y equidad de género desde la perspectiva de derechos humanos; Manejo basado en

¹⁷ Las cinco áreas del MTSP son: Supervivencia y desarrollo infantil, Educación básica y equidad de género, VIH y SIDA y niñez, Protección de la niñez a la violencia, explotación y abuso y, Promoción de políticas y alianzas por los derechos de la niñez.

resultados; Generación y uso de conocimientos, incluyendo mejores prácticas y lecciones aprendidas; Fortalecer la evaluación; y Alianzas para éxito compartido (reforma del sistema de Naciones Unidas y con la sociedad civil, potenciar los recursos y mejorar los resultados para la niñez).

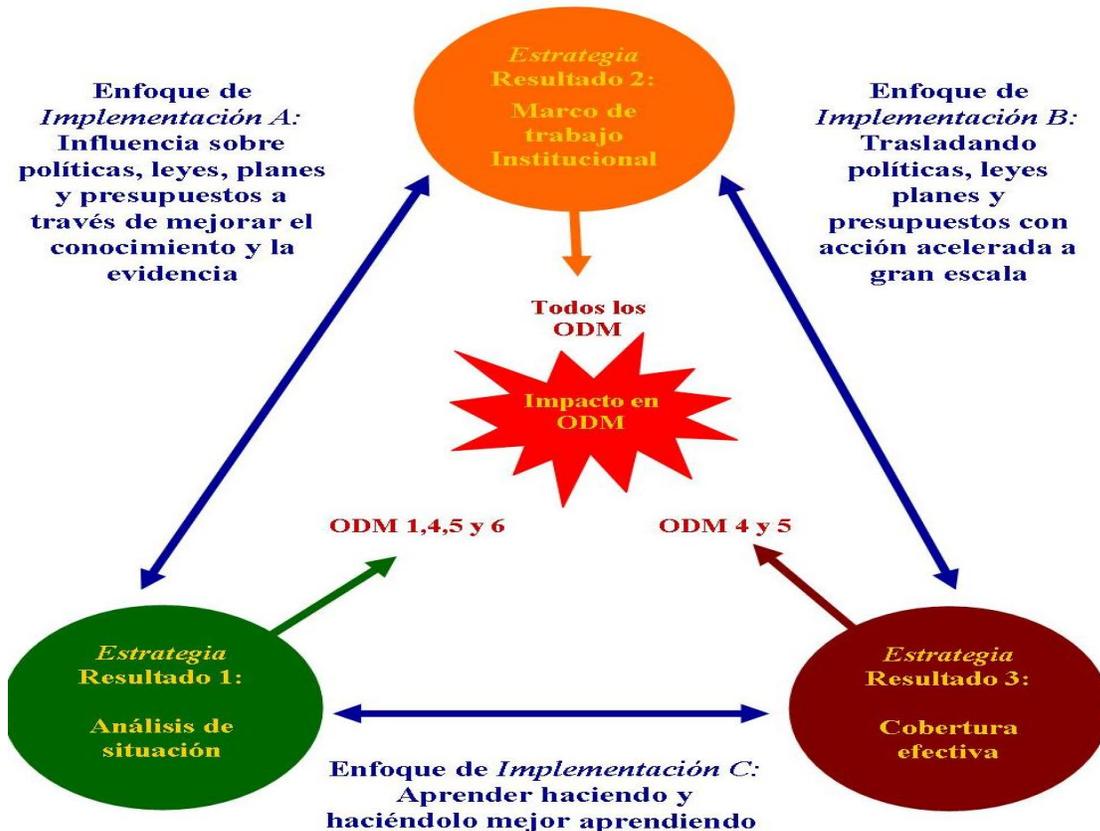
OBJETIVO 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	OBJETIVO 2: Lograr la enseñanza primaria universal	OBJETIVO 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	OBJETIVO 4: Reducir la mortalidad infantil
Supervivencia y Desarrollo Infantil Promoción de Políticas y alianzas por los derechos de la niñez	Educación Básica y equidad de género	Educación Básica y equidad de género Políticas y alianzas por los derechos de la niñez	Supervivencia y Desarrollo Infantil VIH y SIDA y niñez
OBJETIVO 5: Mejorar la salud materna	OBJETIVO 6: Combatir el VIH y SIDA y otras enfermedades	OBJETIVO 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	OBJETIVO 8: Establecer una alianza mundial para el desarrollo
Supervivencia y Desarrollo Infantil	VIH y SIDA y niñez Supervivencia y Desarrollo Infantil	Supervivencia y Desarrollo Infantil	Políticas y alianzas por los derechos de la niñez
Declaración del Milenio (Capítulo VI)	Protección de la niñez a la violencia, explotación y abuso		

Nota: lo resaltado en negrillas denota las contribuciones primarias para cada área¹⁸.

Estrategia Conjunta de Salud y Nutrición UNICEF, 2006-2015. En el año 2006 la Junta Ejecutiva de UNICEF aprobó la Estrategia conjunta de Salud y Nutrición, la cual plantea la sinergia entre las intervenciones de salud y nutrición. Esa sinergia se centra en apoyar tres resultados estratégicos inter relacionados en las áreas de salud materna, recién nacidos e infancia y nutrición, que son: 1) Análisis para políticas y acción basada en la evidencia, 2) Desarrollo de marcos institucionales favorables y, 3) Aceleración a gran escala de intervenciones efectivas en cobertura. Estos tres resultados estratégicos son complementarios y por consiguiente, enfocados a optimizar su interacción dinámica. Se basan en el concepto de la “Triple A” (Apreciación, Análisis, Acción) y se describen brevemente: a) Nivelar políticas, legislación, planes y presupuestos a través de conocimiento y evidencia expandidos, el cual une los resultados estratégicos 1 y 2 a través de la generación de datos y análisis de amplia variedad de temas sobre salud

¹⁸ UNICEF support to the Millenium agenda: Intenational goals and contributing MTSP focus areas, July 2005.

materna e infantil y nutrición; b) Traducción de las políticas, legislación, planes y presupuesto en una acción acelerada de intervenciones a gran escala; éste une los resultados estratégicos 2 y 3 a través de intervenciones de prevención y manejo de casos y, c) Aprendiendo haciendo y haciéndolo mejor aprendiendo, que une los resultados 1 y 3 a través de usar las lecciones aprendidas para desarrollar y actualizar el análisis de situación que a lo largo del tiempo mejorará y hará más efectivos los programas (ver diagrama a continuación).



Conceptual framework for implementation of the UNICEF joint health and nutrition strategy, UNICEF joint health and nutrition strategy for 2006-2015, November 2005.

La estrategia estableció cinco principios: trabajo en alianzas, selección de intervenciones basadas en evidencia y estrategias con enfoque de ciclo de vida, orientación y sistemas por resultados, enfoque de derechos aplicado a la programación y trabajo por niveles (micro, meso y macro).

Estrategia Global para la Alimentación de la Niñez. UNICEF y la OMS aprobaron esta estrategia en el 2002 y se basa en el respeto, protección, facilitación y pleno

cumplimiento de las normas legales e internacionales sobre los derechos de la niñez, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez. Además, establece las responsabilidades de los gobiernos y las organizaciones internacionales para asegurar el derecho de la niñez y la mujer a una adecuada atención de salud y nutrición. Enfatiza también la necesidad de políticas alimentarias particularmente en emergencias y el

apoyo a las redes comunitarias de mujeres.

Iniciativa para acabar con el hambre y la desnutrición en la Niñez (Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative -ECHUI).

Esta es una iniciativa global para movilizar la atención y la acción a las causas inmediatas del hambre¹⁹ y la desnutrición en la niñez, aprobada por las Juntas Ejecutivas de UNICEF y el PMA y que inició su pleno desarrollo en el año 2007. El objetivo central es apoyar el cumplimiento del primer ODM, movilizando los recursos políticos, financieros y técnicos y las alianzas que requieran los países en desarrollo para reducir el hambre y la desnutrición en una generación. Está diseñada para promover, informar y ayudar a fortalecer las estrategias regionales y los planes nacionales de acción que abordan el hambre y la desnutrición en la niñez. Se ha elaborado un Plan Global de Acción que propone actuar sobre cinco grupos de población: madres gestantes y lactantes, menores de dos años de edad, pre-escolares, escolares y población general. Esta iniciativa consta de cuatro productos principales: 1) Aumentar la sensibilidad hacia el hambre y la desnutrición y entender las potenciales soluciones; 2) Fortalecer las políticas y programas nacionales que abordan el hambre y la desnutrición; 3) Aumentar las capacidades para acciones comunitarias directas sobre el hambre y la desnutrición y 4) Aumentar la eficiencia y responsabilidad de esfuerzos globales para reducir el hambre y la desnutrición en la niñez a través del monitoreo y evaluación de la

¹⁹ Hambre, en el sentido fundamental existe cuando el cuerpo de una persona carece de los nutrientes necesarios para crecer y desarrollarse hacia una vida productiva, activa y saludable, ECHUI, Global Framework for Action 1.0, WPF and UNICEF, 2006.

iniciativa; intervenciones programáticas e impacto para la niñez.

Un Mundo Apropriado para la Niñez (WFFC)²⁰.

Es frecuente que algunos de los temas intersectoriales, como la protección de los niños, el desarrollo de la niñez en la primera infancia y la nutrición, continúan reflejándose débilmente en los planes nacionales de desarrollo o en las estrategias de lucha contra la pobreza. Cada vez es más frecuente que los planes de acción nacionales a favor de los niños hagan referencia a la Convención Sobre los Derechos del Niño o a las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño. Como los objetivos de “Un mundo apropiado para la niñez” apoyan directamente los ODM, el progreso de éste programa se hará en sus cuatro esferas principales: a) Promoción de una vida sana, b) Acceso a una educación de calidad, c) Protección contra los malos tratos, la explotación y la violencia y, d) Lucha contra el VIH.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La reducción de la desnutrición crónica es esencial para el cumplimiento del primer ODM – Erradicar la pobreza extrema y el hambre – y en particular con su Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. Los indicadores establecidos para el monitoreo son: a) prevalencia de niños menores de 5 años de edad con peso inferior a lo normal; y b) porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (subnutrición). Así mismo, la reducción de la malnutrición infantil y materna es también relevante para el logro de los otros objetivos del milenio, como: ODM 2, alcanzar la educación primaria

²⁰ Informe de las resoluciones de la Asamblea General 58/282, 19 de abril 2004 y 61/272, 29 de junio 2007.

universal; ODM 3, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; ODM 4 reducir la mortalidad infantil; ODM 5, mejorar la salud de la mujer; y ODM 6, combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades (Cuadro 1). El ODM 7 (garantizar la sostenibilidad del medio ambiente) también es crucial para mejorar la nutrición, la educación y la situación de las niñas, niños y mujeres²¹.

Cuadro 1. Relación de la nutrición infantil con los Objetivos del Milenio

Objetivos	Efecto de la desnutrición infantil
Objetivo 1 : Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Afecta al capital humano, base de la productividad, a través de efectos irreversibles e intergeneracionales en el desarrollo cognoscitivo y físico. A nivel nacional reduce las oportunidades de crecimiento económico, desarrollo tecnológico y sobrecarga el gasto en salud y educación.
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	Afecta la asistencia, el rendimiento escolar y aumenta la deserción.
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la Mujer	La igualdad entre los géneros permite avanzar la causa de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. El bienestar de la mujer contribuye al bienestar de su progenie ²² . Barreras en el acceso a alimentos, salud y cuidados en las mujeres y la niñez puede resultar en desnutrición. Las niñas desnutridas abandonan la escuela más frecuentemente.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	La desnutrición desde la gestación está asociada al 50% de las defunciones infantiles.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	La morbilidad y mortalidad materna aumentan y están asociadas a la desnutrición (que incluye baja talla, anemia y falta de yodo) de la mujer y su progenie.
Objetivo 6: Combatir el VIH y SIDA; el paludismo y otras enfermedades	La desnutrición agrava e incrementa el riesgo de transmisión del VIH, compromete la terapia antiretroviral y aumenta la mortalidad por SIDA y paludismo.

Fuente: adaptado de Repositioning Nutrition as Central to Development. World Bank 2006

Progreso de la Niñez de UNICEF: la Tarjeta de Evaluación en Nutrición (2006). Esta ilustra como los promedios nacionales y regionales enmascaran las disparidades en la distribución del bajo peso (es dos veces más frecuente en los hogares pobres que en los ricos y en las áreas rurales que en las urbanas). En América Latina y el Caribe se considera que el indicador más significativo para el monitoreo del Objetivo 1 (meta 2) es la desnutrición crónica, medida por la talla para la edad, además de la desnutrición global (peso para la edad) para facilitar la comparación con otras regiones del mundo. Sin embargo, algunos países han decidido utilizar, además del indicador de desnutrición global, el indicador de proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía dietario²³.

²¹ Progreso para la Infancia, Un balance sobre agua y saneamiento, UNICEF, Septiembre 2006.

²² Estado Mundial de la Infancia 2007. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF 2006.

²³ Encuestas de Demografía y Salud, CDC-USAID-Macro.

II. EL PROBLEMA NUTRICIONAL EN LA REGIÓN

Desnutrición crónica, global y aguda. La información que se presenta ha utilizado como referencia los patrones de la NCHS (National Committee for Health Standards) elaborados en los años 70. En el año 2005, la OMS lanzó nuevos patrones para evaluar el crecimiento infantil, que a diferencia de la anterior, fueron diseñados en base a una muestra representativa de todos los continentes, con niños que han recibido lactancia materna exclusiva y cuidados de salud ideales. Aplicando estos nuevos patrones, en muchos países latinoamericanos y del Caribe, se ha observado un aumento de la prevalencia de desnutrición crónica y sobrepeso. Actualmente varios países están en proceso de implementación de estos patrones.

En todo el mundo, el retraso del crecimiento lineal es la forma más prevalente de falta de crecimiento; comienza al nacimiento y prosigue a lo largo de los dos primeros años de vida²⁴. Una vez que cesa el retraso en el crecimiento, los niños ganan peso y talla similares a la norma de referencia, pero el déficit en talla es permanente. Como resultado de una mayor pérdida en el crecimiento lineal en comparación con la ganancia de peso, la mayoría de los niños tienden a tener relaciones de peso para la talla por encima de la mediana de la norma de referencia, lo cual indica una tendencia al sobrepeso, que pone a los niños en riesgo futuro de padecer enfermedades crónicas. Los patrones de riesgo específicos por edad con respecto al retraso en el crecimiento son similares en todos los países de la Región sin importar los muy variados niveles de retraso, lo que confirma que los primeros dos años de vida representan una ventana de oportunidad crítica para mejorar la nutrición²⁵.

En América Latina y el Caribe la prevalencia del retraso en el crecimiento lineal es superior a la del bajo peso en cerca de tres a cuatro veces, o más. El hecho de que los niños tengan muchas más probabilidades de ganar peso de manera adecuada en comparación con el aumento de la talla, ilustra claramente que la calidad de la alimentación es un problema mucho mayor que la suficiencia energética²⁶.

La Región mantiene en promedio una tendencia histórica sostenida de reducción de la desnutrición crónica y la desnutrición global durante los últimos cuarenta años. Sus indicadores muestran que se han alcanzado las tasas más bajas entre los países en desarrollo, comparadas con África y Asia (Cuadro 2) (25).

Estos avances no han sido homogéneos, mientras que la desnutrición global disminuyó notablemente desde 21% en los años 1970 hasta 7% en el año 2005, la desnutrición crónica se mantiene aún en un promedio regional muy alto: 16% al año 2005(25). Dicha tendencia ha sido observada en prácticamente todos los países de la región.

²⁴ Shrimpton R, Victora C, de Onis M, Lima RC, Blossner M, Clugston G. The worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Pediatrics* 2001;107:e75.

²⁵ Salud en las Américas, 2007, Volumen I-Regional, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. USA.

²⁶ Salud en las Américas, 2007, Volumen I-Regional, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. USA.

CUADRO 2
PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL, AGUDA Y CRÓNICA EN < 5 AÑOS
REGIONES DEL MUNDO EN DESARROLLO

REGIONES SEGÚN MAYOR A MENOR PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA	DESNUTRICION CRÓNICA (TALLA/EDAD)	DESNUTRICION GLOBAL (PESO/EDAD)	DESNUTRICION AGUDA (PESO/TALLA)
Asia Sur	44	45	14
Sur y Este de Africa	40	27	7
Africa Sub-Sahariana	37	28	9
Africa Central y Oeste	35	28	10
Medio Oriente y Africa del Norte	24	16	8
Asia Este y Pacífico	19	15	
América Latina y Caribe	16	7	2
Europa del Este	14	5	3

Fuente: (25) Lechtig A. Chronic malnutrition is decreasing in Latin America because of better health, child care and women's empowerment. Presented at the Seminar on Public Nutrition, School of Public Health, University of Texas at Houston. 2007.

