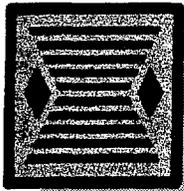


PA-ABZ-751

92602



LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy,
Financing and Management

1129 20th Street, NW
Suite 801
Washington, DC 20036
(202) 466-3318
FAX (202) 466-3328

**TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLÍTICAS,
PLANES DE ACCIÓN Y PROGRAMAS DE
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
SANTA CRUZ, BOLIVIA, JULIO 24-26, 1995**

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.

LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

PJ-ABZ-751

**TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLÍTICAS,
PLANES DE ACCIÓN Y PROGRAMAS DE
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
SANTA CRUZ, BOLIVIA, JULIO 24-26, 1995**

**TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLÍTICAS, PLANES DE ACCIÓN Y
PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
SANTA CRUZ, BOLIVIA, JULIO 24-26, 1995**

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	
II.	OBJETIVOS	
III.	PROGRAMA	
IV.	INFORMES DE PAÍS	
V.	INFORMES DE LOS TRABAJOS DE GRUPO	1
A.	POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN SALUD	1
	GRUPO A	1
	GRUPO B	2
	GRUPO C	4
B.	POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN AGRICULTURA	5
C.	POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EDUCACIÓN	6
D.	AVANCES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA	6
	GRUPO A	6
	GRUPO B	8
E.	AVANCES EN NUTRICIÓN MATERNOINFANTIL	9
F.	AVANCES EN MICRONUTRIENTES	10
ANEXOS:	1. LISTA DE PARTICIPANTES	
	2. GUÍAS DE DISCUSIÓN PARA LOS TRABAJOS DE GRUPO	

I. INTRODUCCIÓN

En recientes reuniones internacionales, entre ellas la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990 y la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN) en 1992, los gobiernos de la mayoría de los países del mundo, entre ellos los de América Latina y el Caribe reconocieron la alimentación y nutrición como derechos humanos fundamentales, suscribieron la Declaración Mundial y el Plan de Acción en Nutrición en los cuales se establecen metas específicas de seguridad alimentaria y nutrición y se comprometieron formalmente a preparar o mejorar y poner en marcha, a más tardar a fines de 1994, políticas y planes nacionales de acción en alimentación y nutrición. Las agencias internacionales de cooperación, tanto bilaterales como multilaterales, y las instituciones que proveen apoyo técnico y financiero, se comprometieron a apoyar a los países, las instituciones y las organizaciones no gubernamentales (ONGs), en la preparación e implantación de los planes nacionales de acción en nutrición.

En América Latina y el Caribe, OPS/OMS y FAO patrocinaron tres reuniones subregionales de seguimiento a estos compromisos internacionales adquiridos por los países: en Honduras en Octubre de 1993 (Centro América), en el Ecuador en Marzo de 1994 (América del Sur) y en Jamaica en Diciembre de 1994 (el Caribe). A finales de 1994, la mayoría de los países de ALC habían preparado o mejorado sus planes nacionales de acción, aún cuando no siempre acompañados de la formulación de políticas explícitas en alimentación y nutrición, y algunos los estaban ejecutando. Por esta razón, además de la asistencia técnica continua a cada uno de los países, se consideró oportuno e importante programar dos nuevas reuniones subregionales de seguimiento a los planes de acción, políticas y programas de alimentación y nutrición en la región, con el fin de examinar los avances y problemas en su implantación.

USAID ha proporcionado importante apoyo en seguridad alimentaria y nutrición a los países de la región y tiene especial interés en continuar estimulando y apoyando a los gobiernos para fortalecer su compromiso político en alimentación y nutrición, proporcionando a quienes toman decisiones políticas los elementos e información necesarios para la utilización más eficiente de los recursos asignados a alimentación y nutrición. El proyecto USAID de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (USAID/LAC HNS) preparó una serie de documentos de discusión sobre políticas sectoriales de alimentación y nutrición, dirigidos a quienes toman decisiones políticas en salud, agricultura y educación, con el fin de fortalecer el compromiso y la capacidad para formular y poner en marcha políticas y programas sectoriales de seguridad alimentaria y nutrición. Las pautas para políticas sectoriales están dirigidas a facilitar la toma de decisiones sobre inversiones y políticas sectoriales en seguridad alimentaria y nutrición; así, ofrecen información relevante sobre opciones de políticas y programas sectoriales, sus ventajas y aspectos críticos, con el fin de que se pueda identificar, en cada contexto particular, la combinación más adecuada de políticas alimentarias y nutricionales en los sectores de salud, agricultura y educación. El objetivo es la incorporación efectiva de consideraciones y objetivos alimentarios y nutricionales dentro de las políticas y programas sectoriales de salud, agricultura y educación, con lo cual se espera un impacto nutricional mayor y más sostenido que el obtenido con proyectos aislados de nutrición.

EL TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLÍTICAS, PLANES DE ACCIONES Y PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN que se llevó a cabo en Santa Cruz (Bolivia) del 24 al 26 de julio de 1995, fue patrocinado y organizado conjuntamente por USAID/LAC HNS, OPS/OMS y FAO. El propósito fue continuar el seguimiento a los planes nacionales de acción en alimentación y nutrición preparados en respuesta a los compromisos internacionales adquiridos por los gobiernos. En el taller participaron representantes de ocho países de la subregión de América del Sur representantes de OPS/OMS y FAO, y personal de USAID/LAC HNS. La mayoría de los representantes de los países fueron funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Salud, Agricultura y Educación, con capacidad para la toma de decisiones en su respectivo sector.

II. OBJETIVOS

Los objetivos generales del taller fueron:

1. Examinar el progreso en la preparación o mejora y en la implantación de los planes nacionales de acción en alimentación y nutrición.
2. Revisar los documentos de discusión sobre políticas sectoriales de alimentación y nutrición en salud, agricultura y educación preparados por USAID/LAC HNS y formular recomendaciones para mejorar su relevancia y aplicabilidad.
3. Identificar las necesidades de cooperación técnica, países y área prioritarias, e iniciativas de corto y mediano plazo.
4. Identificar oportunidades para proporcionar asistencia técnica por organismos bilaterales y multilaterales en apoyo a la puesta en marcha de políticas y planes nacionales de nutrición.

III. PROGRAMA

JULIO 24:

08:00 - 08:30 Incripciones

08:30 - 09:00 Inauguración

09:00 - 18:00 **AVANCES EN POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PLANES DE ACCIÓN EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. INFORMES DE PAÍS.**

JULIO 25:

08:00 - 11:00 **TRABAJOS DE GRUPO: PAUTAS PARA POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

1. Salud
2. Agricultura
3. Educación

11:00 - 12:00 Plenaria: Políticas sectoriales de alimentación y nutrición.

12:00 - 14:00 Almuerzo

14:00 - 18:00 **TRABAJOS DE GRUPO: AVANCES, PROBLEMAS Y NECESIDADES EN LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN.**

1. Avances en seguridad alimentaria
2. Avances en nutrición materno infantil
3. Avances en micronutrientes

JULIO 26:

08:00 - 12:00 Continuación Trabajos de Grupo

12:00 - 14:00 Almuerzo

14:00 - 17:00 Plenaria: Avances en seguridad alimentaria, nutrición materno infantil y micronutrientes. Áreas prioritarias y necesidades de asistencia técnica.

17:00 - 17:30 Clausura

IV. INFORMES DE PAÍS

PLAN NACIONAL

ARGENTINA

PLAN NACIONAL DE ACCION PARA ALIMENTACION Y NUTRICION (PNAN)

1. Actividades desarrolladas hasta la fecha

A partir del compromiso asumido en la Conferencia Internacional sobre la Nutrición (CIN), la Secretaría de Salud encomendó al Departamento de Nutrición, preparar un documento base para el desarrollo de un Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición.

Esta propuesta fue aprobada por Resolución de la Secretaría de Salud N° 7/93 el 6 de mayo de 1993.

A partir de la publicación del documento, este fue difundido a todas las Direcciones y Departamentos involucrados en la problemática alimentaria-nutricional pertenecientes al Ministerio de Salud y Acción Social a fin de consensuar la propuesta y elaborar las estrategias de convocatoria del sector hacia otros sectores oficiales, académicos y comunitarios.

Se creó la Comisión Asesora para el Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición, por Resolución de la Secretaría de Salud N°312 del 25 de octubre de 1994.

La Comisión tiene como objetivo **"Promover la creación de un ámbito de análisis para la planificación de políticas intersectoriales e interjurisdiccionales de alimentación y nutrición"** y coordinar entre sí a los organismos intervinientes y a los grupos técnicos de trabajo que se constituyan.

El día 8 de marzo de 1995 se realizó en el Ministerio de Salud y Acción Social la reunión constitutiva de la Comisión Asesora para el Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición, creada por Resolución (SS) N°312, presidida por la Dra. Dora Vilar de Saráchaga, Subsecretaria de Salud Comunitaria y Punto Focal de la C.I.N. y la presencia del Dr. Cecilio Morón, Oficial Regional de FAO para América Latina. Los sectores participantes son:

- Ministerio de Salud
- Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales del NOA
- Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT)
- Secretaría de Desarrollo Social
- Secretaría de Programación Económica
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)
- Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI)
- Ministerio de Educación
- Universidad de Buenos Aires, Escuela de Nutrición
- Sociedad Argentina de Pediatría
- UNICEF
- OPS
- Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI)

Los objetivos de la reunión fueron: Constituir la Comisión Nacional Asesora; elaborar el Programa y Cronograma de actividades; presentar la Propuesta de Plan Nacional de

Acción para Mejorar la Nutrición, elaborada por el Departamento de Nutrición, en base a las conclusiones y recomendaciones de la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN, Roma, 1992) y constituir grupos de trabajo específicos para distintos objetivos.

Se analizaron los 11 objetivos básicos de la Propuesta de Plan de Acción:

- 1) Establecer un diagnóstico actualizado y completo de la situación nutricional del país.
- 2) Optimizar las acciones del componente Nutrición dentro del Programa de Salud Materno Infantil.
- 3) Fomentar la lactancia materna.
- 4) Optimizar las acciones del Programa de Promoción Social Nutricional (Comedores Escolares e Infantiles).
- 5) Incorporar acciones de Nutrición en la atención de salud de otros grupos étnicos: adolescentes, adultos, ancianos.
- 6) Prevenir la carencia de micronutrientes específicos.
- 7) Mejorar la calidad e inocuidad de los alimentos.
- 8) Incorporar la educación alimentaria-nutricional en la educación formal e informal.
- 9) Capacitar a los recursos humanos de las distintas disciplinas involucradas en el sistema de alimentación y nutrición.
- 10) Establecer las bases de un sistema de evaluación permanente del estado nutricional de la población y el monitoreo de los programas relacionados con los componentes del Sistema.
- 11) Promover la creación de un ámbito de análisis y planificación de políticas intersectoriales en distintos niveles.

De todo lo analizado se destacaron como puntos importantes a considerar en primer lugar los objetivos 1, 8 y 11. Algunos objetivos, tales como el 2, 3 y 6 cuentan ya con Comisiones particulares, que están desarrollando su tarea.

Se propuso la creación de grupos de trabajo para:

a) Recopilar la información sobre estado nutricional disponible a la fecha y realizar un seguimiento de las actividades programadas y en realización en este área.

Responsables: representantes del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Departamento de Nutrición, Dirección de Epidemiología, Instituto de Investigaciones Nutricionales del NOA, Comité de Estudios para la Pobreza (Programación Económica), INDEC.

b) Analizar los Programas con contenido alimentario-nutricional que existen en diferentes sectores.

Responsables: representantes de la Secretaría de Desarrollo Social, Departamento de Nutrición, PROMIN.

c) Planificar contenidos educativos para ser dirigidos a distintos niveles.

Responsables: Universidad de Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, Departamento de Educación para la Salud, Departamento de Nutrición, Instituto de Investigaciones Nutricionales del NOA.

El producto esperado de estos grupos de trabajo es la elaboración de documentos que sinteticen los antecedentes disponibles para iniciar las actividades del Plan.

Se propuso realizar un Taller Nacional con presencia de referentes de Programas de todas las Provincias con fecha tentativa en agosto de 1995.

Posteriormente a esta reunión se analizaron los documentos previamente mencionados y se completó la constitución de la Comisión con la designación de representantes por parte de otros organismos invitados y los propuestos por las personas presentes en la primera convocatoria.

Se constituyeron los grupos de trabajo y se estableció su cronograma de tareas. Actualmente, estos grupos técnicos están elaborando sus propuestas para aportar al Plan Nacional de Acción.

2. POLITICAS SECTORIALES

Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud ha liderado la convocatoria para la formulación del Plan de Acción, a través de la creación de la Comisión Asesora.

En este ámbito se encuentran trabajando las Comisiones Asesoras en Lactancia Materna y en Carencias de Micronutrientes.

A fines de 1994, se creó la Comisión Nacional de Alimentos, presidida por el ANMAT y que cuenta con representantes de todas las Provincias, y es el organismo encargado de coordinar las acciones relacionadas calidad e inocuidad de los alimentos en todo el país.

Se han incorporado los objetivos de la CIN en los programas que tienen componente nutricional dentro del ámbito de la salud.

En junio de 1995 se realizó una Reunión Nacional de Nutrición, con la participación de los jefes de Programas de Nutrición y de Salud Materno Infantil de todas las Provincias, en la que se presentó y discutió la Propuesta de Plan de Acción y se convocó a la creación de grupos provinciales y regionales de trabajo.

Secretaría de Desarrollo Social:

En el ámbito de esta Secretaría se ha formulado el SIEMPRO (Sistema de Información, Capacitación, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) con el objeto de tener información actualizada sobre la oferta de Programas que el Estado Nacional está desarrollando para la atención de la población en situación de pobreza.

3. PLAN NACIONAL DE ACCION

OBJETIVOS DEL PNAN

- .- Incorporar objetivos nutricionales en las políticas nacionales de desarrollo.
- .- Mejorar la seguridad alimentaria de los hogares.
- .- Proteger al consumidor mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos.
- .- Asistir a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables.
- .- Prevenir las carencias de micronutrientes.
- .- Promover formas de alimentación y estilos de vida sanos.
- .- Prevenir y controlar las enfermedades infecciosas.
- .- Fomentar la lactancia natural.
- .- Evaluar, analizar y vigilar las situaciones nutricionales.

1. Incorporación de los objetivos nutricionales a los planes nacionales de desarrollo.

La incorporación de consideraciones nutricionales en el marco más amplio de las políticas de crecimiento económico y el desarrollo, ajuste estructural, producción agrícola y alimentaria, elaboración, almacenamiento y comercialización de alimentos, asistencia sanitaria, enseñanza y desarrollo social, puede aportar significativas mejoras a la nutrición.

Es preciso sensibilizar a los responsables de la planificación y la adopción de decisiones respecto del alcance y gravedad de los problemas nutricionales y de sus causas, de las ventajas económicas de las intervenciones y de la manera en que las actividades de su competencia pueden repercutir en el estado nutricional de los diferentes grupos socioeconómicos.

Se deberán reforzar las capacidades técnicas y establecer mecanismos institucionales, dentro de los correspondientes ministerios y en los niveles intermedios de gobierno, para la identificación de problemas nutricionales y el mejoramiento de la planificación, administración y evaluación de los programas y proyectos que influyen en la nutrición.

2. Mejora de la seguridad alimentaria de los hogares

El logro de la seguridad alimentaria tiene tres dimensiones. En primer lugar, es preciso asegurar un suministro suficiente de alimentos tanto a nivel nacional como doméstico. En segundo lugar, hay que mantener un grado razonable de estabilidad en el abastecimiento de alimentos de año en año y a lo largo de todo el año. En tercer lugar, es preciso asegurar a cada hogar un acceso físico y económico a los alimentos. Esta última dimensión es la que está comprometida en nuestro país.

Establecer un equilibrio óptimo entre los objetivos de política macroeconómica y las necesidades de seguridad alimentaria supone una difícil elección. Sin embargo, uno de los objetivos de los programas de ajuste estructural debería ser minimizar el impacto adverso en la seguridad alimentaria de los pobres y, cuando alguno de los efectos negativos sean inevitables, sería preciso estudiar medidas compensatorias apropiadas para mitigar las dificultades. En ese sentido, cabe destacar que los datos oficiales de desocupación en el país (mayo 1995) muestran

un nivel record de 18.6%.

En un país eminentemente urbano como la Argentina, la gran mayoría de la población obtiene sus alimentos a través del circuito comercial y el problema de la seguridad alimentaria se asocia fundamentalmente con el acceso a los alimentos. Los Ministerios de Economía y de Agricultura deberían considerar este tema entre sus prioridades, básicamente a través de las políticas de ingresos y de empleo, la vigilancia de los circuitos de producción y comercialización de alimentos (tanto el formal como el informal), y las políticas de desarrollo.

Desde el Ministerio de Salud y Acción Social, la prioridad es mejorar la organización y focalización de las acciones de ayuda alimentaria a las familias, dada la existencia de programas orientados desde distintas dependencias con desiguales niveles de organización y de criterios.

3. Protección del consumidor mediante la mejora de la calidad e inocuidad de los alimentos

El acceso a un suministro de agua y alimentos inocuos, fiables y nutritivos constituye una necesidad básica para toda la población.

El gobierno, la industria de la alimentación, los consumidores, etc., tienen cometidos importantes -relacionados entre sí- que desempeñar con respecto a la inocuidad de los alimentos, los sistemas de control de calidad, el fomento de métodos de fabricación adecuados y la educación a los consumidores.

La Comisión Nacional de Alimentos tiene la responsabilidad central en este tema.

4. Asistencia a los grupos desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables

Los grupos de población tradicionalmente considerados vulnerables desde el punto de vista nutricional han sido los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas. Esto se refleja en la propia estructura del Ministerio de Salud (con un único Departamento de Nutrición dependiente de la Dirección de Salud Materno Infantil) y, por ende, en los Programas nutricionales establecidos. El Programa Materno Infantil tiene una población objetivo de 300.000 embarazadas y 700.000 niños menores de 2 años en situación de riesgo para apoyo alimentario y atención a demanda para toda la población.

La tradicional visión reducida de la problemática nutricional -focalizada en la desnutrición y que considera como insumo primordial sólo a la dación de alimentos- desconoce algunos aspectos epidemiológicos de la realidad argentina y reduce el espectro de acciones de prevención y promoción del bienestar nutricional que podrían implementarse a bajo costo y con un alto impacto potencial.

5. Prevención y manejo de las enfermedades infecciosas

Dadas las repercusiones que tienen las infecciones en el estado nutricional, es

indispensable que las políticas y los programas generales encaminados a prevenir la malnutrición tengan bien en cuenta la prevención y el tratamiento de una amplia gama de infecciones.

El "complejo malnutrición-infección" (CMI) sigue siendo el problema de salud pública de mayor prevalencia en el mundo actual; es causa de elevados niveles de morbilidad y mortalidad.

La propagación de las infecciones, entre los grupos más pobres de la población, se ve intensificada por la contaminación de los alimentos y del abastecimiento de agua, las deficiencias en la eliminación de desechos y el saneamiento general, el hacinamiento y las malas condiciones de las viviendas, y otras condiciones ambientales desfavorables.

Aunque el CMI suele afectar comunmente a los niños, también es un factor de importancia en la morbilidad entre adultos, afectando su rendimiento físico y su capacidad de trabajo.

Existen a nivel del Ministerio de Salud, Programas específicos destinados a la prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes.

6. Prevención de carencias específicas de micronutrientes

La prevención y control de las carencias de hierro, yodo y vitamina A, figura expresamente en las Metas propuestas en el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, además del compromiso asumido en esta Conferencia.

La superación de las carencias de micronutrientes es uno de los ámbitos en que existen tecnologías conocidas y asequibles; sólo se requiere que el gobierno, los sectores privados y las comunidades aumen sus fuerzas.

El requisito básico es que se formule y se aplique un Plan Nacional de Acción con estrategias y actividades definidas y sostenibles para hacer frente a estas carencias.

El Plan de Acción fue formulado y aprobado por la Comisión Nacional Asesora sobre Carencias de Micronutrientes.

7. Promoción de dietas y modos de vida sanos

A pesar de los efectos considerables y constantes de la desnutrición y diversas enfermedades infecciosas en la morbilidad prematura y en la baja esperanza de vida observada en numerosos países en desarrollo, esos problemas se están superando lentamente en varios de ellos. El aumento de la expectativa de vida en todas las regiones, tiene como corolario el aumento de la proporción de ancianos en todos los grupos de población. Así, a medida que vaya envejeciendo la población es de prever que siga aumentando el número de individuos obesos y aquejados de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la alimentación, en

particular diversos cánceres, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las afecciones reumáticas crónicas y la osteoporosis.

Los estilos de vida sanos pueden actuar como amortiguadores respecto a las enfermedades. En ellos intervienen factores tales como: una dieta equilibrada, ejercicio físico regular, evitar el abuso de alcohol y de tabaco y limitar los estados de agotamiento.

Los hábitos alimentarios son factores importantes que contribuyen a mantener la salud. El gobierno, los servicios de salud, las escuelas, los programas de alimentación, los medios de comunicación, la industria alimentaria, la publicidad y los grupos de consumidores tendrán que promover ampliamente la educación alimentaria, como herramienta fundamental para fomentar hábitos adecuados.

8. Fomentar la lactancia natural

El fomento de la lactancia natural es una de las actividades permanentes de la Dirección de Salud Materno Infantil, desarrollando talleres de motivación y capacitación de los equipos de salud de las jurisdicciones, para que esta actividad forme parte de los programas sustantivos de atención.

Por Resolución de la Secretaría de Salud (Res.SS 347/93) del 29 de octubre de 1993, se creó la Comisión Nacional Asesora en Lactancia Materna, la cual nuclea a las dependencias de salud responsables, Sociedades científicas, Organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios de apoyo, etc. involucrados en la temática.

9. Evaluación, análisis y vigilancia de las situaciones nutricionales

El estado nutricional es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas y es un indicador sensible del nivel general de desarrollo. La información relacionada con la nutrición es fundamental para seleccionar y aplicar políticas y programas eficaces destinados a mejorar el bienestar nutricional.

Para que sea útil, esta información debe ser comprensible y llegar a manos de las autoridades correspondientes en el momento oportuno, para permitirles adoptar una decisión.

La información nutricional es necesaria para diversos fines: identificar problemas nutricionales crónicos y sus causas; prever y detectar problemas nutricionales agudos; determinar los grupos de población de riesgo; seguir de cerca los cambios que se produzcan y evaluar las consecuencias de las medidas adoptadas y de los programas en desarrollo.

Aunque el costo de la información es comparativamente bajo con respecto a otros gastos ineficaces, no cabe duda de que es inadecuado seguir gastando dinero en obtener información si esto no se traduce en medidas de acción.

PLAN NACIONAL

BOLIVIA

1. COMPROMISO POLITICO.

El esfuerzo que realiza el país a través del Programa de Ajuste Estructural que se inició en agosto de 1986, estabilizó las variables macroeconómicas y determina un gradual crecimiento económico, sin embargo los problemas sociales que aquejan a la población son de diversa naturaleza, razón por la cual el Gobierno Nacional instaurado en Agosto de 1993, define las prioridades de Desarrollo Económico, Social, Político y Cultural de la sociedad boliviana, fundamentados en: a) el incremento de los recursos de inversión a través de la capitalización de las empresas públicas, del estímulo a la inversión privada y al aumento del ahorro público; b) generación de empleos; c) dotación de mayores recursos a salud y educación; d) democratización de la participación popular; y e) adecuación del Poder Ejecutivo a los procesos de cambio. Todo este enfoque pone énfasis en la atención del Sector Social y en especial en el mejoramiento de la Seguridad Alimentaria. Como instrumentos principales para viabilizar el cambio de relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil se elaboraron y promulgaron Leyes y Decretos Supremos sobre: Participación Popular, Capitalización, Reforma Educativa, Reforma del Poder Ejecutivo y de la Constitución Política del Estado.

Ley de Reforma del Poder Ejecutivo: Mediante D.S. No. 23660 se reglamenta la Ley No. 1493 de Ministerios del Poder Ejecutivo, promulgada el 17 de Septiembre de 1993, que reestructura la composición y las atribuciones de los Ministerios del Poder Ejecutivo, de esta manera la Secretaría Nacional de Agricultura y Ganadería, pertenece al Ministerio de Desarrollo Económico y las Secretarías Nacionales de Salud, Educación, Desarrollo Rural, Asuntos Etnicos, Género y Generacional, pertenecen al Ministerio de Desarrollo Humano. Las Secretarías Nacionales de Planificación, Medio Ambiente y de Participación Popular, pertenecen al Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente.

La Ley de Participación Popular, promulgada el 20 de abril de 1994, mediante Ley No. 1551, reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las comunidades campesinas, indígenas y urbanas en la vida jurídica, política y económica del país. Apunta a mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre boliviano, con una justa distribución a través de la mejora de los recursos de la Administración Pública. Es el instrumento estratégico que atraviesa todo el proceso de Desarrollo Económico, Social, Político y Cultural, que parte desde el diagnóstico e identificación de la problemática local, departamental y nacional, prioriza soluciones que se traducen a través de programas y proyectos de la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones.

En este sentido el Gobierno Nacional presidido por el Excelentísimo Lic. Gonzalo Sanchez de Lozada, plasma en el Plan General de Desarrollo Económico y Social, la prioridad de emprender una abierta batalla contra la pobreza, siendo el propósito primordial, el de alcanzar la Seguridad Alimentaria en Bolivia.

Al respecto, en la Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en Roma en Diciembre de 1992, se acordó:

- Establecer programas factibles y focalizados de Seguridad Alimentaria en los países latinoamericanos, en línea con la Declaración de América Latina para enfrentar el Desafío Nutricional, y el Plan de Acción Regional, suscritos en México en marzo de 1992;
- El desarrollo de una Estrategia de Seguridad Alimentaria para la región, de alcances regional y/o subregional, convenida por los países, a la luz de los esfuerzos de integración económica en marcha, y que comprenda aquellas acciones identificadas en base al análisis lógico de las problemáticas nacionales.

La misma, que se refrenda en la inauguración del III Taller Latinoamericano sobre programas de Seguridad Alimentaria realizado en Santa Cruz de la Sierra a principios de agosto de 1994, donde el Canciller de la República de Bolivia, resumió las prioridades del Plan de Gobierno con los siguientes conceptos:

"...la problemática de la alimentación, junto a la vasta red de temáticas que le son colaterales - como la producción agrícola, la desnutrición, la mortalidad infantil y otras-, implica que las soluciones en las que se trabaja tengan la capacidad de consolidarse y afianzarse, es decir de sentar la bases definitivas para el crecimiento productivo y la distribución equitativa y de alcanzar a todos los hombres y mujeres, de todas las edades, que hoy sufren las contingencias de una insuficiente alimentación".

En este contexto, la Seguridad Alimentaria de la población, a nivel nacional o del hogar, es un objetivo fundamental de la Política de Desarrollo Económico y Social, definiendo ésta como "el acceso material y económico de todas las personas, en todo momento, a los alimentos necesarios para llevar una vida sana".

Así, el Comité Técnico Ampliado del CONALSA incorpora representantes del gobierno, y organismos y agencias de cooperación internacional, y prevé una descentralización de las actividades, involucrando a nivel regional a las comunidades y organizaciones directamente interesadas.

Con el fin de alcanzar estos objetivos, el Proyecto Regional FAO/ALADI de Seguridad Alimentaria, iniciado en noviembre de 1992, ha desarrollado una visión metodológica de intervención de acciones específicas frente a

situaciones de inseguridad alimentaria, dirigidos a grupos en riesgo, ejecutando en trece países de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Ecuador, Chile, Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Venezuela, Uruguay) donde, con Bolivia, catorce países se suman a esta iniciativa. La ejecución del proyecto en Bolivia se inició a partir del 1 de marzo de 1994, con una visión de tipo espacial, a fin de conocer la poblaciones en Riesgo de Inseguridad Alimentaria y Nutricional. Una vez aplicada la metodología en Bolivia, se realizaron ajustes desarrollando prioritariamente los Planes Operativos de intervención.

Habiéndose realizado a la fecha, la Primera Fase del proyecto, se Identificarón las Poblaciones en Riesgo de Inseguridad Alimentaria en los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba, contando con la información que establece, 16 provincias y áreas prioritarias: Azurduy, Charcas, Boeto, Tomina, Zudañez, Chayanta, Bilbao, Ibañez, Benares, Arque, Bolívar, Ayopaya, Tapacari, zonas urbano periféricas de Sucre, Cochabamba y Potosí.

INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN DEPARTAMENTOS CHUQUISACA, COCHABAMBA Y POTOSI

1995

GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA	HOGARES						TOTAL	
	CHUQUISACA		COCHABAMBA		POTOSI			
		%		%		%		%
Muy Alta (G.1)	2,882	20.92	6,435	46.72	4,457	32.36	13,774	100
Alta (G.2)	7,667	17.35	27,394	62.00	9,124	20.65	44,185	100
Leve (G.3)	13,954	27.46	30,003	59.05	6,856	13.49	50,813	100
Umbral (G.4)	2,146	31.22	1,913	27.83	2,815	40.95	6,874	100
TOTAL	26,649	23.04	65,745	56.85	23,252	20.11	115,646	100

* Caracterización en el anexo 1, Datos CONALSA

Asimismo se caracterizaron las causas principales de Inseguridad Alimentaria y se determinaron las acciones a realizar, las mismas que se encuentran agrupadas por líneas de acción.

Dicha información permite apoyar en la elaboración de los Planes Operativos Anuales locales, que en forma coordinada, contemplen la Reducción del Grado de Inseguridad Alimentaria, así como los acuerdos con instituciones públicas y privadas para la puesta en marcha de las Estrategias y el Plan de Acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional en los tres Departamentos, estableciendo un Sistema de Vigilancia para la Seguridad Alimentaria, también se dará continuidad a la Identificación de las Poblaciones en Riesgo de Inseguridad Alimentaria en los Departamentos de La Paz, Oruro, Pando, Santa Cruz, Tarija y Beni.

En este sentido se han iniciado algunas actividades de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el país, encontrándose enunciadas en el adjunto de logros alcanzados.

Mención especial merece la conformación del Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Seguridad Alimentaria Nutricional y la Organización de la Conferencia CLACSA, que reúne a Gobiernos y a la Sociedad Civil. Bolivia ostenta la Presidencia del Comité Organizador y Brasil se ha comprometido en realizar la I CLACSA en Sao Paulo en 1996.

El Comité Ampliado del CONALSA, como ente normativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional, tiene el compromiso de coordinar el proceso de investigación, formular, programar, hacer el seguimiento de la operativización y evaluar el proceso de la Estrategia y el Plan de Acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Bolivia, los mismos que se encuentran en fase preparatoria, teniendo como OBJETIVO:

Elaborar una Estrategia y el Plan de Acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como realizar Planes Operativos Locales y regionales, a fin de permitir el acceso físico y económico a los alimentos básicos que necesiten estableciendo un programa factible y focalizado.

Actualmente, se solicitó a la Cooperación Internacional su apoyo técnico y financiero, para efectuar esta tarea, teniendo hasta la fecha el apoyo de USAID y FAD en Bolivia.

El boletín que publicaba la Unidad de Alerta Temprana de CONALSA exodo de los cultivos y Comportamiento Agrometeorológico, a partir del mes de Junio se ha transformado en el boletín mensual del SINSSAAT, que presentara información agrometeorológica, de producción, precios y consumo.

2. POLITICAS SECTORIALES.

2.1 SECTOR AGRICULTURA

La secretaria Nacional de Agricultura y Ganadería, tiene con función principal la de proponer e instrumentar las políticas para el desarrollo de las actividades agropecuarias, recolección, pesca, agroindustria y silvicultura, fomentando la investigación y la aplicación de técnicas dirigidas a incrementar la producción y la productividad de este sector, así como la participación efectiva de hombres y mujeres del área rural en la vida económico social del país.

En este marco se ha diseñado la Estrategia de Desarrollo Agropecuario 1994-2003, tomando en consideración los problemas básicos de la agricultura boliviana que son principalmente: Heterogeneidad económico-social y tecnología de la agricultura; insuficiente y desigual desarrollo de la economía mercantil; baja eficacia económica y ecológica del sistema productivo; deficiente sistema de estímulos y apoyo a la producción y elevados índices de pobreza rural.

Los objetivos estratégicos de la política agropecuaria, considerando a la agropecuaria nacional como motor del desarrollo socio-económico del país, son los de maximizar la contribución sectorial a este desarrollo; impulsar nuevo modelo de desarrollo sectorial basado en criterios de eficiencia económica; equidad y participación social así como la sostenibilidad económica; en el crecimiento sostenido de la agricultura; garantizar a toda la población el acceso a una canasta básica de alimentos y reducir la pobreza rural a través del mejoramiento sostenido del ingreso y condiciones de vida de la población e impulsar la agroexportación. Por lo tanto la Política Agraria comprende la ejecución de 3 Estrategias principales:

Política Agroexportadora: Desarrollo del plan Nacional Agroindustrial, fomentará la producción de Soya habiéndose programado una producción de 1.000.000 Has. de trigo en diez años. Actualmente, se tiene una producción de 400,000 Has.de trigo, así como también se está promoviendo el aumento de la producción de Quinua.

Política de Seguridad Alimentaria: Actualmente, se están desarrollando Programas de Sanidad Animal y Vegetal; II Plan Quinquenal de producción de trigo; Plan Decenal de lácteos; Control de Fiebre Aftosa; Camélidos; Agricultura. Asimismo con el apoyo de los proyectos de Fertilizantes, Post-Cosecha, Programa especial para apoyar la Seguridad Alimentaria, proyecto de Comunicación para el desarrollo Agrícola y el Plan de Desarrollo del Subsector Pesquero. Al mismo tiempo, la Secretaría Nacional de Agricultura y Ganadería está promoviendo el "Programa de Desarrollo Agrícola Regional Articulado a las Ciudades Intermedias (PRODARCI)", en las localidades de Punata, San Borja y Patacanaya. A la fecha, se ha realizado un convenio interinstitucional con la Secretaría Nacional de Desarrollo Rural, con el propósito de realizar la planificación del sector agrícola.

2.2 SECTOR SALUD

La Secretaría Nacional de Salud conlleva a una política nacional con una visión estratégica basada en: el Ejercicio del Derecho a la Salud; Transformación del Desarrollo Sostenible del sistema de Salud; Salud como condición y desarrollo Integral; Participación Popular como motor del cambio; Desarrollo de la Solidaridad Nacional en Salud; Cambio acelerado y sostenible de la situación de salud.

Como parte del ejercicio de la salud, se contempla el derecho de las familias a alcanzar la salud y nutrición a través de la Seguridad Alimentaria, para lo cual se crea dentro de la Secretaría Nacional de Salud, la Unidad de Políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, mediante Resolución Secretarial No.0033 del 13 de Enero de 1994 con el objeto de diseñar e implantar la Política Alimentaria y Nutricional para el país.

A partir de estos cambios estructurales y organizativos, ésta política se instrumenta a través del Plan Vida, mediante R.S. No. 1310, del 9 de diciembre de 1994 de la Secretaría Nacional de Salud, cuyo objetivo es la reducción acelerada de la Mortalidad Materna e Infantil, la misma que se constituye en el mecanismo ordenador de la política de Desarrollo Humano Sostenible.

Coadyuvando al cumplimiento de las tareas del Plan Vida, se ha instaurado un nuevo tipo de gestión dentro del Modelo Sanitario, la misma que está sustentado en la responsabilidad y toma de decisiones compartidas entre la Secretaría Nacional de Salud, los Gobiernos Municipales y las OTBs, a través de instancias de decisión apropiadas e instrumentos que permitan el ejercicio de la planificación participativa y su articulación con la planificación indicativa y estratégica sectorial.

