



ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

MEMORIA DE LA
REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE MESOAMÉRICA

Febrero 9 - 12, 2010

Managua, Nicaragua



ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE MESOAMÉRICA

Febrero 9 - 12, 2010

Managua, Nicaragua

-

Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Regional de los Países de Mesoamérica, Febrero 9-12, 2010. Managua, Nicaragua. Washington, D.C.: PAHO ©2010

Todos los derechos reservados. Este documento puede ser revisado, resumido, citado reproducido o traducido libremente, parcial o completamente, dando el crédito a la Organización Panamericana de la Salud. No puede ser vendido o empleado con fines comerciales. La versión electrónica de este documento puede ser descargada de: www.paho.org.

Citación recomendada: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño. Memoria de la Reunión de Países de Meso América sobre Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2010

Agradecemos la colaboración por el financiamiento al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España (AECID) para su apoyo en realizar la Reunión y Memoria.



Dirección técnica:

Miembros del Comité Organizador de la Reunión Subregional:

Dra. Chessa Lutter, Asesora Principal de Alimentación y

Nutrición, OPS/OMS, Washington DC

Lic. Ángela Céspedes, Asesora Regional de Nutrición, PMA,
Panamá

Dr. Enrique Paz, Asesor Regional de Salud y Nutrición, UNICEF,
Panamá

Dr. Reynaldo Aguilar, OPS/OMS, Nicaragua

Dr. Luis Gutierrez, OPS/OMS, Nicaragua

Dr. Rafael Amado, UNICEF, Nicaragua

Dra. Sabrina Quesada, PMA, Nicaragua

Elaboración de la Memoria:

Ing. Adriana Hernández, INCAP/OPS/OMS, Honduras,
elaboración del borrador

Lic. Ena Gámez, Consultor OPS/OMS, Honduras, elaboración del
borrador

Lic. Dalila Sierra, Consultor OPS/OMS, Honduras, elaboración
del borrador

Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS, Washington DC, revisión y
elaboración

Lic. Laura Lrizarry, UNICEF, Panamá, elaboración final

Lic. Jessica Escobar, PMA, El Salvador, elaboración final

Elaboración de los Resúmenes de los Grupos de Trabajo y de las Conclusiones y Recomendaciones Finales:

Participantes en la reunión

Miembros del Comité Organizador de la Reunión

Diseño gráfico:

M.Sc. Rachel Francischi, Oficial de Programas del PMA

Lic. Israel Ríos, Consultor Regional del PMA

Maria Laura Reos, Oficina Regional de la OPS

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA REUNIÓN	1
<hr/>	
ACRÓNIMOS	3
<hr/>	
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	5
<hr/>	
PRESENTACIONES	6
<hr/>	
➤ Desafíos y oportunidades para mejorar la situación nutricional de las niñas y los niños pequeños	6
Comentarios de los Representantes de UNICEF, PMA y OPS	10
➤ Reposicionando la lactancia materna de diversas maneras	15
❖ Estrategias efectivas para mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria	15
❖ Promoción de la lactancia materna en la atención primaria: IHAN y los otros centros de salud con enfoque de la familia y comunidad	21
❖ Revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño	26
❖ Código Internacional de los Sucédanos de la Leche Materna	28
➤ Prácticas esenciales de nutrición durante el parto	34
➤ Nuevas recomendaciones de la OMS para la alimentación infantil en el contexto de VIH	39
➤ Redes de Protección Social en Centroamérica	43
➤ Iniciativa Mesoamericana en salud con enfoque en nutrición	49
➤ Alianza Panamericana para la nutrición y el desarrollo para el logro de los ODMS	55
➤ Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con enfoque intercultural	59
❖ Caso de Colombia	59
❖ Experiencias en estrategias comunitarias de nutrición en el Silais Nueva Segovia, Nicaragua	61
❖ Caso de Panamá	65
➤ Nutrición del niño pequeño en emergencias	66
Trabajo intra e interinstitucional para el abordaje de la desnutrición severa aguda en Guatemala	66

Manejo de la desnutrición aguda severa en el hospital y en el nivel comunitaria	
Nutrición en emergencias: Lineamientos básicos para la alimentación del niño pequeño	71
➤ Nutrición y desarrollo temprano del niño pequeño	75
➤ Experiencias en promoción de crecimiento y desarrollo en Costa Rica	83
➤ Programas Sociales y Alimentación Complementaria	88
Nuevos alimentos complementarios	88
El Programa Oportunidades	93
➤ Nuevos indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria de la OMS y el UNICEF	98
➤ Sistemas de Vigilancia	99
➤ Infancia, seguridad alimentaria y nutrición: Fondo Español para los ODMs	103
Caso de Colombia.....	103
Caso de El Salvador.....	108
Caso de Guatemala	111
Caso de Nicaragua	114
➤ Experiencias y retos en la implementación del nuevo patrón de crecimiento de la OMS	115
Caso de México.....	115
Caso de Honduras.....	117
Caso de Costa Rica	120
Caso de Nicaragua	122
➤ Monitoreo y evaluación	124
GRUPOS DE TRABAJO: LOS RESULTADOS DE UN ESFUERZO COLECTIVO	130
ANEXO 1. LISTA DE PARTICIPANTES	136
ANEXO 2. AGENDA	139

PRESENTACIÓN DE LA REUNIÓN

Los días 9 - 12 de febrero del 2010, se realizó la reunión subregional “Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño”, en la ciudad de Managua, Nicaragua. En este evento participaron alrededor de 100 representantes de países sudamericanos vinculados a temas relacionados a la salud y la nutrición materno-infantil, incluyendo: equipos técnicos de Salud del Niño, Lactancia Materna y Nutrición de los Ministerios de Salud de Colombia, Costa Rica, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, El Salvador y Panamá; miembros de la Red-IBFAN, otras organizaciones no gubernamentales; y funcionarios de OPS, UNICEF y PMA a nivel local, regional y global.

La reunión fue organizada por el Ministerio de Salud de Nicaragua con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

El propósito general de la reunión fue analizar la interrelación entre la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, dentro del marco de la “Estrategia Global para la Alimentación y Nutrición del Infante y Niño Pequeño” (OMS/UNICEF). Los objetivos específicos fueron efectuar:

1. La actualización técnica de la evidencia para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño;
2. El intercambio de experiencias entre países para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño; y,
3. La promoción de la cooperación y comunicación Sur-Sur para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño.

En el marco de estos objetivos, la reunión constituyó una oportunidad de actualización técnica y facilitó el intercambio de experiencias sobre diversos aspectos relacionados con la alimentación y nutrición y el desarrollo infantil entre los países participantes.

La dinámica del evento consistió en la exposición oral de presentaciones magistrales seguidas de plenarias de discusión y posteriores trabajos de grupo. Se inició con un análisis de la situación regional sobre la desnutrición infantil, con énfasis en la desnutrición crónica; la promoción y fomento de la lactancia materna en el marco de la atención primaria en salud y diversas iniciativas relacionadas, como la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna. Se analizó de manera integrada aspectos clave sobre la alimentación complementaria, incluyendo la importancia de la consejería y el uso de diferentes productos fortificados dirigidos a mejorar la calidad de la alimentación infantil como complemento a la dieta familiar. Por otro lado, el análisis estuvo enriquecido con temas ligados al desarrollo infantil; la promoción de la alimentación y nutrición del niño pequeño con enfoque intercultural, la comunicación social y la participación comunitaria.

Se enfatizó la necesidad de un enfoque multisectorial y multidisciplinario de la problemática nutricional y sus soluciones; así como la importancia de integrar intervenciones a favor de la nutrición del niño pequeño en la atención primaria de salud. Se analizó la evidencia científica más reciente sobre el efecto sinérgico de la nutrición

ligada al desarrollo infantil; este análisis se complementó con experiencias de tipo empírico consideradas relevantes por los participantes

Se analizaron en grupos de trabajo cuatro áreas temáticas y su perspectiva de trabajo en el 2009: (1) programas sociales y alimentos complementarios, (2) trabajo multisectorial, (3) nuevos patrones de crecimiento de la OMS y (4) nutrición y desarrollo. Al concluir se obtuvo como contribución de los participantes: conclusiones, recomendaciones y la evaluación del evento. La reunión fue valorada como positiva reiterando su importancia para el cumplimiento de las funciones de las instituciones representadas en los grupos.

ACRÓNIMOS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALNP	Alimentación del lactante y niño pequeño
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APS	Atención Primaria de Salud
BLH	Banco de leche humana
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CF	Complementary food (alimento complementario)
EEUU	Estados Unidos de América
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
GTAN	Grupo Técnico de Alto Nivel
IBFAN	International Baby Food Action Network (La Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil)
ICBF	<u>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</u>
IEC	Información Educación y Comunicación
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública, México
LAC	Latino América y el Caribe
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MDGIF	Millennium Development Goals Achievement Fund (Fondo para acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)
MI	Micronutrient Initiative
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Encuesta sobre Indicadores Múltiples)
MNP	Micronutrient powders (Polvos de micronutrientes)
M&E	Monitoreo y Evaluación
NEC	Nuevos Estándares de Crecimiento
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SAM	Severe Acute Malnutrition (Desnutrición aguda severa)
RNI	Recommended Nutrient Intake (Ingesta recomendada de nutrientes)
RUSF	Ready to use supplementary food (Suplemento alimentario listo para usar)
RUTF	Ready to use therapeutic food (Alimentación terapéutica lista para usar)
SCN	Standing Committee on Nutrition

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
TACRO	UNICEF's Regional Office for Latin America and the Caribbean (Oficina Regional para América Latina y el Caribe)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Dr. Luis Gutiérrez
Asesor en Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS, Nicaragua

El Dr. Luis Gutiérrez Alberoni de OPS/OMS, Nicaragua inició su intervención dando la bienvenida a las y los participantes y procedió a recordar los objetivos de la reunión:

1. Actualización técnica de la evidencia para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño.
2. Intercambio de experiencias entre países para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño.
3. Promoción de la cooperación y comunicación Sur-Sur para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño.

Para el cumplimiento de estos tres objetivos el Dr. Gutiérrez hizo énfasis en tres valores implícitos de la reunión a ejercer y desarrollar. El primer valor corresponde a “**la competencia personal**”, descrito como la necesidad de hacer énfasis en la competencia basada en evidencias y sin perder de vista la actitud y el comportamiento. El segundo corresponde a “**la solidaridad con tolerancia activa**”, descrita como la capacidad de poder adoptar la perspectiva de un tercero. El tercer valor es el compromiso con “**la utopía permanente de tener una sociedad mejor**”, dicha perspectiva facilita hacer las contribuciones para una sociedad mejor.

Describió la dinámica del taller y destacó la participación de representantes de los países de la región que conforman la Alianza Panamericana para la Nutrición y Desarrollo, técnicos de OPS/OMS de Washington y Ginebra, de UNICEF y del PMA. El Doctor Gutiérrez también subrayó que el programa sería grabado en tiempo real y estaría disponible en la página de NUTRINET (www.nutrinet.org). Para finalizar y facilitar la organización nombró a los moderadores de cada grupo de presentaciones a lo largo del taller. Con estas palabras se dieron por sentados los objetivos del taller e invitó la primera presentación a cargo de la Dra. Chessa Lutter, Asesora Principal de la Oficina Regional de OPS/OMS.

PRESENTACIONES

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS PEQUEÑOS

Magnitud y distribución de la desnutrición en México, Centroamérica y Colombia

Dra. Chessa Lutter
Asesora Principal OPS/OMS
Washington DC

La primera parte de la presentación de la Dra. Lutter se basó en un informe de OPS publicado en 2008: *“La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños y el Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio”*. Como parte de este trabajo se estudiaron encuestas de los países de la región realizadas a lo largo de 20 años en comparación con los nuevos estándares de crecimiento de la OMS. Inició mostrando a la audiencia la imagen de la desnutrición crónica en la Región, presentó la portada de la publicación donde aparecen dos niñas de edades similares, sin embargo, una de ellas mide 8 cm menos que la otra (figura No. 1). Destacó que esta niña el resto de su vida no alcanzará su desarrollo no solamente en crecimiento sino mucho más allá de esto. La baja talla representa un retraso en el desarrollo cognitivo, en la habilidad de dar a luz un niño con buena nutrición; representa el futuro económico y social de la niña y también de un país.

Figura No 1. Foto de portada de publicación de OPS “La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños y el Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Foto: UNICEF, Perú (niñas de Andahuaylas). OPS, 2008

A continuación los puntos principales abordados durante la presentación:



¿Por qué estamos tan enfocados en el tema de la baja talla (desnutrición crónica)?

- Porque su multicausalidad exige un abordaje multidisciplinario y multisectorial
- Es un marcador de fácil medición y refleja sensiblemente los desequilibrios de los determinantes sociales.
- Es un problema crítico en los países de la Región.

- Está asociado e involucra a los ODM

Otro desafío persistente en la Región es la desnutrición aguda severa (Marasmo y Kwashiorkor). Es necesario buscar la manera de cómo abordar este problema, los tratamientos para evitar la mortalidad y cómo evitar también que haya más casos.

Se han comparado casi 50 encuestas de los países de la Región con el nuevo patrón de crecimiento de la OMS. Los resultados evidencian que la prevalencia de bajo peso para la edad es menor; el cambio oscila en un rango de -1.0 a -4.9 puntos porcentuales (cambio mínimo y máximo, respectivamente) con un promedio de reducción de -2.0 puntos porcentuales. Así mismo, se demuestra que la prevalencia de baja talla para la edad es mayor; el cambio oscila entre 2.4 y 6.9 puntos porcentuales (aumento mínimo y máximo, respectivamente) con un promedio de aumento de 5.0 puntos porcentuales. El bajo peso para la talla presenta cambios mínimos (en promedio 0.4 puntos porcentuales); mientras se evidencia que el sobrepeso aumenta en un promedio de 1.9 puntos porcentuales.

La prevalencia de bajo peso por rangos de edad muestra cambios significativos (Figura No 2). Esta prevalencia es mayor en el grupo de 0 a 5 meses en más de 3.0 puntos porcentuales, lo que es muy importante porque se evidencia la presencia de casos de desnutrición aguda en un momento crítico para un lactante que necesita ganar peso para aumentar en talla. Si esto no sucede y no se monitorea oportunamente la ganancia de peso en el contexto clínico, se pierde la oportunidad de mejorar la práctica de lactancia materna exclusiva junto con las demás prácticas de atención en salud primaria y mejorar la nutrición del niño.

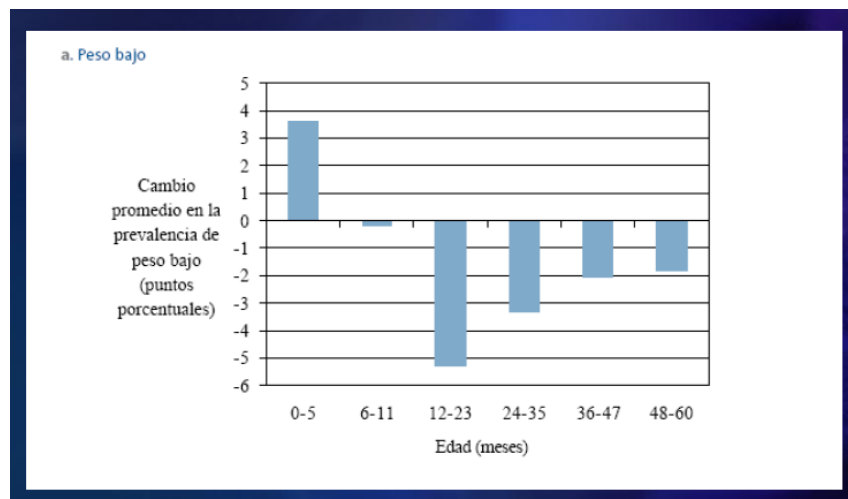


Figura No 2. Cambio promedio en la prevalencia de bajo peso por rangos de edad en menores de 5 años con los nuevos estándares de OMS. Países de la Región. OPS, 2008

La prevalencia de la baja talla es mayor para todos los rangos de edad (< 5 años). En el caso del bajo peso para la talla la prevalencia es notablemente mayor en el primer año de vida, sobre todo en los primeros seis meses (1.0 y 3.5 puntos porcentuales respectivamente). Nuevamente la importancia del monitoreo del peso y la talla, la lactancia materna y la alimentación complementaria. Hay una diferencia enorme entre un perfil epidemiológico y el perfil clínico del niño. Es muy importante el seguimiento en los

tres indicadores cuando se trata de un caso clínico específico del niño. A nivel epidemiológico el enfoque es en la baja talla.

El promedio de baja talla en los menores de 5 años para todos los países es de 23.5%. Cuando se desagrega por grupos de edad se encuentran prevalencias de hasta 32% (quiere decir que uno de cada tres niños sufre baja talla y sus consecuencias). El limitar la cuantificación de la baja talla al valor promedio significa subestimar la prevalencia y minimizar la problemática presente en los grupos de población que están por encima de este dato. De manera general la tendencia de la prevalencia de desnutrición crónica presenta una reducción en todos los países de la Región, destacándose Brasil, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua. Los promedios esconden grandes disparidades dentro de los países. Por ejemplo en Perú se tienen rangos desde 6.7% hasta 60.1% de prevalencia de baja talla de un departamento a otro. Las diferencias en baja talla también se evidencian por diferencias étnicas, de educación de la madre, y otros aspectos socioeconómicos.

La anemia y sus efectos pueden apreciarse incluso en el largo plazo, como lo demuestra un estudio longitudinal realizado en Costa Rica con jóvenes de 19 años (habían sufrido o no deficiencia de hierro cuando niños). Los que habían sufrido deficiencia de hierro habían obtenidos resultados más bajos en pruebas de inteligencia (9 puntos menos en niños de la clase socioeconómica media y 25 puntos en niños en la clase socioeconómica baja). El doble efecto por la deficiencia de hierro (DH) está asociado con retrasos en el desarrollo cognitivo, motor y el comportamiento. Algunos efectos son irreversibles aún con tratamiento. (Fuente: Lozoff, et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:1108-1113)

Los cambios en la desnutrición crónica y sus determinantes deben analizarse diferenciadamente por región. Así mismo además procurar la reducción de prevalencias es necesario disminuir las brechas. El modelo multicausal de la desnutrición de UNICEF nos muestra que hay dos formas de abordar la desnutrición. La primera a través de las causas inmediatas: mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria y disminuir las enfermedades, y la otra a través de las causas subyacentes, como la educación materna, ingresos, y situación socioeconómica en general. Lo ideal es trabajar ambas de manera conjunta.

La tercera serie de Lancet sobre desnutrición materna e infantil muestra que la promoción de la lactancia materna y cambios de comportamiento, son las intervenciones de corto plazo más efectivas para mejorar la nutrición y la sobrevivencia. Por otro lado, la lactancia materna y la alimentación complementaria como intervenciones conjuntas pueden reducir la mortalidad en menores de 5 años hasta en un 20% (The Lancet, 2003).

Se cuenta con éxitos importantes a favor de estos esfuerzos; entre ellos una serie de políticas y programas en apoyo de la lactancia materna tales como:

- El Código Internacional de Comercialización de los Sucédanos de la Leche Materna (OMS 1981)
- La Declaración de Inocente (1990) y aprobación por la AMS
- La Iniciativa Amigo del Niño (WHO/UNICEF, 1992)

- Desarrollo de capacidades en aspectos clínicos y en consejera (USAID, OMS, UNICEF, países)
- Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y aprobación por la AMS (2003)
- Nuevos estándares de crecimiento de la OMS (2006)

La consejería en lactancia materna es otra estrategia de éxito. Hay estudios que demuestran que grupos que han recibido consejería aumentaron la lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas menores de 6 meses en diferentes países como México y Brasil. La lactancia materna como tal ha aumentado en la región. Se analizaron encuestas desde 1986 a 2005 (dependiendo del país), y 12 de 13 países aumentaron algunos hasta 5 meses en la duración de la lactancia materna, a excepción de República Dominicana todos lograron cambios positivos importantes.

Brasil por su parte destaca por su logro de disminuir en un 50% la desnutrición crónica en 10 años (1996 a 2006), haciendo intervenciones desde los determinantes, sobre todo en la parte nordeste del país donde se presenta más desigualdad. Los factores que explican este cambio son:

- Cambios en la educación materna 26%
- Cambios en los ingresos familiares 22%
- Cambios en la extensión de cobertura de salud 11.6%
- Cambios en agua y saneamiento: 4%
- Otros factores: 36.7%

Todos gracias a 10 años con una política favorable a la nutrición.

Hay desafíos futuros para la nutrición:

- Mejorar la nutrición materna
- Erradicar la desnutrición aguda severa
- Erradicar la deficiencia de hierro
- Erradicar la baja talla sin aumentar la obesidad

Desafíos futuros de política y programación:

- Lograr coherencia y sinergia entre las acciones de los gobiernos, ONGs y donantes en la región (incluyendo varias iniciativas)
- Lograr la integración de intervenciones nutricionales dentro de los programas de Atención Primaria en Salud (APS) con un fuerte enlace con la comunidad
- Mejorar el interés, conocimiento técnico y habilidades en nutrición del personal de salud, incluyendo las enfermeras y médicos
- Creación de demanda y utilización adecuada
- Asegurar la calidad de los servicios
- Desarrollar sistemas de supervisión que proporcionen retroalimentación útil, oportuna y consistente.
- Lograr una cobertura a escala con una focalización apropiada

- Lograr un sistema de monitoreo de la cobertura y calidad de las intervenciones, evaluaciones de impacto y el uso de esta información para la toma de decisiones
- Asegurar la sostenibilidad financiera y apoyo político constante

De nosotros depende el futuro

Finalizada la presentación los miembros de la mesa de apertura tomaron la palabra.

Comentaristas:

Dra. María Jesús Conde, Representante UNICEF

Dr. William Hart, Representante PMA

Dr. Jorge Prospero, Representante OPS/OMS

Dra. María Jesús Conde, Representante UNICEF, Nicaragua

La Dra. María Jesús Conde inició su intervención dando un saludo de bienvenida a todos los participantes. Describió el evento como una gran iniciativa para fortalecer la cooperación y coordinación entre todos los actores. Para el caso específico del Sistema de Naciones Unidas en Nicaragua, refirió que fortalecería la coordinación, la relevancia y la coherencia del Sistema en el país, lo que a su vez resultaría en una situación provechosa para todos. A continuación un resumen de lo discutido por la Dra. Conde:

Nicaragua ha venido realizando importantes esfuerzos con el apoyo de la Cooperación Internacional para alcanzar los ODM en especial la reducción de la desnutrición crónica. Sin embargo, a pesar del esfuerzo, los efectos de la crisis alimentaria, de la crisis económica mundial, fenómenos como el Huracán Ida, sequía por consecuencia del fenómeno del niño y otros efectos del cambio climático ponen en constante peligro estos avances; por lo que en ningún momento se puede bajar la guardia. Hay tres intervenciones claves tanto en situaciones de la humanidad como en situación de emergencia.

1. La nutrición de la madre durante el embarazo y la lactancia,
2. La lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y prolongada hasta los 24 meses, y
3. La alimentación complementaria desde los seis meses con medidas de higiene y esterilización adecuada.

Dicho esto, ¿Cómo nos convertimos en un vehículo de transmisión de todo lo que sabemos para cambiar las conductas y para conseguir que se invierta más en la salud y la nutrición del niño y la madre?

Se que requieren la participación de todos. El estado, la cooperación internacional, organizaciones comunitarias, iglesias y academia; “todos somos responsables de que un niño muera por la desnutrición”. Hay una serie de intervenciones que son decisivas y muy básicas, que forman parte del trabajo cotidiano. Lo primero el análisis de situación,

precisos sobre factores determinantes. En Nicaragua por ejemplo el 30% de las embarazadas son adolescentes; es importante conocer cuáles son los patrones de conducta y niveles de educación; ¿Porqué las adolescentes no dan de mamar a sus hijos?

Análisis de los recursos del país para enfrentar el problema. El país tiene recursos, pero cómo deben gestionarse y cómo se hacen accesibles. Es importante que haya voluntad política del Gobierno y de la Cooperación Internacional. Aprovecho para compartir con ustedes que el Sistema de Naciones Unidas está apoyando un programa conjunto: Ventana infancia nutrición y seguridad alimentaria de carácter integral en la zona RAAM de Nicaragua. Partiendo de las lecciones aprendidas de este trabajo se apoya al Gobierno en el diseño de la estrategia a nivel nacional sobre soberanía y seguridad alimentaria en el marco del cambio climático.

Las intervenciones tienen que ser simultáneas y coordinadas. Por ejemplo en los servicios de salud: prueba VIH y atención durante embarazo de la adolescente; pero también otras acciones que no pertenecen al Ministerio de Salud como agua y saneamiento, educación, protección social y producción agropecuaria, por lo que se requiere acciones intersectoriales con corresponsabilidad de todos los sectores.

Para que esto sea posible es necesario el desarrollo de capacidades que implica:

- Capacitación al personal
- Estrategias de comunicación
- Enfoque de género y corresponsabilidad
- Participación de sector privado (impuestos para redistribuir los beneficios a los pobres)
- Sector empresarial puede poner en el mercado productos accesibles y saludables, dentro de las empresas promover estilos de vida saludable, mejorar las condiciones laborales, los salarios, crear entornos “para tener” los niños y permitir a las mujeres amamantar a sus hijos
- Monitoreo de las intervenciones
- Mejorar los sistemas de vigilancia en las comunidades
- Compromiso de UNICEF para Nicaragua con enfoque de derechos

Sr. William Hart

Representante, Programa Mundial de Alimentos, Nicaragua

El Sr. William Hart comenzó su comentario estableciendo que la malnutrición del niño pequeño es un problema grave y complejo. Destacó las persistentes inequidades sociales en la región y cómo las crisis alimentaria y financiera enfrentadas en los últimos años han agravado aún más la dimensión de los problemas de malnutrición infantil. A continuación un resumen los puntos abordados:

La deficiencia de micronutrientes y la desnutrición crónica están entre los principales retos que enfrenta la Región. Estas afectaciones provocan mayor morbi-mortalidad infantil y limitan las capacidades motoras, cognitivas y socio-emocionales de los niños y niñas, dificultan el aprendizaje y aumentan el abandono escolar, lo que en el futuro afecta

el ingreso y el desempeño en el mercado laboral, perpetuándose de esta manera el ceпо del hambre y la pobreza.

Nicaragua hace grandes esfuerzos para enfrentar la desnutrición. Desde PMA, y en conjunto con hermanas agencias del Sistema de las Naciones Unidas, se ha brindado acompañamiento al MINSA y a otras instituciones de Gobierno para desarrollar programas dirigidos a la reducción de la desnutrición.

El Plan Nacional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil”, que reúne un conjunto de intervenciones dirigidas a atender la salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años y de las mujeres, es uno de estos esfuerzos.

El MINSA implementa el Plan en el marco de la estrategia nacional que forma parte de la respuesta del Gobierno a los problemas de inseguridad alimentaria y nutricional que sufre Nicaragua, al igual que otros países de la región.

Con el año 2010 da comienzo otra iniciativa que redundará en una mejor condición de salud y nutrición en el hogar, y en especial de los niños y niñas pequeños; la más reciente iniciativa del MINSA: la formulación del “Plan Nacional de Micronutrientes 2010-2015”, que integra las acciones para el abordaje de las deficiencias de micronutrientes en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

Otras iniciativas importantes son las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos”, elaboradas por primera vez en Nicaragua, que orientarán la consejería nutricional; la implementación de los “Nuevos Estándares de Crecimiento y Desarrollo Infantil”, y por supuesto, la promoción de la lactancia materna, que es uno de los ejes transversales en cada iniciativa nacional.

No es posible olvidar, desde ningún punto de vista, la importancia que representan los alimentos complementarios fortificados en aquellas poblaciones donde la más urgente necesidad es contar con alimentos adecuados y suficientes. En el “Mapa de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional” se identifican 61 municipios en condición de extrema y muy alta vulnerabilidad.

Esto significa que en muchos de los hogares de esos municipios los ingresos no son suficientes para adquirir los alimentos esenciales para toda la familia. Eso también significa que fenómenos naturales recurrentes, como sequías e inundaciones afectan el acceso y la disponibilidad de los alimentos, y quienes más sufren siempre son los niños, niñas y las mujeres.

El PMA apoya los esfuerzos que realiza el MINSA para atender a la población más vulnerable. En conjunto con el Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR) se proporciona alimentos enriquecidos con micronutrientes a los niños y niñas de entre 6 y 36 meses que se encuentran en riesgo nutricional y a las mujeres embarazadas y lactantes.

Los equipos de trabajo del MINSA y del MAGFOR proveen la atención médica, inmunizaciones, la consejería nutricional, el trabajo logístico del traslado y entrega de los alimentos y el monitoreo del programa, que garantiza a estos niños pequeños contar con

alimentos nutritivos en una de las etapas más cruciales de la vida: la etapa llamada “ventana de oportunidades”.

Se enfatiza en la importancia del abordaje agregado de las intervenciones de nutrición, salud, desarrollo integral del niño y la mujer, que implica el fortalecimiento del personal de salud y del nivel comunitario en temas críticos como la nutrición de las embarazadas, la lactancia materna exclusiva y continuada, la alimentación complementaria, el abordaje de las deficiencias de micronutrientes y la vigilancia nutricional. Entre las acciones que deben ser fortalecidas están aquellas que producen un impacto en la nutrición del niño pequeño y de la familia en general, como son el acceso a la educación, al agua segura y saneamiento básico.

Se apunta a la promoción de acciones de protección social, con enfoque de derechos humanos, como un mecanismo efectivo de política social para proteger a las personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad a la pobreza, a la desnutrición, a la exclusión social, a la discriminación y al estigma.

Las poblaciones indígenas, afro-descendientes y personas con VIH deben ser participantes activos dentro de estas acciones para la reducción de la inequidad y para su inclusión social.

Se reconoce y expresa admiración por el rol que desempeña el personal de salud para la promoción de la nutrición del niño pequeño.

Se agradece a todos los participantes por su interés en formar parte de este gran equipo de trabajo que durante cuatro días debatirá importantes temas que tienen como objetivo lograr que los niños y niñas pequeños estén sanos, bien nutridos y listos para el largo camino que les toca recorrer.

Dr. Jorge Prospero

Representante, Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua

El Dr. Jorge Prospero felicitó a la Dra. Lutter por su excelente presentación y también a los comentaristas de UNICEF y PMA. Prosiguió:

Se ha podido compartir una iniciativa muy concreta para trabajar con los países en el tema de nutrición. Este tema requiere un abordaje individual a través de los servicios de salud y un abordaje desde los determinantes económicos y sociales. Se enfatiza que la educación de la madre es importante para la nutrición y salud. Sin embargo, detrás de esto hay otros factores subyacentes y determinantes que condicionan que la madre tenga o no cierto nivel educativo. ¿Qué sucede con el interés, con la etnia y con las inequidades?

OPS ha lanzado el documento de la Alianza Panamericana por la Nutrición y Desarrollo para el Logro de los ODM. El documento plantea compromiso de las agencias de UUNN, plantea premisas moduladoras consideradas en el diseño de intervenciones individuales:

- Modificar los determinantes en áreas geográficas en riesgo (en el caso de Nicaragua en 61 municipales más pobres)
- Sustituir el enfoque unisectorial, por uno multisectorial con participación de gobierno, sector privado, organizaciones sociales de base, municipalidades, ONGs, etc.
- Construir un marco institucional adecuado desde el nivel local, nacional y regional (hay que llegar a los niveles locales, allí están las sedes de las instituciones)
- Identificar intervenciones integradas y sostenibles a partir de datos fiables existentes en las distintas áreas de acción, desarrollarlas, monitorearlas y evaluarlas de modo unificado y no fragmentado. Hay que preguntarse ¿Qué le pasa a la mujer que lacta? ; en los contextos sociales, en las relaciones y en el trabajo. ¿Qué se hace para que ella pueda cumplir con esa misión?
- Identificar el escenario geo-demográficos para el desarrollo de dichas intervenciones.

“Los invito a que a nivel individual pensemos en el contexto de los determinantes sociales que facilitan, permiten o impiden muchas veces el desarrollo de esas intervenciones y también planifiquemos intervenciones que nos permitan abordar los determinantes sociales que nos lleven a mejorar la nutrición de los niños y las mujeres embarazadas”.

RESUMEN DE LA MODERACIÓN DEL PANEL PRINCIPAL

Nicaragua tiene un enfoque comunitario, se destaca que se necesita compromiso en la lactancia materna y su enfoque con la nutrición, así como en el ámbito comunitario de la familia y la comunidad. La madre y la familia tienen conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna pero hay una brecha que es necesario cerrar entre el conocimiento y la práctica.

Otro factor importante es la solidaridad, ¿qué pasa con la madre? ¿Cómo apoyarla en cuanto a dónde guardar la leche, la madre trabajadora, etc.? El Programa Hambre Cero debe estar vinculado a la nutrición de la familia. Se necesita una mesa permanente de la nutrición y la lactancia materna.

REPOSICIONANDO LA LACTANCIA MATERNA DE DIVERSAS MANERAS

Uno de los temas centrales de la reunión fue la lactancia materna, sobre la cual se analizaron y discutieron 5 aspectos: Estrategias efectivas para mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria; la promoción de la lactancia materna en la atención primaria; la revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN); el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna; y la alimentación infantil en el contexto de VIH/SIDA.

ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Dra. Nuné Mangasaryan, UNICEF, Nueva York

La Dra. Nuné Mangasaryan se dio a la tarea de presentar una serie de experiencias exitosas en el mejoramiento de la lactancia materna. Inició su presentación haciendo referencia al “Informe de Nutrición Global” publicado por UNICEF en el año 2009.

De acuerdo con este informe todas las regiones del mundo están experimentando cambios en la prevalencia de desnutrición crónica. En el caso de América Latina la prevalencia bajó de 22% a 14% entre 1990 y 2008. También hay noticias alentadoras para el caso de la lactancia materna exclusiva, como es el caso de Colombia y Perú en la región donde la prevalencia de LME aumento en un 30%; de 11% a 47% en el caso de Colombia (entre 1995 y 2005) y de 33% a 64% para el caso de Perú (entre 1992 y 2007). La iniciación temprana de la lactancia materna se encuentra en un 48% (todas las regiones del mundo, excluyendo China); la cual se esperaría llegar a un 100% (fuente: MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2003 -2008).

Es importante destacar los factores determinantes para el éxito a nivel nacional en la implementación de la “Estrategia para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño” (lactancia materna y alimentación complementaria):

- La implementación a escala con abordaje amplio y exhaustivo aplicada a todos los componentes (la mayoría de los países no impulsan todos los componentes, ni realizan implementación a escala).
- La **promoción, la protección y el apoyo** a la lactancia materna necesitan “ir de la mano”.
- El enfoque con resultados a corto plazo para lograr objetivos de “fácil alcance”
- Trabajar de manera integrada: lactancia materna y alimentación complementaria de forma coordinada.

En un enfoque amplio de intervención sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño debería abarcar los siguientes niveles:

- Acciones a **nivel nacional** (políticas, legislación, planificación, presupuesto, monitoreo y evaluación).

- **Servicios de Salud**, fortaleciendo la capacidad de los servicios de salud para apoyar adecuadamente la alimentación del niño pequeño.
- **Comunidad**: Fortaleciendo la comunidad para brindar adecuado apoyo a la alimentación del niño pequeño.
- **Abogacía y comunicación**: para el comportamiento y cambios sociales.
- Alimentación del niño pequeño en **situaciones difíciles**; incluyendo VIH y emergencias.
- **Integración**: de acciones en programas e iniciativas existentes.(inmunización, VIH, salud neonatal entre otros).

A través de estos niveles deben existir vínculos fuertes de trabajo que incluyan:

- Armonización a todos los niveles (mensajes, capacitación a prestadores de servicios) nacional, regional, municipal, facilidades de salud, comunidades y familias.
- Estrategias nacionales, directrices y mensajes usados por los gobiernos, asociaciones profesionales y ONG.
- Flujo de información de lo nacional a la comunidad y de la comunidad y al nivel nacional; apoyo a las comunidades y familias y múltiples canales de comunicación.

Los países tienen que elaborar un plan nacional de acción marco para trabajar en el campo de la alimentación del lactante y niño pequeño. Los componentes de dicho plan incluyen:

1. Nivel Político

- Política nacional de nutrición y alimentación del niño pequeño.
- Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna.
- Legislación para proteger los derechos de madres trabajadoras.
- Sistemas de educación (en todos los niveles y no solamente en escuelas de nutrición o medicina).
- Convención de los Derechos del Niño como un instrumento legal para proteger, promover y ayudar en la alimentación del lactante y niño pequeño.
- Estándares de maternidad.

2. Servicios de Salud

- Fortalecimiento de la capacidad de los sistemas y servicios de salud para ayudar apropiadamente en la alimentación del lactante y niño pequeño.
- Educación mejorada desde la formación de los técnicos y profesionales de la salud que requiere el mejoramiento de currícula.
- Protocolos para la Atención Primaria en Salud (APS) y desarrollo de capacidades.
- Sostenibilidad de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Niñez (IHAN). Se necesita contar con un mecanismo para capacitar a nuevos empleados,

protocolos hospitalarios de monitoreo y reportes, procedimientos estandarizados de operación, entre otros.

- Apoyo en la supervisión a nivel comunitario.

3. Nivel comunitario

El nivel comunitario es fundamental en un plan de acción bien estructurado. Tenemos las lecciones aprendidas de un estudio realizado en 10 países que se presentan en el documento: "Learning from Large-scale Community Based Programs to Improve Breastfeeding". Para tener una muestra representativa se seleccionaron países de diferentes características, países con éxito y otros con menos éxito. Las acciones a este nivel deben orientarse de la siguiente manera.

- Fortalecimiento de la comunidad para ayudar en la alimentación del niño pequeño.
- Obtener el compromiso y el apoyo político.
- Establecer un enlace con la comunidad.
- Trabajar con personal comunitario de salud y otros voluntarios responsables de intervenciones de promoción de la salud y nutrición. Hay que asegurarse que ellos tienen tiempo, incentivos, supervisión y apoyo.
- Desarrollar capacidades en los trabajadores comunitarios de salud y otros voluntarios. Al corto plazo enfoque en habilidades de comunicación, negociación y consejería y prácticas reales con madres y otros miembros de la familia.

4. Abogacía y comunicación efectiva

- Establecer las prioridades políticas, influenciar normas comunitarias y mejorar las prácticas del hogar.
- Usar "**comunicación para el cambio de comportamiento**" para cambiar conductas individuales y colectivas.
- Programas exitosos a largo plazo usan una combinación de actividades y múltiples canales para influenciar el comportamiento a diferentes niveles.

5. Elementos claves para una estrategia exitosa de comunicación para el cambio de comportamiento

- Evaluación del comportamiento.
- Habilidades de consejería y comunicación para trabajadores de la salud y comunitarios.
- Materiales y mensajes consistentes, entregados frecuentemente y reforzados por los proveedores de salud y personal voluntario de las comunidades para estimular un cambio sostenible.
- Exposición múltiple de audiencias específicas a mensajes a través de medios de comunicación apropiados.

- Movilización social y apoyo social, ejemplo grupos de apoyo a madres.
- Mensajes de promoción de acciones viables y uso de gráficos de áreas obtenidos de las Encuestas de Demografía y Salud.

Se puede apreciar en el caso de Cambodia, y su aumento en la prevalencia de LME de 11% a 60% en 5 años (1999-2000). Solamente tuvieron que eliminar el uso del agua para lograr un cambio significativo.

¿Cuáles fueron los factores de éxito en Cambodia?

Política exhaustiva y plan de inversión para la alimentación del niño pequeño que incluye:

- Comunicación
- Capacitación de los trabajadores de la salud
- Desarrollo de currícula para el mejoramiento de la educación desde la formación de los técnicos y profesionales de la salud
- Apoyo para la IHAN e iniciativa comunidad amiga de los bebés

Lecciones aprendidas:

- Implementación de actividades en la comunidad, campañas masivas a nivel nacional y mensajes coordinados con énfasis en “no dar agua a los niños” sentó las bases para un cambio positivo de comportamiento
- Integración de la promoción de lactancia materna en la estructura de muchos programas (salud reproductiva, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), prevención de la transmisión VIH madre-niño, entre otros).
- Una amplia gama de capacitaciones sobre nutrición creó oportunidades para llegar a las mujeres y sus hijos
- Extensa participación e involucramiento de diferentes socios contribuyó a incrementar el alcance y la escala

Un caso sobresaliente de la región es Guatemala, que del año 1995 al 2002 aumentó de 46 a 51% la LME en menores de 6 meses.

La clave para mejorar la LME puede ser la reducción de prácticas inadecuadas de alimentación como:

- Alimentación con leche líquida
- Alimentación con leche de fórmula
- Introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad

6. Integración

La estructura de muchos programas ofrece oportunidad para ayudar y promover la lactancia materna en la comunidad.