La desnutrición crónica infantil es un problema real de salud pública en América Latina y el Caribe. La forma más frecuente de desnutrición crónica es la baja talla, que frecuentemente se inicia en la etapa prenatal. Esta deficiencia en talla es causada por insuficiente nutrición materna, desnutrición intrauterina, falta de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, introducción inadecuada (en tiempo, cantidad y calidad) de alimentos complementarios y absorción deficiente de nutrientes que llevan a enfermedades infecciosas²⁷. En el año 2005, en la Región habían aproximadamente 9 millones de niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica medida por baja talla para la edad y 4 millones de niños con desnutrición global medida por bajo peso para la edad²⁸. La alta prevalencia de baja talla en muchas zona geográficas de la Región demuestra la desnutrición prolongada y persistente. Esto se ha convertido en el mayor reto para ser abordado en la Región. Los avances en Brasil y México, dos de los países más poblados de América Latina, tienen impacto significativo en el éxito general "alcanzado" por la Región. A pesar de los datos alentadores agregados, estos tienden a ocultar las disparidades extremas que siguen dejando a gran cantidad de niñas y niños vulnerables a desnutrición²⁹.

La evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad en América Latina y el Caribe entre 1990 y el 2002, de acuerdo a la CEPAL³⁰ ha variado de 19.1% a 15.8%, como se demuestra en el gráfico que se presenta a continuación:

²⁷ Allen & Gillespie, 2001

²⁸ Progreso para la Infancia, Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas , UNICEF, Diciembre 2007.

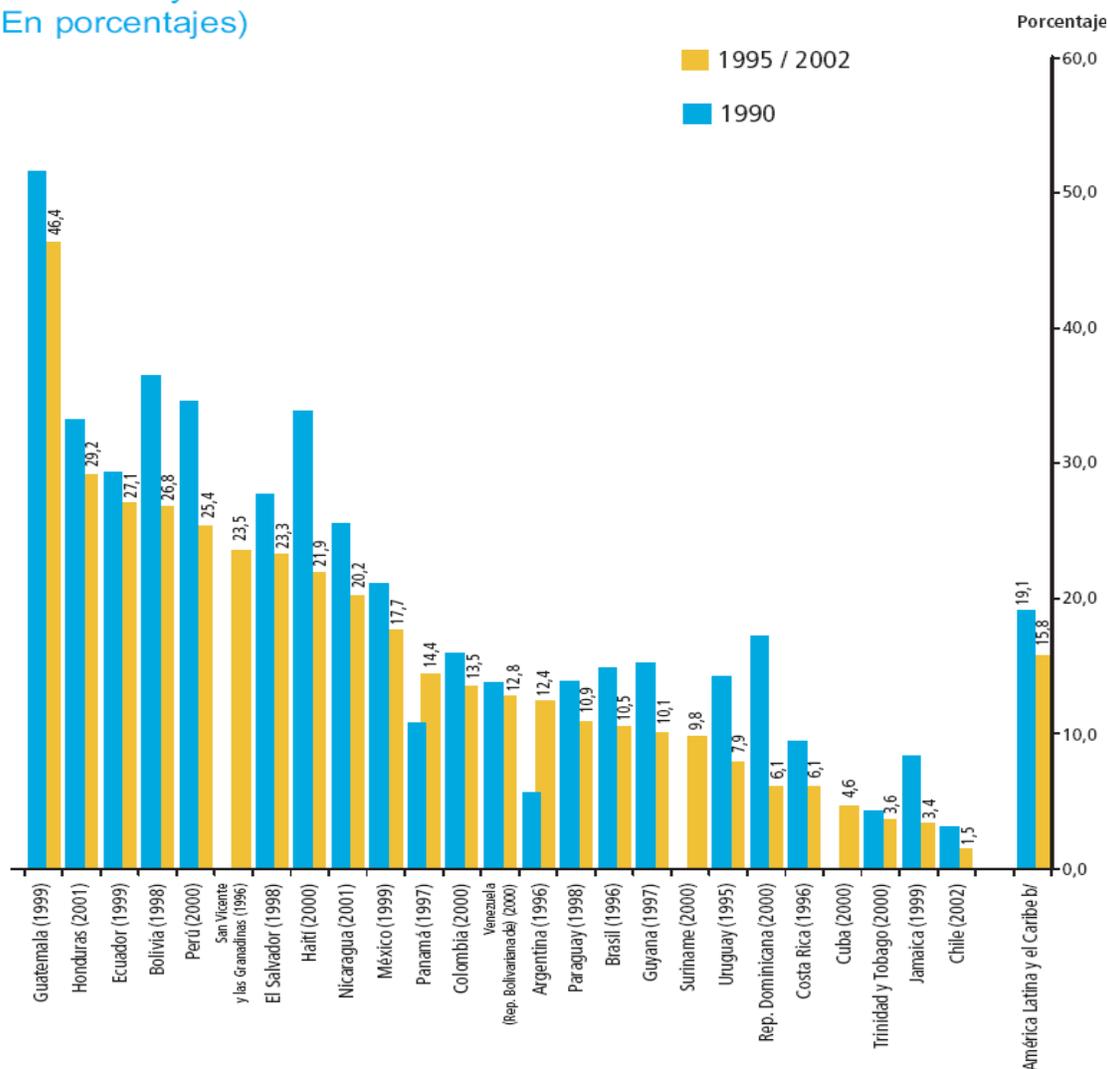
²⁹ Kamatsuchi M, Disparities in L AC: Rapid Nutritional Assessment, UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, Panama, 2000.

³⁰ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331), Cap. II, Gráfico II.21, Santiago de Chile, CEPAL 2005.

América Latina y el Caribe (25 países):

Evolución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad entre 1990 y 1995-2002

(En porcentajes)



El promedio regional de 16 % de baja talla para la edad enmascara profundas disparidades entre países. Tal como se muestra en el Cuadro 3, mientras pocos países ya tienen niveles de desnutrición crónica inferiores al 8%, como Jamaica, Argentina, Cuba, Costa Rica y Uruguay, la gran mayoría (15 países) como Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, Perú, Haití, Nicaragua, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Venezuela, Colombia, Brasil y República Dominicana, presentan prevalencias a nivel nacional que oscilan entre 9% y el 49%.

CUADRO 3
PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL, AGUDA Y CRÓNICA INFANTIL EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (% en < 5 años)

PAISES ORDENADOS SEGÚN PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA	<i>DESNUTRICION CRONICA (TALLA/EDAD)</i>	<i>DESNUTRICION GLOBAL (PESO/EDAD)</i>	<i>DESNUTRICION AGUDA (PESO/TALLA)</i>
Guatemala	49	23	2
Honduras	29	17	1
Bolivia	27	8	1
Ecuador	26	12	
Perú	24	8	1
Haití	23	17	5
Nicaragua	20	10	2
El Salvador	19	10	1
México	18	8	2
Panamá	18	8	1
Paraguay	14	5	1
Venezuela	13	5	4
Colombia	12	7	1
Brasil	11	6	2
República Dominicana	9	5	2
Uruguay	8	1	
Costa Rica	6	5	2
Cuba	5	4	2
Argentina	4	4	1
Jamaica	3	4	4
Chile	1	1	0

Fuente: adaptado del Estado Mundial de la Infancia, UNICEF 2007.

Por otro lado, se estima que la desnutrición crónica está asociada con 29% de las muertes en menores de 5 años de edad. En otras palabras, casi una de cada tres muertes infantiles que ocurren en Latinoamérica y el Caribe se asocia con la desnutrición crónica (25). En consecuencia, debido a su alta prevalencia (16%) y a sus efectos sobre la supervivencia, desarrollo y productividad futura, la desnutrición crónica viola el derecho a la vida, al desarrollo y a la nutrición de millones de niñas y niños y es por lo tanto un problema prioritario de salud pública que debe ser enfrentado y resuelto.

Dónde están las prioridades geográficas? La Región está encaminada a cumplir con la meta 2 del ODM 1, habiendo reducido el bajo peso en menores de 5 años en 3.8% anual entre 1990 y 2004. Esto representa el progreso más rápido que en cualquier otra región. América Latina y el Caribe tiene la más baja mortalidad en menores de 5 años de edad del mundo en desarrollo, en 31 por 1,000 n.v. Además, tiene la mayor proporción de hogares consumiendo sal yodada (85%)³¹. Estos datos alentadores no deben crear una falsa imagen, ya que la niñez de la Región sigue enfrentando serios problemas nutricionales. La baja talla afecta al 16% de la niñez y la anemia por deficiencia de hierro continua siendo un reto importante. En el ámbito de cada país – aún en aquellos con los mejores promedios (Cuadro 4), existen grandes

³¹ Progress for Children: A report card on nutrition, UNICEF May 2006.

disparidades. En general, la prevalencia de desnutrición crónica es más baja en la mayoría de las áreas urbanas, que por lo tanto no tienen que ser priorizadas. Por el contrario, el riesgo de desnutrición crónica es muy alta en las áreas rurales (en Bolivia, Honduras, México y Nicaragua, el doble de niños tienen bajo peso) o en regiones como el altiplano de la cordillera de los Andes, en Centroamérica, México y en el nordeste brasileño³², generalmente con población indígena y afro descendiente.

Cuadro 4
Disparidad dentro de los países: Prevalencia de desnutrición crónica por áreas geográficas en 13 países de América Latina. % en < 5 años (Talla para la Edad)

PAIS	Áreas de mayor prevalencia (%)		Áreas de menor prevalencia (%)	
GUATEMALA	67.2	Región Nor Occidente	35.7	Área Metropolitana
HONDURAS	62.6	Intibuca	23.3	Isla de la Bahía
BOLIVIA	49.2	Potosí	17.5	Santa Cruz
NICARAGUA	36.7	Jinotega	8.2	Managua
ECUADOR	35.5	Bolívar	21.9	Guayas
HAÍTÍ	33	Región Central	16.3	Área Metropolitana
MÉXICO	29.2	Región Sur	7.1	Región Norte
COLOMBIA	24.5	Cauca/Nariño	7.3	Atlántico/Norte Bolívar o Cali
VENEZUELA	24.1	Delta Amacuro	8.7	Distrito Federal
PARAGUAY	22.2	Canindeyú	6.4	Asunción
ARGENTINA	21.9	Chaco	5.4	Buenos Aires
BRASIL	17.9	Región Noreste	2.9	Región Sur
CUBA	6.5	Región Oeste	2.5	Región Central

Fuente: Disparities in LAC—Rapid Nutritional Assessment, Mahoko Kamatsuchi, Nutrition Section, Regional Office for Latin America and the Caribbean (TACRO)

Sin embargo, de acuerdo al Progreso de la Niñez de UNICEF: una Tarjeta de Evaluación en Nutrición, dentro de la Región, 15 países están en “tendencia” de alcanzar la Meta 2 del ODM 1: Cuba, República Dominicana, Jamaica, México, Perú, Guyana, Haití, Colombia, Bolivia, Venezuela, Brasil, Guatemala, Chile, El Salvador y Paraguay. Progreso insuficiente ha habido en 4 países: Nicaragua, Ecuador, Honduras y Trinidad y Tobago. En Panamá no ha habido cambios y en el resto de países no hay datos suficientes para hacer este análisis.

³² Progreso para la Infancia, Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas, UNICEF, Diciembre 2007.

La desnutrición aguda no es un problema generalizado de salud pública en América Latina y el Caribe. Sin embargo, en el año 2005 existían en la región casi 1 millón de niñas y niños con desnutrición aguda. Su baja prevalencia (2%) sugiere que la mayor parte de estos niños eran delgados, pero dentro de la variabilidad esperada normalmente. Nótese que debido a la forma en que los indicadores son construidos, prevalencias menores de 3% son consideradas normales. Tal como se observa en el Cuadro 2, esta situación es una característica muy peculiar de la Región ya que otras regiones del mundo en desarrollo tienen promedios regionales muy altos de desnutrición aguda que pueden llegar hasta 14%.

La desnutrición aguda afecta permanentemente a algunos países y reaparece esporádicamente en otros. Constituye un problema de nivel nacional en tres países de la región: Haití (5%) Jamaica (4%) y Venezuela (4%). En estos tres países las intervenciones orientadas a prevenir y recuperar al niño con desnutrición aguda deben recibir un alto nivel de prioridad. En el resto de países la desnutrición aguda tiende a reaparecer localizadamente debido a problemas de inseguridad alimentaria relacionados a emergencias climáticas o sociales. Otros países han hecho progresos sustantivos en la reducción de la prevalencia del bajo peso; tal como son Cuba, en donde se redujo el bajo peso de 9% a 4% entre 1996 y 2000; República Dominicana que bajó de 10% en 1991 a 5% en 2002 y; Perú que la redujo de 11% a 7% entre 1991-92 y 2000³³.

Según las cifras de la FAO, en los países de la Región existe una gran

³³ Progress for Children: A report card on nutrition, UNICEF, May 2006.

diferencia en el porcentaje de población que no cubre su nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, con extremos de 2% en Argentina, Barbados y Cuba, hasta 47% en Haití. Esta situación también se ve, en general, reflejada en los niveles de prevalencia de insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) entre niños menores de 5 años de edad, que va desde 0.7% a 22% en Chile y Guatemala, respectivamente.

Desnutrición fetal y bajo peso al nacer. En el año 2007 se estima que nacerán en la región 1.1 millones de niños con bajo peso al nacer, lo que equivale a más de 3,000 niños y niñas cada día. El bajo peso al nacer representa la causa más importante de mortalidad neonatal y perinatal y los sobrevivientes tendrán una alta probabilidad de desnutrición crónica y de enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta (25).

Para evaluar de forma integral la salud perinatal existen algunos indicadores, tales como las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Sin embargo, en parte debido al subregistro importante y a que los países continúan manejando diferentes puntos de corte para estos indicadores, la magnitud de la mortalidad fetal y perinatal es poco reconocida en la Región. A pesar de las dificultades relacionadas con la información, en el año 2006 la OMS estimó un total de 280,000 muertes perinatales (tasa de 17.3 por mil) en la Región, de las cuales alrededor de 45% fueron muertes fetales tardías y 55% (152,000) muertes neonatales precoces³⁴.

³⁴ Neonatal and perinatal mortality 2006. Country, regional and global estimates. World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/241563206_eng.pdf

Por otra parte, 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer. Las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal. En el continente americano, la proporción de niñas y niños con bajo peso al nacer oscila entre 5.7% en Canadá y 12% en Guatemala. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en la Región. En promedio, la tasa de mortalidad infantil fue alrededor de 24.8 por mil nacidos vivos en 2003, (aproximadamente 290,000 muertes infantiles) 177,000 de ellas asociadas con el período perinatal³⁵.

Todo ello se debe a carencias en la atención prenatal y cuidado de las mujeres gestantes, incluyendo las adolescentes menores de 15 años, que contribuyen con 54,000 nacimientos anualmente³⁶; falta de acceso a la salud reproductiva, desnutrición materna previa y alimentación insuficiente y carente de micronutrientes durante el embarazo.

Deficiencias de micronutrientes.

En consideración a su magnitud y a sus consecuencias sobre la salud, las carencias de micronutrientes tienen un impacto significativo en el desarrollo humano y en la productividad económica. Como consecuencia de estas deficiencias muchas niñas y niños fallecen antes de cumplir los cinco años; muchos nacen con capacidad mental deficiente y otros muchos más nacen con defectos físicos prevenibles³⁷. Se ha demostrado que por lo menos la

deficiencia de una vitamina y tres minerales afecta el óptimo crecimiento y desarrollo infantil y favorece la desnutrición crónica. Estas son la hipovitaminosis A, la anemia por deficiencia de hierro, los desórdenes por deficiencia de yodo y la deficiencia de zinc. La provisión de suplementos de micronutrientes a los hogares, principalmente en formas fáciles de consumir por la niñez y las madres se deben considerar cuando no hay alimentos fortificados disponibles.