Este nuevo sistema, crea de las siguientes instancias de gestión:

- *Unidad de Programación de Salud (UPROS)*
- *Unidad Básica de Gestión de Salud (UBAGES)*
- *Dirección Territorial de Salud (DITES)*
- *Dirección Departamental de Salud (DIDES)*

La Unidad de Políticas de Seguridad Alimentaria Nutricional (UPAN), como instancia específica elabora los Lineamientos Estratégicos de Plan Nacional de Alimentación y Nutrición y plantea seis Líneas de Acción: Atención Integral a los Grupos Vulnerables, Seguridad Alimentaria en el Hogar, Prevención y Control de Carencias por Micronutrientes, Educación Alimentaria y Nutricional, Defensa del Consumidor y el Sistema de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación de los Problemas Nutricionales.

Asimismo, en el marco del progreso de Bolivia hacia las metas de la Cumbre en favor de la infancia, se ha realizado en julio del presente año una evaluación de medio término que reporta una disminución del 30% de la Mortalidad Infantil de 105 defunciones por mil nacidos vivos en 1982 a 75 por mil en 1992; la reducción del 6% de la Mortalidad materna de 416 por cien mil nacidos vivos, de 1984 a 1989 a 390 para el periodo 1989 a 1994 y finalmente la tasa de desnutrición crónica de niños menores de 3 años disminuyó de 38% a 28% de 1989 a 1994.

Las coberturas de vacunación de poliomelitis, DPT, Sarampión y BCG alcanzaron en el año 1994 a más de 80% en niños menores de 1 año. En cuanto a los grupos vulnerables se ha elaborado las normas de atención en salud

y nutrición a cada uno de estos grupos incluyendo a los escolares con la libreta de salud escolar.

En el programa de micronutrientes se sigue desarrollando el sistema de vigilancia y control de calidad de la sal yodada y se está iniciando la fortificación de azúcar con palmitato de retinol y las harinas con hierro, además se están realizando los estudios para la fortificación de la sal yodada con fluor. Se continúa con la suplementación con vitamina A y hierro a los grupos objetivos.

En lo que respecta a Protección al Consumidor se están realizando avances en educación e información a la población en general, dando prioridad a la conformación del Comité Nacional del Codex Alimentarius y la Ley Básica de Alimentos.

En el sector Salud se cuenta con dos sistemas de información: Sistema de Información en Salud (SNIS) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Nutricional (SVEN)

2.3 SECTOR EDUCACION.

La Secretaría Nacional de Educación forma parte del Ministerio de Desarrollo Humano, ha promulgado la Ley de la Reforma Educativa No 1565 de fecha 7 de julio de 1994, dicha reforma busca una profunda transformación del Sistema Educativo, para que sea capaz de satisfacer las necesidades de aprendizaje para formar recursos humanos acordes a las demandas del país, donde el educando adquirirá destrezas básicas y conocimientos técnicos para desarrollar sus capacidades e insertarse en el mercado laboral de manera más adecuada.

El carácter plurilingüe e intercultural de la enseñanza permitirá fortalecer el respeto a la diferencia étnica, social, cultural y ecológica, así como superar las discriminaciones de género en el proceso educativo. Por su parte el refuerzo de las acciones de Educación no Formal, principalmente a través de los mecanismos de la Participación Popular permitirá crear conciencia sobre la importancia del manejo adecuado del patrimonio natural y el desarrollo de prácticas y patrones de comportamiento acorde con el desarrollo sostenible. La reforma educativa contempla el sistema de medición de la calidad de la educación en el marco de participación popular, como un eje integrador entre la comunidad y el sistema. A la fecha la Reforma Educativa, inició sus actividades con 332 Núcleos Escolares.

El Ministerio de Educación reitera la R.M. No. 2597 del 7 de octubre de 1988, la incorporación del Programa de Alimentación y Nutrición en la currícula escolar de los niveles pre-básico, Básico e Intermedio y sería conveniente contemplar éste en la Reforma Educativa.

3. PLAN NACIONAL DE ACCION.

En septiembre de 1994, CONALSA ha diseñado el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, el mismo que no entró en ejecución, debido a que leyes complementarias, como la Participación Popular recién se estaban estableciendo y crearían distorsión en la operatividad del mismo.

Habiéndose superado esta dificultad, el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria (CONALSA) ha solicitado a la Cooperación Internacional y países amigos, el apoyo técnico y financiero para elaborar la Estrategia y el Plan de Acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional, documentos que serán elaborados hasta fines del mes Octubre del año en curso, debiéndose implementar a partir de esa fecha.

La Estrategia y Plan de acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional, guardarán relación directa con el Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República "EL PLAN DE TODOS" Los documentos antes mencionados serán elaborados con la participación de todos los sectores involucrados con la problemática de Seguridad Alimentaria y Nutricional, siendo el CONALSA el responsable de dicha actividad.

Actualmente, contamos con planes sectoriales, como es el caso de salud, educación, agricultura, desarrollo rural y asuntos étnicos, género y generacionales, teniendo beneficiarios que están contemplados dentro de las coberturas programadas por estos servicios.

Asimismo, se actualizó el Diagnóstico presentado en la CIN-92, y se encuentra en versión preliminar con el nombre de "Tendencias de la Situación Alimentaria y Nutricional" el mismo que fué elaborado por UDAPSO y SNAG.

A la fecha, se ha elaborado los Lineamientos Estratégicos del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición del Sector Salud, habiendo iniciado sus actividades a partir de noviembre de 1994, con la presentación y planificación participativa, conjuntamente los distritos de salud y municipios a nivel nacional de las acciones alimentario y nutricionales para la presente gestión.

PRESENTACION DE BOLIVIA AL TALLER SUBREGIONAL DE POLITICAS, PROGRAMAS
Y PLANES DE ACCION EN ALIMENTACION Y NUTRICION

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSTITUCIONES RESPONSABLES	INSTITUCIONES INTERNACIONALES
1	Incorporar objetivos, consideraciones y componentes nutricionales en las políticas, y los programas de desarrollo	<p>Identificar la población en riesgo de Inseguridad Alimentaria</p> <p>Estudio de caso, factores causales de la desnutrición en áreas geográficas con representatividad ecológica y cultural, planes de acción</p> <p>Reuniones de Coordinación</p>	<p>Se identificó en Chuquisaca, Potosí y Cochabamba</p> <p>Se realizó en Chuquisaca y Santa Cruz (5 comunidades seleccionadas) habiendo cumplido el trabajo de campo</p> <p>Mapa de Desnutrición</p> <p>Mapa Cualitativo de la Alimentación Boliviana</p> <p>40 Reuniones de Coordinación Interinstitucional</p> <p>Elaboración de los Lineamientos Estratégicos del Plan Alimentario Nutricional Sectorial de Salud</p>	<p>Identificar en los departamentos restantes</p> <p>Procesamiento y análisis de la información</p> <p>Actualización permanente</p> <p>Actualización permanente</p> <p>Continuar con reuniones de coordinación</p> <p>Planificación participativa con los municipios y SRS</p> <p>Elaborar la Estrategia y Plan Nacional de Acción de Seguridad Alimentaria para Bolivia</p> <p>Diagnostico Zona norte de La Paz</p>	<p>CONALSA</p> <p>UDAPSO en coordinación con el CRAN (SCZ) y CDDS (CHU)</p> <p>UDAPSO-SVEN</p> <p>UDAPSO-PROVIAN</p> <p>CONALSA</p> <p>UTAN-SNS</p> <p>CONALSA</p> <p>UMSA</p>	<p>COTESU-FAO</p> <p>UNICEF</p> <p>UNICEF</p> <p>UNICEF</p> <p>UNICEF-OPS/OMS</p> <p>USAID-FAO</p>

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSTITUCIONES RESPONSABLES	INSTITUCIONES INTERNACIONALES
2	Mejorar la Seguridad Alimentaria en los hogares		<p>Proyecto Post-Cosecha para evitar perdidas post-cosecha</p> <p>Proyecto Fertilizantes para mejorar el rendimiento de cultivos</p> <p>Proyecto Especial de producción de alimentos para apoyo a la Seguridad Alimentaria</p> <p>Proyecto de Comunicación para el Desarrollo</p> <p>Incorporación de contenidos Alimentarios Nutricionales en la Facultad de Agronomía de la UMSA</p>	<p>Ampliar la cobertura</p> <p>Ampliar la cobertura</p> <p>Se dio inicio el 1ro de julio de 1995</p> <p>En ejecución</p> <p>Continuar con otras Universidades</p>	<p>SNAG- (CONALSA)</p> <p>SNAG- (CONALSA)</p> <p>SNAG- (CONALSA)</p> <p>SDR- (CONALSA)</p> <p>UMSA</p>	<p>FAO - HOLLANDA</p> <p>FAO - HOLLANDA</p> <p>FAO</p> <p>FAO - HOLLANDA</p>
3	Proteger a los consumidores mediante el mejoramiento de la calidad e inocuidad de los <i>Alimentos</i>		<p>Elaboración del Proyecto de Ley de Protección del Consumidor</p> <p>Creación del IBNORCA para la normalización y calidad de los alimentos</p> <p>Elaboración del Programa de Protección al Consumidor para el nivel Nacional</p> <p>Conformación del Comité Nacional del Codex Alimentarius de Bolivia en el 1er. Taller Nal</p>	<p>Aprobación en el Congreso</p> <p>Continuar con las actividades</p> <p>Promoción de actividades para la organización de Comités de Consumidores</p> <p>Elaboración de Normas Alimentarias para el nivel nacional</p> <p>Armonizar las normas alimentarias a nivel regional y subregional (Pacto Andino y Mercosur)</p>	<p>SNIC</p> <p>SNIC-Empresa Privada</p> <p>UPAN-AIS</p> <p>UPAN</p> <p>Comite Nal. Codex Alimentarius</p>	<p>FAO</p>

95

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSTITUCIONES RESPONSABLES	INSTITUCIONES INTERNACIONALES
4	Prevenir y controlar las enfermedades infecciosas		Elaboracion del proyecto de D.S en respaldo al Comité Nal. del Codex	Aprobacion y Difusion	Comite Nal. Codex Alimentarius	
			Comite Nal. para actualizar la legislacion alimentaria, organizado	Modificacion del proyecto de la Ley Basica de Alimentos para su aprobacion	UPAN	
				Implementacion del Sistema de Vigilancia Epidemiologico de las ETA en Alcaldias y Servicios de Salud en articulacion con el SVEN	UPAN-DNCVER SNS	OPS
			Elaboracion de la revista de Alimentacion y Nutricion No.1	Continuar con las publicaciones	UPAN	UNICEF-OPS
			Elaboracion del Boletin Gaceta del Consumidor No. 1	Continuar con las publicaciones	UPAN-AIS	
			I curso sobre Toxicologia de los Alimentos Nov. 1994	Seguimiento de actividades programadas	UPAN-CONALSA	OPS
				Implementacion del Laboratorio de Analisis Sensorial	UMSA	
			Plan Vida para atencion de salud a mujeres embaraz, lactancia y menores de 5 años	Implementacion a nivel nacional	SNS-	OPS-PNUD-UNICEF
			Programa de Control y prevencion de IRA	En ejecucion	SNS	UNICEF-OPS
			Programa de Prevencion y control de EDA	En ejecucion	SNS	UNICEF-OPS
	Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Campana de vacunacion	SNS	USAID		
	Programa de Prevencion, control y Vigilancia Epidemiologica del Colera	En ejecucion	SNS	OPS		

96

N.O.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSTITUCIONES RESPONSABLES	INSTITUCIONES INTERNACIONALES
5	Fomento a la Lactancia Natural		Proyecto de promocion de la lactancia materna	Campana de Promocion de la Lactancia Materna Exclusiva	SNS	UNICEF-OPS
6	Brindar asistencia a los grupos socioeconomicamente desfavorecidos y nutricionalmente vulnerables		<p>Hospitales amigos 10</p> <p>Elaboracion y difusion del programa de Atencion Integral al Escolar (PAIE) 303.000 ninos (1994)</p> <p>Diseno y elaboracion de las normas de Atencion Integral al Escolar</p> <p>Revison, actualizacion y aprobacion de la libreta de Salud Escolar</p> <p>210 CIDIS atendiendo a 28.910 ninos beneficiarios a nivel nacional</p> <p>191 PIDIS con 2.865 ninos beneficiarios</p> <p>Elaboracion de normas de atencion a las mujeres embarazadas y nodrizas y menore de 5 anos</p> <p>Programa de Asistencia Alimentaria</p> <p>Programa de la madre nodriza 9.000 beneficiarios</p>	<p>Ampliar a todos los Hospitales del pais</p> <p>Incorporar a empresas de produccion de sucedaneos a la campana de promocion de la lactancia exclusiva</p> <p>Coordinacion intersectorial Educacion-Salud-Saneamiento Basico-Deportes y Organismos de cooperacion</p> <p>Presentacion de normas agosto 1995</p> <p>Presentacion en Agosto 1995</p> <p>Aumento de cobertura</p> <p>Aumento de cobertura</p> <p>Presentacion de normas en octubre 1995</p> <p>Ejecucion por un ano</p>	<p>SNS</p> <p>SNS</p> <p>SNS</p> <p>UPAN-ONANFA-GABINETE SOCIAL DE LA PRIMERA DAMA</p> <p>SNS-</p> <p>UPAN-DNMN-</p> <p>ONANFA</p> <p>ONANFA</p> <p>UPAN-DNMN</p> <p>CARITAS, FH, PCI, ADRA/Alcaldias</p> <p>SRS-FIS</p>	<p>UNICEF-OPS</p> <p>UNICEF-OPS</p> <p>UNICEF-OPS</p> <p>USAID-PMA</p> <p>FUNDACION SAN GABRIEL</p> <p>FUNDACION SAN GABRIEL</p> <p>PMA</p> <p>BM</p> <p>UNICEF-OPS</p> <p>USAID-PMA</p>

22

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSITUCIONES RESPONSABLES	INSITUCIONES INTERNACIONALES
7	Prevenir y controlar las carencias de micronutrientes específicos		<p>Identificación de áreas en riesgo de DDI</p> <p>Incorporación de 42 plantas yodadoras de sal (42.000TM/año)</p> <p>Suplementación de Vit. A y Hierro a la población objetivo a través de los servicios de salud</p> <p>Fortificación de Azúcar con Palmitato de retinol (prueba piloto)</p> <p>Perfil de Prueba Piloto de Fortificación de Harinas con Hierro o Sulfato Ferroso</p>	<p>Seguimiento permanente</p> <p>Fortalecimiento y apoyo técnico permanente</p> <p>En ejecución</p> <p>Lanzamiento de prueba piloto en agosto 1995</p> <p>Ejecución de la prueba piloto</p>	<p>UPAN-SNS</p> <p>UPAN-SNS</p> <p>UPAN-SNS</p> <p>UPAN-SNS</p> <p>UPAN-</p>	<p>UNICEF</p> <p>UNICEF</p> <p>OMNI</p>
8	Fomentar dietas y modos de vida sanos		<p>Realización de ferias educativas de Salud y Nutrición</p>	<p>Dar continuidad a las Ferias</p> <p>Elaboración de Recetarios con alimentos de Alto Valor Nutritivo y bajo costo</p> <p>Educación por multimedios a la sociedad civil y organizaciones sociales</p> <p>Incorporación de contenidos en Nutrición en las Normas urbanas y rurales</p>	<p>UPAN-SNS FEBOP SNPP IBTA</p> <p>UPAN-SNS</p> <p>SNS</p> <p>UMSA</p>	

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	ACTIVIDADES REALIZADAS Y LOGROS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	INSTITUCIONES RESPONSABLES	INSTITUCIONES INTERNACIONALES
9	Evaluar, analizar y dar seguimiento a situaciones nutricionales		<p>Se estableció el Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Alerta Temprana (SINSSAAT)</p> <p>Se Apoyo al monitoreo de las metas de la Cumbre en favor a la infancia del año 90</p> <p>Desarrollo del Sistema de Vigilancia NAL de micronutrientes</p> <p>Desarrollo del Sistema de Vigilancia epidemiológica Nutricional (SVEN)</p> <p>Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)</p>	<p>Ampliar la cobertura a Nivel Nacional</p> <p>Actividad permanente</p> <p>Actividad permanente</p> <p>Actividad permanente</p>	<p>CONALSA</p> <p>UDAPSO</p> <p>UPAN</p> <p>UPAN</p> <p>SNS-</p>	<p>FAO</p> <p>UNICEF-OPS</p> <p>UNICEF-OPS</p> <p>UNICEF-OPS</p>

*III Consejo Nacional de Alimentación
(piloto, La Paz
Coba y S. Cruz
Producción
Seminarios
Financiamiento
Muestreo / Recursos
Nutrición y Medio Ambiente*

300000

FAO-PAUO

PRESENTACION DE BOLIVIA AL TALLER SUBREGIONAL DE POLITICAS, PROGRAMAS
Y PLANES DE ACCION EN ALIMENTACION Y NUTRICION

NECESIDADES DE COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA

No.	OBJETIVO	ACTIVIDADES PROPUESTAS	SOLICITUD DE FINAN- CIAMIENTO (En \$us)	ESTADO DEL FINANCIAMIENTO	MONTO E INSTITUCION	TIEMPO	RESPON- SABLES	
1	Incorporar objetivos, conside- raciones y componentes nutri- cionales en las politicas, y los programas de desarrollo	Identificar e intervenir las poblaciones en Ri- go de Inseguridad Ali- mentaria en 6 depar- tamentos	161700 Otros recursos a ser es- tablecidos	En tramite	PL-480	1 AÑO	CONALSA	
		Elaborar la Estrategia Plan de Accion de Se- riedad Alimentaria par Bolivia	100000	En tramite	USAID-FAO	3 MESES	CONALSA	
		Diagnostico de la zon Norte del Dpto. de La Paz	15000	Sin financiamiento		6 meses	UMSA	
2	Mejorar la Seguridad Alimen- taria en los hogares	Establecer el SinsaAT	500000	Aprobado	UE-FAO	2 AÑOS	CONALSA	
		Proyecto Especial	305100	Aprobado	FAO		CONALSA	
		Proyecto Fertilizantes	5870000	Aprobado	GOB- HOLANDA- FAO		5 AÑOS	CONALSA
		Proyecto Post-cosech	2789000	Aprobado	FAO y GOB HOLANDA			CONALSA
		Proyecto de intervenc de Seguridad Alimen- taria	30000000 Otros recursos a ser es- tablecidos	Compromiso	USAID-FAO		5 AÑOS	CONALSA

3	Proteger a los consumidores mediante el mejoramiento de la calidad e inocuidad de los alimentos	Control de la calidad e inocuidad de los alimentos	30000	Sin financiamiento			1 AÑO	UPAN
		Programa de Educaci Alimentario Nutricion y de los Consumidore	25000	Sin financiamiento			1 AÑO	UPAN
		Implementacion del L Análisis	20000	Sin financiamiento			1 AÑO	UMSA
7	Prevenir y controlar las carencias de micronutrientes específicos	Fortificacion de las harinas	58000	Sin financiamiento			1 AÑO	UPAN
		Fortificacion masiva del azucar con palmitato de retino	2000000	Empresas privadas azucareras			5 AÑOS	UPAN
		Desarrollo del Sistema de vigilancia y control de calidad del azucar fortificada	25000	Sin financiamiento			1 AÑO	UPAN
8	Fomentar dietas y modos de vida sanos	Seguimiento a la introduccion de los contenidos de Alimentacio Nutricion en la Curri Escolar	8000	Sin financiamiento			1 AÑO	UPAN
		Incorporacion de contenidos en Nutricion Normales, urbanas y rurales	25000	Sin financiamiento			2 AÑOS	UMSA
9	Evaluar, analizar y dar seguimiento a situaciones nutricionales	Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricion	120000	Sin financiamiento			2 AÑOS	UPAN
		Censo Nacional Agropecuario (piloto en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz)	300000	Aprobado	NNJU		3 meses	SNRG

COMITE TECNICO AMPLIADO DEL CONALSA

ORGANISMOS GUBERNAMENTALES

MINISTERIOS	SECRETARIAS NACIONALES Y DESCENTRALIZADAS
DESARROLLO ECONOMICO	SECRETARIA NACIONAL DE AGRICULTURA Y GANADERIA SECRETARIA NACIONAL DE INDUSTRIA Y COMERCIO
HACIENDA	SECRETARIA NACIONAL DE HACIENDA
DESARROLLO HUMANO	PL-480 SECRETARIA NACIONAL DE SALUD SECRETARIA NACIONAL DE EDUCACION SECRETARIA NACIONAL DE DESARROLLO RURAL SECRETARIA NACIONAL DE ASUNTOS ETNICOS Y GENERACIONALES
DESARROLLO SOSTENIBLE Y MEDIO AMBIENTE	UNIDAD DE POLITICAS SOCIALES SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACION SECRETARIA NACIONAL DE PARTICIPACION POPULAR
RELACIONES EXTERIORES Y CULTO	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS
DEFENSA	SECRETARIA NACIONAL DE RELACIONES ECONOMICAS E INTERNACIONALES SECRETARIA NACIONAL DE APOYO AL DESARROLLO

ORGANISMOS INTERNACIONALES
UNICEF
USAID
FAO
OPS/OMS
UNION EUROPEA
PMA
COOPERACION CANADIENSE
<i>NGA</i>
PNUD

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
GRUPO DRU
PROCOSI
CRISTIAN CHILDREN FUND
CARITAS
OTRAS

PLAN NACIONAL

CHILE

1

**POLITICAS, PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION
EN ALIMENTACION Y NUTRICION
CHILE, 1995**

I. EL COMPROMISO POLITICO

Dentro de las políticas de desarrollo y seguridad social y, particularmente de salud y de educación, Chile tiene una larga trayectoria de preocupación por los problemas de alimentación y nutrición de los sectores más vulnerables y de menor ingreso de la población.

Esta preocupación, orientada fundamentalmente a combatir la desnutrición proteico-calórica, se ha manifestado por la existencia de programas de alimentación complementaria de larga e ininterrumpida existencia y amplia cobertura.

Estos programas de alimentación complementaria no representan intervenciones aisladas, sino que se encuentran insertos dentro de un marco mucho más amplio de acciones que propenden al bienestar y desarrollo de sus grupos objetivos: lactantes, pre-escolares, embarazadas y nodrizas en el sector salud; y pre-escolares y escolares en el sector educación.

Por su parte, el sector agricultura, aún cuando en sus políticas no define explícitamente un componente alimentario nutricional, implementa intervenciones que contribuyen a mantener una adecuada disponibilidad de alimentos básicos y coordina e integra actividades orientadas a elevar el nivel de vida del 15% de la población del país que vive en el sector rural.

Aún cuando Chile se encuentra en este momento integrando y reorientando diferentes intervenciones nutricionales en un **Plan Nacional de Acción en Nutrición**, el respaldo político entregado a partir de las primeras décadas de este siglo, y con mayor fuerza en la segunda mitad del mismo, se ha manifestado claramente en la cuantía creciente de los recursos invertidos en alimentación a través de los sectores de salud y educación, que ascienden en la actualidad a alrededor de 200 millones de dólares al año.

También avalan esta decisión política de abordar efectivamente los problemas alimentario-nutricionales el hecho de que el **Plan Nacional de la Infancia** integre la labor de diferentes instituciones responsables del desarrollo infantil en torno a la problemática del déficit de talla con el lema de *"para que los niños crezcan en Chile"* y la creación de la **Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición** a la que nos referiremos en breve (Anexo I).

La efectividad de las intervenciones nutricionales implementadas se manifiesta, por ejemplo, en el grado de avance hacia la consecución de las metas nutricionales propuestas para el año 2000 en el Plan de Acción en Nutrición Infantil, presentadas en 1990, que se muestran en Anexo II.

Hasta el momento la política alimentario-nutricional ha estado dirigida a combatir el problema de la desnutrición proteico-calórica materno infantil, el cual se encuentra prácticamente superado o al menos bajo control (Anexos III a V). Igualmente exitosos han sido los programas de yodación de la sal y de fortificación de la harina de trigo con fierro para prácticamente eliminar como problemas de salud pública, la anemia ferropriva y el bocio por déficit de yodo en la población escolar y adulta.

El perfil de problemas nutricionales de la población infantil ha cambiado:

el déficit de fierro persiste como problema en el lactante mayor y la embarazada, y la deficiencia de calcio y de otros minerales como zinc y cobre, aún cuando no debidamente cuantificados, podrían ser significativos, al mismo tiempo que el sobrepeso y la obesidad van adquiriendo una importancia predominante en niños y adultos.

En la población adulta el sobrepeso y la obesidad afecta aproximadamente a un 20% de la población masculina, y esta cifra se eleva hasta un 50% en la población femenina de más bajo nivel de ingresos, mientras que la osteoporosis aparece como un problema cada vez más significativo en la población femenina post-menopáusica, y las enfermedades del aparato circulatorio como hipertensión, infarto del miocardio y accidente vascular encefálico se han constituido en la principal causa de muerte y dan cuenta de casi un tercio del total de las muertes que ocurren en Chile.

El Plan Nacional de Acción en Nutrición, actualmente en elaboración por un equipo técnico multisectorial integrado a nivel de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición, coordinado por el Ministerio de Salud, tiene como objetivo principal el reorientar las políticas y programas existentes para adecuarlas al nuevo perfil epidemiológico.

II. POLITICAS Y PROGRAMAS SECTORIALES

Debemos insistir en el hecho de que, aún cuando en los diferentes sectores de gobierno considerados no existen políticas alimentario-nutricionales explícitamente formuladas como tales, la labor realizada ha sido intensa y exitosa.

AGRICULTURA

El área de seguridad alimentaria nacional y a nivel de hogares rurales es atendida a través de políticas destinadas a mantener una adecuada disponibilidad alimentaria a través de la implementación de planes integrados de desarrollo rural.

1. Disponibilidad y Productividad de Alimentos

- 1.1 Perfeccionamiento de los mercados internos: estabilización de precios; caracterización y tipificación de productos para su comercialización; mantención de bolsas de productos agropecuarios a fin de atenuar impacto de variaciones de precios.
- 1.2 Desarrollo de Mercados Externos: acuerdos de complementación económica; atenuación de distorsiones de precios.
- 1.3 Investigación: canalizada a través de una serie de instituciones dependientes o relacionadas, cuenta con un presupuesto anual de US\$35 millones. Está orientada a mejorar la producción agropecuaria, el proceso de transferencia tecnológica de acuerdo con las necesidades regionales; la promoción de paquetes tecnológicos de bajo costo para adopción masiva; y la adaptación de experiencias productivas desarrolladas en otros países.
- 1.4 Financiamiento mediante crédito de operación e inversión en el sector que, en 1994, benefició a 74.800 campesinos, con un monto total de US\$50 millones.
- 1.5 Transferencia de Tecnología: En 1994, este programa atendió a 50.186 campesinos. Se gestiona actualmente la formación de un Fondo de Inversión e Innovación Tecnológica que atenderá a un mínimo de 10.000 productores al año.
- 1.6 Programas de riego y de control sanitario de animales y productos.
- 1.7 Aumento de la productividad a través de programas de fomento y desarrollo de actividades como la ganadería, la horticultura, y la vitivinicultura.

- 1.8 Inversión en desarrollo de capital humano para el sector rural y la productividad agrícola: formación de un Fondo Nacional para capacitación y puesta en marcha de programas de capacitación en agricultura familiar; gestión para la pequeña empresa agrícola; y capacitación laboral de jóvenes.

2. Modernización y Desarrollo Rural

El Ministerio de Agricultura coordina las actividades de la Comisión Interministerial de Desarrollo Rural que tiene por objetivos el incrementar el nivel y calidad de vida de los habitantes rurales; atenuar la migración al medio urbano; fortalecer la actividad económica; revitalizar los valores sociales del medio rural; y promover el manejo racional de los recursos naturales.

Entre los programas vigentes cabe destacar el de apoyo a organizaciones campesinas (152 en 1994); los de capacitación de mujeres y jóvenes (4000 de cada categoría en 1994); el programa de manejo del monte nativo; y la puesta en marcha este año de un programa especial de capacitación de 4200 campesinos en temas relacionados con mercados, agro-negocios, gestión empresarial y prestación de servicios.

3. Protección y Recuperación Ambiental

En esta área, el trabajo es coordinado por la Comisión Nacional del Medio ambiente y el Sistema Medioambiental del sector silvo-agropecuario. Al respecto se ha elaborado un documento marco sobre política ambiental del Ministerio de Agricultura y se están implementando programas tales como el de producción agrícola orgánica, y el de nuevos acuerdos fito y zoonosanitarios.

EDUCACION

La intervención alimentario nutricional, canalizada a través del sector educacional, es un elemento más de una política que tiene como objetivo la igualdad de oportunidades de aprendizaje y formación para los niños de diferentes niveles socio-económicos.

La entrega de alimentos a los niños en mayor necesidad está dirigida a estimular tanto la asistencia y adherencia como el rendimiento escolar.

La entrega de alimentos en el sistema de educación se hace a través del programa de la **Junta de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)** y también, para la educación pre-básica, a través de la **Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)** y, en menor grado, **INTEGRA**, una fundación autónoma presidida por la Primera Dama.

La educación pre-básica cubre al 23,4% de la población de menores de 5 años, mientras que la educación básica alcanza al 98.3% de los niños en edad escolar. El sector público es inmensamente mayoritario en ambos sistemas, y también en la educación media.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

La JUNAEB orienta, planifica y coordina la Implementación de medidas de asistencia social y económica a escolares pobres para hacer efectiva la igualdad de oportunidades frente a la educación.

Esta institución dispone de un presupuesto fiscal de aproximadamente US\$ 124 millones de los cuales el 85% va al financiamiento del **Programa de Alimentación Escolar (PAE)**.

La entrega de alimentos estimula la permanencia del niño en el sistema educacional y se extiende como un continuo desde la educación pre-escolar hasta la básica y media.

El PAE es operado en la actualidad por empresas privadas o concesionarios, con los cuales la JUNAEB establece contratos, previo proceso de licitación pública

De acuerdo al nivel de necesidad del alumno en educación básica, el PAE entrega entre 250 y 1000 kcal/día. En el caso de la educación media las raciones son de 350 o 1000 calorías diarias, también según necesidad. Un programa de 2400 kcal/día para cubrir el 100% de las necesidades nutricionales de alumnos en régimen de internado en Hogares estudiantiles es también implementado a través de JUNAEB.

Esencial dentro del PAE es el sistema de control de calidad que asegura que las raciones cubran los requerimientos nutricionales y de aceptabilidad establecidos, y que los alimentos y la infraestructura utilizados en el suministro de raciones esté en óptimas condiciones.

La cobertura del PAE es de 37% y 19% en educación básica y media respectivamente, y la aplicación de un modelo de focalización hacia los sectores de mayor vulnerabilidad hace que el 80% del gasto se concentre en los dos últimos quintiles de ingreso.

Junta Nacional de Jardines Infantiles

La JUNJI supervisa y coordina la educación pre-básica o parvularia dentro del marco de atención integral de los niños en edad pre-escolar. Junto con alimentación y educación acorde con la edad del niño, este programa también entrega asistencia social a la familia del niño, en caso necesario. Sirve a una población aproximada de 95.000 niños menores de 5 años (95% de ellos entre los 2 y 4 años de edad y el resto menores de 2 años), lo que representa una cobertura del 20% de la población en este tramo de edad. El programa tiene un costo aproximado de US\$ 21 millones de los cuales el 57% va a alimentación.

El sistema tiende a favorecer a menores que presentan una situación social más desmedrada, priorizando a aquellos con marginalidad grave, riesgo de desnutrición o madre trabajadora.

El programa de alimentación cubre entre el 75 y 80% de las necesidades de los niños que asisten a las guarderías a jornada completa, y el 60% de aquellos que asisten por media jornada. La alimentación entregada considera además los hábitos alimentarios regionales, la capacidad de ingesta, y la aceptabilidad de los beneficiarios. El aporte calórico, según la edad del niño, varía entre 800 y 1150 kcal/día.

INTEGRA

INTEGRA atiende aproximadamente a 45.000 pre-escolares a través de un programa de atención integral que propende al desarrollo y crecimiento normal de niños en situación de precariedad socio-económica. El 100% de los niños atendidos en sus Centros Abiertos recibe alimentación, que cubre 2/3 de las necesidades energéticas y el total de sus necesidades proteicas. Central a las preocupaciones de la institución es la detección y corrección precoz de las alteraciones de estado nutricional, la promoción de hábitos de alimentación adecuados y la prevención de problemas nutricionales.

El programa de INTEGRRA tiene un costo aproximado de US\$ 35 millones, de los cuales el 28% va a gastos de alimentación.

Los programas alimentarios canalizados a través de JUNAEB, JUNJI e INTEGRRA, junto con el implementado a través del sector salud, están en proceso de revisión a fin de mejorar aspectos tales como su focalización hacia aquellos que realmente los requieren, la coordinación entre ellos para asegurar tanto la existencia de un continuo para los niños en gran necesidad como para evitar duplicación de beneficios, y el tipo de alimentos distribuidos en relación a la situación socio económica y al perfil de los problemas nutricionales actuales. De igual manera se está diseñando una estrategia de educación nutricional y promoción de estilos de alimentación saludables que puedan apoyarse en su implementación en estos programas.

SALUD

Las principales intervenciones alimentario-nutricionales en el sector salud han estado y están dirigidas a la problemática materno-infantil que ha dominado por largo tiempo la orientación de las actividades de salud pública en nuestro país.

Dentro de las principales actividades orientadas hacia este segmento de la población cabe destacar las de Vigilancia Nutricional, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el Fomento de la Lactancia Materna, y el Programa de Planificación Familiar.

Otras actividades en el ámbito alimentario-nutricional son los programas de Yodación de la Sal y de Fortificación de la Harina de Trigo, así como las actividades de Promoción de Salud privilegiadas en la actualidad en atención al cambiante perfil epidemiológico y a la preeminencia alcanzada por las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles como principal causa de morbimortalidad.

Vigilancia Nutricional

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) mantiene bajo control, en sus establecimientos de atención primaria de salud, a alrededor del 75% de la población de menores de 6 años y de embarazadas del país. En los controles de salud se obtienen sistemáticamente las mediciones de peso y talla que forman la base para el sistema de vigilancia nutricional monitoreado por el sector.

Para la población infantil, la vigilancia nutricional, entre los años 1973 y 1993, se realizó en base a la relación Peso/Edad con población de referencia Sempe y con el parámetro de Peso/Talla utilizando, en este caso, NCHS como patrón de referencia.

A partir de 1994, se estableció como norma la recolección sistemática de información sobre Talla/Edad, Peso/Edad y Peso/Talla para cada uno de los aproximadamente 1.200.000 niños bajo control. Un consolidado de esta información es enviado al nivel central por cada uno de los Servicios de Salud, y en base a ellos, trimestralmente se elabora el consolidado nacional. También a partir de 1994 se introduce en la recolección de información nutricional, una diferenciación entre calificación nutricional en base a indicadores antropométricos y diagnóstico nutricional integrado, que se establece para cada niño integrando al análisis de los tres indicadores antropométricos, el de la curva de crecimiento, y el estudio de antecedentes relevantes de la historia clínica, tales como peso de nacimiento, tamaño de los padres, historia alimentaria, etc. Dada la creciente necesidad de focalizar las intervenciones nutricionales y la distribución territorial que asumen los problemas de

alimentación y nutrición, también a partir de 1994, la información referida se obtiene anualmente no sólo referida a los 26 Servicios de Salud, sino también para cada una de las casi 400 Comunas en que se divide administrativamente el país. Ejemplos de la valiosa información aportada por este sistema de vigilancia nutricional se entregan en Anexos.