- Estudios de caso ilustran que la promoción de la lactancia materna pueden darse con programas enfocados en la alimentación del niño pequeño, sobrevivencia infantil, cuidado del recién nacido, AIEPI comunitario, promoción y monitoreo del crecimiento y desarrollo social.
- Varias estructuras y estrategias representan diferentes caminos para llegar al mismo destino - sobrevivencia infantil, crecimiento y desarrollo que usándolos simultáneamente mejoran potencialmente su impacto.
- Al mismo tiempo mejorando las prácticas de lactancia materna se adiciona valor a todos estos programas y sus resultados.

Elementos claves en la planeación para llevar a cabo los programas de alimentación del lactante y del niño pequeño a escala:

- Tener visión de escala desarrollando todos los componentes.
- Evaluar la implementación de los componentes existentes y sus brechas.
- Contar con mapa de cobertura del sistema de salud y la comunidad y una propuesta de proyecto de escala.
- Evaluar propuestas efectivas y experiencias con estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento y movilización social.
- Identificar prioridades para acción inmediata basada en un buen análisis e intervenciones objetivas.
- Asegurar lazos fuertes a través de todos los niveles y armonizar materiales y mensajes.

En Perú se tomaron tres mediciones de la evolución de la alimentación del lactante y niño pequeño en los años 1992, 2000 y 2004. En este tiempo la reducción de las prácticas como: la alimentación con líquidos que no son leches, la introducción temprana de la alimentación complementaria y la terminación temprana de la lactancia hicieron la diferencia en Perú. Futuras ganancias serán posibles si se reduce el uso de leche de fórmula.

Intervenciones adicionales recomendadas para la alimentación complementaria:

- Guía de principios e indicadores
- Uso óptimo de los alimentos locales disponibles: viabilidad, asequibilidad, aceptabilidad.

Evaluación de la alimentación actual:

- Mejorar la viabilidad de los alimentos locales
- Mejorar el acceso y la asequibilidad
- Focalizar según la seguridad alimentaria y la situación de pobreza
- Protecciones, transferencias efectivas, y asistencia específica para familias vulnerables y niños menores de 2 años

Si hay falta de micronutrientes:

- Suplementos de micronutrientes múltiples
- Alimentos complementarios fortificados
- Brindar alimentos suplementarios listos para usar.

En la reunión del Consenso Global sobre Indicadores de Alimentación del Niño Pequeño celebrada en noviembre de 2007, se destacaron los 8 indicadores centrales para la

evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, siendo las siguientes:

1. Iniciación temprana de la lactancia materna
2. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad
3. Lactancia materna continuada hasta un año de edad
4. Introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos o alimentos suaves.
5. Frecuencia mínima entre comidas
6. Diversidad mínima de la dieta
7. Dieta mínima aceptable
8. Consumo de alimentos ricos en hierro o alimentos fortificados

¿Por qué algunos países tienen estancamientos y además tendencias negativas?

- Falta de focalización de los programas nacionales de nutrición en alimentación del lactante y niño pequeño
- Baja cobertura de actividades
- Propuestas no exhaustivas o claras
- Falta de institucionalización de ciertas actividades. Por ejemplo, IHAN
- Diseños de programas no basados en evidencia y el contexto del país.
- Capacitación deficiente
- Ausencia de focalización en la solución de problemas y falta de habilidades de consejería y comunicación
- Capacidades insuficientes en el sistema de salud y débil vinculación con trabajadores de salud comunitarios
- Sobrecarga en los trabajadores comunitarios
- Falta de monitoreo y supervisión orientadora. Como consecuencia se observan comportamientos sub-óptimos, incompletos y no sustentables

La LM y la alimentación complementaria se vuelven especialmente importantes cuando hablamos de casos de emergencias o riesgos como el VIH. En este caso debemos sopesar los riesgos para mujeres VIH-positivas. Por un lado, la práctica de lactancia materna sin la adecuada consejería incrementa el riesgo de transmisión del VIH (es posible alcanzar rangos muy bajos de transmisión). Por otro lado, el suspender a la ligera la práctica de lactancia materna incrementa el riesgo de mortalidad, enfermedades infecciosas y malnutrición.

Para los casos de los niños que se encuentran en situación de emergencias corresponde hacer abogacía y brindar apoyo para la alimentación del niño pequeño en emergencias. Para ello se cuenta con algunos recursos como la: “Guía sobre alimentación del niño pequeño en emergencias” y módulos de entrenamiento relacionado (IFE/OPS, 2007).

Es importante trabajar simultáneamente programas de tratamiento y prevención de la nutrición. Así como se prioriza los programas para proveer tratamientos para los niños con desnutrición aguda severa (SAM) y moderada, es también importante implementar acciones para prevenir SAM, incluyendo:

- Alimentación del niño pequeño

- Cuidados de salud
- Higiene
- Salud

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: IHAN Y LOS OTROS CENTROS DE SALUD CON ENFOQUE DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD

Lic. Ninoska Cruz, Ministerio de Salud, Nicaragua

La Lic. Cruz presentó el caso estudio de Nicaragua en la promoción de la lactancia materna en atención primaria de salud. Inició su presentación destacando que “La clave para mejorar las prácticas de lactancia materna es brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día”.

“La lactancia materna es el corazón de la seguridad alimentaria, de la economía, de los recursos naturales, de la sostenibilidad, de las comunidades del medio ambiente y del futuro de las personas y de nuestro planeta”.

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) tiene un entorno favorable para la LM puesto que en cada una de las leyes y políticas del sector salud se tiene implícito el tema de LM:

- La Ley General de Salud
- La Ley General de LM que incluya la promoción, protección y regulación de los sucedáneos de la leche materna
- La Política de salud, donde una de sus estrategias es la promoción de la lactancia materna
- La Comisión Nacional de Lactancia Materna integrado por organismos de sociedad civil, el estado e instituciones privadas)
- Los Planes de salud a corto y mediano plazo. Se están implementando modelos de salud familiar y comunitaria (MOSAFC), que tienen como objetivo fundamental que el personal de salud vaya a la comunidad a buscar a las mujeres y los niños
- El Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal
- El Plan Nacional de Erradicación de Desnutrición Crónica Infantil
- El Plan Nacional de Micronutrientes.

Todos ellos tienen un componente en donde la lactancia materna es uno de sus ejes fundamentales.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) es integral, donde el hospital no está aislado del centro de salud y el centro de salud no está aislado de la comunidad y la comunidad no está separada de lo que es el contexto de la salud familiar y comunitaria.

El medio ambiente tampoco puede estar separado en la realidad de vulnerabilidad en Nicaragua. La Comisión Nacional de Lactancia Materna está enmarcada en la LEY N° 295 sobre “promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna” de la cual aun falta la reglamentación.

El marco legal como país, en el tema de lactancia se apoya en la Convención de los Derechos del Niño, el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Código del Trabajo de Nicaragua, la Ley del Seguro Social, en el cual establece que se tiene el subsidio de lactancia. A pesar de este marco legal algunos artículos no se cumplen, por lo que se está en negociación para lograr el cumplimiento de éstos. Hay otros convenios importantes, por ejemplo con las “Universidades Amigas de la Niñez y de la Madre”.

La LME ha aumentado en 3% (1993-2007) de 29 a 31% (ENDESA, 2007). La misma encuesta evidencia que un 94% de los niños nacidos en 2007 al menos una vez recibieron lactancia. Actualmente en el país se cuenta con 21 hospitales de los cuales 18 están acreditados y certificados como “Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre”, lo que corresponde al 85%. Un logro destacado es la erradicación de biberones en las salas de neonatología y pediatría. El tema de biberones, no es de coerción ni de presión sino de sensibilización. Es importante hacer más sensibilización con el personal, estar convencidos, primero el personal que va a dar consejería para luego convencer a la madre.

La iniciativa de “Unidades Amigas de la Niñez y de la Madre” es una adaptación de los Diez pasos Hacia una Lactancia Exitosa en la atención primaria de salud, sin alterar mucho los pasos internacionales, se presentan a continuación:

1. Tener normas de lactancia materna y ponerlas por escrito en todos los servicios del centro de salud y puestos y que sea sistemáticamente comunicada al personal de la institución.
2. Capacitar a todo el personal de salud para implementar esta política en los otros componentes de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia.
3. Enseñar a las mujeres embarazadas y del post-parto los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Estimular a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora siguiente al parto
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia natural aun cuando deban separarse de sus hijos.
6. Estimular la no administración a los menores de 6 meses de alimentos y bebidas que no son leche materna, salvo en casos de que exista razones médicas.
7. Promover el alojamiento conjunto madre-hijo.
8. Fomentar la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta el sexto mes y su prolongación hasta los dos años.
9. No promover el uso de biberones, mamilas, consoladores y otros objetos artificiales para succión a los niños amamantados.
10. Promover la creación y establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna.

11. Erradicar la práctica de la distribución gratuita e indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna.

La Iniciativa fue acreditar los Sistemas Locales de Atención Integral, SILAI. Cada SILAI tiene un número de centros de salud y puestos médicos, y para su acreditación al menos el 80% de los centros y puestos de salud deberían estar cumpliendo con los 11 pasos. Los logros son:

- Acreditados 12 de los 17 SILAI
- 129 de los 153 centros de salud municipales
- 563 de los 850 puestos de salud

En esta iniciativa se han elaborado materiales para los centros de salud con el apoyo técnico y financiero de UNICEF. En todo este trabajo es necesaria la contraparte comunitaria, y contar con la red de consejeras en lactancia materna, (los hombres son parte de grupos de apoyo). La red de colaboradores abarca: parteras, 3,000 consejeras con apoyo al MINSA y otros aliados (NicaSalud, Visión Mundial, Soy Nica, etc.). También se cuenta con la Red de Casas Maternas para mujeres con poco acceso a servicios de salud para que permanecen allí hasta el momento del parto, al mismo tiempo que reciben capacitación.

Los temas para la formación al personal fueron seleccionados de acuerdo a los resultados de las investigaciones de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, esta formación ha consistido en:

- Capacitaciones a las consejeras de LM
- Manual para consejeras de grupos de apoyo a la LM (metodologías participativas)
- Comunicación interpersonal efectiva y creativa

Intervenciones Conjuntas

- Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños
- Centros de Salud Amigos con los 11 pasos, promoción y educación
- Grupos de Apoyo: mujeres de la comunidad organizadas, SOYNICA, CME, Visión Mundial, Alianza pro LM
- Celebración de Feria Nacional de Lactancia Materna
- Celebración de Semana Mundial de LM
- Normativa que en las Escuelas se celebre la Semana Mundial de la LM. En algunos textos, ya se incluye la lactancia materna.
- En los SILIAS se promueve la LM contándose con dos acreditados: Mozonte y El Jicaral
- En el Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS) trabajando una opción para el subsidio de lactancia, para no entregar botes de leche
- Asociaciones de profesionales de nutricionistas, enfermeras y trabajadores sociales trabajando con lactancia materna

Desafíos para los modelos de salud familiar y comunitaria

- Fortalecimiento de las capacidades de la red de consejeras
- Desarrollo de capacidades en las comunidades
- Fortalecer participación ciudadana
- Fomentar el intercambio de experiencias
- Fortalecimiento sectorial
- Articulación institución-comunidad
- Monitoreo y seguimiento
- Promoción y comunicación (eje transversal)
- Solidaridad humana

Discusión y Preguntas**Para Dra. Nuné Mangasaryan:**

1. ¿Qué se hará sobre el tema de partos no institucionales?

Respuesta: Es una discusión importante. El desafío es asistir a todas las madres y buscar otras estrategias para apoyar a estas madres. No se puede dejar IHAN. No se debe crear un doble estándar y tener IHAN tanto como estrategia para los partos en el hogar. El sistema de salud necesita apoyo. En Ghana hay una iniciativa comunitaria para apoyar la LM en la comunidad. La idea no es solamente en hospitales sino en la comunidad para lo cual la OMS está produciendo materiales para cuidado neonatal en la comunidad.

2. ¿Qué hacer después de que la madre y niño sale del hospital? Es común que cuando se da el primer contacto con la atención primaria de salud ya han dando agua u otra cosa.

Respuesta: El periodo neonatal es muy importante, la APS es trascendental, ¿quién cuida a los infantes? Se necesita capacidad en la comunidad para apoyar a las madres durante el periodo neonatal.

3. Sobre el uso de comunicación con enfoque de facultar para el cambio de comportamientos y no solamente para dar “información”

Respuesta: La comunicación tiene que asegurar que resulta en cambios de comportamiento. ¿Cuál es la razón de comportamientos específicos? Por ejemplo las madres trabajadoras no pueden dejarlos, algunas veces por sus creencias, otras por circunstancias fuera de su control que necesitan ser cambiadas. Se necesita dialogar con la madre, hacer una pre-evaluación y dirigir la comunicación hacia comportamientos específicos. Es útil el uso de “tips” para cambiar los comportamientos. .

4. En el caso de la experiencia de Ghana, ¿qué pasó con los indicadores de nutrición?

Respuesta: Ghana ha mejorado la LM, pero la AC es todavía un problema. La calidad de la alimentación es un problema que no fue posible medir antes

de los nuevos indicadores. La calidad de la dieta es un indicador muy importante para reducir baja talla. Etiopía tiene 40% de baja talla. Solamente 3% están adecuados en el indicador de la dieta variada.

5. ¿Qué mecanismo hay para controlar la norma en los hospitales ya acreditados como Hospital Amigo del Niño, cuando persisten problemas con el biberón? . ¿Quién controla que se cumpla la norma?

Respuesta: La acreditación no es suficiente. Es necesario monitorear y reportar los sistemas. Los resultados positivos en los hospitales impactan la mortalidad neonatal y esto está unido a una mejor lactancia materna, por lo que hay necesidad de coordinar esfuerzos para maximizar el impacto de la lactancia y hospitales amigos; y tener una mejor abogacía alrededor de esto. Necesitamos mecanismos de control, conocer que está pasando en los establecimientos de salud. Es esencial el monitoreo y cumplimiento del Código. A pesar de que la lactancia materna es el mejor alimento, es el que tiene el peor mercadeo.

6. ¿Existe alguna incompatibilidad entre resultados inmediatos y los programas a escala?

Respuesta: El enfoque de resultados inmediatos no es incompatible con programas a escala. El ejemplo de Cambodia, donde se han dirigido a una práctica específica (eliminar agua u otros líquidos). Fue hecho a escala y exhaustivo pero también fue de resultados inmediatos. Incluido en la currícula, sistema de salud, estrategias de comunicación, etc. Hacer cumplir el Código es indispensable para regular. El sistema está allí, pero necesita ser usado.

Para Lic. Ninoska Cruz

1. ¿Qué pasa con las tasas de LM? Llamó la atención de que a pesar de tantos avances las prevalencias de LME no suben? Son bajas comparadas con otros países. ¿Cuál es la reflexión del grupo nacional sobre esto?

Respuesta: El ataque de la industria era menor en el pasado. Antes hubo un mejor monitoreo y sanciones. Es importante el monitoreo constante aún en los hospitales acreditados, (que no sepan los directores). Falta de vigilancia por el Gobierno en los sistemas de salud y la comunidad. La sensibilización es importante. Todavía hay médicos que recetan fórmula, madres trabajadoras, se necesita una educación masiva, hay que tocar otros sectores, hacer movilización social. La entrega de fórmula a infantes con madres VIH+ ha sido una entrada para los sucedáneos, el resultado del divorcio entre los programas de VIH y lactancia materna. Las donaciones de leche son prohibidas.

La industria ha avanzado en Nicaragua y hay una promoción de otros alimentos. En los hospitales privados no hay alojamiento conjunto. No basta que un establecimiento esté acreditado, que es un paso importante de valor social. Pero últimamente la madre decide con influencia de la familia, de la comunidad, etc. El MINSA es un actor, pero no el único actor. ¿Cómo damos las condiciones para que las madres puedan amamantar, incluyendo la

protección a la madre trabajadora. Lo que hace falta es mercadeo de la LM con un presupuesto adecuado. Estimulación temprana es un eje del MINSA y vinculado a la LM. La importancia de la Comisión Nacional de LM en Nicaragua. Espacio de planificación, monitoreo, etc. Necesidad de reactivar la Comisión.

El tema de las brechas en las comunidades. Voluntarias para promover el parto institucional o cuando hay partos en casa hay una referencia pronta. El problema está vinculado con el neonato, mortalidad neonatal y materna. En el espacio hay que ampliar la estrategia al ámbito comunitaria. Nuestros programas integrales de nutrición, enfoque en la consejería; los problemas son en la primera hora, día y semana de nacidos.

REVITALIZACIÓN DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO

Dra. Constanza Vallenas, Asesora OMS, Ginebra

La Dra. Constanza Vallenas se dio a la tarea de hablar sobre la revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. La IHAN viene implementándose desde hace 17 años y continúan los esfuerzos por mantenerla y apoyar a los países a desarrollar sus propios caminos para brindar consejería y apoyo a las madres, sus familias, comunidades y personal de salud en contacto con ellos.

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) es un movimiento mundial liderado por el Fondo de la Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), creado en 1991, para dar a cada niño o niña el mejor comienzo en la vida a través de la atención en salud donde la lactancia materna es la norma.

La LME es la medida preventiva más importante para prevenir la muerte infantil en niños menores de 5 años, este indicador se reduciría en un 13% si se lograra que todos los niños menores de 6 meses tuviesen LME.

En un estudio no randomizado de casi 11,000 niños, en el 2006, se puede apreciar como el iniciar la LM durante la primera hora de vida ayuda a reducir la muerte neonatal. El riesgo de muerte en el periodo neonatal se duplica o triplica en directa relación con el retraso en el inicio de la LME, por ello, es absolutamente importante iniciar la LME de manera precoz.

Metas de la IHAN:

- Transformar los hospitales y salas de maternidad a través de la implementación de los "Diez Pasos para una Lactancia Exitosa"
- Terminar con la distribución gratuita o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna en hospitales o maternidades

Hubo un rápido avance en el número de Hospitales Amigos de los Niños pero luego se detuvo y algunos países ya están inclusive con una implementación absolutamente atrasada. En la región a partir del 2005, hay 1567 IHAN y entre todos destaca El Salvador,

aunque estos datos no necesariamente están actualizados para todos los países. Es posible y necesario contar con información reciente proporcionada por cada país.

El paquete de la IHAN ha sido adecuado a las condiciones actuales, en un intento por:

- Reflejar conocimientos y experiencias nuevos
- Apoyar la implementación del Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna
- Incluir el apoyo a madres que no amamantan
- Proporcionar módulos sobre:
 - Atención amigable a la madre
 - VIH y alimentación infantil
- Proporcionar orientación para el monitoreo y la reevaluación

El material está ordenado en 5 módulos, y cada país a su vez lo puede o debe adaptar a su realidad; donde se puedan incluir particularidades de cada país. Sin embargo, cada modificación, introducción debe estar adecuadamente sustentada;

El contenido consta de:

- i. Antecedentes e implementación
- ii. Curso para tomadores de decisiones, lo que era el curso de 8 – 12 horas
- iii. Curso de 20 horas para el personal de la maternidad, que busca que el personal de salud aprenda como ayudar a la madre a brindar lactancia materna de forma precoz, aprenda los 10 pasos, e incluye VIH y la atención a las madres que no amamantan por cualquier razón, la consejería el apoyo siempre son importantes
- iv. Auto evaluación y monitoreo del hospital, con un enfoque de conocimientos, actitudes y prácticas del personal y madres, que han sido revisados para reflejar la evidencia reciente, con énfasis en el Código y apoyo a las madres que no amamantan. Incluye módulos de atención a la madre de manera amigable y VIH. Una novedad es que ya no se es tan rígido para el momento del inicio del amamantamiento, pues no todos los bebés están listos para lactar inmediatamente nacidos; el rango es bien amplio. Se hace más énfasis en el contacto piel a piel
- v. Evaluación y reevaluación externas, de circulación restringida, sólo para los coordinadores nacionales y los evaluadores externos por evidentes razones

La OPS tradujo y publicó el paquete de la IHAN al español, Brasil lo tradujo al portugués y Perú acaba de terminar su adaptación.

En materia de modificaciones, por ejemplo, en cuanto al Paso 6 que dice “no dar suplementos a menos que sean médicamente indicados”, se ha tenido que actualizar las razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna. Al identificar condiciones más específicas, el presente listado intenta reducir las prescripciones médicas erróneas de sucedáneos. También se hace un listado de las condiciones que preocupan al personal de salud pero que no son razón para dar sucedáneos.

La publicación de esta nueva guía ha demorado, debido a que los lineamientos actuales de la OMS son más estrictos en el tema de sustentar con bases científicas cada una de las pautas que se publican bajo su nombre y la lista del paquete IHAN es precisamente un compendio de pautas.

Otra novedad es que la IHAN plantea opciones de expansión:

- Comunidades amigas del niño
- IHAN y Programa Prevención de Transmisión Madre Niño del VIH
- Atención amigable a la madre
- Unidades de Cuidado Intensivo Amiga del Niño
- Servicio pediátrico amigo del niño
- Alimentación complementaria amiga del niño

Así como el retardo en talla no debe estar centrado sólo en un aspecto, la IHAN es parte de una estrategia más grande. La LM no debe ser solo vista dentro del hospital, es un proceso que debe durar más tiempo, debe ir más allá, salir a la comunidad, contemplar aspectos como la realidad de las mujeres que trabajan, hacer incidencia en otros sectores y ministerios, como los de economía, hacienda para dar – por ejemplo - incentivos económicos a las mujeres que dan de lactar de manera exclusiva, entre otros.

Las metas operacionales que se suman a la Declaración de Innocenti son:

- Asegurar que el sector salud y otros sectores protejan, promuevan y apoyen: la LME y continuada; la alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada, en tanto se continúa con la lactancia materna
- Proporcionar orientación sobre alimentación en situaciones excepcionales como VIH y emergencias
- Asegurar que cada establecimiento que proporciona servicios de maternidad practique en su totalidad los Diez Pasos

En resumen, hay que trabajar por mantener viva la Iniciativa; sostener el progreso alcanzado a la fecha; asegurar la calidad y adherencia a los criterios globales paralelamente a los nacionales; mantener el enfoque de calidad y mostrar efectividad en el impacto en salud, documentando las experiencias para que sirvan de instrumento para el respaldo técnico y económico de la IHAN.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=927&Itemid=929

CÓDIGO INTERNACIONAL DE LOS SUCÉDANOS DE LA LECHE MATERNA

Dra. Vilma Pop, Universidad Galileo, Guatemala

En su presentación la Dra. Pop abordó el tema del Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna. Como parte de su presentación enfatizo su importancia, pasos y abordaje político necesario.

¿Por qué es tan importante el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna?

- Porque el consumidor no decide por si mismo
- Los bebés reciben lo que les den
- Existe una influencia comercial y cultural grande
- Porque los padres y madres siempre quieren lo mejor para sus hijos e hijas.

La doctora Pop presentó una foto titulada: Nuestros bebés HOY

“La propaganda engañosa sobre alimentación infantil debería ser castigada como la forma más criminal de sedición, y esas muertes deberían ser consideradas como ASESINATOS” Conferencia en el Rotary Club, Singapore, 1939-Dr. Cicely Williams.

Sobre la historia del Código se destaca que en los años 60 y 70 llamó la atención pública la disminución marcada de las tasas de lactancia materna en todo el mundo. Hubo una creciente preocupación acerca de las prácticas inapropiadas de comercialización de alimentos infantiles como causa de gran parte de esa disminución. A lo largo de la historia se marcó una tendencia decreciente.

Entre 1946 y 1955 la lactancia materna declinó a la mitad. En 1967 sólo el 25% de los bebés nacidos en hospitales de Estados Unidos eran amamantados. En 1968, el Dr. Derrick Jelliffe, Director del Caribbean Food & Nutrition Institute (CFNI) en Jamaica habló por primera vez de “malnutrición comerciogénica” vinculando los productos con enfermedad. En 1974 se publicó en el Reino Unido el libro “The Baby Killer” de Mike Muller, observador en África del Sur. Una ONG suiza tradujo el libro al alemán, dándole el título “Nestlé Mata Bebés” lo que produjo mala publicidad a Nestlé, quien a su vez demandó por calumnia. Nestlé retiró 3 de los 4 cargos; dejando sólo el de calumnia. En 1976 la ONG fue condenada por calumnia, pero se le impuso una multa simbólica. El juez alertó a Nestlé que debía cambiar sus prácticas de mercadeo, sin embargo, Nestlé no modificó sus prácticas, provocando así el más largo boicot de consumidores en Estados Unidos y el Reino Unido desde 1977 hasta 1984. Se lograron algunos cambios en 1984, sin embargo, aun hoy son insuficientes.

En 1978 en un pleito iniciado por accionistas contra Bristol-Meyers (propietaria de Mead Johnson), ésta acordó cesar toda publicidad de leches para bebés dirigidas a consumidores. En 1978 el Senado americano debatió la comercialización de fórmulas infantiles en países en desarrollo, en una serie de audiencias públicas que dieron mucha publicidad al tema. Para 1979 OMS/UNICEF convocaron a una reunión sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna.

¿Cuáles son los riesgos de no amamantar?

Más enfermedad:

- Diarrea
- Infecciones del tracto respiratorio
- Otitis media
- Menos inmunidad
- Más alergias
- Más bajo coeficiente intelectual -8 puntos menos

- Más cáncer de mama y ovario en madres
- Más obesidad
- Más alta morbilidad y mortalidad infantil

En octubre de 1979 se llevó a cabo la Reunión OMS/UNICEF que contó con la representación de cuatro sectores: gobiernos, científicos, industria y ONG's. La declaración y las recomendaciones de esta importante reunión fueron:

- ✓ “Es responsabilidad de la sociedad el promover la lactancia materna y proteger a las mujeres embarazadas y madres lactantes de cualquier influencia que pudiera interrumpirla”
- ✓ “Las prácticas malas de alimentación infantil son en gran medida un problema de la mano del hombre ... pero no sólo del mundo en desarrollo (sino) ... del mundo desarrollado también”
- ✓ “Debería existir un código internacional de comercialización de fórmula infantil y otros productos usados como sucedáneos de la leche materna, apoyado tanto por los países exportadores como por los importadores y cumplido por todos los fabricantes.”
- ✓ “No debería existir comercialización o disponibilidad de fórmula infantil o alimentos de destete [en un país] a menos que las prácticas de comercialización estén de acuerdo con la legislación internacional o con cualquier código internacional acordado”

Se realizaron 4 borradores antes de elaborar el código que tomó 18 meses. Fue adoptado por la Asamblea Mundial de Salud en 1981.

¿Qué instrumentos puede adoptar la Asamblea Mundial de la Salud (AMS)?

- Convención
- Reglamento
- Recomendación

¿Cuál es el estatus del Código actualmente?

- Adoptado como una recomendación
- El texto no tiene valor vinculante para los gobiernos.

El Código implica un peso moral y profesional y posee autoridad persuasiva (la única forma de implementar acciones es adoptarlo como ley en los países):

El Código es una recomendación mundial (WHA 34.22-1981):

- ✓ Declara que la lactancia materna debe ser activamente protegida y promovida en todos los países;

- ✓ Enfatiza que la adopción y el cumplimiento del Código son un requisito mínimo;
- ✓ Insta a todos los Estados Miembros a traducir el Código en ley y/o reglamento nacional.

Antes del Código

- ✓ promociones indiscriminadas usando a niños y madres
- ✓ folletos en salas de espera de hospital
- ✓ publicidad en periódicos

Gracias al Código esta forma de promoción ha cesado en muchos países, aunque no en todos.

Resoluciones posteriores pertinentes de la AMS que son recomendaciones con el mismo estatus que el Código:

- No suministros gratuitos (1986, 1992, 1994)
- Fórmulas de seguimiento innecesarias (1986)
- No patrocinio de la industria a profesionales de la salud (1996, 2005)
- Duración óptima de la lactancia materna e introducción adecuada de alimentos complementarios (2001, 2005)
- Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2002)
- Afirmaciones de propiedades saludables no permitidas (2005)

Tanto las recomendaciones del Código como sus resoluciones son de carácter universal y aplican para todos los sucedáneos de la leche materna.

El Código está respaldado por la Declaración de Innocenti (Florencia, 1 agosto, 1991) que hace hincapié en "Proteger, promover, apoyar la lactancia materna".

Objetivos operacionales:

- ✓ Creación de una Comisión Nacional de Lactancia Materna
- ✓ Definición de los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa
- ✓ Acción sobre el Código Internacional y resoluciones posteriores de la AMS
- ✓ Leyes para proteger el derecho a amamantar de las mujeres trabajadoras

Declaración de Segunda Reunión del Innocenti, (Florencia, Italia, noviembre de 2005):
Sobre alimentación del lactante y del niño pequeño.

Resolución WHA 59.21 (Mayo de 2006):

- ✓ Aprueba el "Llamado a la Acción" de la Declaración de Innocenti 2005 y las recomendaciones a los gobiernos, Naciones Unidas, industria y otros actores
- ✓ Renueva el compromiso de implementar el Código y la IHAN
- ✓ La Estrategia Global de la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño
- ✓ Y el marco de los Objetivos del Milenio

Ahora, más de la mitad de la población mundial vive en países donde la mayoría de las disposiciones del Código han sido incorporadas en leyes.

Tipo de implementación:

- ✓ Leyes u otras medidas obligatorias que abarcan todas las disposiciones del Código
- ✓ Leyes u otras medidas obligatorias que abarcan la mayoría pero no todas las disposiciones del Código
- ✓ Códigos voluntarios en cooperación con la industria
- ✓ Introducción parcial de elementos del Código en leyes existentes sobre alimentos o protección de los consumidores
- ✓ Partes del Código en vigor como medidas voluntarias

¿Qué puedo hacer yo desde mi campo de responsabilidad, sin que tenga conocimientos de leyes? Necesitamos saber sobre los factores que influyen en el cambio en patrones de lactancia materna:

- ✓ Se ha frenado un largo declive de la LM
- ✓ En los últimos 10 años la tasa de LME a los 4 meses de edad se ha elevado un 4%
- ✓ En América Latina la cifra descendió a un 25% en 1990, pero desde entonces ha aumentado a 40%
- ✓ El éxito es en parte debido a IHAN y
- ✓ A países que han implementado el Código

La LM también juega un papel importante en la economía de los países. En EE UU se derrochan más de US\$950 millones cada año en tres enfermedades evitables que sufren los que fueron bebés alimentados con fórmula:

- ✓ otitis media
- ✓ infecciones del tracto respiratorio
- ✓ enfermedades gastrointestinales

¿Qué tenemos que hacer?

- ✓ Revisar si en nuestro país existe como ley
- ✓ Definir el ente competente para la aplicación
- ✓ Capacitar en el tema
- ✓ Establecer el mecanismo de denuncias y exigencia de derechos
- ✓ Aprender de la experiencia exitosa de monitoreo y vigilancia en otros países, por ejemplo Brasil

¿Qué puedo hacer yo?

- ✓ Proteger el derecho de los lactantes

- ✓ Derechos de los consumidores
- ✓ Apoyo a la IHAN
- ✓ Desde mi puesto de trabajo apoyar acciones que protejan la LM
- ✓ Atención perinatal, programas de la niñez y bancos de leche humana (BLH)
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional
- ✓ Situaciones especiales VIH emergencias y desastres
- ✓ Puedo apoyar voluntariamente en conserjería a madres
- ✓ Asociaciones profesionales
- ✓ Universidades
- ✓ Agencias internacionales

Políticas públicas y gubernamentales

- ✓ Gobiernos
- ✓ Políticas públicas
- ✓ Comercio e industria

*“si piensas que eres demasiado pequeño como para hacer la diferencia....
trata de dormir con un mosquito”*

Comentarios varios entre ponente y audiencia

La promoción de la LM es un aspecto que no puede pasar desapercibido, la industria sigue con la venta de su producto.

Sobre el tema de vínculos privados y públicos para empezar a trabajar “los programas están preocupados, pero no ocupados por la LM” aun no se resuelve el problema de la LM. Existe un argumento técnico pero no se ha logrado implementar activamente en los hospitales. En el año 2005 en las Filipinas, existía una venta exagerada de fórmulas. El Gobierno decidió hacer algo con el apoyo de UNICEF, la OMS y ONGs. Se utilizó la Estrategia Global, hicieron un plan masivo y concertado para atacar el problema.

¿Qué pasa con el Código? Muchas veces el trabajo depende más de personas que de la estructura y los entes competentes. El Caso de Gerber en Guatemala que llegó hasta la Corte Suprema de los Estados Unidos de América (EEUU) por una demanda para omitir la foto del bebé de su empaque. Sin embargo, al momento de decidir se dio un conflicto de intereses y el juez votó a favor de Gerber. Esta marca tiene al bebé como marca de logo en Guatemala. Brasil no tiene el Bebé Gerber y eso que el mercado es mayor en este país. Los países tienen muchas leyes pero poca implementación. La movilización social es tan importante para hacer efectivas las leyes.

Los recursos son limitados para hacer investigación, monitoreo y evaluación, por lo que hay que usar diferentes estrategias. Por ejemplo en las universidades motivar la realización de investigaciones y tesis es una estrategia para validar acciones a favor de las madres y los bebés, así como tesis de derecho donde se resalte la importancia de las leyes de protección a madres y bebés. Hay que sensibilizar a los estudiantes en las universidades y a los responsables del pensum de estudios el incluir estos temas y aprovechar para centros de docencia, capacitación e investigación Los bancos de leche

humana que ya funcionan en nuestros países y son un recurso perfecto para la promoción y fomento de la LM en los países también.

PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN DURANTE EL PARTO

Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional OPS/OMS, Washington

La Dra. Lutter presentó un trabajo que busca alcanzar prácticas eficaces y de bajo costo para asegurar una adecuada nutrición del niño desde su nacimiento y cuyos efectos serán hasta la adultez. Estas prácticas incluyen el pinzamiento (ligadura) tardío del cordón umbilical, contacto piel-a-piel entre madre y recién nacido e inicio temprano de la lactancia materna exclusiva. La presentación proporcionó elementos para la integración de estas prácticas.

Existen referencias de que el pinzamiento tardío era una práctica bastante común en el siglo XVIII, más, a principios del siglo XX esto varió, ¿Por qué se liga precozmente?, las razones pueden ser resumidas en lo siguiente:

- Preocupación por la policitemia e hiper-bilirrubinemia
- Presencia de pediatra/neonatólogo en el parto que desea atender al niño
- Deseo de obtener una muestra de sangre del cordón para gasometría
- Creencia de que uno o dos minutos de espera perjudican el apego y la lactancia
- Creencia que disminuye el sangrado materno
- Interés en forzar un mayor residual placentario para cosechar células neonatales para bancos

La anemia es muy frecuente en todo el mundo y en todos los niveles sociales. La preocupación es que la padezcan los niños por las consecuencias para su salud y desarrollo normal y las madres por las consecuencias para el feto y la propia madre al momento del parto.

¿Cómo se presenta la situación de la prevalencia de anemia en la región?

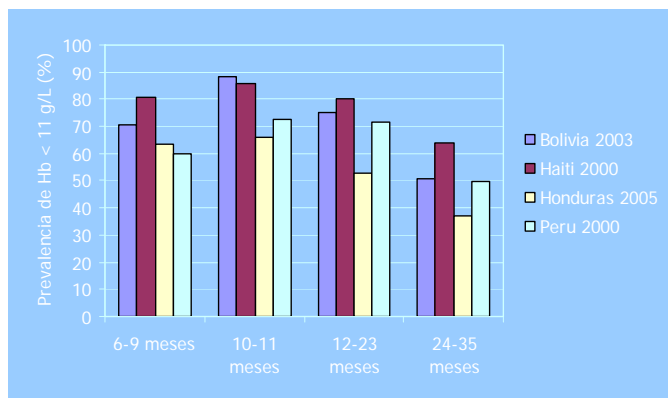


Figura No 3. Prevalencia de anemia en niños pequeños en Bolivia, Haití, Honduras y Perú, por grupo etáreo. OPS, 2008

El problema en América Latina y el Caribe es muy grave, en el mundo la situación es muy similar y los picos más altos de incidencia se dan entre los primeros 2 años de vida que corresponde con el desarrollo rápido de cerebro. Esta situación se presenta por la presencia de uno o más de los siguientes factores durante la gestación y el nacimiento:

- La madre fue anémica durante el embarazo
- El niño nació con bajo peso
- Altos requerimientos de hierro para el crecimiento y desarrollo rápido
- La dificultad de obtener suficiente hierro en alimentos en la dieta, por su baja cantidad y bio-disponibilidad
- Infecciones parasitarias e intestinales

Consecuencias negativas de la deficiencia de hierro (DH) y la anemia:

- La época de mayor prevalencia de DH/anemia (<24 meses) es el periodo donde el niño crece más rápidamente y por tanto la carencia de hierro es muy grave
- La DH y anemia tienen efectos negativos y posiblemente irreversibles en el desarrollo mental y motor de niños
- La anemia por DH durante la infancia puede afectar el desarrollo mental a largo plazo, a pesar de tratamiento

Estrategias para mejorar la DH y anemia en el momento del parto:

1. Pinzamiento tardío (o pinzamiento oportuno):

Las ventajas del pinzamiento tardío del cordón umbilical:

- Permite una “transfusión” de sangre placentaria al infante
- Una demora de 2 a 3 minutos permite una “transfusión” de sangre de la placenta al infante de 35 a 40 ml de sangre por kg de peso
- La cantidad de hierro (Fe) en esta “transfusión placentaria” para un bebé de 3.2 kg al nacer es de 75.5 mg Fe
- 75 mg podrían cubrir el requerimiento diario de hierro del bebé (0.7mg) por aproximadamente 3.5 meses

En un estudio de la serie Lancet del 2006¹, se muestran evidencias de las consecuencias del pinzamiento temprano del cordón, entre ellas está que efectivamente reduce las reservas de hierro a los 6 meses, de 57.6 a 30.1 mg, asimismo se demuestra que la ligadura tardía tiene más efecto en niños de madres anémicas; el nivel de hierro corporal del niño aumenta más que en los niños cuyas madres no tuvieron deficiencia de hierro.

Por otro lado, una revisión sistemática y meta-análisis de 15 estudios controlados en 1,912 infantes nos dice lo siguiente:

- Beneficios² en niños entre 2 y 6 meses de edad:

¹ Chaparro et al., *The Lancet*. 2006 Jun 17;367(9527):1997-2004.

² Hutton y Hassan, *JAMA* 2007; 297(11).

- Los niveles de hierro e indicadores hematológicos mejorados
- El riesgo de anemia se encontró reducido
- Riesgos en infantes a los que se había hecho pinzamiento tardío, de elevar su riesgo de policitemia asintomática, medido a las 7, 24 y 48 horas, se encontró:
 - La policitemia existía en infantes con pinzamiento del cordón tardío y temprano
 - Cuando se acotó el análisis a los estudios de alta calidad: no se encontró una diferencia significativa
 - No hubo diferencias significativas en la mediana de la bilirrubina sérica (24, 72 horas), ictericia clínica, medida entre las 24 y 48 horas

Una revisión sistemática y meta-análisis del pinzamiento del cordón umbilical³ en niños prematuros, que involucró 10 estudios y 454 infantes, en los cuales el pinzamiento tardío se llevó a cabo ente los 30 a 120 segundos, evidenció:

Beneficios:

- A la hora de nacidos, tenían sus hematocritos elevados
- Se redujo el riesgo de necesidad de transfusión de sangre por anemia
- La incidencia de hemorragia intraventricular se redujo en 7 de los 10 estudios

Otros beneficios inmediatos⁴ :

- Mayor hemoglobina, hematocrito, presión arterial
- Disminuye la necesidad de transfusiones sanguíneas por hipotensión o anemia

Beneficios a largo plazo⁵:

- Mayor hemoglobina a las 10 semanas de edad

Lo anterior permite concluir que es muy recomendable una demora de al menos 30 segundos del pinzamiento del cordón umbilical en bebés prematuros.

Otro estudio aleatorio y controlado sobre pinzamiento tardío⁶ en infantes con prematuridad extrema fue realizado en 72 parejas de madres/niños. Los infantes nacieron a las 28.2 semanas y el peso fluctuó entre los 1,151 y 1,175 gramos. El pinzamiento temprano se hizo entre los 5 y 10 segundos del nacimiento y el pinzamiento tardío se realizó entre los 30 y 45 segundos después del parto. El pinzamiento tardío disminuyó el riesgo de la hemorragia intraventricular en 72%, así como el riesgo de sepsis.