- **La deficiencia de hierro** es el tipo de desnutrición de mayor prevalencia en América Latina y el Caribe. Se calcula que la prevalencia de la anemia ferropénica en la Región es de 35% en las embarazadas y 19% en las niñas y los niños en edad escolar. Esta prevalencia es mayor durante el período neonatal y la niñez con respecto a cualquier otra etapa de la vida. Los datos nacionales representativos de más de ocho países de la Región muestran que de 48% a 63% de los lactantes y niños pequeños sufren anemia; la cifra asciende a 75% o más en los lactantes de 6 a 12 meses de edad. Afecta aproximadamente a la mitad de la niñez menor de cinco años de edad y de las mujeres en edad fértil, dando por resultado altos índices de anemia y retardos en el desarrollo cognitivo e intelectual, con consecuente menor aprendizaje en la escuela. Esta elevada prevalencia es congruente con los datos que indican que la ingesta de hierro en la dieta es inadecuada, así como la baja biodisponibilidad en la mayoría de los regímenes alimentarios complementarios a la lactancia y la ausencia de programas exitosos de suplementación de

³⁵ World Population Prospects: The 2004 Revision. Population database. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=6>

³⁶ World Health Organization. World Health Statistics 2006. <http://www.who.int/whosis/en/>

³⁷ www.gainhealth.org

hierro en este grupo de edad. Así mismo, concuerda con los elevados requerimientos alimentarios de hierro por kilogramo de peso corporal y la reducida cantidad de alimento que requiere este grupo de edad para satisfacer sus necesidades energéticas³⁸. Esto se debe principalmente a la baja ingesta de alimentos de origen animal, que son fuentes ricas de hierro más fácilmente absorbible (heme); al alto consumo de cereales y legumbres, que contienen fitatos que inhiben la absorción de hierro y a las infecciones y parasitosis intestinales. Alimentos fortificados con hierro han demostrado que reducen la prevalencia de anemia en niñas y niños de edad pre escolar de 40% a 10% en menos de un año³⁹.

- **La hipovitaminosis A** existe también con alta prevalencia, lo que resulta en mayor vulnerabilidad de ceguera prevenible y mayor riesgo a la infección, muerte infantil y materna y menor crecimiento físico⁴⁰. En un informe de la OMS, se estimó que la deficiencia regional de vitamina A en preescolares es de 20%⁴¹. Se considera que, cuando 10% a 20% de la población presenta niveles de retinol sérico iguales o por debajo de 0,70 $\mu\text{mol/ml}$

³⁸ Nutrición del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA54.2. 54ava Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra: OMS;2001.

³⁹ Junshi Chen in Iron Fortification: Country Level Experiences and Lessons Learned, American Society for Nutritional Sciences, 2002. www.gainhealth.org

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency. Geneva: WHO;1995.

existe un problema moderado de salud pública. Al tomar en cuenta este parámetro, se observa que varios países de la Región tienen deficiencias leves o moderadas, mientras que en algunas regiones de Brasil, México y Venezuela esa deficiencia es grave.

- **La deficiencia de yodo** es la primera causa de retardo mental en el mundo y en la Región, en donde 19 de 35 países siguen presentando la deficiencia de yodo como un problema de salud pública debido a que 10% de los hogares carecen de sal yodada⁴². Es aún un problema latente a pesar de los grandes avances en la yodación de la sal para consumo humano realizados en las últimas décadas. Los países andinos merecieron el reconocimiento público internacional porque alcanzaron la meta de eliminación virtual de los desórdenes por deficiencia de yodo (DDI). Existen tres indicadores internacionalmente reconocidos para vigilar la ingesta de yodo: la fracción de hogares que consumen sal yodada, la concentración de yodo en muestras de orina y la prevalencia de bocio. La prevalencia de yodo en orina por debajo de lo mínimo recomendado ($< 100\mu\text{g/L}$) se ha encontrado en Guyana, México y Nicaragua. Por lo tanto, es importante mantener la yodación universal de la sal como una estrategia de salud pública para evitar que los trastornos por deficiencia de yodo vuelvan a

⁴² United Nations, Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition. Fourth Report on the World Nutrition Situation, Geneva: UN;2000.

aparecer, como ya sucedió en algunos países de Centroamérica y en Bolivia cuando los programas de control se deterioraron.

- **La deficiencia de zinc.** Estudios recientes en la Región y en otras partes del mundo han demostrado que la suplementación con zinc mejora el crecimiento de niñas y niños de familias de bajos ingresos, reduce la incidencia de infecciones y la mortalidad de menores de 5 años (pueden prevenir y ser un paliativo para la diarrea y la neumonía y también reducir la morbilidad por malaria, así como contribuir a mejorar el crecimiento⁴³). En vista de que la mayor parte de la dieta de estos niños es de origen vegetal, es probable que la prevalencia de esta deficiencia en dichas poblaciones sea del orden del 40%. Un determinante común de la diarrea es la deficiencia de zinc, cuando hay desnutrición aguda y baja inmunidad celular⁴⁴. La suplementación de zinc ha demostrado una reducción en la duración y la severidad de la diarrea en la niñez.⁴⁵

La transición nutricional: sobrepeso y obesidad. Estas características en la Región están ligadas al concepto de transición

demográfica⁴⁶, el cual ha sido útil para describir los resultados empíricos que los cambios sociales, políticos y económicos han producido en la evolución de la mortalidad y la fecundidad en países actualmente desarrollados (Estados Unidos y Canadá).

La existencia de niveles de sobrepeso y obesidad en la población infantil y materna introducen una dimensión nueva a la problemática nutricional, que sugiere que el déficit en talla y la desnutrición crónica aumenta el riesgo de obesidad e hipertensión⁴⁷. Desde la década de los noventa ha habido un incremento de la prevalencia de diabetes y prediabetes (glicemia en ayunas entre 100 mg/dl y 126 mg/dl) en niñas, niños y adolescentes en la Región. Estos cambios se han atribuido a un aumento de la obesidad, debido a cambios en la dieta y a una disminución considerable de la actividad física⁴⁸.

En varios países el sobrepeso y obesidad infantil contrasta dramáticamente con la reaparición de la desnutrición aguda, signo de las disparidades que caracterizan a la Región (Gráfica 1).

⁴³ www.gainhealth.org

⁴⁴ Brown KH, Peerson JM, Allen LH, Effect of Zinc supplementation on children's growth: a meta-analysis of intervention trials. *Bibl Nutr Dieta* 1997;54:76-83.

⁴⁵ The Zinc Investigator's Collaborative Group. Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized trials. *Am J Clin Nut* 2000;72:1516-22.

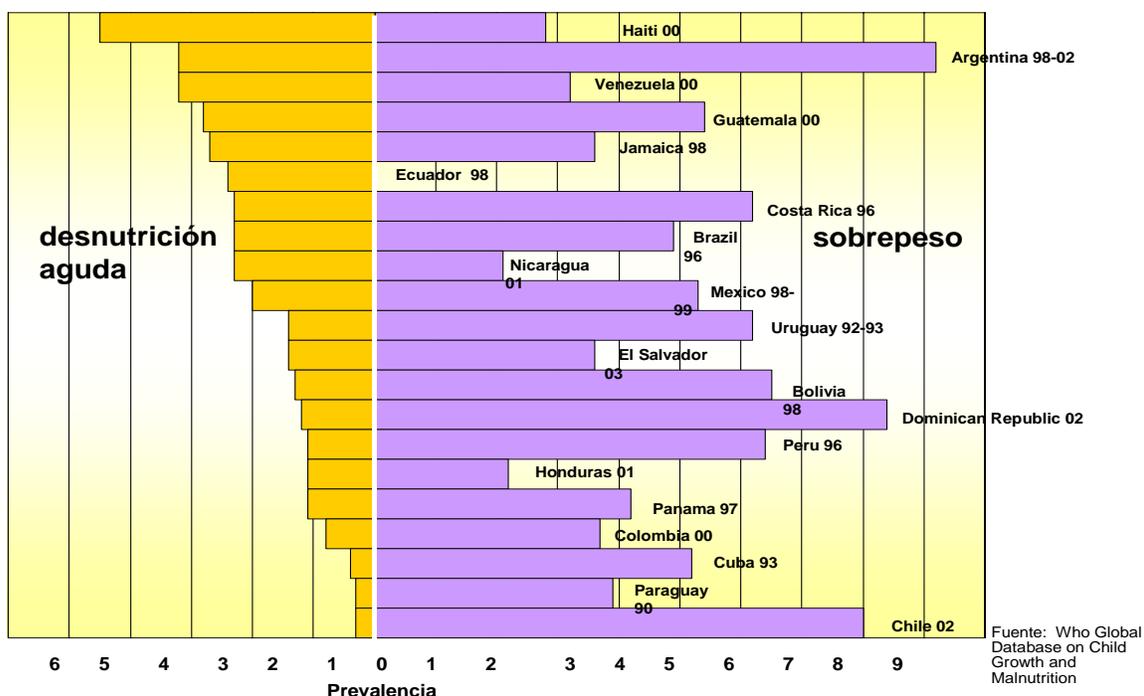
⁴⁶ Este concepto permite describir el pasaje de altos a bajos niveles de mortalidad primero y fecundidad después, con consecuencias en el crecimiento demográfico y la estructura por sexo y edad de la población.

⁴⁷ Sawaya A, Sesso R, de Menezes T, Fernández M, Martins P. Association between chronic undernutrition and hipertensión, *Maternal & Child Nutrition* 1(3), 155-163

⁴⁸ Barcelo A, Aedo C, Swapnil R, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organization*, 2003;81(1):19-27.

GRÁFICA 1

DESNUTRICION AGUDA (< 2.00 DS P/T) Y SOBREPESO (> 2.00 DS P/T) EN MENORES DE CINCO AÑOS, PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA



Fuente: Who Global Database on Child Growth and Malnutrition

Se estima que la mitad de las mujeres en edad fértil en América Latina y el Caribe (15 - 49 años de edad) tienen sobrepeso o son obesas, particularmente en las áreas urbanas de la Región donde a la fecha vive más del 77% de la población. Ello debido a una alimentación de baja calidad con alto contenido calórico y disminución notable de la actividad física (25). Es frecuente encontrar madres obesas con anemia, así como madres con sobrepeso cuyos hijos están desnutridos.

Esta situación plantea retos adicionales, al producirse una serie de enfermedades crónicas típicas de la transición nutricional (diabetes, hipertensión, arteriosclerosis, infarto cardíaco, hemorragia cerebral entre otras) que incrementa la deuda social y complica el control de las deficiencias nutricionales que tradicionalmente eran características de la pobreza. Para el

caso de intervenciones basadas en subsidios alimentarios, la situación obliga a diseñar mucho más cuidadosamente la población objetivo, los criterios de focalización, los contenidos de las acciones, la información, educación y comunicación necesarias, la capacitación del personal y el sistema de monitoreo y evaluación.

Agua, Saneamiento e Higiene.

Siendo el agua un elemento esencial para la vida humana, puede también tener efectos nocivos si sus fuentes no están libres de contaminación e infección. La niñez es el más vulnerable de todos los grupos etáreos a los efectos perjudiciales del agua no apta para el consumo, la insuficiencia de agua, la falta de higiene y el saneamiento deficiente. La falta de agua potable, de saneamiento y de una

higiene adecuada se relaciona con las principales causas de mortalidad entre la población menor de cinco años: enfermedades diarreicas, neumonía, trastornos neonatales y desnutrición. El agua no apta para el consumo, la falta de disponibilidad de agua suficiente para la higiene personal y la ausencia de servicios de saneamiento son factores que, en conjunto, contribuyen a más o menos el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas⁴⁹. La cobertura general de agua potable aumentó de un 83% en 1990 a un 91% en 2004 y la cobertura de saneamiento aumentó de un 68% a un 77% entre 1992 y 2004⁵⁰. Sin embargo, en la Región persisten también amplias disparidades en el acceso al agua y saneamiento, relacionadas con la situación social y económica. Entre las poblaciones indígenas y afro descendientes el nivel de los servicios es mucho más bajo, así como en las zonas urbanas pobres y las áreas rurales. Además, cuando los desastres naturales afectan a los países, los efectos más devastadores se suceden en el abastecimiento de agua y la salud pública; siendo siempre las comunidades pobres las más afectadas. En estas situaciones de emergencia, el restablecimiento del abastecimiento de agua potable y el saneamiento mejorado es una prioridad absoluta.

Oportunidades y retos en la Región. América Latina encara el desafío común de alcanzar las metas del milenio en el 2015 y para enfrentarlo será necesario acelerar la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica. Hay preocupación de que el progreso realizado para el logro de los ODM relacionados a la salud ha sido lento, haciéndose difícil su cumplimiento

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud –OMS, Informe Mundial sobre la salud 2005.

⁵⁰ Progreso para la Infancia, Un balance sobre agua y saneamiento, UNICEF, Septiembre 2006.

si las intervenciones no priorizan a los más pobres⁵¹. De hecho catorce países de la Región (Cuadro 3) requieren intervenciones de amplia cobertura para acelerar la disminución de la prevalencia de desnutrición crónica y alcanzar los compromisos de las metas del Milenio. En comparación con otras regiones del mundo en desarrollo, los países de América Latina y el Caribe presentan una serie de ventajas comparativas que son importantes a tener en cuenta para el diseño de políticas, planes y programas:

- **Potencial de recursos.** Existe crecimiento económico y una enorme variedad de recursos naturales y biodiversidad. La mayoría de países son de ingresos medios, aún cuando el nivel de pobreza no disminuye y existe una enorme disparidad en la distribución de la riqueza, existe un potencial para asignación de recursos para combatir la desnutrición en caso se obtuviera el compromiso político efectivo.
- **Voluntad política.** Se ha gestado también la voluntad política favorable de varios gobiernos democráticos para la inversión social; así mismo se han acordado compromisos subregionales relacionados a la nutrición y salud en las instancias de integración subregionales (Comunidad Andina, SICA en Centroamérica). Además, muchos éxitos alcanzados por algunos países, con características distintas y empleando abordajes diferentes, refuerzan la visión de que la

⁵¹ Gakidou E, et al; JAMA; Improving Child Survival Through Environmental and Nutritional Interventions: The Importance of Targeting Interventions Toward the Poor, Volume 298, Number 16; 24-31, October 2007.

prioridad política explícita junto con estrategias y lineamientos claros, hacen contribuciones dramáticas a este esfuerzo.

- **Condiciones sociales favorables.** Existe una tradición participativa derivada de culturas nativas particularmente en los altiplanos de la cordillera de los Andes en Centro y Sudamérica; redes de organizaciones populares con alta participación de la mujer; progresos en el enfoque de derechos y en la equidad de género. Muchos de los factores que llevan al crecimiento saludable de la niñez dependen de las circunstancias, conocimiento y conductas de familias individuales y comunidades.
- **Recursos técnicos.** La mayor parte de los países tienen experiencia y recurso humano bien preparado para la ejecución de planes y programas de impacto nutricional, el reto es, sin embargo, integrar estos esfuerzos y focalizarlos en las poblaciones de mayor riesgo. Entre los ejemplos de programas sectoriales exitosos con impacto nutricional están: control pionero a nivel mundial de las deficiencias de yodo, alcanzado y mantenido en la Región durante casi dos décadas; progreso notable en la promoción de la lactancia materna exclusiva y de los establecimientos y hospitales amigos de la niñez. La Región es líder del mundo en desarrollo en la erradicación de la viruela, de la poliomielitis y del sarampión; cuenta con amplia experiencia en la fortificación de alimentos con micronutrientes que tiene mayor sostenibilidad que la simple suplementación. Las coberturas de salud,

educación, agua y saneamiento están mejorando en la mayor parte de los países.

Al lado de estas oportunidades existen otros retos que afronta la región:

- **Inequidad en el crecimiento económico.** El crecimiento económico actual no cubre ni social ni geográficamente a toda la población y los mecanismos redistributivos aún no logran compensar estas inequidades, por ello las exclusiones sociales tienden a agudizarse en algunos países. Es necesario hacer notar que en la Región, la inequidad también se incrementa en las áreas rurales, en donde la niñez es 2.6 veces más probable que padezca de bajo peso que en las áreas urbanas. Sin embargo, el crecimiento económico puede y generalmente contribuye a la nutrición infantil, pero esta condición no es automática y muchos logros se han alcanzado en ausencia de este crecimiento.
- **Inversión pública dedicada a la recuperación.** El grueso de la inversión pública de la Región está aún dedicada a recuperar los efectos de la desnutrición y del complejo de enfermedades asociadas. Se requiere revertir esta tendencia para dedicar más recursos a las actividades preventivas y promocionales de la nutrición infantil y materna.
- **Debilidad institucional.** En muchos países los servicios sociales del Estado son aún débiles sobre todo en las áreas de mayor riesgo nutricional (la frecuente rotación de personal en todos los niveles, afecta también a largo plazo la continuidad y eficacia de los programas relacionados a la nutrición infantil).