A partir de 1981 se estableció el sistema de vigilancia nutricional de la embarazada, con recolección del indicador de Peso/Talla, utilizando como patrón de referencia el propuesto por el Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En 1987 se estableció como nuevo patrón de referencia una gráfica elaborada por P. Rosso y F. Mardones S. en base a datos experimentales obtenidos en población nacional. En los últimos años, ha disminuido en forma considerable el número de embarazadas enflaquecidas; y ha aumentado el de aquellas con sobrepeso y obesidad. Al menos en parte, esta tendencia podría ser influenciada por el patrón en uso, y este se encuentra actualmente en proceso de revisión ya que aparentemente sobreestima el número de embarazadas enflaquecidas.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Con un costo anual aproximado de US\$ 60 millones para la distribución y entrega de alrededor de 29.000 toneladas métricas de productos, el PNAC representa la intervención nutricional de mayor envergadura del país.

Todos los niños menores de 6 años de edad, embarazadas y nodrizas, independientemente de su nivel de ingresos, situación laboral o de seguridad social, tienen derecho a los beneficios del PNAC.

Fuera de la prevención y recuperación del daño nutricional, el PNAC tiene entre sus objetivos el aumentar la adherencia de la población a las diferentes actividades de promoción y prevención integradas en el programa de salud materno-infantil.

En la actualidad, el PNAC distribuye Leche en polvo con 26% de materia grasa a embarazadas, nodrizas y menores de 2 años; y una mezcla de leche y cereal para los niños entre 2 y 4 años de edad.

El PNAC se encuentra en proceso de evaluación para adecuarlo al cambiante perfil epidemiológico y socio-económico de la población. Parece necesario un mayor grado de focalización y una mayor adecuación de los alimentos distribuidos a las necesidades de los beneficiarios, particularmente en el caso de lactantes y embarazadas obesas, y también en el caso de los niños considerados en riesgo de desnutrir, a los cuales se les entrega como alimento adicional arroz.

Fomento de la Lactancia Materna

Las actividades de fomento de la lactancia materna se realizan a través de los controles habituales de salud para embarazadas y lactantes; y a través de clínicas de lactancia materna, en los establecimientos de atención primaria de salud; y a través del programa de Hospitales Amigos del Niño, que se realiza con apoyo de UNICEF.

De acuerdo a un censo de lactancia realizado en 1993, un 43% de los niños reciben lactancia natural exclusiva a los 4 meses de edad y un 24% de los niños aún la reciben a los 12 meses de edad.

Promoción en Salud y Prevención Alimentario-Nutricional de ECNT.

Las actividades de promoción de la salud están dentro de las primeras prioridades entre las que deben ser lideradas y coordinadas por el sector salud; y las estrategias requeridas se encuentran en proceso de elaboración e incluirán, necesariamente, tanto actividades que se canalizarán a través de los establecimientos de salud, educación y de organizaciones comunitarias como comunicación social por medios masivos. La importancia que se le debe dar al componente alimentario-nutricional en actividades de este tipo es obvia.

Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN)

CONAN es coordinada por el Ministerio de Salud y presidida por el Subsecretario de este sector, y tiene por objeto principal las actividades de seguimiento de la CIN y la confección e implementación de un Plan Nacional de Acción en Nutrición, el cual se implementaría a partir de 1996.

La Comisión coordina la acción de los sectores de Salud, Educación, Agricultura, Trabajo, Economía y Planificación Nacional, todos los cuales tienen contribuciones que hacer en la implementación efectiva del Plan de Acción. La experiencia de los equipos técnicos y profesionales del mundo académico es canalizada hacia la comisión a través del representante en ella de la Universidad de Chile, que en la actualidad es el Director del INTA.

Habiéndose ya elaborado un diagnóstico de la situación alimentario nutricional de la población las prioridades de acción se han fijado en las áreas de Programas Nacionales de Alimentación Complementaria; Promoción de estilos de alimentación saludables y prevención de ECNT; Seguridad Alimentaria de los Hogares Pobres y Control de Calidad de Alimentos e Información-Protección del Consumidor.

Para cada área prioritaria se ha constituido un grupo de trabajo pequeño formado por expertos nacionales, los que deben proponer subplanes de acción hacia fines de septiembre de 1995. Estos subplanes serán integrados en una Propuesta de Plan Nacional de Acción la que se someterá a consulta en un Taller Nacional, a efectuarse en noviembre de este año, para contar con una proposición definitiva para las autoridades de gobierno en diciembre de 1995.

Programas de Yodación de Sal y de Fortificación de Harina de Trigo

La fortificación de la harina de trigo con sulfato ferroso parece haber sido de importancia primordial para las muy bajas prevalencias de anemia ferropriva que se encuentran en la población escolar y adulta de Chile. A contar del segundo semestre de 1996, o del primero de 1997, se implementaría a nivel nacional la fortificación de los alimentos del PNAC con fierro. Esta medida, cuyo impacto a nivel de proyecto piloto se estudiará en los próximos meses, podría reducir en forma dramática la prevalencia de déficit de fierro en el lactante mayor y en el pre-escolar.

La yodación prácticamente universal de la sal de mesa ha contribuido en forma definitiva al desaparecimiento de las enfermedades por deficiencia de yodo del listado de los problemas nutricionales relevantes en salud pública. Actualmente una comisión inter-sectorial, con participación de OPS y UNICEF, vela por la mantención de este logro.

III. EL PLAN NACIONAL DE ACCION

La elaboración del Plan ha sido asumida por CONAN en la forma ya explicada al describir la labor de esta Comisión. Su objetivo general es propender a que toda la población tenga acceso a una alimentación adecuada.

Si bien el plan está dirigido hacia la población general, en muchos de sus componentes pondrá especial énfasis en la situación de los sectores más pobres, que aparecen como los más comprometidos en cualquier forma de malnutrición. En este sentido, este plan puede constituir en forma importante a las estrategias para la reducción de la pobreza, que son centrales a las políticas de desarrollo económico y social.

La elaboración del plan corresponde a CONAN a través de los grupos de trabajo ya descritos. Sus principales componentes se desarrollarán en las áreas de acción que se indican:

Programas Nacionales de Alimentación Complementaria

Considerando la enorme magnitud de los recursos que se invierten en estos programas y el claro cambio en el perfil epidemiológico de la población beneficiaria, es necesario focalizar la entrega de los alimentos hacia los que realmente los necesitan, al mismo tiempo es necesario coordinar los diferentes programas para dar continuidad a la ayuda entregada y evitar duplicaciones en la misma y adecuar los alimentos y raciones entregadas a las necesidades actuales de la población objetivo.

Promoción de Estilos de Alimentación Saludable para la Prevención de ECT

Diseñar una estrategia para promover la adopción de estilos saludables de alimentación es fundamental dentro de esta línea de trabajo de promoción en salud.

El diseño de esta estrategia pasa por tareas inmediatas como son la investigación de hábitos de alimentación y la confección de guías alimentarias sobre las cuales basar la promoción.

Control de Calidad de Alimentos. Información-Protección del Consumidor

La tarea inmediata aquí es la rápida oficialización del nuevo reglamento sanitario de los alimentos, y su compatibilización con el Códex alimentario. Las acciones hacia el consumidor están íntimamente relacionadas con el trabajo del grupo anterior, y deben iniciarse con el desarrollo de guías de alimentación. Una segunda tarea en el corto plazo es el diseño de un sistema de etiquetado nutricional de los alimentos.

Seguridad Alimentaria de los Hogares Pobres

La población pobre de Chile es aún la tercera parte del total, a pesar del sostenido crecimiento económico de los últimos diez años, lo que refleja la inequidad en la distribución del ingreso: el 4.5% del ingreso va al 20% de la población más pobre. Este segmento puede no estar en condiciones de adquirir los alimentos mínimos para una nutrición adecuada. Es necesario, entonces, diseñar estrategias que le den a este grupo acceso a una alimentación completa.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL PLAN NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD:

Unidad de Nutrición - ejerce Secretaría Ejecutiva de CONAN y coordina la labor.

Programas de Salud del Niño, del Adulto y de la Mujer; y Unidad de Educación para la Salud - participan en diseño de estrategias de promoción.

Departamento de Programas del Ambiente - responsable de la publicación del reglamento sanitario y de la formación de una comisión nacional del Códex.

MINISTERIO DE EDUCACION:

Participa en grupos de trabajo de programas nacionales de alimentación complementaria, a través de representantes de JUNAEB, JUNJI e INTEGRA.

A través de un representante de la Dirección General de Educación, participa en el diseño de estrategias de promoción.

MINISTERIO DE AGRICULTURA:

Participa en grupos de control de calidad y de seguridad alimentaria a través de representantes del SAG y de ODEPA, respectivamente.

MINISTERIO DE ECONOMIA:

Representantes del Servicio Nacional del Consumidor participan activamente en grupos de control de calidad y promoción.

MINISTERIO DEL TRABAJO:

Se espera su incorporación en actividades de diseño de estrategias de promoción y seguridad alimentaria para los trabajadores de más bajos ingresos.

MINISTERIO DE PLANIFICACION NACIONAL:

Su representante sirve de nexo con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.

UNIVERSIDAD DE CHILE:

A través del INTA y el Departamento de Nutrición, CONAN ha establecido instancias de trabajo con expertos nacionales de diferentes instituciones públicas y privadas que trabajan en el área de alimentación y nutrición, y que constituyen el Foro Académico de Alimentación y Nutrición al cual recientemente se ha incorporado ILSI, que servirá de nexo con el sector de industria de alimentos.

En diferentes áreas de su actividad, CONAN cuenta, para el desarrollo del Plan, con el apoyo de FAO, OPS y UNICEF.

POLITICAS, PROGRAMAS Y PLAN DE ACCION EN NUTRICION CHILE - 1995

COMPROMISO POLITICO:

Objetivo:

Combatir desnutrición proteico-calórica materno-infantil.

Acción Principal:

Programas de Alimentación Complementaria como parte de intervenciones más amplias (salud y educación).

- **Intervenciones Nutricionales orientadas a grupos vulnerables se inician a principios de siglo.**
- **Disponibilidad de Alimentos y Desarrollo Rural (agricultura).**
- **Respaldo político claro y evidente:**
 - **US\$ 200 millones por año en Programas Alimentarios**
 - **Plan Nacional de la Infancia, centrado en indicador nutricional: *"Para que los niños crezcan en Chile"***
 - **Sostenimiento en el tiempo de programas de yodación de sal y fortificación de harina de trigo con sulfato ferroso y complejo B.**
 - **Creación de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN).**

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE METAS NUTRICIONALES
CHILE - 1995**

INDICADOR (%)	BASE 87-89	META 2000	1994
Embarazadas con bajo P/T	25%	15%	17%
Anemia Lactantes	30%	10%	--
Anemia Embarazadas	25%	10%	--
RN con Bajo Peso	6,9%	6,0%	5,2%
RN con Peso Insuficiente	21%	10%	16,5%
Lactancia exclusiva a 4 meses	?	80%	43,2%
Lactancia a 12 meses	--	35%	24%
Escolares 1º Año Básico con talla <- 1 d.e.	33%	20%	24,8%
Menores de 6 años con P/E <- 2 d.e.	2,2%	2,0%	0,9%
Familias sin acceso a canasta básica	34,6%	20%	32,7%

PERFIL EPIDEMIOLOGICO ACTUAL

- **Desnutrición Proteico-Calórica en menores de 6 años:**
 - P/E < -1 d.e. : 8,2%
 - P/E < -2 d.e. : 0,9%
 - P/T < -1 d.e. : 2,7%
 - P/T < -2 d.e. : 0,3%
- **Déficit Talla Escolares 1º Año Básico:**
 - 1989 : 33,2%
 - 1990 : 31,6%
 - 1991 : 29,4%
 - 1992 : 28,2%
 - 1993 : 25,9%
 - 1994 : 24,8%
- **Obesidad**
 - Pre-escolares : 6,6%
 - Escolares : 20 a 30%
 - Adultos hombres : 20 a 30%
 - Adultos mujeres : 10-22-37-40% según NSE
 - Embarazadas : Enflaquecidas - 16%
 - Sobrepeso - 22%
 - Obesidad - 24%
- **Deficiencia de Hierro:** aprox. 30% lactante mayor y embarazada
- **Bocio en escolares:** 6 a 8% (sobre 90% - grado IA)

SECTOR AGRICOLA CHILE - 1995

I. DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS:

Producción se rige por demanda del mercado.

- Alimentos Básicos de Producción Nacional
 - Estabilización de precios: Bandas y Poderes Compradores
 - Reglamento de Transacciones: caracterizar y tipificar productos (cereales, oleaginosas, carnes, leche)
- Desarrollo de Mercados Externos:
 - Participación en Mercados Comunes y Acuerdos de Comercio (Mercosur, GATT, NAFTA, acuerdos bilaterales)
 - Investigación tendiente a mejorar procesos productivos
 - Financiamiento y capacitación a pequeños y medianos agricultores
 - Infraestructura de riego
 - Controles sanitarios
 - Fomento y desarrollo de ganadería, horticultura, vitivinicultura

II. ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MODERNIZACION DEL SECTOR RURAL

Involucra un 15% de la población.

US\$ 989 millones en 1994.

Coordina: Comisión Interministerial de Desarrollo Rural

- Plan de inversiones en infraestructura y mejoramiento de servicios
- Programas de desarrollo productivo (recuperación de suelos, capacitación, riego, desarrollo comunitario y de minorías)
- Apoyo a organizaciones campesinas, comercialización y agroindustria, capacitación de mujeres y jóvenes. (US\$ 6,4 millones en 1994)
- Forestación y Manejo de Bosques (US\$ 1 millón en 1994)

III. PROTECCION AMBIENTAL:

En 1994, se establece Política Ambiental del Ministerio de Agricultura
(Coordina: ODEPA)

- Evaluación del impacto ambiental, Conservación de suelos
- Fitogenética, caza, manejo de cuencas hidrográficas, etc.

SECTOR EDUCACION CHILE - 1995

I. ACTIVIDADES JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS (JUNAEB):

Asistencia Social y Económica a escolares pobres - Igualdad de oportunidad de formación y aprendizaje.

Labor Asistencial por medio de terceros.

Presupuesto 1995: US\$ 124 millones.

Programa de Alimentación Escolar: US\$ 105,4 millones (85%)

Objetivo: Estimular permanencia y rendimiento escolar

- Para Educación Primaria y según necesidad del beneficiario
Programas de 250, 700 y 1000 calorías/día
- Para Educación Media (cobertura: 18%):
Programas de 350 y 1000 calorías/día
- Hogares Estudiantiles: Alumnos en régimen de Internado - 2400 calorías/día
- 80% de la inversión se concentra en 2 quintiles más pobres.

II. ACTIVIDADES DE JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES (JUNJI):

Supervisa y coordina Programas de Atención Integral de Pre-escolar

Presupuesto aproximado 1995: US\$ 37 millones

Alimentación: US\$ 21 millones (57%)

Cobertura: 92.000 menores de 5 años (5% de la población)

- Programa cubre entre 50 y 100% de las necesidades nutricionales diarias.
- Focalizado según grado de necesidad.

III. ACTIVIDADES DE INTEGRA:

Fundación autónoma que depende de la Primera Dama

Presupuesto total: aprox. US\$ 35 millones

Alimentación: US\$ 10 millones (28%)

Cobertura: 20.000 pre-escolares

IV. OTRAS ACTIVIDADES EN DESARROLLO:

- Revisión Curricular
- Integración al Programa de Información al Consumidor
- Educación Nutricional ligada a Programas de Alimentación

SECTOR SALUD CHILE - 1995

ACTIVIDADES ALIMENTARIO-NUTRICIONALES INTEGRADAS A ATENCION PRIMARIA MATERNO INFANTIL

Para la embarazada:

- Control embarazo y puerperio
- Atención profesional parto (>99%)
- Vigilancia nutricional

Para el menor de 6 años:

- Control médico
- Vigilancia de estado nutricional
- Evaluación y estimulación de Desarrollo Psicomotor
- Inmunizaciones
- Educación para la Salud

*** PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC)**

Cobertura : 70% población menores de 6 años y embarazadas

Volumenes de alimentos distribuidos : Aprox 29.000 T.M.

Costo Anual : Aprox. US\$ 60 millones

- 2 Kg. de leche en polvo de 26% M.G./mes al menor de 2 años
- 1 Kg. de mezcla de leche-cereal para niños de 2 a 6 años
- 1 Kg. de leche en polvo de 26% M.G./mes para embarazadas
- Alimentos adicionales (arroz) en caso de riesgo de desnutrición

*** FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**

*** PLANIFICACION FAMILIAR**

*** PROMOCION DE SALUD**

*** DIRECCION COMISION NACIONAL EN ALIMENTACION Y NUTRICION**

*** CONTROL DE PROGRAMAS DE YODACION DE SAL Y DE FORTIFICACION DE HARINA DE TRIGO**

**POLITICAS, PROGRAMAS Y PLAN DE ACCION EN NUTRICION
CHILE - 1995**

SECTORES PARTICIPANTES:

SALUD

ECONOMIA

EDUCACION

TRABAJO

AGRICULTURA

PLANIFICACION

UNIVERSIDAD DE CHILE (FORO ACADEMICO)

COORDINACION:

**COMISION NACIONAL EN ALIMENTACION Y NUTRICION
(CONAN)**

PLAN DE TRABAJO:

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| • SUBPLANES POR AREA | Octubre 1995 |
| • PLAN NACIONAL DE ACCION | Diciembre 1995 |
| • IMPLEMENTACION | 1996 |

AREAS PRIORITARIAS DE ACCION (GRUPOS DE TRABAJO)

PROGRAMAS NACIONALES DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA:

- **Focalización**
- **Coordinación**
- **Adecuación de Productos**
- **Reorientación de Recursos**

CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS, INFORMACION Y PROTECCION DEL CONSUMIDOR:

- **Actualización Reglamento Sanitario de los Alimentos**
- **Etiquetaje Nutricional**
- **Guías Alimentarias**
- **Trabajo Grupal a través de Sectores**
- **Comunicación Social**

SEGURIDAD ALIMENTARIA:

- **Integración con Plan de Erradicación de la Pobreza**
- **Aumentar capacidad de compra de hogares pobres:**
 - Monitoreo Precios**
 - **Información (Mejor compra)**
 - **Estrategia (Comprando juntos)**

PLAN NACIONAL

COLOMBIA

TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLITICAS, PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION EN ALIMENTACION Y NUTRICION AVANCES COLOMBIA

A nombre del Gobierno de Colombia, presentamos un cordial saludo y nuestros agradecimientos por la invitación a participar en este taller, que sin duda permitirá enriquecer y fortalecer las diferentes acciones que se vienen adelantando en el área de Alimentación y Nutrición.

En la elaboración del presente informe participaron bajo la coordinación del Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República y el Ministerio de Agricultura.

A continuación se presenta el informe ajustado a la guía propuesta por el Comité Organizador, esperando enriquecerlo con sus valiosas observaciones y comentarios.

Compromiso Político

El Gobierno se compromete en la Conferencia Internacional de Nutrición de Roma en diciembre 1.992, con la Declaración Conjunta y el Plan de Acción de Alimentación y Nutrición.

Durante 1.993, se presentaron una serie de ajustes institucionales al interior de los Ministerios de Salud y Agricultura, requiriéndose el liderazgo y coordinación del Departamento Nacional de Planeación para retomar los compromisos adquiridos en Roma.

A partir de 1.994 el Departamento Nacional de Planeación coordina el grupo intersectorial¹ cuya misión principal ha sido elaborar los lineamientos de Política para el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1994-1998, recogiendo la problemática del sector en materia de salud, nutrición y agricultura.

¹ Conformado por los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Comunicaciones, Medio Ambiente; Entidades nacionales Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Instituto Colombiano de Mercadeo Agropecuario, Instituto Nacional de Salud; Asociaciones Científicas de Ciencias de la Salud; Organismos Internacionales (Christian Children Fund, CIAT, ACABYE, OPS/OMS, ALADI, UNICEF, ALADI-FAO). En 1.995 se une el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y la RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL.

En agosto de 1.994 se presenta un cambio de administración en el Gobierno Nacional y con ello se asume la responsabilidad de elaborar un Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio 1994-1998². Mediante Ley 188 del 2 de junio de 1995 se aprueba el Plan General de Desarrollo y de Inversiones 1994-1998. El Plan contiene aspectos generales en materia de nutrición y alimentación, destacándose elementos novedosos como la Red de Solidaridad Social que focaliza acciones en la población más pobre y vulnerable en el ámbito social con programas integrados en materia de empleo de emergencia, vivienda, salud y nutrición (Anexo No 1).

Dentro del componente de salud y nutrición de la Red se destacan los programas de Mejoramiento y Apoyo Alimentario a Niños Preescolares Atendidos en los Hogares Comunitarios del ICBF; el de Bono Rural Alimentario para Niños Preescolares no Cubiertos por el ICBF; el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) y el Plan de Empleo de Emergencia Rural.

La Ley 100 de Diciembre de 1993 de Seguridad Social Integral, crea el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) que contemplan acciones de nutrición (Anexo No 2). Debido a su reciente expedición y reglamentación se prevee un período de transitoriedad hasta el año 2.001 para su implementación.

Políticas Sectoriales

La política del Presidente de la República, Doctor Ernesto Samper Pizano, es especialmente enfática en el reconocimiento de lo Social: "El desarrollo social y el crecimiento económico están interrelacionados. Los logros económicos hacen factible el mejoramiento del ingreso y el bienestar de los ciudadanos y a su vez el desarrollo humano es condición para aumentar la oferta productiva, la competitividad internacional y la productividad de la economía. No obstante, la interrelación entre el desarrollo social y el crecimiento económico no se logra de manera espontánea: debe ser conscientemente construida".

²

La Ley 152 de 1994 - Orgánica de Planeación -, establece la obligatoriedad que tiene el Presidente de la República de presentar al Congreso Nacional el Plan Nacional de Desarrollo para su estudio y aprobación mediante Ley.

Esta voluntad se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998 "El Salto Social", el cual involucra las políticas sectoriales de salud, agricultura, educación, medio ambiente, comunicaciones, justicia, defensa, trabajo, seguridad social y transporte.

El Plan pretende un sustancial crecimiento de la inversión social, llevándola del 12% promedio en 1.994 a un 14.6% del PIB en 1.998.

En materia de alimentación y nutrición, las políticas se encuentran inmersas en los sectores de Salud y Agricultura.

A continuación se esbozan los lineamientos generales de las políticas sectoriales:

1. Política de Agricultura.

Se estima que el 26% de la población Colombiana habita en áreas rurales y el 83% de los productores son propietarios de predios con tamaño inferior a 10 hectáreas. Los indicadores de pobreza muestran una ampliación de las diferencias entre la calidad de vida rural y la urbana. Entre 1973 y 1993 la proporción de familias con alguna necesidad básica insatisfecha se redujo en las cabeceras municipales del 59.9% al 20.6% y en las áreas rurales solo disminuyó del 87.9% al 58.9%. En estas últimas, el número promedio de años de estudio por habitante solo llega a 2.3 años. A los servicios de salud solo accede el 71% de la población y es ínfima la cobertura del régimen contributivo de seguridad social. Así mismo, se estima que el 60% de las viviendas rurales carece de servicios sanitarios y el 70% no tiene conexión de agua potable.

En promedio, el 46% de los ingresos de los hogares rurales provienen del trabajo asalariado en actividades agropecuarias, el 37% de las mismas por cuenta propia y el resto, 17%, se deriva de comercio, servicios, industria y otras actividades extraprediales. La tasa de desempleo en el sector alcanzó el 4.7% en 1.993 siendo mayor para la población femenina (12%) que para la masculina (2.2%).

La pobreza rural también está asociada en forma directa con el precario acceso de los campesinos, tanto a los recursos productivos (tierra, financiación, tecnología apropiada y capacidad técnica y empresarial), como a los servicios sociales básicos de educación, salud y seguridad social. Como respuesta a ésta problemática el gobierno se encuentra aplicando la "Política de Modernización Rural y Desarrollo Empresarial Campesino"³, que busca en forma simultánea resolver los problemas productivos, de equidad y de sostenibilidad de los recursos naturales, propiciando el progreso autónomo de la sociedad rural, en el marco de una concepción integral del desarrollo. Ello se logrará a través del incremento en los ingresos y la calidad de la población rural, la interacción con otros sectores de la economía, la inserción del sector en el proceso de la internacionalización y el fortalecimiento de las entidades territoriales y la participación ciudadana.

La anterior política se implementa a través de los siguientes instrumentos:

- Acceso a los Recursos Productivos: Acceso a la tierra, Adecuación de tierras, Financiamiento y Capitalización, Desarrollo Tecnológico, Comercialización y Servicios Complementarios y Formación de Capital Humano.
- Acceso a los Servicios Sociales Básicos y Dotación de Infraestructura: Educación, Seguridad Social Integral, Vivienda Rural, Acueductos y Saneamiento Básico, Dotación de Infraestructura.
- Desarrollo Institucional: Descentralización, Organización Campesina, Sistema Nacional de Cofinanciación, Divulgación de la Política Sectorial, Prevención de Riesgos y Manejo de Crisis.
- Programas Especiales: Distritos de Desarrollo Agroindustrial, Cultivos de Interés Estratégico Nacional, Empleo Rural, Microempresa Rural, Desarrollo Alternativo, Mujer Rural.

Los recursos previstos para la financiación de las políticas de Modernización Rural y Desarrollo Empresarial Campesino entre 1995 y 1998 ascienden a la suma de US \$1.9 millones de 1994.

³ Documento CONPES 2745 de diciembre 7 de 1994 "Política de Modernización Rural y Campesino".

2. Política de la Niñez

Dentro de las políticas sociales se destacan las orientadas a los menores de 14 años⁴, e incluye intervenciones nutricionales, dirigidas especialmente a los niños que se encuentran en condiciones de pobreza o en situaciones especialmente difíciles, con un enfoque de intersectorialidad.

Desde hace varias décadas, el país a realizado diferentes acciones en nutrición y alimentación con buenos resultados. Sin embargo aún se tienen 2.2 millones de niños en miseria y 5.9 millones en pobreza, con un promedio de 4.5 personas por hogar y con índices de desempleo altos en los hogares pobres. Los ingresos de los hogares pobres equivalen apenas a una quinta parte de los ingresos de los hogares que no son pobres.

Así mismo son preocupantes la Incidencia de Bajo Peso al Nacer, responsable por el 38% de la Mortalidad Perinatal y de cerca del 50% de la Mortalidad Infantil⁵. Para 1.990 la duración promedio de la lactancia materna era de 8 meses, reflejando una disminución de 3 meses con respecto a la situación de 1.976, lo que afecta significativamente el estado nutricional e inmunológico del lactante.

Según estudios realizados en el período 1.965-1.989, la Desnutrición Global registró una disminución al pasar de 21.1% a 10.1%, en tanto que la Desnutrición Crónica se redujo de 31.9% a 16.6% en el período. Se contará con cifras recientes en el segundo semestre del presente año al divulgarse los resultados del Estudio de Demografía y Salud adelantado por PROFAMILIA.

En la actualidad la cobertura de educación primaria es el 85% y, aunque persisten problemas de acceso, la dificultad más grave es la gran deserción escolar en las familias pobres.

⁴ Documento CONPES N.2787 de 7 Junio de 1995: "El Tiempo de los Niños".

⁵ Diversas estimaciones muestran que la tasa se encuentra entre 27 y 33 por mil.

Para atender esta problemática se trazaron los siguientes objetivos:

- Contribuir al desarrollo integral de los niños más pobres y vulnerables a través de su vinculación a programas de nutrición, salud y educación, fomentando la responsabilidad y la participación de las familias y la comunidad.
- Mejorar la calidad de los servicios que actualmente se prestan a los niños, impulsando su descentralización y estableciendo alianzas efectivas con organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.
- Lograr cambios en las actitudes y prácticas individuales, familiares e institucionales para la prevención y atención del maltrato, el abandono y el abuso y explotación sexual infantil para la erradicación de los trabajos de alto riesgo, desestimulación del trabajo infantil e inserción de los niños de y en la calle en estructuras familiares comunitarias.
- Crear una cultura en favor de la niñez que reconozca sus diferencias y diversidad y comprometa a la familia, al estado y a los diferentes sectores de la sociedad con su supervivencia, desarrollo, protección y participación para satisfacer sus necesidades básicas para lograr su desarrollo armónico e integral y aprovechar al máximo su potencial.

La política contempla cuatro grandes programas, destacaremos a continuación el programa de Desarrollo Integral que involucra acciones de nutrición. Este programa comprende acciones de salud, nutrición y educación, dirigidas a neonatos y lactantes, a niños en edad preescolar, a niños y adolescentes en edad escolar. La atención contempla la ampliación de la cobertura de Seguridad Social en Salud del Régimen Subsidiado; el cuidado de la Salud y del Estado Nutricional de las Mujeres Embarazadas o Lactantes y de sus Hijos durante los dos primeros años de vida; la atención integral de los Preescolares en los Hogares Comunitarios de Bienestar y la Complementación Alimentaria a Preescolares y Escolares; el Acceso y Permanencia de los Niños al Sistema Educativo y la creación de nuevos cupos en la escuela de educación básica; el control a los desórdenes por Deficiencia de Yodo, Hierro y Vitamina A, para lo cual actualmente se está

realizando el Estudio Nacional. Igualmente se está revisando el contenido de estos micronutrientes en la Bienestarina, se espera fortificar alimentos de consumo popular a través de pacto con la industria y actualizar la tabla de composición de alimentos colombianos.

El Plan de niñez contempla inversiones cercanas a los US\$ 2.6 millones durante el cuatrienio, correspondiendo el 92% al programa de Desarrollo Integral.

3. Políticas de Salud y Seguridad Social

El acceso de la población al sistema de salud es limitado e inequitativo. El 20% de la población no logra ser atendida por el sistema de salud, principalmente por razones de costos y el 25% de los servicios provistos por el sistema público de salud se dirigen a los grupos de mayores ingresos. Por otra parte, sólo el 20% de las personas esta cubierta por la seguridad social en salud a través del régimen contributivo mediante la afiliación al Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión. El 42% no cubierto corresponde al 42% más pobre de la población.

Pese a las acciones efectuadas en los últimos años en desarrollo del proceso de descentralización, aún existen problemas relacionadas con la falta de capacidad institucional en los diferentes niveles del sistema para desarrollar acciones de asistencia técnica y apoyo operativo que permitan la operacionalización de la normatividad vigente.

Aunque el gasto público en salud ha venido incrementándose desde 1.990, los niveles históricos de ejecución indican que se debe fortalecer la gestión de las instituciones del sector. Esto es especialmente importante, dado el significativo incremento que tendrá los recursos para la salud entre 1.995 y 1.998; las transferencias de la Nación con destinación específica para el sector se incrementarán en 45.2%, en tanto que los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía aumentarán en 59.6%.

En desarrollo de la Ley 100 de 1993 se estructuró la política de Salud y Seguridad Social⁶, que busca mejorar los indicadores de salud de la población mediante una oferta integral de servicios preventivos y curativos, que garantice la transición hacia el sistema general de seguridad social, mediante la universalización de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud en el año 2.001. Los objetivos de la política de salud y seguridad social se expresan en la reducción de la tasa de mortalidad infantil en un 15% y la tasa de mortalidad materna en un 50%, y aumentar en un año la esperanza de vida al nacer.

La principal estrategia para lograr el objetivo anterior es el acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos a través del Plan Obligatorio de Salud, que se complementa con un Plan de Atención Básica.

Plan Nacional de Acción de Alimentación y Nutrición

Dado el interés gubernamental por atender a la población en mayor condición de vulnerabilidad, el momento es propicio para promover una política integral de Alimentación y Nutrición que recoja las diversas acciones y recursos de las entidades comprometidas. Esta política se expresa en un Documento que será presentado a consideración del CONPES en el segundo semestre de 1995.

Objetivo General

Contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población Colombiana, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, agricultura, educación, comunicaciones y medio ambiente.

⁶ Documento CONPES 2756 de Enero 11 de 1995 "Salud y Seguridad Social"

Objetivos Específicos.

- * Lograr un adecuado aprovechamiento biológico de los alimentos, a través de acciones tendientes a mejorar el estado de salud de la población y el saneamiento del medio ambiente.
- * Crear conciencia en la población sobre los riesgos de hábitos alimentarios inadecuados y promover una cultura por una sana alimentación que disminuya la morbimortalidad por enfermedades crónicas.
- * Prevenir y reducir la prevalencia de la malnutrición en sus diferentes formas y grados de severidad en la población pobre del país.
- * Garantizar en todo tiempo la disponibilidad de alimentos de consumo básico y facilitar los mecanismos para su adquisición, especialmente para la población pobre del país.
- * Disponer de información suficiente y oportuna en relación con el estado nutricional, indicadores de seguridad alimentaria y estructura de morbilidad y mortalidad, que faciliten la adecuada planeación y focalización de programas nutricionales, en los diferentes niveles territoriales.
- * Diseñar e implementar estrategias de comunicación masiva en salud y nutrición.

Estrategias.

- * Coordinación multisectorial e interinstitucional, especialmente entre los sectores de Salud. Agua potable y Saneamiento, Agricultura, Educación, Medio ambiente y Comunicaciones.
- * Vinculación de la Empresa Privada.

- * **Mobilización Social y Participación Comunitaria para que la sociedad civil y las organizaciones comunitarias se vinculen a los programas.**
- * **Descentralización Institucional con énfasis en el papel de los municipios en la coordinación y ejecución de los programas y su focalización de los mismos.**
- * **Prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, mediante la ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud.**
- * **Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.**
- * **Vigilancia Epidemiológica e información sobre la situación nutricional y alimentaria de la población.**
- * **Complementación y suplementación alimentaria a los grupos vulnerables de la población.**
- * **Investigación en aspectos de nutrición y alimentación.**
- * **Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.**
- * **Promoción de una Canasta Básica de Alimentos para garantizar la Seguridad Alimentaria para la población en situación de pobreza.**
- * **Protección al consumidor, mediante una mejor calidad e inocuidad de los alimentos.**
- * **Participación de las Agencias Internacionales en la implementación, seguimiento y evaluación del Plan de Acción.**

Metas

- * Ampliar las coberturas de seguridad social en salud con la afiliación hasta de un 80% de la población más pobre y vulnerable al régimen subsidiado.
- * Ampliar la disponibilidad de acueducto al 90% de los hogares y 77% en alcantarillado.
- * Ampliar al 70% de hogares la disposición adecuada de desechos.
- * Difundir mensajes educativos al 100% de la población para el fomento de estilos de vida saludable.
- * Eliminar los desórdenes por deficiencia de Yodo.
- * Conocer a finales de 1995, la deficiencia de Hierro, Vitamina A y la prevalencia de Parasitismo Intestinal en el país y con base en estos resultados fijar metas y acciones.
- * Procurar que un mayor número de mujeres amamanten a sus hijos en forma exclusiva hasta los 4-6 meses y continúen la lactancia con alimentación complementaria, hasta los 2 años.
- * Lograr que el 60% de las instituciones oficiales de atención materno infantil, se constituyan en Hospitales Amigos de la Madre y el Niño.
- * Reducir hasta en un 50% los niveles de desnutrición global en sus diferentes grados.
- * Reducir en un 25% la incidencia de Bajo Peso al Nacer.
- * Garantizar la seguridad alimentaria a la población más pobre.

- * Actualizar los estudios del estado nutricional y la deficiencia de micronutrientes, de la población colombiana.

Lineamientos de Acción

La ejecución del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición debe tener un enfoque multisectorial para lo cual se requiere unir esfuerzos con los sectores productivos, encaminados a lograr el bienestar nutricional de la población Colombiana. El impacto y efecto de ésta política dependerá en gran medida, de la capacidad de convocatoria y coordinación, así como del grado de compenetración intra e intersectorial, con los sectores público, privado, diferentes niveles territoriales, organizaciones no gubernamentales y Organismo Internacionales.

Las distintas instituciones responsables de su ejecución, actuarán en forma coordinada y complementaria, teniendo como objeto prioritario de intervención los grupos vulnerables de la población

La coordinación Municipal será el mecanismo apropiado para concretar las actividades directas a la población y para seleccionar adecuadamente los beneficiarios que requieran atención prioritaria; la coordinación nacional y departamental brindará el apoyo necesario a nivel local y pondrá en marcha las actividades de carácter estratégico y las de intervención general.