Finalmente se concluye lo siguiente:

- i. El pinzamiento inmediato es la causa de la pérdida iatrogénica de las reservas de hierro durante el nacimiento
- ii. El pinzamiento tardío mejora las reservas de hierro hasta los 6 meses de edad
 - Aumenta las reservas de hierro a un equivalente de ~1-2 meses del requerimiento

³ Rabe et al., Neonatology 2008;93

⁴ Rabe H, Cochrane Review, 2004

⁵ Ultee 2007

⁶ Mercer et al. Pediatrics 2006; 117.

- Los beneficios son mayores en infantes con bajo peso, amamantados y de madres con anemia
- iii. El pinzamiento tardío podría contribuir a prevenir la deficiencia de hierro antes de los 6 meses, que es el momento cuando se pueden iniciar otras intervenciones para prevenir la deficiencia de anemia
- iv. Para recién nacidos con bajo peso o prematuros, una demora de 30 segundos es segura y tiene beneficios inmediatos y podría beneficiar el estatus hematológico a largo plazo

Sobre los riesgos que podría tener el pinzamiento tardío en un:

- No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de⁷
 - Sangrado alto o severo de la madre durante e inmediatamente después del parto
 - Recién nacidos con Hcto capilar > 0.70
 - Recién nacidos con ictericia clínica (por diagnóstico en el hospital, u observación de la madre)

Otros beneficios inmediatos para el recién pretermino⁸

Mayor hemoglobina, hematocrito, presión arterial

Menos necesidad para el uso de transfusiones sanguíneas para la hipotensión o la anemia

Mayor hemoglobina a las 10 semanas de edad⁹

2. Contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido

El contacto piel a piel está siendo usado para mejorar la salud o prevenir complicaciones en los bebés prematuros (práctica de “mamá canguro”), pero es bueno aclarar que también otorga beneficios a los niños nacidos a término.

- Facilita el inicio y duración de la lactancia, ya que deja al recién nacido usar sus instintos naturales para buscar y tomar el seno y empezar a amamantar, además, se ha mostrado que el contacto continuo piel-a-piel mejora el “éxito” del primer amamantamiento en comparación a recién nacidos envueltos¹⁰
- Mejora el vínculo madre-hijo, las madres que vivieron la experiencia del contacto piel-a-piel con sus bebés al momento de nacer, mostraron mayor afecto hacia sus niños a los 2 a 3 días después del parto y al año¹¹
- Mantiene la temperatura del recién nacido, su eficacia es comparable a la incubadora para el calentamiento de recién nacidos hipotérmicos¹², la temperatura de la piel de niños en contacto piel-a-piel es mayor que la temperatura de la piel de niños envueltos¹³
- La temperatura de la piel de la madre sube también en respuesta al contacto piel-a-piel con su bebé recién nacido¹⁴

⁷ Hutton, JAMA, 2007.

⁸ Rabe, Cochrane Review, 2004.

⁹ Ultee, 2007.

¹⁰ Moore, J Midwif Wom Health 2007.

¹¹ Moore, Cochrane Review, 2007.

¹² Christensson, Lancet, 1998.

¹³ Christensson, Acta Paediat 1992.

¹⁴ Bergstrom, Acta Paed 2007.

3. Inicio temprano de la lactancia materna

Como se observa en el cuadro, la mortalidad infantil se ha reducido en 48% en los últimos 10 años, no obstante la mortalidad neonatal no registra mejoras. Dentro de ello es durante el primer día de nacidos que ocurre el mayor número de muertes, asimismo el riesgo de morir por infecciones en niños no amamantados es de 5.8 veces más, frente a los niños amamantados¹⁵, lo que da más sentido al tema de prácticas de nutrición en el niño, iniciando por una lactancia materna en la primera hora de vida. Existen evidencias que señalan que la lactancia materna por sí sola contribuye a disminuir en 13% las muertes.¹⁶

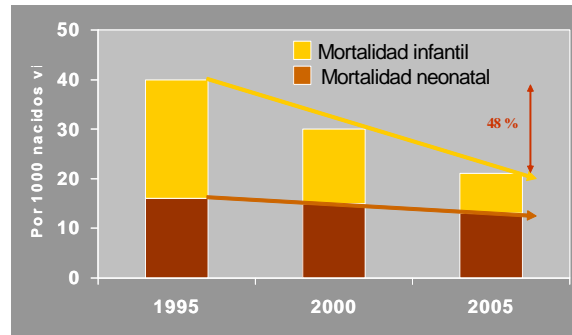


Figura No 4. Tendencias en la mortalidad neonatal e infantil en las Américas. Estimado en base de datos de la Región, PAHO 2000, 2006

En este marco, ¿por qué es tan importante la leche materna en la disminución de estos riesgos de muertes neonatales?

- i. Hay una protección pasiva y activa de sustancias en la leche materna
- ii. Disminuye la oportunidad de la ingesta de organismos patogénicos
- iii. Reduce el riesgo del daño al intestino del recién nacido causado por la ingesta de fórmulas infantiles u otros líquidos donde pueden ingresar bacterias o virus

Las células de la leche materna ofrecen una gama de protección inmunológica al recién nacido en su sistema gastrointestinal, así como contiene enzimas, antioxidantes y componente celulares que mejoran las defensas del neonato¹⁷. La leche materna contiene componentes anti-infecciosos, patógenos contra los cuales la lactancia materna es efectiva, como virus, bacterias, enterotoxinas, hongos y protozoarios.

La hipotermia y la hipoglucemia suelen ser causas de mortalidad en los recién nacidos, debido a que, el recién nacido tiene bajos niveles de tejidos lípidos, por lo que fácilmente pierde calor. La producción de calor para la regulación térmica depende del metabolismo de los lípidos, la leche materna es rica en lípidos por lo que ayuda al bebé a regular su

¹⁵ WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, Lancet 2000

¹⁶ Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? The Lancet 2003;362:65-71.

¹⁷ Avery, Fletcher. Neonatology: pathophysiology and management of the newborn. New York: London: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

Schanler. Human milk. In: Tsang et al., eds. Nutrition of the preterm infant: scientific basis and practical guidelines, 2nd ed. Cincinnati, OH, Digital Educational Publishing, 2005.

Huffman et al., Midwifery 2001;17:80-92.

temperatura. El esfuerzo de succionar también ayuda al bebé a elevar el calor corporal y el contacto piel-a-piel puede ayudar en la hipotermia¹⁸.

Igualmente con la hipoglucemia, los niños amamantados han demostrado tener concentraciones de glucosa baja, pero niveles de cuerpos cetónicos más altos. Éstos son sustratos para el metabolismo del cerebro y protege al bebé del daño cerebral causado por hipoglucemia¹⁹.

Entre los beneficios adicionales que la madre puede recibir por la iniciación de la lactancia materna en forma temprana, está la secreción de la hormona oxitocina por efecto de la succión, la cual promueve las contracciones uterinas. Como sabemos la atonía uterina es la causa principal de la hemorragia puerperal, la cual provoca el 25% del total de las defunciones maternas.

Entre los beneficios a largo plazo, podemos señalar que en los recién nacidos el inicio de la lactancia materna al nacer está relacionado con la duración total de la lactancia, así como con un mejor desarrollo psicomotor, prevención de otitis medias, obesidad, diabetes tipo 1 y 2, asma, leucemia de la niñez, síndrome de muerte súbita, etc.

En el caso de la madre, obtiene una rápida pérdida de peso y la amenorrea se prolonga previniendo un embarazo inmediato, protegiendo su estado nutricional^{20,21,22} así como previene de diabetes tipo 2, cáncer de ovarios y cáncer de seno²³.

Existen aún preguntas sobre la integración de estas prácticas, pero dentro del manejo activo del alumbramiento es posible llevarlas a cabo. De ser así, el impacto alcanzará no solamente el cuidado en el parto y etapa neonatal, sino continuará por toda la vida. Se puede encontrar más información en la página web:

http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca_index.htm

“Es posible, con medidas efectivas de bajo costo, disminuir las muertes neonatales y mejorar el desarrollo del bebé a lo largo de la vida, integrando algunas prácticas en el momento del parto”.

NUEVAS RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL EN EL CONTEXTO DE VIH

Dra. Constanza Vallenias, OMS, Ginebra

¹⁸ Christensson et al., Midwifery care routines and prevention of heat loss in the newborn. J Trop Peds 1988;34:208-12.

¹⁹ WHO. Hypoglycemia of the Newborn. A review of the literature. Geneva. WHO/CHD/97.1

²⁰ Dewey; J Nutr 2001.

^{28, 29} Ibid

³⁰ Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment 2007(153):1-186.

Recientemente la OMS emitió nuevas recomendaciones en materia de alimentación infantil en el contexto de VIH. La Dra. Vallenas presentó las recomendaciones con la finalidad de actualizar a los participantes en este tema.

De acuerdo con el informe epidemiológico de la OMS y ONUSIDA de 2009, el número estimado de niños y adolescentes menores de 15 años que viven con VIH en el mundo es de 2.1 millones. Se estima que en América Latina son 31,000 niños (una reducción de aproximadamente 8,000 con respecto al año anterior).

La Región de las Américas ha desarrollado una nueva “**Estrategia para la eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe**”, que fue discutida y aprobada en una reunión regional en 2009. La Meta es eliminar la sífilis congénita y la transmisión del VIH en América Latina y el Caribe para el año 2015. El indicador de impacto es la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH al 2% o menos.

Desde 1994 se están realizando estudios sobre la prevención de la transmisión materno infantil del VIH que son la base para las recomendaciones de las NNUU. En 1998 se establecieron las primeras recomendaciones para la prevención de transmisión de VIH de la madre al niño y desde entonces se han seguido actualizando las recomendaciones, a medida que las bases científicas han aportado nuevos datos. La revisión más reciente es del año 2009. Entre tanto, se ha visto una disminución considerable de la transmisión (de 25% a menos de 5% aproximadamente) gracias a una serie de medidas.

Tomando los datos de De Cock KM y col., 2000 podemos decir que el riesgo estimado de transmisión madre al niño del VIH, puede variar dependiendo de diversos factores, incluyendo las intervenciones disponibles:

Momento	Tasa de transmisión (%)
Sin intervenciones, sin lactancia materna (embarazo e intraparto)	15-25
Con lactancia materna hasta 18-24 meses	30-45
Riesgos de transmisión de VIH con paquete completo de intervención, incluyendo tratamiento antirretroviral (ARV) de gran actividad (TARGA), alimentación de sustitución y parto por cesárea	< 2
Lactancia materna exclusiva 6 semana -6 meses (postnatal)	~4
LM 6 m + profilaxis ARV LM 12 m + profilaxis ARV	1-2 ~2-4

Nota: Las tasas varían debido a las diferencias en las características poblacionales tales como recuento de células o glóbulos blancos CD4+ maternas, carga viral y duración de la lactancia

El propósito general de las recomendaciones es mejorar la sobrevivencia libre del VIH de los lactantes nacidos de madres VIH-positivas.

Factores de riesgo maternos para la transmisión postnatal del VIH:

- Progresión clínica o inmunológica (recuento CD4) de la enfermedad
- Seroconversión materna durante la lactancia
- Carga viral de ácido ribonucleico (RNA) en plasma
- Menor edad materna, menor paridad
- Carga viral de RNA en leche materna
- Factores inmunes locales en leche materna
- Condiciones del pecho (mastitis, absceso, fisuras)
- Estado nutricional de la madre
- Duración de la lactancia

Factores de riesgo del niño para la transmisión postnatal del VIH:

- Factores asociados con el sistema inmune
- Patrón de alimentación infantil (lactancia materna exclusiva o mixta)
- Condiciones que conllevan a una succión menos fuerte, estasis de leche y aumento del escape de virus a través de los conductos lácteos (candidiasis oral)

En un estudio realizado en Zambia se encontró que las madres seropositivas con recuentos de CD4 bajos (menores de 350 células/mm³, es decir candidatas a TARGA) tenían un riesgo de transmisión postnatal de 7.8%, mientras que aquellas que tenían un recuento de CD4 mayor de 350 cél/ mm³ tenían un riesgo de 2.8%. Se ha estudiado el balance de riesgo para mujeres VIH positivas. Por un lado con la lactancia materna hay posibilidades de transmisión pero sin ella existe el riesgo relativo de mortalidad por enfermedades infecciosas y desnutrición. En un análisis secundario de varios estudios longitudinales se encontró que en general los lactantes menores de 2 meses no amamantados tenían un riesgo de muerte por infecciones 5.8 veces mayor que los amamantados. Para niños entre 9 y 11 meses el riesgo de muerte seguía siendo alto entre los no amamantados (40% mayor que para los amamantados) según el Equipo de Estudio de la Mortalidad Infantil Colaborativo de la OMS, Lancet 2000.

En cuanto a la situación de niños nacidos de madres con VIH, el balance de riesgo de transmisión es mayor con alimentación mixta: 10% con LM más alimentos sólidos; 2% con LM más leche de bote y 0% con LME (Coovadia et al., Lancet, 2007). Es importante tomar en cuenta las estrategias para prevenir la transmisión del VIH a través de la LM:

- Prevención primaria, especialmente durante la lactancia,
- Pruebas y consejería sobre VIH
- Terapia antirretroviral a las madres que la necesitan por su propia salud y profilaxis a la madre o al lactante
- Planificación familiar
- Intervenciones durante atención prenatal
- Alimentación infantil más segura

En noviembre de 2009 se realizó una consulta de expertos para revisar las bases científicas y las recomendaciones de las NNUU sobre VIH y alimentación infantil. Hasta antes de la consulta, las recomendaciones eran las siguientes:

Mujeres VIH - o con estado desconocido: Lactancia materna exclusiva por 6 meses y continuada hasta por los menos a los 2 años de edad.

Mujeres VIH+ la opción más apropiada de alimentación infantil para bebés expuestos al VIH depende de las circunstancias individuales, incluyendo la disponibilidad de servicios de salud, consejería y apoyo.

Principios y recomendaciones a partir de noviembre de 2009:

Es necesario distinguir entre los principios y las recomendaciones contenidos en los nuevos lineamientos sobre VIH y alimentación infantil. Los *principios* definen los valores y el contexto en el que se aplican las recomendaciones. Las *recomendaciones* están sustentadas en pruebas científicas. Se han creado 8 principios y 7 recomendaciones. Se reiteran varios principios y recomendaciones previos: alimentación óptima de hijos de madres VIH- o status desconocido; alimentación de lactantes VIH+, protección y promoción de la alimentación del lactante y del niño pequeño (ALNP) en la población general. Se consideran cambios importantes: las intervenciones con fármacos antirretrovirales ha transformado el abordaje para decisiones sobre alimentación infantil en entornos con VIH.

Para el tratamiento antirretroviral a la madre y profilaxis a lactantes expuestos se deben considerar los siguientes criterios de elegibilidad:

- Recuento CD4 <350, independiente del estado clínico o
- Estadío clínico 3 o 4, independiente del recuento de CD4

La profilaxis antirretroviral se recomienda en mujeres gestantes que no sean elegibles para recibir tratamiento antiviral o en quienes se desconoce la elegibilidad. Esta profilaxis se debe comenzar a las 14 semanas de gestación (2do trimestre) o tan pronto como sea posible. Existen 2 opciones de profilaxis cuyos detalles están publicados.

Un principio fundamental es establecer recomendaciones a nivel nacional o subnacional en el cual las autoridades deben decidir qué opción de alimentación recomendar y apoyar en los servicios de salud para las mujeres VIH+ como la estrategia con más probabilidades de dar a los lactantes una mayor sobrevivencia libre del VIH:

- amamantar y recibir ARV, o
- evitar completamente la lactancia

Las bases para tomar la decisión son las recomendaciones internacionales, el contexto socioeconómico y cultural de las poblaciones que utilizan los servicios materno infantiles, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, epidemiología local (incluyendo la prevalencia de VIH en gestantes y causas principales de mortalidad infantil y de la niñez y la desnutrición materna e infantil).

En los países que deciden apoyar la lactancia materna como la opción más importante para mujeres gestantes y madres con VIH, se recomienda lo siguiente (siempre y cuando el lactante no esté infectado o se desconozca su estado):

Amamantar exclusivamente por 6 meses, introducir a partir de ese momento alimentos complementarios y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida. A partir de ese momento, la lactancia materna sólo debe interrumpirse cuando pueda proporcionarse una alimentación sin leche materna nutricionalmente adecuada e inocua. Se creía que la lactancia materna exclusiva por 6 meses era imposible, sin embargo, con consejería se pueden lograr tasas elevadas de lactancia materna exclusiva.

REDES DE PROTECCIÓN SOCIAL EN CENTROAMÉRICA

Lic. Ángela Céspedes, Asesora Regional de Nutrición, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas

La Lic. Céspedes desarrolló su presentación exponiendo el concepto de las Redes de Protección Social y posteriormente describir los objetivos, metodologías, principales resultados, conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas producto del Estudio sobre la Dimensión Nutricional de las Redes de Protección Social en Centroamérica y República Dominicana culminado en el 2009.

“Acción colectiva por la nutrición: la evidencia ha demostrado que el éxito de las estrategias y programas para mejorar la nutrición requiere de la apropiación y de la responsabilidad no solo de los gobiernos, pero también de la sociedad civil, ONGs, agencias de cooperación y sector privado.”
Scaling up Nutrition: A framework for Action (2009)

Las Redes de Protección Social “son instrumentos de política social a partir de los cuales los estados pueden y deben cumplir su función en la garantía de los derechos humanos, en especial el derecho humano a la alimentación, dando prioridad a grupos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad a la desnutrición, pobreza, exclusión, discriminación y estigmatización. Constituyen mecanismos articulados con fines comunes conformados por programas gratuitos o subvencionados que buscan: desarrollar el capital humano; reducir la inequidad y la exclusión social; asegurar niveles adecuados de nutrición, salud y bienestar; mejorar las condiciones de vida; ayudar a las familias a minimizar la vulnerabilidad alimentaria y nutricional; promover la autosuficiencia y el empoderamiento; y, redistribuir el ingreso entre los que se encuentran en situación de mayor pobreza, con miras a obtener un impacto inmediato sobre la reducción de pobreza e inequidad.”²⁴

El objetivo general del *Estudio sobre la Dimensión Nutricional de las Redes de Protección Social en Centroamérica y República Dominicana* consistió en conocer el alcance de la

²⁴ Adaptado de OIT, FAO, Dpto Internacional del Reino Unido y otros

dimensión nutricional de las redes de protección social en Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) y la República Dominicana, al igual que la prioridad que se da dentro de estas redes a niñas y niños menores de 2 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, personas con VIH, pueblos indígenas y poblaciones afro-descendientes. Además se establecieron cuatro objetivos específicos:

1. Analizar si los programas de protección social seleccionados en el estudio incorporan objetivos, componentes e indicadores nutricionales en las diferentes etapas: formulación o diseño, implementación, monitoreo y evaluación, así como la pertinencia de la dimensión nutricional.
2. Analizar si los programas seleccionados para el estudio priorizan/focalizan sus intervenciones en las niñas y niños menores de 2 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, personas con VIH y pueblos indígenas y poblaciones afro-descendientes; y cuáles han sido los criterios utilizados para la focalización y el establecimiento de las prioridades de intervención.
3. Proporcionar insumos a los gobiernos y a las agencias de cooperación para redimensionar y fortalecer el rol de los programas de protección social, buscando su impacto nutricional en estos grupos prioritarios que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.
4. Contar con un instrumento de abogacía que permita incrementar compromisos públicos, privados y de la comunidad donante, a favor de la protección nutricional de los grupos prioritarios de la población centroamericana; y como herramienta para el ejercicio de sus derechos.

Los aspectos metodológicos del estudio presentaron las siguientes características:

- Participantes en el estudio (alrededor de 200 personas):
 - Grupo Técnico de Alto Nivel (GTAN) integrado por 27 expertos representantes de: el Banco Mundial, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Instituto de Estudios del Hambre de España, International Food Policy Research Institute, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Instituto Nacional de Salud Pública de México, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de Chile, Micronutrient Initiative (MI), OEA, ONUSIDA, OPS, PMA, PRESANCA, UNICEF, Universidad de Emory, Universidad de Chile, y la Universidad de Tufts.
 - Instituciones públicas, ONG's y agencias de cooperación de cada país.
 - Equipo técnico del PMA: del ámbito regional y local de las Áreas de Nutrición y VIH.
 - Consultores "Senior" del Estudio, apoyados por equipo de estadísticos.
 - Consultor para el análisis de los programas de transferencias condicionadas.
- Recopilación de información
 - Encuesta principal
 - Entrevista a informantes clave

- Análisis cualitativo sobre Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
- El estudio no pretendió contar con una muestra estadísticamente representativa sino tomar una muestra cercana al universo, que refleje la diversidad de programas existentes para hacer una descripción de cómo se encontraban los programas en los diferentes países
- Tipo de programas estudiados: Transferencias Condicionadas, Salud Materno-Infantil, Nutrición Materno-Infantil basados en alimentos, Recuperación Nutricional, Suplementación con micronutrientes, Fortificación con micronutrientes, Biofortificación, Programas productivos, Atención integral y protección a la niñez y adolescencia y Programas específicos de VIH.

Principales resultados del estudio reflejan que se analizaron un total de 110 programas y 10 planes y políticas en los 8 países participantes del estudio, en los cuales identificaron los principales problemas nutricionales y la población objetivo, lo cual se reflejan en las siguientes figuras.

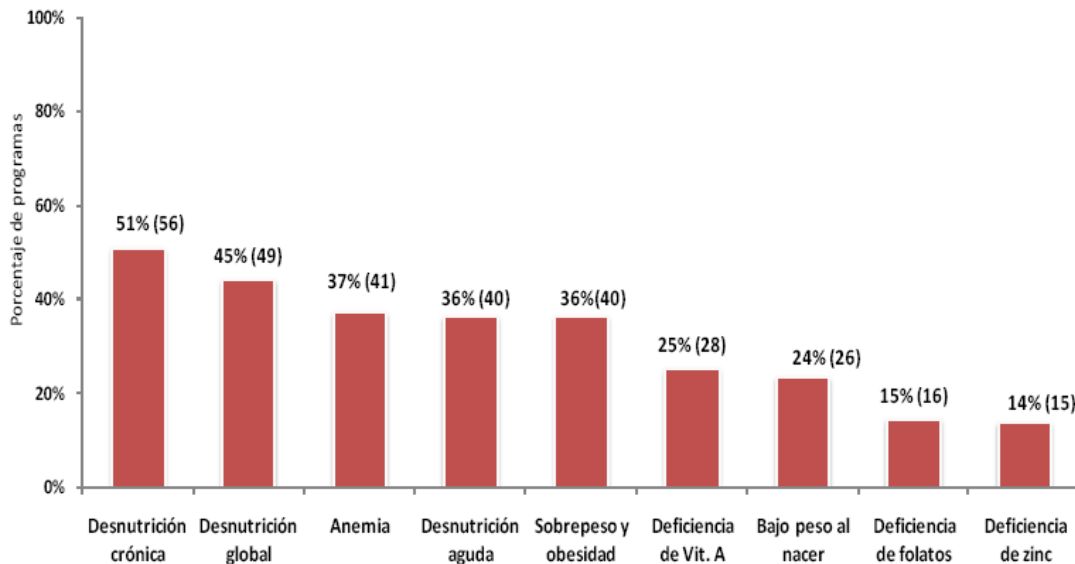


Figura No 5. Problemas nutricionales identificados en los 110 programas analizados en el Estudio sobre la Dimensión Nutricional de las Redes de Protección Social en Centroamérica y República Dominicana. 2009

A partir del estudio, se logró determinar criterios para la focalización de los programas, los cuales son: ubicación geográfica (72%), grupos etáreos (63%), desnutrición (44%), factores biológicos (41%), pobreza extrema (39%), pobreza (28%), estado VIH positivo (20%), otros (5%) y grupo étnico-cultural (3%). Aunado a lo anterior se describen la línea base nutricional, evaluación de impacto, fuente de financiamiento y la participación comunitaria según tipo de programa.

Las conclusiones señalan que uno de los avances más importantes reflejados en los programas sociales analizados es el incremento gradual del compromiso político al

más alto nivel gubernamental para posicionar la erradicación de la desnutrición infantil y materna dentro de las agendas nacionales y regionales como eje central del desarrollo humano y económico. Por lo que en la mayoría de los países se ha logrado conformar un marco legal favorable y espacios de coordinación multisectorial de alto nivel como las Secretarías y los Consejos Nacionales de Seguridad Alimentaria y



Figura No 6. Población objetivo identificados en los 110 programas analizados en el Estudio sobre la Dimensión Nutricional de las Redes de Protección Social en Centroamérica y República Dominicana. 2009

Nutricional de El Salvador, Guatemala y Panamá donde concurren los sectores involucrados en el mejoramiento de la nutrición y la seguridad alimentaria.

A partir del estudio, se logró determinar criterios para la focalización de los programas, los cuales son: ubicación geográfica (72%), grupos étnicos (63%), desnutrición (44%), factores biológicos (41%), pobreza extrema (39%), pobreza (28%), estado VIH positivo (20%), otros (5%) y grupo étnico-cultural (3%). Aunado a lo anterior se describen la línea base nutricional, evaluación de impacto, fuente de financiamiento y la participación comunitaria según tipo de programa.

Las conclusiones señalan que uno de los avances más importantes reflejados en los programas sociales analizados es el incremento gradual del compromiso político al más alto nivel gubernamental para posicionar la erradicación de la desnutrición infantil y materna dentro de las agendas nacionales y regionales como eje central del desarrollo humano y económico. Por lo que en la mayoría de los países se ha logrado conformar un marco legal favorable y espacios de coordinación multisectorial de alto nivel como las Secretarías y los Consejos Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional de El Salvador, Guatemala y Panamá donde concurren los sectores involucrados en el mejoramiento de la nutrición y la seguridad alimentaria.

Además, se evidencia que gran parte de las acciones se concentran en las niñas y niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas y lactantes y en familias en situación de pobreza o extrema pobreza. Sin embargo no se prioriza los niños menores de 2 años, ni en los pueblos indígenas y poblaciones afro-descendientes a pesar de tener peores indicadores. La falta de sistemas de monitoreo y evaluación con su respectivo financiamiento constituye una debilidad que frena los avances, al impedir la toma oportuna de medidas correctivas o el reforzamiento de lo que está funcionando adecuadamente.

Se apunta enfáticamente que la inversión social pública, en especial en nutrición, es baja. La mayor fuente de financiamiento de los programas es la cooperación externa (donación y préstamo). Los países como Costa Rica, con mayor inversión social, que tienen programas de mayor presupuesto público y con duración más prolongada, son los que muestran menor prevalencia de desnutrición.

Las recomendaciones, que surgen del estudio son las siguientes:

- Avanzar gradualmente en la conformación de verdaderas redes de protección social que propicien la concurrencia multisectorial en los programas y ofrezcan intervenciones y servicios sociales integrados y participativos que aborden los diferentes determinantes de la desnutrición y la inseguridad alimentaria que disminuyan la inequidad y las brechas de desigualdad social, económica y étnico-cultural.
- Propiciar un mayor y mejor conocimiento de los marcos legales y normativos favorables a la nutrición en cada país y fortalecer la vinculación intra e intersectorial con otras áreas o instituciones encargadas de las estrategias de reducción de la pobreza y desarrollo nacional.
- Incorporar objetivos, componentes e indicadores nutricionales (dimensión nutricional) en las diferentes etapas de los programas de protección social: diseño, implementación, monitoreo y evaluación.
- En relación a los Programas de Transferencias Condicionadas: revisar o modificar el diseño y la operación de estos programas para incrementar su impacto nutricional, incorporando desde el inicio propósitos específicos para mejorar la nutrición de las familias, en particular de los infantes y niños pequeños y de las mujeres.
- Revisar las guías o criterios de focalización a fin de que las intervenciones sean dirigidas a grupos prioritarios, en especial a los niños menores de 2 años, a las mujeres embarazadas, a los indígenas y afro-descendientes y que las personas con VIH tengan mejor acceso a la protección social del sector público.

- Revisar la ubicación geográfica de los programas para identificar posibles duplicaciones de las intervenciones y verificar que las poblaciones cubiertas correspondan a los criterios de focalización.
- Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en temas de nutrición y salud actualizados y relevantes (basados en evidencias) y en gestión de programas sociales.
- Organizar y mantener un sistema apropiado de adquisición, almacenamiento y distribución de insumos y alimentos para garantizar la entrega oportuna y continua a la población objetivo y el funcionamiento regular de los programas.
- Resolver las limitaciones técnicas y financieras en monitoreo y evaluación e incorporar estos aspectos desde el diseño de los programas. Partir del establecimiento de una línea basal y la definición de indicadores nutricionales para medir los progresos de manera permanente y evaluar el impacto a mediano y largo plazo; hacer los ajustes requeridos y establecer las rendiciones de cuentas.
- Incrementar paulatinamente la asignación de presupuesto público en nutrición para los programas sociales en un marco de políticas de estado, que superen los periodos gubernamentales, con miras a lograr la sostenibilidad de las intervenciones, disminuyendo gradualmente la dependencia económica externa. En esta línea los estados deben asumir progresivamente el financiamiento de los programas de transferencias monetarias condicionadas.

Lecciones aprendidas en el proceso de realización del estudio:

- Urgencia de incorporar la dimensión nutricional en las diferentes etapas de los programas sociales estudiados, así como la factibilidad de aplicar esta dimensión a programas similares en diferentes contextos.
- Necesidad de que estos programas se enmarquen dentro de políticas públicas y compromisos estatales para garantizar su sostenibilidad.
- Aspectos relacionados con la ampliación de cobertura, la prevención, la calidad de los servicios, el monitoreo y la evaluación, y la formación de recursos humanos, son cruciales. Estos deben estar albergados dentro del gran marco de los derechos humanos garantizando la perspectiva de género, la interculturalidad y la participación comunitaria.
- Se reconoce la necesidad de revisar los programas y mejorar la coordinación intersectorial para garantizar que las acciones abarquen los diferentes niveles de causalidad de la desnutrición y tengan un enfoque integral.

La Lic. Céspedes culminó su presentación haciendo alusión a la siguiente acotación: “Una Red de Protección Social debiera ser un instrumento y un concepto central para avanzar hacia la equidad y lograrlo en circunstancias particulares y concretas. Pero, ante la evidencia que la cobertura de los distintos riesgos sociales (tradicionales y nuevos) no es universal, hay que reconocer que no se cuenta con una verdadera red de protección. Los países de la región tienen programas, actividades, normas, reglamentaciones y experiencias frente a casi todos los riesgos y aunque la visión pretende ser integral, en la práctica se presentan desprotección e inequidad, porque

no funcionan todos los programas, o porque cada uno no funciona plenamente, de modo que no existe la cobertura universal en ningún riesgo".²⁵

INICIATIVA MESOAMERICANA EN SALUD CON ENFOQUE EN NUTRICIÓN

Dra. Teresa González de Cossío, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México

La Dra. González de Cossío presentó el componente de nutrición de la Iniciativa Mesoamericana en Salud. Comenzó su ponencia señalando la necesidad de interrelacionar las iniciativas para apoyar a los países. Además, hizo mención a la importancia del estudio del PMA. Posteriormente mencionó las características que Mesoamérica representa como región, lo cual se encuentra resumido en el cuadro.

Cuadro No 1. Población y Producto Interno Bruto de los países que conforman la región mesoamericana

País	Población (millones)	PIB (MDD)
México Sur	29.11	112
Belice	0.29	1.15
Guatemala	14.28	35.43
Honduras	7.3	8.7
El Salvador	5.7	18.28
Nicaragua	5.4	5.61
Costa Rica	4.1	23.62
Panamá	3.2	18.9
Colombia	45.3	135.35
TOTAL	115.78	359.04

El Proyecto Mesoamérica empezó con las cumbres de Campeche, México y San Pedro, Belice (2007).

Con la finalidad de:

- Reestructurar y fortalecer el Plan Puebla Panamá a través de cuatro ejes centrales:
 1. Fortalecer la institucionalidad
 2. Mejorar la articulación con otros mecanismos regionales
 3. Establecer procesos sistemáticos de gestión de proyectos y
 4. Mejorar la comunicación de los objetivos y logros

²⁵ Olga Lucía Acosta y Juan Carlos Ramírez: Las redes de protección social: modelo incompleto, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 141, Santiago de Chile, febrero 2004, pp. 50-51

- Promover, de manera coordinada, las acciones que contribuyan a una formulación y ejecución más eficiente de los proyectos que generen beneficios para nuestra región

La motivación para la creación de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública se basa en:

- Condiciones geográficas, ecológicas, culturales y lingüísticas comunes
- Niveles elevados de inequidad y pobreza
- Intercambio de poblaciones a través de migración
- Rezagos comunes en materia de salud
- Insuficiente conocimiento de las necesidades de salud y de la disponibilidad de recursos regionales en salud
- Capacidad limitada para la vigilancia y las respuestas a las necesidades de salud de la población
- Oportunidad de implementar programas de salud y nutrición integrados regionalmente y de contar con mecanismos de coordinación multilateral eficientes

Los financiadores potencialmente interesados:

- Fundación Bill y Melinda Gates
- Instituto Carlos Slim de Salud
- Cooperación Española para el Desarrollo
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El componente de nutrición de la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública busca el “Fortalecimiento y articulación de los planes para la erradicación de la desnutrición materna e infantil en Mesoamérica”

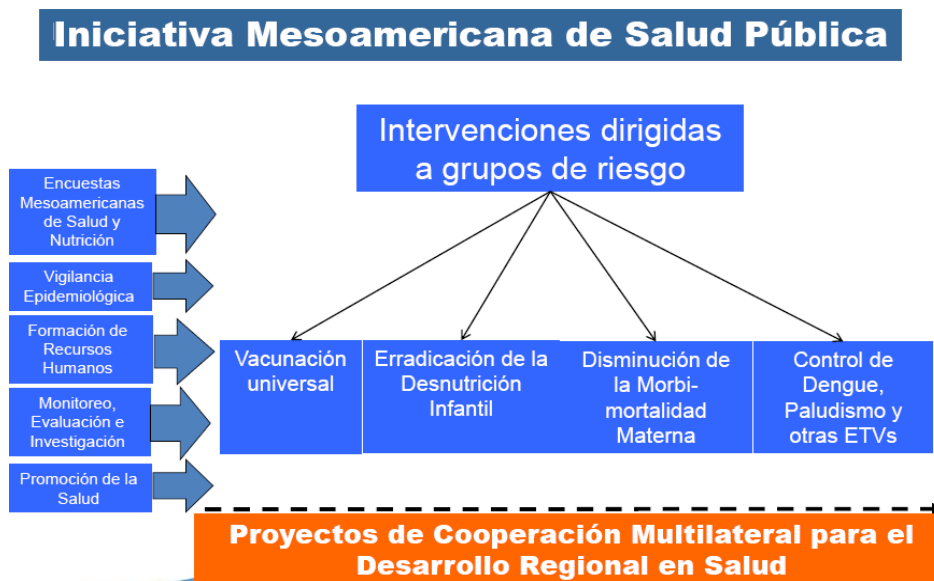


Figura No 7. Iniciativa Mesoamericana de salud pública. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, México

Sus objetivos son:

- Fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales y regionales en Mesoamérica en el diseño, planificación, implementación, monitoreo y evaluación de programas y políticas para el combate de la desnutrición en la región, facilitando la colaboración horizontal entre países y coordinando esfuerzos en la sub-región
- Apoyar en la implementación de programas y acciones regionales para disminuir la prevalencia de desnutrición en Mesoamérica
- Fortalecer la función rectora de los Ministerios de Salud respecto a las políticas y programas de nutrición y mejorar la coordinación con otros sectores involucrados en la seguridad alimentaria y nutricional de la región

Miembros del Grupo de Trabajo en Nutrición

- Expertos internacionales
 - Juan Rivera Dommarco [Presidente]
 - Reynaldo Martorell [Co-Presidente]
 - Hernán Delgado [Secretario Técnico]
 - Juan Rodolfo Aguilar
 - Rafael Flores
 - Teresita González de Cossío
 - Chessa Lutter (OPS)
 - Ricardo Uauy
- Puntos focales de cada país
- Representantes de Instituciones y Programas
 - INCAP (Jesús Bulux)
 - Programa Mundial de Alimentos (Ángela Céspedes)
 - PRESANCA (Patricia Palma)

Productos

- Diagnóstico situacional de nutrición y de la respuesta social organizada (políticas y programas) en la región Mesoamericana.
- Identificación de intervenciones de probada efectividad (Serie Lancet, Consenso de Copenhagen, etc)
- Plan de acción elaborado siguiendo los pasos de la Teoría del Cambio de la Fundación Bill y Melinda Gates

Cuadro No 2. Resumen de problemas a abordar, actividades prioritarias, logros e impacto

Si abordamos estos problemas...
<p>PROBLEMAS DE NUTRICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desnutrición crónica ▪ Anemia y deficiencia de micronutrientes (<5años y mujeres en edad reproductiva) ▪ Desnutrición aguda (Guatemala y posiblemente Honduras y Nicaragua) <p>RETOS DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuada focalización ▪ Baja cobertura ▪ Baja calidad de los servicios

- Baja demanda e inadecuada utilización de los servicios
- Inadecuado monitoreo y evaluación
- Inadecuada coordinación y duplicación de esfuerzos
- Falta de interés político

Con estas actividades...

- Implementar las buenas prácticas durante la ventana de oportunidad para abordar la desnutrición crónica y aguda la anemia y deficiencia de micronutrientes
- Mejorar la entrega de servicios de alta calidad a la población más necesitada
- Fortalecer las competencias de los proveedores de servicios
- Supervisión orientadora para lograr la implementación de servicios de alta calidad
- Implementar estrategias que aumenten la demanda y utilización de los servicios mediante el uso de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento y el incentivo de la participación comunitaria
- Monitoreo y evaluación efectivos de programas
- Abogacía por la nutrición en niveles políticos altos
- Mejorar la coordinación de políticas y programas en la región
- Promover la auditoría social de la entrega de los servicios

Nuestras acciones lograrán los siguientes cambios

PROGRAMAS:

- Alta calidad
- Entregados a la población más necesitada
- Con altas coberturas
- Monitoreados y evaluados adecuadamente
- Basados en evidencia

POBLACIONES:

- Aprecian, demandan y usan adecuadamente los servicios
- Demandan servicios de alta calidad y la rendición de cuentas
- Promueven y apoyan las actividades de los programas

TOMADORES DE DECISIONES

- Comprometidos
- Asignan alta prioridad al tema y recursos adecuados

Hay potencial de generar un impacto en los siguientes indicadores de salud:

CORTO PLAZO (1-2 años)

- Disminución en la mortalidad
- Mejora en la salud materna e infantil
- Disminución de la deficiencia de micronutrientes y desnutrición aguda

MEDIANO PLAZO (3-5 años)

- Disminución en desnutrición crónica
- Mejora en el desarrollo cognitivo

LARGO PLAZO

- Aumento en la productividad económica
- Mejora en la salud del adulto y beneficios intergeneracionales (talla materna)
- Mejora en la asistencia y rendimiento escolar esperados

¿Qué debemos hacer para lograr que las intervenciones eficaces sean efectivas para prevenir la desnutrición materna e infantil?