- **Desprotección de la mujer.** La mujer en los sectores populares vive aún en estado de desprotección legal y laboral. Debido a la aún extendida irresponsabilidad paterna, más de un tercio de los hogares en muchos países son dirigidos por mujeres solas, el acceso a la justicia para reclamar reconocimiento legal y la manutención para sus hijos es aún muy limitado. La madre adolescente suma a estos factores la discriminación y la falta de oportunidades educativas y laborales.
- **Migración.** La migración externa o interna del padre produce desintegración familiar dejando sola a la madre con la responsabilidad de los hijos. Las remesas familiares del exterior compensan aparentemente este problema, sin embargo, muchas veces y por falta de orientación y educación, este ingreso no redundo en una mejora de la nutrición infantil⁵².
- **Los procesos de urbanización.** El porcentaje de la población urbana en la Región pasó de 57% en 1970 a 77% en el año 2000, Ello ha facilitado el acceso a la información, al empleo y a los servicios básicos, incluyendo salud reproductiva, y ha facilitado el mejor cuidado de la niñez y contribuido a disminuir las tasas de desnutrición. Sin embargo, además de los otros problemas sociales causados por los procesos de urbanización acelerada, es en las ciudades que se da con mayor fuerza el fenómeno de la transición nutricional (25), donde desnutrición y sobrepeso y obesidad son las dos caras de una misma moneda, llamada mala nutrición.

III. LECCIONES APRENDIDAS

Factores claves en la disminución de la prevalencia de la desnutrición en la Región. Varios de los factores que producen niñez salubre y con crecimiento adecuado dependen de las circunstancias, conocimientos y conductas de las familias individuales y las comunidades. Existen un gran número de experiencias nacionales y locales que abordan la desnutrición; sin embargo, los datos históricos de la desnutrición son débiles por lo que no han impactado la decisión política tanto como con la mortalidad infantil⁵³. Muchos países en la Región han sido capaces de reducir significativamente estas tasas. Entre ellos encontramos a Chile, que fue capaz de reducir la desnutrición de 37% a 2.4% entre 1960 y 2004. Empezando en los 60s Chile principió a rediseñar su infraestructura de salud, que proveía la estructura para las intervenciones de salud y nutrición. Las intervenciones clave incluían leche gratis para la niñez, inmunizaciones, educación en salud y nutrición y la promoción de la lactancia materna. La creación de la sensibilidad ciudadana en nutrición y salud fue el elemento más importante en el éxito alcanzado, junto con la colaboración activa entre políticos, comunidad académica y organizaciones locales. Chile ha mantenido su compromiso e interés en nutrición.

⁵² Leon M, and Younger SD; Transfer payments mothers' income and child health in Ecuador; Journal of development Studies, Vol 43, Issue 6; August 2007.

⁵³ ECHUI, World Food Programme and UNICEF, 2006, pag 19.

Las mejoras han sido mantenidas a pesar de numerosas crisis políticas y económicas durante ese tiempo. El otro ejemplo de la Región es Brasil que ha disminuido la desnutrición en la niñez en un 67% en treinta años (de 1970 al 2000); resultados similares se lograron en mortalidad infantil⁵⁴. Mejoras en el acceso a los servicios básicos (saneamiento, cuidados de salud y educación) se introdujeron durante ese mismo período. En la región noreste de Brasil la prevalencia de desnutrición era más de tres veces la de otras regiones; un poderoso movimiento de la sociedad civil que demandaba terminar con el hambre motivó un programa de salud familiar que ha contribuido con la reducción de las tasas de la mortalidad infantil⁵⁵.

- **Desarrollo de políticas públicas y programas sostenibles**, sustentados en un compromiso de Estado expresado en la implementación de políticas, planes y programas de nutrición y alimentación de largo plazo, debidamente financiados y con fuerte participación y control social. Esto no solamente en los niveles macro, sino también meso y local, tanto para la aplicación de aspectos normativos así como en la mejor utilización de las instalaciones y recursos ya existentes. En general, puede afirmarse que no existen países donde no se hayan elaborado planes y programas nacionales de nutrición y/o seguridad alimentaria. Sin embargo, aún en pocos países estas políticas o planes han tenido impacto. En los casos positivos, su implementación consideró enfoques integrados, la focalización fue adecuada, existió compromiso sostenido de actores políticos y sociales y los plazos de ejecución incluyeron varios períodos de gobierno. En la mayoría de casos negativos los planes nacionales tuvieron escaso apoyo político y social; las intervenciones priorizaron – o se limitaron, a la distribución de alimentos (“sesgo alimentarista”), su focalización fue deficiente, sus costos no estuvieron debidamente sustentados en el largo plazo, o entraron en círculos viciosos de “planificación por la planificación”, lo cual condujo a excesos de detalle (microgestión), rigidización de los planes y parálisis de los programas.
- **Acceso mejorado y utilización de servicios públicos integrados**. Esto implica la coincidencia y focalización integrada de servicios públicos relacionados al combate de la desnutrición. Entre ellos, servicios de salud de calidad para la gestante y la niñez para prevenir y curar las enfermedades que causan deterioro del crecimiento y desarrollo infantil (12), el control del crecimiento y desarrollo, la salud reproductiva de la mujer, el acceso al agua segura, higiene y saneamiento en el hogar, la estimulación temprana, educación inicial y la debida protección social y legal de la madre y de la niñez. En este sentido destacan los esfuerzos de integración realizados por el sector salud alrededor de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y la adecuación cultural de servicios implementados en comunidades indígenas y afro descendientes.
- **Cuidado familiar y comunitario adecuado del niño**, como resultado de cambios de comportamiento y conductas ligados a un mayor acceso a la información y educación. El conocimiento de las madres y el entorno familiar favorable es gravitante en la nutrición infantil, así mismo la participación activa de la comunidad en la vigilancia nutricional y la gestión local de los programas. Existe evidencia en la Región de la relación entre las prácticas familiares de alimentación y crianza y el

⁵⁴ Monteiro CA, D’A Benicio R, Lunas N, Gouveia J, Taddei and Cardoso M. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989.

⁵⁵ SCN: <http://www.unsystem.org/SCN/archives/rwns94update/ch06.htm>

estado nutricional de la niñez, especialmente después del primer año de vida (21). Un ejemplo positivo es el notable incremento de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en casi todos los países y la introducción de la estimulación temprana a nivel familiar, con calidad y cobertura cada vez mayores. Los principales obstáculos son representados por el analfabetismo y los bajos niveles educativos de las mujeres en las áreas de más alta prevalencia de desnutrición, a los que se suman las brechas culturales en las áreas indígenas y afro descendientes. A pesar del demostrado impacto en la salud de la niñez, esfuerzos integrados para proporcionar un conjunto de intervenciones encaminadas a combatir el hambre y la desnutrición de la niñez, no se han llevado a cabo más allá de “pruebas piloto” en la mayor parte de áreas geográficas afectadas.

- **Empoderamiento y participación de la mujer.** La igualdad entre los géneros permite avanzar en la causa de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. Las mujeres sanas, instruidas y con poder, tienen más posibilidades de criar hijas e hijos sanos, educados y seguros de sí mismos. Cuando las mujeres son capaces de controlar sus propias vidas (autonomía de la mujer) y participar en la toma de decisiones que les afectan a ellas y a sus familias, se relaciona con una mejora en la nutrición infantil. Según el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria⁵⁶, existe un vínculo claro entre las diferencias regionales de la situación alimentaria infantil y el poder de la mujer en la toma de decisiones, que ha incrementado la demanda de servicios básicos (salud, educación, agua potable, saneamiento, etc.); ha mejorado los niveles de conocimiento en las prácticas de cuidado de la niña y del niño, el uso de métodos de planificación familiar, las condiciones de empleo e ingresos de las mujeres y ha resultado en un mejor control de los recursos familiares a favor de la niñez (25).

Elementos esenciales para obtener impacto nutricional. El hecho de que la desnutrición esté concentrada en áreas identificadas, ilustra la posibilidad para un abordaje efectivo y eficiente. Los abordajes nacionales para resolver el problema del hambre y la desnutrición necesitan identificar la extensión y la severidad. Países con altos niveles de desnutrición tienen el reto de resaltar las causas subyacentes macro-económicas, políticas y culturales que contribuyen a la generalización de la desnutrición, mientras que, simultáneamente y consistente con la Convención Sobre los Derechos del Niño y los abordajes en base a necesidades, pongan especial atención a las áreas geográficas y grupos poblacionales más severamente afectados:

- Un marco conceptual multicausal consensuado entre los actores gubernamentales, institucionales y sociales, utilizado para el análisis causal del problema nutricional, la definición de objetivos y metas y la identificación de las intervenciones prioritarias en los diferentes contextos.
- Priorización del enfoque preventivo de la desnutrición sobre el recuperativo.
- Fortalecimiento de capacidades institucionales a nivel nacional y local aunada a la conformación de una “masa crítica” de recursos humanos en nutrición.
- Institucionalización y optimización permanente de la participación de la sociedad civil y el sector privado a nivel nacional y local.
- La promoción del crecimiento y desarrollo infantil como eje integrador y propósito de los programas.
- Focalización y concentración de intervenciones en mujeres gestantes y lactantes y niñas y niños menores de dos años de edad.

⁵⁶ Estado Mundial de la Infancia 2007, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2006.

- Educación para el cambio de comportamiento y educación sanitaria y nutricional centradas en el mejoramiento del cuidado familiar y comunitario de la niñez, que incluye pautas de crianza positivas, hábitos alimentarios adecuados, higiene del hogar, auto cuidado de la salud y la estimulación temprana del desarrollo psicomotor y mental infantil.
- Control de deficiencias de vitaminas y minerales más importantes. Ampliación de cobertura de las intervenciones para controlar la anemia por deficiencia de hierro y la hipovitaminosis A. Mantenimiento y control de calidad de los programas de yodación de la sal asociado a programas de suplementación con zinc.
- Estrategias locales para lograr la oferta integrada y accesible de servicios con intervenciones simultáneas en: salud infantil y de la mujer, agua potable y saneamiento básico, promoción y protección de los derechos de la niñez, las mujeres y los pueblos indígenas y afro descendientes; educación de la niña y la mujer y fortalecimiento de la seguridad alimentaria familiar.
- Evaluación y monitoreo sistemáticos, utilizando la información producida para mejores decisiones y la abogacía a nivel nacional y local. La generación de conocimiento es esencial como evidencia del progreso en el alcance de las metas y como orientación de las acciones con mayor eficacia.

Actividades de cooperación de mayor eficacia en los programas exitosos. En general, los donantes necesitan basar su apoyo en socios nacionales a través de estrategias de desarrollo local en instituciones; y procedimientos que aseguren que las acciones son armonizadas, transparentes y colectivamente efectivas. Se motiva a que existan mecanismos multisectoriales coordinados bajo el liderazgo de los gobiernos; estos mecanismos deben participar de la planificación, coordinación y monitoreo de las actividades.

- Sensibilización de todos los actores institucionales y sociales sobre el problema nutricional para obtener voluntad política y movilización social sostenidos.
- Promoción de políticas e inversión pública para la infancia, el combate a la pobreza y la seguridad alimentaria. Aplicación del enfoque de derechos que permita sustentar en estas políticas la responsabilidad de los garantes de derechos, como el Estado e instituciones públicas, así como la participación y auditoría de los sujetos de derecho, como la comunidad, las madres y la propia niñez.
- Apoyo a la identificación, desarrollo, evaluación, divulgación y expansión, conjuntamente con los gobiernos nacionales y locales de programas y procesos exitosos. Fortalecer la cooperación horizontal en el ámbito de las subregiones andina, centroamericana y caribeña.
- Apoyo al desarrollo de sistemas de información nutricional para la identificación en cada país de áreas prioritarias (geográficas y poblacionales) para la acción.
- Potenciamiento de las intervenciones integradas sobre causas inmediatas y subyacentes del problema nutricional desde la perspectiva de la familia y los servicios locales. En particular, en la salud, cuidado del niño, educación, higiene, prácticas saludables, vitaminas y minerales (hierro, vitamina A, yodo, zinc), y estimulación temprana.
- Introducción de innovaciones altamente costo-efectivas y basadas en la evidencia, como la suplementación con múltiples micronutrientes para niñas y niños y mujeres embarazadas (Sprinkles o chispitas).
- Construcción sobre lo que ya existe en los países, identificando los cuellos de botella que impiden el avance de los procesos y programas para ayudar a

resolverlos. Mantener la cooperación simple, concreta, práctica y con resultados verificables.

- Cooperación técnica coordinada a nivel interagencial con activo intercambio horizontal y complementación de expertajes y experiencias. Promoción de alianzas y programas conjuntos entre agencias de Naciones Unidas, ONGs, cooperaciones bilaterales, organizaciones con base en la fé, sector privado y empresarial.
- Apoyo a los países para enfrentar los problemas derivados de la transición nutricional, incluyendo la focalización cuidadosa de los programas de distribución de alimentos sólo en las áreas geográficas y momentos en que sea estrictamente necesarios.

Pobreza y desnutrición infantil. En la Región existe una estrecha relación entre pobreza y desnutrición infantil pero ésta no es lineal; a niveles similares de pobreza se constatan prevalencias distintas de desnutrición. La evidencia demuestra también que es posible reducir la desnutrición infantil a pesar de la pobreza(25), así durante las tres décadas pasadas la disminución de la desnutrición infantil no fue acompañada de una reducción similar de la pobreza. La prevalencia de desnutrición global en el grupo de bajos ingresos disminuyó de 47% en 1970 a 16% en el año 2005. Es decir, que la probabilidad de un niño a ser desnutrido en una familia de bajos ingresos ha disminuido notablemente en los últimos treinta años. Sin embargo, también es evidente el efecto negativo de las políticas económicas de ajuste: al aumentar la pobreza se produce un aumento de la prevalencia de niñas y niños de bajo peso al nacer, un aumento de la desnutrición global y aguda y de las tasas de mortalidad infantil. Éste fue el caso del nordeste brasilero durante el período de 1982-84(22) y de Venezuela y Jamaica durante los años noventa.

Lo expuesto implica que las estrategias para combatir la pobreza y la desnutrición no son necesariamente idénticas pero deben ser complementarias. Una estrategia para combatir la desnutrición ayudará a combatir la pobreza, igualmente una estrategia para aliviar la pobreza también ayudará a combatir la desnutrición; ambas estrategias son necesarias. Esto significa que existe una ventana muy importante de oportunidad: no es necesario esperar a que disminuya la pobreza para que se reduzca la desnutrición. Incluso en países donde no ha sido posible aliviar la pobreza, sigue siendo factible combatir con efectividad la desnutrición crónica.

Seguridad alimentaria y desnutrición infantil. En la Región, el componente más importante de la inseguridad alimentaria a nivel familiar no es la carencia física del alimento (tal como en Africa y Asia), ya que la producción de alimentos en América Latina excede en un 30% a sus necesidades básicas (26); sin embargo, 53 millones de personas (de los cuales más de 9 millones son niñas y niños) están subnutridas. El escaso acceso económico al alimento (canasta básica) por el 44% más pobre de la población es la causa principal de la inseguridad alimentaria. Se ha demostrado que aún un cambio ligero en la seguridad alimentaria afecta el desarrollo y el potencial de aprendizaje en la niñez⁵⁷. Este factor no ha sido mejorado porque la pobreza no ha disminuido, debido a las enormes disparidades existentes en la distribución de la riqueza; tampoco las políticas y programas dirigidos a la seguridad alimentaria a nivel nacional han logrado garantizar el acceso a los alimentos en el ámbito familiar. Además, los bienes del hogar y la producción de alimentos son intervenciones efectivas en aumentar la disponibilidad de alimentos adecuados y apropiados para el crecimiento de la niñez. Buenas prácticas en el hogar a través de

⁵⁷ Gakidou E, et al; JAMA: Improving Child Survival Through Environmental and Nutritional Interventions Toward the Poor, Vol 298, Number 16; 24-31, October 2007.s

seguridad alimentaria incluyen la producción diversificada en el hogar (con énfasis en productos ricos en nutrientes y vitaminas)⁵⁸ y procesar alimentos para preservarlos y preparar alimentos enriquecidos para la niñez. Las transferencias monetarias a hogares han demostrado que tienen un impacto en la nutrición (tanto en el crecimiento como en la reducción de cortedad de talla⁵⁹). Estas intervenciones se necesitan en situaciones específicas y en formas localmente apropiadas para asegurar acceso a nutrientes básicos. Estas formas de protección social ya existen en muchos países de la Región pero deben ser llevadas a gran escala o apoyadas a través de medidas de fortalecimiento de capacidades locales, lo cual cobra mayor importancia cuando se incluye a la niñez huérfana y vulnerable sin apoyo familiar.