Los Programas específicos a incluir en el Plan, están considerados en gran parte en el Plan de Desarrollo y en plena ejecución por las Entidades responsables del Sector Salud y Agricultura. Algunos se deben fortalecer, otros diseñarse o ajustarse con enfoque multisectorial, los cuales se recopilarán en el Documento CONPES que recogerá la voluntad política del Plan de Acción de Alimentación y Nutrición en Colombia.

Financiación

La financiación del Plan esta garantizada en el Plan Nacional de Inversiones 1.994-1.998 (Ley 188/95), a través de los presupuestos de los diversos sectores involucrados y sus entidades respectivas.

ANEXO N.1
PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL
RESÚMEN EJECUTIVO

La Red de Solidaridad Social es una estrategia del Gobierno del Presidente Ernesto Samper Pizano, cuyo objetivo es llegar hasta los grupos más pobres para mejorar su nivel de ingreso y calidad de vida, con acciones inmediatas de emergencia que se complementan e integran a los demás componentes de las políticas sociales gubernamentales.

La población a atender prioritariamente son los niños desnutridos, los jóvenes, las mujeres jefe de hogar, los ancianos, los desempleados y otros grupos vulnerables.

Los programas que coordina la Red y ejecutan entidades estatales, son de cobertura nacional, y comprenden los sectores de empleo, vivienda, educación y salud.

Para asegurar que los recursos lleguen a "los más pobres de los pobres", la Consejería de Política Social elaboró un subsistema de indicadores para la focalización geográfica, que toma como indicador compuesto el Índice de Nivel de Vida⁷ y la población total del área geográfica. La necesidad de inversión en una determinada zona geográfica (departamento, municipio, ciudad o barrio), está en relación directa con el peso relativo de las poblaciones en situación de pobreza crítica y en relación inversa con el índice de nivel de vida de la población del área geográfica en cuestión.

Con base en este instrumento, el nivel nacional sitúa los recursos financieros a nivel departamental. El nivel departamental cuenta con una Gerencia Colegiada, presidida por el Gobernador y de la cual forman parte los representantes de las entidades ejecutoras en el departamento, un representante de los municipios de cobertura Red y tres representantes de la sociedad civil (gremios, movimientos sociales, iglesias).

La distribución de los recursos se acuerda en las Mesas Departamentales de Solidaridad, donde se escogen los municipios objetivo.

Las Mesas Municipales de Solidaridad, lideradas por la autoridad municipal (alcalde) son las instancias de concertación de los municipios y participan en ellas los funcionarios estatales, gremios, organizaciones sindicales y campesinas, organizaciones no gubernamentales y representantes de la sociedad civil. Para seleccionar beneficiarios y proyectos que califiquen para acceder a los subsidios se presta asistencia técnica a las entidades territoriales (Comités Técnicos Intersectoriales y Unidades Departamentales de Cofinanciación).

⁷

Los cinco componentes son: vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, vivienda sin servicios básicos, inasistencia a centros educativos de niños en edad escolar y alta dependencia económica

Para efectos del anexo se hace énfasis en tres programas: el Plan de Generación de Empleo Rural de Emergencia (PGE), el Programa de Apoyo Alimentario a los Niños Preescolares Atendidos en los Hogares Comunitarios de Bienestar y el Programa de Bono Rural Alimentario para Niños No Atendidos en los Hogares Comunitarios de Bienestar.

1- Plan de Generación de Empleo Rural de Emergencia (PGE): El programa viene siendo ejecutado por el Ministerio de Agricultura y busca generar jornales a través de empleos transitorios, utilizando mano de obra no calificada de los pobladores rurales más pobres. El Programa prevé la promoción, cofinanciación y ejecución de obras de desarrollo.

La meta en el cuatrienio es atender a 110.000 personas. Los proyectos son identificados por la Mesa de Solidaridad Municipal, teniendo en cuenta el plan de desarrollo municipal, el plan de desarrollo microregional o los proyectos presentados por la comunidad.

Ejemplos de proyectos son los relacionados con vías rurales, acueductos, saneamiento básico, manejo de microcuencas, conservación de ecosistemas, acuicultura, entre otros.

En 1994 se perfeccionaron 108 contratos, con un presupuesto de US \$ 3.2 millones.

Durante 1995 se cuenta con un presupuesto de US \$ 18.2 millones; a la fecha se han identificado 990 proyectos en 396 municipios (38% del total nacional), los cuales están en etapa de formulación por parte de las entidades territoriales y validación técnica de las unidades de cofinanciación.

2- Programa de Apoyo Alimentario a los Niños Preescolares Atendidos en los Hogares Comunitarios de Bienestar: El programa viene siendo ejecutado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

La alimentación consumida en los Hogares Comunitarios de Bienestar se complementa incluyendo una porción diaria de frutas, verduras, proteína animal (carne, pescado o huevos) y conservando el aporte diario de lácteos y bocadillo. Adicionalmente por cada niño o niña se entrega un alimento no perecedero y de alto valor calórico (panela) para la preparación de una bebida caliente. Esta alimentación cubre en promedio diariamente el 73% de las requerimientos calóricos y el 100% de las de proteínas y nutrientes.

Los fines de semana se entrega Bienestarina (mezcla vegetal fuente de proteína) que cubre el 28% de las recomendaciones protéicas y el 7% de las calóricas. En el período de las vacaciones (1 mes al año) se entrega en especie una ración de alimentos (Bienestarina, aceite, lenteja, panela y arroz) que cubre el 35% de las recomendaciones diarias de calorías y el 63% de las de proteína.

La meta es atender cada año 890.000 niños, invirtiendo en el cuatrienio \$196 millones, a precios de 1.994.

3- Programa de Bono Rural Alimentario.

El Programa viene siendo ejecutado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Red y consiste en la entrega mensual de un complemento alimentario en especie, para niños entre 1 y 7 años de edad y en la vinculación de estos niños a programas de salud y educación.

Complementación alimentaria

Es el suministro mensual de unos alimentos en especie, con destino a los niños, mediante la presentación de un carnet. Los alimentos deben permitir cubrir el 72% de los requerimientos de proteínas y el 58% de los requerimientos de calorías diarios. Los alimentos seleccionados (que pueden variar regionalmente) son: leche en polvo 1 libra; arroz 2 libras; bocadillo 2 y media docenas; panela 4 unidades; aceite 1000 c.c. y Bienestarina 1 kg) Los productos se adquieren contra presentación del carnet en los establecimientos comerciales seleccionados por los beneficiarios con el aval del Comité Técnico Intersectorial de Salud.

Salud

Busca la inscripción de los beneficiarios del subsidio en los programas de crecimiento y desarrollo (prevención y manejo de enfermedades infecciosas, desnutrición, deprivación psicoafectiva y accidentes).

Educación

Promueve sesiones educativas con las familias de los niños beneficiarios, con actividades de protección, desarrollo infantil y organización comunitaria.

Así mismo, como meta de la Red (ligada al bono) se trabaja activamente con el Ministerio de Agricultura en propuestas que generen el desarrollo de actividades de producción y distribución de alimentos, como alternativas de solución a los problemas de desnutrición a mediano y largo plazo.

A la fecha se tiene contratado más del 60% de los recursos y este año se cubrirán 38.000 niños, para una meta de 140.000 niños en el cuatrienio.

Distib de Inversión, según metod. de Focalización Geográfica-Proyec de pob a jun 95

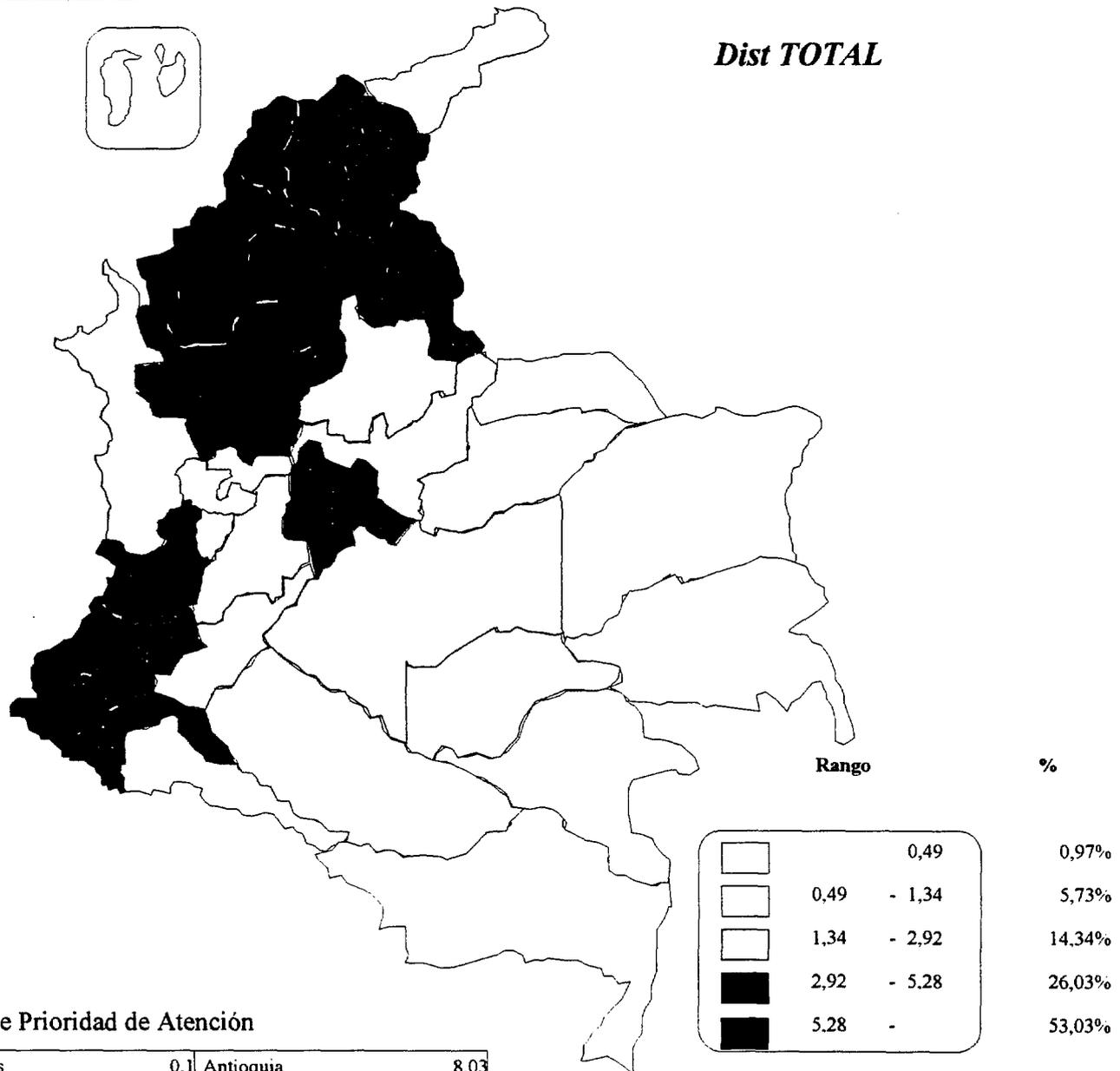
Número Consecut	DEPARTAMENTO	Población Total del Municipio Proyec. a Jun 95	Población Total en Miseria Proyec. a Jun 95	Población Rural en Miseria Proyec. a Jun 95	Población Urbana en Miseria Proyec. a Jun 95	DISTRIBUCION TOTAL DE RECURSOS	DISTRIBUCION RURAL DE RECURSOS	DISTRIBUCION URBANA DE RECURSOS
1	ANTIOQUIA	4.707.331	420.164	171.479	248.685	8,03%	8,00%	8,07%
2	ATLANTICO	1.818.564	316.705	24.092	292.613	5,79%	1,13%	9,84%
3	BOGOTA D.E.	5.237.635	325.911	632	325.260	5,03%	0,02%	9,38%
4	BOLIVAR	1.540.846	466.960	187.768	279.192	12,76%	13,33%	12,27%
5	BOYACA	1.308.417	117.131	77.765	39.366	2,48%	3,74%	1,37%
6	CALDAS	925.347	80.275	30.411	49.864	1,34%	1,14%	1,52%
7	CAQUETA	301.603	63.207	31.133	32.074	1,33%	1,49%	1,18%
8	CAUCA	951.889	154.781	99.872	54.910	3,18%	4,68%	1,87%
9	CESAR	851.901	213.845	99.195	114.650	5,01%	5,22%	4,82%
10	CORDOBA	1.167.353	363.656	218.182	145.474	9,89%	13,41%	6,83%
11	CUNDINAMARCA	1.758.133	167.423	87.116	80.306	3,01%	3,53%	2,57%
12	CHOCO	361.801	124.934	75.479	49.455	2,92%	3,89%	2,08%
13	HUILA	820.152	117.695	55.600	62.094	2,20%	2,32%	2,09%
14	LA GUAJIRA	366.869	84.550	29.982	54.568	1,64%	1,27%	1,96%
15	MAGDALENA	1.025.537	197.103	107.433	89.670	5,28%	6,62%	4,11%
16	META	588.502	74.088	31.635	42.453	1,42%	1,41%	1,43%
17	NARIÑO	1.198.419	161.951	106.526	55.425	3,44%	5,09%	2,00%
18	NORTE SANTANDER	1.163.764	174.084	59.783	114.301	3,44%	2,98%	3,85%
19	QUINDIO	425.800	35.405	8.056	27.349	0,58%	0,29%	0,83%
20	RISARALDA	776.893	76.914	28.153	48.761	1,30%	1,07%	1,50%
21	SANTANDER	1.709.458	133.068	57.446	75.622	2,50%	2,59%	2,41%
22	SUCRE	637.371	207.065	97.858	109.207	5,64%	6,43%	4,96%
23	TOLIMA	1.211.071	143.841	72.218	71.624	2,77%	3,20%	2,40%
24	VALLE	3.493.285	344.149	65.146	279.003	5,63%	2,38%	8,46%
25	ARAUCA	97.521	19.931	8.564	11.367	0,40%	0,38%	0,42%
26	CASANARE	191.500	27.076	19.121	7.956	0,63%	0,98%	0,32%
27	PUTUMAYO	230.313	40.275	27.179	13.096	0,79%	1,15%	0,47%
28	SAN ANDRES	44.088	6.007	1.533	4.475	0,10%	0,05%	0,14%
29	AMAZONAS	59.377	8.091	3.699	4.392	0,13%	0,12%	0,13%
30	GUAINIA	12.192	2.576	1.581	994	0,05%	0,07%	0,04%
31	GUAVIARE	71.208	28.488	18.016	10.472	0,62%	0,84%	0,43%
32	VAUPES	38.760	23.283	18.694	4.589	0,49%	0,85%	0,18%
33	VICHADA	16.697	10.703	8.144	2.559	0,20%	0,34%	0,08%
	TOTAL	35.109.597	4.731.338	1.929.510	2.801.828	100%	100%	100%

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Red de Solidaridad Social

Focalización de los recursos de Inversión Social

Según proyección de población, a jun 95



Grado de Prioridad de Atención

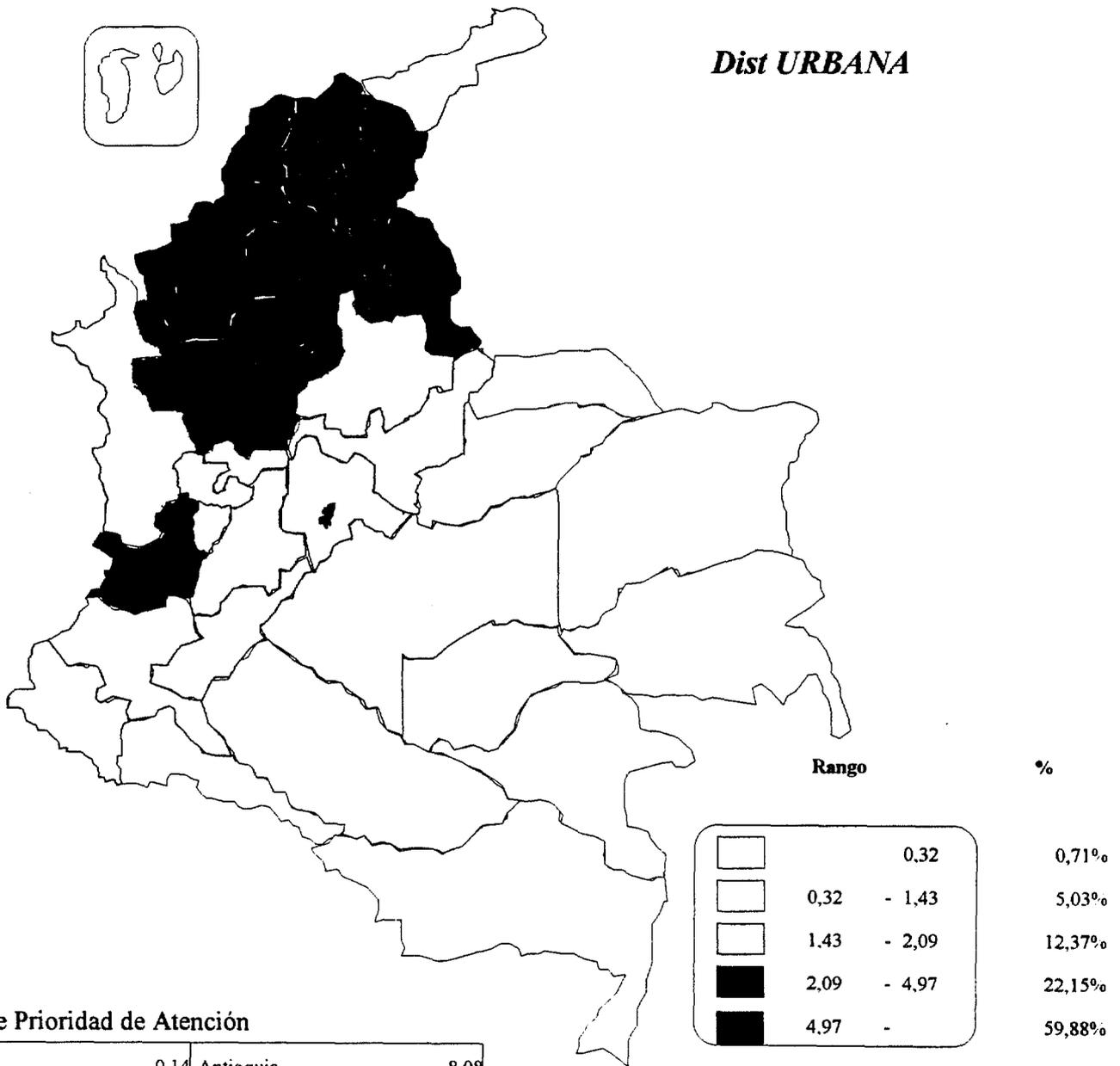
San Andres	0,1	Antioquia	8,03	Boyacá	2,48	Amazonas	0,13
Guajira	1,64	Choco	2,92	Santafé de Bogotá	5,03	Vaupés	0,49
Cesar	5,01	Arauca	0,4	Tolima	2,77	Guainía	0,05
Norte de Santander	3,44	Vichada	0,2	Valle	5,63	Guaviare	0,62
Magdalena	5,28	Santander	2,5	Risaralda	1,3	Huila	2,2
Atlántico	5,79	Caldas	1,34	Quindio	0,58	Caquetá	1,33
Bolivar	12,76	Casanare	0,63	Nariño	3,44	Cauca	3,18
Sucre	5,64	Meta	1,42	Putumayo	0,79		
Cordoba	9,89	Cundinamarca	3,01				

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Red de Solidaridad Social

Focalización de los recursos de Inversión Social

Según proyección de población. a jun 95



Grado de Prioridad de Atención

San Andres	0,14	Antioquia	8,08	Boyacá	1,37	Amazonas	0,13
Guajira	1,96	Choco	2,08	Santafé de Bogotá	9,39	Vaupés	0,18
Cesar	4,83	Arauca	0,42	Tolima	2,4	Guainía	0,04
Norte de Santander	3,86	Vichada	0,08	Valle	8,47	Guaviare	0,43
Magdalena	4,12	Santander	2,42	Risaralda	1,5	Huila	2,09
Atlántico	9,85	Caldas	1,52	Quindio	0,83	Caquetá	1,18
Bolivar	12,29	Casanare	0,32	Nariño	2	Cauca	1,87
Sucre	4,97	Meta	1,43	Putumayo	0,47		
Cordoba	6,84	Cundinamarca	2,44				

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

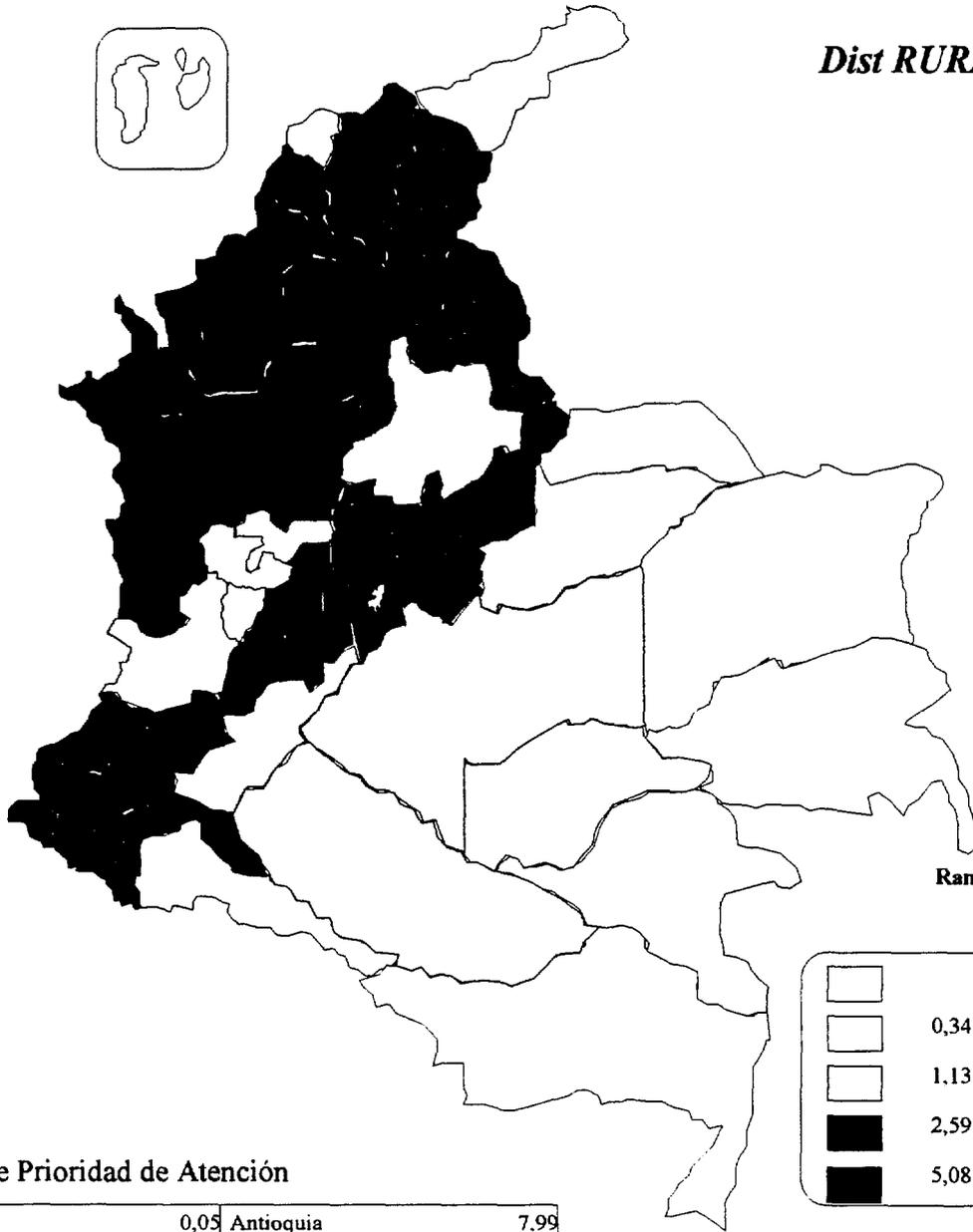
Red de Solidaridad Social

Focalización de los recursos de Inversión Social

Según proyección de población. a jun 95



Dist RURAL



Rango

%

0,34	0,34	0,61%
0,34 - 1,13	5,58%	
1,13 - 2,59	11,13%	
2,59 - 5,08	24,73%	
5,08 -	58,01%	

Grado de Prioridad de Atención

San Andres	0,05	Antioquia	7,99	Boyacá	3,74	Amazonas	0,12
Guajira	1,27	Choco	3,89	Santafé de Bogotá	0,02	Vaupés	0,85
Cesar	5,21	Arauca	0,38	Tolima	3,2	Guainía	0,07
Norte de Santander	2,97	Vichada	0,34	Valle	2,38	Guaviare	0,84
Magdalena	6,61	Santander	2,59	Risaralda	1,06	Huila	2,31
Atlántico	1,13	Caldas	1,13	Quindio	0,29	Caquetá	1,49
Bolivar	13,31	Casanare	0,98	Nariño	5,08	Cauca	4,67
Sucre	6,41	Meta	1,41	Putumayo	1,15		
Cordoba	13,39	Cundinamarca	3,68				

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CENTROS DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALES DE PRIMER NIVEL

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CENTROS DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALES DE PRIMER NIVEL

CONGLOMERADO	INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES
1- PLANIFICACION FAMILIAR NO QUIRURGICA	2 visitas anuales al medico general, realizacion exámenes de laboratorio, examen vaginal para diagnostico gineco obstetrico, anovulatorios orales por un año, examen diagnostico vaginal, una consulta general y el costo del dispositivo T de cobre 380 A
2- PROMOCION DE LACTANCIA MATERNA	2 visitas de enfermera profesional o personal especializado de centro o puesto de salud, entrega de material educativo
3- PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	Inmunizaciones de polio, sarampion, difteria, DPT, triple viral y BCG, el costo supone una consulta con enfermera y los materiales empleados
4- PAQUETE DE SALUD ESCOLAR	educacion para la salud, tratamiento contra helmintiasis, salud oral, salud visual, vigilancia nutricional a niños en edad escolar. se requiere una visita de personal paramédico o enfermera profesional y la entrega de medicamentos. Ademas el componente educativo comprende una visita anual de enfermería con el fin de entregar material educativo y dictar una charla de prevencion
5- ATENCION AL NINO ENFERMO Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS	tratamiento ambulatorio de sarampion, varicela, rubeola, paludismo, otitis, neumonia, bronconeumonia, influenza, IRA incluye 2 consultas con medico general, medicamentos y exámenes de laboratorio
6- ENFERMEDADES DIARREICAS EN NIÑOS	tratamiento ambulatorio de EDA en niños incluye 2 visitas al medico general, medicamentos y paquetes de rehidratacion oral
7- PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS	tratamiento ambulatorio de parasitosis intestinal en niños 2 consultas con medico general y medicamentos
8- ATENCION PRENATAL Y PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO	prevencion de enfermedades perinatales, prevencion de cancer cervico - uterino y de complicaciones de embarazo, parto y puerperio. El control prenatal incluye 8 visitas medicas, 2 dosis toxode tetanico, suplemento de hierro, vitaminas, laboratorio de rutina y medicamentos. La prevencion de cancer cervico uterino incluye una citologia, 2 consultas con medico general y en extremo hysterectomia
9- ATENCION PARTO NORMAL	comprende visitas de consulta general, exámenes de laboratorio, medicamentos y un dia de hospitalizacion
10- SALUD ORAL	prevencion de enfermedad dental y promocion de salud e higiene bucal adecuada incluye fluorizacion, impiepa, extraccion y tratamiento simple de caries dental dos visitas anuales
11- ATENCION VISUAL EN ADULTOS	comprende una visita para chequeo de vision y un par de lentes para anteojos si es necesario
12- TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS	tratamiento ambulatorio de TBC pulmonar y primaria comprende cuatro consultas, quimioterapia anti TBC, exámenes de laboratorio y placas de rayos X
13- PREVENCIÓN DE SIDA Y OTRAS ETS	5 visitas comunitarias realizadas por personal de centros, puestos o consultorios, la atencion se concentra en educacion a los grupos de alto riesgo 4 preservativos diarios por participante por 240 dias al año acciones llevadas a cabo por enfermeras o personal paramédico
14- TRATAMIENTO DE ETS EN GRUPOS DE ALTO RIESGO	tratamientos ambulatorios de ETS 3 visitas anuales para diagnostico, tratamiento y seguimiento de pacientes exámenes de laboratorio para deteccion, medicamentos para tratamiento

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CENTROS DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALES DE PRIMER NIVEL

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CENTROS DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALES DE PRIMER NIVEL (continuación)

CONGLOMERADO	INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES
15- INFECCION RESPIRATORIA EN ADULTOS (AMBULATORIO)	tratamiento ambulatorio de adultos con enfermedades como :otitis, neumonia, bronconeumonia, influenza y otras. comprende 3 consultas (1 general y 2 con especialista), exámenes de laboratorio (cultivo y antibiograma, cuadro hemático, gram, tinción y lectura, sodio, VSG) ,2 placas de torax y medicamentos.
16- ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRONICA (EPOC)	tratamiento en centro de atención ambulatoria de EPOC, asma, bronquitis crónica y no crónica. comprende seis consultas especializadas ,rayos x ,laboratorio (creatinina, cuadro hemático, gases arteriales, parcial de orina, triglicéridos, ionograma, VSG, urea), medicamentos, oxígeno, vacuna antineumococo, terapia respiratoria. hospitalización hasta por ocho días.
17- DIABETES MELLITUS	doce consultas, 1 con MD general y 11 con MD especialista, exámenes de laboratorio como : albumina, globulina, glucosa (suero, LCR, etc) ,glucosa pre y post carga, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, parcial de orina, recuento de plaquetas, proteínas totales en suero, TSH, T4, urea, VSG; medicamentos, rayos x de torax; hasta dos días de hospitalización.
18- ENFERMEDADES CARDIO- VASCULARES	tratamiento en clínica de hipertensión esencial, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad renal hipertensiva, hipertensión secundaria. incluye 7 visitas ambulatorias con médico general, 1 consulta urgente, 6 consultas con dietista y hasta un día de hospitalización. Además: laboratorio (colesterol HDL, LDL, TOTAL, creatinina, cuadro hemático, glucosa (en suero, LCR, etc), parcial de orina, potasio, triglicéridos, urea; medicamentos, rayos x, 2 electro- cardiogramas. LO MAS COSTOSO SE INCLUYE EN RE-ASEGUROS.
19- ENFERMEDAD APARATO GENITO URINARIO	enfatisa el diagnóstico y tratamiento temprano en adultos jóvenes , a fin de prevenir la aparición de patologías más complejas incluye 2 consultas generales, exámenes de laboratorio, medicamentos.
20- ENFERMEDADES MUSCULO ESQUELETICAS	tratamiento de enfermedades como: artritis, reumatismo, etc. incluye 8 consultas médicas (la mayoría con MD especialista) exámenes de laboratorio (ANA, baciloscopia, creatinina, depuración de creatinina, cuadro hemático, cultivo y antibiograma, ferritina, fosfatasa alcalina, glucosa, gram y tinción, líquido sinovial, plaquetas, parcial de orina, proteína C reactiva, proteínas totales, GOT, GPT, urea, VSG, rayos x, 5 sesiones de terapia física y medicamentos.
21- TRAUMA MENOR URGENTE	sutura de heridas menores, quemaduras de primer grado, reducción de fracturas simples. Equivale a 2 consultas y su tratamiento respectivo. preferiblemente en centros y puestos de salud, aunque no exclusivamente.
22- ENFERMEDADES NEURO- SIQUIATRICAS	atención de psicosis orgánicas y otras psicosis. incluye 11 consultas ambulatorias (10 con especialista), exámenes de laboratorio y medicamentos.
23- CONSULTA GENERAL	atención ambulatoria de eventos no explícitamente mencionados antes incluye 3 visitas anuales y exámenes de laboratorio básico para todos los colombianos. las intervenciones serán decididas por acuerdo entre el médico y el paciente.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

CONGLOMERADO	INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES
1- TRATAMIENTO DE DIARREA CRONICA Y DISENTERIA EN NIÑOS	hasta tres dias de tratamiento hospitalario, cada niño recibe tratamiento de rehidratacion intravenosa por dos dias y medicamentos orales.
2- TRATAMIENTO ADULTOS COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA	tratamiento hospitalario de las complicaciones de la enfermedad respiratoria en adultos. incluye 3 consultas ambulatorias, laboratorio, medicamentos y hasta 2 dias de hospitalizacion.
3- TRATAMIENTO NIÑOS COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA	tratamiento hospitalario en niños de complicaciones de enfermedades respiratorias. incluye 3 dias de hospitalizacion, oxigeno durante 1 dia, 1 millon de unidades de penicilina cristalina o procainica diaria.
4- PARTO DE ALTO RIESGO Y PERINATAL INTERMEDIA	atencion de problemas relacionados al embarazo de alto riesgo; entre otros, aborto incompleto, hipertension que complica el embarazo, el parto y el puerperio, parto distocico, hemorragia postparto, retencion de placenta sin hemorragia, sepsis puerperal, etc. Esto incluye 17 visitas medicas, exámenes de laboratorio, medicamentos y 10 dias de hospitalizacion para 1/3 de las mujeres y 5 dias para los restantes 2/3.
5- VASECTOMIA	incluye 1 dia de hospitalizacion, medicamentos y exámenes de laboratorio requeridos.
6- SALPINGOPLASTIA	incluye 1 dia de hospitalizacion, medicamentos y exámenes de laboratorio requeridos.
7- EPILEPSIA	incluye 10 vistas ambulatorias (1 MD general y 9 MD especialista), laboratorio (glicemia, fosfatasas, calcio, fenitoína, transaminasas, ionograma, citoquimico de orina, urea, creatinina, cuadro hematico completo), medicamentos, rayos x (torax ap y lateral, craneo simple), electrocardiograma, electroencefalograma y un dia de hospitalizacion.
8- CIRUGIA GENERAL ABDOMINAL	apendicectomia, hernias (abdominal, inguinal, umbilical). incluye 6 consultas medicas, laboratorio, medicamentos y 3 dias de hospitalizacion.
9- TRAUMA MAYOR URGENTE	atencion de heridas y lesiones accidentales o intencionales, fracturas complicadas, quemaduras, etc. intervenciones a neumotorax, reducciones de fracturas abiertas complicadas. SE COMPLEMENTARA POR REASEGURO
10- ENFERMEDADES NEURO-PSIQUIATRICAS	incluye el tratamiento hospitalario de estas enfermedades. provee el 50% del costo de hospitalizacion por estas causas.
11- NEOPLASIAS	diagnostico y tratamiento incluyendo consulta ambulatoria general y especializada, laboratorio y exámenes diagnosticos, hospitalizacion, tratamiento y medicamentos. SE COMPLEMENTARA POR UN REASEGURO.
12- MENINGITIS	tratamiento en niños o adultos, incluye 5 consultas con especialista y 1 con MD general, laboratorio (creatinina, cuadro hematico, cultivo, antibiograma, LCR, potasio, sodio, meningococo), puncion lumbar, rayos x, medicamentos (acetaminofen, dextrosa, fenitoína, katrol, natrol, penicilina) y hasta siete dias de hospitalizacion.
13- ATENCION A OTROS DIAGNOSTICOS	los eventos no explicitamente mencionados SERAN DECIDIDOS DE COMUN ACUERDO ENTRE EL MEDICO Y EL PACIENTE
EVENTOS CATASTROFICOS	
1- MALFORMACIONES CONGENITAS	
2- TRANSPLANTES 3- CANCER	
4- ACCIDENTES CEREBROVASCULARES MAYORES 5- SIDA 6- TRAUMA MAYOR	

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD MODALIDAD SUBSIDIADO (PUNTO DE PARTIDA POS S 1994)