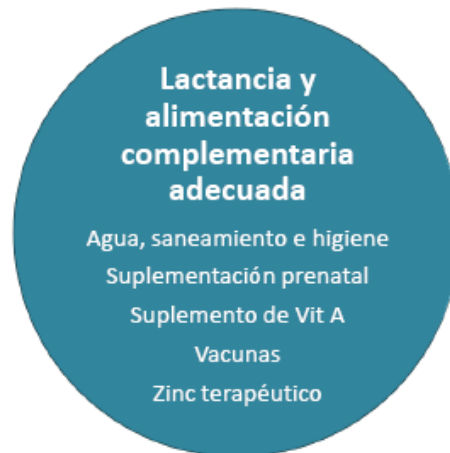
- Intervenciones basadas en evidencia
- Diseño adecuado de las intervenciones
- Focalizar las intervenciones a los grupos más necesitados
- Implementar intervenciones a larga escala para lograr una adecuada cobertura
- Asegurar la adecuada implementación de acciones, productos y servicios de alta calidad
- Asegurar la demanda y adecuada utilización de los servicios y productos por parte de la población
- Implementar acciones efectivas de evaluación y monitoreo

Intervenciones

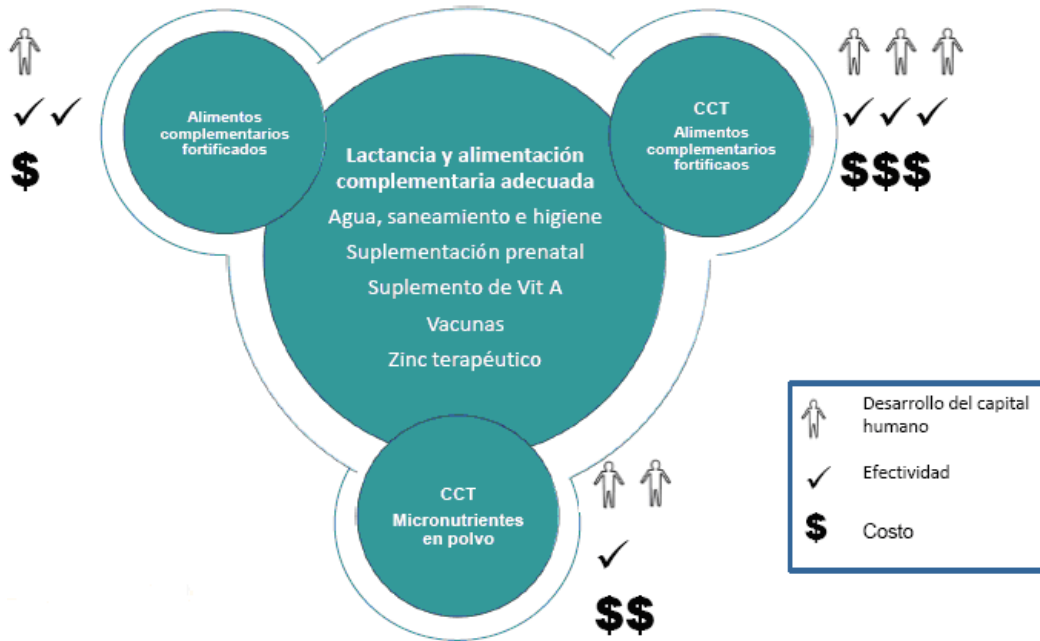
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria
- Suplementación con vitamina A
- Suplementación con zinc durante la diarrea
- Alimentos complementarios fortificados
- Micronutrientes en polvo
- Suplementación prenatal con hierro y ácido fólico
- Adecuado tratamiento clínico de la desnutrición aguda severa

Paquetes de Intervenciones

Paquete básico para la población vulnerable

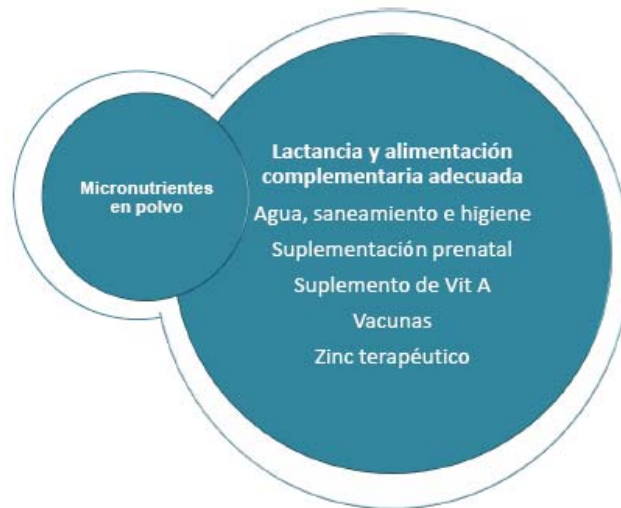


Paquete para la reducción de la desnutrición crónica en áreas con alta prevalencia de desnutrición crónica y deficiencia de micronutrientes, pobreza e inseguridad alimentaria.



*CCT (siglas en ingles) corresponde a Programas de Transferencias condicionadas.

Paquete para reducir la desnutrición en áreas con niveles bajos de desnutrición, niveles moderados de deficiencia de micronutrientes, bajos niveles de pobreza y con seguridad alimentaria



Cuadro No 3. Programas de Nutrición en la Región: Algunos ejemplos

Programa	Ejemplos
Transferencias monetarias condicionadas	Oportunidades, México
Fortificación de alimentos	Fortificación de harina en Centroamérica (Hierro, ácido fólico, vitaminas B1, B2 y B3)
Alimentos complementarios	Vitacereal (CSB en Guatemala, parte de la estrategia de reducción de la desnutrición crónica)
Promoción de la lactancia materna	Hospitales Amigos del Niño, Costa Rica
Monitoreo del crecimiento	AIN-C en Honduras
Suplementación con micronutrientes	Megadosis de Vitamina A para niños de edad preescolar en El Salvador

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Premisas Conceptuales

Dr. Rubén Grájeda, Organización Panamericana de la Salud, Washington

El Dr. Rubén Grájeda presentó la labor realizada por la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, un grupo interagencial del sistema de las Naciones Unidas comprometido con identificar y acordar intervenciones multisectoriales e interprogramáticas efectivas.

Con enfoques interprogramáticos e intersectoriales, esta Iniciativa de las NNUU empezó en Julio 2008 cuando los Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas decidieron conformar la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. En el momento involucra 14 agencias.

El marco conceptual de la Iniciativa sostiene que la transmisión intergeneracional de la malnutrición y/o pobreza" provoca lo siguiente:

Disminuye:

La capacidad funcional
La capacidad de trabajo
El desarrollo mental e intelectual
El crecimiento físico
La productividad individual y social

Mayor riesgo de:

Muerte evitable
Infecciones e infestaciones
Enfermedades no transmisibles
Vulnerabilidad a desastres
Retardo del crecimiento intrauterino



Figura No 7. La pobreza: determinantes y efectos

Premisas Conceptuales

- a. Desarrollar enfoques que pongan el acento fundamental en modificar los determinantes y no sólo conjurar efectos
- b. Sustituir el enfoque sectorial, por uno multisectorial vertebrado sobre las determinantes
- c. Construir un marco institucional adecuado para coordinar acciones conjuntas en los planos local, nacional, transnacional y regional
- d. Identificar intervenciones integradas, a partir de datos probatorios y desarrollarlas tomando en cuenta el curso de vida
- e. Identificar escenarios y espacios geodemográficos para el desarrollo de dichas intervenciones
- f. Monitorear y evaluar las intervenciones de modo unificado y no fragmentario



Figura No 8. Intervenciones básicas en el curso de vida

En cada una de las etapas que se mencionan en la figura anterior se debe asegurar la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud y en adición:

- Alimentos en calidad y cantidad adecuada
- Fortificación de alimentos
- Agua segura

- Disposición de excretas y residuos sólidos
- Condiciones de la vivienda mejoradas
- Promover la educación de la mujer
- Mejorar las condiciones de trabajo y el ingreso familiar
- Promover el enfoque de derechos, la participación social y la toma de decisiones

Cuadro No 4. Lo viejo y lo nuevo en el enfoque de nutrición y desarrollo

<i>Lo viejo</i>	<i>Lo nuevo</i>
1. Centrado en determinantes individuales (salud y alimentación)	1. Mayor énfasis en los determinantes sociales a nivel de la familia, del entorno físico y social
2. Orientado a mitigar las consecuencias	2. Orientado a conjurar las causas
3. Ejecutado o desarrollado con una visión sectorial	3. Desarrollado con una visión intersectorial e interprogramática
4. Concebido jerárquicamente con una organización vertical	4. Ejecutado mediante la construcción de alianzas con una organización horizontal
5. Con un nivel de anclaje individual	5. Enfoque multinivel, que incluye determinantes individuales, contextuales y la interacción de ambas

La propuesta es:

Trabajar todos juntos de manera coordinada simultáneamente en todos los frentes y de manera permanente en los mismos grupos y territorios

El Dr. Grajeda, culminó con las siguientes acotaciones: “Reto de centrarnos (no competir) para lograr los ODMS”; “Hay otras iniciativas (Salud Neonatal, Mortalidad Materna) y la idea es no desplazar sino trabajar con ellos y llegar con mensajes consistentes”; y “Hay muchos espacios para complementar y es necesario buscar los mecanismos de coordinar”.

Promoviendo la Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño en la Comunidad:

Caso de Colombia

Dra. Juliana Gómez Castro, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia

La Dra. Juliana Gómez Castro presentó el caso de estudio de Colombia, donde se lleva a cabo una iniciativa comunitaria para la promoción de la alimentación y nutrición del niño pequeño.

La Dra. Gómez comenzó contextualizando a los participantes en el taller sobre los datos poblacionales de Colombia, haciendo énfasis en la población vulnerable. La proyección de población total es de: 44,977,758¹. El grupo de primera infancia (0-5 años) es de 5,135,814 y representa el 11,4%; los menores de 2 años son 1,714,203 y representan el 3,8%. A continuación se presenta el cuadro comparativo de la distribución de la población por grupos de edad de acuerdo al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y los cálculos de población vulnerable de acuerdo al [Instituto Colombiano de Bienestar Familiar](#) (ICBF), según calidad de vida.

Cuadro No 5. Comparación entre la distribución de la población por grupos de edad de acuerdo al SISBEN y los cálculos de población vulnerable de acuerdo ICBF según calidad de vida

	SISBEN I y II ²	Población vulnerable ³
0 años	240,439	695,232
1 año	380,651	651,189
2 años	441,762	644,386
3 años	492,502	485,625
4 años	551,471	488,077
5 años	625,657	582,101
Total primera infancia	2,732,482	3,546,610
Menores de 2 años	621,090	1,346,421

¹ DANE. Proyecciones de población a junio 30 de 2009.

² DNP. Base Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) a noviembre 3 de 2008.

³ Cálculos ICBF según Índice de Calidad de Vida.

¿Con qué contamos?

- Plan Nacional de Desarrollo
- Política SAN y Plan Nacional SAN
- Planes SAN departamentales y municipales

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, en el capítulo 3 apunta:

- Reducir de la pobreza del 49.2% (línea de base de 2006) a 39 % para el 2010.
- Alcanzar las 1,500,000 familias vinculadas a la Red de Protección Social para la superación de la pobreza extrema

- Formular una política y el plan de seguridad alimentaria y nutricional, estableciendo las responsabilidades de actores como el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de la Protección Social (MPS) en su coordinación y gestión
- Incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y con alimentación complementaria adecuada a 2015. La duración media de línea de base es de 2.2 meses (2005)
- Reducir a 19.2% el promedio de gestantes con bajo peso en el 2010 y a 16.5% al 2015 a nivel nacional. El promedio de línea de base es de 20.7% (2005)

En Colombia se ha realizado el Observatorio Nacional y los Planes de SAN con representación de todos los territorios (Departamentos). El país cuenta con planes con enfoque participativo con atención étnica e intercultural. El carácter participativo que involucra a las autoridades, permite lograr un presupuesto adecuado.

Plan Nacional de Salud Pública: Estrategias para mejorar la salud infantil

- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Desarrollo de las estrategias Instituciones amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI) y de la Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- Prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita e hipotiroidismo congénito
- Programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de salud
- Reducción de la anemia por deficiencia de micronutrientes en grupos vulnerables:
 - Suministro de hierro a niños menores de 2 años no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de nivel 1, 2 y 3 de SISBEN, a través del Plan de Intervenciones Colectivas, previa desparasitación.
 - Seguimiento al cumplimiento de las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud, que incluye los exámenes de laboratorio y el tratamiento de la deficiencia para los niños menores de 10 años, adolescentes y gestantes
- Reducción de la deficiencia de vitamina A:
 - Suplementación con vitamina A, “Estrategia Plan Ampliado de Inmunizaciones-plus (PAI-plus)” en poblaciones de alto riesgo

Otros documentos que se ha generado en Colombia

- Recomendaciones de energía y nutrientes
- Guías Alimentarias para la población Colombiana
- Tabla de Composición de Alimentos
- Plan de Micronutrientes
- Adopción de nuevos patrones de crecimiento de la OMS
- Plan Decenal de Lactancia Materna
- Lineamientos Plan Canguro
- Modelo Sistema de Vigilancia Nutricional

Retos

- Seguimiento y evaluación a todos los programas
- Fortalecer la articulación interinstitucional.
- Empoderamiento comunitarios de las políticas y planes que garantice la sostenibilidad y continuidad
- Continuidad en la mejoramiento de la calidad de la atención perinatal
- Mejoramiento de acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades durante el control prenatal y la atención del parto

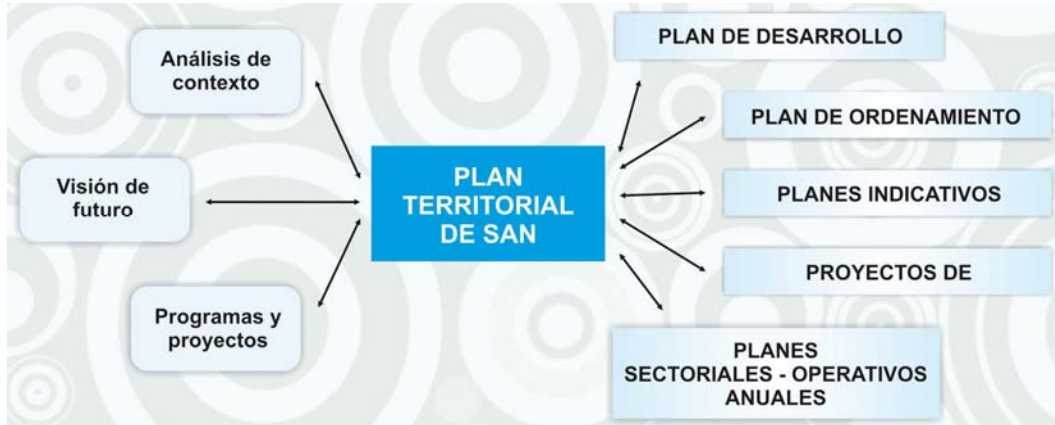


Figura No 9. Articulación entre SAN y la Planificación Territorial

Experiencias en Estrategias Comunitarias de Nutrición en el SILAIS Nueva Segovia, Nicaragua

Dra. Claudia López, MINSA, Nicaragua

La Dra. Claudia López presentó el caso estudio de Nueva Segovia, Nicaragua, donde se han implementado diversas estrategias a nivel comunitario para mejorar la calidad de la alimentación del niño pequeño.

En el SILAIS Nueva Segovia el 75% de la población es rural, con difícil acceso geográfico y cultural a los servicios de salud. Las estrategias que se están implementando son:

- Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)
- Consejeras en lactancia materna
- Estrategia educativa Soynica
- Suplementación de alimentos a través de la Agencia Adventista de Recursos Asistenciales (ADRA) y del PMA
- Comedores Infantiles Comunitarios

Se espera la reducción de bajo peso al nacer del 11% a 9% y bajo peso en niños menores de 5 años del 22% a 16%.

Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)

Se considera un programa desde la comunidad para la comunidad, donde sus acciones parten de la experiencia y se enfatiza en el aprovechamiento de alimentos disponibles y cambio de hábitos alimenticios. El Programa contempla la promoción de consejería y negociación.

Los componentes de PROCOSAN son:

- *Nutrición Materna* que consiste en comer bien y de todo durante el embarazo
 - Coma de todo lo que tenga en casa
 - Anímela a que coma los tres tiempos
 - Anímela a que coma una merienda

- *Vigilancia del crecimiento del niño* que consiste
 - Pesaje
 - Registro y análisis
 - Consejería

- *Prevención de morbilidad* que consiste en
 - Detectar
 - Consejería
 - Referir
 - Seguimiento

Pasos para la implementación de esta estrategia el enfoque es:

- Capacitación a personal de salud
- Presentación a la comunidad
- Aceptación del programa
- Selección de voluntarios
- Capacitación a brigadistas
- Monitoreo

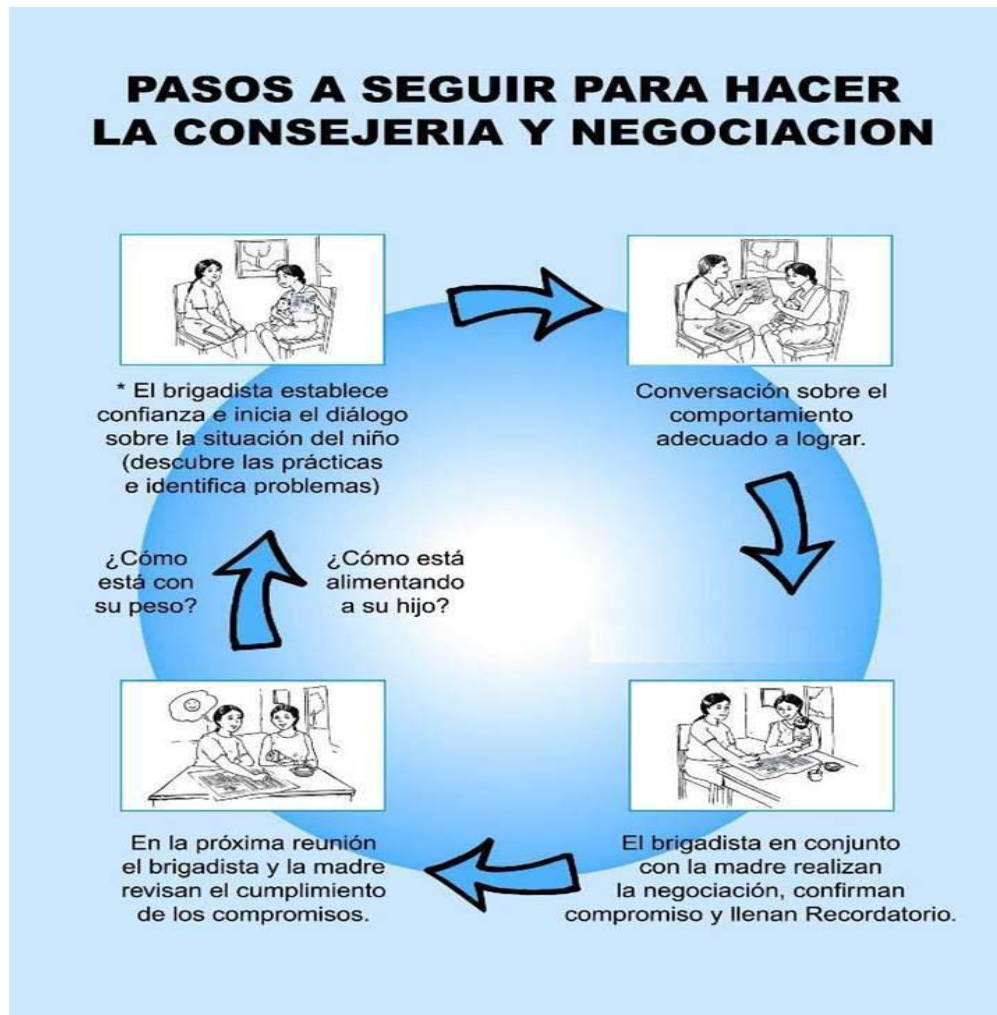


Figura No 10. Pasos a seguir para hacer la consejería y negociación

Pasos:

1. Conocer la edad del niño
2. Conocer el resultado crecimiento
3. Consejería a la madre del niño enfermo
4. Descubrir prácticas de alimentación
5. Identificar problemas
6. Hacer recomendaciones
7. Ofrecer motivaciones
8. Negociar compromisos
9. Confirmar compromisos
10. Llenar recordatorio de compromisos

Consejeras en lactancia materna

- Personas de la comunidad capacitadas y comprometidas a apoyar la lactancia materna en cada hogar
- Capacitadas en el Manual de Consejeras. Se reúnen trimestralmente y entregan un informe la última semana de cada mes a su respectivo sector
- Unidades de salud cuentan con listado de consejeras de cada comunidad, para referir a las madres lactantes

Programas de Entrega de Alimentos

Agencia Adventista de Recursos Asistenciales (ADRA)

- Entregaba cereal y aceite a embarazadas, lactantes y menores de cinco años, monitoreando peso de los niños, asistencia a atención prenatal y planificación familiar
- Duración de 12 años en 11 de 12 municipios, actualmente ya concluyó

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

- Proporciona alimentos básicos a embarazadas, lactantes y menores de cinco años
- Actualmente en 8 municipios de extrema y alta pobreza, afectados por la sequía

Estrategias de Continuidad

- Alimentación en preescolares comunitarios y comedores infantiles
- Merienda escolar en centros de educación pública
 - Fortalece nutrición infantil
 - Mejora capacidad de captación
 - Reduce deserción escolar

Estrategias Educativas

Soynica: Apoya en consejería sobre nutrición, mostrando a las madres el valor nutritivo de los alimentos y enseñándoles a prepararlos a base de soya, hojas y recursos disponibles en la comunidad

Desafíos

- Promover la integración de las diferentes estrategias dentro de un mismo plan de acción en SAN en el departamento
- Incluir a Casas Maternas dentro de las líneas de acción en seguridad alimentaria
- Fortalecer alianzas para seguimiento del programa AMOR como política de país

.....Lo bueno es que puede comer, lo que nosotros tenemos

Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con enfoque intercultural:

Caso de Panamá

Lic. Yadira Carrera, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Departamento de Salud Nutricional, Ministerio de Salud, Panamá

A pesar de su situación económica privilegiada entre los países de la región, en Panamá actualmente existe un problema de desnutrición entre la población indígena. La Lic. Carrera presentó un nuevo programa del Ministerio de Salud dirigido a atender dicha situación.

El Ministerio de salud de Panamá, está implementando un programa de protección social que consta de cuatro componentes;

1. Gestión, monitoreo y evaluación del resultado
2. Apoyo a las familias e inclusión social
3. Fortalecimiento de la oferta de servicios de Salud Materno-Infantil
4. Fortalecimiento institucional del Sector de Protección Social

La presentación hace referencia específicamente al componente 3: Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno-infantil, iniciando por describir los dos objetivos:

- Incrementar la cobertura de los servicios preventivos de salud materno-infantil para niños y niñas de 0 a 5 años y mujeres embarazadas y lactantes en las Comarcas
- Mejorar la calidad del servicio al introducir actividades culturalmente apropiadas orientadas al cambio de conductas y al mejoramiento de prácticas de cuidado infantil en el hogar y comunidad

Este componente tiene cinco subcomponentes que guían su actuar y los cuales se mencionan a continuación:

- 3.1 Fortalecimiento del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) con intervenciones comunitarias de promoción de crecimiento y nutrición
- 3.2 Expansión del PAISS en la comunidad (PAISS + N) por organizaciones extrainstitucionales
- 3.3 Expansión del PAISS + Nutrición por giras institucionales
- 3.4 Fortalecimiento de las capacidades del MINSa para la supervisión del PAISS + Nutrición
- 3.5 Desarrollo e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación

Además, se mencionó la Cartera de Prestaciones Priorizadas, que se refiere al conjunto de prestaciones que se brindan a los beneficiarios y que se cubren por el costo per cápita. Los servicios que se brindan son: promoción de salud, atención de salud y prevención de problemas de salud

3.1 Fortalecimiento del PAISS con intervenciones comunitarias de promoción de crecimiento y nutrición a través de la estrategia AIN-C

Objetivos de la estrategia Atención Integral de Nutrición Comunitaria (AIN-C)

- Mejorar el crecimiento y prevenir la desnutrición y enfermedades de la niñez menor de 5 años con énfasis en los menores de 2 años, mediante la ganancia adecuada de peso.
- Mejorar el estado de nutrición de mujeres embarazadas, mediante consejería, suplementación de hierro y la referencia oportuna a los servicios prenatales.

3.2 Paquete de Atención Integral de Servicio de Salud a la Comunitaria (PAISS +N) adaptado culturalmente. El componente nutricional dirigido a la prevención de la desnutrición en embarazadas y niños menores de 2 años con las siguientes actividades:

- Consejería a las embarazadas sobre su alimentación y prácticas de lactancia
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Consejería individualizada a las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación de los niños y niñas
- Consejería a las madres sobre prácticas de alimentación cuando el niño está enfermo
- Monitoreo del crecimiento
- Empoderamiento a madres de la comunidad en consejería alimentaria y nutricional

La Lic. Carrera apuntó que en Panamá la población atendida por la red de oportunidades incluye a los Comarca Ngobe Bugle, Kuna Yala y Embera Wounan. Se cuenta con el Plan Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil 2008-2015. Además, con el apoyo financiero del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud y del apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en noviembre del 2009 se culminaron las Guías para la Atención Integrada de Niños y Niñas, desde el nacimiento.

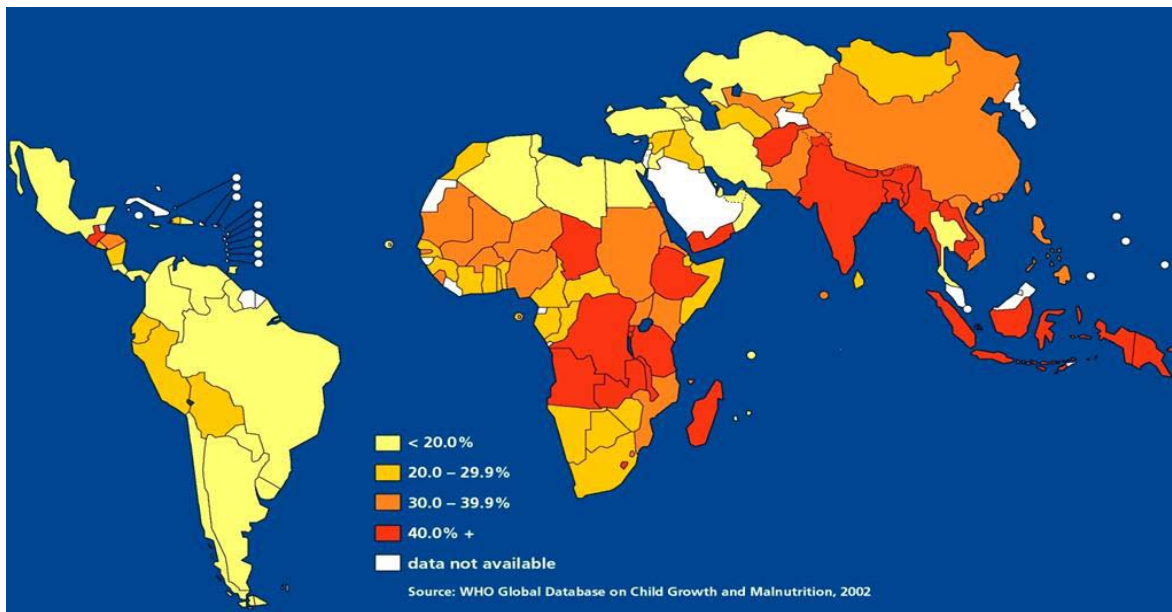
Nutrición del niño pequeño en emergencias

Trabajo intra e interinstitucional para el abordaje de la desnutrición aguda en Guatemala

Dra. Velia Oliva, MSPAS y Lic. Maggie Fischer, INCAP/OPS, Guatemala

La Dra. Velia Oliva y Lic. Maggie Fischer presentaron el caso de estudio de Guatemala y su experiencia en el abordaje de la desnutrición aguda en un contexto de una situación de emergencia sostenida.

La Dra. Oliva resaltó y analizó en primera instancia la prevalencia de retardo de crecimiento de niños en países en desarrollo, lo cual se ilustra en la siguiente mapa. Además enfatizó en la situación de Guatemala sobre la prevalencia de baja talla, bajo peso y emaciación y muestra las tendencias en la gráfica siguiente.



Mapa No 1. Prevalencia de Retardo Crecimiento de Niños en Países en Desarrollo

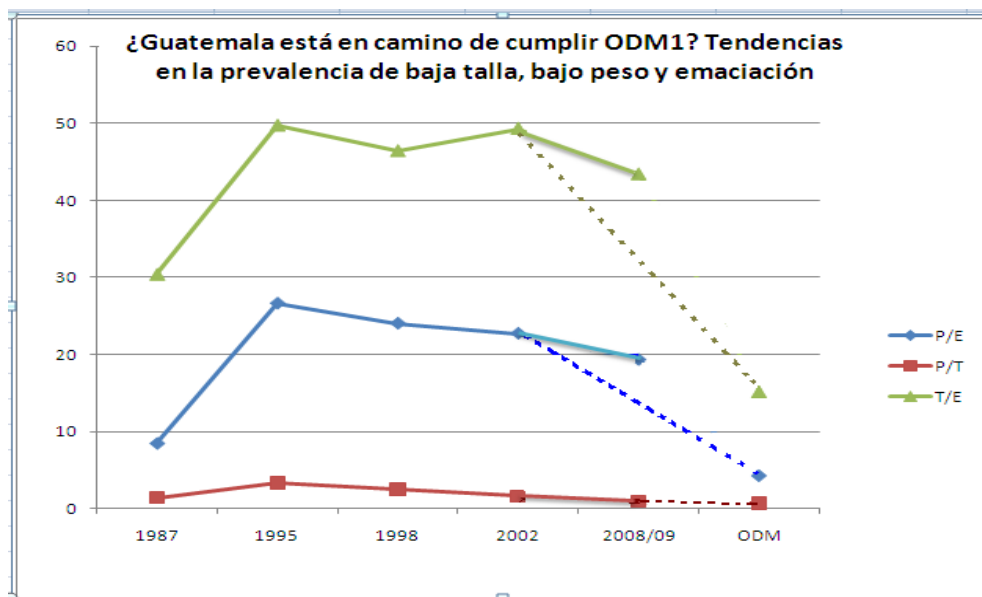


Figura No 11. Prevalencia de baja talla, bajo peso y emaciación en Guatemala.

Posteriormente la Dra. Oliva, enumeró los factores que han influido la desnutrición en Guatemala:

- Efectos de la crisis económica mundial
- Condiciones atípicas como el régimen de lluvias, el fenómeno de “El Niño”

- Incremento de casos de mortalidad en niños < 5 años
- Declaratoria de Estado de Calamidad Pública
- Familias en riesgo en inseguridad nutricional y seguridad alimentaria y nutricional (INSAN): 136 mil; 40 mil severo y 96 mil moderada (134,600 familias en riesgo INSAN severa)
- Alarman tres hallazgos de desnutrición aguda severa y moderada en niños < 5 años y mujeres en el Corredor Seco

El área mayormente afectada ha sido el corredor seco, Dos Departamentos de Quiche e Izabal, el Cuadro 15 presenta la distribución del estado nutricional de niños.

Cuadro No 6. Estado Nutricional de Niños por Sexo en el Área del Corredor Seco, Quiche e Izabal, Octubre, 2009¹

SEXO	ESTADO NUTRICIONAL		
	Desnutrición severa	Desnutrición moderada	No desnutrición
MASCULINO	4.6%	5.8%	89.6%
FEMENINO	5.3%	6.4%	88.3%
TOTAL	4.9%	6.1%	89.0%

¹Informe Primera Valorización INSAN, 2009.

Las instancias de coordinación en respuesta a esta emergencia son:

- Mesa Seguridad Alimentaria Nutricional del Gobierno
- Grupo UNETE-PMA (Equipo de Emergencias de Naciones Unidas -PMA)
- Red Humanitaria - OCHA (siglas en inglés para Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios)
- Mesa Humanitaria en Salud - OPS/OMS

La Red Humanitaria en Guatemala es el espacio de coordinación entre actores humanitarios para impulsar estrategias y acciones orientadas a reducir el impacto generado por desastres naturales en la población guatemalteca. Está integrada por alrededor de 30 instituciones (gobierno, SNU y ONGs). Esta red ha llevado a cabo dos apreciaciones de INSAN:

- Valorización Rápida de 64 municipios y 9 Departamentos del Corredor Seco (Chiquimula, Zacapa, Jutiapa, Jalapa, Santa Rosa, El Progreso, Baja Verapaz, El Quiché, Izabal)
- Valorización Rápida de 119 municipios y 7 Departamentos del Occidente (Huehuetenango, San Marcos, Quezaltenango, Chimaltenango, Alta Verapaz, Suchitepéquez y Sololá)

El abordaje de la desnutrición aguda en Guatemala se ha llevado a cabo mediante el trabajo conjunto y la coordinación entre actores de gobierno, el sistema de NNUU, organismos internacionales de cooperación, ONGs; entre otros. El cuadro 6 presenta los campos de acción y los actores para el abordaje de esta problemática. Así mismo se hizo un llamamiento de apoyo a la comunidad internacional para su manejo como situación de emergencia. El Cuadro 7 detalla la asignación de fondos en respuesta a dicho llamamiento.

Cuadro No 7. Campos de Acción y Actores para la Coordinación

Campo de Acción	Actores
Priorización Grupos y áreas geográficas	SESAN Red Humanitaria SNU Care, Plan Internacional
I y II Valorización rápida INSAN Cluster Salud y Nutrición: OPS y UNICEF Cluster Alimentos y Medios Vida PMA y FAO	Cohesión Social SESAN Red Humanitaria
Vigilancia nutricional	Gobierno: SESAN, MSPAS SNU USAID MFEWS Acción contra el hambre Observatorio SAN
Protocolos atención Asistencia técnica	Gobierno: MSPAS, SESAN SNU: UNICEF, PMA; OPS/OMS Banco Mundial USAID ONGs: Calidad en Salud
Definición y compra insumos	Gobierno: SESAN, MSPAS SNU: UNICEF, PMA, OPS/OMS Banco Mundial Cooperación Italiana

El trabajo de coordinación intraministerial se ha dirigido a:

- Fragmentación institucional
- Designación del Vice Ministerio de Hospitales como ente coordinador del tema de la desnutrición
- Desarrollo de estructuras paralelas
- Organización de mesa trabajo institucional
- Mesa Humanitaria en Salud -OPS/OMS
- Organización de mesa trabajo institucional con representación de diferentes instancias del MSPAS
- Operacionalización de los componentes del Plan Nacional para Reducción de la Desnutrición

Los objetivos son:

- Salvar vidas por desnutrición aguda severa y enfermedades asociadas, particularmente en grupos vulnerables de once departamentos priorizados, del corredor seco
- Asegurar acceso oportuno y contar con personal de salud en servicios de salud de Departamentos priorizados
- Fortalecer el primer nivel de atención para la detección temprana de casos de desnutrición aguda severa y su pronta atención

Cuadro No 8. Asignación de fondos en respuesta al llamamiento Internacional para el abordaje de la desnutrición aguda

Sector	Fondo central de respuesta a emergencia (CERF) US\$	Solicitud US\$	Socios	Beneficiarios
Salud	1,037,026.00	4,640,495.00	MSPAS + SESAN+ Mesa Humanitaria Salud, Save the Children, Plan Internacional, ICU, Mercy Corp Acción Contra el Hambre,	238,231 niños 441,416 mujeres
Nutrición	358,443.00	2,105,000.00	MSPAS + CARE + Visión Mundial+ Plan Internacional	
Agua y Saneamiento	299,975.00	700,000.00	MSPAS+ Red Humanitaria + Municipalidades	
Medios de Vida	804,524.00	2,971,000.00	MAGA + Re Humanitaria	4,800 familias 25 comunidades
Seguridad Alimentaria	2,500,000.00	14,000,000.00	SESAN + MAGA + INDECA + MSPAS + Red Humanitaria	55, 000 familias
Recuperación	1,500,000.00		SE-CONRED +SEGEPLAN+ SESAN + MUNICIPALIDADES + ONGs	6,400 familias
TOTAL	6499,968.00	24416,495.00		

Las estrategias implementadas para el logro de los objetivos son:

- Capacitación de personal en los temas de desnutrición y cuidado obstétrico de emergencias para atención partos seguros
- Adquisición de equipo antropométrico y dotación de micronutrientes
- Establecimiento de tres bancos de leche humana
- Fortalecimiento de acciones para promover lactancia materna exclusiva y continuada
- Aseguramiento al acceso de servicios de salud reproductiva
- Detección temprana y asistencia oportuna
- Sistema de registro de atención a pacientes
- Desarrollo de protocolos de atención
- Capacitación de personal
- Información, educación y comunicación (IEC) y materiales
- Establecimiento de acciones municipales e intersectoriales
- Tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa y sus complicaciones
- Tratamiento ambulatorio de la desnutrición severa sin complicaciones en la comunidad
- Protocolo para Centros de Recuperación Nutricional

Se han identificado retos y desafíos en el abordaje de la desnutrición aguda en Guatemala:

- Abordaje integral de la desnutrición crónica y aguda con pertinencia intercultural

- Visibilización y atención de la desnutrición de la mujer en edad fértil
- Puesta en marcha del sistema vigilancia epidemiológica nutricional activa con la participación del ámbito comunitario
- Fortalecer las acciones de coordinación y comunicación intra e interinstitucional
- Operacionalizar los protocolos de manejo de la desnutrición, especialmente en primer y segundo nivel de atención
- Capacitación al personal de salud en protocolos de atención y vigilancia activa
- Abogacía, información y educación para visibilización y atención del problema
- Operacionalizar el sistema de monitoreo, supervisión y evaluación
- Garantizar la sostenibilidad de las acciones

Manejo de la desnutrición aguda severa en el hospital y en el nivel comunitario

Chantal Gégout, Departamento de Nutrición para la Salud y Desarrollo, OMS, Ginebra

El manejo de la desnutrición aguda es un tema de particular interés. Su manejo, tanto a nivel hospitalario como comunitario, es un tema debatido. La Lic. Chantal Gégout abordó este tema y detalló las principales recomendaciones de la OMS.

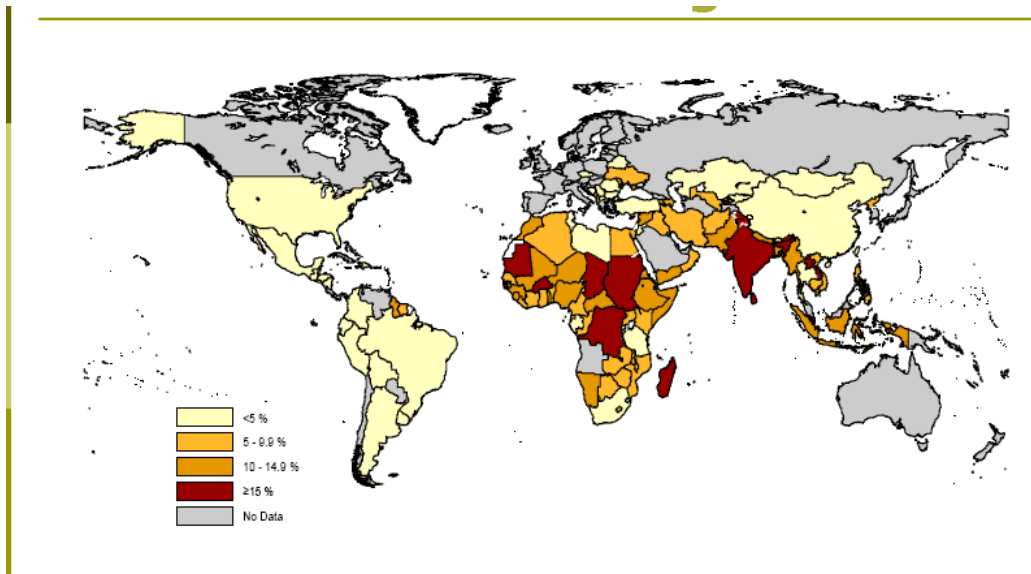
La serie de Lancet (enero 2008) sobre la desnutrición materna e infantil informa que más de 3.5 millones de madres y niños menores de 5 años mueren de manera innecesaria debido a causas subyacentes de la desnutrición. Cincuenta y cinco millones (10%) de menores de 5 años están emaciados y 19 millones están severamente emaciados. Se necesitan acciones urgentes, tales como la alimentación terapéutica, para salvar la vida de estos niños.

Las causas de la desnutrición son ya conocidas: una dieta diaria pobre que no provee suficientes nutrientes, enfermedades infecciosas comunes tales como la diarrea. En muchos casos el estado de déficit empieza con la restricción en el crecimiento intrauterino lo que resulta en un bajo peso al nacer.

Los indicadores de la desnutrición aguda severa en los menores de 5 años son (criterios independientes):

- Peso para la talla < -3 DE (de 0-59 meses, patrón de la OMS), ó
- Circunferencia media del brazo superior; <115 mm (de 6 a 59 meses),
- Edema en ambos pies

La Figura 12 presenta la situación global de la prevalencia de desnutrición aguda o delgadez.



Mapa No 2. Situación global de la delgadez

Prevalencia de desnutrición aguda y aguda severa en países de Centroamérica:

- Guatemala (DHS 1999): 2.5% de emaciación; incluyendo 0.9% casos severos
- Honduras (DHS 2005-2006): 1.1% de emaciación; incluyendo 0.1% casos severos
- Nicaragua (DHS 2001): 2.0% de emaciación; incluyendo 0.3% casos severos

Manejo de la desnutrición severa basado en los establecimientos de salud:

Las estrategias han sido eficaces en la reducción de las tasas de mortalidad, sin embargo:

- Existen dificultades para acceder a los establecimientos de salud
- La detección de última hora y referencia tardía aumenta el riesgo de mortalidad infantil poco después de admitirlos
- La atención para pacientes hospitalizados requiere que los cuidadores se queden en las instalaciones de salud por varias semanas, lo que es difícil para muchas madres

Las recomendaciones recientes son:

El tratamiento de la desnutrición aguda severa debería incluir los dos enfoques complementarios:

- Manejo hospitalario y comunitario de la desnutrición aguda severa
- Los casos de desnutrición aguda severa deben ser identificados en la comunidad antes de que se presenten complicaciones
- La prevención es primero. Pero aquellos niños que están desnutridos requieren tratamiento con urgencia

La OMS y UNICEF de manera conjunta han elaborado el documento: *“Estándares de crecimiento de la OMS y la identificación de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños”*.