Entretanto, el desarrollo productivo del agro aún implica en la Región el riesgo de reducir la capacidad de los pobres rurales para producir sus alimentos de consumo, sin proveerles de oportunidades de ingresos para adquirirlos. Una estrategia compensatoria ha sido los programas de distribución de alimentos. Estos representaron una inversión considerable en la Región, pero su implementación e impacto dejó mucho que desear en términos de focalización, transparencia y gestión. Una gran proporción del alimento distribuido no llegó jamás a las niñas, los niños y madres que merecían atención prioritaria. No existe evidencia de que estos programas hayan logrado disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica.

El concepto integrado de **Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)** ayuda a ligar los aspectos productivos y de acceso a alimentos y al impacto positivo sobre la nutrición infantil. En tal sentido y considerando la frecuente dispersión intrafamiliar de alimentos subsidiados que desfavorece a los más vulnerables dentro del hogar, en la Región se han desarrollado alimentos específicos para fortalecer la alimentación complementaria a la leche materna de los menores de tres años, extendiéndose sus usos a las madres gestantes y lactantes. Cuando se conceptualiza el desarrollo inadecuado de la niñez como una manifestación de injusticia, ayuda a objetivizar los dos marcos esenciales para abordar la inseguridad alimentaria y el desarrollo de la niñez, que son: el abordaje de capacidades y el marco de derechos humanos.

Los alimentos terapéuticos, como se conocen estos alimentos específicos, se requieren para abordar la desnutrición severa de la niñez en las instituciones y en la comunidad. Aproximadamente 80% de la niñez con desnutrición severa puede ser tratada en casa con estos alimentos terapéuticos. La mayoría de ellos están concebidos para cubrir entre el 30 y el 50 % de los requerimientos en calorías y proteínas y entre el 50 al 100% de micronutrientes (Cuadro 5). Los casos exitosos de impacto nutricional han sido en aquellos países en donde su distribución estuvo acompañada de intervenciones integradas y ejecutadas sostenidamente en períodos que trascendieron a más de una década. Otra experiencia positiva, relacionada al combate a la pobreza rural, ha sido ligar la producción de estos alimentos complementarios a productos agropecuarios de pequeños y medianos agricultores.

⁵⁸ Maxwell D, Levin C, Csete J, Coes urban agriculture help prevent malnutrition? Evidence from Kampala. Food Policy 1998;23:411-24.

⁵⁹ Sridar, Devi and Duffield, Arabella. "A review of the impact of cash transfer programmes on child nutritional status and some implications for Save the Children UK Programmes", October 2006.

Cuadro 5
Composición nutricional de alimentos complementarios según porción diaria en América Latina

Pais	Producto	Porcion	Kcal	CH	Prot	Lip	Fibra
Argentina	BB´S cereal	25	95,50	18,90	2,75	0,95	0,29
	BB´S postre	50	190,30	39,30	7,20	0,51	0,02
	Leche en polvo	25	122,50	9,50	6,50	6,50	
Chile	Leche Purita Fortificada	20	99,20	7,90	5,20	5,20	
	Mi Sopita	50	205,50	28,50	6,00	7,50	2,00
	Purita Cereal	20	88,40	10,60	3,40	3,60	0,30
Colombia	Bienestarina	30	108,00	18,90	6,30	0,90	0,39
	Galletas fortificadas	40	178,00	30,28	2,56	5,24	
	Leche fortificada	200	120,00	10,00	6,00	6,00	
Cuba	Leche evaporada	250	142,50	11,35	7,50	7,50	
Ecuador	Mi Papilla	65	260,00	43,48	10,40	6,50	1,30
El Salvador	Bienestarina	20	87,80		4,20	1,12	0,46
Guatemala	Incaparina	19	60,80	12,35	2,85		
	Vitacereal	120	512,40	74,04	19,69	9,54	4,82
Honduras	Harina CSB	115	437,00	69,00	20,70	6,90	
	Papilla CSB	115	437,00	69,00	20,70	6,90	
Jamaica	Lasco, Lasoy Milk Free	30	150,00	110,01	8,01	8,01	
	Nestum Wheat with Milk	40	209,50	34,50	7,75	4,50	0,60
Mexico	Leche fortificada Tenutre	500	287,00	23,00	15,00	15,00	
	Papilla Nutrisano	44	85,36	12,27	2,55	2,90	
Nicaragua	Cereal CSB	112	425,60	67,20	20,16	6,72	
Panama	Nutricereal	30	105,00	19,80	3,60	3,60	0,60
Peru	Papilla INCAMIX	110	440,00	83,60	15,40	5,50	
	Papilla PACFO	90	382,50	57,60	11,70	11,70	
Dominican Rep.	Leche	225		80,55	60,97	59,62	
Falta info: Cuba: puré de frutas, El Sal: Soyavín, Haití: AK1000, Nica: Papilla, Bolivia: Nutribebé							

Fuente: Análisis situacional de alimentos complementarios fortificados para niñez de 6 a 36 meses en América Latina y El Caribe, 2005. UNICEF

Hay que recordar que, aunque eventualmente necesarios, estos alimentos complementarios no son suficientes para asegurar el crecimiento y desarrollo de niñas y niños. De acuerdo con el marco conceptual de UNICEF, ellos solo inciden en uno de los tres factores subyacentes a una buena nutrición: alimentación, cuidado y salud, que tienen que actuar de manera conjunta y simultánea.

La coordinación interagencial es fundamental para lograr la potenciación de la cooperación internacional en cada país. Su inexistencia por el contrario dispersa los esfuerzos y debilita la agenda de la infancia. Por virtud de su creación y/o participación en muchos de los esfuerzos globales y su presencia a través de programas de cooperación en los países, el SNU tiene un papel único que jugar en la movilización y concentración de las capacidades globales y la atención que se le debe dar al hambre y a la desnutrición infantil. Tiene

tanto la responsabilidad y la capacidad de apoyar a los países a monitorear el progreso como a concentrar su atención en las tendencias que empeoran en los países más severamente afectados. Además, el SNU tiene un rol particular en apoyar a los países en los que hay pocos datos para dar seguimiento al avance.

El tema de la nutrición infantil ha generado múltiples iniciativas globales y regionales de las agencias del SNU, no necesariamente coordinadas en la Región.

Hacia el futuro la coordinación de las agencias del SNU en el tema nutricional y alimentario, debe insertarse en las acciones de coherencia del sistema y el marco del UNDAF en cada país. Para ello se requiere de una concertación de las Oficinas Regionales sobre el tema de la desnutrición crónica infantil para armonizar las iniciativas actuales. El mecanismo debe establecer claramente los roles y espacios de cooperación de

cada agencia, para poder avanzar de manera sinérgica en cada país. Dentro de los elementos del SNU que a nivel de país pueden resaltar el tema del hambre y la desnutrición infantil se encuentran:

Coordinador Residente: quien junto con los otros miembros del Sistema, puede movilizar esfuerzos para promover acciones que aborden el tema del hambre y la desnutrición infantil en la agenda política nacional.

Análisis Común de País (CCA): este instrumento permite promover el trabajo analítico (incluyendo apreciación y análisis causal) en el hambre y la desnutrición de la niñez.

Marco del UNDAF: promueve la colaboración en estos temas con la identificación de prioridades sugeridas por el Marco Nacional Programático.

Estrategias para la Reducción de la Pobreza: permiten concentrarse en marcos políticos desarrollados a nivel nacional en el contexto del hambre y la desnutrición de la niñez.

Grupo Temático de Hambre y Nutrición: permite movilizar a otros interesados en la temática.

Esfuerzos Nacionales y Locales: pueden fortalecer los sistemas de monitoreo a través de esfuerzos coordinados con el SNU.

Además de UNICEF, son tres las agencias del SNU con mayor relación al tema nutricional: PMA, OMS/OPS y FAO. El Programa Mundial de Alimentos está orientando su esfuerzo principal a las emergencias y al combate de la desnutrición crónica infantil en nuestra Región. Para ello está reorientado sus programas de asistencia alimentaria hacia la madre y el menor de tres años de edad así como ampliando su campo de cooperación, aportando, además, su amplia experiencia en logística y en sistemas para detectar inseguridad alimentaria.

La OMS/OPS además de aportar con su experiencia en salud y nutrición materno-infantil, es la agencia líder en monitoreo del crecimiento. Al respecto, está apoyando la adopción de los nuevos estándares internacionales. La FAO lidera el importante tema de la seguridad y soberanía alimentaria, sus relaciones con el sector agrícola y las políticas de acceso a la alimentación, hacen imprescindible su integración plena a la lucha contra la desnutrición infantil. Esta coordinación interagencial, que incluye también a las agencias bilaterales y bancos de desarrollo, debe darse y formalizarse naturalmente en el marco de los planes y programas nacionales.

A nivel operativo destacan por su extensión tres iniciativas de las agencias del SNU; todas ellas tienen origen regional y son apoyadas por FAO, PMA y OPS/INCAP respectivamente; **América Latina sin Hambre al 2025** es una iniciativa de Brasil y Guatemala y está siendo implementada en 10 países latinoamericanos, es apoyada por la FAO y enfatiza planes nacionales de seguridad alimentaria. La **Erradicación de la Desnutrición Infantil** en América Latina cuenta con el apoyo del PMA y el BID y está generando Planes Nacionales para la Reducción de la Desnutrición Crónica en seis países de Centroamérica y en República Dominicana. La **Estrategia Regional de Nutrición en la Salud y el Desarrollo** es una iniciativa de la OPS y el INCAP y apoya en todos los países de la Región el desarrollo de políticas macro dirigidas a la nutrición, el fortalecimiento del recurso humano, gestión del conocimiento, la conformación de alianzas y un foro regional en la alimentación y nutrición.

A nivel global la iniciativa **ECHUI (Ending Child Hunger and Undernutrition)** integra recientemente los esfuerzos de UNICEF con el PMA; está prevista la incorporación de otras agencias. Los cuadros 6 y 7 muestran las áreas de

cooperación actual de cada una de las agencias del SNU así como de agencias

bilaterales y bancos de desarrollo.

Cuadro 6
Áreas focales en nutrición entre agencias del Sistema de Naciones Unidas

Agencias	Monitoreo del crecimiento	Salud Materno-infantil	Alimentación complementaria	Política alimentaria/ desarrollo rural	Micro-nutrientes
UNICEF	X	X	X		X
PMA			X		X
OMS/OPS	X	X	X		X
FAO				X	
FNUAP		X			
PNUD				X	

Fuente: adaptado de Repositioning Nutrition as Central to Development. World Bank 2006

Cuadro 7
Áreas focales en nutrición entre agencias bilaterales, privadas y bancos de desarrollo

Tipo	Organización	Monitoreo del crecimiento	Micro-nutrientes	Política alimentaria/ desarrollo rural	Salud y nutrición Materno-Infantil
Bancos de desarrollo	Banco Mundial	X	X	X	X
	ADB	X		X	X
Agencias bilaterales	DFID			X	
	SIDA			X	
	CIDA		X		X
	USAID	X		X	X
	BMZ			X	
	GTZ			X	
	DANIDA				X
	JICA			X	
Consortios Públicos y Privados	GAIN		X		
	WABA				X
Sector privado	Manoff group		X		X
ONGs	AED			X	X
	HKI		X	X	
	MI		X		
	MOST		X		
	CARE	X		X	X
	La Leche League				X
	AKF				X
Agencias Gubernamentales	CDC		X		X

Fuente: Repositioning Nutrition as Central to Development. World Bank 2006

IV. PRINCIPIOS

Los lineamientos estratégicos se basan en el siguiente conjunto de principios que orientan sus acciones:

- **Enfoque de derechos y equidad de género**
- **Marco conceptual multicausal**
- **Ciclo de vida**
- **Intervenciones integradas basadas en evidencia**
- **Desarrollo de capacidades institucionales y humanas**
- **Asociación y alianzas para la cooperación**

Enfoque de derechos y equidad de género. El abordaje e implementación de estrategias basadas en los derechos de la niñez y la equidad de género, ayudará a mejorar y a darle sostenibilidad a los resultados de los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza y alcanzar los ODM, a través de la sensibilización, compromiso a largo plazo, recursos y asistencia de todas las fuentes posibles para los grupos más pobres, más vulnerables, excluidos, discriminados y marginalizados. Adicionalmente este enfoque apoya a los Estados Miembro en los esfuerzos para lograr el cumplimiento de provisiones clave de la Convención Sobre los Derechos del Niño⁶⁰. La desnutrición infantil constituye una violación de los derechos a la vida, al desarrollo, a la nutrición y a la alimentación de la infancia. Por ello el enfoque de derechos debe ser el sustento natural de todas las acciones de abogacía, sensibilización y movilización de recursos. Los derechos de la infancia han sido establecidos a nivel global por la Convención Sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de la ONU y ratificada por la inmensa mayoría de los países del planeta, a nivel de la legislación de cada país. Estos principios ya han sido incorporados en textos constitucionales o en leyes específicas.

Debe considerarse que para el debido cumplimiento de cada derecho debe existir siempre un garante y un sujeto del derecho. El Estado es el principal garante del derecho a la alimentación y nutrición infantil, así mismo el sujeto de derechos es en este caso el entorno familiar y comunitario de la niña y del niño. Por lo tanto, se debe contribuir al empoderamiento de los padres, cuidadores, mujeres, familias y sociedad civil para que conviertan a los Estados en ese garante de la calidad de los servicios y recursos disponibles para la niñez. Ambos roles deben complementarse, el estado asumiendo su responsabilidad de garante en la definición e implementación de políticas y programas y la comunidad y familia participando y verificando su cumplimiento.

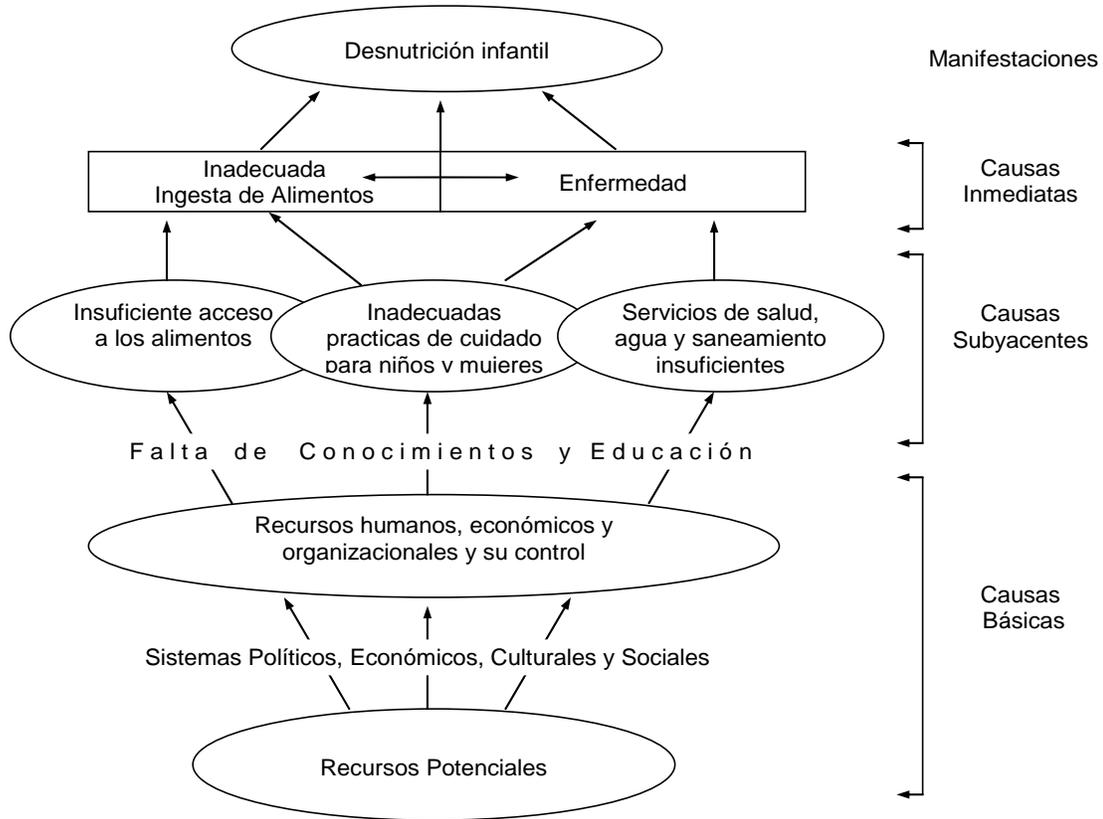
La programación orientada por derechos obliga al desarrollo de políticas de estado debidamente financiadas y sustentadas, con marcos legales específicos que aseguran su sostenibilidad y al establecimiento de mecanismos de auditoría social. A nivel programático incorpora el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la gestión por resultados.