ESTRATEGIA	GRUPOS
1- EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD	Para todos los afiliados en forma especifica, continua y como parte integrante de las actividades de atencion dando respuesta a los principales problemas o eventos de salud prevalentes en la comunidad.
2- PROTECCION ESPECIFICA DE LA SALUD A NIVEL COLECTIVO O INDIVIDUAL.	<p>a- niños menores de 10 años: inmunizacion con vacunas (difteria, tosferina, tetanos, polio, TBC, hepatitis B, rubeola, sarampion, parotiditis y meningitis), control de crecimiento y desarrollo, complementacion alimentaria segun el riesgo nutricional y valoracion de agudeza visual y auditiva.</p> <p>b- adolescentes: valoracion de agudeza visual y auditiva.</p> <p>c- embarazadas: control prenatal, deteccion de riesgo, complementacion nutricional, vacunacion, exámenes de laboratorio y ecografia, cursos psicoprofilacticos, puericultura y fomento de la lactancia materna.</p> <p>d- hombres y mujeres mayores de 45 años: evaluacion de riesgo cardiovascular.</p> <p>e- familia y su comunidad: control de los factores relacionados con el ambiente familiar, la vivienda, la comunidad y el medio ambiente, orientados a mejorar relaciones intrafamiliares y ambiente fisico intra-domiciliario, conformacion de grupos de apoyo comunitarios para prevencion de problemas de salud cronicos, accidentes y desastres.</p>
3- ATENCIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD (AMBULATORIA DEL PRIMER NIVEL)	<p>a- niños menores de 10 años: IRA, otitis, amigdalitis, EDA, neumonia, parasitismo intestinal, recuperacion nutricional, conjuntivitis, meningitis, enfermedades de la piel, pediculosis, organos de los sentidos. atencion de trauma menor urgente (heridas y quemaduras leves, fracturas no complicadas, diagnostico, atencion y remision de casos de abdomen agudo y trauma mayor urgente.</p> <p>b- adolescentes: IRA, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, pediculosis. atencion de trauma menor urgente, diagnostico, manejo inicial y remision de abdomen agudo y trauma mayor urgente.</p> <p>c- puerperas: control de puerperio, complementacion nutricional.</p> <p>d- mujeres entre 20 y 60 años: atencion a NIC I, HTA, enfermedad genitourinaria, ETS, diabetes mellitus, IRA, enfermedades de la piel, gastritis aguda y cronica, trauma menor urgente, diagnostico y remision a segundo y tercer nivel de abdomen agudo, NIC II-III, coleditiasis, prolapso uterovaginal y trauma mayor.</p> <p>e- hombres entre 20 y 60 años: HTA, ETS, enfermedades genito-uritarias, DM, IRA, enfermedades de la piel, gastritis aguda y cronica, diagnostico y remision de abdomen agudo y trauma menor urgente. diagnostico y remision a segundo y tercer nivel de problemas oftalmologicos graves, enf de prostata, neumonia grave, hemorragias digestivas y trauma mayor urgente.</p> <p>f- en zonas endemicas de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, lepra y TBC: atencion de casos segun protocolos y lineamientos del PAB.</p>

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD MODALIDAD SUBSIDIADO (PUNTO DE PARTIDA POS S 1994)

Continuación

4-SALUD ORAL	<p>a-niños de 2 a 14 años: educacion sobre tecnicas de cepillado,identificacion de dieta cariogenica,importancia de la visita al odontologo,aplicacion de sellantes y fluor,exámenes diagnosticos,operatoria,endodoncia, exodoncia y atencion de urgencias odontologicas.</p> <p>b-embarazadas: lo anterior mas profilaxis y detartraje sin sellantes ni fluor.</p> <p>c-resto de poblacion:igual al anterior.</p>
5-ATENCIONES HOSPITALARIAS DE PRIMER NIVEL	<p>a-niños menores de 10 años:complicacion de EDA,IRA y atencion basica de accidentes,laceraciones y heridas.</p> <p>b-adolescentes:atencion inicial de accidentes, laceraciones y heridas.</p> <p>c-embarazadas:atencion de complicaciones de embarazo y parto sin riesgo.</p> <p>d-hombres y mujeres mayores de 20 años:neumonia grave ,atencion de accidentes,laceraciones y heridas,ulcera peptica y hemorragia digestiva.</p>
6-ATENCIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD (AMBULATORIA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL- CONSULTA ESPECIALIZADA)	<p>a-recien nacido con riesgo:atencion de problemas perinatales.</p> <p>b-menores de 1 año:neumonia grave y meningitis.</p> <p>c-embarazada con riesgo:atencion especializada del embarazo y del puerperio.</p>
7-ATENCIONES HOSPITALARIAS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL.	<p>atencion del parto de alto riesgo y complicaciones del perperio. Atencion del recien nacido de alto riesgo. Complicaciones en enfermedad diarreica aguda y neumonia grave al menor de 1 año.</p>

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL POS

- 1- cirugía estética o con fines de embellecimiento
- 2- tratamientos nutricionales con fines estéticos
- 3- tratamientos para infertilidad solo cuando se trate de fertilización in vitro.
- 4- tratamientos no reconocidos por asociaciones científicas a nivel mundial
- 5- tratamientos o curas de reposo o del sueño
- 6- medias elásticas de soporte, corses, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos
- 7- medicamentos o sustancias que no se encuentran autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica
- 8- tratamientos con drogas o sustancias experimentales
- 9- trasplante de órganos (no se excluye cornea, corazón, médula ósea, riñón)
- 10- tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada
(no se excluye psicoterapia individual en fase crítica)
- 11- tratamiento a enfermedades o lesiones originadas por el consumo de alcohol o psicoactivos cuando se están infringiendo normas legales.
- 12- actividades, procedimientos e intervenciones para enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis en fase terminal, cuando no haya posibilidades de recuperación o su orientación no sea a mitigar el dolor o la incomodidad.
- 13- actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación distintos a aquellos necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.

PLAN DE ATENCION MATERNO INFANTIL (PA-MI)		
ESTRATEGIAS	ACCIONES POR GRUPOS	MEDIOS
1 - ATENCION BASICA DEL PRIMER NIVEL, EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD	A - GESTANTES educacion en ciclo vital, autoestima, educacion sexual, lactancia materna, prevencion de ETS, HTA, violencia intrafamiliar, preparacion para el parto, puericultura B - MADRES MENORES DE UN AÑO participacion en promocion, educacion, prevencion de EDA, IRA, accidentes en el hogar, inmunizaciones, C y D, fomento de lactancia materna, alimentacion, afecho, salud oral, maltrato, violencia intrafamiliar	talleres talleres
2 - ATENCIONES AMBULATORIAS DE PRIMER NIVEL PROTECCION ESPECIFICA	A - MENOR DE UN AÑO DPT, polio, sarampion, BCG, hepatitis B, meningitis meningococica, atencion en crecimiento y desarrollo, fomento de lactancia materna y complementacion nutricional a partir del 4º mes B - GESTANTES ADOLESCENTES control del embarazo con enfoque de riesgo y complementacion nutricional, inmunizacion para tetanos, psicoprofilaxis, fomento de lactancia materna C - PUERPERAS ADOLESCENTES control puerperio, complementacion nutricional, consejeria en salud reproductiva y P/F, remision a P/F, planificacion familiar D - GESTANTES MAYORES DE 20 AÑOS control de embarazo con enfoque de riesgo, complementacion nutricional, inmunizacion para tetanos, psicoprofilaxis, puericultura, apoyo lactancia, complementacion nutricional E - PUERPERAS MAYORES DE 20 AÑOS control del puerperio, complementacion nutricional, fomento a lactancia, consejeria en salud reproductiva, planificacion familiar	vacunacion atencion individual y grupal All, AIE, AIED, ecografia (50%), laboratorio clinico, vacunacion All o AIED prueba de embarazo All o AIE All, AIE, ecografia al 25%, laboratorio vacunacion atencion grupal a partir de 6 meses All o AIED prueba de embarazo atencion individual consejeria
3 - ATENCIONES AMBULATORIAS DE PRIMER NIVEL RECUPERACION DE LA SALUD	A - NIÑOS MENORES DE UN AÑO - IRA no neumonica - IRA neumonica, otitis, faringoamigdalitis - EDA - Enfermedades infecciosas bacterianas y virales - traumas por violencia y accidentes	All o AIED All o AIED All o AIED All o AIED atencion inicial y remision
4 - ATENCIONES AMBULATORIAS EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL CONSULTA ESPECIALIZADA	A - MENORES DE UN AÑO - recién nacido con riesgo - enfermedades infecciosas bacterianas y virales - neumonia grave - traumas (violencia, accidentes) B - GESTANTES - embarazo con riesgo	consulta especial, orden hospitalizar consulta con gineco obstetra
5 - ATENCIONES HOSPITALARIAS DE PRIMER NIVEL	A - MENORES DE UN AÑO - EDA complicada - IRA - NEUMONIA - trauma, violencia y accidentes - enfermedades infecciosas B - GESTANTES - parto sin riesgo - parto por cesarea - complicaciones de la gestacion (hemorragias, infecciosas o metabolicas) C - MADRE LACTANTE - P/F permanente	2 dias hospital -tto 3 dias hospital 5 dias hospital -tto consulta especial orden hospitalizar atencion parto y 1 dia hospital cesarea y 3 dias hospital hospitalizacion y procedimientos cirugia
6 - ATENCIONES HOSPITALARIAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	A - MENORES DE UN AÑO - atencion del recién nacido de alto riesgo - complicacion de EDA - neumonia grave - enfermedades infecciosas bacterianas y virales - trauma, violencia y accidentes B - GESTANTES - atencion parto de riesgo - cesarea - complicacion del puerperio	10 dias hospital 2 dias hospital 3 dias hospital 8 dias hospital y rehabilitacion 5 dias hospital 5 dias hospital cirugia y 3 dias 5 dias hospital
7 - SALUD ORAL A EMBARAZADAS	Exámenes de diagnostico, profilaxis y detartraje, operatoria, endodoncia y exodoncia	1 examen anual, resina, profilaxis, amalgama y obtur

28

PAQUETE DE SALUD PUBLICA (PLAN DE ATENCION BASICA)

ACTIVIDAD	INSTRUMENTOS	ESTRATEGIA	OBJETIVO
1-EVALUACION MEDICA PARA DX (INGRESO AL SISTEMA)	consulta medica, exámenes de laboratorio y de control	identificación de factores de riesgo y patologías, pruebas con alta sensibilidad y especificidad	DX Y TTO oportuno actividades de fomento control de tratamiento
2-MANTENIMIENTO DE LA SALUD	albendazol	quimioterapia masiva localizada a nivel escolar	prevencion secundaria
A-DESPARASITACION			
B-DEFICIT MICRONUTRIENTES	vitamina A, hierro, yodo, flúor, aceite yodado	dosis masivas a menores de 5 años dosis masivas a embarazadas y escolares iodización y fluorización de sal consumo dosis embarazadas y escolares de alto riesgo	prevencion secundaria
C-CONTROL DE ETS Y SIDA	tamizaje y renision para HIV cambio comportamental, educacion a grupos de riesgo	control en bancos de sangre y voluntarios de alto riesgo informacion, educacion y comunicacion para disminuir conductas de riesgo en general y a trabajadores sexuales	prevencion primaria
D-CONTROL DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA	suplemento nutricional	suplemento nutricional para escolares y embarazadas	prevencion secundaria
E-CONTROL DE FERTILIDAD	insercion-retiro DIU, anovulatorio oral, condon	programas de informacion, educacion y comunicacion para disminuir las conductas de riesgo	prevencion primaria
F-INMUNIZACIONES	vacuna sarampion, polio, antipolio adicional, BCG, TT, DPT, hepatitis B	campana nacional de vacunacion y programa regular, inmunizacion a poblaciones de alto riesgo	prevencion primaria
G-INMUNIZACIONES COMPLEMENTARIAS	MMR, meningitis meningococcica, haemophilus influenza	campana nacional de vacunacion y programa regular	prevencion primaria
H-ENFERMEDAD REUMATICA DEL CORAZON	penicilina benzatinica	poblacion de menores de 15 años en alto riesgo	prevencion secundaria
I-PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS	a-hipertension arterial b-diabetes c-cancer de cervix d-cancer de mama e-cancer de prostata f-dislipoproteinemias g-tabaquismo	tamizaje y referencia mediante toma casual de tension arterial y educacion segun enfoque de riesgo tamizaje y referencia mediante toma de glicemia y educacion aplicando el enfoque de riesgo poblacional e individual tamizaje y referencia, uso extendido de PAP a intervalos de 5 años examen anual de senos para deteccion de CA tacto rectal a hombres mayores de 40 años anualmente tamizaje y referencia mediante la determinacion de triglicéridos en sangre aplicando el enfoque de riesgo poblacional e individual reduccion del habito de fumar	prevencion primaria y secundaria prevencion primaria y secundaria prevencion secundaria prevencion secundaria prevencion secundaria prevencion primaria y secundaria prevencion secundaria
J-ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	diagnostico precoz y prevencion	campana nacional de vacunacion y programa regular, educacion a las madres para identificacion de signos de neumonia en niños	prevencion primaria y secundaria
K-ENFERMEDADES DIARREICAS	sales de rehidratacion, vacuna sarampion	promocion de lactancia materna, educacion signos de neumonia	prevencion primaria
L-TUBERCULOSIS	diagnostico precoz, quimio-profilaxis	tamizaje y referencia de casos sospechosos y positivos para tratamiento tamizaje selectivo en alto riesgo (SIDA, y contactos)	prevencion primaria y secundaria
M-LEPRA	tamizaje focalizado	tamizaje pasivo a traves de examen fisico tamizaje y referencia de casos sospechosos y positivos para tratamiento	prevencion primaria y secundaria
N-SALUD ORAL	tratamiento y prevencion	Obturacion, protesis mioportadas, placa mioelajante, cirugias menores, periodoncia, control de placa, control cepillado, aparatologia, educacion, valoracion, topicacion con flúor	prevencion primaria y secundaria
O-SALUD VISUAL	tamizaje-referencia a pacientes con vision subnormal	campanas nacionales de prevencion de la ceguera en menores de 15 años y recuperacion de la agudeza visual	prevencion primaria y secundaria
P-CANCER	tratamiento quirurgico	coonizacion crioterapia	prevencion secundaria
Q-MALARIA	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
R-LEISHMANIASIS	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
S-LEPRA	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
T-TUBERCULOSIS	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
U-ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
V-ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
a- enfermedad reumatoidea	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
b- desordenes mentales	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
c- hipertension arterial	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria
d- diabetes	tratamiento	campana nacional	prevencion secundaria

**LINEAMIENTOS DE POLITICA
PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION 1994 - 1998
COLOMBIA**

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	METAS	LINEAMIENTOS DE ACCION
<p>Contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, educación, agricultura, comunicaciones y medio ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr un adecuado aprovechamiento biológico de los alimentos, a través de acciones tendientes a mejorar el estado de salud de la población y el saneamiento del medio ambiente. - Crear conciencia en la población sobre los riesgos de hábitos alimentarios inadecuados y promover una cultura por una sana alimentación que disminuya la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas - Prevenir y reducir la prevalencia de la malnutrición en sus diferentes formas y grados de severidad en la población pobre del país. - Garantizar en todo tiempo la disponibilidad de alimentos de consumo básico y facilitar los mecanismos para su adquisición, especialmente para la población más pobre del país. - Disponer de información suficiente y oportuna en relación con el estado nutricional, indicadores de seguridad alimentaria y estructura de morbilidad y mortalidad que faciliten la adecuada planeación y focalización de programas nutricionales en los diferentes niveles territoriales. - Diseñar e implementar estrategias masivas de comunicación en salud y nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación multisectorial e interinstitucional. - Vinculación de sector privado. - Movilización social y Participación Comunitaria - Descentralización - Prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias. - Protección al consumidor. - Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. - Vigilancia epidemiológica - Complementación y suplementación alimentaria a los grupos vulnerables - Investigación en aspectos nutricionales y alimentarios. - Promoción de estilos de vida saludable y prevención de ECT. - Canasta Básica de Alimentos. - Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes - Participación de agencias internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar las coberturas de SS en salud, afilando hasta un 80% de la población más pobre al régimen subsidiado. - Ampliar la disponibilidad de acueducto y alcantarillado al 90% y 77% de los hogares, respectivamente. - Ampliar al 70% de los hogares la disposición adecuada de desechos. - Difundir mensajes educativos al 100% de la población para el fomento de estilos de vida saludable. - Eliminación de los desórdenes por deficiencias de yodo. - Conocer a finales de 1.995 las deficiencias de micronutrientes para fijar las metas. - Procurar que un mayor número de mujeres amamantes a sus hijos en forma exclusiva hasta los 4 a 6 meses y continúen la lactancia con alimentos complementaria hasta los 2 años. - Lograr que el 60% de las instituciones oficiales se constituyan en Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. - Reducir en un 25% la incidencia de Bajo Peso al Nacer. - Garantizar la seguridad alimentaria a la población más pobre. - Actualizar estudios del estado nutricional y deficiencias de micronutrientes. - Reducir hasta en un 50% los niveles de desnutrición global en sus diferentes grados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque multisectorial - Participación sector privado - Participación sector público - Participación niveles territoriales - Participación ONG's - Coordinación y Liderazgo de diversos actores involucrados. - Integralidad y Complementariedad de acciones entre sectores y agentes. - Eje de acción: municipios. - Expresión política Plan: CONPES.

La financiación del Plan esta garantizada en el Plan Nacional de Inversiones: 1994-1998 (Ley 188/95), a través de los presupuestos de los diversos sectores involucradas y sus entidades respectivas.

PLAN NACIONAL

ECUADOR

1. COMPROMISO POLITICO

El Gobierno del Ecuador ha asumido el firme compromiso político de promover el bienestar nutricional de toda la población ecuatoriana, en el marco de sus políticas, planes y programas de desarrollo. Dichas políticas establecen objetivos y estrategias básicas para alcanzar un desarrollo armónico nacional de carácter político, económico y cultural en el marco de una estrategia de modernización del Estado, a la vez que reafirman el compromiso del Gobierno para ampliar y fortalecer el bienestar de toda la población tomando en consideración que el mejoramiento de la alimentación, nutrición y salud tiene un carácter prioritario y estratégico en el desarrollo humano, porque se relaciona con las potencialidades físicas e intelectuales del individuo y, por lo tanto, es la base para alcanzar impactos sostenibles en el desarrollo. En este contexto se prepararon tres documentos básicos que llevan a la práctica esta decisión política:

- 1.- PLANAN "Plan Nacional de Alimentación y Nutrición", que refiere las grandes líneas de políticas y de acción en alimentación y nutrición en el marco de la intersectorialidad. Este documento está aprobado mediante Acuerdo Ministerial No.5651 de 18 de octubre de 1994.
- 2.- PRONAN "Programa Nacional de Alimentación y Nutrición" que se relaciona con los programas de alimentación y nutrición específicos de los diversos sectores involucrados; este documento está aprobado mediante Acuerdo Ministerial No.5662 de 18 de octubre de 1994.

3.- "Plan Nacional de Acción en Alimentación y Nutrición del Ecuador, 1994-2000", que recoge en el marco de la CIN (Roma.1992) los objetivos y metas realistas, áreas prioritarias de acción, estrategias sectoriales que corresponden a las prioridades nacionales de desarrollo político, económico y social y proyectos agro-alimentarios y nutricionales. Este instrumento de trabajo ha sido aprobado mediante Acuerdo Ministerial No.5653 del 18 de octubre de 1994.

A fin de facilitar la ejecución de los planes y programas, se conformó el CONPAN -Comité Nacional de Programas de Alimentación y Nutrición- encargado de hacer la coordinación entre los diversos sectores, fomentando la sistematización de acciones evitando la duplicación de las mismas y propulsando la sustentabilidad de las mismas.

2. POLITICAS SECTORIALES

Con la participación de los sectores de Educación, Agricultura, Bienestar Social, el CONADE (Consejo Nacional de Desarrollo), organismos bilaterales y multilaterales de cooperación técnica (FAO, UNICEF, OMS-OPS, PMA, AID), universidades y Organismos no Gubernamentales entre los cuales se destaca el Instituto de Cooperación al Desarrollo -ICD-, y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Nutrición, se delinearon tanto las líneas de política así como las metas y líneas de acción contenidos en el PLANAN, PRONAN y Plan Nacional de Acción, incorporando objetivos, consideraciones y componentes

agroalimentarios y nutricionales en las políticas, planes y programas de desarrollo tanto nacionales como sectoriales: En el **SECTOR DE LA PLANIFICACIÓN NACIONAL**, el Consejo Nacional de Desarrollo CONADE, a través de su Unidad de Nutrición, es la encargada de asegurar que se integren consideraciones alimentario-nutricionales a nivel de la planificación nacional (nivel macroeconómico) y de aquella sectorial, particularmente en salud, agricultura, educación y bienestar social, y otros relacionados que inciden en el bienestar socio-económico de la población. En el **SECTOR AGROPECUARIO Y PESQUERO** se han incorporado consideraciones nutricionales en cada uno de los programas y otros de la cadena agroalimentaria con el fin de alcanzar niveles adecuados de seguridad alimentaria tanto a nivel nacional como comunitario. Son los Ministerios de Agricultura (aspectos agropecuarios) y de Industrias (aspectos pesqueros) los encargados de alcanzar este objetivo. En el **SECTOR DE EDUCACIÓN** es indispensable la incorporación de consideraciones nutricionales tanto en los curriculums, así como en la preparación del personal docente de los niveles primario, secundario y universitario, incluyendo preparación de material educativo. La participación de los ministerios de salud (para capacitación) y de educación (para aplicación) permitirá cumplir con este objetivo. En el **SECTOR DE BIENESTAR SOCIAL** la incorporación de contenidos nutricionales debe asegurarse a través del programa "Operación Rescate Infantil, ORI" y de otros relacionados con el cuidado infantil diario, así como en los específicos para adolescentes y ancianos. En el **SECTOR DE SALUD**, la **DIRECCIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN** se encarga de asegurar la incorporación de contenidos nutricionales en los programas y proyectos relacionados con las responsabilidades de este Ministerio, y a la vez coordina con toda las instituciones

estatales y no estatales, en la normatización, planificación, ejecución y supervisión de acciones y programas que tienen que ver con el problema nutricional del país.

En los sectores descritos, se ha trabajado en la planificación de actividades específicas. En el caso de agricultura se ha avanzado en la preparación de un programa de seguridad alimentaria promocionando la diversificación alimentaria dentro del marco del Proyecto de Micronutrientes y del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional. En el Sector Salud y con apoyo técnico y financiero de la FAO se ha presentado un proyecto global tendiente a dar soluciones a áreas deprimidas, mediante el recurso de la autogestión comunitaria en el marco de las microempresas, a lo que se ha añadido un adecuado sistema de información, seguimiento, monitoreo y evaluación. En este mismo sector se ha terminado la elaboración del Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición dedicado al personal de Salud de los diferentes niveles. Se ha avanzado también en coordinación con el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud - IIDES- en la planificación y actual ejecución del Programa Nacional de Micronutrientes que tiene 4 componentes: suplementación con hierro y vitamina A, fortificación de alimentos de mayor consumo (harinas de panificación y azúcar), diversificación de la dieta y comunicación, mercadeo social y educación. En el Sector Educación se ha hecho un notable avance en el análisis del curriculum de las escuelas de enseñanza primaria para introducir aspectos de salud, alimentación y nutrición. En el Ministerio de Bienestar Social, hay un claro interés visualizado en algunas acciones de coordinación con el Ministerio de Salud Pública, para reactivar la Planta Procesadora de Alimentos, produciendo una mezcla alimentaria

convenientemente fortificada con vitaminas y minerales, para los niños de las zonas más pobres del país; este esfuerzo es posible gracias a la colaboración de la empresa privada.

3.- PLAN NACIONAL DE ACCION

Como se señaló en el numeral 1 y 2 de este documento, el "PLAN NACIONAL DE ACCION EN ALIMENTACION Y NUTRICION, ECUADOR 1994-2000", fue formulado con la participación de los diversos sectores, y se aprobó mediante Acuerdo Ministerial No. 5653 de 18 de octubre de 1994.

3.1. Objetivos Generales:

- 1.- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de nutrición y de salud de la población ecuatoriana, particularmente de los grupos con mayor riesgo: mujeres en edad fértil y niños, basados en el conocimiento adecuado de la multifactorialidad y multicausalidad de los problemas alimentario-nutricionales, tomando en cuenta su regionalidad y los grupos expuestos, a los que se focalizaran las acciones.
- 2.- Contribuir a la prevención de los problemas relacionados con la inseguridad alimentaria, malnutrición, desnutrición, los mismos que afectan particularmente a los sectores rurales y urbanomarginales.
- 3.- Contribuir a la protección de la salud del consumidor a través de la disponibilidad y consumo de alimentos de buena calidad e inocuos para la salud.
- 4.- Continuar e intensificar las investigaciones aplicadas en el sistema agro-

alimentario y nutricional que sirvan de base para la ejecución de planes, programas y proyectos a nivel de la comunidad.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Incorporar objetivos, consideraciones y componentes alimentarios y nutricionales en todas las políticas, planes y programas de desarrollo tanto nacionales como sectoriales.
- 2.- Mejorar la prevención y el tratamiento de las carencias nutricionales derivadas de las deficiencias energéticas, proteícas y de micronutrientes de la población, en especial de los grupos afectados y de alto riesgo (mujeres en edad fértil, niños y ancianos).
- 3.- Fomentar la lactancia materna.
- 4.- Prevenir la inseguridad alimentaria de las familias a través del incremento de la oferta de alimentos, la auto-producción de alimentos básicos, la racionalización de la comercialización y distribución de alimentos para asegurar una disponibilidad y consumo suficiente y adecuado de alimentos. Al mismo tiempo esto se logrará solamente cuando la población tenga la capacidad económica suficiente para garantizarse su acceso y consumo.
- 5.- Prevenir los problemas relacionados con la malnutrición (obesidad, dislipemias, aterosclerosis, hipertensión arterial y diabetes) tanto en la población infantil como adulta, estimulando mediante la educación, modos de vida sanos.
- 6.- Proteger la salud del consumidor mediante el mejoramiento de la calidad e inocuidad de los alimentos y el combate a las enfermedades infecciosas.

- 7.- Desarrollar procesos "investigativos para la acción", relacionados con los aspectos científicos y tecnológicos del sector alimentación y nutrición, para apoyar y reorientar los planes, programas y proyectos del sector.
- 8.- Fortalecer las actividades relacionadas con el sistema de vigilancia en alimentación y nutrición, con el fin de alcanzar niveles adecuados para el monitoreo de actividades y la evaluación de resultados e impactos.
- 9.- Implementar la educación nutricional para toda la población, mediante la comunicación e información alimentaria y nutricional.

3.3. **Población objetivo:** La población objetivo está conformada por las mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y niños menores de 5 años, con prioridad las de las zonas de pobreza crítica.

3.4. **Componentes del Plan Nacional de Acción:** Son 7 componentes:

- 1). **Estrategias:** legislativas, de Producción, almacenamiento y comercialización, de Investigación, de Coordinación, Sistema de Seguridad Alimentaria.
- 2). **Actividades comunitarias:** Fundación Juan César García, Fundación ICD, Maquita Cushunchic (MCCH).
- 3). **Proyectos tecnológicos para elaboración de mezclas alimenticias con alto valor biológico y bajo costo:**
 - a). **Proyectos de la Escuela Politécnica Nacional:** Enriquecimiento de la harina de soya, de desayuno escolar, moncaiba nutritiva,

snack enriquecido, fideo y soya.

- b). Proyectos de la Universidad Técnica de Ambato: transformación de la caña de azúcar; proyecto integral de la yuca.
 - c). Instituto Juan César García: Proyecto ANDES.
 - d). Proyectos del Ministerio de Agricultura y Ganadería: Harinas compuestas, Plan América, Capacitación en el manejo de granos básicos, Apoyo a la legislación, Apoyo a las reservas estratégicas, Seguridad Alimentaria a través del CASAR, JUNAC, TAREA, Transferencia de Tecnología Agrícola y Educación Nutricional, Huertos Escolares.
- 4). Proyecto de Huertos Orgánicos Demostrativos.
 - 5). Proyecto de Producción, Almacenamiento y comercialización de alimentos en el área rural de la sierra.
 - 6). Proyecto de Comercialización de Alimentos y Programa de Microempresas para las mujeres de zonas urbano-marginales de la costa.
 - 7). Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria.

3.5. Mecanismos de financiación:

Cada sector oficial tiene dentro del presupuesto regular del Estado una asignación presupuestaria muy reducida. En el sector Salud, el FONDO NACIONAL PARA LA NUTRICION INFANTIL -FONNIN- es la principal fuente de financiamiento. Además de esto, la contribución de algunos organismos externos de cooperación ayudan en

algo a cubrir los requerimientos presupuestarios. Se ha tenido ayuda en la cooperación técnica sobre todo por parte de FAO, y también de la OPS-OMS, y UNICEF.

3.6. Instituciones participantes

Las siguientes son las instituciones participantes en la implementación del Plan Nacional de Acción, habiendo algunas de ellas participado también en la elaboración: Ministerios de Salud, Educación, Bienestar Social, Agricultura y Ganadería, Instituto Nacional de Niño y la Familia -INNFA-, Instituto de Cooperación al Desarrollo -ICD-, Instituto Juan César García, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Instituto de Desarrollo Tecnológico de la Escuela Politécnica Nacional, Facultad de Nutrición y Dietética de la Escuela Politécnica del Chimborazo, Postgrado en Alimentación y Nutrición de la Universidad Central del Ecuador, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer -CEPAM-.

Cada una de estas instituciones tiene bajo su responsabilidad el cumplimiento de los proyectos que fueron planificados en el contexto del Plan Nacional de Acción. El Plan Nacional de Acción está en la etapa de inicio de la implementación; se trabaja fundamentalmente en lo planificado por el sector Salud. La cobertura del Plan Nacional de Acción es nacional, cubre las 21 provincias del país.

4. REALIZACIONES, PROBLEMAS Y NECESIDADES

Las realizaciones son las siguientes: La formulación del Plan Nacional y de los instrumentos de referencia PLANAN y PRONAN, así como la conformación del

Comité Nacional de Programas de Alimentación y Nutrición -CONPAN-. La elaboración con la colaboración de la FAO de un Proyecto Integrado de Alimentación y Nutrición en el marco de la autogestión comunitaria; está en fase de aprobación en la sede de FAO en Roma. La coordinación de los diversos sectores que tienen trazado un plan específico de trabajo. La organización de un encuentro de ONGs para obtener su participación en la ejecución del Plan.

El obstáculo más importante es el presupuestario, debido en parte a un enfoque político-económico incoherente con las políticas sociales. De todos modos se buscan soluciones en el corto plazo para agilizar la aprobación del presupuesto en el Ministerio de Finanzas. Las necesidades urgentes y sentidas son las presupuestarias, debido a que el Plan además de facilitar la ejecución de lo planificado tiene que articularse a una estrategia de sostenibilidad. Se requiere también asesoría en el monitoreo y sobre todo en el montaje de una línea de evaluación de impacto en el mediano y largo plazo.

PLAN NACIONAL

PERÚ

POLITICAS DE GOBIERNO Y PLANES DE ALIMENTACION Y NUTRICION INFORME PERU

PERU: CONTEXTO POLITICO Y SOCIOECONOMICO AÑO 1990

El año 1990 constituye para el Perú la síntesis de la crisis que se inició a mediados de la década de los setenta y que se agudizó el año 1988. Crisis que se caracteriza por el aislamiento de la economía internacional, producto de la decisión de pagar sólo el 10% de las exportaciones al servicio de la deuda externa, la hiperinflación que descapitalizó la mayoría de bienes y servicios, la violencia político-social expresada en su forma más cruenta: el terrorismo asociada al narcotráfico y además un sobredimensionamiento del Estado burocrático.

La crisis de gobernabilidad manifiesta, construyó en la sociedad peruana el rechazo a las instituciones políticas, incluyendo el Estado, poniendo en tela de juicio la democracia y la legitimidad de las instituciones, mientras éstas no canalizaban ni daban respuestas a las necesidades prioritarias de la población.

Paralelamente los procesos de migración del campo a la ciudad fomentaron la urbanización de la pobreza, manteniéndose en las áreas rural andina y de la selva la marginación secular y los problemas estructurales de siempre: desnutrición crónica, mortalidad infantil elevadas.

Completan este marco la Globalización de las economías, la apertura al libre mercado, la revolución tecnológica y de los medios de comunicación que transcurren en el Mundo y cuya lectura en ese entonces (1988-1990) en Perú no es entendida.

POLITICAS DE GOBIERNO Y LINEALIENTOS EN ALIMENTACION Y NUTRICION PERU 1990-1995

Al heredar el nuevo Gobierno en Julio de 1990 la pesada carga política, económica y social y consciente que la superación de los graves problemas sólo son posibles mediante EL CRECIMIENTO ECONOMICO SOSTENIDO Y LA GENERACION DE EMPLEO para la población, ha venido implementando una política macroeconómica con el propósito de promover la inversión que asegure el desarrollo estable del país. (1)

Las principales líneas de acción que se implementaron para enfrentar este problema fueron:

1. Reinserción en la Economía internacional
2. Lucha contra el terrorismo y narcotráfico
3. Ajuste estructural (reducción del aparato estatal, privatización, política cambiaria - tributaria dentro de un contexto de libre mercado)
4. Lucha contra la pobreza

Frente a la situación de crisis económica y social acumulada que hacía lo imposible que los programas de estabilización redunden en un corto plazo en alivio significativo de la pobreza, el gobierno replantea la política social del estado en apoyo a la población más necesitada CON EL OBJETIVO DE PROMOVER IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA TODOS LOS HABITANTES DEL PAÍS.

Se determina entonces los lineamientos de política social que se implementan desde inicios de 1991 pero que se ejecutan con una mayor articulación desde 1993.

Estos lineamientos de política social enfatiza la INTERVENCIÓN SELECTIVA Y FOCALIZADA, buscando el difícil equilibrio entre actividades permanentes (justicia, salud, educación) y otras más urgentes (empleo, y apoyo alimentario orientado a disminuir los daños permanentes en la infancia).

El programa de mejora del gasto social básico comprende 4 componentes:

- **Salud Básica:** paquete básico de salud, priorizando el Primer nivel de atención a través de Puestos y Centros de Salud, dotando de los insumos (medicamentos y equipos), que el perfil epidemiológico exige. Se aumentó la cobertura de profesionales de Salud, ampliándose el horario de atención en dichos establecimientos.
- **Educación** : Se prioriza la Educación primaria, capacitando a docentes, dotando de material educativo y construyendo Centros Educativos y/o mejorando los existentes.
- **Complementación alimentaria para grupos de mayor riesgo:** focalizada en la Región andina a niños entre 6 meses y 3 años dotando de una papilla fortificada, tratando de construir equidad por medio del alimento como un bien social hacia un medio donde la ablactancia inadecuada, desnutrición, mortalidad infantil constituyen un círculo vicioso.
- **Justicia** : Optimizar el sistema operativo de Justicia, enfatizando el apoyo a los jueces de Paz para la solución de conflictos en el primer nivel, se trata de acercar Justicia hacia las poblaciones desprotegidas.

Paralelo a ello , el Estado dio prioridad a la generación de

capacidades Institucionales básicas para facilitar acciones en salud, educación y administración de justicia, creando así FONCODES (Fondo de Compensación de Desarrollo Social, PRONAA (Programa Nacional de Asistencia Alimentaria.), entre otros.

La evolución del gasto social en Perú fue ascendente: en 1990 el gasto por habitante fue de \$12 US, en 1994 de \$ 83 US y en 1995 de 176 dólares.

Así en 1994 el estado destinó 1,600 millones de US\$\$ para el Gasto Social Básico.