Table No 9. Manejo de la desnutrición aguda severa

MANEJO DE LA DESNUTRICION AGUDA SEVERA			
Criterios adicionales independientes	-Falta de apetito -Complicaciones médicas		-Apetito -Ninguna complicación médica
	↓		↓
Tipo de alimentación terapéutica	Dentro de un establecimiento de salud	→	En la comunidad
Intervención	-F75 -F100 Alimento terapéutico listo para usar -Atención médica las 24 horas		-Alimento terapéutico listo para usar -Atención médica básica
Criterios para el alta (criterios de transición del establecimiento de salud a la comunidad)	-Edema disminuido -Buen apetito -Ingesta aceptable de alimento terapéutico listo para usar	←	Ganancia de peso del 10 - 15%
ªEl niño consume al menos el 75% de su ración diaria de alimento terapéutico listo para usar			

El manejo en la comunidad agrega un valor al manejo de la malnutrición en los establecimientos de salud y consiste en:

- Aplicación de principios tanto en situaciones de emergencias como aquellas que no son emergencias, en las que existen casos significativos de desnutrición y limitado acceso a servicios de salud
- Los casos severos de desnutrición identificados temprano son más fáciles de tratar y requieren menos tratamiento hospitalario, por tanto la detección temprana es importante
- Una amplia cobertura para casos sin complicaciones

Traslado desde la comunidad a los servicios de salud y viceversa:

- Para los niños tratados en el hospital, después que las complicaciones de la desnutrición aguda se encuentran bajo control, el manejo debe continuar en la comunidad
- Los niños que se deterioran en el hogar deben ser referidos para evaluación y manejo posterior (atención hospitalaria)

Los elementos clave para apoyar a los países para mejorar el manejo de la desnutrición aguda severa son:

- Desarrollo de protocolos nacionales sobre el manejo de la desnutrición
- La creación de capacidad de los proveedores de atención de salud en todos los niveles y la supervisión periódica / entrenamiento en los sitios.
- Disponibilidad continua de los productos alimenticios terapéuticos (F75, F100, alimentos terapéuticos listos para usar), botiquines médicos
- Apoyo a lograr una alta cobertura de las intervenciones
- Establecimiento de medidas adecuadas para la referencia
- Vincular con otros programas: iniciativas de prevención (Alimentación del lactante y niño pequeño, la AIEPI, VIH, entre otras)

El papel de la OMS en esta estrategia es prestar apoyo a los países para:

- Definir protocolos nacionales sobre el manejo de la desnutrición
La formación y el seguimiento de los trabajadores en salud en el nivel hospitalario (atención hospitalaria)
- Provisión de botiquines médicos para el manejo hospitalario de desnutrición aguda severa

Abogacía para un enfoque complementario:

- Desarrollar declaraciones conjuntas sobre el manejo de la desnutrición aguda severa basado en la comunidad (OMS/UNICEF/PMA). El uso de estándares de crecimiento de la OMS y la identificación de los niños con desnutrición aguda severa según los criterios de la OMS/UNICEF.
- Orientación sobre el manejo de la desnutrición aguda severa integrada para los responsables políticos y gestores de programas

Herramientas disponibles de la OMS:

<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/en/index.html>

- Manual sobre la gestión de la malnutrición severa (1999)
- Curso de capacitación que incluye módulos establecidos en consiste en una Guía para el Director del Curso, una Guía para el Facilitador, una Guía para el Instructor Clínico, Video, Sesiones teóricas y prácticas (6 días de formación de los participantes, 3 1 / 2 días para capacitación de capacitadores; posibilidad de curso en línea <http://imtf.org/page>)
- Informe de una consulta para revisar la literatura actual, OMS, 2003
- Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición severa, OMS, 2003
- Dos declaraciones conjuntas OMS/UNICEF y OMS/UNICEF/PMA/SCN

Actualización de las herramientas de la OMS:

- Anexo del curso de formación actualizado (2009)
- La revisión del manual de 1999 sobre el manejo de la desnutrición severa planificada (2010)

Otras herramientas disponibles para el manejo hospitalario de la desnutrición aguda severa:

- Curso de capacitación sobre alimentación infantil en situaciones de emergencia, Red de Nutrición en Emergencias y socios, diciembre 2007. Capítulo sobre "Manejo de los lactantes con desnutrición severa".

Herramientas disponibles para mejorar la capacidad en la comunidad para el manejo ambulatorio de la desnutrición aguda severa:

- Curso de Capacitación para el Manejo ambulatorio de la desnutrición aguda (CMAM): FANTA-UNICE /CONCERN Worldwide/VÁLID International
<http://www.fantaproject.org/cmam/training.shtml>

Nutrición en emergencias: Lineamientos básicos para la alimentación del niño pequeño

Lic. Laura Irizarry, UNICEF, Oficina Regional para las Américas y El Caribe

Recientemente el aumento en el número de desastres naturales y emergencias y la atención pública a los mismos a nivel regional han aumentado. En este contexto, la Lic. Laura Irizarry presentó los lineamientos básicos para la alimentación del niño pequeño en emergencias en el marco del contexto Latinoamérica. Como parte de la presentación se discutió el impacto, retos y líneas de acción al igual que los mecanismos, roles y responsabilidades esperadas como parte de la respuesta ante una emergencia. Finalmente se abordaron los retos y oportunidades para apoyar acciones que aseguren una alimentación adecuada y oportuna frente a una situación de emergencia.

De acuerdo con las definiciones internacionales consensuadas, una emergencia se define como “Una situación extraordinaria, de índole natural o política, que pone en riesgo la salud y la supervivencia de una población”. Es una situación que atenta contra la vida y el bienestar de un gran número de individuos en una población y en la cual se requiere tomar medidas extraordinarias para asegurar su supervivencia, cuidado y protección. Una crisis humanitaria, una falla parcial o total en el sistema de autoridad, un conflicto interno o externo; requieren una respuesta internacional que va más allá del mandato o capacidad de una sola agencia.

Aunque su naturaleza puede ser cambiante o recurrente, es necesario reconocer y estar consciente de que una emergencia puede ocurrir en cualquier lugar y en cualquier momento, de hecho su incidencia va en aumento, específicamente:

- El número de conflictos armados ha aumentado
- La incidencia, frecuencia e intensidad de los desastres naturales ha aumentado (100 desastres registrados en 1975 vs 425 en 2005).
- El número de afectados también crece:
 - 250m - las afectadas anualmente durante la última década
 - 175m - los niños afectados anualmente por eventos relacionados al cambio climático

Algunos factores que se consideran agravantes ante la posibilidad de una situación de emergencia son el cambio climático, características demográficas y disparidades sociales, entre otros.

La región de Latinoamérica y el Caribe se considera extremadamente propensa a las emergencias. Sin embargo, en la región su naturaleza varía y se ve más frecuentemente como el resultado de:

- Sequía
- Inundaciones
- Terremotos
- Epidemias
- Inestabilidad política y social

Otros factores agravantes ante este panorama son:

- El aumento de precio de los alimentos de la canasta básica que se traduce a mayor vulnerabilidad de la población
- La pérdida de fuentes de trabajo y poder adquisitivo de las familias a raíz de la crisis económica
- Políticas públicas, programas, estrategias de respuesta y esfuerzos de coordinación inadecuados
- Posible impacto en los objetivos globales de desarrollo y en las economías nacionales
- Niveles de desnutrición inaceptablemente altos en "situaciones normales"

¿Por qué el énfasis en la nutrición del niño pequeño?

El focalizar esfuerzos de planificación y respuesta ante las emergencias con atención al estado nutricional de niño pequeño es vital. Entre los principales riesgos en una situación de emergencia se encuentran:

- Acceso limitado a refugio
- Situaciones de desplazamiento masivo
- Agudizamiento de precariedad de la economía y otros retos sociales
- Inseguridad alimentaria
- Acceso limitado a facilidades de agua y saneamiento
- Incremento en las enfermedades y brotes epidémicos

Ante dichos retos, la realidad de que a menor edad, mayor vulnerabilidad no puede ser ignorada.

Entre las consecuencias de una emergencia se destaca el impacto en múltiples factores que aumentan el riesgo de malnutrición, enfermedad y muerte :

- Desnutrición crónica, aguda y moderada
- Deficiencias de micronutrientes asociadas a la calidad del alimento
- Hierro, Iodo, y Vitamina A, entre otros

También es común el inicio de prácticas inadecuadas de alimentación de infantes y distribución de alimentos.

Lineamientos básicos

Existen lineamientos básicos para la alimentación en situaciones de emergencias.

Factores clave a considerarse para asegurar una alimentación adecuada del niño pequeño en un contexto de emergencias, incluyen:

- Información y comunicación, brindar información correcta, objetiva y consistente sobre prácticas óptimas de alimentación
- Apoyo y orientación, promover las prácticas óptimas de alimentación y ayudar a la población a prevenir/superar dificultades
- Protección, contrarrestar la desinformación e influencias comerciales
- Ambiente facilitador, fomentar ambientes facilitadores en comunidades y hogares y a nivel nacional (legislativo, político)

Principios básicos para la prevención de la desnutrición: Alimentación de infantes y niños pequeños:

1. Promoción y apoyo de la lactancia materna con énfasis en la iniciación temprana y la lactancia exclusiva
2. Promoción de la alimentación complementaria adecuada
 - Asegurar la disponibilidad de alimentos enriquecidos con micronutrientes aptos para la edad como parte de la ración general
 - Abogar a favor de la disponibilidad de alimentos adicionales ricos en nutrientes en programas de alimentación suplementaria
3. Atención y apoyo a la alimentación de los niños no amamantados a través de:
 - Identificación de intervenciones
 - Asegurar disponibilidad y acceso a consejeros de lactancia
 - Re-iniciación de la lactancia
 - Nodrizas
 - Uso adecuado de los sucedáneos de leche materna
 - Monitorear el uso de los sucedáneos de leche materna
4. Aseguramiento de acceso a agua, saneamiento e higiene

Al evaluar la severidad de una emergencia y definir la respuesta adecuada es importante evaluar ciertos estándares y puntos de referencia:

- Clasificación de niveles y tipos de inseguridad alimentaria del Overseas Development Institute (2003)
 - Indicadores de mortalidad, malnutrición e inseguridad alimentaria
- Escala de Magnitud del Hambre de Howe and Devereux (2004)
 - Contexto de mortalidad, malnutrición y medios de subsistencia
- FAO/Food Security Analysis Unit Clasificación Integrada de Seguridad Alimentaria y Fase Humanitaria (2006)
 - Mortalidad, malnutrición, morbilidad, diversidad de la dieta, agua, desplazamiento, afrontamiento, subsistencia
- Árbol de Decisiones FAO/OMS
 - Prevalencia de malnutrición + factores agravantes
- PMA-Clasificación de respuesta en emergencias

Como herramientas para esfuerzos de abogacía y el desarrollo de planes de acción también existen declaraciones y guías operativas, como por ejemplo:

- Convención de los Derechos del Niño
- Derechos de la Niñez en Emergencias y Desastres (UNICEF)
- Declaración Conjunta WFP/UNICEF/WHO (2005) que define los roles y responsabilidades de cada agencia en el manejo de la desnutrición aguda
- Declaración conjunta WHO/WFP/SCN/UNICEF sobre el manejo de la desnutrición aguda severa en la comunidad
- Declaración WHO/WFP/UNICEF sobre el uso de multivitaminas y minerales en contextos de emergencias
- Declaración WHO/UNICEF sobre los estándares de crecimiento y desnutrición aguda severa en niños e infantes

Otros recursos existentes son:

- Lineamientos de micronutrientes, lactancia y VIH/SIDA en emergencias
- Apoyo Operacional: Infant Feeding in Emergencies OPS Orientación sobre alimentación de infantes y niños pequeños en emergencias y módulos de capacitación relacionados (2007)

- Recursos informativos
 - www.ennonline.org
 - <http://Oneresponse.info>

Actualmente se llevan a cabo diversas acciones para mejorar la respuesta frente a una emergencia, la más notable es la Reforma Humanitaria, cuya finalidad es “reforzar la responsabilidad, el aspecto previsible y las alianzas con socios de la respuesta humanitaria” (Comité Permanente Interagencial).

Bajo la premisa de que “la colaboración no es una opción, es una necesidad”, la reforma impulsa el concepto de “agrupación o cluster”. EL “cluster” es un grupo que se enfoca en las necesidades humanitarias de una población en un sector específico, por ejemplo, salud, nutrición, seguridad. Su implementación busca asegurar una mejor respuesta estratégica. Sin embargo, cabe destacar que en este contexto de colaboración interagencial y con la sociedad civil, los gobiernos mantienen su responsabilidad primaria pero con el beneficio añadido de:

- Predictibilidad
- Rendición de cuentas
- Inclusividad
- Estándares
- Apoyo global

Es evidente que aun existen muchos retos sobre la manera adecuada de responder a una emergencia y en particular la respuesta nutricional adecuada. Más notablemente se destacan:

- Falta de criterios
 - ¿Cuándo responder?
 - ¿Cuál es la respuesta indicada?
 - Énfasis en la distribución de alimentos; la desnutrición es multicausal
- Vacíos de información
 - Impacto y la efectividad de intervenciones
- Limitaciones en el ambiente operativo
 - Poca capacidad/experiencia
 - Falta de coordinación en países

Sin embargo, también existen muchas oportunidades y avances que muestran el potencial de fortalecer la respuesta nutricional y son el resultado de las grandes inversiones que han apostado a ello, específicamente:

- Estandarización de evaluaciones
- Análisis causal nutricional
- Cuidado terapéutico en la comunidad
- Micronutrientes (por ejemplo, micronutrientes en polvo)
- Desarrollo de estándares y énfasis en el monitoreo y evaluación
- Mayor inversión en la investigación (por ejemplo, desnutrición moderada)
- Atención a la importancia de Sistemas de Alerta Temprana
 - Oportunidades para colaboración Sur Sur

- Entrenamientos, capacitaciones y distribución de materiales adaptados a personal en la región.

Conclusiones:

- A nivel mundial 16 millones de niños sufrirán de desnutrición como resultado de la crisis alimentaria y económica
- Latinoamérica y el Caribe encara los riesgos de emergencias venideras
- La promoción de las prácticas correctas de alimentación entre los niños menores de 2 años es vital un contexto de emergencia
- Las crisis actuales ofrecen una ventana de oportunidad para aumentar la abogacía, políticas públicas, programas integrados y acciones presupuestarias para mejorar el estado nutricional del niño pequeño en LAC
- Existe la necesidad de desarrollar, fortalecer y monitorear actividades de preparación temprana
- La colaboración es clave. La armonización de planes y colaboración inter-agencial facilitan la respuesta y determinan su impacto

NUTRICIÓN Y DESARROLLO TEMPRANO DEL NIÑO PEQUEÑO

Dra. Patrice Engle, Profesora, Universidad Politécnica de California

Existe la posibilidad de una interacción muy fuerte en el momento que se le da de comer al niño que no siempre es aprovechada por la madre. De acuerdo con la Dra. Engle, algunos factores como el lenguaje y la paciencia que se tenga para darle de comer son factores claves. En su presentación aborda el vínculo entre la estimulación temprana y la buena nutrición como factores que necesariamente deben ir de la mano.

De acuerdo a la III Serie Lancet sobre Desarrollo Infantil (2007) existen 1) Riesgos para el Desarrollo Infantil con evidencia fuerte (talla baja para la edad, deficiencia de yodo y de hierro); 2) Riesgos con evidencia menos fuerte como la ausencia de lactancia materna y el bajo peso al nacer y 3) Riesgos con evidencia fuerte de la estimulación inadecuada y pocas oportunidades para aprender. Se cuenta con datos globales que refieren que solo el 10% a 41% de los padres tienen materiales para estimular a sus hijos en países en desarrollo y que solo el 11% a 33% involucran a sus hijos en actividades de estimulación. Las intervenciones para mejorar el desarrollo son la nutrición y la estimulación y los dos tienen efectos *independientes* en el desarrollo. Cuando no mejora el desarrollo además de la nutrición estamos perdiendo oportunidades para la niñez.

¿Es posible mejorar el desarrollo infantil en los niños pobres? La misma Serie Lancet sobre Desarrollo Infantil nos dice que “Más de 200 millones de niños en el mundo no están desarrollando su potencial” (Grantham-McGregor et al. 2007) y que “Existen las intervenciones efectivas que pueden reducir la pérdida de potencial en desarrollo” (Engle et al. 2007). La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud de la OMS (2008) recomienda “Un enfoque más comprensivo para la primera infancia, construido sobre

programas de sobrevivencia ya existentes y extendiendo las intervenciones para incluir desarrollo social, emocional y cognitivo". La nutrición y la estimulación temprana tienen efectos sincréticos. Mejorando el cuidado y estimulación del niño brindan un efecto *independiente y adicional* en el desarrollo del cerebro y la inteligencia.

Una revisión de la literatura nos brinda una serie de estrategias evaluadas en diferentes países (ej. Asia del Sur y del Este, África, América Latina, Turquía y el Caribe). Incluye programas para padres o padre/niño, los programas de educación inicial y los que abordan desarrollo infantil, salud y nutrición.

El ambiente tiene un efecto muy fuerte en el desarrollo cognitivo y socio-emocional de los niños porque la formación del cerebro inicia durante la gestación y es más rápido antes de los 3 años de edad y porque depende en parte de la capacidad de la madre de responder a gestos e interés del niño. Un ejemplo es el desarrollo del lenguaje, donde el número de palabras escuchadas antes de los 3 años de edad según la situación socioeconómica de la familia se verá reflejado en el desarrollo del lenguaje del niño (Figura 13). Está demostrado que la manera de responder al niño también afecta su aprendizaje de vocabulario.

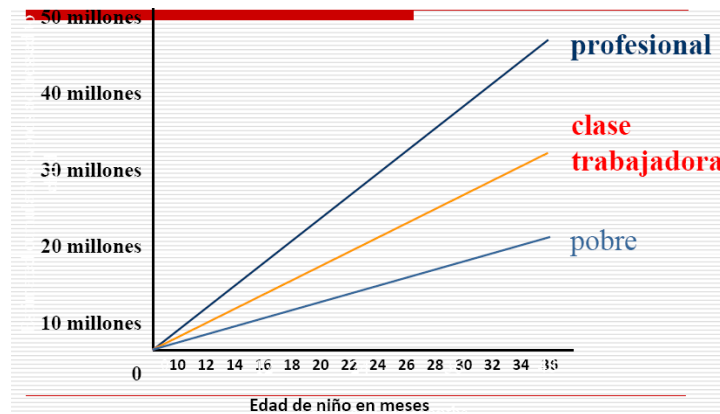


Figura No 12. Diferencias en número de palabras escuchadas antes de los 3 años de edad por nivel socioeconómico

La edad de mayor riesgo nutricional es de 0 a 35 meses de edad y la edad más importante para el desarrollo cognitivo es de 1 a 3 años. El mecanismo a través del cual la nutrición y la estimulación tienen efectos sincréticos en el desarrollo intelectual y social es:

- El desarrollo del cerebro que requiere experiencias y buena nutrición
- La calidad de la interacción entre cuidadora y niño, ya que es crítica para el crecimiento y desarrollo
- Un niño desnutrido es difícil de cuidar
- Una cuidadora bien nutrida –y bien valorada –va a proveer un mejor cuidado

Las investigaciones sobre el efecto de intervenciones conjuntas de nutrición y desarrollo demuestran que tienen un efecto mayor que cuando se abordan separadamente. Parece que potencia el efecto de cada uno. Los efectos de combinar la nutrición y la estimulación

temprana se han observado. Los niveles de QI tienen un efecto de acuerdo al nivel de desnutrición y la edad de adopción. Comparando entre niñas coreanas huérfanas adoptadas antes de los 2 años de vida y las adoptadas después de los 2 años, los mayores niveles de QI fueron para las niñas y niños con buena nutrición adoptadas antes de los 2 años de vida.

La estimulación psico-social puede también afectar el crecimiento, se cuentan con lecciones aprendidas de otro grupo de huérfanos de Rumania en 1994, se estudió el efecto del mejoramiento del entorno sobre el crecimiento y desarrollo.

- 260 niños se asignaron aleatoriamente a permanecer en el orfanato o ser adoptados por familias rumanas
- La edad en que los niños fueron adoptados fluctuó entre los 12 meses y los 5 años
- Se examinaron los efectos en el crecimiento, desarrollo cognitivo y funcionamiento social

Los efectos de vivir en una familia en comparación de la institución fue un mejor nivel de desarrollo a los 4 y 5 años, con menos problemas sociales y un incremento en el crecimiento en el primer año de vivir en la familia de casi 1 desviación estándar (DE). La calidad de la afectividad en el ambiente impactó su crecimiento, es decir, la calidad de la relación entre cuidadora y el niño, el cariño, el apego y la “responsividad”. En conclusión: los niños y niñas necesitan cariño para crecer y desarrollarse (Johnson et al., 2009).

Los elementos más críticos para el desarrollo en estos años son:

- Sensitividad: cuidadores pueden leer los signos del niño o niña
- Responsividad: cuidadores pueden responder en tiempo y forma apropiada a los signos del niño o niña

Existen ejemplos de cómo unir intervenciones para el desarrollo y nutrición. Tienen que ser simples pero eficaces, ser parte de la vida cotidiana.

1. Programas conjuntos de nutrición y desarrollo infantil
 - Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense (PAININ)
 - Programa de Desarrollo de la Primera Infancia en Filipinas
2. Alimentación responsiva
3. Micronutrientes en polvo con desarrollo infantil
4. Salud primaria y estimulación temprana
 - AIEPI y “Cuidado para el desarrollo”
 - Carnet de Salud
5. Centros de rehabilitación nutricional
6. Transferencias monetarias condicionales y programas de educación a padres

El Programa de Desarrollo de la Primera Infancia en Filipinas (préstamo del Banco Mundial) cubrió 2.5 millones en 10 provincias con los siguientes componentes:

- Salud (inmunización, AEPI)
- Desarrollo infantil (seminarios de efectividad de padres, incremento en la calidad de centros de cuidado diario, nuevo puesto: visitante a casas con educación para padres en desarrollo infantil)

- Nutrición (suplemento y micro nutrientes, monitoreo de desarrollo y crecimiento)

En la alimentación responsiva no solamente se considera *qué* come el niño sino también *cómo* el niño come. Influyen todos los patrones de interacción. La hora de la comida es una oportunidad para aprender lenguaje y desarrollar. El niño puede aprender de ayudarse (aprende autonomía) y es posible que come más de lo que comería sin alimentación responsiva.

En los estilos de alimentación los problemas varían mucho entre las diferentes culturas, ya que existen cuidadoras muy pasivas, cuidadoras que controlan todo, cuidadoras que le dan todo lo que el niño pide y cuidadoras responsivas y responsables.

Se realizó una intervención para mejorar la alimentación interactiva y juego en India rural donde se definieron 200 niños en cada grupo de seguimiento de 3-15 meses con un Grupo #1 (control), un Grupo #2 (educación nutricional en comida complementaria (CF) con variables en el tipo de comida y porción) y un Grupo #3 (CF, alimentación interactiva y juegos). Este último grupo tuvo mensajes de alimentación interactiva sobre cómo sonreír a su niño, en ayudarlo a su niño a comer, responder a signos de hambre, animarlo cuando come, si el niño rechaza la comida, ofrecer uno o más bocados, darle oportunidades de comer solo por un ratito.

No había diferencias entre los grupos a los 3 meses de edad. Los dos grupos con intervención mejoraron la ingesta y el crecimiento. El grupo con alimentación interactiva y juego fue mejor la calidad de estimulación en la casa a los 15 meses de edad y su desarrollo mental utilizando la escala de Bayley. Disminuyeron también los síntomas de depresión de las mujeres. No solo se cambia la forma de dar la comida sino su pensamiento.

Estos mensajes responden a un problema muy común para cuidadores, el niño que no quiere comer. Tienen un efecto fuerte. Por ejemplo, el mensaje del programa en Perú que esta utilizada desde hace 10 años es “enseñar a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor”. Otros mensajes bien aceptados son: “Si le hablo mientras le doy de comer, mi llulito con mucha alegría va a aprender”, “Con jueguito y cariñito mi hijita comerá todo.”

En cuanto al uso de micronutrientes en polvo y el desarrollo infantil, los pocos resultados que hay son muy positivos. Se comprobó que cuando un niño mejora su estado de hierro, su energía y actividad incrementa. Niños antes de la suplementación no exploraron objetos pero 6 semanas después con tratamiento de micronutrientes en polvo lo hicieron. Es un momento de darle oportunidades de aprender por lo es necesario ayudar a los padres. El proyecto se va a expandir a otros distritos y se tiene que fortalecer la parte de desarrollo.

La pregunta es, ¿Por qué no se implementan conjuntamente las intervenciones de desarrollo infantil y los programas de nutrición, cuando hay evidencia que el 40% del efecto de la desnutrición sobre la productividad del adulto es por deficiencias cognitivas (Behrman 2008) y que se potencia el desarrollo cognitivo con estimulación y nutrición?

Preguntas y comentarios:

Se refirieron a la conducta de algunas embarazadas que no desean tener niños, a la violencia intrafamiliar manifiesta donde el niño sufre estos efectos. También sobre cómo trabajar en situaciones para estimulación y se solicitaron recomendaciones específicas para desnutrición aguda y estimulación.

Sobre ello la Dra. Engle se refirió a que la etapa prenatal hasta el 1er año edad es importante, pero la más importante aún es la de 0 a 3 años. Sobre anemia y depresión ya hay estudios que mencionan que su interacción cambia por lo que hay que enfocar en eso. Existe mucho interés en el soporte social en las adolescentes en esta área. Es el entorno general de la mujer que afecta su nivel de depresión, un programa debe de tratar con el entorno y no solo dar la pastilla para depresión. También mencionó que hay que potenciar los esfuerzos en la vigilancia del crecimiento y desarrollo. ¿Será que realmente sabemos la interacción entre desarrollo infantil y nutrición? Pareciera que no, hay vacíos de información y que habría que difundir más. El cerebro se desarrolla hasta más allá de los 2 años de vida, hasta más de los 10. Acciones simples como la promoción de juguetes entre los padres puede ayudar. Violencia intrafamiliar: stress, pobreza, etc., es un problema difícil. El lenguaje con gestos y no solo lenguaje en poblaciones que no hablan mucho (como en Perú y otras partes).

Experiencias en Promoción de Crecimiento y Desarrollo en Costa Rica

Dra. Nereida Arjona, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica

La Dra. Arjona presentó el caso de estudio de Costa Rica con énfasis en las experiencias del país en la promoción del crecimiento y desarrollo del niño pequeño. Entre otros logros Costa Rica ha tenido éxito en reducir la tasa de mortalidad materna a través del trabajo realizado con énfasis en el desarrollo integral del niño.

La tasa de mortalidad infantil en Costa Rica ha disminuido de 77,5 /1000 a 8,9/1000 entre 1965 y el año 2008 (Estadísticas del Ministerio de Salud), producto de un trabajo intersectorial arduo. Costa Rica cuenta con un sistema de salud socializado, que tiene cobertura nacional. El Sistema de Salud cuenta de tres componentes: el Ministerio de Salud como ente Rector; la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) encargado de la prevención y atención y la atención privada.

La consulta de crecimiento y desarrollo para la Atención Integral al Niño consiste en una serie de consultas regulares a lo largo de los primeros 5 años de vida del niño. Un primer acercamiento es la *prueba del talón*. Ésta es realizada en el primer mes de nacido por parte de los Equipos Básicos de Atención Integral conformados por un médico, una enfermera y un técnico de atención primaria lugareño. La responsabilidad del equipo es conocer la población de sus comunidades. Las consultas subsiguientes son a los dos meses, a los cuatro, a los seis, a los nueve; la sexta atención es al año y tres meses y en los niños mayores de dos años una vez al año.

Escala de Desarrollo Integral del Niño

La Escala de Desarrollo Integral del Niño se inicia con el llenado y revisión del carnet de salud del niño. Este también es revisado por el Ministerio de Educación al momento del proceso de matrícula preescolar y escolar. La cartilla incluye información como: identificación personal, registro familiar, curvas de crecimiento, crecimiento cefálico, registro de valoración antropométrica, tamizaje neonatal, tamizaje ocular, valoración auditiva, salud bucodental, registro de vacunas, tabla de habilidades del desarrollo según la edad y guías de consejería sobre lactancia materna, alimentación complementaria, actividad física y prevención de enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias entre otras.

La Política Nacional de Lactancia Materna está amparada por una serie de legislaciones y normas de apoyo y fomento. Otro logro importante para el país es el aumento en el porcentaje de recién nacidos amamantados en 10 puntos porcentuales (85,3% a 95,8%) de 1975 a 2006.

Otra iniciativa importante es la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre. En Costa Rica existen a agosto de 2009, 10 hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre y 17 clínicas de lactancia en hospitales. A pesar de los avances aun hay obstáculos que vencer, de diferente índole:

Sociales: Mitos y creencias familiares, ideologías comunales, comercio intensivo de fórmulas infantiles y alimentos complementarios

Institucional: Incumplimiento de normativa, insuficiencia de recursos para monitoreo y evaluación, ausencia de una política institucional de apoyo a la lactancia.

Con el personal de salud: Formación insuficiente, rotación continúa, falta de motivación.

Como resultado del trabajo conjunto, se ha logrado un porcentaje de recién nacidos que recibe lactancia materna superior al 95% manteniéndose así en los últimos 8 años. Los factores que pueden estar influyendo son políticas institucionales favorables a la promoción de la lactancia materna, la IHAN en 14 hospitales, la aplicación de la Ley 7430 de fomento de la Lactancia Materna, y el Código de Trabajo.

Se puede observar entre el año 2002 y 2006, un aumento de la lactancia materna exclusiva o mixta según la edad. Hay un salto hacia abajo del quinto al sexto mes (79% a 73%) y al año de edad la prevalencia se encuentra en 59%, llegando a 49,1% para el segundo año de vida (2006). Sin embargo, la prevalencia en el año 2006 fue mayor que en 2002 para todos los rangos de edad (Figura 14).

La prevalencia de lactancia materna en recién nacidos es de 91,1%. Al sexto mes 18,7% de los niños reciben LME (2006), en 2002 era el 15,3%. Otro dato relevante es el porcentaje de niños amamantados exclusivamente con fórmula, que disminuye considerablemente entre 1990 y 2006 (de 40,6% a 27%).

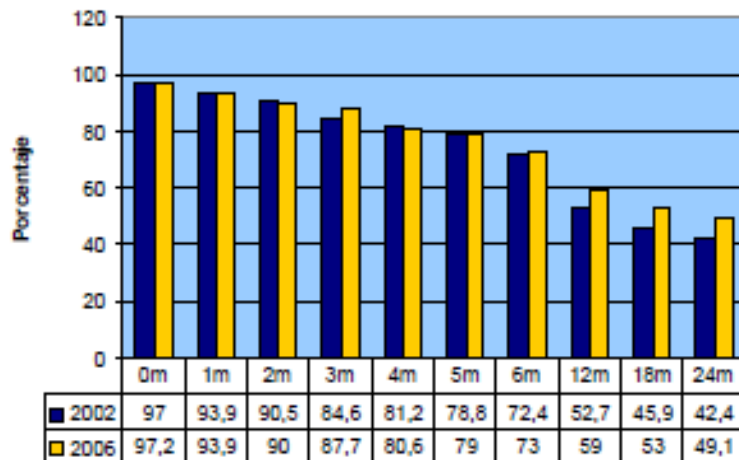


Figura No 13. Porcentaje de niños (as) que reciben leche materna según edad. Costa Rica 2002-2006. Ministerio de Salud

Las metas de la CCSS para el año 2015 son:

1. El 100% de las maternidades cuentan con clínicas de lactancia con el respectivo IHAN e impacto en la prestación de servicios de salud.
2. Se ha elaborado, distribuido y capacitado al personal para que utilicen la Guía de Manejo Práctico de la LM con base en las políticas institucionales.
3. El 100% de las Áreas de Salud han iniciado el proceso para ser designadas establecimientos de Salud Amigos del Niño, la Niña y la Familia.
4. Costa Rica cuenta con Bancos de Leche Humana enlazados a la Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana, como parte de acciones estratégicas en promoción de LM para niños de alto riesgo.

La Encuesta Nacional de Nutrición, 2008-2009 muestra que en los tres indicadores: peso/edad, peso/talla y talla/edad en menores de 5 años a nivel nacional, las niñas tienen las mayores prevalencias de desnutrición con relación a los varones. Al comparar los valores en peso/edad del año 1996, la prevalencia subió de 14.5 a 16.3% mientras que peso/talla y talla/edad se han mantenido. En los adolescentes (13-19 años) la delgadez no es significativa. El sobrepeso y la obesidad afecta a un 23.9% de las mujeres adolescentes y a un 17.4% de los varones. Las acciones en el tema de alimentos fortificados se enmarcan en la política de alimentos fortificados "fomento de la buena nutrición". En la misma encuesta se observa que el 80.6% del azúcar es fortificada con Vitamina A; el 99.6% de la harina de trigo con hierro y 55.7% de la harina de trigo con ácido fólico.

Las metas del año 2005 al 2015 son las siguientes:

- Que el 100% de las maternidades sean Amigas del Niño, la Niña y la Madre
- Que el 20% de las maternidades cuenten con bancos de leche humana
- Que el 90% de las mujeres embarazadas reciban educación en LM

- Que el 80% del personal de salud sea capacitado en políticas y normas para el fomento de la LM
- Que el 80% de los establecimientos de salud permitan que las madres que se hospitalicen ingresen con su hijo menor de 6 meses cuando los están amamantando
- Que el 60% de las Áreas de Salud del país sean designadas como Amigas de la Niña, el Niño y la Familia

Retos:

- Definir indicadores de desarrollos comunes para Centroamérica.
- Contar con el Sistema de Atención Integral del Desarrollo
- Erradicar la desnutrición

¿Cómo poner en práctica la combinación de nutrición y desarrollo?

Dra. Patrice Engle, Profesora, Universidad Politécnica de California

Las recomendaciones del módulo de AIEPI sobre el “Cuidado para el desarrollo del niño” señalan la importancia de la estimulación temprana a través de dos aspectos: *jugar y comunicar*. El primer módulo está desde 1999 y el más nuevo se acaba de actualizar (2008). El reto es poder hacer los materiales más adecuados para la comprensión de la madre. ¿Cómo se podría adaptar a una forma más sencilla para entregar a la madre, en la tarjeta de salud, o en un folleto? La nueva propuesta es incorporar fotos y mensajes simplificados (de 0-6 meses, de 6 meses a un año, etc.) y también incorporar juguetes que tenga la comunidad. Esperamos que este módulo sirva para asesorar a una madre o padre si se detectan problemas y poder ir más allá del módulo, aplicarlo en la comunidad y a la familia. El reto del sector salud es cómo concretar en las familias esos conceptos tan básicos de desarrollo, porque sabemos su impacto en la nutrición.

El Módulo de AIEPI -OMS/UNICEF “Cuidado para el desarrollo del niño” tiene estas características:

- Enseña a los padres estimulación temprana
- Es parte de salud primaria o una visita de atención en salud pública
- Tiene recomendaciones de conductas de acuerdo a la edad
- Es simple, pero aumenta el nivel de interacción y estimulación entre cuidadora y niño
- Toma alrededor de 5-7 minutos
- Más de 10 países lo están utilizándolo

Alimentación Responsiva, factores de importancia (6 -24 meses):

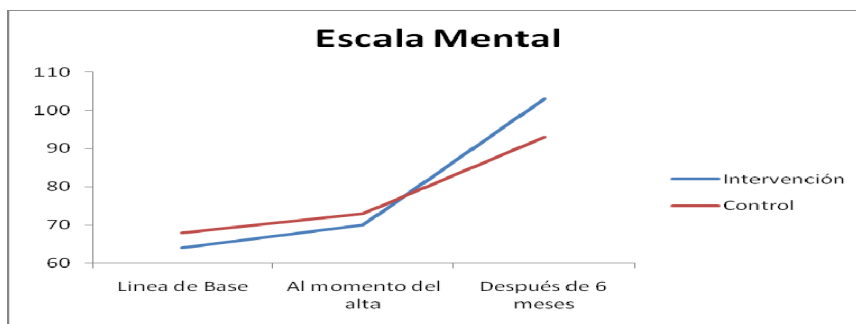
La cuidadora responsiva y responsable tiene las siguientes características:

- Verbaliza con el niño
- Responde cuando el niño rechaza la comida
- Da oportunidades al niño cuando trata de comer solo y también le ayuda a comer
- Puede ver la cara del niño y viceversa

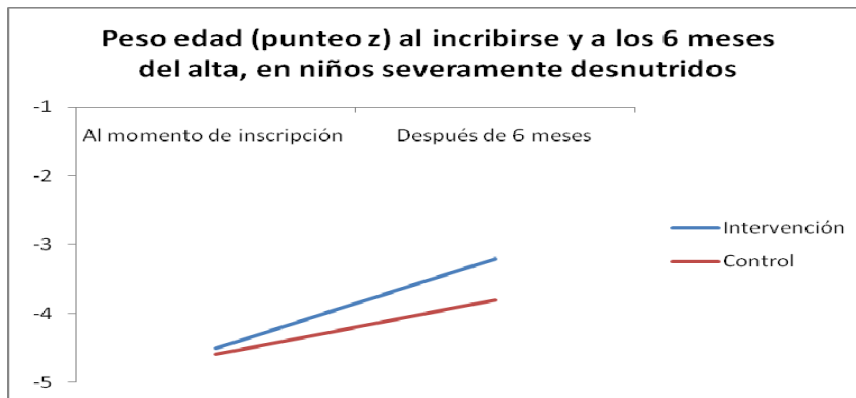
Sería importante que los programas cuenten con el componente de alimentación responsiva. Otro ejemplo destacado es el del Programa de Oportunidades en México donde las madres realizan actividades con los niños en sesiones semanales, como juegos, dibujos, etc.

La estimulación en la rehabilitación del niño desnutrido severo:

- Puede mejorar el desarrollo mental de los niños
- Es posible que los niños se recuperen más rápido –y las madres se sientan mejor al saber que están haciendo algo más por sus hijos
- En Bangladesh (Nahar et al., 2009) se realizaron sesiones de juego con madres y niños mientras estaban en el Centro. Se tuvieron solamente seis sesiones y el resultado fue que los niños participantes aumentaron en la escala mental y tuvieron además un mejor crecimiento (Figura 15)



$p < 0.001$ Controlado por edad, escala inicial y escolaridad del padre;



$p < 0.03$ Controlado por edad, punteo Z inicial y ocupación de la madre

Figura No 14. Efecto en escala mental y crecimiento (peso para la edad) de niños y niñas cuyas madres participaron en sesiones de juegos con ellos mientras estaban en el centro de rehabilitación por desnutrición severa

Desarrollo Infantil como condición de transferencias monetarias:

Un ejemplo es el Programa Oportunidades y Desarrollo Infantil de México (Fernald et al, 2008). El incremento en el ingreso familiar mejoró el nivel de desarrollo de los niños a los

3 años de edad, además de la nutrición. Es posible también incluir la educación a padres en el Desarrollo Infantil como co-responsabilidad. En México está en proceso un estudio sobre el efecto de combinar educación no formal entre el Consejo Nacional de Fomento Educativo y las transferencias condicionadas dirigida a grupos de madres sobre desarrollo infantil, salud y nutrición.

Preguntas y discusión:

La exposición generó un llamado de atención, reflexión sobre las implicancias reales del tema de desarrollo infantil, en la necesidad de visibilizarlo, no solamente en el contexto de la desnutrición crónica, sino paralelamente. Para ello, hay que concentrar y concertar voluntades en los países y los sectores involucrados que contribuyan desde su rectoría a que se brinde a los niños y sus cuidadores (padres, madres y familiares) las herramientas que ayuden al niño a su desarrollo. El aporte de UNICEF es sumamente valioso, pero el reto sigue siendo cómo se logra que se incorporen las experiencias locales a los programas nacionales (llevar a escala).

Hay temas mucho más operativos relacionados con los hitos del desarrollo para ser incorporados en encuestas nacionales y en la consejería con las madres y la familia, para que puedan “ver” el avance en el desarrollo de los niños. Sobre ello, hay experiencias de países como Chile y Paraguay que ya están introduciendo los hitos del desarrollo en las encuestas. La OMS ha sacado una Guía sobre Alimentación Integral (Guía N° 3) que da pautas sobre cómo estimular al niño incluyendo los hitos del desarrollo.

Hay experiencias locales que no están siendo difundidas, es necesario hacerlo; Lancet está por publicar una nueva serie, podríamos aprovechar esta oportunidad para la difusión.