Marco conceptual multicausal. En 1989, la Junta Ejecutiva de UNICEF aprobó una estrategia de acción en nutrición que, reconocía el origen multicausal del problema nutricional y esta se basaba en un marco conceptual que categorizaba los factores causales en inmediatos, subyacentes y básicos o estructurales. Desde ese entonces, el “Marco conceptual de UNICEF”, ideado por Urban Johnson, ha ido cobrando más y más vigencia y, gracias a su simplicidad y utilidad práctica como instrumento de análisis y programación, actualmente es universalmente aceptado y aparece, con algunas modificaciones y ajustes, en una cantidad de documentos estratégicos y académicos sobre nutrición, tanto de

⁶⁰ Convención sobre los derechos de los niños, Artículo 24.

agencias de cooperación como de (Gráfica 2).
gobiernos e instituciones académicas

Gráfica 2
Marco Conceptual de la desnutrición infantil de UNICEF



Este marco conceptual asiste en el análisis y ayuda en orientar la respuesta al problema nutricional según los diferentes niveles de causalidad y así superar el enfoque “tradicional” limitado a un solo sector o a un solo nivel, lo cual disminuía notablemente su efectividad y eficiencia. Este marco fundamentalmente evidencia que el crecimiento de la niñez es afectado o influenciado por el ambiente político, social y económico en el cual esa niña o niño viven.

Las causas del hambre y desnutrición de la niñez son predecibles y prevenibles y pueden ser abordadas a través de medios al alcance. Medidas prácticas que abordan las causas inmediatas de la desnutrición incluyen salud, higiene y educación y promoción nutricional, enfatizando la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, tratamiento del agua en el hogar, lavado de manos con jabón, control de enfermedades parasitarias e intervenciones específicas en seguridad alimentaria y nutricional en el hogar. Estas intervenciones, cuando se efectúan sinérgicamente con medidas que aumentan la viabilidad económica de las familias y las comunidades y aumentan su capacidad de acceder servicios y alimentos básicos necesarios y usándolos efectivamente, pueden llevar a progreso acelerado y sostenido en la reducción de la desnutrición. Terminar con el

hambre y la desnutrición de la niñez requiere de la armonización altamente reactiva en una amplia variedad de temas en políticas, programas e instituciones a nivel global, nacional, distrital y comunitario. Además, requiere de grandes esfuerzos para asegurarse los vínculos sinérgicos con otros esfuerzos que van más allá de estos temas.

Así por ejemplo, las intervenciones sobre **las manifestaciones** se basan en la sensibilización y producción de información sobre el problema nutricional y sus consecuencias para estimular el compromiso político de Estado, así como la participación social en la visibilización del problema nutricional incluyendo el análisis de sus causas y la búsqueda de sus soluciones. Estas intervenciones comprenden también el desarrollo de procesos de movilización social y de recursos.

Las intervenciones en el nivel de **causas inmediatas** buscan prevenir la muerte infantil y “curar” la desnutrición, a través, por ejemplo, de programas de alimentación suplementaria (para corregir la ingesta inadecuada de alimentos) o de terapias para controlar enfermedades infecciosas, como la terapia de rehidratación oral en caso de enfermedades diarreicas agudas. Se trata de intervenciones fundamentalmente reparativas, que pueden tener un costo limitado pero carecen por completo de sostenibilidad y por lo tanto tienen que repetirse indefinidamente. Son muy útiles en situaciones de crisis o de emergencia ya que permiten lograr un impacto inmediato.

Las intervenciones a nivel de **causas subyacentes** tienen que ver con: 1) la seguridad alimentaria familiar (acceso, disponibilidad y calidad del alimento), 2) los comportamientos, conductas y prácticas de cuidado del niño y de la mujer (lactancia materna, alimentación complementaria, estimulación temprana, cuidado y alimentación de la mujer embarazada, entre otras); y 3) el acceso (utilización y calidad) de los servicios de salud, de agua, y saneamiento básico, así como el entorno saludable a nivel de la familia y comunidad. Intervenir a este nivel requiere más inversión de recursos y más tiempo, pero resulta más sostenible y deja capacidad instalada, tanto en las instituciones (servicios más eficientes y eficaces) como familiar (mejores conocimientos y prácticas).

La provisión de agua potable o la fortificación de alimentos con micronutrientes son otros buenos ejemplos de acción a este nivel.

A nivel de las **causas básicas o estructurales**, las intervenciones se orientan a mejorar el acceso y la gestión de los recursos (económicos, humanos y organizacionales). Se trata de acciones de alto costo (como los programas de reducción de la pobreza o de desarrollo productivo), de alta complejidad, pero, si logran éxito, se puede asumir que producen cambios permanentes. Dichas intervenciones incluyen la implementación de políticas públicas de Estado en el área social o productiva, el mejoramiento de la inversión social priorizada en aquellos que más la necesitan, las estrategias de lucha contra la pobreza, la relación con las políticas de seguridad alimentaria y aquellas orientadas a la educación con énfasis en la niña y la mujer.

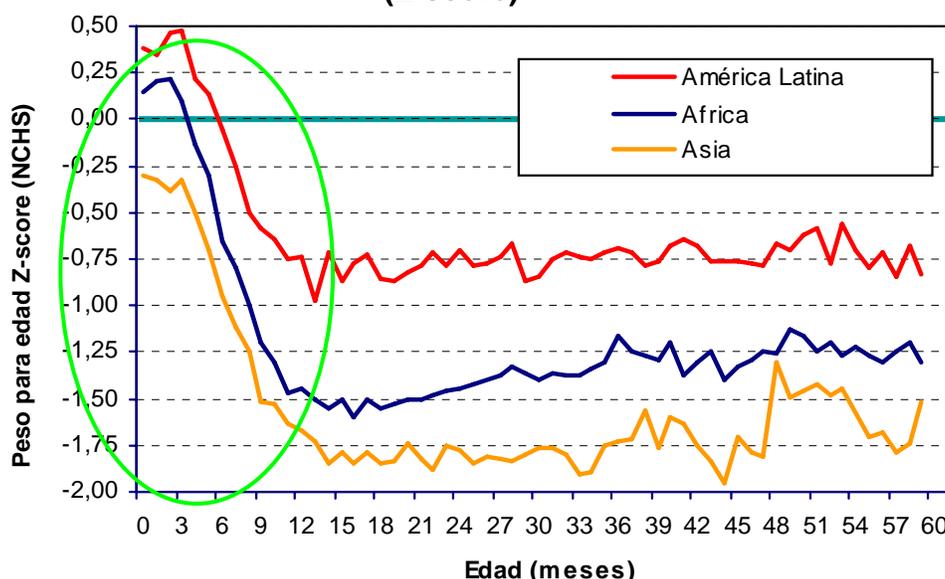
La ubicación de una intervención en un determinado nivel de causalidad tiene implicaciones importantes sobre el período necesario para obtener impacto nutricional así como para la potencial sostenibilidad de los programas y políticas. Así, de las intervenciones en el nivel inmediato se espera obtener resultados a corto plazo pero ellas son de muy baja sostenibilidad. Las intervenciones orientadas a causas subyacentes tienen impacto a mediano plazo y tienen mayor sostenibilidad que las que se dirigen solamente a las causas inmediatas. Las intervenciones en el nivel estructural son de impacto a largo plazo y pueden tener efectos duraderos o hasta permanentes.

El marco conceptual de la desnutrición puede ser aplicado en todos los ámbitos de la sociedad humana: familiar, comunitario, municipal, provincial, subnacional, nacional, regional y global para identificar las causas más importantes en cada contexto y decidir sobre las acciones a ser implementadas por los diferentes actores sociales. El marco es además muy útil para definir los contenidos de la cooperación de UNICEF, de las otras Agencias del SNU y las de otras organizaciones.

Ciclo de vida. Este principio identifica el mejor momento del ciclo vital para prevenir la desnutrición crónica y la cortedad de talla por sus implicaciones para toda la vida (mayor riesgo de obesidad e hipertensión). El concepto de cuidado continuo se debe dar a través del ciclo de vida (adolescencia, embarazo, parto, post parto y niñez) en todos los niveles que se brinde algún cuidado (hogares, comunidades, servicios generales y especializados) o alguna influencia (políticas para integración, inversión para fortalecer servicios, manejo basado en evidencia y resultados). Se deben apoyar intervenciones y prácticas en salud y nutrición basadas en la evidencia, de alto impacto y que sean aplicables ampliamente para que tengan un doble efecto, no solo en la supervivencia sino también en el crecimiento y desarrollo de la niñez. Este enfoque de ciclo de vida asegura un cuidado continuo del embarazo a la infancia.

La evidencia indica que las intervenciones deben concentrarse en el período de gestación y de los tres primeros años de vida, lapso en el que ocurre la aceleración del crecimiento físico y del desarrollo incluyendo el desarrollo cognoscitivo e intelectual (Gráfica 3). A este lapso se le denomina también la “Ventana de Oportunidad”.

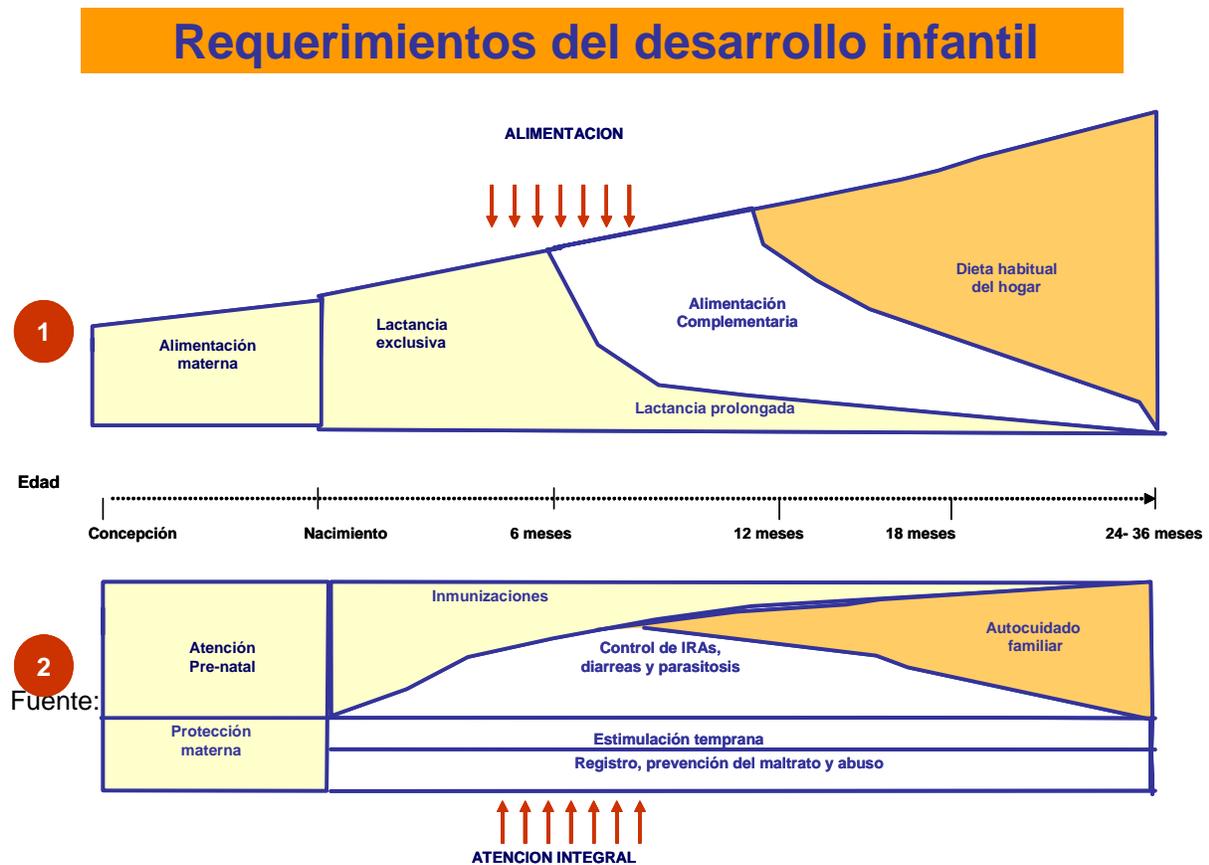
Gráfica 3
La Ventana de Oportunidad: Curvas de Peso para la Edad por Continentes (Z-score)



Fuente: Shrimpton et al (2001)

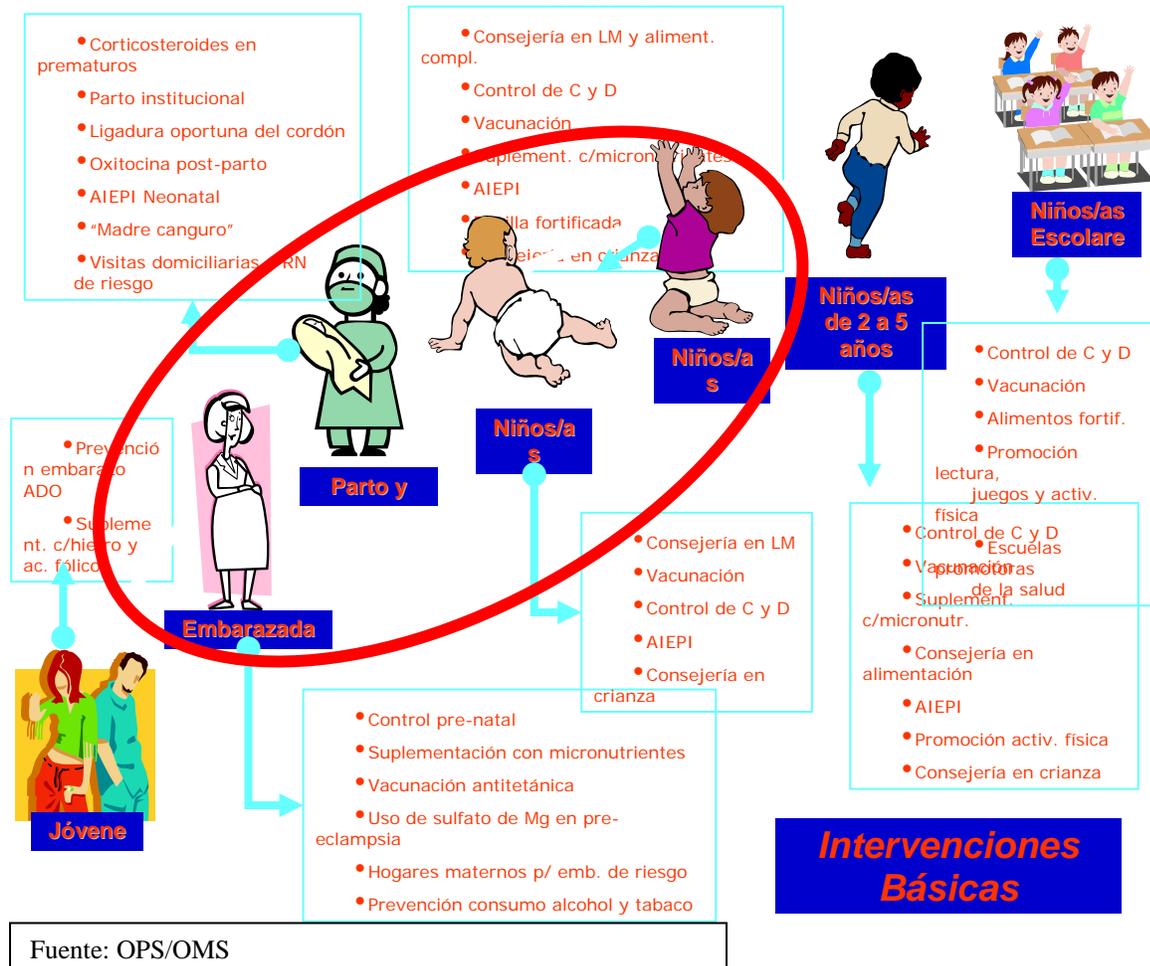
Este enfoque de ciclo vital también permite identificar los requerimientos nutricionales y de atención, así como las intervenciones necesarias para el pleno crecimiento y desarrollo infantil hasta los tres años (Gráfica 4).