Dentro de este marco de integración de políticas económicas, sociales y de ambiente; el sector AGRICULTURA, por ser un componente estratégico de desarrollo ha sido priorizado por la misma Constitución del Estado.

En estos últimos 5 años el sector Agricultura ha venido implementando sus políticas con dos enfoques estratégicos:

1) **COSTA:** agricultura rentable y competitiva, capaz de generar valor agregado a los recursos naturales

2) **SIERRA:** agricultura de apoyo social (tecnología, provisión de insumos, repoblamiento ganadero, agroindustria rural...)

Desde 1992 también transcurren importantes Programas y Proyectos relacionados a Alimentación y Nutrición en los diferentes sectores.

El trabajo multisectorial desarrollado en los últimos meses para la formulación PNAN ha estado orientado a sistematizar las actividades que los diferentes Programas y Proyectos vienen realizando. NO SE HA pretendido desarrollar un NUEVO document TEORICO sino:

- a) Plasmar o resumir lo que el país viene desarrollando en una suerte de coincidencia con el compromiso de país adquirido en la CIN.
- b) Adaptación de las estrategias de la CIN en la implementación del PNAN
- c) Mejorar enfoques y coordinaciones intra e inter sectoriales, con el objetivo de optimizar los recursos humanos y económicos existentes y **LOGRAR ACCIONES COORDINADAS Y COMPROMETIDAS** del estado.

Paralelo a lo anterior, se han instalado :

1. **MESAS DE TRABAJO MUTIDISCIPLINARIAS** : Alimentación Infantil, Seguridad Alimentaria, Vigilancia Alimentaria Nutricional y Mesa de Micronutrientes. El objetivo de estas mesas es la participación de los diferentes actores sociales involucrados en cada uno de estos temas, definiendo tres momentos :
 - i.- TECNICO
 - ii.- FACTIBILIDAD
 - iii.- POLITICO

2.-APOYO A LOS CONSEJOS REGIONALES DE ALIMENTACION Y NUTRICION; instancias descentralizadas, multisectoriales con participación de organismos de bases cuyo fin es la ejecución de planes y programas de alimentación y nutrición en los ámbitos regionales.

A continuación se presentan cuadros sobre la situación e intervenciones que contemplan el PNAN del país.

Situación

Los daños nutricionales de mayor interés para este plan se pueden resumir como sigue :

DAÑO	FACTORES	EFFECTOS	MAGNITUD Y DISTRIBUCION	ACCIONES ACTUALES
DESNUTRICION INFANTIL	Alimentación inadecuada entre 6-24 m (ab lactancia temprana y/o de poca densidad). Infecciones (enfermedad diarreica, enfermedad respiratoria, sarampión).	Mortalidad. Deficit intelectual?	Entre 20 y 50% de los niños llegan al 6to año de vida con secuela de talla baja. Muy discreta reducción en última década. Prevalencia estrechamente asociada a necesidades básicas insatisfechas.	PANFAR: Alimentación complementaria a niños, gestantes y lactantes de familias en riesgo. SBPT: Alimentación complementaria masiva focalizada en áreas de pobreza extrema. Coordinación inter-institucional variable.
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	Alimentación inadecuada de la gestante. Infecciones gestacionales?	Mortalidad. Desnutrición infantil.	Mediciones esporádicas hospitalarias sugieren menos de 10%. Mayor prevalencia con altitud.	
DEFICIENCIA DE INGESTA FAMILIAR	Pobreza extrema que limita capacidad adquisitiva y conocimiento para optimizar dieta.	Mortalidad? Baja productividad? Desnutrición infantil. Anemia? Infecciones (Tbc)	Consumo promedio nacional 80% de requerimientos mínimos. Prevalencia de pobreza en 30%, agravada en última década. Impacto mayor posible en escolares y MIE.	Gasto social muy limitado hasta hace poco. Seguirá limitado. Programas de focalización y alivio de pobreza empezando.
DESNUTRICION EN EL NIÑO EN EDAD ESCOLAR	Deficiencia de ingesta familiar como lo más relevante. Posiblemente algunos con problemas psicológicos.	Bajo rendimiento y capacidad de aprendizaje. Deserción? Anemia? Infecciones (Tbc)?	No hay un indicador claro (talla refleja DNI). Posiblemente paralelo a DIF.	Hay diversos programas, poco coordinados, que dirigen alimento a este grupo. No datos de evaluación.
ANEMIA	Deficiencia de hierro en la ingesta. Infecciones (Malaria, Uncinariasis).	Bajo rendimiento intelectual. Baja productividad?	Encuestas en algunas regionales y localidades (selva, sierra rural) en el orden de 20% en infancia y 30% en gestantes. Se sospecha incremento en el reciente quinquenio.	Estudios piloto en curso para fortificación y suplementación.
DEFICIENCIA DE VITAMINA A	Deficiencia en la ingesta. Reserva inadecuada en la nodriza. Infecciones (enfermedad diarreica).	Mortalidad?	Datos preliminares sugieren 20-40% en infancia.	Estudios y ensayos pequeños de suplementación.
DEFICIENCIA DE IODO	Deficiencia en la ingesta.	Mortalidad. Deficiencia intelectual.	Encuestas en escolares de áreas en riesgo en el orden de 40-60%. Probable concentración en zonas de sierra y selva rural.	Programa nacional de iodación de sal con cobertura creciente. En áreas selectas, aceite iodado en inyección.

Al momento presente, otros daños, como la obesidad o la intoxicación alimentaria, no parecen ameritar una consideración prioritaria. En la medida en que ocurra desarrollo, aumentarán en relevancia dentro del perfil epidemiológico.

**PLAN NACIONAL
PARAGUAY**

TALLER SUBREGIONAL SOBRE POLITICAS, PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION EN ALIMENTACION Y NUTRICION

INFORME DE PARAGUAY

JULIO 1995

1. COMPROMISO POLITICO

Compromiso político gubernamental para afrontar la inseguridad alimentaria-nutricional no existe, porque se requiere mejor conocimiento sobre las poblaciones y localidades afectadas, así como sobre las dimensiones y las características de la inseguridad alimentaria, tales como los tipos de alimentos insuficientes, períodos de carencia, causas, etc.

Es necesario financiamiento para obtener dichas informaciones y una vez obtenidas, utilizarlas para realizar una buena abogacía del Plan de Acción para la seguridad alimentaria, en todos los niveles, tanto gubernamental como el de la sociedad en general.

2. POLITICAS SECTORIALES

2.A.-SECTOR SALUD:

Se han formulado políticas explícitas de alimentación y nutrición en el Sector Salud, pero la puesta en práctica sólo se ha realizado en parte.

El Plan de Alimentación y Nutrición constituye la base para una actualización de dichas Políticas, y los actuales Programas forman parte de dicho Plan.

Enumeramos a continuación los diferentes Programas que actualmente están funcionando en el Sector Salud, siguiendo los puntos considerados en el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

-PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS CARENCIAS DE MICRONUTRIENTES:

-CARENCIA DE YODO:

El Programa Nacional de Control y Prevención de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo tiene como principal estrategia la Yodación de la sal de consumo humano.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable del control de la calidad de la sal que llega al consumidor. Actualmente el 90% de la sal fina que se comercializa en el país está yodada. Sin embargo, sólo el 40% de la sal en granos presenta niveles aceptables de yodo.

-CARENCIA DE HIERRO:

El Programa Nacional de Control y Prevención de la Deficiencia de Hierro tiene como principal estrategia la lucha contra la parasitosis intestinal, a través de medidas higiénico-sanitarias y educativas.

Sin embargo, la progresiva pero lenta incorporación de comunidades rurales a la obtención de agua potable y a la eliminación sanitaria de excretas, obliga a la búsqueda de otras estrategias.

Una de ellas es la Campaña Nacional de Desparasitación a Niños Escolares, que consiste en la administración de 1 comprimido de 400 miligramos de Albendazol, a todos los niños escolares del País (1.000.000 de niños), en dos curas anuales.

Se tiene elaborado y durante el segundo semestre del corriente año se presentará al Parlamento Nacional, un proyecto de Ley de Enriquecimiento de la Harina de Trigo con Hierro.

-PROTECCION DE LOS CONSUMIDORES MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS:

Existe un Programa Nacional de Control y Protección de Alimentos, pero el mismo sólo está implementado en la Ciudad de Asunción.

-FOMENTO DE LA LACTANCIA NATURAL:

Existe una Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna. La misma es interinstitucional y tiene como actividades la capacitación de trabajadores de la salud, el fomento de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, y la elaboración y puesta en práctica de normas y leyes que favorezcan la lactancia materna.

-PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

El Ministerio de Salud Pública es responsable de los Programas de control de las enfermedades infecciosas, especialmente las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

A continuación enumeramos los Programas que cuentan con Proyectos específicos pero que no están desarrollando actividades actualmente.

- Atención a grupos menos favorecidos.
- Fomento de dietas apropiadas y de modos de vida saludables.
- Evaluación y vigilancia de situaciones nutricionales.

Los obstáculos más importantes para el buen desarrollo de estos programas son:

- Falta de coordinación intersectorial e interinstitucional.
- Insuficiente incorporación del componente alimentario y nutricional en los Programas tradicionales de fomento de la salud de grupos vulnerables.
- Insuficiente financiamiento de los diferentes Proyectos.

2.B.-SECTOR AGRICULTURA:

No hay políticas explícitas de alimentación y nutrición en este Sector. Los programas de asistencia técnica y educativas ejecutadas a través de los servicios de extensión agraria tienen componentes de producción y utilización de alimentos, pero son de cobertura limitada, alcanzando sólo a cerca de 7% de las familias rurales de pequeños productores campesinos tradicionales.

Entre los objetivos del Plan nacional de desarrollo Social y económico, en el Sector Agropecuario y Forestal, se menciona específicamente la Seguridad Alimentaria, pero no se ha llevado esa declaración a nivel ejecutivo.

Consideremos que una de las causas radica en que tradicionalmente el problema alimentario y nutricional se ha encargado al Ministerio de Salud Pública. Además, las demandas y presiones sociales se han ejercido sobre las necesidades de tenencia de la tierra, caminos, infraestructuras de salud y educación, etc., pero nunca sobre la seguridad alimentaria y necesidad nutricional. En el presente año, los líderes nacionales de organizaciones campesinas por primera vez incluyeron entre las demandas y propuestas presentadas al Gobierno la cuestión de la seguridad alimentaria.

2.C.-SECTOR EDUCACION:

La Reforma de la educación en el Paraguay constituye una respuesta a las expectativas de los diversos estamentos comprometidos con la educación escolar en sus distintos niveles y a la creciente presión de la opinión pública en cuanto a las exigencias de reformular el sistema educativo vigente en el país. Este nuevo contenido programático que sustituye al antiguo esquema con 20 de vigencia se propone afirmar en nuestros niños y niñas el valor de la participación y del diálogo y de prender en sus espíritus el deseo de conocer y descubrir el mundo.

La reforma educativa se define operativamente como un proceso permanente participativo, abierto, compromete por igual a todas las esferas, de la gestión oficial, a las instituciones y grupos de relación desde la familia hasta el vecindario, el municipio y el Estado.

La Educación Escolar Básica se estructura en 3 ciclos de 3 años de duración cada uno, lo que representa 9 años de educación obligatoria y gratuita. En los 3 ciclos está presente Educación para la Salud.

En el primer ciclo está integrada con Natural y Educación Física. Esta íntimamente ligada a Medio Natural porque los factores medio ambientales como la calidad del aire, la calidad del agua, el derecho de vivir en un medio ambiente sano son factores que influyen en el estado de salud de las persona y con la Educación Física porque ambas materias contribuyen a la salud integral del individuo.

En el segundo ciclo está integrada con Educación Física y en el tercero se presenta como materia independiente.

Porqué Educación para la Salud en los tres ciclos? Porque consideramos que educar a la niñez en salud en las escuelas es una necesidad no solamente desde el punto de vista de su importancia para mejorar la salud sino desde la perspectiva de fortalecer la educación en la niñez logrando estilos de vida favorables para mejorar la salud individual, familiar y social.

En el tratamiento de los temas planteados en Educación para la salud partimos de hechos reales presentados en la vida cotidiana del niño y a la niña, enfocados en forma sencilla, práctica, donde las pautas de comportamientos estén respaldadas por conocimientos científicos que se traduzcan en estilos de vida con mejores niveles de calidad y dignidad humana.

Resaltamos que Nutrición, Higiene y manipulación correcta de los alimentos para evitar consecuencias relacionadas con la contaminación de los alimentos, ocupan un lugar destacado dentro de los núcleos temáticos considerados en el área y lo hacemos desde el 1er. grado hasta el 9no. grado de la Educación Escolar Básica.

Destacamos a la vez que el tema nutrición forma parte de las competencias básicas que determinan la promoción de los alumnos al grado siguiente.

Asimismo los nuevos programas de formación docente abordan el tema Nutrición con el mismo enfoque considerado en la Educación Escolar Básica.

3. PLAN NACIONAL DE ACCION

La Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición, ha elaborado el Plan Nacional de Acción, bajo la coordinación de un Consultor Nacional, financiado por la FAO.

Dicho Plan de Acción será presentado en una Consulta Nacional, cuyos principales objetivos son la validación y la priorización de los problemas enunciados en el mismo.

Participarán de la Consulta Nacional representantes de diferentes Sectores e Instituciones. La misma está prevista para Octubre del corriente año.

Una vez realizada la Consulta Nacional, se buscará incorporar el Plan de Acción dentro de las Políticas de Desarrollo Social y Económico del país, para posteriormente iniciar su implementación. Se espera que la iniciación de su ejecución se realice dentro del año 1996. Los Programas incorporados al Plan de Acción que ya están en funcionamiento seguirán con sus respectivas actividades.

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN

- Asegurar el acceso constante de toda la población a una alimentación suficiente, inócua y adecuada para mantener una vida saludable y una actividad física económicamente necesaria y socialmente satisfactoria.
- Conseguir y mantener con equidad y solidaridad la salud y el bienestar nutricional para toda la población.
- Conseguir un desarrollo equitativo compatible con un medio ambiente saludable y socialmente sostenible, apropiados para contribuir a mejorar la nutrición y la salud.
- Prevenir las consecuencias nutricionales graves debidas a sequías e inundaciones periódicas y otras situaciones de emergencia.

-Fortalecer las instituciones y acciones de las diferentes áreas del desarrollo destinadas a mejorar la situación de las poblaciones y grupos prioritarios en materia de nutrición y salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS, ESTRATEGIAS Y METAS DEL PLAN

La formulación del Plan de Acción se ha realizado en base a las estrategias definidas por la Conferencia Internacional de Nutrición. Se han considerado como metas a aquellas enunciadas por la propia CIN, o por reuniones internacionales previas (Cumbre de la Infancia).

MECANISMOS DE FINANCIACION Y COOPERACION TECNICA

Una vez incorporado el Plan dentro de la Política Nacional de Desarrollo, se buscará cooperación técnica y financiera para cada uno de sus componentes, sin perjuicio de los Programas y Proyectos que pueda financiar el Propio Gobierno.

4. REALIZACIONES, PROBLEMAS Y NECESIDADES

Debido a que el Plan de Acción aún no se ha implementado en nuestro País, no podemos determinar logros y problemas resultantes de la implementación del mismo.

SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE VENEZUELA

En la actualidad la crisis social ha continuado inercialmente azotando a vastas capas de la población venezolana, haciendo retrotraer para el ^esalariado su poder adquisitivo a niveles comparables a los que tenía en el año de 1936. El caos financiero, con la quiebra a granel de bancos, ha puesto en peligro la estabilidad financiera del gobierno nacional, ya que la magnitud de la misma, al decir de los expertos, no tiene parangón en la historia económica mundial. Poco a poco estamos saliendo de ella, pero la recuperación tardará un tiempo apreciable. La escasez de recursos, el aumento de la pobreza y su fiel acompañante, la desnutrición han aflorado la necesidad de creatividad y ajustes al momento de trazar las líneas de acción, para enfrentar el hambre.

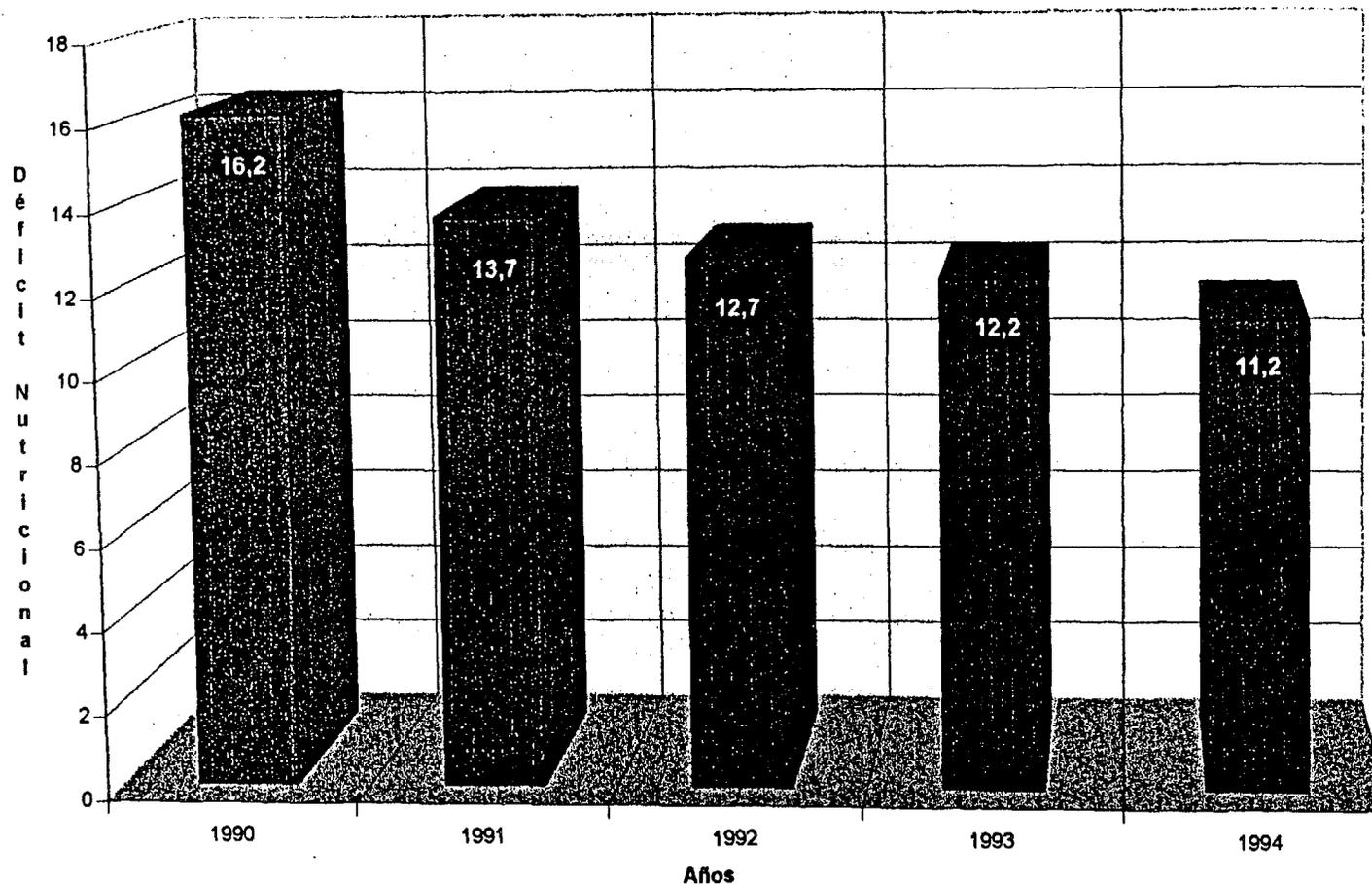
Entre las manifestaciones de la crisis se encuentran el deterioro de los Indicadores Macroeconómicos, se ha observado un incremento sustantivo de la pobreza y es así que para 1994, el 66,2% de los hogares venezolanos son pobres y un 30,3% de los hogares se encuentran en pobreza crítica, lo que agrava aún más la problemática alimentaria.

La **Tasa de Mortalidad** por causas asociadas a la desnutrición en niños de 1-4 años, se incrementó entre 1988 y 1990 de 122,8 a 147,9%. El Hospital de Niños de Caracas registró para el primer trimestre de 1990 que el 5,5% de los niños evaluados nutricionalmente presentaban desnutrición grave. La **Mortalidad por Deficiencias Nutricionales** aparece para 1992, dentro de las 25 primeras causas, donde el número de muertes por ésta patología ha crecido en forma sostenida en los últimos años y es así como de 276 defunciones registradas para 1983 pasa a 896 para 1990, ocurriendo ellas en mayor proporción en los niños menores de 4 años y los adultos mayores de 65 años.

Así mismo se registra un incremento de recién nacidos de bajo peso de 10,03 en 1988 a 13,4 en 1994, lo que ^{re}vela problemas en el estado nutricional de las madres.

Según los datos del INN, **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional** la **desnutrición actual ó aguda** en menores de 15 años (peso-talla) indican que mejoró la situación ya que pasó de 15,9% en el 89 a 11,2% en 1994, lo que puede atribuirse a la abundante suma de recursos asignados en el último quinquenio, a los Programas de Compensación Nutricional en especial de la red escolar, sin embargo al estudiar la situación por grupos de edades, el más afectado es el menor de 2 años (12,6% y en los niños de 2-6 años es de 12,2%). Combinando indicadores (peso/talla, peso/edad, talla/edad) en menores de 15 años la **desnutrición aguda** es de 8,16% en 1994, mientras que en 1990 era de 12,01%.

Tendencia de la Desnutrición en Menores de 15 Años en Venezuela Durante el Período 1990-94 (*) (según indicadores peso-talla)



Fuente: INN-SISVAN, Componentes Menores de 15 años.

(*) 1er Semestre

101

PLAN NACIONAL
VENEZUELA

Según este mismo indicador (peso-talla, peso-edad, talla-edad), la **desnutrición crónica** en menores de 15 años (compensada y descompensada) en 1990 fué de 20,16% y 4,86% respectivamente, disminuyendo en 1994 a 16,78% y 1,56% respectivamente.

Los estados que tienen mayores ingresos hospitalarios pediátricos con desnutrición grave durante 1993 fueron en orden decreciente: Amazonas 5,1%, Portuguesa 2,5% y Miranda 2,2%.

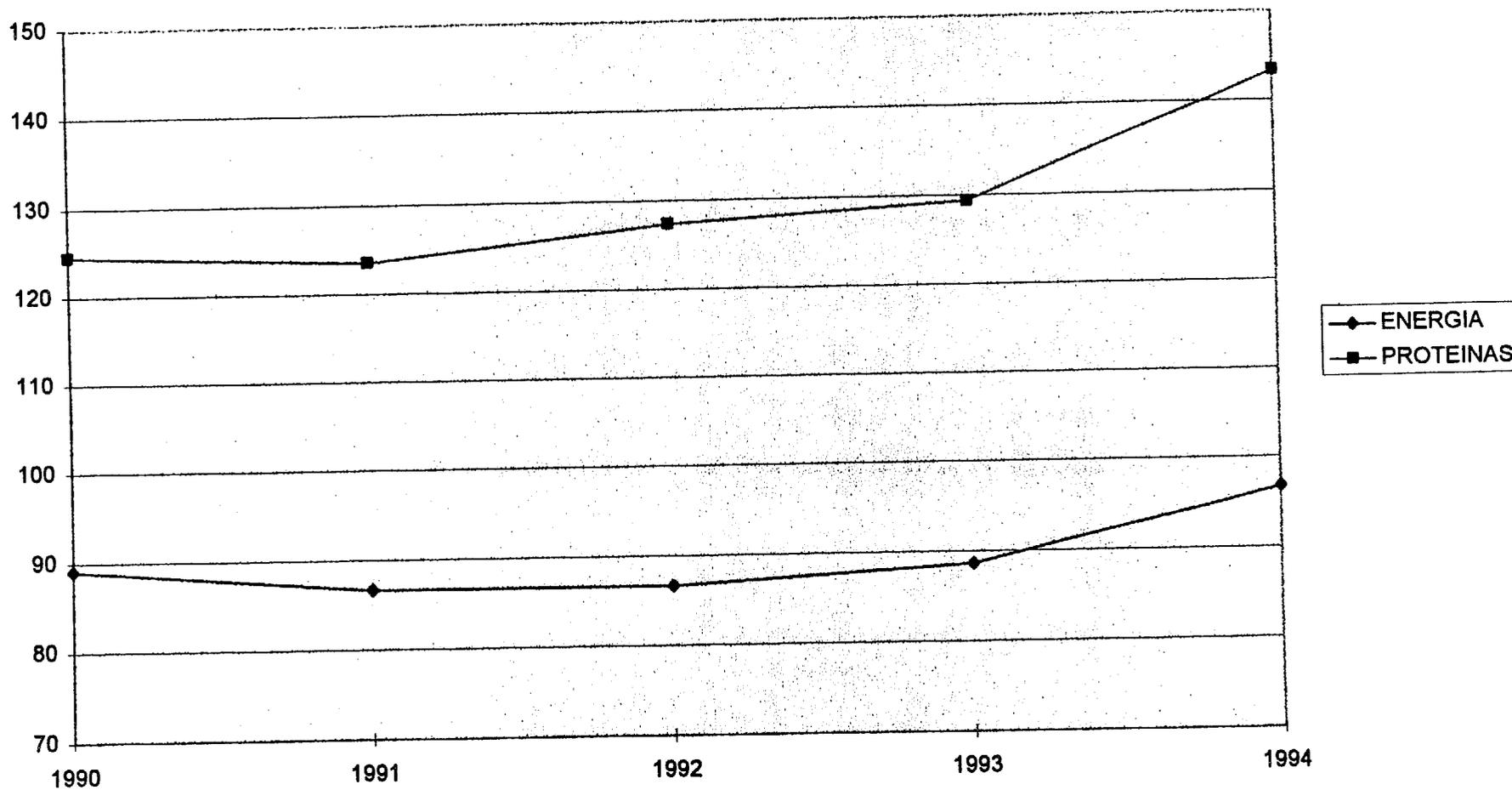
Según datos recientes de la **Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos** realizada por OCEI y procesada y analizada en los aspectos nutricionales por el INN, se encontró ~~que~~ en el periodo 90-94 que la adecuación calórica pasa de 89% en el año 1990 a 96,79% en el 94. Así mismo se encontró que a partir de 1993 se superaron los déficits de Hierro, Retinol, Tiamina, Niacina y Riboflavina. Esto pudiera ser debido a la puesta en marcha de la ~~la~~ **Política de Enriquecimiento de Harina de Maíz Precocida y Harina de Trigo para panificación y pastas**, alimentos que son de uso frecuente por la población venezolana y a que algunos programas de compensación alimentaria utilizan la harina de maíz como producto básico (Beca Alimentaria, Merienda).

A pesar de obtener el mejor porcentaje de adecuación calórica en 1994 (96,79%) al estudiar la situación a través de los cuatro (4) trimestres de ese año, se encontró que la misma disminuyó de 103% en el 1er. trimestre a 93,69% en el 4to. trimestre. Igual problemática se observó con todos los micronutrientes. Esto preocupa ya que es consecuencia de la disminución en el consumo de doce (12) de los trece (13) Grupos de Alimentos (exceptuando huevos). Este problema se mantuvo similar en el Area Metropolitana, que si bien su adecuación en energía y nutrientes se ha mantenido por encima del 100%, pasa de valores entre 126% y 199% en el 1er. trimestre a 110% y 162% en el 4to. trimestre. Grave es la situación en el Resto Urbano (Capitales de las Regiones Urbanas) donde su adecuación calórica de 88% en el 1er. trimestre disminuye a 81% en el 4to. trimestre, y reaparecen déficits en Retinol, Niacina y Riboflavina que habían sido superados en el 1er. trimestre y aparecen nuevas deficiencias como son en Calcio y Vitamina C.

El problema del deterioro en el consumo está influenciado en parte por el incremento en el costo de los alimentos, que en 1994 fue de 60% y las familias con los mismos ingresos incrementaron su gasto en alimentación en 32% (20.438 Bs. en el 1er. trimestre a 26.872 Bs. en el 4to. trimestre), pero adquirieron menor cantidad de alimentos.

CONSUMO DE ALIMENTOS. PORCENTAJE DE
ADECUACION DE ENERGIA Y PROTEINAS.
VENEZUELA 1990-1994.

%



FUENTE: OCEI. ENCUESTA DE SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE ALIMENTOS 90-94.
INN. DIV. DE NUTRICION EN SALUD PUBLICA.
CALCULOS PROPIOS.

115

La inflación promedio se colocó en los últimos seis años por encima de 30% con picos de 84% en 1989 y 77,2% en 1994, lo que ha representado una caída de promedio del salario real del 40% entre el 89-94, ensanchando la brecha entre el salario mínimo (9.000 y 15.000 Bs.) y el costo de la **Canasta Alimentaria** para el 89-94 (9.000 y 22.566 Bs. respectivamente) lo que determinó que para 1992 (año intermedio) el 75% de las familias venezolanas tuvieran un ingreso similar ó inferior a la **Canasta Alimentaria** ocasionando graves repercusiones en la calidad y cantidad de la ingesta de nutrientes.

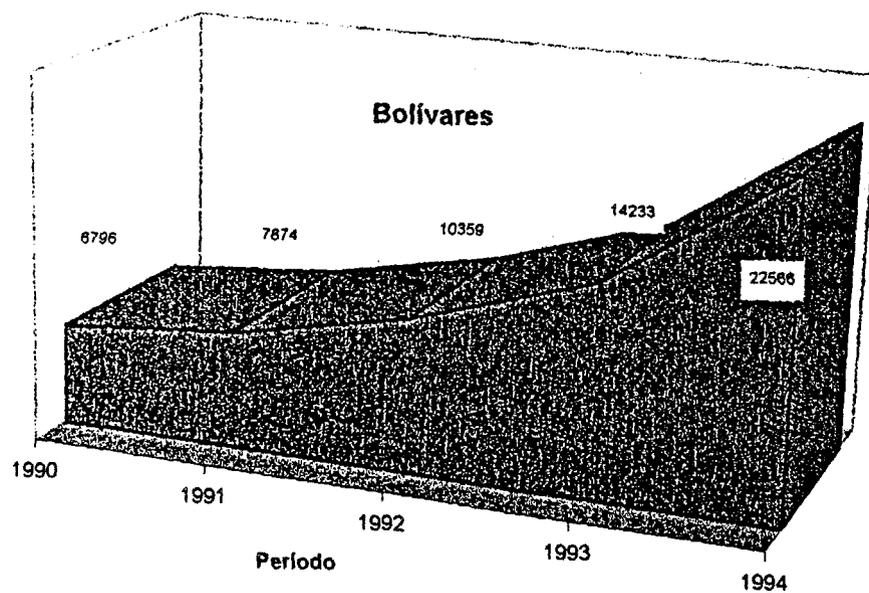
La **Seguridad Alimentaria Venezolana** es sumamente vulnerable, ya que refleja una **disponibilidad alimentaria crítica** (para 1991 según HBA estaba por debajo del 92% de la adecuación calórica). Además continúa con cierta **dependencia alimentaria externa**, ya que para 1991 importó el 48,4% de las calorías provenientes de los cereales, el 27,3% de las grasas visibles y el 12,2% de las provenientes de azúcares y miel.

Con respecto a los **Programas Nutricionales** (10) cuentan con una elevada cifra presupuestaria (217.7 mil millones en 1995), siendo todos de carácter compensatorio asistencial, bastantes descoordinados sin ser concebidos como un conjunto programático (múltiples instituciones y estrategias) y eficacia, contrariamente no existen programas que faciliten el acceso de la población de los mismos. Además de duplicidad de acciones y recursos sobre una misma población destinataria existen problemas de incoherencia de cobertura, una progresiva elevación de costos como consecuencia de la inflación, inadecuados sistemas de focalización, concentración de recursos en ciertos sectores poblacionales (39% del presupuesto se dirige a la población escolar de (1ro. - 6to grado) descuidando otros de mayor urgencia, como son los menores de 6 años y los que están fuera de atención institucionalizada.

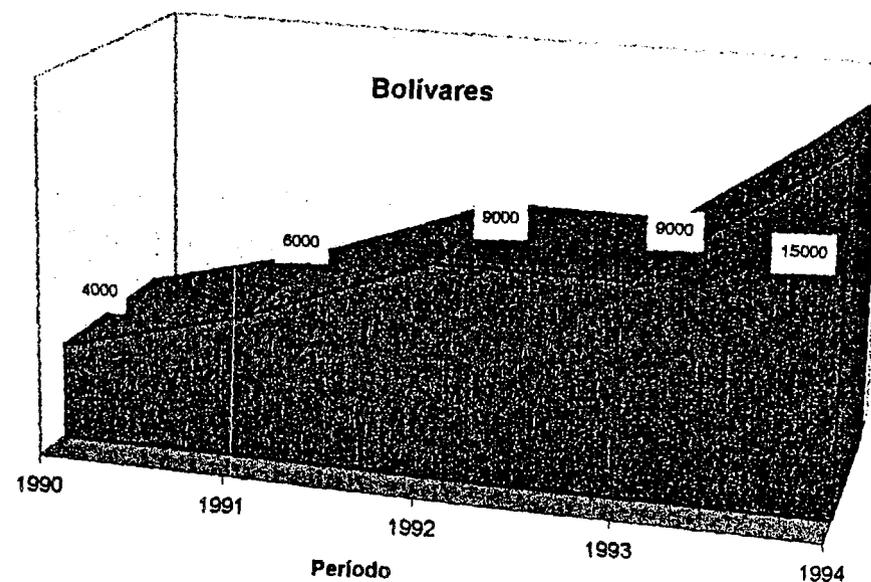
Se tiene poco conocimiento sobre adecuada eficacia y eficiencia de los programas debido a la insuficiencia de información sistematizada, de estadísticas e indicadores y en general de metodologías de seguimiento, evaluación permanente de programas sociales.

Comparación Gráfica entre el Costo de la Canasta Normativa de Alimentos y del Salario Mínimo,
Expresados en periodos de estudio y Bolívares.
Venezuela, Julio 1995.

Evolución del Costo de la Canasta de Alimentos



Evolución del Salario Mínimo



Fuente: Publicación periódica del Centro de Investigaciones Económicas y Sociales. CIES. Abril 1995:página 10
Instituto Nacional de Nutrición. 1995.

17

IX PLAN DE LA NACION

El IX Plan de la Nación (lapso 95-99), considera dentro de su Política Nacional de Alimentación y Nutrición lo siguiente:

El Estado promoverá la mejora de las condiciones Nutricionales y Alimentarias de toda la población particularmente de los grupos en situación de pobreza. La política está conformada por un sistema de Estrategias y Operaciones que comprenden la producción y disponibilidad de alimentos para el consumo masivo, la compensación alimentaria a los grupos más débiles y la adición de nutrientes en los alimentos de la ingesta básica y establece como metas para 1998:

- Reducir la proporción de Niños con **bajo peso al nacer** en un 10% de su valor estimado para 1994 (de 14, 14 a 11,86).
- Reducir la proporción de niños menores de 15 años con **desnutrición moderada** en un 20% aproximado con respecto a su valor de 1993 de (0,71 a 0,57).
- Reducir la proporción de niños menores de 15 años con **desnutrición grave** en un 20% aproximado con respecto a su valor estimado de 1993 de (0,49 a 0,39).

Lo complejo del problema alimentario y nutricional obliga a la interconexión orgánica de las medidas económicas y sociales para resolver los problemas debido a condiciones y acceso de los alimentos y de déficits nutricionales. Se focalizarán acciones y recursos, según los grupos de población a riesgo biológico por malnutrición, se establecerán estrategias de educación nutricional, orientación alimentaria y disposición de servicios médico sanitarios.

Para el desarrollo de la Política se requiere el fortalecimiento de la coordinación intersectorial, la descentralización, la participación de la población beneficiaria y la integración de los programas.

A tal efecto se ejecuta el Plan Alimentario para el mejoramiento de las condiciones nutricionales de la población.

El IX Plan de la Nación también considera los siguientes aspectos:

- Políticas de Atención Integral a las Familias Pobres.
- Atención de Embarazadas, Lactantes y Niños Menores de 6 Años.
- Atención a Ancianos Desvalidos.

Otros Aspectos del IX Plan de la Nación Relacionados con la Política Alimentaria y Nutricional.

- Soporte a la Estrategia Agroalimentaria

“Es un mundo donde la población crece aceleradamente y donde la superficie cultivable disminuye, la capacidad del país para producir alimentos se convierte en un factor clave de competitividad internacional. En este sentido, en el presente período el Estado Venezolano avanzará en los siguientes frentes complementarios: rescate de la infraestructura hidráulica, saneamiento de las tierras, expansión de la vialidad agrícola y conservación de las cuencas altas, de las que dependen el abastecimiento de aguas a las poblaciones y el riego.

Economía Solidaria

- Desarrollo y articulación de un sistema de Empresas Asociativas

Se apoyarán las actividades que coadyuven a las satisfacción de necesidades sociales básicas, como son la comercialización de alimentos y bienes de consumo básico y la ejecución de proyectos de infraestructura en barrios. En lo posible y para fortalecer las organizaciones de la población incrementando su capacidad de negociación, se promoverá la articulación de estas empresas en redes que cierren, cuando ello sea pertinente circuitos de producción, distribución y consumo. Se tomará en cuenta la experiencia de organización preexistentes de tipo retrospectivo y vecinal, ONG dedicados al desarrollo social tomará como punto de partida modelos exitosos que puedan ser cumplidos y potenciales.

- Hábitat y Relaciones Comunitarias: Políticas dirigidas a la integración en la convivencia colectiva

La convivencia colectiva y la cooperación comunitaria requieren de un proceso de educación, de las capacidades y actitudes de los individuos para asumir el ejercicio pleno de sus deberes y derechos como ciudadanos y para ello nada mejor que el ámbito de las comunidades de familias que, al asumir sus responsabilidades, preparan las bases, para el fortalecimiento y expansión no solamente del hábitat sino de la producción familiar y comunitaria.

- Organización Comunitaria y Acción Pública Prioritaria en las Zonas Populares.

Se promoverán organizaciones de base comunitaria a través de la concertación de los organismos públicos y las organizaciones de segundo grado de la sociedad civil,

será extendido a los barrios que estén sujetos a los programas de consolidación y equipamiento. Se promoverá la organización comunitaria con capacidad para tomar en sus manos todas ó algunas fases de planificación y gestión de programas sociales compensatorios ejem: la constitución y el funcionamiento de cocinas comunitarias y roperos escolares.

La Descentralización

La descentralización iniciada en 1989 es un factor determinante para lograr que cada uno de los niveles de gobierno sea responsable del ejercicio determinando responsabilidades y funciones, siendo todos en conjunto miembros de la comunidad nacional. La recomposición de responsabilidades y competencia entre el gobierno central y la administraciones regionales y locales, es un proceso complejo que exige a cada nivel de gobierno un rol más afectivo en el ordenamiento territorial, para asegurar entre otras una mayor gobernabilidad y una adecuada prestación de los servicios sociales y públicos que demanda la población. El proceso continuará llevándose a cabo a través de un conjunto de acciones que tendrán los siguientes elementos:

1. Reordenamiento de la transferencia de competencia en función de las capacidades de los gobiernos regionales y locales, así como las demandas que éstos realicen al poder central.
2. Profundizar la descentralización, priorizando aquellos sectores que mejoren los servicios requeridos por la población. Este proceso se extenderá hasta el nivel municipal.
3. Una elevación de la capacidad de gestión de la administración estatales y municipales para que sean capaces de asumir plenamente las nuevas responsabilidades que exige un esquema institucional descentralizado y altamente participativo.
4. El fortalecimiento de las finanzas de los gobiernos subnacionales, orientado a corregir el desequilibrio territorial en el financiamiento público, que tendrá como acción inmediata la instrumentación de un Programa Nacional dirigido a incrementar la generación de recursos propios de estados y municipios.

El Instituto Nacional de Nutrición hasta el presente ha puesto en práctica la descentralización de programas a nivel de Municipios en varios Estados del País y el 12 de Julio del presente año el Ciudadano Presidente de la República, firmó el primer convenio de descentralización de los programas y actividades nutricionales con el Estado Aragua. Están en lista de espera de iguales convenios otros seis Estados que han solicitado dicha descentralización.

DECRETOS Y RESOLUCIONES DE POLITICA AGROALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

- ◆ El Ejecutivo Nacional, mediante Decreto N# 2492 del 20-08-92, creó la **Comisión Nacional de Enriquecimiento de Alimentos CENA** que se encargaría de elaborar un Plan Nacional de Enriquecimiento Nutricional de Alimentos.
- ◆ Decreto Presidencial N# 2717 publicado en Gaceta Extraordinaria N# 4508, de fecha 30 de Diciembre de 1992, crea la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) con carácter permanente y su propósito es asesorar al Ejecutivo en la Formulación, Coordinación y Evaluación del Plan Nacional de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.
- ◆ El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social mediante Decreto N# 3147 del 16-09-93, resuelve la creación de la **Comisión Nacional de Yodación y Fluoración de la Sal**, destinada al consumo humano y veterinario, cuyas atribuciones son: la elaboración del Plan Nacional para el Control y Erradicación de las Deficiencias de Yodo y Flúor. A partir de Enero de este año mediante decreto, se establece que el Instituto Nacional de Nutrición coordinará esa Comisión.
- ◆ El Ejecutivo Nacional a través de la Oficina Central de Estadísticas e Informática, según Resolución N# 476, de fecha 19 de Enero de 1994, publicada en Gaceta Oficial N# 35391 de fecha 28 de Enero de 1994, resolvió la Creación del Comité de **Estadísticas Sociales**, la cual tiene como actividad principal diseñar el Programa de Estadísticas Básicas del Sector Social.
- ◆ El Ejecutivo Nacional considerando que toda la población tiene derecho a adquirir los alimentos necesarios para cubrir sus requerimientos nutricionales, lo cual hace necesario establecer sistemas que permitan la disponibilidad de los recursos dirigidos hacia la producción de alimentos; a los fines de proteger al país contra los riesgos de desabastecimiento y alta dependencia externa, decretó la Creación del **Consejo Nacional de Alimentación** (Decreto N# 666 del 10 de Mayo de 1995) Organo de Carácter Permanente, cuyos objetivos son Asesorar, Concretar y Proponer al Ejecutivo Nacional los mecanismos e instrumentos que aseguren la disponibilidad de los recursos y la objetiva toma de decisiones para su inversión a fin de garantizar el abastecimiento de alimentos, el acceso a los mismos y el mejor aprovechamiento biológico para toda la población: integrado por Ministerio de Agricultura y Cría, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Ministerio de Fomento, Ministerio de la Familia, Jefe de la Oficina Central de Coordinación y

Planificación, Presidente del Instituto Nacional de Nutrición y el Secretario del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria.

POLITICAS SECTORIALES

Plan Alimentario Nacional

Por decisión del Gabinete Social en el lapso Octubre 1994-Enero 1995, bajo la Coordinación de CORDIPLAN y el Instituto Nacional de Nutrición con la participación de los Ministerios de la Familia, Sanidad, Educación, Fomento, Agricultura, INAGER, Fundación PAMI, se elabora el **Plan Alimentario Nutricional (PAN)** cuyo objetivo general es: propiciar el mejoramiento de las condiciones Alimentarias y Nutricionales de la población Venezolana mediante el concurso de las Entidades Públicas y Privadas y la participación activa de la Sociedad Civil, tomando en cuenta las diversidades y particularidades de las condiciones socioespaciales y la Municipalización de las Acciones.

Considera los siguientes lineamientos de Política:

Acciones dirigidas a la Población en General.

Impulso de la Seguridad Alimentaria: Acciones de estímulo a la producción y disponibilidad de alimentos: Acceso y distribución de alimentos. Programas Puntos de Abastecimiento y Programas de Solidaridad Alimentaria a la familia y de Enriquecimiento de Alimentos.

Orientadas al establecimiento de una **Red de promoción Social** dirigidas por las propias organizaciones comunitarias, las cuales promoverán la responsabilidad familiar y ciudadana, tendrá así autonomía y capacidad resolutive para la atención de las necesidades básicas. Mientras se logre el establecimiento y consolidación de dichas Redes se deberá seguir aplicando la focalización a grupos vulnerables, las deficiencias, las localizaciones geográficas del grupo objetivo y aprovechando las ventajas que tenga cada grupo ó ente.

Acciones dirigidas a los grupos más débiles.

- Programas de Compensación Alimentaria para Mujeres Embarazadas y Niños menores de siete (7) años.

La estrategia a corto plazo contempla que los ambulatorios urbanos y rurales atenderán a las mujeres embarazadas y lactantes mediante el control médico, apoyo nutricional y educación familiar desde el proceso de gestación hasta la finalización de la lactancia materna.

A través de la Red de Multihogares de Cuidado Diario, se prestará atención primaria en salud, vigilancia del desarrollo del niño y de su estado nutricional, vacunación y consultas de atención médica a niños menores de seis (6) años.

- Programas de Compensación Alimentación al Escolar

Las comunidades educativas se encargarán del seguimiento y asumirán progresivamente la gestión de programas. En las escuelas básicas se brindará atención primaria en salud, protección nutricional para niños desnutridos, leves ó moderados y recuperación nutricional para los desnutridos graves ó agudos. Esta política se complementará con programas de educación preventiva integral para la familia, relacionado con drogas y prevención del embarazo precoz.

- Programas de Compensación Alimentaria al Anciano

La política dirigida a los ancianos desprotegidos, tiene carácter integral y articulará en las residencias geriátricas programas de complementación alimentaria, distribución de medicamentos y ayudas económicas bajo la coordinación de INAGER. Entre las acciones de compensación alimentaria a la tercera edad estará el Programa Alimentario a la Tercera Edad y el Programa de Comedores Populares.

Acciones dirigidas a la población laboral

- Programa Bono Alimentario a los trabajadores.
- Programa de Comedores Populares e Industriales.

Estrategia de Educación Nutricional y Alimentaria y de Información y Comunicación.

La estrategia Operativa del Plan plantea que los Programas en funcionamiento serán objeto de revisión cuidadosa para ajustar su eficiencia y alcance, se procederá a la reforma profunda de los que se superponen y así lo ameriten en base a los resultados de los estudios evaluativos, los criterios técnicos y la concertación institucional.

Habr  prioridad de acciones y mayor asignaci3n de recursos para los Estados, Municipios, Parroquias con mayores niveles de pobreza y desnutrici3n y la focalizaci3n por grupos de edad, prioriza en orden decreciente la atenci3n a las madres embarazadas de alto riesgo, niños menores de seis años sin atenci3n institucional, niños escolares y ancianos.

La asignaci3n presupuestaria para 1995 en los servicios dirigidos a la poblaci3n en general asciende a 5 Mil Millones de bolívares (5.000.000.000 Bs.), en cuenta a los diversos Programas Alimentarios el presupuesto asignado asciende a 218.145 Millones de Bolívares (218.145.000.000 Bs.) para atender a una poblaci3n de 17.664.632 (81,61%) (Ver Cuadros N# 3, 4 y 5).

Conalama

Se reactiv3 la **Comisi3n Nacional de la Lactancia Materna (CONALAMA)** de la cual formamos parte, dicha comisi3n elabor3 el **Plan de Acci3n en Lactancia Materna** para el año 1995 documento que fue presentado a los organismos internacionales (Banco Mundial, OPS, UNICEF) con el objeto de solicitar financiamiento para las metas vinculadas con el componente de Informaci3n, Educaci3n y Comunicaci3n. Establece como metas:

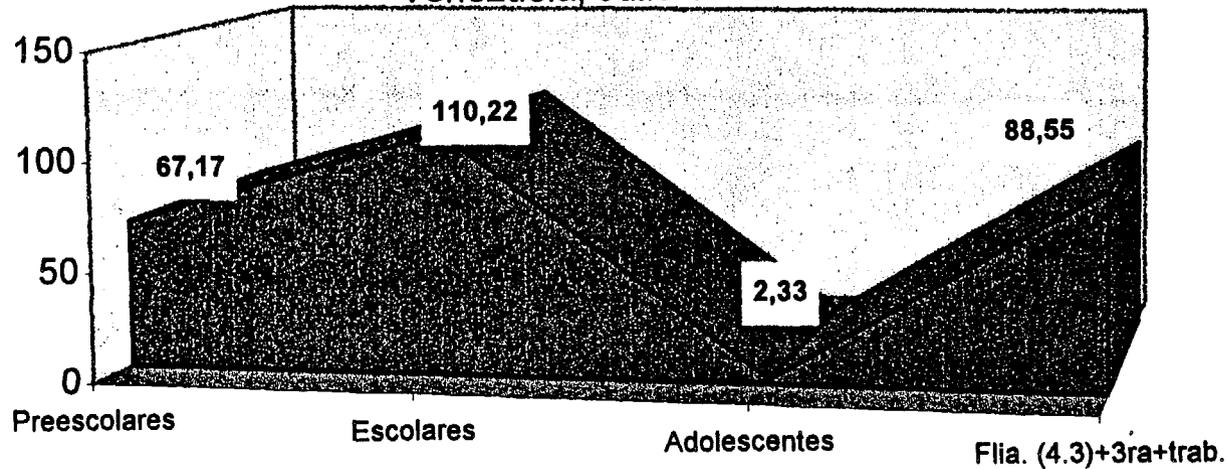
- Incrementar la práctica de la lactancia materna a través de un Plan de a Comunicaci3n Social.
- Conformar grupos de Apoyo Comunitario por Entidad Federal.
- Nominar a 23 Hospitales Amigos del Niño y la Madre en cada Entidad Federal y Compromiso del 25% del total de Hospitales, Centros Materno Infantiles en la iniciativa.
- Modificar la Currícula en las Facultades de Medicinas para profundizar el Tema de la Lactancia Materna.
- Divulgar y Monitorear las leyes existentes en el país en relaci3n a la Maternidad, Lactancia Natural.
- Presentar y Validar la Ley de Comercializaci3n de los sucedáneos de la leche materna ante organismos competentes.
- Fomentar la investigaciones que apoyen la promoci3n y protecci3n de la Lactancia Materna.

**RELACION DE BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS PLANIFICADOS Y
POBLACION ESTIMADA POR GRUPOS. VENEZUELA, JULIO 1995.**

Cifras Absolutas y Relativas

GRUPOS	Benef.	Pob. Estimada	%
Preescolares	2.622.886	3.904.599	67,17
Escolares	4.516.089	4.097.233	110,22
Adolescentes	42.040	1.802.955	2,33
Flia. (4.3)+3ra+trab	10.483.617	11.839.334	88,55
total	17.664.632	21.644.121	81,61

Población atendida por los Programas Alimentarios
Venezuela, Julio 1995.



Fuente: González M. Hernández A. Propuesta CNA criterios para fijar intervenciones alimentarias Programática Julio 1995

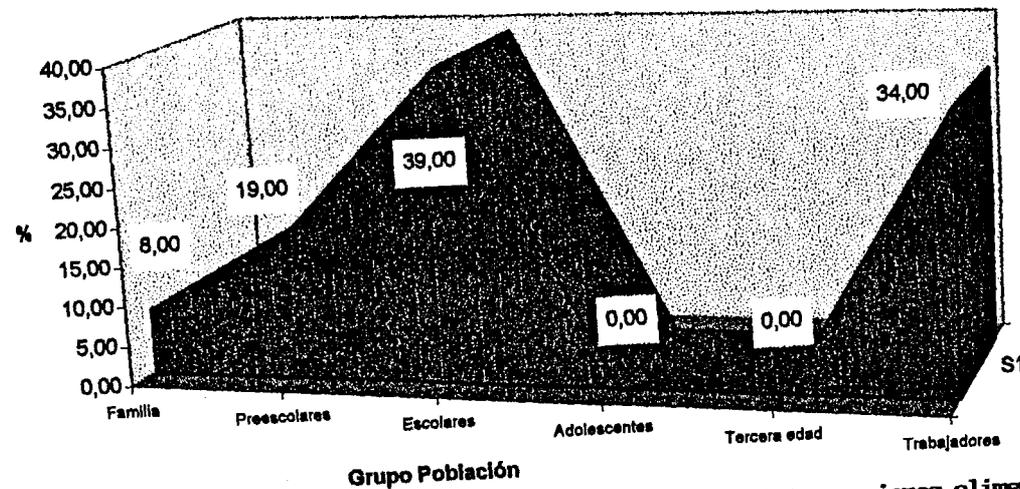
961

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO APROBADO PARA EL AÑO 1995, ASIGNADOS A LOS DIVERSOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS QUE EJECUTA LA ADMINISTRACION CENTRAL. SOLO INDICA LOS RELATIVO A LA COMPRA DE ALIMENTOS. VENEZUELA, JULIO 1995.

Cifras Absolutas y Relativas

PRESUPUESTO 1995		
GRUPOS	Bs.	%
Familia	16.960.232.774	8,00
Preescolares	41.555.216.178	19,00
Escolares	84.100.580.500	39,00
Adolescentes	251.818.320	0,00
Tercera edad	608.105.000	0,00
Trabajadores	74.228.752.000	34,00
TOTAL	217.704.704.772	100,00

Distribución Presupuestaria por Grupos a Atender
Venezuela, Julio 1995.



Fuente: González M. Hernández A. Propuesta CNA criterios para fijar intervenciones alimentarias Programática Julio 1995.

El Instituto Nacional de Nutrición, a partir del año 1992, estimuló y creó las Comisiones Estadales de Lactancia Materna (CELAMA) cuyo objetivo es fomentar y apoyar la Lactancia Materna en los niveles regionales, dichos Comités están conformados por representantes de los organismos oficiales regionales y ONG.

Actualmente funcionan en las 23 Entidades Federales; a través de esta organización se coordinarán y ejecutara los Planes Regionales de Acción en Lactancia Materna.

Programa Control y Deficiencias de Micronutrientes

Deficiencias de Yodo.

El Instituto Nacional de Nutrición a través del Programa Nacional para el Control y Erradicación de las Deficiencias de Yodo, ha desarrollado Encuestas de Prevalencia de Bocio en la población escolar en los Estados Mérida, Táchira y Trujillo cuyos resultados han reflejado que la prevalencia se sitúa en el orden del 50%, cifras similares a lo reportado en la Encuesta de 1981.

Se fomentaron y crearon las Comisiones estadales para el Control de las Deficiencias de Yodo en los Estados Andinos y Barinas, cuyo objetivo fundamental es definir el Plan de acción en DDY Regional. Se diseñaron los planes correspondientes a 1995-1996 que consideran tres (3) áreas de acción: Educación e Información a la Comunidad, Estudios Científicos, Control y Seguimiento de la Yodación de la Sal. Este Plan fue discutido y aprobado en la I Jornadas sobre Situación Nutricional y Deficiencias de Yodo en la Región Andina, celebrado en San Cristóbal, 20 y 21 de Abril de 1995.

La Comisión Nacional de Yodación y Fluoración de la Sal bajo la coordinación del Instituto Nacional de Nutrición celebró un Foro: **Problemática sobre la Producción y Comercialización de la Sal Yodada y Fluorada** de cuyo seno surgió el compromiso de los Organismos Públicos y Empresas Salineras de alcanzar la Meta de que al finalizar el año, el 95% de la sal para consumo humano esté bien yodada.

Es importante señalar que se ha logrado la concientización y participación activa de las Empresas Salineras; de hecho los análisis de Control y Seguimiento de la yodación, reflejan que para 1995, los niveles de cumplimiento de la normativa en las muestras analizadas oscila entre el 70% al 95% lo que significa unos mejores niveles con respecto al año 1994 (24 al 77%).

Se reactivó la **Comisión Nacional para el Enriquecimiento Nutricional de los Alimentos (CENA)**, cuya coordinación y sede está el Instituto Nacional de Nutrición

El Programa de Enriquecimiento de Alimentos según los Controles de Evaluación y Seguimiento se ha venido cumpliendo: Estudios sobre Deficiencia de Hierro en adolescentes pertenecientes a los estratos IV y V de la Ciudad de Caracas llevado a cabo en 1994, reportan una disminución de la prevalencia de bajos niveles de ferritina sérica en aproximadamente del 50% de los estudiados cuando se compara con los datos de 1992 (Fundacredesa IVIC).

Respecto a la **Situación Nutricional de Vitamina A**, debido a que no se dispone información actualizada sobre la misma, el Instituto Nacional de Nutrición está planificando y llevará a cabo un estudio de prevalencia de deficiencias de este nutriente en la zona geográfica y grupos socioeconómicos que según los indicadores de disponibilidad y consumo parecieran que tienen la más alta prevalencia; durante este año se desarrollará el Estudio Piloto y con la base de los resultados que se obtengan se hará el estudio nacional para 1996.

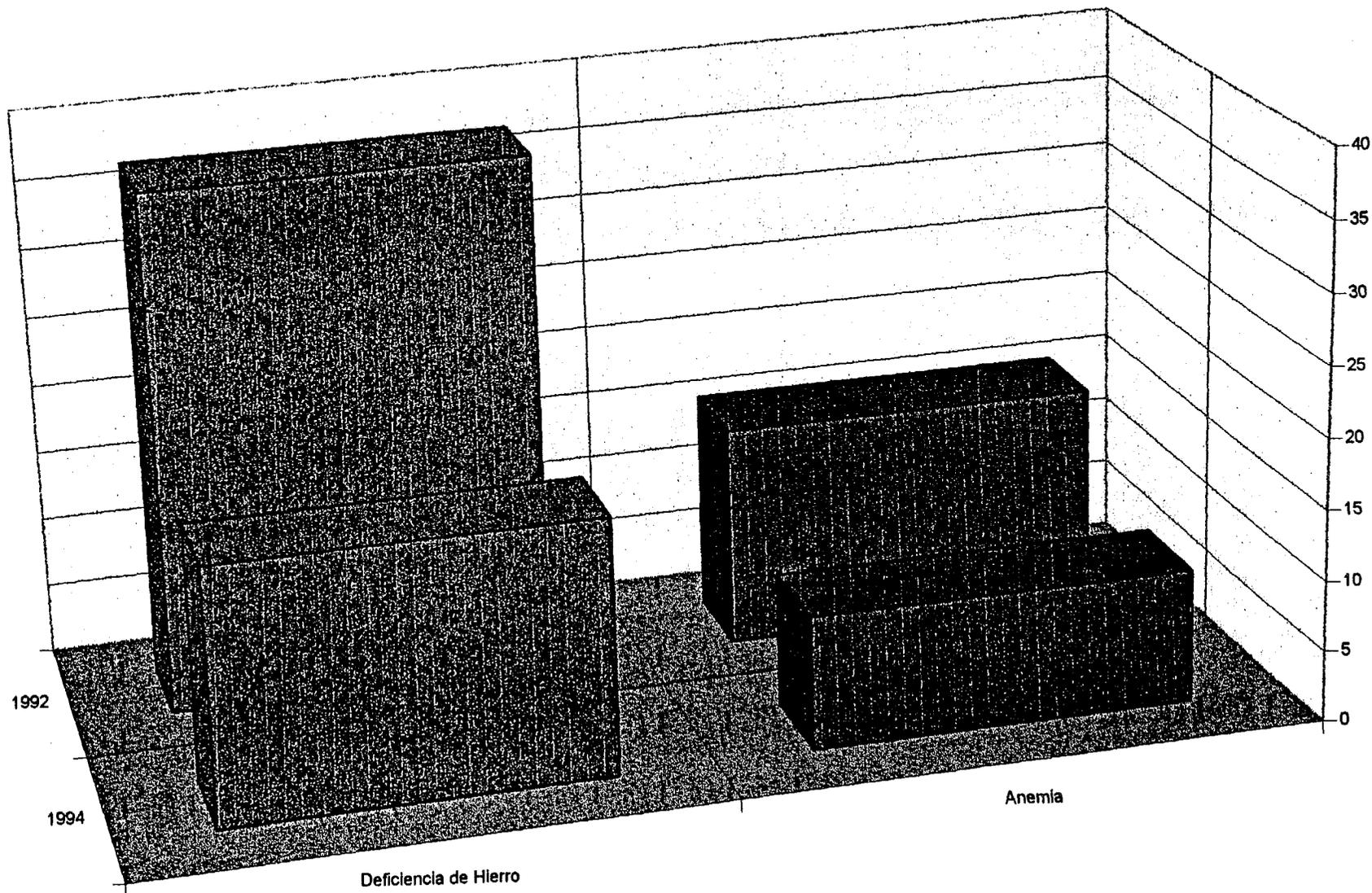
El Consejo Nacional de Alimentación se encuentra funcionando y se designaron las Comisiones Asesora y Técnica. El equipo de Asesores planteó la necesidad de que se convoque a un a acción solidaria en torno a la idea que la problemática agroalimentaria sea encarada como una Política de Estado, que se deberá procurar la concertación de todos los sectores de opinión, en especial a los que integran el Sistema Agroalimentario para que se adhieran a la idea y entonces solicitar la promulgación de la Ley Organica para la Agricultura y Seguridad Alimentaria, que le de basamento jurídico a esa Política de Estado.

Evaluación, Seguimiento ó Situación Nutricional

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del INN se está desagregando de manera de presentar la información por Municipios lo cual permitirá contar con información estadística que permita evaluar las tendencias locales y de esta manera definir las localidades con mayor riesgo y focalizar los programas compensatorios.

La Comisión Nacional de Estadísticas Sociales bajo la coordinación de la OCEI ha realizado reuniones periódicas desde su creación y como punto de partida los diferentes Organismos de Salud y Nutrición que integran dicha Comisión elaboraron un diagnóstico de las estadísticas, periodicidad y limitaciones para su publicación y se está trabajando entre otros aspectos en mejorar los registros de dicha

**Prevalencia de Deficiencias de Hierro y Anemia en Adolescentes.
Estratos Socio-Economicos IV y V
Caracas, Venezuela.**



bel

información con miras a que sirvan de base para el seguimiento y evaluación del Plan Alimentario Nacional.

Plan Nacional de Acción en Nutrición

La versión del Plan de Acción en Nutrición se elaboró y discutió en noviembre de 1994 como parte de las actividades del X Congreso Latinoamericano de Nutrición y III Congreso Nacional de Nutrición. El documento contiene un diagnóstico amplio de la problemática nutricional y se propone un esquema general con los objetivos, estrategias y actividades que deberían considerarse siguiendo los lineamientos del CIN.

La FAO otorgó financiamiento para Contratar Consultores Nacionales para dicho Plan relacionado con las siguientes áreas:

- Plan de Acción en Nutrición.
- Educación Alimentaria y Nutricional
- Control e Inocuidad de los Alimentos
- Seguridad Alimentaria en el Hogar
- Enriquecimiento de Alimentos

Se estima que para finales de Junio esté elaborado el Informe Final y en la 1ra. quincena de Agosto se realizará el I Taller Nacional para su discusión.

BIBLIOGRAFIA

- INN. **Plan Nacional de Acción en Nutrición**. Caracas, Noviembre 1994.
- UNICEF-VENEZUELA. **Análisis de Situación de la Infancia, la Juventud y la Mujer en Venezuela**. Caracas, Abril 1995.
- Gabinete Social. **Plan Alimentario Nutricional**. Enero 1995.
- González Marina y Hernández Ana. **Propuesta al Consejo Nacional de la Alimentación. Criterios para fijar Intervención Alimentarias Programáticas**. Vzla. Julio 1995.
- INN- SISVAN. **Resumen Informativo de la Situación Nutricional para la Toma de Decisiones**. Junio 1995.
- INN. Dirección Técnica. Div. de Nutrición en Salud Pública. **Canasta Normativa de Alimentos**. 1990-1994.
- OCEI-INN. **Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos**. Vzla 1990-1994.
- Un Proyecto de País. **Venezuela en Concenso. Documentos del IX Plan de la Nación**. CORDIPLAN. Caracas, Febrero 1995.

V. INFORMES DE LOS TRABAJOS DE GRUPO

A. POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN SALUD

GRUPO A

El trabajo se inició discutiendo elementos generales del documento. El grupo considera que el documento es un instrumento de trabajo completo en el que se puede encontrar una amplia gama de temas relativos al objetivo de la reunión. Se evidencia la experiencia de trabajo de AID en 9 países en los que se aplicaron los proyectos de "Supervivencia infantil". Una vez leído y criticado el documento, se llega a las siguientes conclusiones:

El documento es válido, muestra el esfuerzo de AID en los programas de supervivencia. Es muy extenso y denso, y no fue remitido oportunamente para su lectura y análisis.

Es una ayuda para actividades de política. Propone la asignación de un porcentaje fijo del PIB o del gasto fiscal a la salud, así como la reasignación de recursos dentro del sector y la desmedicalización de la atención primaria de salud, lo cual es muy importante.

Se reconoce que hay una mala formación curricular del personal de salud en lactancia materna.

El documento da demasiada importancia a la complementación alimentaria, descuidándose actividades de seguridad alimentaria a nivel de la familia. No es una guía práctica para la toma de decisiones.

El documento discute lo que se hace a diferentes niveles y países en cuanto a solucionar la problemática de la desnutrición. El tema de los costos de las diferentes intervenciones es muy relevante, pero tal como está presentado no es muy útil para los técnicos; el grupo propone que se explique la metodología de obtención de los costos.

El documento está basado exclusivamente en un enfoque de salud preventivo-curativo o enfoque de riesgo, descuidando casi por completo el paradigma de la promoción de la salud; deben incluirse temas como la creación de ambientes saludables, descentralización-desconcentración, participación de sectores sociales, y reorientación de los servicios; las actividades de comunicación, educación y mercadeo social deben también ser consideradas en este enfoque.

El documento, al parecer, critica la multisectorialidad dando importancia a lo sectorial. El grupo opina que, sin descuidar lo sectorial en el caso de salud, éste debe convertirse en un eje integrador para los demás sectores. Los casos de Colombia, donde se ha creado la Dirección Nacional de Prevención de la Salud, con un enfoque integrador, y México, en donde se han creado los "Municipios Saludables" que trabajan en estrecho apoyo con la industria privada, son ejemplos de lo que el grupo propone.

Es un documento que apoya en parte la toma de decisiones sectoriales básicas. Sin embargo, no se definen estrategias para mejorar las coberturas, siendo estas últimas la base de los servicios de salud; si bien la APS es importante, sin embargo el costo de la atención de salud es muy alto. Quién va financiarlo?

La pertinencia y calidad del documento son buenas, pues se dan elementos de estandarización que deberían servir para ser usados a nivel de la región. Además, es un documento que se basa en las experiencias de organismos como el Banco Mundial, que de hecho le dan consistencia al mismo.

El documento aborda en parte la intersectorialidad a través de la sectorialidad, pues al tratar a los más pobres desde los diferentes sectores coordinadamente, se establece una realidad concreta en términos de una estrategia de trabajo para un adecuado impacto.

Los planes nacionales de Acción en Alimentación y Nutrición que se han presentado permiten la identificación de las reales necesidades de cada uno de ellos. El grupo de trabajo considera que cada país deberá utilizar la presente guía como instrumento de trabajo, adaptándola a la realidad local. Por otra parte, es más importante ir directamente al nivel local que es donde realmente se trabaja, haciendo un esfuerzo de intersectorialidad, sobre todo entre salud, agricultura, y educación.

Tal como está presentado el documento, no es motivador para los políticos, de manera que deberá hacerse un documento muy sencillo y ejecutivo para los políticos. El grupo recomienda que cada país haga su propia versión del documento, recopilando en el mismo lo que crea conveniente de acuerdo a su realidad.

El grupo recomienda que se de importancia a la cultura de la salud, la cual debe ser promovida a diferentes instancias con el liderazgo del sector. El documento es demasiado extenso y profundo en algunas áreas, y descuida otras.

El grupo propone dos niveles de difusión: el uno a cargo de la AID, a nivel general internacional; y el otro a niveles nacional y local, para lo cual cada país debe adaptar el documento a su realidad, para que sea conocido y difundido en todo los niveles y entre todos los actores.

GRUPO B

El documento sistematiza los pasos de una política sectorial de salud en América Latina y el Caribe, aunque hay diferencias de enfoque y temas con la conferencia de Roma.

Es necesario preparar un documento resumido de las políticas alimentarias y nutricionales para las instancias de orden político-gubernamental.

Se da mucha importancia en el documento a los alimentos complementarios y no se toca el control de calidad, la inocuidad, el exceso de peso, la obesidad, etc. Se debe enfatizar más en aspectos de promoción de la salud y menos en alimentación complementaria, incorporar elementos tales como:

- Promoción de prácticas alimentarias y modos de vida sanos
- Inocuidad de los alimentos y orientación al consumidor
- Impacto de las medidas de saneamiento básico en la nutrición, por ejemplo introducción de agua intradomiciliar que economiza gasto energético a la mujer y le permite dedicar más tiempo a su hijo.
- Enfoque de género
- Patrones de crianza
- Participación social

Proponemos mantener la atención a la madre-niño. Enfatizar la seguridad alimentaria y las prácticas de crianza, el tiempo dedicado al niño, la educación materna, el apoyo familiar, el enfoque de género, un estilo de vida sano y prevención de conductas alimentarias peligrosas (sedentarismo, tabaquismo, alcohol).

Se debe revisar el concepto de atención primaria de salud con un enfoque hacia los pobres, y considerarla como el primer nivel de atención de salud en general.

La década de los 60 demostró que los enfoques multi-sectoriales no funcionan. Se debe pensar globalmente, pero actuar localmente. Equilibrar fuerzas y modernizar el sector de salud, ordenar la casa, sin descuidar otros sectores que son importantes. Además del trabajo sectorial, realizar abogacía con los otros sectores.

La salud crea necesidades múltiples; se necesita motivar a otros sectores. La salud tiene que recuperar un liderazgo en el desarrollo, por ejemplo, mediante la participación de los municipios, como en Bolivia.

El autofinanciamiento tiene que ser tema de futuras discusiones. Es importante evitar la dependencia alimentaria, como también fortalecer la capacidad de negociación al interior de cada país para lograr un presupuesto justo. Tenemos que reclamar un presupuesto de salud histórico y reasignar el presupuesto del sector salud para encarar los problemas y cumplir las metas antes del año 2.000.

La atención primaria de salud vé desde hace 30 años a la nutrición como un sexto componente; es indispensable una atención básica de salud. En cada programa vertical (por ejemplo IRA, EDA, u otros) hay acciones de nutrición; deberíamos agrupar estas acciones y establecer una relación directa entre los programas de atención materno-infantil y los de nutrición. Debe enfatizarse la incorporación de contenidos de nutrición en todas las actividades de atención en salud y no tomarlos como un programa vertical.

En los países de la subregión hay un desconocimiento de la cátedra de nutrición en los centros docentes; es urgente incorporar la enseñanza de la nutrición a todos los niveles de educación primaria, secundaria y universitaria.

Además de mejorar la seguridad alimentaria nacional, proponemos fortalecerla a nivel del hogar, por ejemplo, mejorando la disponibilidad de alimentos, las prácticas de consumo, los ingresos, etc.

No se destaca en el documento el papel del saneamiento ambiental en la salud.

Se recomienda ampliar la educación nutricional, y profundizar la descentralización de la atención de salud. Debemos aplicar más el enfoque de riesgo, y aprender de las experiencias de desarrollo comunitario en salud y nutrición.

Recomendamos apoyar y no descuidar las campañas de enjuague bucal con flúor, para evitar el problema de la caries. Recomendamos la difusión de las campañas sobre salud básica.

Hay necesidad de impulsar una visión integral de seguridad alimentaria y nutricional, tanto en el gobierno como en las agencias internacionales, teniendo en cuenta la diversidad de los países, y utilizándola como eje articulador.

Se deben incorporar elementos que refuercen la importancia de la vigilancia alimentaria nutricional que permita medir tendencias, especialmente para medir los efectos de los procesos de ajuste estructural.

GRUPO C

Es un documento completo, al cual se puede dar un giro hacia la estrategia de promoción de la salud. Se hace referencia dentro de esto a la necesidad de participación de los actores sociales, como un mecanismo de democratización.

En relación con la comunicación social, se plantea la necesidad de combinar los dos enfoques: el mercadeo social, para lograr cambios de conducta mediante estímulos (mensajes) repetidos, y la educación participativa, mediante un proceso de reflexión consciente que lleva al cambio permanente. El grupo piensa que lo más adecuado sería complementar ambos enfoques, adaptándolos a los distintos países y a las distintas realidades.

Es un documento que ayuda a la formulación de políticas; sin embargo, sería importante explicitar las políticas sectoriales con una estrategia para la focalización integrada de las acciones.

El documento debería precisar que los programas de alimentación deben focalizarse a los grupos vulnerables, con acciones adecuadas a la realidad epidemiológica, sostenibles en el tiempo y que estén ligados a los programas de atención primaria en salud. Deben, además, estar incorporados a los presupuestos de los gobiernos.

Los sistemas de vigilancia deberían incorporar indicadores de proceso e impacto ligados a los programas de salud, para la toma de decisiones en el nivel local. La información generada sirve para mejorar la abogacía.

Cada país debe adecuar el documento para su uso en distintos niveles de la sociedad.

B. POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN AGRICULTURA

Se propone algunos cambios en el documento, incluyendo la discusión de los siguientes puntos: el entorno macroeconómico y microeconómico, el desarrollo sostenible, los conceptos de desarrollo y la participación de la sociedad civil.

Incluir estrategias para la incorporación de componentes nutricionales en los modelos de desarrollo alternativo, considerando la internacionalización del mercado y la producción de coca y marihuana.

Ampliar la discusión sobre metodologías de capacitación, participación comunitaria y planificación desde la base, tomando en cuenta la descentralización.

Discutir estrategias de prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos, plaguicidas, contaminantes y contaminación del agua.

Hacer más énfasis en el aumento de la producción de alimentos tradicionales locales.

Proponer estrategias de formación y capacitación de recursos humanos en aspectos de alimentación, nutrición y desarrollo social, estrategias para el desarrollo del sector agrícola articulado a ciudades intermedias (para detener las migraciones de la población rural a las grandes urbes,) y estrategias para el aumento de producción y consumo de alimentos locales fuentes de energía.

Preparar un documento resumido para niveles de decisión política.

Hacer llegar el documento a los países lo más pronto posible.

Finalmente, se debe revisar la traducción del documento (originalmente elaborado en inglés) para precisar el significado de algunos conceptos.

C. POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EDUCACIÓN

El documento propuesto parece adecuado, aunque un tanto general.

Sería bueno tener cifras más actuales.

Las conclusiones nos parecen válidas.

El diagnóstico debería resumirse.

Es necesario profundizar las líneas de acción.

Parece conveniente incluir la educación media.

El documento debiera difundirse entre autoridades políticas y técnicos en educación.

Hay necesidad de enfatizar más los objetivos educacionales de las acciones de nutrición.

Aumentar la cobertura en educación prebásica.

Formular guías de alimentación para el profesor.

Incorporar la nutrición en los currículos, ya sea en asignaturas específicas o como componente de otras. Fomentar estilos de vida sanos y hábitos alimentarios saludables.

Acciones recomendadas:

Capacitación de capacitadores.

Promoción de la participación de los padres y consumidores.

Involucrar la comunicación social a través de todos los medios.

Formular contenidos educativos para todos los niveles.

Enfatizar la nutrición y la salud como potenciadores del aprendizaje, la asistencia y el rendimiento escolares.

La educación y la nutrición interactúan: la educación debe recibir apoyo nutricional y la nutrición debe difundirse a través del proceso educativo formal e informal, de modo coherente con otros canales de información.

Todos los programas de complementación alimentaria deben tener un componente educativo.

D. AVANCES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA

GRUPO A

El concepto de seguridad alimentaria debe ser analizado bajo tres aspectos básicos: disponibilidad, acceso y sostenibilidad.

Los problemas comunes para asegurar el compromiso gubernamental son:

No hay una orientación definida de los diversos sectores del gobierno involucrados en la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional; a ello se suma una dispersión de esfuerzos para enfrentar el problema, con acciones específicas ejecutadas en forma independiente.

Se sugiere que se identifique una organización del más alto nivel político-técnico que defina la política, los planes y programas de Seguridad Alimentaria, y promueva grandes acuerdos nacionales, para lo cual debe mejorarse el conocimiento y la comprensión del problema por parte de los gobiernos. Se requiere organización, concertación, abogacía a altos niveles y vigilancia de las líneas de acción para retroalimentar el proceso de abogacía y concertación.

En cooperación técnica, la mayor necesidad es de expertos en comunicación social con experiencia en abogacía y concertación. Se requiere asistencia técnica y financiera, básicamente para el desarrollo de metodologías y materiales.

En los países representados en el grupo no hay políticas agrícolas con objetivos nutricionales concretos. Las políticas existentes son solo implícitas, es decir, son secundarias.

Las dificultades más comunes son: la falta de coordinación entre los sectores involucrados en la problemática, la falta de intercambio de información y de retroalimentación entre los sectores involucrados, y la falta de un marco legal que ampare la ejecución de los planes de acción.

Como alternativas de solución se propone:

Identificar puntos focales en los diferentes sectores involucrados en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Hacer mayor abogacía o sensibilización sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Contar con disposiciones legales que respalden las decisiones político-técnicas para ejecutar los planes de acción de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Es muy importante la capacitación de recursos humanos a nivel político, técnico y comunitario.

Se requiere cooperación técnica entre los países del área, para capacitar a capacitadores nacionales y los responsables de programas, así como cooperación financiera, materiales y medios didácticos.

Se sugiere las siguientes medidas de política para mejorar el acceso de los grupos más postergados a los bienes y servicios:

Proveer asistencia alimentaria dirigida a los grupos más vulnerables y poblaciones pobres.

Garantizar el acceso gratuito a la educación básica (becas para educación) a los más pobres.

Fortalecer la cobertura de la atención básica de salud a través de instituciones públicas y/o subvenciones.

En todos los países se ejecutan estas políticas, aunque con algunas variaciones entre países. Los obstáculos principales son de orden financiero y técnico, e incluso burocrático, y se pueden superar mediante descentralización institucional, promoción de la participación de la base y mayor asignación de recursos presupuestarios.

Para mejorar las condiciones de seguridad alimentaria a nivel del hogar en el área rural se han realizado programas y proyectos de atención en Salud y Alimentación complementaria y de desarrollo productivo y recuperación de suelos.

GRUPO B

En mayor o menor grado, el tema de la inseguridad alimentaria nutricional esta siendo atendido por los gobiernos de los países que conforman este grupo, con diferentes modalidades de enfoque y en forma implícita.

Se sugiere difundir el tema desde el punto de vista técnico, convocando a talleres-seminarios en los que participen funcionarios tanto del nivel técnico (ingenieros, nutricionistas, planificadores, abogados, médicos, economistas, trabajadores sociales, estadísticos, etc.) como del nivel político (ministros, viceministros, parlamentarios, directores generales y jefes de instituciones afines). Se requiere cooperación técnica para llevar adelante estos eventos.

En los países representados en el grupo no existen políticas agrícolas con objetivos nutricionales concretos, lo que sí existen son programas específicos del sector agrícola, en zonas deprimidas, que incluyen un componente nutricional.

Entre las dificultades para lograr la incorporación de objetivos nutricionales en las políticas sectoriales se mencionan los siguientes:

Desconocimiento en los niveles de decisión política y técnica de las ventajas de la incorporación del componente alimentario-nutricional en las políticas sectoriales.

Insuficiente conocimiento, por parte de los niveles políticos y técnicos, de cómo operativizar el componente nutricional y de su inclusión en las políticas, planes, programas y proyectos del sector agrícola.

Hay falta de conocimiento de experiencias exitosas, y deficiente capacitación de los técnicos en todos los niveles.

Se recomiendan las siguientes alternativas de solución: Sensibilizar al nivel político con propuestas que incluyan el análisis de costo /beneficio social de la incorporación del componente alimentario nutricional, y capacitar a los niveles técnicos.

Los países del grupo impulsan diferentes programas para mejorar el acceso de los grupos más postergados a los bienes y servicios, principalmente los de alimentación, educación y salud. Los obstáculos que se enfrentan en la mayoría de los países son los siguientes:

Insuficiente asignación de recursos financieros y deficiente uso de los recursos.

Falta de capacidad de gestión de los niveles locales.

Cobertura insuficiente.

Limitaciones culturales y falta de recursos humanos; existe duplicidad y superposición de acciones, debido a una falta de coordinación intersectorial.

Los procesos de descentralización se encuentran en fases de adecuación.

Insuficientes mecanismos de vigilancia y monitoreo a nivel nacional, regional y local.

Falta de evaluación de impacto y seguimiento

Se requiere cooperación técnica para el desarrollo de materiales de capacitación, talleres y seminarios, y para la capacitación del personal técnico para mejorar el sistema de evaluación y seguimiento de los programas.

Todos los países representados en el grupo vienen llevando a cabo numerosos proyectos específicos y focalizados, con los cuales se pretende mejorar las condiciones de seguridad alimentaria a nivel de los hogares rurales; la población objetivo se ha identificado a través de los censos nacionales, mapa de pobreza, mapas de desnutrición, censos agropecuarios, encuestas de hogares, censos de peso y talla, etc. En la mayoría de los casos, los proyectos no han sido aún evaluados y, por lo tanto, no se conocen los impactos.

Se requiere cooperación técnica para el intercambio de experiencias exitosas entre países, a través de seminarios y visitas, así como para formular, implementar y evaluar proyectos de seguridad alimentaria familiar con participación comunitaria, de las regiones (provincias, departamentos, etc.) y de los municipios.

E. AVANCES EN NUTRICIÓN MATERNOINFANTIL

Los objetivos establecidos en nutrición materno infantil son mejorar la calidad de vida, el crecimiento y desarrollo materno infantil, y reducir el riesgo de enfermedad y muerte, es decir, al mismo tiempo mejorar y prevenir. Las estrategias utilizadas son: descentralización, privatización (mejora de la calidad humana y la atención), focalización, participación comunitaria, comunicación /educación, capacitación de equipos de salud e implementación de guías alimentarias.

Los problemas más acuciantes son:

Deficiente capacidad gerencial

Insuficiente destinación presupuestaria para sistemas de control e información

Fallas en la ejecución de los programas

Cooperación técnica nacional e internacional segmentada

Falta de definición de estrategias y actividades (débiles en metas, cambios continuos)

Deficiente capacitación de recursos humanos (calidad)

Dificultades de control y definición del plan operacional anual con prioridades; los resultados y metas varían en cada país.

El grupo propone las siguientes recomendaciones:

Asegurar un flujo de información oportuno y continuo que llegue hasta el nivel local. Hay debilidad institucional que debe resolverse mediante planes establecidos en cada uno de los organismos y gestión para propuestas claras, y un comité interagencial liderado por el estado.

Deben definirse mejor las políticas de complementación y la asistencia alimentaria externa. La gran mayoría de los programas se ha diseñado como medidas de choque de intervenciones para la pobreza, sin objetivos nutricionales claros. La ayuda alimentaria desincentiva la producción local, cambia los hábitos alimentarios, genera desempleo y distorsiona los patrones alimentarios. Se recomienda a las agencias internacionales propiciar un estudio de evaluación del impacto y costo-beneficio real de los programas de ayuda alimentaria en toda la región. La mayoría de los países están interesados en este estudio cuyos resultados se deberán presentar y discutir en una reunión regional, con el fin de reorientar las políticas de ayuda alimentaria.

Existe rivalidad entre agencias de cooperación. Las agencias deberían definir mejor sus prioridades, tanto las nacionales como las internacionales y financieras. Deberían crearse comités interagenciales de coordinación.

F. AVANCES EN MICRONUTRIENTES

Todos los países de la subregión han implementado, en mayor o menor grado, las siguientes estrategias, a través de planes nacionales o a través de la iniciativa del sector privado:

Suplementación

Con aceite yodado (Bolivia, Perú, Ecuador, Paraguay), sulfato ferroso (Bolivia, Perú, Argentina, Paraguay), vitamina A (Bolivia, Perú, Ecuador y Paraguay), con coberturas parciales.

Fortificación: La yodación de la sal está en marcha en todos los países. Se están preparando planes para la fortificación del azúcar con vitamina A en Bolivia, Ecuador y Perú, y de la harina de trigo con hierro en Chile, Argentina, y Paraguay. Actualmente se fortifica la sal con flúor y yodo en Colombia, las galletas con hierro en Chile y la harina de maíz con vitamina A en Colombia y Venezuela.

En diversificación de la dieta y educación se ejecutan acciones en forma parcial en todos los países.

Los componentes principales de las acciones actuales de micronutrientes son: vigilancia epidemiológica, comunicación educativa e intervenciones directas tales como suplementación y fortificación de alimentos. En la mayoría de los países no existen programas nacionales o son de muy reciente creación. En Bolivia, se ha tratado de involucrar a las instituciones relacionadas con la problemática en forma multisectorial. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desarrollados, las estrategias multisectoriales se implementan parcialmente. En Argentina se creó una comisión de micronutrientes. El sector privado, por iniciativa propia, está fortificando varios alimentos de consumo masivo. En Colombia no existen planes nacionales; sin embargo, la empresa privada, por iniciativa propia, fortifica la leche pasteurizada con vitaminas A y D, con cobertura limitada, ya que hay gran consumo de leche no pasteurizada; también se fortifican las pastas alimenticias, las cuales son un producto de la canasta básica, y hay planes para producir galletas fortificadas.

En Bolivia, para la lucha contra los DDI, se conformó un Comité Nacional, con la participación de la universidad, sociedades científicas, industriales de la sal, Ministerio de Industria y Comercio, Ministerio de Educación, Iglesia, ONGs y organismos internacionales. Para las anemias se ha conformado otro comité similar. Para la hipovitaminosis A se ha conformado un comité para la fortificación del azúcar con vitamina A, con la participación de los industriales azucareros, la SNS, organismos internacionales y la Cámara de Industria y Comercio. Existen planes bien estructurados para combatir la malnutrición de los tres micronutrientes a nivel nacional. Sin embargo, el componente que se desarrolló más fue el de yodo. Actualmente, con la implementación de la Ley de Participación Popular y la creación de 308 gobiernos municipales autónomos, se está trabajando en la descentralización del programa, por lo que el papel del nivel central será progresivamente menor. Se ha logrado la virtual eliminación de los DDI. Se han desarrollado adecuadamente los componentes de vigilancia epidemiológica y monitoreo, utilizando indicadores predictivos de riesgo (disponibilidad de sal efectivamente yodada a nivel domiciliario y en centros de expendio), además de yoduria y determinación de contenido de yodo en cada una de las marcas de sal producidas y comercializadas a nivel nacional. La producción de sal yodada cubre el 100% de las necesidades nacionales de consumo humano (disponibilidad de 20g/persona/día). La prevalencia de bocio descendió de 60% en 1981/1983 a menos del 5% en

1994; además, los resultados de las yodurias permiten estimar en 0% la prevalencia de los DDI en el país.

Existen planes nacionales para los tres micronutrientes en Perú, Ecuador y, últimamente, en Paraguay. Sin embargo, recién se han estructurado. En Paraguay se ha reactivado el programa de yodo a partir de 1991. Existe un comercio ilegal de sal no yodada. Para solucionar esta situación, se está estudiando la posibilidad de montar una planta para yodar la sal que se decomise. Existen muchas empresas fraccionadoras. Todos los programas de yodo están apoyados por el Programa Subregional Andino de lucha contra los DDI, creando a partir de la experiencia del programa de lucha contra los DDI en Ecuador, el cual ha desarrollado metodologías operacionales muy efectivas en el campo de la vigilancia epidemiológica, mercadeo social, etc.

En Ecuador, el Plan contempla 5 componentes: suplementación, focalizada a 464 parroquias con vitamina A y universal para el hierro; fortificación de harinas con sulfato ferroso en los 26 molinos, para lo cual existen voluntad política y acuerdos; fortificación del azúcar con vitamina A (8 ingenios), para lo cual se ha avanzado en las negociaciones. Pronto habrá legislación para la fortificación de harinas y azúcar (Acuerdo Triministerial). El plan incluye también acciones de diversificación alimentaria, comunicación y mercadeo, y monitoreo y evaluación. El Ecuador, fue el primer país de la subregión Andina que pudo liberarse de los DDI, los cuales ya están bajo control y pronto se podrá declarar libre del problema. Colombia también logró eliminar los DDI hace más de 20 años; hubo algunos problemas con la privatización de la empresa de la sal y con la apertura económica que permite el ingreso de sal sin yodo para uso industrial, la producción artesanal en la región de la Guajira, y la aparición de sal mezclada en el mercado. Sin embargo, últimamente se ha vuelto a controlar esta situación.

Se requiere asistencia técnica, principalmente para el desarrollo de nuevos indicadores predictivos (no biológicos) para evaluar el estado nutricional de la vitamina A y el hierro, y para el desarrollo y adaptación de tecnología para la fortificación de harinas con hierro. Hay necesidad de investigaciones etnográficas para establecer las causas del rechazo a consumir las tabletas de sulfato ferroso; ya se encontró, por ejemplo, que en algunas comunidades las mujeres no consumen las tabletas para evitar que sus hijos nazcan con mayor peso y dificulten el parto.

En conclusión, se puede afirmar que la deficiencia de yodo en la región ya está bajo control, ya que los países que presentaban altas prevalencias de DDI han logrado en los últimos años grandes avances en su control y dos de ellos ya han declarado la virtual eliminación del problema. Resta solamente mantener las actividades de monitoreo y vigilancia de los niveles de yodación de la sal para que el problema no vuelva a manifestarse.

El principal problema de micronutrientes que afecta a la mayor parte de los países es la deficiencia de hierro, lo cual requiere mayor prioridad y esfuerzos. Así mismo, la deficiencia de vitamina A de tipo subclínico o marginal es un problema importante de salud pública en la mayor parte de los países de la región, aunque no tiene la severidad que se observa en otras regiones del mundo.

ANEXO 1. LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Dra. Elvira Beatriz Calvo
Jefe Departamento de Nutrición
Dirección de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud
Av. 9 de Julio 1925 - P.11
Buenos Aires, Argentina
Tel: (541) 334-3310
Fax: (541) 334-3310, 381-4720
EM : Calvo@MartinF.Sld.Ar

Lic. Elsa Longo
Licenciada en Nutrición
Profesora de Educación Alimentaria y
Nutricional
Escuela de Nutrición
Universidad de Buenos Aires
Dirección de Salud Materno
Infantil Mo.de Salud
Ofi : Avda. Córdoba 2351, Piso 9
1120 Buenos Aires, Argentina
Tel: (541) 624-4839 / 334-3310
Fax: (541) 629-0575 / 334-3310

Anibal Juan Franco
Consejero Directivo
Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria
Rivadavia 1439
1033 Buenos Aires, Argentina
Tel: (383) 6154-8183-9740
Fax: (383) 5090

BOLIVIA

Lic. José A. Rivero
Jefe Programa de Micronutrientes
Secretaria Nacional de Salud
Ministerio de Desarrollo Humano
Calle Capitán Ravello 2199
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 379-892
Fax: (591-2) 379-891

Dr. David Haquim
Coordinador Programa de Vigilancia
Alimentaria Nutricional para
la Acción (Provia)
UDAPSO: Unidad de Análisis
de Políticas Sociales
Calle Loayza - Edificio Loayza piso 6
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 379-493
Fax: (591-2) 390-337

Ing. Ramón Escobar
Secretario Permanente de CONALSA
Consejo Nacional de Seguridad
Alimentaria(CONALSA)
Ministerio de Desarrollo Económico
La Paz, Bolivia
Av. Camacho 1471
Tel: (591-2) 374-278
Fax: (591-2) 357-535
EM : CONALS@CONALI.BO

Lic. Adriana Zubieta, Directora
Unidad de Políticas de Seguridad Alimentaria y
Nutrición (UPAN)
Secretaria Nacional de Salud Ministerio de
Desarrollo Humano
Calle Capitán Ravello 2199
Edificio Escuela de Salud Pública 4to.piso
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 379-891 - 379-892
Fax: (591-2) 379-891

Lic. Lourdes Sorelo
Jefe de la Unidad de Seguridad
Alimenticia CONALSA
Secretaria Ejecutiva de la CLACSA
Secretaria Nacional de Agricultura
y Ganaderia
Ministerio de Desarrollo Económico
Av. Camacho 1471
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 374-278
Fax: (561-2) 372-643

Lic. Rosario Alurralde
Coordinadora Técnica de
Proyectos - CONALSA
Secretaría Nacional de
Agricultura y Ganadería
Ministerio de Desarrollo Económico
Av. Camacho 1471
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 372-643
Fax: (591-2) 372-643

Lic. Rubén Darto Antelo
Coordinador Regional OPS-OMS
Edificio Cordecruz piso 1
Santa Cruz-Bolivia
Tel : (591-33) 369-172/425-881 (dom)
Fax : (591-33) 369-172

Lic. Gladys Borja
Responsable Nacional de
Protección al Consumidor
y Educación Alimentaria y Nutricional
Unidad de Política de Seguridad
Alimentaria Nutricional(UPAN)-SNS
Secretaría Nacional de Salud
Calle Capitán Ravello 2199
La Paz, Bolivia
Tel (591-2) 379-891, 379-892
Fax:(591-2) 379-892

Lic. Maria Eugenia Lara
Técnico Dpto. del niño
Dirección Nal. de salud y Nutrición
de la Mujer y el Niño
Secretaría Nacional de Salud
Capintan Ravello # 2199 3er. Piso
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 375-478/9
Fax: (591-2) 392-032
Casilla: 13392

Lic. Carmen N. Durán Mendía
Especialista en Planificación
Secretaría Nacional de Desarrollo Rural
Av. Ejercito Nacional # 121
Tel: (591-3) 336-654
Fax: (591-2) 336-654

Lic. Magali de Yale
Oficial de Nutrición UNICEF
Obrajes, calle 11
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 786-577/80
Fax: (591-2) 786-761

Lic. Elva Fernandez
Responsable Anemias y Deficiencia de Hierro
Programa Nacional contra la malnutrición
por Micronutrientes
Secretaría Nacional de Salud
Calle Capitán Ravello # 2199 Piso 4to
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 379-891

Lic. Susana Rodríguez
Resp. componente Vitamina A
Programa Nacional contra la Malnutrición
de Micronutrientes
Secretaría Nacional de Salud
Calle Capitán Ravello #2199
Tel: (591-2) 379-891

Juan Carlos Arraya Tejada
Responsable Vigilancia Epidemiología
Programa Nacional contra la Malnutrición por
Micronutrientes
Secretaría Nacional de salud - UPAN
Calle Capitán Ravello 2199
Escuela Nacional de Salud 4to. piso
Tel: (591-2) 379-891/92
Fax: (591-2) 379-891

CHILE

Dr. José A. Riumalló
Coordinador, Comisión Nacional de
Alimentación y Nutrición (CONAN)
Santiago, Chile
Tel: (562) 639-4001 Anexos 487-496
Fax: (562) 638- 2238

Dra. Cecilia Castillo Lancellotti
Coordinadora, Sub-Comisión de
Programas Alimentarios
Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición
(CONAN) - Ministerio de Salud
Mac Iver 541
Santiago, Chile
Tel: (562) 639-4001 o 481-496-488-489
Fax: (562) 638-2238

Profesor Luis Villegas
Sub-Director, Programas de la Junta de Auxilio
Escolar y Becas (JUNAEB)
Ministerio de Educación
Antonio Varas 153
Santiago, Chile
Tel: (562) 235-6661
Fax: (562) 235-9652

Sr. Sergio Díaz Torreblanca
Médico Veterinario
Servicio Agrícola y Ganadero
Ministerio de Agricultura
Avda. Bulnes 140
Santiago, Chile
Tel: (562) 689-2244

COLOMBIA

Economista Guillermo Rodríguez
Profesional Especializado - Unidad
de Desarrollo Social - División de Salud
Departamento Nacional de Planeación
Calle 26 No. 13-19 Piso 5
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel: (571) 334-2202, 336-1600 Ext.2040 Fax:
(571) 281-3348

Dra. Magdalena Serpa de Cavellier
Gerente Programa "NUTRICIÓN"
Presidencia de la República
Red de Solidaridad Social
Trasn. 1 Este # 55 - 85 Apt. 402
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel: (571) 346-1079/336-2226
Fax: (571) 336-2216

Lic. María Cecilia Cuartas Arango
Sub-directora Operativa de Prevención
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar ICBF
Avenida 68 # 64-01
Santafé de Bogotá
Tel: (571) 250-5432
Fax: (571) 231-1288

Dra. Gloria Ochoa
Consultora Nutrición Departamento Nacional de
Planeación DNP
Calle 26 #13-19 Piso 5 División de Salud
Bogotá - Colombia
Dom: Calle 47 No. 8-42 Apto.402
Tel: (571) 336-1600 Ext. 2040
Fax: (571) 282-3341 - 282-0071

Cesar Garzón Buelvas
Director Gral. de Desarrollo Social
Director del Fondo de Organización y
Capacitación Campesina Capacitar
Min. de Agricultura y Desarrollo rural
Avenida Jiménez # 7-65 Piso 5
Apartado Aéreo 48297
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel: (571) 284-3342
Fax: (571) 283-3417

ECUADOR

Dr. Marcelo Lazo
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Juan Larrea entre Checa y Riofrío
Quito, Ecuador
Tel: (593-2) 521-746
Fax: (593-2) 543-588

Dr. Julio Alvear Molina
Director Nacional de Nutrición
Ministerio de Salud Pública
Buenos Aires y Larrea No. 340 Piso 1
Quito, Ecuador
Tel: (593-2) 540-060
Fax: (593-2) 540-060

Lic. Cecilia Puente
Coordinadora Nacional del Programa Desayuno
Escolar
Ministerio de Educación
Calle 10 de Agosto Edificio Vivanco 3er piso.
Quito, Ecuador
Tel: (593-2) 502750, 502749
Fax: (593-2) 502750, 502749

Lic. Olga Cobos Garcés
Directora Asuntos Internacionales del
Ministerio de Agricultura y Ganadería
Av. Amazonas y Eloy Alfaro 6to. piso
Subsecretaría de Políticas e Inversión Sectorial
Quito, Ecuador
Tel: (593-2) 554-124
Fax: (593-2) 501-965

PARAGUAY

Dr. Rafael Figueredo Grijalba
Jefe, Departamento de Nutrición
Ministerio de Salud Pública
y Bienestar Social
Brasil y Petrossi
Asunción, Paraguay
Tel: (595-21) 210-938 Ext. 297
Fax: (595-21) 207-328, 498-032, 206-700

Dr. Flaviano Ojeda Villalba, Director
Instituto de Alimentación, Nutrición,
y Salud - IANS
Grupo Habitacional Aeropuerto, 25
Asunción, Paraguay
Tel: (595-21) 211-626 / 671-985
Fax: (595-21) 211-626

Ing. Guillermo Céspedes, Director
Asentamientos Rurales
Ministerio de Agricultura y Ganadería
Pdte. Franco y Ayolas
Edificio Ayfra 1er. Piso
Asunción, Paraguay
Tel: (595-21) 449-174/449-404
Fax: (595-21) 449-174

Lic. Dally Lobo de Cardozo
División de Curriculum
Ministerio de Educación
Tel: (595-21) 494351, 494352
Fax: (595-21) 494352

PERÚ

Dra. Nelly Baiocchi Ureta
Directora General Centro Nacional
Centro Nacional Alimentación y Nutrición
Instituto Nacional de Salud
Tijón y Bueno No.276-Jesús María
Lima, Perú
Tel: (51-14) 633-833
Fax: (51-14) 639-617

Ing. William Arteaga Donayre
Director General
Oficina de Planificación Agraria
Ministerio de Agricultura
Lima, Perú
Tel: (5114) 337782, 324040
Fax: (5114) 312670

VENEZUELA

Dr. Ronald Evans, Director Ejecutivo
Instituto Nacional de Nutrición
Avenida Baralt - Esquina la Carmen #1010
Edificio Instituto Nacional de Nutrición -
Piso 3
Apartado Postal 2049
Caracas 1010, Venezuela
Tel: (58-2) 481-7003
Fax: (58-2) 481-7003, 410-831 (secretaria)

PAHO/OMS

Dr. Manuel Peña
Asesor Regional en Nutrición
Organización Panamericana de
la Salud(OPS/OMS)
525-23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Email: Penamanu@PAHO,Org.

*Tel: (202) 861-4359
Fax: (202) 861-8466*

*Dr. Carlos Samayoa
Consultor Interpaís en Nutrición
para la subregión Andina
Avenida Naciones Unidas 1204
Quito, Ecuador
Tel: (5932) 432-551
Fax: (5932) 436-372*

*Dr. Luis Gutiérrez Alberoni
Consultor Nacional en Nutrición, Perú
Los Cedros 269
Lima, Perú
Tel: (014) 213-030
Fax: (014) 424-634*

*Lic. María Teresa Reynoso
Oficial de Nutrición
Av. 20 de Octubre Edificio Foncomin
3er.piso
La Paz, Bolivia
Tel: (591-2) 362-646
Fax: (591-2) 391-296*

LAC HNS

*Dr. José O. Mora
Sub-Director
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814
Tel: (301) 941-8456
Fax: (301) 941-8449*

*Ms. Sally Crelia
Asistente de Programas
7200 Wisconsin Avenue
Bethesda, MD 20814
Tel: (301) 941-8522
Fax: (301) 941-8449*

*Dr. Maarten Immink
SR. Nut. Officer
ESN/FAO
Viale delle Terme di Caracalla
00100 Roma-Italia
Tel: (39-6) 5225-3330/4152
Fax: (39-6) 5225-4593
EM : ESN-REGITRY@FAO.ORG*

*Dr. Eduardo Atalah, Consultor
Departamento de Nutrición
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile
Tel: (562) 777-6334 (o) (562) 218-6588 (c)
Fax: (562) 735-5581
EM : Eatalah@Med.Uchile.Cl.*

FAO

*Dr. Cecilio Morón
Oficial Regional de Política
Alimentaria y Nutrición
Oficina Regional de la FAO
Bandera 150, 7mo. Piso
Casilla: 10095
Santiago, Chile
Tel: (562) 699-1005
Fax: (562) 696-1121, 696-1124
Em : C.Morón-FAO@CGNET.COM*

ANEXO 2: GUÍAS DE DISCUSIÓN PARA LOS TRABAJOS DE GRUPO

Antes de iniciar las discusiones, el grupo designará un Moderador y un Relator. El moderador estará encargado de dirigir el debate, ordenar y estimular la discusión y otorgar la palabra por un tiempo prudencial a cada uno de los participantes, procurando que la discusión se concentre en los aspectos específicos del tema. El relator tomará atenta nota de los puntos de vista, opiniones y sugerencias de cada uno de los participantes a medida que intervienen en la discusión, verificará periódicamente los puntos de consenso o de discrepancia, y preparará un informe escrito, completo pero conciso, sobre el resultado de la discusión, las conclusiones y recomendaciones, y los puntos en que no hubo acuerdo, y presentará dicho informe en la plenaria dentro del tiempo asignado.

POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1. **Cuál es su opinión sobre los documentos que revisó sobre Políticas Sectoriales de Alimentación y Nutrición? Qué opina sobre la pertinencia, calidad, comprensión, actualidad y utilidad como guía general para la toma de decisiones de políticas sectoriales?**
2. **Son estos documentos prácticos y útiles para la formulación de políticas sectoriales? Se podrían mejorar? Qué cambios recomendaría? Sería conveniente preparar documentos más condensados para los altos niveles de decisión política y, si es así, cuál sería su contenido? Qué otras sugerencias podría hacer?**
3. **La longitud y profundidad de cada documento es adecuada? Qué debería profundizarse más, reducirse o suprimirse? Podría sugerir ejemplos adicionales útiles?**
4. **Qué recomendaciones podría hacer sobre la difusión y uso de los documentos?**

AVANCES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA

1. **Cuáles son los problemas comunes para asegurar un compromiso gubernamental más explícito de afrontar la inseguridad alimentaria-nutricional? Qué sugerencias puede hacer para solucionar dichos problemas? Se requiere cooperación técnica para ello? Si es el caso, qué tipo de cooperación?**
2. **Qué países tienen políticas agrícolas con objetivos nutricionales concretos? En estos países, cómo se logró la incorporación de objetivos nutricionales en las políticas**

agrícolas? Cuáles son las dificultades más comunes para lograrlo? Cómo se podrían solucionar estos problemas? Se requiere más cooperación técnica? De qué tipo?

3. Qué medidas de política se han implementado en los países para mejorar el acceso de los grupos más postergados a los bienes y servicios, especialmente a los de alimentación, educación y salud? Cuáles son los principales obstáculos para la formulación y puesta en marcha de políticas? Cómo se podrían superar estos obstáculos? Se requiere cooperación técnica? De qué tipo?
4. Qué medidas concretas se han iniciado para mejorar las condiciones de seguridad alimentaria a nivel de los hogares, especialmente en el área rural? Cómo se ha identificado la población objetivo? Qué proyectos específicos se están desarrollando y cómo se financian? Qué impacto han tenido? Se requiere cooperación técnica? De qué tipo?

AVANCES EN NUTRICIÓN MATERNOINFANTIL

1. Cuáles son los objetivos, estrategias y actividades comunes para mejorar la situación alimentaria-nutricional del grupo materno infantil en los países? Cuáles han sido las prioridades y la secuencia de actividades a corto, mediano y largo plazo? Qué problemas se han identificado en la implementación? Cómo se han solucionado o se podrían solucionar?
2. Cuáles han sido los componentes programáticos comunes en nutrición materno infantil? Cómo se ha avanzado en su ejecución y qué restricciones se han encontrado? En qué medida se han logrado los objetivos y metas? Qué resultados concretos se han logrado? Se ha medido el impacto? Qué recomendaría para mejorar el impacto de las acciones en nutrición materno infantil?
3. Cómo se ha aprovechado la ayuda alimentaria (interna o externa) para fortalecer las acciones de seguridad alimentaria materno infantil y escolar? Qué impacto se ha logrado con los programas de complementación alimentaria materno infantiles y escolares? Cuáles han sido las principales limitaciones? Se requiere cooperación técnica en este campo? De qué tipo?
4. Qué clase de apoyo técnico y financiero para nutrición materno infantil han recibido los países a nivel nacional y local? Cómo se ha coordinado la implementación de acciones, y el apoyo técnico y financiero? Qué problemas se han identificado y como podrían los organismos de cooperación contribuir a solucionarlos?

AVANCES EN MICRONUTRIENTES

1. Qué tipo de estrategias comunes o específicas han adoptado los países para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente las de hierro, vitamina A y yodo? Cuáles son sus componentes? Se están utilizando estrategias multisectoriales? Cómo? Cuál es el estado actual de la formulación y ejecución de los planes nacionales de acción en micronutrientes?
2. Qué tanto se ha avanzado en la ejecución de los distintos componentes y actividades de los planes de acción en micronutrientes? Qué problemas se han identificado en la ejecución? Como se han enfrentado o se podrían abordar estos problemas? Se requiere cooperación técnica? De qué tipo?
3. Hasta qué punto se han evaluado los resultados de las acciones de micronutrientes en los países? Se ha logrado algún impacto significativo hasta ahora? Qué acciones adicionales se requieren para alcanzar las metas establecidas para el año 2.000?
4. Se necesita más cooperación técnica para alcanzar las metas para el año 2.000 ? De qué tipo? Se requiere más investigación? De qué tipo? Se requiere más desarrollo, adaptación o transferencia de tecnología? Cómo se podría lograrlo?