Las inquietudes se centraron en el tema de que la propuesta sigue siendo global y que habría que hacer un esfuerzo en cada país en adaptarla, considerando la diversidad cultural existente en todos los países de la región. Por ejemplo, se podrían incluir listas de alimentos con el mismo valor nutricional y que se consumen frecuentemente en el país.

PROGRAMAS SOCIALES Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Productos fortificados: alternativas para mejorar la alimentación y nutrición infantil

Ángela Céspedes, Asesora Regional, PMA Oficina Regional

Los productos fortificados son considerados como una alternativa eficaz y viable para mejorar la alimentación y la nutrición infantil. La Dra. Ángela Céspedes presentó los diferentes tipos de productos disponibles y utilizados en el marco de diferentes programas específicos en la región.

Los temas abordados en esta intervención son:

- La importancia de la alimentación de infantes, niñas y niños pequeños

- Programas sociales con productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños
- Tipos de productos fortificados
- Características de productos fortificados óptimos
- Ingesta Recomendada de Nutrientes (RNI), Límite Superior y Composición Recomendada para Alimentos Complementarios Fortificados
- Programas efectivos con productos fortificados

Algunas recomendaciones para la alimentación de los infantes, niñas y niños pequeños de OMS/UNICEF son:

- Alimentación adecuada en cantidad y calidad de las madres embarazadas para garantizar su buen estado nutricional y para que las niñas y niños nazcan con peso, talla y estado de micronutrientes adecuados.
- Las niñas y niños menores de 6 meses deben ser alimentados con lactancia materna exclusiva
- Las niñas y niños de 6 a 24 meses deben continuar con leche materna y recibir alimentación complementaria adecuada (cantidad y calidad) y en casos necesarios recibir alimentos complementarios fortificados

Mejorar la alimentación y nutrición de los infantes, niñas y niños pequeños es importante porque:

- La falta de acceso a alimentos densos en nutrientes y energía durante el periodo de alimentación complementaria, junto con prácticas inadecuadas de alimentación y lactancia constituyen las causas principales de desnutrición en países en vías de desarrollo.
- Las deficiencias en micronutrientes son consecuencias comunes de dietas basadas en cereales, típicas de alimentación a infantes, niñas y niños de países en vías de desarrollo y especialmente nuestra región.
- La reducción de la desnutrición es esencial para reducir pobreza (desnutrición: causa y consecuencia de pobreza).
- Entre el 30% y 50% de la mortalidad infantil está asociada a la desnutrición, con su consecuente impacto negativo en salud, desarrollo infantil, educación, productividad y desarrollo

Los programas sociales con productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños deben ser conceptualizados como programas integrales (LM y otras intervenciones, comunicación social para el cambio de comportamiento, monitoreo y evaluación y participación comunitaria); no como productos aislados, puesto que tienen el propósito de mejorar la situación nutricional, reducción y prevención de anemia y contribuir a la reducción de la pobreza de los países.

Los productos fortificados son importantes para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes comunes en dietas basadas en cereales típicas de países en desarrollo. Son necesarios, además de la leche materna para satisfacer los requerimientos nutricionales de lactantes y niños pequeños, asegurando la densidad adecuada de micronutrientes. Sin embargo, tienen que diseñarse adecuadamente para evitar sustitución de la lactancia materna.

Factores a considerar en el diseño de productos fortificados:

- Objetivo del programa con productos fortificados (problema que se quiere atacar)
- Requerimientos nutricionales de acuerdo a la edad
- Contribución de la leche materna
- Tamaño de la ración
- Interacciones de micronutrientes
- Inhibidores (fitatos que inhiben la absorción de hierro y zinc).
- Métodos de producción
- Tipo de producto (instantáneo o necesita cocción)
- Tipo de empaque
- Condiciones de almacenamiento
- Biodisponibilidad de los compuestos
- Costos
- Consumo de leche materna
- Tamaño de porción de alimentos complementarios:
 - 40 g para infantes 6 -11 meses
 - 60 g para niños y niñas 12 -23 meses
 - 50 g para grupo 6 a 23 meses
- Densidad energética y de nutrientes

A continuación se presentan los requerimientos y fuentes de energía en niños de 6 a 24 meses:

Cuadro No 10. Requerimientos energéticos y aporte de la lactancia materna y alimentos complementarios

Edad (meses)	Requerimientos de calorías (Kcal/ día)	Aporte LM (Kcal/ día)	Aporte AC (Kcal/ día)
6-8 meses	615	413	200
9-11 meses	686	379	300
12-24 meses	894	346	550

Los productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños con que se cuenta, son los siguientes:

- Alimentos Complementarios Fortificados: todos aquellos alimentos que contenga nutrientes suministrados a infantes y niños pequeños durante el periodo de alimentación complementaria (>6 meses), usado como reemplazo o complemento de la papilla tradicional familiar. Ejemplo: Vitacereal en Guatemala y Nutricereal en Panamá y el CSB del PMA, en la cual ya se ha hecho una formula especial para niños con leche (proteína animal de excelente calidad)
- Suplemento Alimentario Fortificado Listo para Utilizar (RUTFs): productos alimentarios fortificados para agregarse a otros alimentos o para ingerirse solos, con el propósito de aumentar la ingesta de macro y micronutrientes, principalmente ácidos grasos esenciales y proteína de alta calidad

- Micronutrientes en polvo: Mezcla en polvo (incluye tabletas) de múltiples micronutrientes (vitaminas y minerales) para ser añadidas a los alimentos tradicionales como fortificantes caseros

Las principales características de los Suplemento Alimentario Fortificado Listo para Utilizar (RUSFs, RTUF) son:

- Cuentan con un alto contenido de ácidos grasos esenciales, energía y proteínas de alto valor biológico y micronutrientes
- Diferentes formulaciones de productos
- Son utilizados en situaciones de emergencia
- No requieren preparación ni dilución en agua
- Son utilizadas en tratamiento/Recuperación de casos de desnutrición aguda (recuperación hospitalaria y/o en domicilio) inclusive para desnutrición aguda severa
- Ejemplos: mantequilla o pasta de maní fortificada, pasta de semillas de ajonjolí o garbanzos, harina de soya fortificada con grasa entera, yogurt fortificado
- Un ejemplo de estos productos son los Plumpy Nut (Nutr butter) y Plumpy Doz

Los micronutrientes en polvo (fortificación casera o suplementación múltiple) tales como Sprinkles, Chispitas, Estrellitas, MixMe y Nutritabs, presentan las siguientes características:

- Mezclas de micronutrientes presentadas en sobres individuales de polvos secos (1 g) que se pueden añadir a cualquier comida sólida, semi-sólida y suave
- Son fortificantes que contienen hierro micro-encapsulado (fumarato ferroso) y otros micronutrientes
- El encapsulado (capa lipídica) impide la disolución del hierro en las comidas, evitando cambios organolépticos (en color, olor y sabor)
- La dosis: 1 sobre diario por 60 días en el primer año (>6 meses) y segundo año
- Estudios con evidencias (Ghana, China, India, Haití, Bolivia, Guatemala y Canadá) han demostrado la eficacia y/o efectividad de los micronutrientes en polvo en el tratamiento de las anemias
- Su uso es recomendado para prevención y control de deficiencias de micronutrientes en situaciones de emergencias (Declaración OMS/UNICEF/PMA)
- Costo: USD 0.02 -0.03/sobre

MixMe™ es desarrollado en conjunto por PMA y DSM.

El uso de micronutrientes en polvos (fortificación casera o suplementación múltiple) ofrece algunas ventajas (Pediatr Child Health 2003; 8:89-90; Am J Clin Nutr 2001 74:791-795; Eur. J. Clin.Nutr 2007; WHO 2003; WHO, UNICEF, WFP 2007):

- Se puede añadir múltiples micronutrientes de acuerdo a las necesidades
- Cantidad pequeña (1 g)
- El envase facilita la logística y la exactitud de la dosificación, evitando el riesgo de sobredosis
- La facilidad de mezclar el producto con los alimentos permite realizarse por cualquier persona que alimente a la niña o al niño
- La utilización directa y total del producto no exige preparación especial, evita riesgos de contaminación y elimina posibilidades de oxidación

- Bajo costo/elevado beneficio

Las características generales de los productos fortificados óptimos (alimentos complementarios fortificados, RUSFs/RTUF, micronutrientes en polvos) son:

- Preparación instantánea o precocida. Esto es importante sobre todo por el problema de contaminación del agua y el trabajo de las madres.
- Consistencia sólida o semi-sólida
- Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de Salud
- Cumplir con las normas del Codex Alimentario
- No contener ácidos grasos trans
- Puede contener amilasa (se debe tener especial cuidado en garantizar la seguridad y estabilidad de esta enzima, debe ser monitoreada)
- Puede utilizar productos fermentados o germinados (para proveer amilasa activa)

Con relación a los micronutrientes:

- Incluir preferentemente 20 micronutrientes (densidad de nutrientes)
- Si la finalidad es prevenir anemia se requieren menos micronutrientes, específicamente incluir: hierro, cinc, cobre, vitamina C, vitamina B12 (para poblaciones deficientes en ácido fólico y vitamina A, estos deben ser incluidos)
- Cada ración debe proveer entre 50 a 100% del RNI debe contener al menos el 33%-100% del RNI
- En el caso de micronutrientes prioritarios deficitarios (ej. hierro) se debe cubrir el 100%
- Debe incluirse micronutrientes con alta biodisponibilidad

Las características específicas de los alimentos complementarios fortificados óptimos son.

- Tamaño de la ración: 20-50 g de peso seco; peso húmedo < 175 mL
- kcal/g peso seco: 4 kcal/g (mínimo)
- Porciones por día: 1-3 (porciones más grandes pueden dividirse e incluirse en diferentes momentos durante el día)
- Energía: 100-140 kcal/porción
- Proteína: 5-15% del total de las calorías
- Grasas: 20-35% del total de las calorías
- Ácidos grasos esenciales: relación de ácidos grasos linoleico (omega 6): linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- Leche si es posible (en función del costo) u otra proteína animal, como la carne
- Micronutrientes
- El azúcar no debe sobrepasar 10% del valor calórico total

Características del Suplemento alimentario fortificado óptimo (RUSFs/RTUF):

- Fuente de proteína de alta calidad
- Ácidos grasos esenciales (no proviene de carbohidratos): relación de ácidos grasos linoleico (omega 6) : linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- Densidad energética proveniente de ácidos grasos esenciales
- Leche si es posible (en función del costo)

- Micronutrientes

Los programas efectivos con productos fortificados cumplen con las siguientes características:

- Formulación nutricional adecuada
- Población objetivo: 6-36 meses
- Alianzas públicas, privadas, sociedad civil y agencias; participación ciudadana
- Monitoreo, evaluación y control de calidad
- Comunicación y mercadeo social integrados

Actualmente hay un creciente interés en los países de la Región para incluir en sus programas de lucha contra la desnutrición infantil, alimentos complementarios fortificados con objetivos múltiples, con múltiples propósitos:

- Para el mejoramiento de la nutrición el uso de alimentos nativos de alto valor nutricional
- Revalorización de productos autóctonos, de culturas indígenas, locales
- Fortalecimiento de la capacidad local de producción (producción interna)
- Generación de fuentes de empleo (producción local)
- Cuidado del medio ambiente (envases biodegradables), como es la experiencia de Colombia, es de bajo costo

El Programa Oportunidades

Dra. Teresita González de Cossío, Profesora, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Oportunidades es un programa integral destinado a la población en extrema pobreza, que padece los más altos índices de desnutrición, enfermedades básicas curables y deserción escolar en México. Utilizando este programa como marco de referencia la Dra. González de Cossío hizo hincapié en las evaluaciones de programa y su importancia para mejorar el diseño y operación de los programas de nutrición.

Contenido de la presentación:

- Evolución del estado de nutrición en las últimas dos décadas
- Antecedentes nutricios del Programa Oportunidades
- Cambios en el diseño, focalización y pertinencia de programas de nutrición a partir de la segunda mitad de la década de 1990
- El papel de las evaluaciones para mejorar el diseño y operación de los programas
- Conclusiones

La prevalencia de talla baja en menores de cinco años de edad en diferentes regiones de México en 1988 era realmente alta a pesar del elevado gasto e inversión en los diferentes programas existentes, sin lograr disminuir esta prevalencia al ritmo esperado. Se hizo una comparación con los avances en América del Sur en ese periodo (1988 y 1990) y se observó que disminuyó más pronto su prevalencia de talla baja que México que invirtió muchísimo (2 millones dólares diarios) por lo que existía una falta de efectividad. Esta situación se analizó y las razones de la falta de efectividad de los programas de nutrición se definieron en:

- Focalización inefectiva
 - Énfasis en zonas urbanas
 - Falta de focalización en niños menores de 2-3 años
- Alimentos distribuidos
 - No adecuados para niños (i.e.; no eran alimentos complementarios)
 - No eran fuentes ricas de micro nutrientes deficitarios
- Componente educativo débil
- Duplicidad de programas y acciones
 - Falta de coordinación
 - Programas no integrales

Lo que sabíamos era la evidencia científica del marco biológico-conceptual sobre la ventana de oportunidad entre 0 y 2 años de edad. También que la talla baja disminuía con la suplementación con micronutrientes. Con muchas deficiencias, pero con mucha evidencia para mejorar, sobre todo de INCAP; el estudio de Oriente mostró que el crecimiento de talla era mayor con suplementación con una clara ventana de oportunidad.

Se creó entonces el Programa de Oportunidades desde 1995 como un Programa de desarrollo humano para salir de la pobreza extrema y romper su transferencia intergeneracional (Figura 16). Tenía una cobertura de 5 millones de familias, a expandirse a 6.5 este 2010 y utilizaba incentivos para la inversión en el desarrollo de capital humano. Se revisaron todos los programas y se unificaron. Se focalizaron las familias. Las herramientas fueron los alimentos con un componente educativo, integralidad (transferencias) y evaluación. La cadena causal de UNICEF se utilizó para la organización y diseño del programa. Sus componentes fueron

1. Complementos alimenticios enriquecidos:
 - Nutrisano para niños 6-23 meses y niños 2-4 años con peso para edad <-1 Z
 - Nutrivida para mujeres embarazadas y amamantando
2. Programa educativo
3. Atención Primaria de Salud
4. Transferencia en efectivo

Algunos cambios introducidos por el Programa Oportunidades fueron:

- Focalización: Familias pobres de zonas rurales del Programa Oportunidades Niños menores de 2 años y mujeres embarazadas y durante la lactancia Herramientas: Alimentos distribuidos son alimentos complementarios con micronutrientes deficitarios en dieta mexicana y enriquecidos que explicarían el pobre crecimiento infantil diseñados específicamente para <2 años
- Mayor énfasis en el componente educativo
- Coordinación de programas y acciones
- Integralidad en acciones
- Componente de evaluación

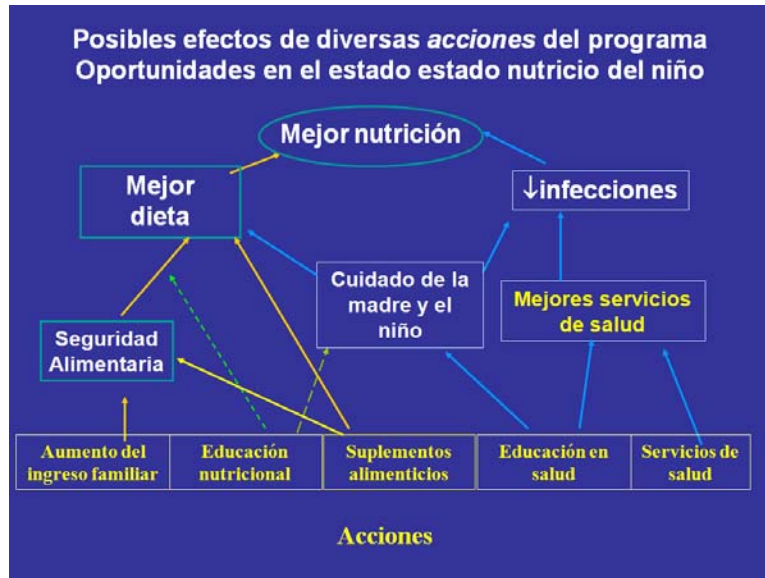
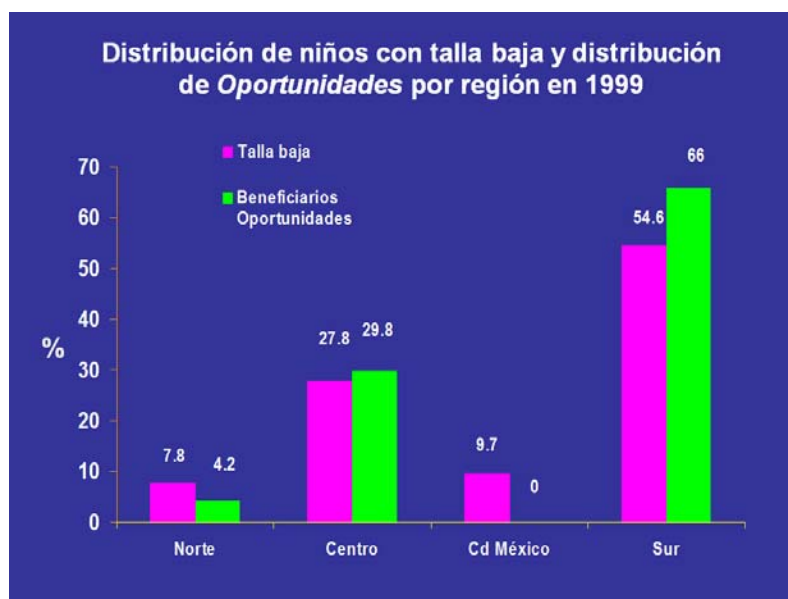
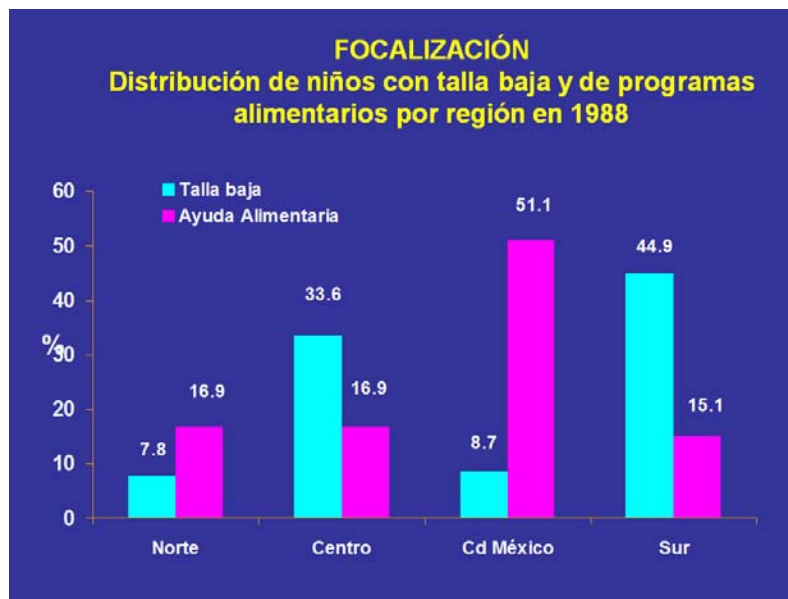


Figura No. 15. Efectos del Programa Oportunidades



Se realizó un diseño sobre los posibles efectos de diversas acciones del Programa en el estado nutricional del niño, se crearon las herramientas nutricias y se focalizó el Programa. Los ingredientes de la papilla son leche entera en polvo, azúcar, maltodextrinas, vitaminas, minerales y sabores. La papilla se hidrata para producir la consistencia de papilla.

¿A quién le llega el programa? ¿A los cercanos?

Se diseñó el componente de evaluación como los mejores del mundo. No se empezó con el total de familias beneficiadas (5 millones de familias) sino que de manera escalonada y por ética se hizo aleatorio

Se realizó la evaluación de impacto en el estado de nutrición del niño observando en esta ocasión que sí se mejoraba la situación de acuerdo a lo esperado.

Después de dos años se documentó un impacto positivo en la talla de los niños que se restringió a los menores de seis meses de edad en el estudio basal (Figura 17). El impacto fue de 1.1 cm, en los más pobres y no en los otros. No hubo impacto en anemia. Solo por consumo de Nutrisano se logró el cambio. El contenido de micronutrientes del Nutrivida y Nutrisano se mejoró.

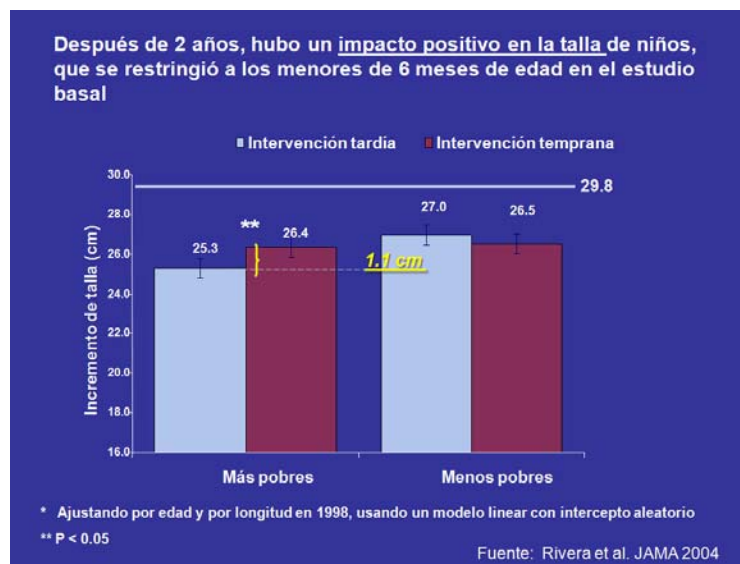


Figura No 16. Impacto en la talla.

Cambios al Programa Oportunidades relacionados con nutrición y derivados de las evaluaciones:

- ❑ Prueba piloto de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición. Nueva Suplementación, estrategia de comunicación más efectiva y equipamiento Micronutrientes (no bebida) para todas las mujeres embarazadas y lactantes
- ❑ Micronutrientes en polvo para niños de 6 a 23 meses de edad en áreas urbanas

- ❑ Micronutrientes en polvo + alimento complementario fortificado para niños de 6 a 12 meses de edad en áreas rurales
- ❑ Micronutrientes en polvo más leche fortificada para niños de 13 a 23 meses de edad en áreas rurales
- ❑ Micronutrientes en polvo para todos los niños de 24 a 59 meses de edad

Conclusiones

- Se documentó un efecto en el crecimiento y la reducción de anemia en niños beneficiarios de Oportunidades que consumieron Nutrisano
- Los efectos se deben a una adecuada focalización del programa y a la distribución de un alimento fortificado, aceptado y consumido por los niños de 6-24 meses
- En este programa, las transferencias monetarias por sí solas no fueron capaces de mejorar la dieta de los niños, aunque pudieron contribuir a mejorar el crecimiento y disminuir anemia mediante inversiones en saneamiento y mejoras en condiciones de vida
- A pesar de estos éxitos de los programas sociales en México, persisten prevalencias elevadas de baja talla y de anemia en grupos específicos: el sur, las zonas rurales, grupos indígenas y entre los más pobres.
- No basta con hacer llegar acciones de probada eficacia a la población. Es necesario asegurar su adecuada utilización. Los programas deben contar con un Paquete de Comunicación Educativa complementado con un Programa de Consejería Guiada
- Los agentes a cargo del desarrollo de sesiones educativas no son considerados audiencias centrales, por lo que el componente educativo no tiene los elementos de motivación ni de calidad que promuevan cambios en el comportamiento

Comentarios.

Se confirmó que en los programas debe haber integralidad y monitoreo, comunicación y acción, se comentó sobre la planificación del PMA para implementar los alimentos “listos para usar” y sobre el costo-efectividad de los programas. Se preguntó sobre la experiencia de Guatemala y sobre la dilución familiar de los alimentos complementarios. Se comentó UNICEF sobre alimentos complementarios fortificados en la región. Hay bondades y problemas. En la medida que haya más información se evitará la dilución intrafamiliar.

Sobre los comentarios, la Dra. Teresita González-Cossío mencionó que en los programas de entrega de alimentos debe considerarse la dilución, el impacto así como el componente de educación para lograr resultados.

La Dra. Lutter manifestó que el costo de no intervenir es mucho mayor que el de intervenir, no se tenía el costo efectividad y a pesar de ser muy caros es peor el no intervenir.

Nuevos Indicadores para la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria

Dra. Chessa Lutter

Asesora Principal, OPS/OMS, Washington, DC

La presentación es un trabajo desde hace 5 años, investigando la base científica de indicadores de lactancia materna y algunos aspectos de la alimentación complementaria en encuestas grandes, como las de Demografía y Salud, UNICEF, y encuestas nacionales utilizando preguntas ya existentes o con pequeñas modificaciones. Han colaborado las agencias OMS y OPS/OMS, UNICEF, FANTA, IFPRI, USAID, y la Universidad de California, Davis.

El punto de partida a esta propuesta fue la publicación en 1991 de la OMS/UNICEF sobre indicadores de lactancia materna, que fue revisado para reflejar los cambios en recomendaciones de LME y para definir indicadores para la alimentación complementaria. El propósito de los nuevos indicadores es:

- Para el uso a nivel poblacional (DHS, MICS, encuestas nacionales)
- Mediciones para hacer comparaciones nacionales, subnacionales y tendencias
- Focalización para identificar en que aspectos se tienen que enfocar más los programas

Los indicadores básicos son 8:

1. Inicio temprano de la LM: Es la proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento
2. LME antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5.9 meses de edad alimentados exclusivamente con la leche materna (puede ser en taza, etc). (En el año 1991 era a los cuatro meses)
3. LM continuada al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados
4. Introducción de la alimentación complementaria: Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves
5. Diversidad alimentaria mínima (no ideal o perfecta): Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios
6. Frecuencia de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero también incluyen leche para niños no amamantados) el número mínimo de veces o más
7. Indicador compuesto sumario de alimentación o Dieta mínima aceptable (no ideal): Proporción de niños de 6-23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna)
8. Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar. Todavía no es medible, eventualmente debemos buscar la manera de medirlo

En adición, hay 7 indicadores más que son opcionales (4 son de lactancia).

Preguntas y comentarios

Los participantes manifestaron su preocupación por la separación de lactancia materna y alimentación complementaria en los nuevos indicadores, porque de esa manera se podría contribuir a abrir la puerta a la industria de alimentos de reemplazo de la leche materna, cuando la recomendación es que se de hasta los 2 años. En algunos países, se define a la alimentación complementaria como todo alimento lácteo o no lácteo que se le da al niño, y también se estaría dejando de lado el Código que plantea la LM hasta los 2 años. La Dra. Lutter agradeció los aportes y precisó que había presentado una traducción muy rápida de un documento que aún no ha sido traducido al español, que lo que se está trabajando son indicadores para ser medidos en encuestas grandes y que el propósito de los nuevos indicadores no es reemplazar acciones específicas que los países vienen realizando con encuestas particulares.

Sistemas de Vigilancia

Lic. Jessica Escobar, PMA, El Salvador

La vigilancia nutricional ha sido identificada como una acción prioritaria a ser adoptada por los países. La Lic. Escobar dio una visión comprehensiva de este tema incluyendo sus antecedentes, componentes, y algunos ejemplos de sistemas existentes efectivos.

El primer concepto sobre vigilancia nutricional fue dado en 1976, misma que tiene sus orígenes en la Reunión de Roma de 1974 y fue conocida como: “estar atento a observar la nutrición” “watch over nutrition” para tomar decisiones políticas y programáticas que lleven a mejorar la nutrición de poblaciones. Todo sistema de vigilancia debe cumplir con dos puntos indispensables:

- Que la información sea utilizada para tomar decisiones
- Que esas decisiones sirvan para concluir en qué intervenir o cómo modificar las intervenciones existentes

Bajo este concepto queda establecido que un sistema no es para monitoreo individual de casos particulares y se destacan los objetivos del sistema (Habicht y Pinstrup-Andersen, 1990):

- Alertar oportunamente para prevenir crisis
- Proveer elementos para el manejo, la focalización y evaluación de programas
- Facilitar el diseño de políticas y la planeación
- Identificar necesidades de intervención

La funcionalidad de los sistemas de vigilancia está sujeta a su aporte para responder a las necesidades de información :

- ¿Cuáles son los problemas?
- ¿Quiénes son los más afectados y dónde están?
- ¿Qué se puede hacer?

- ¿Se está progresando?
- ¿Qué debe modificarse en las intervenciones?

Existe un esquema del proceso para sistematizar la vigilancia, en el que se cumple una serie de pasos y en la medida en que se llega al último paso se completa el ciclo para una vigilancia nutricional útil. Inicia con la identificación de situaciones sobre las que hay que tomar decisiones (¿qué decisiones hay que tomar?) y finaliza con la generación e interpretación de información que vuelve a retroalimentar la toma de decisiones (Figura 18).

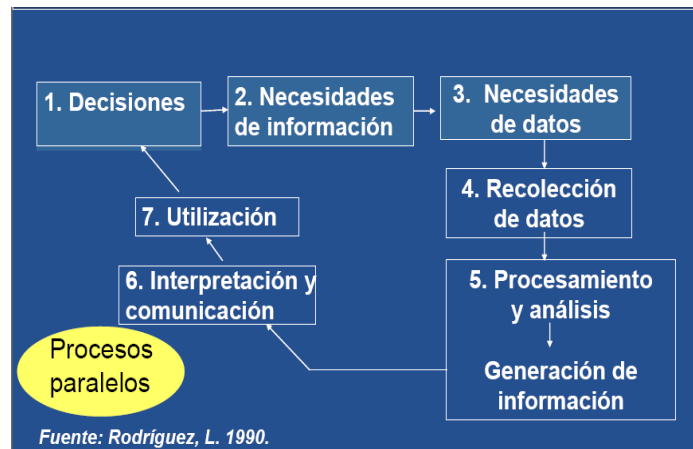


Figura No 17. Pasos para la vigilancia nutricional

Este modelo propone completar un ciclo con el desarrollo de siete pasos para llevar a cabo la vigilancia nutricional y el desarrollo de procesos paralelos (Ej. Fortalecimiento de capacidades institucionales). La omisión de uno o más pasos podría ocasionar una mala información e incorrecta toma de decisiones.

En la Región existen experiencias importantes desde los años 70's como lo fueron los trabajos del INCAP. Actualmente contamos con encuestas transversales, donde se puede apreciar que las prevalencias nacionales han cambiado a lo largo del tiempo, por ejemplo en las encuestas ENDESA de Honduras y FESAL de El Salvador.

Otras experiencias importantes son las encuestas permanentes y rotativas:

- Sistema Integrado de Vigilancia de Intervenciones en Nutrición (SIVIN, Nicaragua): Esta cuenta con *indicadores de proceso*: Intervenciones en lactancia materna, micronutrientes y promoción del crecimiento e *indicadores de impacto*: prevalencias de desnutrición y deficiencia de micronutrientes
- Sistemas incorporados a procedimientos rutinarios: Vigilancia Nutricional desde el nivel local en El Salvador, Guatemala y Panamá

Los sistemas de salud tendrán la capacidad de responder a la vigilancia nutricional en la medida en que sea amplia la cobertura de los servicios de salud. Los países cuentan con los censos de talla en escolares, que para el caso de El Salvador ha sido el único dato nutricional desagregado que ha sido utilizado a nivel de intervención del Gobierno Central, para priorizar las estrategias de combate a la pobreza.

Otro ejemplo es Panamá, sobre sistemas a partir de análisis secundarios:

- Sistema Integrado de Vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIVISAN, Panamá, 2004), a través de datos generados por otros ministerios:
 - ✓ Ministerio de Salud: Estado nutricional, acciones en nutrición y saneamiento ambiental
 - ✓ Ministerio de Desarrollo Agropecuario: Vulnerabilidad
 - ✓ Ministerio de Educación

Los sistemas de vigilancia deben adaptarse a los cambios de la diversidad poblacional, problemática nutricional y a la disponibilidad de tecnología. Un ejemplo de ello es la experiencia del CDC, Estados Unidos, que inició en 5 Estados (1975) donde implementaban un programa contra la pobreza que brindaba Alimentación Complementaria y priorizaba a madres y niños desnutridos. En 1979 incluyeron 15 Estados en total y a las mujeres lactantes. Posteriormente en 1987 se agregaron análisis de grupos étnicos, puesto que vieron que la desnutrición se comportaba diferente entre anglosajones, latinos y afroamericanos. En los años ochentas empezaron a hacer análisis de obesidad y para 1988 cada Estado tenía su propia base de datos. Los datos se presentan por tribus y también por grupos de islas que están fuera del continente.

En nuestros países no contamos aun con la vigilancia de la obesidad; que ha pasado de ser un riesgo a convertirse en problema que está aumentando seriamente. En ese sentido es fundamental evaluar qué estamos vigilando y si debemos reconsiderarlo. Contamos con instrumentos como ANTHRO (OMS, 2005) para el registro y monitoreo de la situación nutricional de la población. No es necesario medir y procesar a todos los grupos de vigilancia en todos los indicadores del estado nutricional, la pregunta que debemos hacernos es ¿Qué es lo mínimo necesario para decidir?

Se propone un modelo de vigilancia en la Figura 19. Sugiere partir de la identificación de problemas nutricionales prevalentes; identificar los grupos, tiempos e índices de vigilancia nutricional y aclarar los usos de la información.

La desagregación de información de vigilancia debe responder al nivel de focalización de intervenciones del gobierno central. En el caso de El Salvador, los resultados de censos de talla en escolares se desagregan hasta el nivel municipal, lo que permite visibilizar más allá de los promedios nacionales o departamentales y focalizar las intervenciones. En las encuestas nacionales se puede desagregar por grupos de edad y por región, en donde el problema sea más prevalente.

Se sugieren algunas reflexiones para reconsiderar la vigilancia que se lleva a cabo actualmente:

- ¿Hay claridad sobre la información que se necesita?
- Acorde a los problemas actuales ¿Qué se debe vigilar? ¿A quién?
- ¿Cuáles son las prioridades e intereses del gobierno?

- ¿Se han establecido los objetivos de por qué vigilar?
- ¿Se han identificado los usos y usuarios de la información?
- ¿Se ha hecho un análisis de recursos existentes y capacidad instalada?
- ¿Qué se hace? ¿Quiénes vigilan? ¿Cómo puede fortalecerse y retomar lecciones aprendidas?
- ¿Se han definido indicadores y subgrupos de vigilancia?
- ¿Qué fuentes generan la información mínima necesaria para decidir?
- ¿Hay procedimientos y funciones claras?
- ¿Se cuenta con canales de socialización de la información?
- ¿Qué podría sostener el Gobierno con fondos propios, recursos disponibles y capacidad instalada?
- ¿Se han probado procesos de vigilancia a pequeña escala?
- ¿Qué criterios a corto, mediano y largo plazo permitirán saber si el sistema funciona?

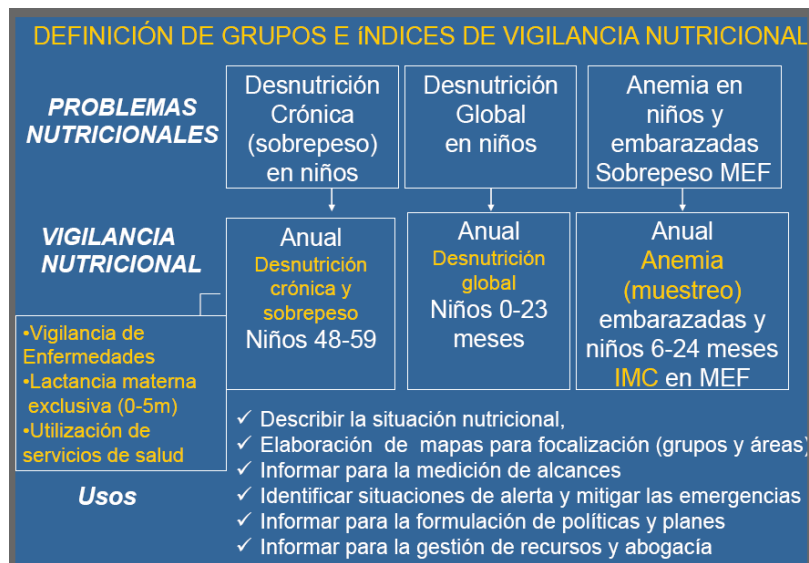


Figura No 18. Modelo propuesto de Vigilancia Nutricional

Es importante prevenir al usuario sobre hasta qué nivel pueden desagregarse los datos y tener cuidado con la representatividad de la información de acuerdo al grupo que se está trabajando, especialmente cuando se quiere hacer extrapolación.

La utilidad de los sistemas de vigilancias institucionalizados y con información actualizada es amplia y beneficia a usuarios de todos los sectores; por ejemplo ante la respuesta a emergencias y/o situaciones de crisis; responde a la pregunta inmediata *¿Dónde están y quiénes son los más vulnerables?*

Preguntas y comentarios

Brasil hizo un aporte particular: tienen un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) que recoge información desde las municipalidades, que toma además de la antropometría, prácticas alimentarias en niños pequeños y a partir del 2007 han incluido indicadores de alimentación complementaria. Ya se cuenta con el registro de esta información, es de carácter público y contiene casi todos los indicadores que se han presentando en la propuesta.

MESA REDONDA: INFANCIA, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (FONDO ESPAÑOL PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO)

Caso de Colombia: Comunidades Indígenas y Afrocolombianas del Chocó promueven su Seguridad Alimentaria y Nutricional

Dra. Gloria Alicia Nova Espitia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Colombia

En diciembre del año 2006 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Gobierno de España firmaron un acuerdo con el fin de establecer un nuevo fondo para acelerar los esfuerzos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de respaldar aquellas iniciativas que apuntan al trabajo conjunto de NNUU a nivel de país. En septiembre del año 2008 se abrió por parte del Fondo para el Logro de los ODM, la Ventana Temática Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición. En esta convocatoria participaron 48 países y de estos 24 propuestas fueron seleccionadas.

Es ampliamente conocido que la implementación de estrategias que apunten a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de los grupos étnicos teniendo en cuenta un enfoque diferencial se debe dirigir a fortalecer la organización social y cultural de estos grupos y debe considerar todos los determinantes y multicausalidades de la inseguridad alimentaria y nutricional presentados en el modelo de la Figura 20.