Gráfica 4



Avanzando en los ciclos vitales sucesivos (Gráfica 5), se constata que en la edad escolar la alimentación y atención de salud tienen un impacto menor sobre el desarrollo infantil pues ya se ha completado el crecimiento neuronal, sin embargo, la asistencia alimentaria mejora el rendimiento en la escuela. En la adolescencia es muy importante intervenir en la educación sexual para evitar los embarazos en adolescentes que representan un alto riesgo nutricional para el niño. En el ciclo adulto la nutrición de la mujer se convierte en prioridad por su importancia en la gestación y en los primeros meses de vida del niño.

Gráfica 5



Intervenciones integradas basadas en evidencia. El conocimiento científico de cuáles intervenciones logran un impacto y cuáles no lo alcanzan ha mejorado notablemente en las últimas cuatro décadas. La definición de acciones a seguir debe basarse en dicho conocimiento para no repetir los errores previos. Este enfoque torna prioritario el monitoreo del impacto nutricional de las intervenciones, así mismo el desarrollo de investigaciones operativas y asegurar el uso de recursos disponibles más eficiente y efectivamente posible. La gestión adecuada del conocimiento existente en la Región es otra tarea asociada a este principio. Se deberá poner particular atención a identificar y promover "mejores prácticas" basadas en la evidencia y

replicadas exitosamente en diferentes sitios, así como las lecciones aprendidas que pueden ser útiles en situaciones similares.

Desarrollo de capacidades institucionales. La cooperación de UNICEF debe contribuir a la sostenibilidad de las acciones mediante la construcción coordinada de capacidades institucionales en varios sectores así como al desarrollo del andamiaje legal de la coordinación interinstitucional; así mismo, a prestar mayor atención al fortalecimiento de sistemas, estructuras y prácticas para generar y aplicar el conocimiento y las lecciones aprendidas de la experiencia de campo. Además, se debe intensificar el

apoyo a fortalecer las capacidades nacionales a nivel de capacitación en servicio, supervisión formativa y apoyo a los trabajadores comunitarios de salud. UNICEF trabaja con socios a diferentes niveles, promoviendo el reconocimiento que resultados positivos son el resultado de la interacción de todos los distintos actores.

Asociación y alianzas para la cooperación. Las diferentes intervenciones requeridas obligan a la coordinación con otras agencias de cooperación, sobre todo con las del SNU, lo cual requiere definir roles complementarios a dos niveles: el

regional y el nacional. También es necesario incluir en las alianzas a las agencias multilaterales, bilaterales, organizaciones no gubernamentales (ONGs), fundaciones privadas y los bancos de desarrollo, fortaleciendo las capacidades en las áreas programática y política con el propósito de incluir el crecimiento y desarrollo infantil. Se debe trabajar con socios a todo nivel para identificar las brechas significativas en el conocimiento relacionado a la niñez y los ODM, así como apoyar la investigación operativa para reducir esas brechas.

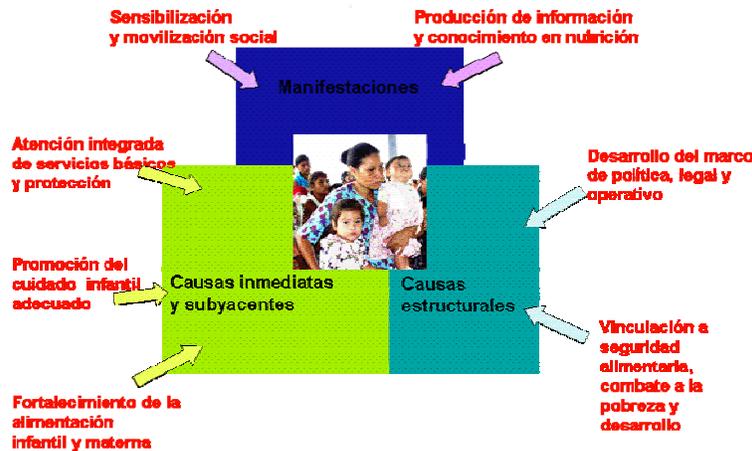
V. LINEAS DE ACCION

Las líneas de acción deben ser entendidas como criterios prácticos y flexibles que facilitan los cambios, organizan la acción y orientan la creatividad de los gestores y diferentes actores, que se cobijan debajo del paraguas del Enfoque de Derechos, como principio de este documento y sustentados en la Convención Sobre los Derechos del Niño. En general, el propósito que las guía es obtener impacto nutricional en un contexto multicausal donde el cambio, la participación y la innovación son la realidad deseable. Actualmente, el hambre y la desnutrición de la niñez reciben muy poca atención como conceptos integrales en los marcos de desarrollo nacional, aunque muchos países le están dando alta prioridad a algunos aspectos de seguridad alimentaria y nutrición en sus planes⁶¹. Disponibilidad de alimentos y nutrición son consideradas prioridades en más del 60% de las estrategias de reducción de la pobreza (ERP) revisadas y un tema menor en otro 30%.

Estas siete líneas son complementarias y se organizan de acuerdo a los principios enunciados anteriormente e incidiendo en las diferentes causalidades del problema nutricional alrededor de la madre y del menor de tres años (Gráfica 6). Estas líneas de acción se desarrollan como actividades de cooperación posibles, sugeridas en el Anexo 2.

⁶¹ World Food Programme 2006. “Child Hunger and Nutrition in Poverty Reduction Strategies. An analytical study for the Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative (ECHUI). World Food Programme, Rome, 2006.

Gráfica 6
Lineamientos regionales UNICEF: Líneas de Acción



Sensibilización y movilización social. Dentro del principio del Marco Conceptual Multicausal de UNICEF, la nutrición de la infancia debe ser un tema de interés público y de consenso natural en cada país. UNICEF tiene experiencia y credibilidad suficientes para llegar a los tomadores de decisión gubernamentales, fortaleciendo el compromiso público para combatir la desnutrición crónica. El objetivo es que la nutrición infantil figure permanentemente en la agenda política nacional. El enfoque de derechos establecido en la Convención Sobre los Derechos del Niño y los mecanismos legales establecidos en cada país, sustentan y contribuyen a este objetivo a través del derecho a entornos saludables⁶² para la infancia y la adolescencia. En este sentido, implica el acceso de la niñez y la adolescencia a servicios básicos de calidad y a un ambiente propicio que proteja la salud y estimule el desarrollo pleno de sus capacidades. A nivel de país, este marco

conceptual se debe traducir en una herramienta que promueva un panorama holístico de lo que implica asegurar un crecimiento “saludable” de la niñez: acceso a alimentos, cuidado adecuado y ambiente saludable. La movilización y apoyo de la sociedad civil dependen del nivel de información que estos manejen; para ello es útil movilizar a los medios de comunicación. Es importante aquí la difusión de información sobre el impacto negativo de la desnutrición en el desarrollo del país, región y localidad. En países en donde el hambre no es adecuadamente abordado por programas y sistemas nacionales de protección, la niñez que padece de hambre y desnutrición o está a riesgo de padecerla, debe recibir una respuesta inmediata y apoyo directo en alimentos, cuidado y control de infecciones para que pueda sobrevivir y evitarle daños permanentes. El alivio a largo plazo y la prevención del hambre y la desnutrición dependen del desarrollo institucional y la capacidad comunitaria de asegurar el crecimiento saludable de la niñez; para esto los programas necesitan fortalecer o incrementar la capacidad de respuesta institucional en medios de vida, seguridad alimentaria, educación y salud (con énfasis

⁶² Entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.

en salud materno-infantil y educación en higiene) y agua y saneamiento a través de la construcción de redes. Las redes sociales proveen el apoyo directo a las intervenciones programáticas y extienden el acceso a servicios y apoyo comunitario cuando se necesita a largo plazo.

Apoyo a la atención integrada de servicios básicos y protección.

Como parte del ciclo de vida, como otro de los principios, UNICEF tiene una vasta experiencia en cooperar para la prestación de servicios básicos a la infancia y a la madre, entre ellos la atención primaria de salud, supervivencia infantil y promoción del crecimiento y desarrollo promovidas en los 80'; así mismo en tecnologías apropiadas para desinfección del agua y saneamiento e higiene del hogar durante los 90'; posteriormente desarrolló acciones integrales mediante las estrategias de servicios básicos integrados, el cuidado materno y neonatal y la atención integrada de la primera infancia. Posiblemente la forma más importante de asistencia externa que una familia requiere para que la niñez pueda crecer adecuadamente es la "conexión" con la comunidad extendida. Esto se dice fácilmente, pero hacerlo es más difícil. Se ha demostrado una y otra vez que en una variedad de entornos esta conexión (una visita del voluntario comunitario que imparte información básica) ayuda a la identificación de la "emergencia silenciosa" de un hogar individual por la comunidad; hacer realidad esta conexión y mantenerla es más fácil cuando se tiene disponibilidad de algunos insumos. Muchas organizaciones comunitarias están incluyendo a la niñez necesitada y pudieran hacer más si estuviesen vinculadas a las fuentes de apoyo técnico, financiero e insumos; se debe tratar de vincular a todas las organizaciones interesadas para llevarlas al punto que puedan brindar un apoyo en este trabajo. El reto actual es implementar estas intervenciones, sistematizarlas e

incorporarlas integradamente a la prestación de servicios públicos y privados ubicados en las áreas de mayor prioridad. Los servicios públicos requieren así mismo de su fortalecimiento previo en recursos humanos e insumos para brindar esta atención básica integrada, ya que el déficit de acceso adecuado a agua potable afecta más severamente a la niñez y a la adolescencia, como promedio para América Latina⁶³. La protección contra el maltrato, abandono y la falta de reconocimiento paterno es también parte importante de esta línea de acción, a ello concurre nuestra experiencia en legislación y de sistemas locales de protección integral.

Producción de información y conocimiento en nutrición.

Para cumplir con el principio de Intervenciones basadas en evidencia, se hace prioritario el desarrollo de información que permita identificar las disparidades, apoyar la realización de censos de talla, mapas de prevalencia y la vigilancia nutricional municipal para identificar y focalizar acciones en las localidades de mayor riesgo. Además, se desarrollarán sistemas para la diseminación de la información entre países y dentro del país, así como apoyo técnico a los países que deseen aplicar soluciones y desarrollar abordajes nacionales específicos. El apoyo a la gestión del conocimiento es parte importante de esta línea pues permite el intercambio horizontal y mejora el aprovechamiento del conocimiento existente en la Región, haciéndose necesaria la transferencia y el intercambio del conocimiento. Se deberá promover y facilitar el trabajo con gobiernos, instituciones nacionales y actores locales para elaborar análisis multisectoriales del hambre y la desnutrición en la niñez, basado en

⁶³ Tabulaciones especiales de CEPAL sobre la base de encuestas de hogares de 15 países de la región entre 2001 y 2005.

información cuantitativa y cualitativa, que servirá de insumo para la formulación de políticas. Se debe apoyar el análisis de una amplia gama de posibles factores causales o reforzadores del hambre y la desnutrición en la niñez, usando versiones localmente adaptadas del marco conceptual multicausal de UNICEF (Gráfica 2). El monitoreo participativo y el análisis de problemas a diferentes niveles ayudará a mejorar el entendimiento de las causas principales del hambre y la desnutrición en el contexto social particular, ayudando a formar consenso en los abordajes políticos e intervenciones programáticas más relevantes. Este proceso liderado por los países será una importante contribución para el logro de los ODM. El sistema de información es necesario en todos los principios para que pueda ser claramente evaluada y monitoreada la magnitud del problema de desnutrición en una área específica y la respuesta al problema por todos los niveles (hogar, comunidad, región y nación).

Promoción del cuidado infantil adecuado. Esta y la siguiente línea de acción caben dentro del principio de desarrollo de capacidades, ya que el cuidado infantil depende de los valores y pautas de crianza de la niñez prevalentes en el hogar, la comunidad y los servicios. Para lograr cambios positivos se requiere desarrollar educación en el individuo, en la familia y movilizar el apoyo de la comunidad. En la mayoría de los casos, la salud y la nutrición de la niñez son “producidas” dentro del hogar, por lo que las familias y las comunidades que entienden y creen que algunas conductas llevan a un crecimiento sano de los niños, las hace practicar estas conductas. Operativamente, la provisión de un juego (set) de intervenciones depende del interés comunitario y la capacidad de identificar y llegar a las familias más vulnerables. Es en la comunidad local en donde este capital social –coherencia y confianza- se forma; lo cual refuerza la

capacidad para acción colectiva que permite abordar las causas fundamentales del hambre y la desnutrición en la niñez⁶⁴. UNICEF tiene una amplia experiencia en el campo de la educación comunitaria, intervención central de esta línea de acción, especialmente en la capacitación de grupos de mujeres y la difusión local por medios alternativos. Este apoyo puede traducirse en identificación de pautas de crianza, desarrollo de material educativo, organización y capacitación de redes de educadoras comunitarias. La adaptación cultural de estrategias educativas es otra de las fortalezas de la cooperación, incluyendo la sensibilización del personal de servicios de salud y el rescate de conductas culturales positivas de crianza. La participación de la comunidad requiere de la sensibilización y el fortalecimiento de sus organizaciones en el tema nutricional, así podrán lograrse la implementación de sistemas comunitarios de vigilancia nutricional y el apoyo a las acciones de protección a la madre y la niñez. Es necesario crear una emulación positiva entre las familias que estimulen una mayor consideración y apoyo de la comunidad a la niñez.

Fortalecimiento de la alimentación infantil y materna. Como la anterior, esta línea de acción corresponde al principio de Desarrollo de Capacidades, ya que la cooperación de UNICEF en intervenciones de alto impacto y costo eficientes son necesarias para el logro de los ODM. Algunas de estas intervenciones dejan por fuera a muchas familias que más las necesitan. Otras acciones, como la alimentación infantil adecuada y la lactancia materna, no son practicadas por muchas familias por lo que se hace necesario incluir la información, comunicación y educación

⁶⁴ Grootaert C. (1997) “Social Capital: The Missing Link?” in Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development. The World Bank, Washington, DC.

sobre la lactancia materna; así mismo, la promoción de marcos legales y la vigilancia de su cumplimiento y el apoyo para la certificación de establecimientos amigos de la niñez para que su práctica sea una realidad. En las poblaciones con alta prevalencia de infección materna con VIH, el protocolo correspondiente OMS-UNICEF debe ser utilizado para evitar la transmisión vertical del virus, además de cumplir con las normas nacionales elaboradas para tal situación. La cooperación en alimentación complementaria a la leche materna debe fortalecer la difusión de prácticas adecuadas y la promoción del consumo alimentario adecuado por la niña y el niño menor de tres años al interior de cada familia. En caso existan programas de alimentos complementarios subsidiados, apoyar su focalización y utilización adecuada así como su coordinación con otros servicios integrados.

La cooperación de UNICEF en el área de micronutrientes debe concentrarse en mejorar el acceso a la suplementación de madres gestantes y lactantes y de niñas y niños menores de tres años, con hierro y vitamina A (o multimicronutrientes), la fortificación de alimentos con hierro, vitamina A y zinc, la promoción de mejores dietas usando los recursos disponibles, el control de infecciones comunes y del parasitismo intestinal; el monitoreo y control de la fortificación de la sal con yodo y el desarrollo de estrategias para la suplementación con zinc (24). Para el logro de este fortalecimiento se hace necesario apuntar hacia la expansión, en colaboración con gobiernos, organismos internacionales y otros interesados, de las intervenciones de alto impacto en salud y nutrición para que la atención de la mujer, desde antes del embarazo hasta la infancia de su hija o hijo, sea apoyada con las prácticas que se incluyen en la Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia

(AIEPI) y el cuidado continuo de madres y sus hijas e hijos.

Desarrollo del marco de política, legal y operativo. Esta línea de acción y la siguiente se enmarcan dentro del principio de Asociación y Alianzas para la cooperación, ya que siendo el problema de la desnutrición multicausal, su abordaje incluye la necesidad de apoyar un marco que establezca las prioridades nacionales y las institucionaliza para hacer sostenibles las acciones contra la desnutrición. La cooperación puede contribuir a consolidar la voluntad política, estableciendo una combinación de comunicaciones dirigidas a los interesados principales (incluyendo a tomadores de decisión, parlamentarios, sector privado, asociaciones de trabajadores y profesionales, organizaciones locales y de servicio) a través de multimedios, para facilitar la adecuación del marco legal y mejorar la capacidad de las instancias de gestión; mejorar los mecanismos de focalización; establecer mecanismos para la participación social y del sector privado; favorecer el intercambio de experiencias entre grupos de base comunitaria y organizaciones sociales de varios niveles; promover el monitoreo del gasto público para nutrición infantil, facilitar el costeo para la gestión de la inversión pública y la evaluación de los programas. Un ambiente político orientado a las metas relacionadas a la niñez y consciente de las necesidades nutricionales y otras necesidades críticas de la niñez que considere el papel de las familias, puede ser un factor facilitador poderoso para lograr cambios de forma rápida. Se debe estimular, facilitar y asistir a los gobiernos para que prioricen apropiadamente y reflejen el deseo de eliminar el hambre en la niñez y disminuir la desnutrición, en sus políticas, presupuestos y programas.

El cuadro 8 presenta los marcos y elementos básicos a considerar para apoyar este proceso.

**Cuadro 8.
Marcos de política, legal y operativo e intervenciones de apoyo**

Marco	Elementos básicos
Políticas	Desarrollo de política pública nacional para nutrición y alimentación infantil y materna
Legal	Legislación sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional Legislación sobre fortificación de alimentos, lactancia materna Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna
Operativo (Plan/programa nacional)	Identificación de metas/Mecanismo de focalización poblacional y geográfica
	Desarrollo de modelo conceptual de intervención
	Líneas de acción e intervenciones
	Conformación/consolidación de entidad rectora y de gestión a nivel supra-ministerial
	Instancias de coordinación de los sectores y programas nacionales relacionados a la nutrición
	Desarrollo de un marco normativo integrado
	Participación de gobiernos locales e instituciones descentralizadas
	Participación social y del sector privado
	Costeo de intervenciones y actividades programadas
	Identificación de estrategias para el financiamiento
Mecanismos de monitoreo y evaluación	

Al respecto, los países de la Región presentan una heterogeneidad marcada. La información en el Cuadro 9 muestra la diferente situación en que se encuentran los planes y programas de los países de la Región en términos del combate a la desnutrición crónica.

Para los países sin políticas y planes desarrollados, se sugiere consensuar un enfoque estratégico general y facilitar los acuerdos entre actores para avanzar hacia un plan general mediante aproximaciones sucesivas. Para los países con programas desarrollados se sugiere insistir en su sostenibilidad, facilitando la evaluación de la efectividad y costo, así como su integración institucionalizada bajo marcos que permitan la racionalización de recursos y su estrecha vinculación con otros programas relacionados al combate a la pobreza y la seguridad alimentaria.

El enfoque que aquí se sugiere dará mejores resultados combinando estratégicamente programas simples y prácticos, de efectividad demostrada en el país o en otros países, poniendo énfasis en las áreas donde las oficinas de campo de UNICEF tengan ventajas comparativas. Este apoyo debe ir acompañado en paralelo con la institucionalización de la coordinación interinstitucional y los procesos de planificación regular, incluyendo el apoyo a la gestión de la inversión social, fortaleciendo las capacidades para la apreciación del problema nutricional, análisis de sus causas y toma de decisiones para resolverlos. Además, debe promover la atención adecuada a esos retos dentro de los cooperantes internacionales. Se deben apoyar particularmente instituciones nacionales en sus esfuerzos de analizar la situación nacional de la niñez, construir el consenso en las intervenciones prioritarias y tener acceso a la información en los abordajes políticos y

acciones que internacionalmente han logrado reducir el hambre y la desnutrición en la niñez.

Cuadro 9
Escenarios y aspectos a apoyar en los países de la Región para el combate a la desnutrición crónica

Escenarios	Países	Aspectos a apoyar
Países donde hay planes y programas muy incipientes y poco coordinados.	Guatemala, Honduras, Haití, Nicaragua, El Salvador, Panamá, Paraguay, Colombia, y la República Dominicana donde las prevalencias de desnutrición crónica oscilan entre 49% y 9%. A estos se agregan todos los países y territorios donde no exista información nutricional	Sensibilizar e informar a los actores gubernamentales y sociales. Fortalecer el proceso desde el diseño de planes y programas y poner el énfasis en apoyar los aspectos donde UNICEF tiene ventajas comparativas. Asegurar que se obtengan líneas basales que permitan futuras evaluaciones. Fortalecer y expandir los programas exitosos en paralelo con el proceso de planificación regular. Apoyar la institucionalización de un marco de coordinación nacional. Asegurar el financiamiento público a largo plazo.
Países donde hay planes y programas en pleno desarrollo.	Bolivia, Ecuador, Perú, México, Venezuela y Brasil.	Apoyar la evaluación y divulgación de las lecciones aprendidas de los programas que están en pleno desarrollo. Facilitar la expansión de sus coberturas a las áreas menos cubiertas. Apoyar la integración de estos programas entre sí y a otros programas de combate a la pobreza, seguridad alimentaria y desarrollo rural. Apoyar el desarrollo de los sistemas de evaluación y monitoreo. Fortalecer las actividades poco desarrolladas dentro de un enfoque multicausal. Utilizar el efecto contagioso del éxito ya obtenido para fortalecer la motivación de todos los actores.
Países donde es necesario sostener la vigilancia y programas nutricionales.	Chile, Jamaica, Argentina, Cuba, Costa Rica y Uruguay	Apoyar la divulgación a otros países de los programas exitosos. Facilitar la sostenibilidad de las victorias alcanzadas. Apoyar la vigilancia nutricional para prevenir la aparición de bolsones de riesgo nutricional ocasionados por disparidades o emergencias. Apoyar programas para combatir anemia y sobrepeso y obesidad (lactancia materna exclusiva, actividad física regular, autoestima, dieta).

Vinculación con los programas de seguridad alimentaria, combate a la pobreza y desarrollo. La seguridad alimentaria en el ámbito familiar se define como el acceso físico y económico de la familia a la alimentación suficiente en

calidad y cantidad en una manera cultural y socialmente aceptable y durante todas las épocas del año.
Existen puntos de contacto de la seguridad alimentaria familiar con la nutrición infantil: deben incluir productos

específicos para la alimentación de la niña y del niño menor de tres años y la mujer gestante y lactante en las estrategias para mejorar el acceso a la canasta básica familiar de alimentos o en los alimentos subsidiados mediante cupones de asistencia alimentaria. En la promoción de la producción familiar de alimentos también debe contemplarse este aspecto. Además, existe un círculo virtuoso entre la asistencia alimentaria y su abastecimiento por insumos de producción local o nacional. En los programas de combate a la pobreza será útil establecer una condicionalidad de los subsidios familiares al cumplimiento conjunto por los servicios proveedores y por las familias participantes de un conjunto de programas integrados que mejoran la salud, la alimentación y el cuidado del niño y de la niña desde la etapa fetal hasta los 36 meses de edad; planeado con el objetivo de reducir o eliminar la desnutrición crónica en escala nacional y focalizado en las poblaciones prioritarias. Además, en estos programas de combate a la pobreza se hace necesario incluir intervenciones que

reduzcan el número de muertes neonatales y de infantes por causas prevenibles y tratables. Algunas de estas intervenciones incluyen el aumento de cobertura de inmunizaciones a 90% a nivel nacional, con particular énfasis en aquellas poblaciones con bajas coberturas; la erradicación de la Polio; aumentar a 60% el porcentaje de niños que duermen en mosquiteros tratados con insectidas (en áreas de malaria endémica), aumentar la suplementación con vitamina A en algunos países priorizados, así como expandir la cobertura de los paquetes de intervenciones de alto impacto maternos, neonatales y de supervivencia infantil. Adicionalmente, se necesita del fortalecimiento de las capacidades de la familia para proveer cuidado adecuado del recién nacido y del infante para asegurar su sobrevivencia, crecimiento y desarrollo, permitiendo que esas familias usen apropiadamente las conductas recomendadas, así como otros recursos y servicios comunitarios.

VI. LA RUTA CRITICA PARA LA IMPLEMENTACION

La implementación de la estrategia es un proceso que debe realizarse en cada Oficina de UNICEF y parte de su situación particular. Es ineludible este ejercicio interno que permite visualizar nuestro potencial de cooperación y proyectarlo hacia el futuro como requisito previo para la coordinación con actores nacionales y de la cooperación externa. Para realizar este proceso se propone una ruta crítica que consta de las fases siguientes:

- Análisis de la situación y respuestas nacionales a la desnutrición crónica
- Definición de las intervenciones a ser apoyadas por UNICEF
- Concertación con agencias de cooperación del SNU
- Inserción en proceso nacional
- Programación y financiamiento
- Ejecución, monitoreo y evaluación

Análisis de la situación y respuestas nacionales a la desnutrición crónica.

Es necesario revisar la información disponible para identificar la magnitud del problema nutricional en el país, las causas predominantes y las respuestas a la desnutrición crónica infantil. Así mismo, se hace necesario fortalecer la capacidad de las organizaciones locales para una identificación sistemática y disseminación de las intervenciones más adecuadas. A nivel de país esto implicará facilitar mecanismos que promuevan el aprendizaje de las prácticas adecuadas relevantes para ese contexto comunitario, que aborden las causas subyacentes del hambre y la desnutrición y crear la demanda familiar de prácticas y servicios relacionados con la nutrición. El Anexo 1 describe los indicadores y elementos de análisis necesarios para esta tarea.

Definición de las intervenciones a ser apoyadas por UNICEF. El análisis anterior debe servir de base para priorizar las intervenciones y entre ellas definir los nichos de cooperación eventuales de UNICEF. En el Anexo 2 se propone una matriz en la que las líneas de acción son la base de la programación específica de cada oficina de país.

Concertación con agencias de cooperación del SNU. Esta coordinación debe darse dentro del desarrollo de un grupo multiagencial (grupo temático o mesa interagencial) del SNU para el combate a la desnutrición crónica, que se oriente hacia la elaboración de un Programa Conjunto en nutrición. El marco de complementación tentativo con las agencias del SNU y otras agencias se detalla en el Anexo 2 y la posible estructura de un programa conjunto en el Anexo 3. Cuando no exista un marco operativo nacional, la coordinación incidirá en promoverlo y cuando éste ya exista será para ubicar los roles y nichos de la cooperación. La coordinación debe luego extenderse a los bancos de desarrollo y agencias bilaterales. Se prevee que los gobiernos, SNU, aliados bilaterales, ONGs, sociedad civil y otros

respondan directamente a las necesidades identificadas, usando sus propios recursos (cuando sea posible) y el sector privado poniendo a disposición tecnología existente relacionada al tema y aplicando su capacidad de investigación y desarrollo de capacidades en la identificación y aplicación de tecnología adicional y soluciones de logística.

Inserción en el proceso nacional. Concertados los esfuerzos inter-agenciales, es imprescindible consensuarlos e integrarlos con las contrapartes nacionales, dentro de los marcos de políticas sociales establecidos en cada país. Esto implica analizar, identificar y monitorear las necesidades y disponibilidad de insumos necesarios en las comunidades seleccionadas. Lo cual debe llevar al fortalecimiento de mecanismos que informen de estas necesidades a los planificadores gubernamentales, agencias de cooperación, iniciativa privada y sociedad civil para responder en base a esas necesidades.

Programación y financiamiento. Incluye la revisión del programa de cooperación con el país para reorientar recursos y elaborar propuestas de financiamiento. El posicionamiento del combate a la desnutrición crónica infantil en cada oficina de UNICEF compromete la iniciativa de la representación, se relaciona con los programas integrados de primera infancia, las experiencias descentralizadas en municipios, en zonas indígenas y afrodescendientes y contra la pobreza extrema; así como programas de salud, comunicación social, monitoreo y evaluación y políticas públicas, por lo que este ejercicio debe fortalecer la coordinación interna y la efectividad de la cooperación.

Ejecución, monitoreo y evaluación. Dado que la estrategia se integra en la implementación del programa regular de cada oficina, su monitoreo se conformará con los mecanismos establecidos en el programa. Ello debe además ser compatible con los indicadores de los

sistemas nacionales de información. Notable énfasis deberá ser aplicado en la práctica del uso constante de la información para mejorar las decisiones tomadas en todo el proceso, lo cual necesitará que las acciones a nivel comunitario incluyan a organizaciones

que están realizando investigaciones/estudios sobre demanda y cobertura como parte de su trabajo local y la identificación de las familias más necesitadas.

Referencias

- 1) MGD Global Monitoring Report, 2005
- 2) A 24-year Study of Well-Nourished and Malnourished Children Living in a Poor Mexican Village. Chávez, Celia Martínez, and Beatriz Soberanes
- (3) Repositioning Nutrition as Central to Development. World Bank 2006
- 4) WHO and HHS/CDC. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) Generic Training Package Components, 2004
- 5) World Food Programme, 2006
- 6) Efectividad de alimentación complementaria en Haití. Universidad de Cornell y el Instituto Internacional para la Investigación en Políticas Alimentarias (IFPRI), 2006
- 7) Mesoamerica Nutrition Program Targeting Study Group, Targeting performance of three large-scale, nutrition-oriented social programs in Central America and Mexico. *Food Nutr Bull*, 2002. 23(2): p. 162-74.
- 8) Loevinsohn, B.P., R.W. Sutter, and M.O. Costales, Using cost-effectiveness analysis to evaluate targeting strategies: the case of vitamin A supplementation. *Health Policy Plan*, 1997. 12(1): p. 29-37.
- (9) Mesoamerica Nutrition Program Targeting Study Group, Targeting performance of three large-scale, nutrition-oriented social programs in Central America and Mexico. *Food Nutr Bull*, 2002. 23(2): p. 162-74.
- (10) Análisis del impacto de intervenciones nutricionales en el grupo materno-infantil Resumen preliminar. Jef L Leroy, Juan Pablo Gutiérrez, Edgar Denova, Carmelita Ventura, Juan A Rivera
- (11) Monsen ER. Iron nutrition and absorption: dietary factors which impact iron bioavailability. *J Am Diet Assoc* 1988;88(7):786-90.
- (12) Scrimshaw NS. Historical concepts of interactions, synergism and antagonism between nutrition and infection. *J Nutr* 2003;133(1):316S-321S.
- (13) Disparities in LAC—Rapid Nutritional Assessment, Mahoko Kamatsuchi, Nutrition Section, Regional Office for Latin America and the Caribbean (TACRO)
- (14) World Bank Project Implementation Completion Reports Rwanda, Argentina 2005
- (15) Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana, CEPAL 2007
- (16) UNICEF Joint health and nutrition strategy for 2006-2015
- (17) Global action on child hunger. A snapshot from the field of WFP activity relevant to the Ending child hunger and undernutrition initiative
- (18) Buying results in the health & nutrition related sectors: marginal budgeting for bottlenecks. Rudolf Knippenberg, Agnes Soucat, Feng Zhao, Netsanet Walelign, Pablo Gottret. UNICEF/World Bank (Presentation)
- (19) Strategy to reduce maternal and child undernutrition. East Asia & Pacific Regional Office, Health and Nutrition Working Paper 2007
- (20) The coexistence of child undernutrition and maternal overweight: prevalence, hypotheses, and programme and policy implications. James Garret and Marie T. Ruel, (IFPRI). *Maternal and Child Nutrition*, 1, pp 185-196. Blackwell Publishing Ltd 2005.
- (21) Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: Innovative uses of the demographic and health surveys. Marie T. Ruel and Purmina Menon, International Food Policy Research Institute (IFPRI) and Cornell University, Community and International Nutrition 2002.
- (22) Becker R. & Lechtig A. Increasing poverty and infant mortality in the Northeast of Brazil. Letter to the Editor. *J. Trop. Ped.* 1987; 33:58-59.
- (23) UNICEF, SOWC 2007, New York.
- (24) Lechtig A, Gross R, Aquino O, Gross U and D. López de Romaña. Lessons learned from the scaling-up of a weekly multimicronutrient supplementation program in the Integrated Food Security program. *Food Nutr Bull*. Vol. 27, No 4, December 2006. Supplement pp 160- 164.
- (25) Lechtig A. Chronic malnutrition is decreasing in Latin America because of better health, child care and women's empowerment. Presented at the Seminar on Public Nutrition, School of Public Health, University of Texas at Houston. June 22, 2007.
- (26) Hambre y cohesión social en América Latina: cómo revertir la relación entre inequidad y desnutrición. CEPAL, FAO, PMA, 2007