Características del Chocó

El departamento de Chocó está ubicado en la costa Pacífica noroccidental de Colombia (fronterizo con Panamá), entre las Selvas del Darién y las cuencas de los ríos Atrato y San Juan. Con una población de 47,1601 habitantes, (11% indígena, 70% afrodescendientes). se caracteriza por la existencia de ecosistemas estratégicos y de inmenso, potencial. Cuenta con recursos naturales y su economía depende fundamentalmente de la minería y un poco de la explotación forestal. La agricultura es de autoconsumo. En este territorio también es permanente el conflicto armado, lo que afecta notablemente a la población. La población objetivo del proyecto son los niños y niñas menores de cinco años de edad, con énfasis en menores de dos años, mujeres gestantes y madres en lactancia de comunidades indígenas y afrocolombianas ubicadas en los nueve municipios del Chocó focalizados para el proyecto : Quibdó, Carmen de Atrato, Istmina, Medio San Juan, Litoral de San

Juan, Nóvita, Rio Quito, Sipí y Tadó. Éstos fueron priorizados de acuerdo a tres criterios: 1) facilidad de acceso, 2) el orden público que no afectara la operatividad de la propuesta y 3) la dispersión de la población. Busca desarrollar acciones integrales de corto y mediano plazo para sentar las bases de procesos a más largo plazo, propone tres resultados directos con enfoque territorial, etnocultural, poblacional, de género y de derechos:



Figura No 19. Modelo de la multicausalidad de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Los aliados para llevar a cabo la propuesta son:

- Agencias del Sistema de NNUU: FAO, PNUD, UNICEF, OPS y PMA
- Gobierno Nacional: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) Ministerio de Salud y Protección Social, Acción Social, Ministerio de Agricultura, Ministerio del Interior y Justicia, Servicio Nacional de Aprendizaje
- Gobierno Local: Gobernación, Alcaldías (9 municipios), Acción Social, Departamento Administrativo de Salud del Atlántico, ICBF
- Organizaciones de tipo: indígenas, afrocolombianos, (red de mujeres, cabildos gobernadores, consejos comunitarios)

Se destaca la importancia de realizar alianzas entre programas, iniciativas proyectos existentes y en marcha en el territorio, que sirvan para aumentar la cobertura y el impacto de las acciones. El proceso ventana inició con la presentación de la nota conceptual en el año 2008 logrando su probación en el año 2009. Posteriormente, se construyó la matriz de monitoreo y evaluación y el Plan de Actividades para el primer año, esta construcción se desarrolló en el marco del Comité de Gestión del Programa Conjunto. La formulación fue aprobada en julio de 2009, iniciándose así la implementación hasta el 2012. La formulación de la propuesta fue un reto en lo

participativo, por las características de los integrantes. Se elaboró una agenda con 13 talleres en diferentes comunidades y grupos:

- Talleres participativos para la formulación con actores locales, comunidades indígenas, representantes de comunidades afrocolombianas y funcionarios de alcaldías municipales
- Subgrupo de las organizaciones nacionales e internacionales

Los talleres permitieron focalizar prioridades, puesto que no se pueden llevar a cabo todos los aspectos de la SAN a la vez. Los resultados esperados del programa conjunto están concentrados en la zona sur (facilidad de desplazamiento) que son:

- Promover la presencia y capacidad del estado y sus instituciones
- La participación y fortalecimiento de las organizaciones sociales
- Crear condiciones básicas de SAN con énfasis en los grupos más vulnerables (mujeres gestantes, madres en lactancia y las niñas y niños hasta cinco años con énfasis en menores de 2 años)
- Desarrollar acciones integrales de corto y mediano plazo para sentar las bases de procesos a más largo plazo; propone tres resultados directos con enfoque territorial, etnocultural, poblacional, de género y de derechos que se aprecian en el Cuadro 10

Cuadro No 11. Resultados esperados del Programa Conjunto Infancia Seguridad Alimentaria y Nutrición en Colombia

Efecto	Producto	Actividades
<p>Efecto 1. Comunidades indígenas y afrocolombianas que implementan modelos de atención integral para la SAN, dirigidos a niños y niñas hasta 5 años, mujeres gestantes y madres en lactancia, con enfoque etno-cultural, comunitario, de género, preventivo y de atención</p>	<p>1.1 Estrategias de AIEPI, IAMI y entornos saludables concertadas, adaptadas e implementadas con pueblos indígenas y afrocolombianos.</p> <p>1.2 Familias, cuidadoras con conocimientos y habilidades para adaptar e implementar prácticas de salud, higiene, alimentación, nutrición y educación</p> <p>1.3 Parteras, líderes comunitarios, técnicos y auxiliares locales en salud pública vinculados, y fortalecidos en sus conocimientos y habilidades</p> <p>1.4. Comunidades y operadores de salud y bienestar con capacidades para identificar, remitir, recuperar y hacer seguimiento a niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa</p> <p>1.5. Tejidos de mujeres indígenas y afrocolombianas fortalecidos y/o creados, que participan en la toma de decisiones en seguridad alimentaria y nutricional en el marco de usos y costumbres</p> <p>1.6 Estrategias de comunicación y educación en salud, alimentación y nutrición concertadas y adaptadas por las comunidades indígenas y afrocolombianas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de recurso humano institucional y Comunitario en la estrategia AIEPI, IAMI, Entornos saludables adaptadas. • Adaptación, capacitación y entrega de material educativo a instituciones educativas. • Asistencia alimentaria en los procesos de capacitación y alfabetización. • Identificación y caracterización de médicos tradicionales, líderes comunitarios y auxiliares de salud. • Concertación y adaptación del Modelo de Atención de la desnutrición basada en la Comunidad a las condiciones socioculturales de las comunidades. • Identificación y análisis de roles de hombres y mujeres en la seguridad alimentaria y nutricional. • Diseño y ejecución de una estrategia local concertada de comunicación en salud, alimentación, nutrición y educación inicial para el desarrollo infantil temprano.

<p>Efecto 2 Prácticas y conocimientos agro-alimentarios recuperados y fortalecidos y de generación de ingresos además del fomento de nuevas prácticas adaptadas con un enfoque etno-cultural, comunitario y de género con énfasis en hogares con niños y niñas hasta 5 años, mujeres gestantes y madres en lactancia.</p>	<p>2.1 Proyectos productivos fomentados para el autoconsumo y/o la generación de ingresos (incluidos proyectos artesanales) acorde a las condiciones agroecológicas, incorporando prácticas y saberes agroalimentarios recuperados de manera concertada con las comunidades.</p> <p>2.2 Mejores prácticas y lecciones aprendidas en proyectos agroalimentarios y productivos, logradas a través del intercambio de saberes entre comunidades indígenas y afrocolombianas, del Chocó y con otras regiones del país</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación, documentación, análisis y recuperación de prácticas, lecciones aprendidas y saberes agroalimentarios y forestales propios (producción, procesamiento, preparación, consumo. • Implementación, acompañamiento técnico y seguimiento a las actividades productivas de autoconsumo y generación de ingresos que complementen la dieta tradicional (con base en la concertación con las comunidades), la biodiversidad alimentaria y el fortalecimiento de formas productivas tradicionales a través de mejores prácticas. • Sistematización, documentación y producción de material de experiencias exitosas y lecciones aprendidas en el desarrollo del Programa Conjunto.
<p>Efecto 3 Autoridades, organizaciones tradicionales, comunidades indígenas y afrocolombianas y la sociedad civil fortalecidas institucionalmente para participar en el diseño, y ejecución, monitoreo y evaluación de políticas públicas, planes y programas de seguridad alimentaria, nutrición e infancia.</p>	<p>3.1 Procesos de análisis y sistemas de información fortalecidos y divulgados sobre SAN, construidos participativamente y utilizados para toma de decisiones.</p> <p>3.2 Redes sociales de comunidades indígenas, y afrocolombianas y organizaciones de mujeres, organizadas, fortalecidas y articuladas en el diseño y ejecución de políticas, estrategias proyectos de desarrollo y procesos de control social y veeduría de lo público</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del modelo de desarrollo social, cultural y económico del Chocó, y sus instituciones tomando en cuenta elementos de análisis sensibles al conflicto y a la dinámica social y cultural para identificar obstáculos y soluciones para el logro del derecho a la alimentación. • Facilitar la construcción de espacios de interlocución entre actores, redes sociales e instancias gubernamentales. • Identificación, análisis, evaluación y formulación de recomendaciones para una efectiva coordinación y complementariedad. • Apoyo a la formulación y ejecución de los Planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional municipales a través de la generación de

	3.3 Políticas públicas de SAN municipales y departamentales, apoyados y promovidos de manera participativa en concordancia con los planes de vida y de etno-desarrollo.	capacidades comunitarias y gubernamentales. • Generación de espacios para la adopción de proyectos, prácticas y alianzas exitosas y promisorias en las políticas públicas y en los planes comunitarios existentes.
--	---	---

Caso de El Salvador, Programa Conjunto ODM “Protegiendo la Infancia: Programa Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional para El Salvador”

Ing. Gerardo Merino, OPS, El Salvador

Las Agencias del Sistema de las NNUU participantes son: OPS/OMS (agencia líder), PMA, UNICEF, PNUD. La duración del programa es 3 años, con una asignación presupuestaria de US\$ 4,500,000.00. La implementación del Programa será liderada por la Secretaría de Inclusión Social que preside y coordina el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN).

Algunas características de El Salvador con respecto a la seguridad alimentaria y nutricional son:

- Alta prevalencia de retardo en talla (desnutrición crónica)
- Alta prevalencia de enfermedades infecciosas en la infancia
- Deficiencias de micronutrientes en grupos vulnerables (hierro, zinc y vitamina A)
- Baja producción de alimentos, especialmente frutas y verduras y alimentos de alto valor nutritivo
- Bajo nivel educativo, altos índices de desempleo y subempleo y bajos ingresos.
- Incremento de precios de los alimentos
- Disminución de remesas y aumento de la pobreza

El departamento seleccionado para la intervención del Programa Conjunto es Morazán con una prevalencia de desnutrición crónica del 22.1%, priorizando tres municipios: San Simón (DC 36.7%), Guatajiagüa (DC 35.2%), Cacaopera (DC 40.8%); todos con prevalencia por encima del promedio nacional.

Los ejes transversales de la propuesta son:

- Enfoque de género
- Enfoque intercultural
- Enfoque de derechos humanos
- Enfoque integral

Los efectos y sus indicadores se presentan en el Cuadro 11.

Cuadro No 12. Efectos e indicadores del Programa Conjunto: “Protegiendo la Infancia: Programa Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional para El Salvador”

Efectos Directos		Indicadores
Efecto Directo 1 Ente rector de la Seguridad Alimentaria y Nutricional conformado al más alto nivel.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecida la capacidad nacional de trabajo intersectorial en Infancia y SAN con enfoque de género y derechos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ente normativo de la seguridad alimentaria y nutricional constituida. Plan de seguridad alimentaria formulado e implementándose a nivel nacional y local. Número de funcionarios a nivel nacional y local que han adoptado y ejecutan el plan Seguridad Alimentaria y Nutricional. Número de instituciones que han adoptado y ejecutan plan Número de organizaciones de mujeres que participan en el diseño y ejecución del plan. Número de programas a nivel nacional y local para promover la igualdad de género Número de instituciones del sector gubernamental fortalecidas en su capacidad de respuesta para SAN Número de funcionarios capacitados en SAN
	<ul style="list-style-type: none"> Funcionarios gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil y medios de comunicación sensibilizados y capacitados en infancia, seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional 	
Efecto Directo 2 Mejorada la capacidad institucional para monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud, nutrición y alimentación orientados al bienestar infantil a nivel nacional y local, incorporando enfoque de género.	<ul style="list-style-type: none"> Generado y fortalecido un Sistema de Información que integre indicadores de salud, educación, nutrición y agricultura, desagregando por sexo y grupos étnicos para la formulación de políticas, programas y proyectos para el bienestar de la niñez y su grupo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Un sistema de vigilancia integrado que incluye análisis de género a nivel nacional y local funcionando. Información actualizada sobre la situación alimentaria y nutricional particularmente de niños y niñas menores de 36 meses. Número de Observatorios nacionales y locales de SAN funcionando y orientando las acciones para resolver problemas relacionados con la población infantil y las desigualdades de género. Número de instituciones equipadas para la SAN Número de funcionarios capacitados en registro, procesamiento y análisis de información articulada en salud, agricultura, nutrición y educación
	<ul style="list-style-type: none"> Diseñada e implementada una estrategia de gestión del conocimiento, que contribuyan a un debate informado sobre la nutrición infantil y la autonomía de la mujer relacionada a la seguridad alimentaria. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Foro SAN funcionando en la zona oriental • Número de publicaciones y campañas publicitarias de temas vinculados a SAN realizadas.
Efecto Directo 3 Mejorada la nutrición infantil y seguridad alimentaria en tres municipios de la zona nororiental del país con participación multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Formulada e implementada una Estrategia de seguridad alimentaria y nutricional en tres municipios priorizados incluyendo la participación de mujeres, grupos indígenas, familias y actores locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información articulado en SAN funcionando en los municipios seleccionados (sexo, etnicidad) • Número de planes municipales con enfoque de SAN elaborados • Número de mujeres participando en la elaboración e implementación de los planes municipales de desarrollo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la disponibilidad. Diversidad de alimentos y los ingresos económicos • Principalmente para mujeres jefas de hogar y otros grupos prioritarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres, líderes comunitarios, dirigentes locales capacitados en temas relacionados con los 4 pilares de la SAN (disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos) • Número de pequeños productores capacitados en técnicas agrícolas, pecuarias y post cosecha.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecidos los servicios de salud y educación de tres municipios seleccionados en el abordaje de los determinantes socio económicos y ambientales de la desnutrición infantil promoviendo el empoderamiento de mujeres, la participación de los hombres, familias y comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de proyectos productivo y de microempresas implementados y funcionando en los municipios seleccionados. • Número de mujeres participando en proyectos productivos y de microempresas. • Número de personal de salud capacitado y que cuenta con el equipo necesario para la atención integral en Salud y nutrición. • Número de funcionarios de sectores de salud, educación, agricultura y municipalidad capacitados en la gerencia y gestión de SAN • Número de mujeres embarazadas o lactantes que reciben atención nutricional adecuada • Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses • Número de hogares consumiendo Alimentos fortificados y nutricionalmente mejorados en los municipios seleccionados. • Número de centros escolares y

		<p>hogares consumiendo agua segura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Centros escolares y hogares con manejo adecuado de desechos. • Número de hogares donde participan los hombres en el trabajo doméstico y en actividades relacionadas con alimentación y nutrición de la familia. • Número de nuevos alimentos incorporados en el Patrón alimentario de las familias participantes (Índice de diversidad de dieta). • Porcentaje de mujeres gestantes con ganancia adecuada de peso. • Porcentaje de familias con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas de salud y alimentación (se hará un conjunto de prácticas clave que se promoverá) • Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con bajo peso para la edad (< de 2 DE de acuerdo a los nuevos estándares de crecimiento de la OMS) • Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con baja talla para la edad (< de 2 DE de acuerdo a los nuevos estándares de crecimiento de la OMS). • Prevalencia de anemia en niños y niñas de 1 a 5 años y mujeres gestantes
--	--	--

Caso de Guatemala: Alianzas para mejorar la situación de la infancia, la seguridad alimentaria y la nutrición

Lic. Maira Ruano, Ministerio de Salud, Guatemala

Las organizaciones socias para llevar a cabo esta iniciativa en Guatemala son: Agencias de las NNUU: FAO, Voluntario de Naciones Unidas, OPS, UNICEF, PMA, UNFPA.

Entes del Gobierno: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretaria de Planificación y Programación.

El departamento priorizado para esta intervención es Totonicapán, cuya prevalencia de desnutrición crónica es del 73% y un 44% de analfabetismo en mujeres (57% menores de 30 años). La demanda insatisfecha de salud es del 35% y un 25% de embarazos no reciben atención prenatal. Es un departamento indígena (Maya Kiche) rural y pobre, altamente

minifundista y con suelos descubiertos. El Cuadro 12 presenta los resultados esperados del programa conjunto.

Cuadro No 13. Resultados esperados del Programa Conjunto Ventana de Guatemala

Resultados del programa conjunto		
Resultado 1	Mejoradas las capacidades de producción, acceso económico y consumo de alimentos de familias, especialmente rurales e indígenas que viven en condiciones de vulnerabilidad física y social en 8 municipios de Totonicapán.	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Comunidades y organizaciones, se organizan para la SAN 1.2. Familias mejoran prácticas para producir alimentos nutritivos y diversificados para autoconsumo 1.3. Familias adquieren buenas prácticas alimentario nutricionales y aplican tecnologías que promueven entornos saludables
Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> • 4500 familias (3750 autoconsumo y se esperan 750 en comercialización) • 40 comunidades / 8 municipios • Intervenciones en actividad agrícola, Educación Comunitaria, Escuelas Saludables • Aporte de FAO/PMA: \$3,510,700 (serán dólares o quetzales???) • Organizaciones locales para la capacitación y el acompañamiento técnico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.4. Grupos de familias organizadas desarrollan proyectos productivos agrícolas y comercializan excedentes para una alimentación adecuada 1.5. Comunidades desarrollan procesos propios de capitalización
Resultado 2	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementado el acceso a los servicios básicos de salud y nutrición para las niñas y los niños menores de 3 años y las mujeres, particularmente de la población rural e indígena de los 8 municipios de Totonicapán. 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Los servicios de salud mejoran la calidad y capacidad de la oferta a partir de la demanda, cultura y enfoque de género 2.2 Las familias, especialmente rurales e indígenas, conocen, ejercen derechos en salud y nutrición menores de 3 años y mujeres en edad fértil. 2.3 El Sistema de vigilancia nutricional y salud alimentaria operando a nivel municipal integrado nivel nacional
Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción a toda la población • 8 municipios /34 servicios de salud (Hospital, Centros, Puestos, EC) • Enfoque de Calidad ,IEC, Equipo y Capacitación • OPS/UNICEF/UNFPA: \$2,152,800 	
Resultado 3	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementadas las capacidades de coordinación, análisis de información y planificación de la SESAN y las entidades municipales para implementar la Estrategia Nacional de Reducción de la Desnutrición 	
Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> • 8 municipalidades, 8 Concejos Municipales. • 40 comunidades / 40 COCODES • Promoción de la SAN, observatorio de SAN en el departamento. • PMA/UNICEF: \$765,900 • 	
Resultado 4	Gestión, monitoreo, evaluación, sistematización y divulgación del Programa conjunto.	
Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones participantes • Grupo interagencial del SNU en SINERGIA • Acción técnica y de incidencia. • PMA: \$486,500 	

La implementación del Programa inició con la aprobación, posterior elaboración de la línea de base y visitas a corporaciones municipales; presentación a los alcaldes comunitarios, asambleas comunitarias, encuestas, entrevistas y observaciones.

El Programa cuenta con una estructura organizacional definida que se presenta en la Figura 21.

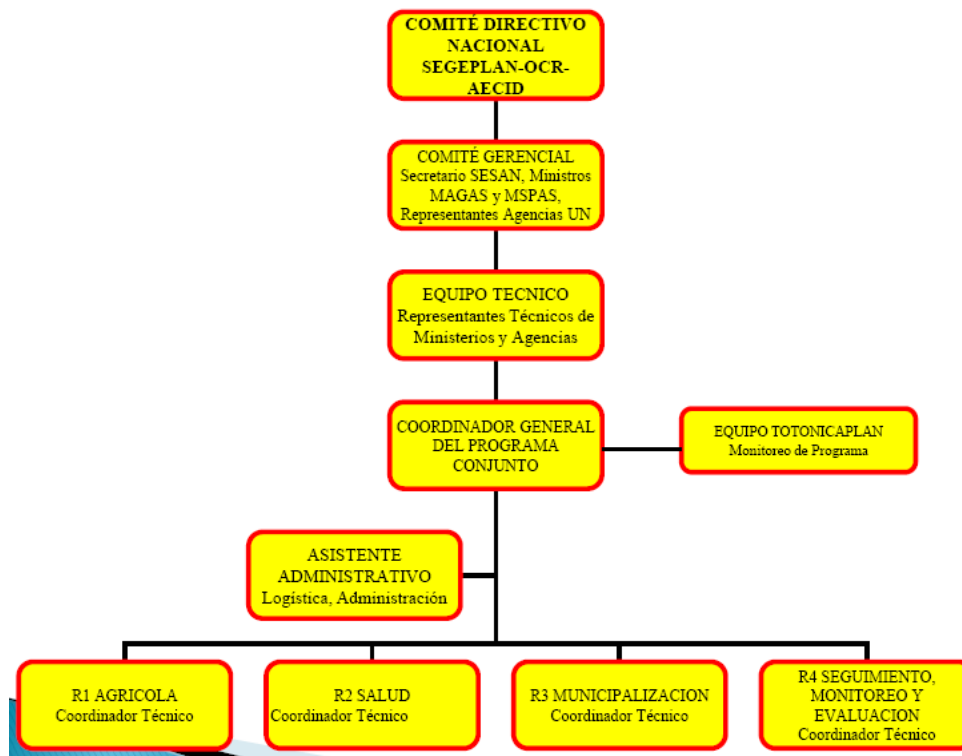


Figura No 20. Esquema organizativo del Programa Ventana en Guatemala

Caso Nicaragua: Programa Conjunto Infancia Nutrición Seguridad Alimentaria “*Tuktan Yamni-Muih Bin Yamni*”: Modelo para Comunidades Indígenas de Nicaragua

Dr. Ned Smith, Ministerio de Salud, Nicaragua

Las agencias participantes del Sistema de NNUU son: UNICEF, FAO, OPS/OMS, PNUD, PMA. Los socios estratégicos: CDCC, CRAAN, GRAAN, Alcaldías de Prinzapolka y Bonanza, MINSA, MAGFOR, MINED y Gobiernos territoriales.

Los objetivos del programa en Nicaragua son:

- Reducir la desnutrición infantil en los niños y niñas menores de cinco años
- Reducir la anemia en mujeres y niños y niñas menores de cinco años
- Aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva

Beneficiarios:

- Paquete Integral que llegará a 2,000 familias, 12,000 personas
- Paquete de Salud y Educación: 20,450 personas

Acciones:

- Nutrición y Salud: conjunto de prestaciones definidos y entregados modelo MASIRAAN
- Paquete Productivo Comunitario Indígena: Habilitación, entrega de bienes, capacitación y asistencia técnica
- Alimentación Escolar: Reforzamiento y sostenibilidad de la merienda escolar: alimentos locales

Principales Indicadores:

- Prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 2 años
- Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años
- Prevalencia de lactancia materna en niños y niñas menores de 6 meses
- Porcentaje de familias con patrón alimentario mejorado
- Porcentaje de producción de alimento de la familia destinado al autoconsumo
- Las familias han aumentado sus prácticas alimentarias de higiene y seguridad

Resultados / Efectos Esperados en las familias:

- Se ha mejorado nutricionalmente la dieta de mujeres embarazadas, madres lactando y niños y niñas menores de cinco años y escolares hasta 12 años con los recursos de la comunidad
- Se han fortalecido las capacidades, habilidades tecnológicas y conocimientos para mejorar sus sistemas productivos y de esta manera incrementar su disponibilidad de alimentos de manera estable

El eje de la Gestión en la intervención del Programa Ventana son las familias, destacando la participación de la mujer, sostenibilidad y la interculturalidad, como se aprecia en la Figura 22. El presupuesto total asignado al programa conjunto es de US\$4 995 941,83.



Figura No 21. Estrategia de Intervención del programa Ventana, Nicaragua.

MESA REDONDA: EXPERIENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO PATRÓN DE CRECIMIENTO DE LA OMS

México: Experiencias y retos en la implementación del nuevo patrón de crecimiento de la OMS

Mtra. Miroslava Porta, Coordinadora del Área de Nutrición Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Secretaría de Salud, México

México es un país con una población de 108'396,211 millones de habitantes de los cuales 9'493,079 se encuentran entre 0 y 4 años de edad. El 97% de los menores usan una Cartilla Nacional de Vacunación. En el año 2007 se promovió el cambio de la Cartilla Nacional de Salud, documento por primera vez único para todo el sector salud (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Petróleos Mexicanos), que coincidió con el lanzamiento de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS, lo que fue una oportunidad para implementarlos y no seguir utilizando los valores de referencia recomendados por la Norma Oficial Mexicana 031, para la atención a la salud del niño.

Si bien el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) tiene la última palabra en cuanto al contenido técnico referente a la salud del niño, también se

cuenta con entidades que son igualmente fuertes, aunque no sean rectoras, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es una institución gubernamental, que beneficia principalmente a trabajadores de empresas particulares y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), que beneficia a trabajadores del Estado. Hubo que hacer una argumentación y se elaboró el documento Justificación Técnica del Uso de los Valores de Referencia de Crecimiento en las Cartillas Nacionales de Salud 2008 del Niño". Hubo instituciones que no estuvieron de acuerdo por el salto que se daría de una referencia a otra. Sin embargo, se contó con el apoyo de la Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia la Dirección General del CENSA, que tuvieron confianza en la coordinación del proceso.

Así entonces se implementaron los nuevos estándares recomendados por la OMS en todo el sector salud, lo cual implica que deben aplicarse para toda la población infantil que solicita servicio de salud en México. Posteriormente también el IMSS adoptó también las nuevas gráficas con el respaldo de la cartilla nacional. Ellos tienen las mismas gráficas y contenido técnico pero con diseño diferente. El Programa de Oportunidades también lo adoptó con un diseño distinto. Oportunidades maneja cuatro gráficas. El uso de una gráfica u otra depende de los recursos de los recursos con que cuenten los entes (ej. Una gráfica por página o más). Se ha reforzado el Registro Oficial que coordina la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud con los tres indicadores. Antes se trabajaba solamente peso para la edad. Otros documentos de respaldo para insistir en el cambio son el expediente clínico del paciente, censo nominal, tarjeta de control del estado nutricional del niño y sus respectivas gráficas que se organizan en el Tarjetero de control nutricional, en las unidades de salud de la Secretaría de Salud.

El respaldo normativo es muy importante. En la actualización de la Norma Oficial Mexicana 031, para la atención de la salud del niño, se están considerando los nuevos estándares de la OMS, lo cual podrá respaldar el trabajo de los operativos. Se han realizado reuniones nacionales donde se distribuye un manual de nutrición donde se encuentran las gráficas y las tablas. Se apoyan también en la capacitación para los responsables en los estados y de ahí se espera que lo reproduzcan en cascada. Con relación a los valores de referencia, nuevos estándares de crecimiento, metodología, justificación de su uso, como ya es personal capacitado previamente, es aceptable referirse a los nuevos estándares de crecimiento.

Aun hay retos que vencer. Especialmente en el uso generalizado de los nuevos estándares de crecimiento en todo el país, lo cual se ha observado en algunas supervisiones que no es del todo cierto, por ejemplo, en algunos municipios de Oaxaca se detectó que no se estaban utilizando. Por otro lado, la Cartilla Nacional de Salud también se sigue utilizando predominantemente para el registro de vacunación. Otros Estados han mencionado que no pueden utilizar los nuevos estándares de crecimiento hasta que no se termine la papelería existente.

Otros argumentan que no están enterados del cambio y aun siguen utilizando estándares de 1974 y del Dr. Ramos Galván, un pediatra muy importante en su momento en México. Las supervisiones que han permitido detectar estas situaciones, han sido de gran utilidad para poder corregirlas y para reforzar la capacitación respectiva para el uso correcto de los nuevos estándares de crecimiento.

Honduras: Avances de la implementación de los nuevos estándares de crecimiento (NEC) de la OMS

Lic. Celia Marina Ulloa, Ministerio de Salud, Honduras

La OMS inició el estudio multicéntrico en 1995 y finalizó en 2004, los nuevos estándares de crecimiento fueron lanzados para su implementación a mediados del 2005. Honduras se sumó a los países a implementarlos en febrero de 2007 mediante oficio N°456- de Secretaría de Salud. Se conformó el Comité para la implementación de los nuevos estándares de crecimiento 2008 y se elaboró el plan para este efecto. Este fue un trabajo conjunto con apoyo de dependencias gubernamentales como la Secretaría de Industria y Comercio, Secretaría del Trabajo y con el apoyo de OPS.

Se contó con el apoyo de una misión de alto nivel, integrada por el Dr. Gerardo Martínez (CLAP/OPS), Dra. Chessa Lutter (OPS/OMS), Dra. Mercedes de Onis (OMS) y el Dr. Reinaldo Martorell (Emory University) quienes trabajaron con el equipo por una semana completa y dejaron un informe con los lineamientos para la adopción de los nuevos estándares.

Gracias al apoyo de todas las entidades y personalidades mencionadas en Honduras ya se cuenta con la nueva Tarjeta de Atención Integral para los menores de 5 años (Figura 23) incluido el instructivo de llenado para facilitar el entendimiento del personal institucional.

La crisis política vivida en el país de junio a noviembre de 2009 complicó los avances en el trabajo, por lo que este producto es un logro bastante significativo pese a los sucesos vividos.

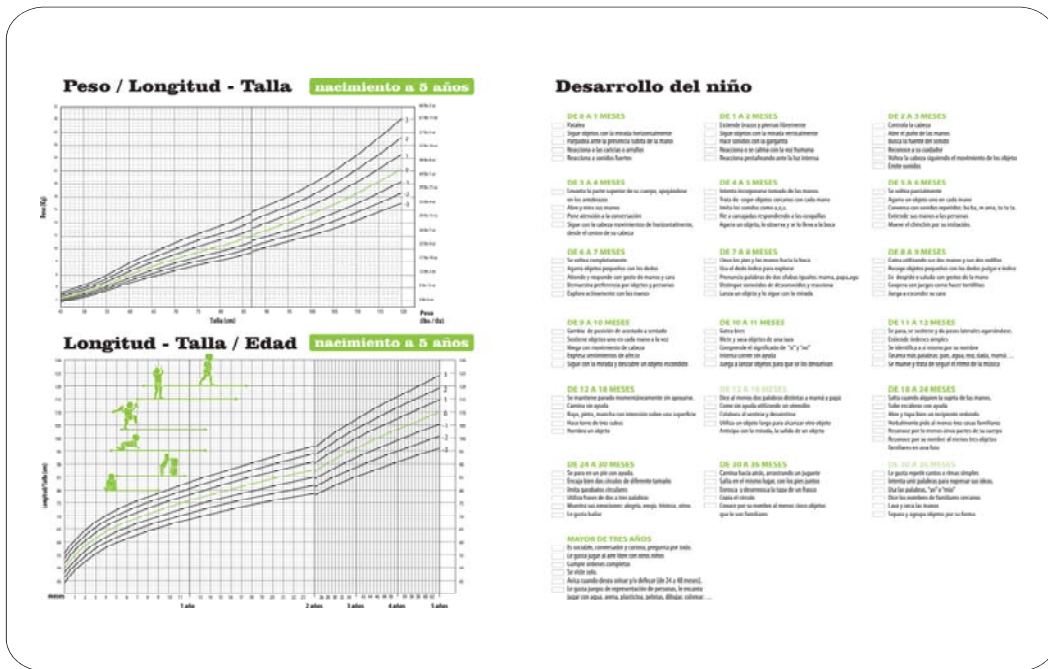
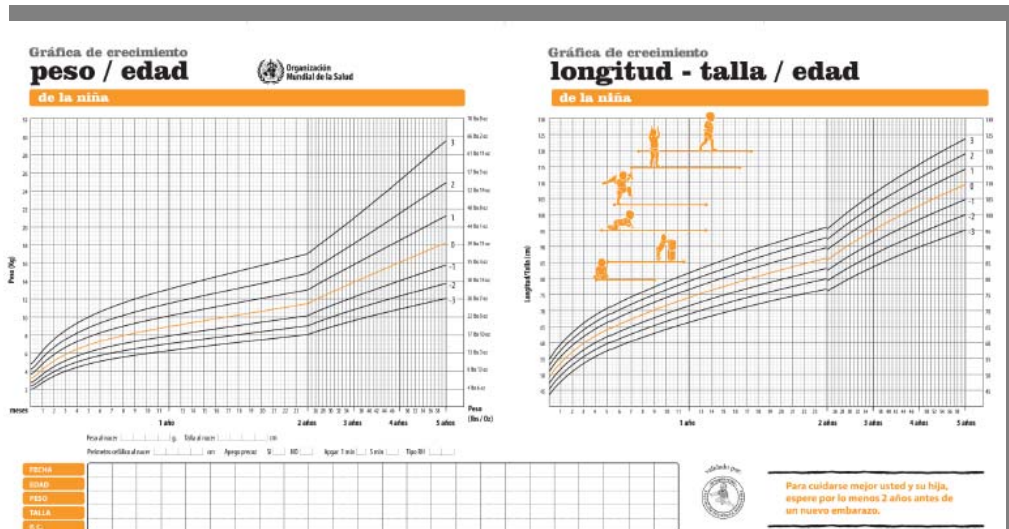


Figura No 22. Tarjeta de Atención Integral para los menores de 5 años

Una de las características de la nueva tarjeta es la actualización de las tablas de crecimiento. Los dos primeros años son más espaciosos, que el resto de los años; pues es en esta etapa donde se hace más vigilancia. La otra característica es que se incorporó la tarjeta de registro de vacunas, lo que anteriormente era una tarjeta separada. La tarjeta fue validada por el Programa de Atención Integral a la Niñez (PAIN), la Sociedad

Pediátrica, también por las madres, por personal de salud y en escuelas formadoras de enfermería.

Hay todavía desafíos que enfrentar, por ejemplo no se manejan dosis preventivas para el caso del zinc pero gracias al taller subregional el equipo se lleva conocimiento valioso para trabajar este seguimiento. Actualmente se está trabajando en la revisión de todas las normas de atención al menor de 5 años con la colaboración de todas las Agencias de las NNUU.

Se elaboraron dos pósters. Uno para promocionar el uso de la nueva tarjeta y el otro con los mensajes claves de la alimentación infantil (Figura 24).



Figura No 23. Pósters de promoción del uso de la nueva tarjeta y de mensajes claves de la alimentación

Otros logros importantes en el país son:

- Elaboración del Manual de Estandarización para la toma de medidas antropométricas
- Elaboración del Manual para calibración y mantenimiento de equipo de peso y talla.
- La Norma de la Vigilancia del Crecimiento (en proceso)
- Desarrollo de talleres de capacitación para facilitadores nacionales en la aplicación de los nuevos estándares (dos grupos profesionales capacitados)

La implementación de los nuevos estándares de crecimiento se hará en dos departamentos en la zona sur del país, Regiones de salud que forman parte del corredor seco y son fronterizos con El Salvador:

1. Choluteca: con una población de 435,659 habitantes (5.7% de la población total), con una población de 60,699 niños y niñas menores de 5 años (13.9%); una prevalencia de desnutrición crónica 30.35%.
2. Valle: con una población de 164,757 habitantes (2.1% de la población total); con una población de 22,391 menores de cinco años (13.6%) y una prevalencia de desnutrición crónica 22.36.

El PMA así como otras agencias y ONGs, intervienen en estos departamentos, lo que es un punto a favor para trabajar en la zona.

Costa Rica: Experiencias y retos en la implementación del nuevo patrón de crecimiento en Costa Rica

**Dra. Nereida Arjona Ortegon, Área Atención Integral a las Personas
Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Costa Rica**

Para la implementación de los nuevos estándares en Costa Rica se tomaron acuerdos en el MS y CCSS -2007, entre ellos:

1. Adoptar el Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS 2006
2. Utilizar los índices de peso para edad, peso para talla y talla para edad en niños hasta 5 años de edad
3. Utilizar el índice de masa corporal ajustado por edad y sexo en población de 5 a 19 años de edad, que antes iniciaba desde los 7 años
4. Incorporación en la evaluación por Compromisos de Gestión a partir del 2008, que es el sistema de evaluación de calidad de los servicios, una de las fortalezas dentro del sistema

Con el equipo experto además de definir los valores para desnutrición, sobrepeso y obesidad, en la clasificación según Desviaciones Estándar (Puntaje Z) también se marcó en la curva el valor de -1 Desviación Estándar (Puntaje Z), para definir que es un niño con "riesgo de desnutrición" y las madres ponen mayor atención cuando los niños empiezan a acercarse a ese valor y se preocupan por la LM y alimentación complementaria. También aplicar para los casos de sobrepeso y obesidad. Los valores definidos para los menores de 5 años en los diferentes indicadores son los siguientes:

Peso para edad y peso para talla

- Desnutrición: menor o igual de -2 DE o Percentilo 3
- Riesgo de desnutrición: entre -1 y -2 DE
- Normal: entre 2 y -0.9 DE
- Sobrepeso u obesidad: > +2 DE

Talla para edad

- Retardo: menor o igual de -2 DE
- Bajo: entre -1 y -1,9 DE
- Normal: entre 2 y -0,9 DE
- Alto: > +2 DE

A partir de la implementación se han obtenidos una serie de logros importantes, que se detallan a continuación:

Logro 1. La oficialización nacional de las nuevas curvas fue realizada con prontitud gracias al trabajo oportuno de la Ministra de Salud y el presidente Ejecutivo de la Caja del Seguro Social de Costa Rica; quienes firmaron su oficialización en marzo del año 2007 colaborando así con el equipo técnico en su implementación.

Logro 2. Capacitación nacional sobre nueva curvas de crecimiento y su aplicación en la evaluación antropométrica individual, no solo para sector salud si no también con el Ministerio de Educación, específicamente el sector preescolar. Los docentes de este sector están muy sensibilizados sobre el crecimiento y desarrollo del niño. Entre las metas de la capacitación (teórico-práctica) se destacan: mostrar las nuevas curvas de crecimiento, fortalecer capacidades en los temas de calibración, LM y estrategias de alimentación saludable.

Logro 3. Incorporación de las nuevas curvas muy rápidamente en la revisión del carnet de salud del niño y la niña, que es un carnet integral donde se registra la vacunación, crecimiento, desarrollo, recomendaciones básicas y algunas recomendaciones de micronutrientes. Se tiene uno solo para todo el país. En Costa Rica se han tenido tres carnet en 20 años y la última actualización fue para la incorporación de los nuevos estándares.

Logro 4. Reemplazo de las viejas curvas en los expedientes pediátricos con las nuevas curvas, específicamente en:

- Expedientes pediátricos de la red de servicios CCSS
- Gráficos en papel
- Expediente digital (nuevo)

Fue un proceso largo y de mucho trabajo, pero con resultados satisfactorios.

Logro 5. Se actualizaron las Normas, Guías y Protocolos de Atención del sector salud en su componente nutricional.

Logro 6. Incorporación de las nuevas curvas de crecimiento en los criterios de la evaluación nutricional, parte de criterios de calidad y cobertura en la red de servicios del CCSS por: Compromisos de Gestión.

Logro 7. Incorporación de las nuevas curvas en los registros del docente del preescolar, (libro anual). Se está en la lucha nacional de tener un sistema integrado interinstitucional que se espera sean los criterios de desarrollo para el área Centroamericana. En el libro de docentes se encontraban las curvas viejas, y se reemplazaron por las nuevas. Este logro es muy importante puesto que se sale de lo que es el sector salud. Es un trabajo que no es hecho por médicos o nutricionistas, sino por docentes.

Logro 8. Establecimiento de las especificaciones técnicas para la compra de balanzas y tallímetros. Todo el personal se capacitó sobre la calibración de los equipos (antes se contaba con una persona para calibrar todo el equipo a nivel nacional). Es importante

cuidar las herramientas que se utilizan para recoger la información, no solamente la técnica de medición sino los instrumentos. Todos tuvieron el mismo cartel de licitación, se comprendió que se debe homogenizar y estandarizar en diversas dimensiones.

Como logro 9. Incorporación de la enseñanza sobre las nuevas curvas a nivel de:

- PREGRADO: Escuelas de medicina, Escuela de Enfermería, Preescolar
- POSGRADO: Educación Médica Continua, Especialidades de Medicina, Enfermería, Docentes preescolar

Se ha ido más allá para dar cambios significativos en el Ministerio de Educación, lo que tendrá una gran repercusión en la educación.

Logro 10. El Departamento de Estadística del Ministerio de Educación ha incorporado los resultados de las evaluaciones nutricionales de los estudiantes de todo el país en sus sistemas. Se ha comprobado que está dando el mismo resultado que en los censos nacionales.

Logro 11. Desarrollo de Sistemas de Información Periódica, cada cuatro años. Se apoyan con una institución encargada de estadísticas y censos, con la que se realizan las encuestas de hogares. A éstas se les incorporará otras preguntas, gracias a la experiencia ganada en el taller.

El trabajo conjunto en la atención a las personas es uno de los retos más importantes. La evaluación y monitoreo del crecimiento y desarrollo no son tarea exclusiva del sector salud, hay que involucrar a otros, se está haciendo con el Ministerio de Educación, para extenderlo a los preescolar, pues ya se tiene un trabajo fuerte con los escolares.

En el 2010 se elaboró el documento “Sistema de Atención Integral e Interdisciplinario del Desarrollo de Niños y Niñas en Costa Rica” (CCSS-MEP-MS), que está en su versión preliminar y contempla aspectos como: Ciclo vida, es Interdisciplinario, Intersectorial, contempla conceptos comunes, formularios comunes, atención integral; para superar las barreras del saber y del qué hacer.

El peor de todos los pasos es el primero. Cuando estamos listos para una decisión importante, todas las fuerzas se concentran para evitar que sigamos adelante.

Ya estamos acostumbrados a eso. Es una vieja Ley de la Física: Romper la inercia es difícil. Como no podemos cambiar la física, concentremos la energía extra y así conseguiremos dar el primer paso. Después el camino mismo ayuda”

Paulo Cohelo. El instante mágico

Nicaragua: Experiencias y retos en la implementación del nuevo patrón de crecimiento en Nicaragua

Dra. Yaneth Chavarría, Ministerio de Salud, Nicaragua

Nicaragua es el país más grande de Centroamérica, cuenta con una población de 5'742,000 habitantes de los cuales el 17% son menores de 5 años. El 55% de la población

vive en áreas urbanas y el 51% de la población es femenina. El territorio está dividido en 15 departamentos. La región del Caribe, presenta altas prevalencias de desnutrición, en departamentos como: Río San Juan, Matagalpa, Nueva Segovia, Madriz y las dos Regiones Autónomas del Atlántico. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud se ha avanzado en la reducción de la desnutrición, sin embargo, hay una preocupación en el menor de seis meses donde se observa un aumento del 16 al 17%. También se ha avanzado en la reducción de la anemia en los niños de 6 a 59 meses (2003-2007).

Se dieron algunas premisas importantes en la implementación de los nuevos estándares. Se tenía una preocupación grande, puesto que el país tiene una alta prevalencia de la desnutrición crónica, pero los servicios de salud vigilaban de manera parcial la situación nutricional, únicamente lo estaban haciendo en los hospitales. La OMS estaba recomendando los nuevos estándares y Nicaragua fue sede del Taller Regional de Curso de Asesoramiento del Crecimiento del Niño en el año 2007. Partiendo de esto se asume el reto de implementarlos, con la participación de las escuelas formadoras de enfermería, el sector privado y con el apoyo de todas las agencias y organismos de cooperación, para oficializarlos. Se requería también incorporarlos a las nuevas normativas de atención integral a la niñez.

Pasos para la implementación

Los nuevos estándares tendrían que implementarse en todos los espacios y planes de seguridad alimentaria y nutricional, tanto así que el ministerio llevo la implementación de los nuevos estándares de crecimiento al Comité Técnico Nacional de SAN. Desde el comité se asumió la implementación de los nuevos estándares y se incorporó todo el proceso de implementación en el Plan Nacional para la Erradicación de la Desnutrición Crónica, en el Plan Nacional de Micronutrientes y el Plan Nacional de Salud. Otro paso importante es que se han actualizado todas las normativas e instrumentos (ya se cuenta con la tarjeta para el niño y la niña) con las nuevas curvas. Se pensó en elaborar un instrumento que fuera sostenible y que se pudiera mantener al menos mientras el país gestiona más recursos para sacar una libreta más elaborada.

Se conformó un equipo técnico nacional de implementación en el cual estaban las agencias de cooperación, se incorporó en la actualización de la vigilancia y promoción de crecimiento y desarrollo que se hace desde la red de salud. Se priorizaron los SILAIS con mayores prevalencia de desnutrición crónica para brindarles equipamiento. Actualmente se están implementando los nuevos estándares en 6 SILAIS y se está en la gestión para el equipamiento de los 11 restantes.

Se dispone de un instrumento de monitoreo y evaluación local de atención integral a la niñez, teniendo en cuenta que para reducir desnutrición es importante contar con un instrumento que les permita vigilar y generar intervenciones. Hasta el momento se han capacitado 1200 recursos de salud entre médicos generales, pediatras y personal de enfermería. Además se han capacitado a 30 personas en el Ministerio de la Familia, que monitorean y acompañan en la vigilancia y promoción de los centros de desarrollo infantil y centros de desarrollo comunitario. Otro instrumento útil es el reporte de avance de todas las capacitaciones en los SILAIS, lo que permite monitorear cuales municipios tienen a su personal capacitado.

Los retos más importantes en esta etapa son:

1. Garantizar el equipamiento para la implementación de los estándares en los 17 SILAIS del país.
2. Completar la capacitación al recurso humano de todos los SILAIS, a nuevas contrataciones
3. Consolidar el trabajo con las escuelas formadoras, lograr que los egresados tomen un curso obligatorio de las normativas nacionales de la niñez.
4. Fortalecer al equipo nacional de salud infantil, que son varias instituciones del Estado, Ministerio de Salud, Ministerio de la Familia Adolescencia y Niñez, agencias de cooperación, universidades y organizaciones civiles.
5. Actualizar el sistema estadístico nacional. Aun no se puede obtener toda la medición de la talla a través de este sistema, sino que solamente está aportando la estadística anterior
6. Monitoreo de la implementación de los estándares

Monitoreo y Evaluación

Dra. Teresa Gonzalez de Cossío, Profesora, Instituto Nacional de Salud Pública, México

En su presentación, la Dra. Gonzalez de Cossío discutió el rol e importancia de la evaluación de programas, adicionalmente presentó estrategias generales de evaluación de programas e intervenciones, consideraciones éticas y recomendaciones.

Definiciones

Programa:

- Esfuerzos organizados para responder a un problema social, de salud, de nutrición, etc.
- Con frecuencia se organizan a nivel nacional o regional, con recursos públicos, para atender a una población objetivo.

Proyecto/intervención:

- Un conjunto de actividades con un objetivo específico que contribuye al objetivo general de un programa o institución.

Teoría del Programa

El conjunto de supuestos sobre la forma en que el programa (o proyecto) causa los beneficios que se espera que produzca, incluyendo las estrategias y tácticas que ha adoptado para lograr sus metas y objetivos. A veces no es explícita, no ha sido formalmente articulada o establecida.

En la teoría del programa podemos distinguir:

- Teoría del impacto, relata la naturaleza del cambio provocadas por la acción del programa (aquí se hace *evaluación de impacto*)
- Teoría del proceso, describe los planes organizativo y de utilización de servicios del programa (aquí se hace *monitoreo de las acciones*)
- Las fallas de implementación están asociadas a la *teoría del proceso* (hipótesis de acción)

- Las fallas de teoría están asociadas a la teoría de impacto (hipótesis conceptuales)

Todos los programas o intervenciones tienen, implícita o explícitamente:

- Objetivos
- Resultados esperados
- Población objetivo
- Mecanismos para otorgar la intervención
- Criterios de participación en el programa
- Un marco conceptual que le da sentido a la existencia del programa.

Preguntas clave en la evaluación de programas

- ¿El Programa alcanzó sus objetivos?
- ¿Se benefició la población blanco?
- ¿Los resultados son atribuibles al programa?
- ¿Cuáles acciones del programa fueron más o menos efectivas?
- ¿A qué costo?
- ¿Para quién evaluamos?

Usuarios de la evaluación

Distintos auditores de los resultados de evaluación

- Programa
- Gobierno
- Académicos
- Prensa
- Población general

¿Para qué evaluar programas sociales o de salud?

- ¿Para criticar a colegas?
- ¿Para quedar bien con el gobierno?
- ¿Para quedar bien con donantes internacionales?
- ¿Para demostrar poder y hacer al grupo evaluador ver bien?
- ¿Para mejorar el diseño e instrumentación
- ¿Para tomar decisiones informadas sobre la distribución de recursos (limitados), y justificar la continuación de un programa?
- ¿Para mejorar su administración y desempeño? ¿Para identificar factores que influyen en resultados sociales, de salud o de nutrición?
- ¿Para generar conocimiento sobre qué funciona o qué no funciona?
- *Una buena evaluación es un bien público*

Tipos de Evaluación:

- I. Evaluación de Procesos (Monitoreo de acciones)
- II. Evaluación de impacto

Cuadro No 14. Distinción entre Monitoreo y Evaluación de impacto

Monitoreo de Programa	Evaluación de impacto
¿Fueron las actividades llevadas a cabo correctamente? ¿Mejóro la calidad y la atención en el servicio? ¿Se observaron cambios a nivel de la población (ej. aumentó la utilización)?	¿Qué magnitud de los cambios observados a nivel de la población fue atribuible al Programa?
Es usado para determinar que tan bien el Programa sé está llevando a cabo a diferentes niveles y a qué costos. La intención es dar seguimiento a los elementos claves del Programa a través de tiempo (insumos, proceso y productos) Se pueden monitorear los cambios en los resultados intermedios y de largo plazo, pero no establece una relación causal.	Informa en qué medida los cambios observados en los resultados son atribuibles al Programa.

I. Monitoreo o Evaluación de Procesos (también llamada Evaluación Formativa)

- Permite saber si una intervención es (o fue) implementada exitosamente y como fue planeada
- Responde si un programa fue “entregado” como se suponía
- Términos asociados
- Monitoreo
- Evaluación de implementación
- Evaluación formativa

Características de Monitoreo

- Documenta cambios en el tiempo, puede incluir método cualitativo
- Tema clave: Buena medición de insumos, productos y resultados usando indicadores adecuados
- No examina cuál es la causa del cambio en los indicadores, es decir, no examina el impacto del programa

Objetivos del Monitoreo

- Obtener información sobre cómo se entrega un programa
- Obtener información operacional para aplicar el programa en otras zonas
- Cumplir requerimientos de agencias financiadoras o normativas
- Dar información para hacer mejoras al programa durante su operación.

Las 3 “Es” (Issel)

Ver si un programa es:

Eficaz: ver su potencial en condiciones ideales; la evaluación de proceso permite ver si se sigue el protocolo

Efectivo: ver su potencial real, en la vida real; la evaluación de proceso documenta situaciones y eventos que afectan la implementación

Eficiente:: relación entre resultados y recursos

II. Evaluación de Impacto (también llamada Evaluación Sumativa)

Objetivos:

- Determinar el impacto neto del programa en el resultado a nivel de población (o en productos a nivel de programa)
- ¿Cuánto del cambio observado en el resultado es debido, o puede ser atribuido, al programa y no a otros factores?

Características:

- Temas claves: causalidad y cuantificar el efecto del programa
- Vincula insumos o acciones de programa a productos y resultados.

La Figura 24 presenta los factores interrelacionados en la ejecución de un programa, los cuales deben tomarse en cuenta para su monitoreo y evaluación.

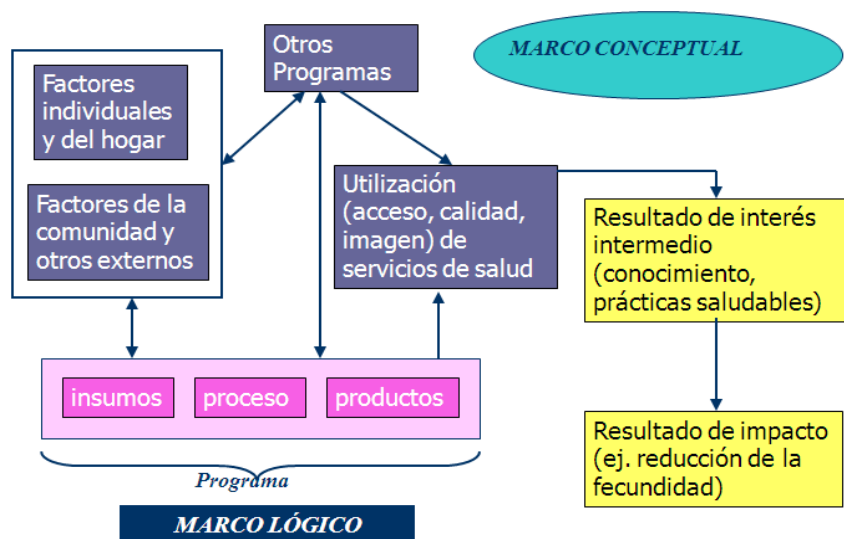


Figura No 24. Factores interrelacionados de programas

Alcances de la evaluación de impacto

- Evaluar el impacto del tratamiento sobre los tratados
- Evaluar el impacto del tratamiento sobre los elegibles para recibirlo, lo hayan recibido o no (intención al tratamiento)
- Las diferencias entre ambos dependerán de la proporción de la población objetivo que realmente está recibiendo el programa

Pasos para la evaluación de un programa:

1. Definir el alcance del programa. Conocerlo muy bien: resultados esperados, población blanco, actividades, mecanismo de entrega del programa, criterios de participación, tiempos, filosofía del programa

2. Desarrollar un marco conceptual. Identificar factores relevantes que influyen los resultados y los mecanismos de acción
3. Operacionalizar factores relevantes. Seleccionar indicadores.
4. Recolectar datos de acuerdo a las necesidades de evaluación. Los datos longitudinales con grupos de comparación son preferibles
5. Especificar el modelo empírico
6. Seleccionar el procedimiento de estimación:
 - Tipo de variable dependiente: continua o discreta.
 - Diseño de la encuesta (conglomerados, múltiples niveles)
 - ¿Los individuos se autoseleccionan para el programa?
 - Sospechar de la presencia de factores no observables
 - Tipo de datos: transversal, panel.
7. Estimar un modelo empírico
8. Examinar la sensibilidad de los resultados a la selección de indicadores, a la especificación del modelo y a los supuestos estadísticos necesarios para la estimación
9. Evaluar el impacto del programa (Figura 25). Interpretar el impacto, simular escenarios y reportar resultados.

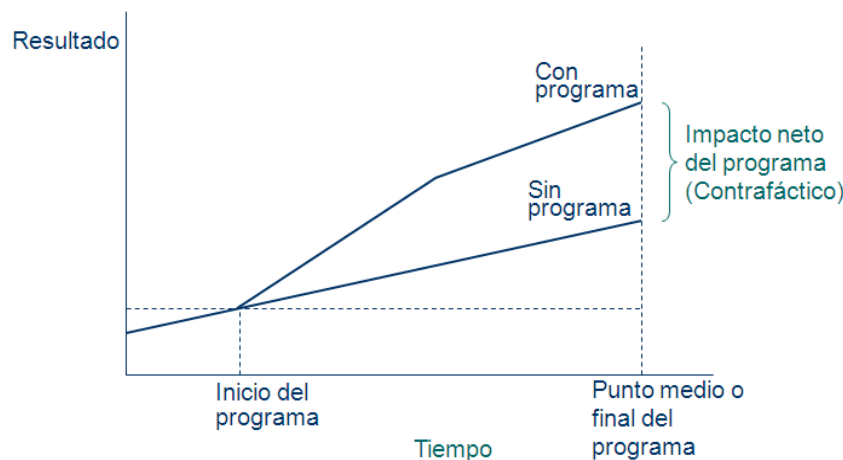


Figura No 25. Esquema de evaluación de impacto del programa (Material curso impartido por el Dr. Gustavo Ángeles, "The Measure Evaluation")

Aspectos éticos

- Respetar consideraciones éticas de toda investigación:
 - Revisiones por comités institucionales
 - Empleo de cartas de consentimiento
- Considerar aspectos éticos en el diseño de la evaluación

Algunas recomendaciones:

- Diseñar e instrumentar el plan de evaluación antes del inicio del programa, no al final, de otra forma:
 - Es difícil contar con una línea basal
 - Es difícil constituir un grupo de comparación

- Podemos perder información relevante que influencia al programa
- Desarrollar un marco conceptual claro y sencillo
- Identificar a la población blanco
- Identificar a un grupo que funcione como grupo de comparación
- Dejar que el marco conceptual guíe a la recolección de datos
- Si el programa es focalizado, recolectar datos que afecten a la focalización
- Asegurarse de que la muestra represente a la población del programa

LOS RESULTADOS DE UN ESFUERZO COLECTIVO

GRUPOS DE TRABAJOS

Los siguientes ejes temáticos fueron desarrollados por los grupos organizados:

- Programas sociales y alimentos complementarios
- Trabajo multisectorial
- Nuevos patrones de crecimiento de la OMS
- Nutrición y desarrollo infantil

La orientación principal para el trabajo grupal fue la de compartir experiencias, discutir y consensuar las principales obstáculos así como las oportunidades para la implementación – en términos de las necesidades y derechos de los niños y niñas y sus madres.

Programas sociales y alimentos complementarios

Obstáculos

- Dificultad en la focalización de los programas
- Los programas de alimentación complementaria, no se están acompañados necesariamente de educación nutricional y comunicación
- No son sostenibles
- No hay adecuación cultural de los programas y alimentos complementarios.
- Hay falta de articulación de diferentes programas que existen en la zona.
- En los programas sociales y alimentos complementarios no se considera al resto familia como participante, conllevando esto a la dilución del alimento en la familia
- Deficientes programas de monitoreo y evaluación que nos permitan realizar los cambios pertinentes

Oportunidades

- Existe compromiso de los países para alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio
- Hay consenso entre los organismos e instituciones sobre el impacto de la alimentación complementaria en los niños y niñas
- Prioridad en la agenda de los gobiernos el tema de la nutrición
- Aprovechar los programas sociales y de la alimentación complementaria para acompañarlos de programas de promoción y educación alimentaria-nutricional
- Existe financiamiento disponible, siempre y cuando se demuestre su efectividad.
- La coordinación con otros proyectos para articularse en los territorios
Existe la capacidad técnica, evidencias, guías e instrumentos para monitoreo y evaluación

Estrategias y propuestas priorizadas

- Los programas sociales y de alimentación complementaria deben estar acompañados de actividades de educación nutricional
- Deben articularse todos los programas que existen en una comunidad, en torno al tema de nutrición, sea salud, productivo y educación para garantizar la sostenibilidad de los mismos

- Considerar y respetar los hábitos alimenticios de la población cuando vamos a desarrollar este tipo de estrategias
- Cuando se de alimentación complementaria se debe contemplar el núcleo familiar completo, para evitar la dilución
- Particularizar estrategias por comunidad, dirigida a la población altamente vulnerable
- Fortalecimiento institucional en el tema de nutrición



Photo No 1. Miembros del grupo de los Programas Sociales y Alimentos Complementarios

Trabajo multisectorial

Amenazas identificadas

- Lugares donde se va a desarrollar el proyecto, porque hay dificultades en el territorio, no tienen institucionalidad, presentan problemas de conflicto armado, igualmente son poblaciones indígenas con diversos dialectos y costumbres, problemas de acceso y dificultades interculturales)
- Las dificultades para la coordinación inter-agencial para el buen desarrollo del proyecto
- Las debilidades en el diseño, con falta de concordancia entre lo que se ha planeado, lo que se va a evaluar y los indicadores identificados. Esto puede

convertirse en una oportunidad al tomar acciones pertinentes que permitan una adecuada evaluación

Oportunidades

- El nivel de los equipos de trabajo existentes en las comunidades seleccionadas, generalmente tienen una organización muy buena
- El programa cuenta con fondos económicos, finalmente integra todos los sectores, pone en la agenda pública y política el tema del hambre y la desnutrición, que es una manera de sensibilizar sobre el tema a los tomadores de decisión
- Oportunidad de poder documentar los procesos que se desarrollen, de manera tal que puedan divulgarse y se permita replicar las acciones en otros lugares
- Las acciones estarían dadas por establecer mecanismos de coordinación colegiados, utilizando los liderazgos locales y la participación comunitaria
- Hacer relevancia a los mecanismos de monitoreo y evaluación durante el proceso de implementación de la ventana, establecer las funciones y responsabilidades de los participantes, documentar el proceso, establecer una mesa intersectorial que le pueda dar seguimiento al tema

Nuevo patrones de crecimiento de la OMS

- Continuar con el estudio de riesgo del peso mínimo esperado, dar seguimiento a los esfuerzos de educación y de capacitación
- En cuanto a equipo y presupuesto, generar una abogacía activa en pro de crear un marco legal que contenga normas y acuerdos ministeriales. Para lograr cambios políticos es necesaria la incorporación de especialistas en el tema en el sector político.
- Dotación y compra de equipo; es urgente enmarcar en el Plan Operativo Anual y en el presupuesto los fondos que permitan su adquisición.
- En la Vigilancia, velar por una Alianza permanente con todas las asociaciones, colegios profesionales, ONG y agencias con presencia en los para hacer un esfuerzo conjunto que genere acciones integrales.
- Fortalecer el sistema Regional estandarizado de Mesoamérica para la evaluación y monitoreo. Implementar un sistema que facilite hacer comparaciones entre los países de la Región.
- Realizar un intercambio regional que debería de ser sistematizado y se propone hacerlo en Roatán en el 2012.
- Todas las acciones para el uso de los nuevos estándares de crecimiento deben ir encaminadas a hacer primero una evaluación y luego un diagnóstico para generar una capacidad de respuesta en la población infantil.



Photo No 2. Miembros del grupo de los Nuevos Patrones de Crecimiento de la OMS

Nutrición y desarrollo

Oportunidades

- El reconocimiento amplio que es una necesidad el fortalecer el desarrollo integral del niño.
- La actualización de las normas de atención a la niñez; en la mayoría de los países existen actualizaciones constantes.

Acciones

- Intercambiar experiencias y materiales, se elaborarán videos interactivos para la capacitar la estimulación temprana, proceso enfocado a la familia.
- Brindar capacitación y sensibilización al personal de salud, sobre estimulación temprana y nutrición, así como en el monitoreo.
- Fortalecer de sistemas de referencias
- Incluir el indicador del desarrollo psicomotor.
- Capacitar a madres y padres de familia.

Debilidades - barreras

- La actitud del personal de salud en los diferentes niveles, actitud de apatía y poco deseo de hacer las cosas.
- La falta de personal

- Barreras culturales
- Falta de medidas de monitoreo



Photo No 3. Miembros del grupo de Nutrición y Desarrollo

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE MESOAMÉRICA

A continuación se presenta un resumen de los resultados de la evaluación de la reunión. Como se puede observar, de un total de 70 participantes que respondieron el cuestionario de evaluación, la gran mayoría calificó el contenido del evento como de gran utilidad (muy útil y útil). Las sesiones que obtuvieron mayores calificaciones fueron: Estrategas efectivas para mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria, Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con enfoque intercultural, Nutrición y desarrollo temprano del niño pequeño y Monitoreo y evaluación.

Cuestionario de Evaluación de la Reunión Subregional de Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Países Mesoamericanos Managua, Nicaragua, 9-12 febrero de 2010

I. Para cada presentación, mesa redonda o actividad presentado en la columna de la izquierda señale (✓) el recuadro que usted considere que lo describe mejor.

Presentaciones	Muy útil (=2)	Útil (=1)	Poco útil (=0)
1. La situación del niño pequeño: Desafíos y oportunidades	76.8%	21.7%	1.5%
2. Estrategas efectivas para mejorar la LM y alimentación complementaria	81.1%	18.8%	0%
3. Promoción de la lactancia materna en la atención primaria: IHAN y los centros de salud	73.9%	24.6%	1.5%
4. Revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)	65.2%	31.9%	2.9%
5. Código Internacional de los Sucédanos de la Leche	73.9%	26.0%	0%
6. Prácticas esenciales de nutrición durante el parto	75.3%	21.7%	2.9%
6. Nuevas recomendaciones de la OMS para la alimentación infantil en el contexto de la VIH/SIDA	72.9%	24.3%	2.9%
7. Redes de Protección Social en Centroamérica	48.6%	45.7%	5.7%
8. Iniciativa Mesoamerica en salud con enfoque en nutrición	61.4%	35.7%	2.9%
9. Alianza Panamericana para la nutrición y el	58%	39%	2.9%

desarrollo para el logro de los ODMs			
10. Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con enfoque intercultural	87%	13%	0%
11. Trabajo interinstitucional para enfrentar la crisis de desnutrición aguda severa en Guatemala	51%	46.4%	2.9%
12. Tratamiento del niño severamente malnutrido en la comunidad y hospital	67%	33%	0%
13. Lineamientos básicos para la alimentación del niño pequeño en emergencias	65.2%	33.3%	1.4%
14. Comunicación para cambios de comportamiento en alimentación del niño pequeño	77.1%	21.4%	1.4%
15. Nutrición y desarrollo temprano del niño pequeño	88.4%	11.6%	0%
16. Mesa redonda: Experiencias en promoción de crecimiento y desarrollo	63.8%	33.3%	2.9%
17. Nuevos alimentos complementarios	60.9%	36.3%	2.9%
18. El Programa de Oportunidades	58%	37.7%	4.3%
19. Nuevos indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria de la OMS/UNICEF	76.8%	20.3%	2.9%
20. Sistemas de vigilancia	64.3%	25.7%	10%
21. Mesa redonda: Infancia, seguridad alimentaria y nutrición (Fondo español para los ODMs)	50.7%	40.6%	8.7%
22. Mesa redonda: Experiencias y retos en la implementación del nuevo patrón de crecimiento de la OMS	71.6%	25.4%	3%
23. Monitoreo y evaluación	89.0%	10.1%	0%
24. Grupos de trabajo	74.5%	23.6%	1.8%

II. ¿Qué estuvo bien durante la reunión?

Las ideas fueron muy bien desarrolladas y los participantes expresaron estar satisfechos con la cooperación entre los diferentes países

III. ¿Qué no estuvo bien durante la reunión?

Falta de puntualidad y exceso de información en poco tiempo. Las exposiciones magistrales deben tener más tiempo.

- IV. ¿Hay algunas presentaciones o actividades relacionadas al tema de la nutrición y desarrollo del niño pequeño que usted considere que deben ser agregadas una reunión de esta naturaleza?

Desarrollo de una estrategia regional de Nutrición y Desarrollo Temprano. Incluir a los organismos no gubernamentales que apoyan al MINSA.

- V. De acuerdo a lo que usted ha aprendido en esta reunión, ¿Qué tratará de cambiar o mejorar en su trabajo?

Implementar el monitoreo y evaluación y mejorar la comunicación con los compañeros sobre la nutrición.

Anexo 1.

TALLER SUBREGIONAL ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO
EN MESOAMERICA

Del 9 al 12 de Febrero, Lista de asistencia

No	Nombre y Apellidos	Correo electrónico	Procedencia
1.	Carin Zetterland	carin.zetterland-brune@sida.se	Asdi
2.	Isabel Nieves	isabela@iadb.org	BID
3.	Juliana Gómez	jgomezc@minproteccion-social.gov.co	Colombia
4.	Gloria Alicia Nova	gloria.nova@icbf.gov.co	Colombia
5.	Andrea Vicari	vicarian@paho.org	PAHO/Colombia
6.	Nereida Arjona	nereida.arjona@gmail.com	Costa Rica
7.	Kattia Jiménez	jimenezkm@gmail.com	INCAP/Costa Rica
8.	María Elena Montenegro	mariaelena.montenegro@wfp.org	PMA/Costa Rica
9.	Sergio Herradura Ramos	serge_herradura@yahoo.es	Edecan
10.	Sonia Martínez Roble		Edecan
11.	Kenia Vanesa Izaba	kevaizor@gmail.com	Edecan
12.	Marling Elide Cuadra	marlingcuadra@yahoo.es	Edecan
13.	Verónica Lastenia Collado		Edecan
14.	Beatriz Sánchez	asanchez@ms.pas.gob.sv	El Salvador
15.	Gerardo Merino	merinoge@els.ops-oms.org	El Salvador
16.	Moisés Figueroa Luna	mfigueroa0808@yahoo.com.ar	El Salvador
17.	Veralis Moran	veralismoran@yahoo.com.mv	El Salvador
18.	Daysi de Marquez	daysi.marquez@wfp.org	PMA/El Salvador
19.	Jessica Escobar	jessica.escobar@wfp.org	PMA/El Salvador
20.	Chantal Gegout	gegoutc@who.int	WHO/HQ
21.	Constanza Vallenasc	vallenasc@who.int	Ginebra
22.	Paul Melgar	pmelgar@incap.ops-oms.org	Guatemala
23.	Maggie Fischer	fischerm@gut.ops-oms.org	INCAP/Guatemala
24.	Maira Ruano E	ruanodegarcia@gmail.com	Guatemala
25.	Eunice López	eulopezpazos@gmail.com	Guatemala
26.	Vilma Chávez	vilmapop@gmail.com	Guatemala
27.	Velia Oliva	olivavelia@hotmail.com	Guatemala
28.	Carolina Siu		INCAP/Guatemala
29.	Maritza de Oliva	maritza.oliva@wfp.org	PMA/Guatemala
30.	Mario Castillo	mariocastillo26@yahoo.com	Honduras
31.	Gerardo Aystas	gerardo.yestas@wfp.org	Honduras
32.	Ana María Lozano	lozanoaleman@yahoo.com	Honduras
33.	Celia Marina Ulloa	celiamarina_7@yahoo.es	Honduras
34.	Vanesa Reyes	vanesa.reyes@wfp.org	PMA/Honduras
35.	Selena Valverde	selenavalverde05_@yahoo.com	Hospital Vélez Paiz
36.	Miroslava Porta	miroslava.porta@gmail.com	México
37.	Teresita González	tgonzale@ins.mx	México
38.	Ana Cecilia García	anacelia.garciazuniga@yahoo.com.mx	México
39.	Susana Torres Perera	Suetp28@hotmail.com	México

40.	Yadira Tinoco	ya.tinoco@yahoo.com	Nicaragua
41.	Ninoska Cruz	ncruzibfan@hotmail.com	MINSa
42.	José Antonio Arce	antonio07arce@yahoo.com	MCP/Nicaragua
43.	Hayde López Sequeira	lopezsequeirahayde@yahoo.es	MINSa/Nicaragua
44.	Juana Télica	rpyd@minsa.gob.ni	MINSa, Nicaragua
45.	Marcos Olivares	molivares@minsa.gob.ni	MINSa, Nicaragua
46.	Victor Vargas	rpyd@minsa.gob.ni	MINSa, Nicaragua
47.	Xiomara Hernández	monitoreo2@minsa.gob.ni	MINSa/Nicaragua
48.	Anielka Cajina	cotesan@minsa.gob.ni	MINSa/Nicaragua
49.	María Elena Ubeda	meubeda@unicef.org	Nicaragua
50.	Josefina Bonilla	jbonillaben@nicasalud.org.ni	Nicasalud
51.	Ivette Araúz	iarauz@nicasalud.org.ni	Nicasalud
52.	Adelina Barrera	abarrera@nicasalud.org.ni	Nicasalud
53.	Carmen María Flores	carmenfloresnutricion@yahoo.com	Nicaragua
54.	Ana María Gutiérrez	anagutcar@yahoo.es	Nicaragua
55.	Clara Ivana Soto	clarasot@yahoo.com	Nicaragua
56.	Cony Parajon Rodríguez	ormiguitacapa@	Silais León, Nicaragua
57.	Zeneyda Meléndez Zelaya	znemez@yahoo.com	Nicaragua
58.	Carmen Díaz Gutiérrez	carmenmdiazg@yahoo.com	Nicaragua
59.	Ana Cecilia Murillo	anacecilia_murillo@yahoo.com	Nicaragua
60.	Lastenia Gomez	lasgomez12@yahoo.com	Nicaragua
61.	Gabriela Martínez	soynica@soynica.org.ni	Nicaragua
62.	Francisco Javier Castillo	fcastillo@yahoo.com	Nicaragua
63.	Luis Gutiérrez	gutierlu@paho.org	OPS/Nicaragua
64.	Reynaldo Aguilar	aguilar@nic.ops-oms.org	OPS/Nicaragua
65.	Aleyda Siu	siu_villarreal@hotmail.com	Nicaragua
66.	Janeth Chavarría	jchavarria@minsa.gob.ni	MINSa/Nicaragua
67.	Enrique Beteta	ebeteta@minsa.gob.ni	MINSa/Nicaragua
68.	Ligia Yllescas	procosan@minsa.gob.ni	MINSa, Nicaragua
69.	William Hart	william.hart@wfp.org	PMA/Nicaragua
70.	Norman Herrera	norman.herrera@wfp.org	PMA/Nicaragua
71.	Anielka López	anielka.lopez@wfp.org	PMA/Nicaragua
72.	Sabrina Quezada	sabrina.quezada@wfp.org	PMA/Nicaragua
73.	José León Quant	Josel195@hotmail.com	Nicaragua
74.	Gustavo Siles	gustsiles@hotmail.com	UNAN/Nicaragua
75.	Freddy Meynard	fmeynard@unan.edu.ni	UNAN/ Nicaragua
76.	Claudia Granja	cdangran@yahoo.com	UNICEF/Nicaragua
77.	Rafael Amador	ramador@unicef.org	UNICEF/Nicaragua
78.	Sonia Herrera	smherrera@unicef.org	UNICEF/Nicaragua
79.	Claudia López Larios	dralopez21@hotmail.com	Silais Nueva Segovia
80.	Gladys Ramos	gladramor@yahoo.com	Silais Granada
81.	Nidia Calero	nidiacalero@gmail.com	Silais Matagalpa
82.	Alba Castillo	albajcastillod@yahoo.com	Silais Chontales
83.	Ixy Nahee Huete	almnacarazo@yahoo.es	Silais Carazo
84.	Alma Iris Zepeda	zepedatellez1970@yahoo.es	Silais Rivas

85.	María Teresa López		Silais Masaya
86.	María Teresa Castro		Silais Río San Juan
87.	María Esther Estrada	estradamana_70@yahoo.com	Silais Chinandega
88.	Jael Brayán	jaelbp75@yahoo.com	Silais RAAS
89.	Emig Bravo	emigbravo@hotmail.com	Silais Jinotega
90.	Laura Irizarry	lirizary@unicef.org	UNICEF/Panamá
91.	Yeny Carrasco	yenycarrascoat@gmail.com	Panamá
92.	Jhoram Moya	jhoram.moya@wfp.org	Panamá
93.	Guillermo Fuenmayor	guillermo.fuenmayor@wfp.org	PMA/Panamá
94.	Eyra Mojica de Torres	eyra.mojica@wfp.org	PMA/Panamá
95.	Angela Céspedes	angela.cespedes@wfp.org	PMA/Panamá
96.	Yadira Carrera	yadiracara@hotmail.com	MINSA/Panamá
97.	Adrian Díaz	adiaz@paho.org	OPS/Perú
98.	Olga Moraga	omoraga@unicef.org	UNICEF
99.	Esther Toala	toalae@yahoo.com	UNICEF
100.	Nune Mangasaryan	nmangasayan@unicef.org	UNICEF, HQ
101.	Susan Robinson		Traductora
102.	Melba Ruiz		Traductora
103.	Enrique Picado	enriquepicado@yahoo.com	MCU
104.	Yamileth Britney	todonicanet@yahoo.com	Periodista
105.	Anielka Manzanares	anielka_maria@hotmail.com	Radio 580
106.	Leticia Gastón	yoena_7101@yahoo.com	Radio Maranatha
107.	Isabel Cunningham	iglasgon08@yahoo.es	RAAN
108.	Chessa Lutter	lutterch@paho.org	OPS/Washington
109.	Rubén Grajeda	grajedar@paho.org	OPS/Washington

Anexo 2.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO
REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE MESOAMERICA
DEL 09 AL 12 DE FEBRERO DE 2010

*OBJETIVOS DE LA REUNIÓN:*

1. Actualización técnica de la evidencia para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño
2. Intercambio de experiencias entre países para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño
3. Promoción de la cooperación y comunicación Sur-Sur para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño

PERFIL DE PARTICIPANTES:

- Responsables de Salud del Niño
- Responsables de Lactancia Materna y/o la Iniciativa Hospital Amigo del Niño
- Responsables de Nutrición
- Puntos focales de nutrición y/o salud del niño/familia de UNICEF, OPS/OMS y PMA
- Organizaciones no gubernamentales, academia o representantes de cooperación invitados

PRIMER DÍA, MARTES 9 DE FEBRERO

8:00-8:30

Inscripción

*Moderador**Dr. Luis Gutiérrez, OPS /Nicaragua*

8:30-8:50

Palabras de inauguración

Dr. Dr. Enrique Beteta Acevedo, Secretario General, Ministerio de Salud de Nicaragua

8:50-8:55	Presentación de objetivos de la reunión y metodología de trabajo Dr. Luis Gutiérrez, OPS /Nicaragua
8:55-10:15	La situación nutricional del niño pequeño: Desafíos y oportunidades <u>Ponente:</u> Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS Oficina Regional <u>Comentaristas:</u> Dra. Maria Jesús Conde, Representante UNICEF Dr. William Hart, Representante PMA Dr. Jorge Prospero, Representante OPS/OMS
10:15-10:45	Discusión
10:45-11:15	Café
11:15-11:45	Estrategias efectivas para mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria Dra. Nune Mangasaryan, UNICEF HQ
11:45-12:15	Promoción de la lactancia materna en la atención primaria: IHAN y los otros centros de salud con enfoque de la familia y comunidad Lic. Ninoska Cruz, Ministerio de Salud, Nicaragua
12:15-12:45	Discusión
12:45-14:00	Almuerzo
<i>Moderadora</i>	<i>Dra. Xiomara Hernández, Ministerio de Salud, Nicaragua</i>
14:00-14:30	Revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) Dra. Cota Vallenias, OMS HQ
14:30-15:00	Código Internacional de los Sucédanos de la Leche Materna Dra. Vilma Pop, Universidad Galileo, Guatemala
15:00-15:30	Discusión
15:30-16:00	Café
16:30-17:00	Prácticas esenciales durante el parto para la nutrición Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS Oficina Regional
17:00-17:30	Nuevas Recomendaciones de la OMS para la Alimentación Infantil en el Contexto de VIH Dra. Cota Vallenias, OMS HQ
17:30-18:00	Discusión

19:00-22:00 Recepción de bienvenida y noche cultural

SEGUNDO DÍA, MIÉRCOLES 10 DE FEBRERO

Moderador *Dr. Rafael Amador, UNICEF, Nicaragua*

8:00-9:00 Redes de Protección Social en Centroamérica, Lic. Angela Céspedes, Oficina Regional, PMA
Iniciativa Mesoamericana en salud con enfoque en nutrición, Dra. Tere González de Cossio, Instituto Nacional de Salud Pública, México
Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los ODMs, Dr. Rubén Grajeda, OPS/OMS Oficina Regional

9:00-9:30 Discusión

9:30-10:30 Mesa redonda: Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con enfoque intercultural
Moderador: Lic. Ninoska Cruz, Ministerio de Salud, Nicaragua
Panamá: Lic. Yadira Carrera, Ministerio de Salud
Nicaragua: Dr. Ned Smith, Ministerio de Salud
Colombia: Dra. Juliana Gómez Castro

10:30-11:00 Discusión

11:00-11:30 **Café**

11:30-12:30 Nutrición del niño pequeño en emergencias

Trabajo interinstitucional para enfrentar la crisis de desnutrición aguda severa en Guatemala, Dra. Velia Oliva, MSP Guatemala
Tratamiento del niño severamente malnutrido en la comunidad y hospital,
Dra. Chantal Gegout, OMS HQ
Lineamientos básicos para la alimentación del niño pequeño en emergencias,
Lic. Laura Irizarry UNICEF, Oficina Regional

12:30-13:00 Discusión

13:00-14:30 **Almuerzo**

<i>Moderador</i>	<i>Dr. Guillermo Fuenmayor, PMA Oficina Regional</i>
14:30-15:00	Comunicación para cambios de comportamientos en alimentación del niño pequeño Lic. Olga Moraga, UNICEF Nicaragua
15:00-15:30	Discusión
15:30-18:00	Trabajo en Grupos <ul style="list-style-type: none">• Lactancia materna• Alimentación complementaria• Mejorando la nutrición del niño pequeño en la comunidad con interculturalidad
16:00-16:30	Café

TERCER DÍA, JUEVES 11 DE FEBRERO

<i>Moderador</i>	<i>Dr. Andréa Vicari, OPS Colombia</i>
8:00-8:30	Nutrición y desarrollo temprano del niño pequeño Dra. Patrice Engle, Profesora Universidad Politécnica de California
8:30-9:00	Discusión
9:00-9:30	Mesa redonda: <i>Experiencias en promoción de crecimiento y desarrollo</i> <i>Moderadora: Lic. Maria Elena Montenegro</i> Dra. Nereida Arjona Ortégón, Caja Costarricense de Seguridad Social Dra. Patrice Engle, Profesora Universidad Politécnica de California Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS Oficina Regional
9:30-10:00	Discusión
10:00-11:00	Presentación de los Grupos de Trabajo
<i>11:00-11:30</i>	<i>Café</i>
11:30-12:10	Mesa redonda: Programas sociales y alimentación complementaria Moderador: Ing. Adriana Hernández, OPS, Honduras Nuevos alimentos complementarios, Lic. Ángela Céspedes, PMA Oficina Regional

El Programa de Oportunidades, Dra. Tere González de Cossio,
Instituto Nacional de Salud Pública, México

12:10-12:30

Discusión

12:30-12:45

Nuevos indicadores de lactancia materna y alimentación
complementaria de la OMS y UNICEF
Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS Oficina Regional

12:45-13:00

Discusión

13:00-14:30

Almuerzo

Moderador

Lic. Anielka Cajina, Ministerio de Salud, Nicaragua

14:30-14:50

Sistemas de Vigilancia
Lic. Jessica Escobar, PMA El Salvador

14:50-15:10

Discusión

15:10-16:10

Mesa redonda: *Infancia, seguridad alimentaria y nutrición*
(Fondo español para los ODMs)
Moderadora: Lic. Ángela Céspedes, PMA Oficina Regional
Colombia: Dra. Gloria Alicia Nova Espitia
Guatemala: Lic. Maira Ruano
Nicaragua: Dr. Ned Smith
El Salvador: Ing. Gerardo Merino

16:10-16:30

Café

16:30-17:30

Mesa redonda: Experiencias y retos en la implementación del
nuevo patrón de crecimiento de la OMS
Moderadora: Dra. Chessa Lutter, OPS/OMS Oficina Regional
Honduras: Lic. Célia Marina Ulloa, Ministerio de Salud
México: Mtra. Miroslava Porta, Secretaria de Salud
Costa Rica: Dra. Nereida Arjona Ortigón, Ministerio de Salud
Nicaragua: Dr. Yaneth Chavarría, Ministerio de Salud

17:00-17:30

Discusión

CUARTO DÍA, VIERNES 12 DE FEBRERO

Moderador

Dr. Normen Herrera, PMA Nicaragua

8:30-9:00

Monitoreo y evaluación
Dra. Teresa González de Cossio, Instituto Nacional de Salud
Pública, México

9:00-9:30	Discusión
9:30-11:30	Trabajo en Grupos <ul style="list-style-type: none">• Nuevo patrones de crecimiento de la OMS• Trabajo multisectorial• Programas sociales y alimentos complementarios• Nutrición y desarrollo
11:30-12:30	Presentaciones de Trabajo en Grupos
12:30-12:45	Evaluación
12:45-1:00	Palabras de Clausura. Dr. Enrique Beteta Acevedo, Secretario General, Ministerio de Salud, Nicaragua

Países: Costa Rica, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá

