

PAUTAS PARA POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

INTRODUCCIÓN

Septiembre de 1995

*Preparado por la Agencia de los Estados Unidos para el
Desarrollo Internacional en virtud del Contrato LAC-0657-C-00-0051-00, Proyecto
de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science & Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814*

ÍNDICE

	Página
I. LA DESNUTRICIÓN, UN PROBLEMA TODAVÍA GRAVE EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	1
II. JUSTIFICACIÓN PARA INVERTIR EN NUTRICIÓN	10
III. ACTIVIDADES ACTUALES DE NUTRICIÓN EN LA REGIÓN	12
IV. NECESIDAD DE POLÍTICAS SECTORIALES DE NUTRICIÓN MÁS EFICACES	15
V. PREREQUISITOS PARA LA FORMULACIÓN DE EFICACES POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	17
VI. BIBLIOGRAFÍA	23

I. LA DESNUTRICIÓN, UN PROBLEMA TODAVÍA GRAVE EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A pesar del progreso global alcanzado en nutrición en la región de América Latina y el Caribe (ALC), la inseguridad alimentaria familiar, la desnutrición de energía y proteína (DEP) y la carencia de micronutrientes en los niños pequeños y las madres, siguen siendo graves obstáculos para el desarrollo social y económico sostenido en muchos países, particularmente en aquellos donde la AID está concentrando su apoyo a programas de supervivencia infantil (Cuadros 1-3). En la región en su conjunto, la disponibilidad de energía per cápita aumentó de 2370 calorías diarias en 1961-63 a 2710 en 1989-90. Las tasas de prevalencia regional de desnutrición global (bajo peso para la edad) se redujeron de 17% en 1975 a 11% en 1992; la mejora fue más marcada en América del Sur (de 15,7 a 8,2%) que en América Central/México (de 19,3 a 16,6% Cuadro 1).

No obstante, la mayor parte de la mejora en la disponibilidad de calorías y en la desnutrición infantil ocurrió antes de decenio de 1980, con mejoría más lenta, si hubo alguna, en el último decenio. Las Naciones Unidas estiman que si la tendencia de mejoramiento en los años setenta en América del Sur se restituyera en los noventa, las tasas de insuficiencia ponderal de los niños se corregirían antes del finalizar el siglo (Naciones Unidas, 1992). El problema parece estar un poco más arraigado en América Central, donde se necesitaría una focalización más precisa de los programas de nutrición y esfuerzos especiales para alcanzar a los grupos marginados y remotos, y a los más pobres. Todo esto ha ocurrido como resultado de un proceso de planificación económica y social, dentro de un contexto socio-económico y político en el cual la mayoría de los países, dentro de sistemas democráticos, propugnan por recuperar el menos las tasas de crecimiento económico sostenido que experimentaron antes de la "década perdida" (Cuadro 3), a tiempo que enfrentan crecientes problemas sociales exacerbados por el impacto a corto plazo de las políticas de ajuste estructural que los obligan a dar atención prioritaria al desarrollo social y a la erradicación de la pobreza utilizando, en lo posible, estrategias de integración social subregional.

Las estimaciones de LAC HNS (Mora & Wickham, 1994) basadas en los datos nacionales más recientes, indican que, excluida Argentina de la cual no hay datos recientes, 5,7 millones de niños (11,3%) en la región sufren de desnutrición general (16,6% en América Central/México y 8,2% en América del Sur) y 10.9 millones (21,8%) sufren retraso del crecimiento (26,5% en América Central/México y 18,7% en América del Sur). Por lo menos uno de tres o cuatro niños menores de cinco años está desnutrido en Guatemala, Guyana, Haití y Honduras y al menos uno de dos o tres tiene retraso del crecimiento en Bolivia, el Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras y el Perú (Cuadro 2). Las tasas de prevalencia ponderadas de la población en los nueve países donde la AID ha concentrado su apoyo a programas de supervivencia infantil¹ ascienden a 18% (insuficiencia ponderal) y 37% (retraso del crecimiento), respectivamente.

¹ Bolivia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, el Perú y la República Dominicana.

CUADRO 1
Prevalencia y número de niños con insuficiencia ponderal en la
región de ALC, 1975-1992

Sub-región	1975	1980	1992
América Central y el Caribe/México			
Prevalencia porcentual	19,3	17,7	16,6
Millones de niños	3,4	3,1	3,1
América del Sur			
Prevalencia porcentual	15,7	9,3	8,2
Millones de niños	4,8	3,1	2,6
Total ALC			
Prevalencia porcentual	17,0	12,2	11,3
Millones de niños	8,2	6,2	5,7

Fuentes de información: Naciones Unidas, 1992; De Onis y colaboradores, 1993; Archivos de LAC HNS.

Las tasas de lactancia materna se han venido reduciendo en varios países como resultado de las tendencias en urbanización, trabajo de la mujer, prácticas de atención médica y hospitalaria y comercialización de sucedáneos de la leche materna, aunque últimamente se ha detectado un modesto grado de mejora (Sharma y colaboradores, 1990; Pérez-Escamilla, 1993). Quizás lo más importante sea que la duración de la lactancia natural exclusiva, que reviste importancia crítica para aprovechar al máximo los beneficios de salud y nutrición que ofrece, sigue siendo corta aun en los países donde su período de duración total es relativamente largo. La proporción de niños de 0 a 4 meses alimentados exclusivamente con leche materna encontrada en las Encuestas de Demografía y Salud realizadas últimamente en nueve países de ALC varió de menos de 1% a más de 55%, con una duración mediana estimada de solo 0,2 a 1,1 meses (Sharma y colaboradores, 1990; Pérez-Escamilla, 1993). Entre 46 y 75% de los niños de 0 a 5 meses son alimentados con biberón.

No se dispone de datos sobre las tendencias nacionales en la prevalencia de bajo peso al nacer (BPN), un indicador del retraso del crecimiento intrauterino atribuible en gran medida a una nutrición inadecuada antes del embarazo y durante éste. Se ha notificado un modesto grado de mejora, de 15 a 12% en América Central y de 12 a 10% en América del Sur (Naciones Unidas, 1992). La nutrición materna deficiente sigue siendo un problema grave en varios países, como lo indican el peso para la estatura, la ingesta dietética y la ganancia de peso durante el embarazo; la anemia ferropénica es muy prevalente. Las estimaciones recientes de la tasa de bajo peso al nacer son superiores a 10% en Bolivia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y la República Dominicana (World Food Council, 1992).

2
4

CUADRO 2
Prevalencia (%) y población menor de 5 años con desnutrición global
(bajo peso para la edad) y con retardo del crecimiento (talla baja para la edad)
en América Latina y el Caribe ⁽¹⁾

País	Población (millones)	Año	P/E (% <2 DE)	T/E (% <2 DE)	P/E (miles)	T/E (miles)
Argentina	3,2	-	-	-	-	-
Bolivia	1,1	1989*	13,3	38,3	146,3	421,3
Brasil	17,2	1989	7,0	15,4	1204,0	2648,8
Chile	1,5	1994**	0,9	2,7	13,5	40,5
Colombia	3,9	1989	10,1	16,6	393,9	647,4
Costa Rica	0,4	1990**	2,8	7,8	11,2	31,2
Ecuador	1,5	1986	16,5	34,0	247,5	510,0
El Salvador	0,8	1993	11,2	22,8	89,6	182,4
Guatemala	1,7	1990*	38,5	57,9	654,5	984,3
Guyana	0,1	1987	24,3	-	24,3	-
Haití	1,0	1990	33,9	40,6	339,0	406,0
Honduras	0,9	1994	21,0	39,6	189,0	356,4
Jamaica	0,3	1990	6,9	8,7	20,7	26,1
México	11,7	1988	13,9	22,3	1626,3	2609,1
Nicaragua	0,7	1993	11,9	23,7	83,3	165,9
Panamá	0,3	1992	7,1	9,4	21,3	28,2
Paraguay	0,7	1990	3,7	16,6	25,9	116,2
Perú	2,9	1991	10,8	36,5	313,2	1058,5
R. Dominicana	1,0	1991	10,4	19,4	104,0	194,0
Uruguay	0,3	1989**	6,5	14,6	19,5	43,8
Venezuela	2,5	1992**	8,2	17,0	205,0	425,0
TOTAL	53,7		11,3	21,6	5732,0	10895,1

¹ Datos más recientes. Fuentes: Naciones Unidas, 1992; De Onis y colaboradores, 1993; archivos de LAC HNS.

* = Encuesta de Demografía y Salud, 3-36 meses.

** = Servicios de salud

5

CUADRO 3
Indicadores socioeconómicos básicos en países de América Latina y el Caribe (ALC)

Países	Población estimada (millones)	Mortalidad menor de 5 años	Mortalidad infantil	Disponibilidad de calorías per cápita	PNB per cápita US\$	Porcentaje de la tasa de crecimiento del PNB	Porcentaje de tasa de crecimiento del PNB	Índice de desarrollo humano
	1993 ¹	1993 ¹	1993 ¹	1989-1992 ²	1992 ¹	1965-80	1980-92 ¹	1992 ³
Argentina	33,5	27	24	3.103	3.970	1.7	-0.9	0,853
Bolivia	7,7	114	78	2.000	680	1.7	-1.5	0,530
Brasil	156,6	63	52	2.736	2.920	6.3	0.4	0,756
Chile	13,8	17	15	2.565	2.360	0	3.7	0,848
Colombia	34,0	19	16	2.473	1.250	3.7	1.4	0,813
Costa Rica	3,3	16	14	2.711	1.870	3.3	0.8	0,848
Ecuador	11,3	57	45	2.402	1.010	5.4	-0.3	0,718
El Salvador	5,5	60	45	2.313	1.090	1.5	0	0,543
Guatemala	10,0	73	53	2.261	980	3.0	-1.5	0,564
Guyana	0,8	63	47	2.454	330	-	-	0,580
Haití	6,9	130	85	1.995	370	0.9	-2.4	0,354
Honduras	5,6	56	43	2.246	590	1.1	-0.3	0,524
Jamaica	2,5	13	11	2.549	1.380	-0.1	0.2	0,749
México	90,0	32	27	3.037	3.080	3.6	-0.2	0,804
Nicaragua	4,1	72	51	2.212	340	-0.7	-5.3	0,583
Panamá	2,6	20	18	2.256	2.130	2.8	-1.2	0,816
Perú	4,6	34	28	2.675	1.270	4.1	-0.7	0,679
Paraguay	22,9	62	43	1.955	1.070	0.8	-2.8	0,642
República Dominicana	7,6	48	40	2.310	940	3.8	-0.5	0,638
Uruguay	3,1	21	19	2.690	2.880	2.5	-1.0	0,859
Venezuela	20,6	24	20	2.660	2.720	2.3	-0.8	0,820

¹ El Estado de la Infancia en el Mundo, UNICEF, 1995.

² Informe del Día Mundial de la Alimentación. USAID, 1993.

³ Informe sobre el Desarrollo Humano. PNUD, 1994.

Según el Informe del Día Mundial de la Alimentación (USAID, 1993), con base en los promedios de cinco indicadores (PNB per cápita, disponibilidad media diaria de calorías per cápita, tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años, ingresos brutos en divisas y producción interna bruta de alimentos) para el período de 1989 a 1991, cuatro países de ALC están entre los más afectados por la inseguridad alimentaria (Bolivia, Haití, Nicaragua y el Perú) y otros cuatro más están en el límite (Honduras, El Salvador, Guatemala y la República Dominicana). Por ende, no hay suficientes alimentos en esos países, aun si estuvieran equitativamente distribuidos, para asegurar a cada persona el acceso a suficientes calorías.

La inseguridad alimentaria familiar también afecta a proporciones variables de la población en países que gozan de relativa seguridad alimentaria global. En realidad, las cifras nacionales agregadas suelen ocultar grandes disparidades entre los estratos socioeconómicos y las regiones. Con frecuencia, el problema suele concentrarse en ciertos grupos de población. En el mismo informe (USAID, 1993), se evaluaron las tendencias de los mismos cinco indicadores en los últimos años: en dos países de la región hubo marcado progreso (Colombia y México) y en seis se notó algún progreso (Bolivia, el Brasil, Costa Rica, Jamaica, el Paraguay y Surinam), no hubo ningún cambio obvio en nueve países y se registró deterioro en Haití.

En muchos países, la carencia subclínica de micronutrientes como el hierro, la vitamina A, el yodo y otros, persiste como problema de salud pública con grandes repercusiones para el desarrollo. La distribución y otras características epidemiológicas de las carencias de micronutrientes, lo mismo que los métodos eficaces para subsanarlas, a menudo difieren de las de la desnutrición de energía y proteína. Dada la naturaleza marginal de la carencia de vitamina A (los signos clínicos obvios de carencia son menos comunes que en otras regiones), hasta hace poco no se tenía conciencia de la magnitud del problema ni de sus consecuencias para el desarrollo y, por ende, permanecía desatendido en su mayor parte.

Las evaluaciones recientes han mostrado que la carencia de vitamina A es un grave problema de salud pública en el ámbito nacional en Belice, El Salvador, el Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana, y muy probablemente en Haití y el Perú, así como en ciertas regiones o grupos de población de Bolivia, el Brasil, México y Panamá (Mora & Dary, 1994). La carencia de hierro y la anemia están propagadas en la región; cerca de 100 millones de personas, o sea casi una cuarta parte de la población están afectadas, incluso más del 60% de los niños menores de dos años y 40% de las mujeres embarazadas; se ha hecho muy poco por su control y prevención. A pesar de los grandes progresos alcanzados, la carencia de yodo persiste como problema de salud pública en algunos países (El Salvador, Guatemala, el Paraguay, el Perú y Panamá) y en zonas limitadas en la mayoría del resto, con una estimación de 63 millones (14,2%) de personas afectadas (OMS, 1993).

En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990 y en la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, los países de la región se comprometieron firmemente a formular planes de acción nacionales en alimentación y nutrición y hacer todo lo posible por eliminar la carencia de yodo y vitamina A y reducir substancialmente la desnutrición y otras carencias de micronutrientes importantes, incluso la de hierro, antes del final del decenio. La meta nutricional más importante para el año 2000 es reducir la prevalencia de desnutrición moderada-a-severa en menores de cinco años a la mitad de los niveles de 1990. Otras metas de apoyo a la meta global:

- Reducción de la tasa de bajo peso al nacimiento a menos del 10%.
- Reducción en tercio de los niveles de anemia ferropénica en las mujeres.
- Eliminación virtual de las deficiencias de yodo y vitamina A y sus consecuencias.
- Institucionalización de la vigilancia y promoción del crecimiento infantil en todos los países.
- Lactancia natural exclusiva a todos los niños de los cuatro a seis meses, y lactancia parcial lo más prolongada posible en el segundo año.
- Mayores niveles de producción local de alimentos para garantizar la seguridad alimentaria familiar.

En la Conferencia Internacional de Nutrición de 1992 los países firmaron la Declaración y Plan de Acción en Nutrición, en la cual se ratificaron los compromisos y las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y delinearon nueve estrategias de seguridad alimentaria y nutrición:

- Incorporación de objetivos, consideraciones y componentes nutricionales en las políticas y programas de desarrollo.
- Mejoras en la seguridad alimentaria familiar.
- Protección al consumidor mediante mejoras en la calidad e inocuidad de los alimentos.
- Prevención y manejo alimentario de las enfermedades infecciosas.
- Promoción de la lactancia natural.
- Atención a los grupos social y económicamente deprivados y nutricionalmente vulnerables.

- **Prevención y control de deficiencias específicas de micronutrientes.**
- **Promoción de dietas adecuadas y estilos de vida saludables.**
- **Evaluación, análisis y vigilancia de la situación alimentaria y nutricional.**

De acuerdo con la primera estrategia, la incorporación de objetivos nutricionales dentro de las políticas y programas sectoriales de salud, agricultura y educación es muy relevante y oportuna. La mayoría de los países de ALC han preparado o preparan actualmente planes de acción nacionales en nutrición.

Si se desea cumplir las metas establecidas para el año 2000, esos planes deben comprender la formulación y ejecución eficaz de políticas y programas sectoriales de nutrición con el apoyo político y financiero necesario. Las pautas que se presentan a continuación tienen por objeto facilitar la toma de decisiones para la formulación y ejecución de políticas sectoriales de nutrición con el fin de alcanzar las metas propuestas en la región de ALC, con especial énfasis en los países en donde la AID ha concentrado su apoyo a programas de supervivencia infantil.

Estas pautas están dirigidas a facilitar las decisiones de quienes están encargados de la incorporación, ejecución y evaluación de objetivos nutricionales en la formulación de políticas sectoriales. Podrían ser de utilidad, en general, a las personas clave encargadas de tomar acción para alcanzar las metas nutricionales a través de políticas y estrategias sectoriales eficazmente coordinadas.

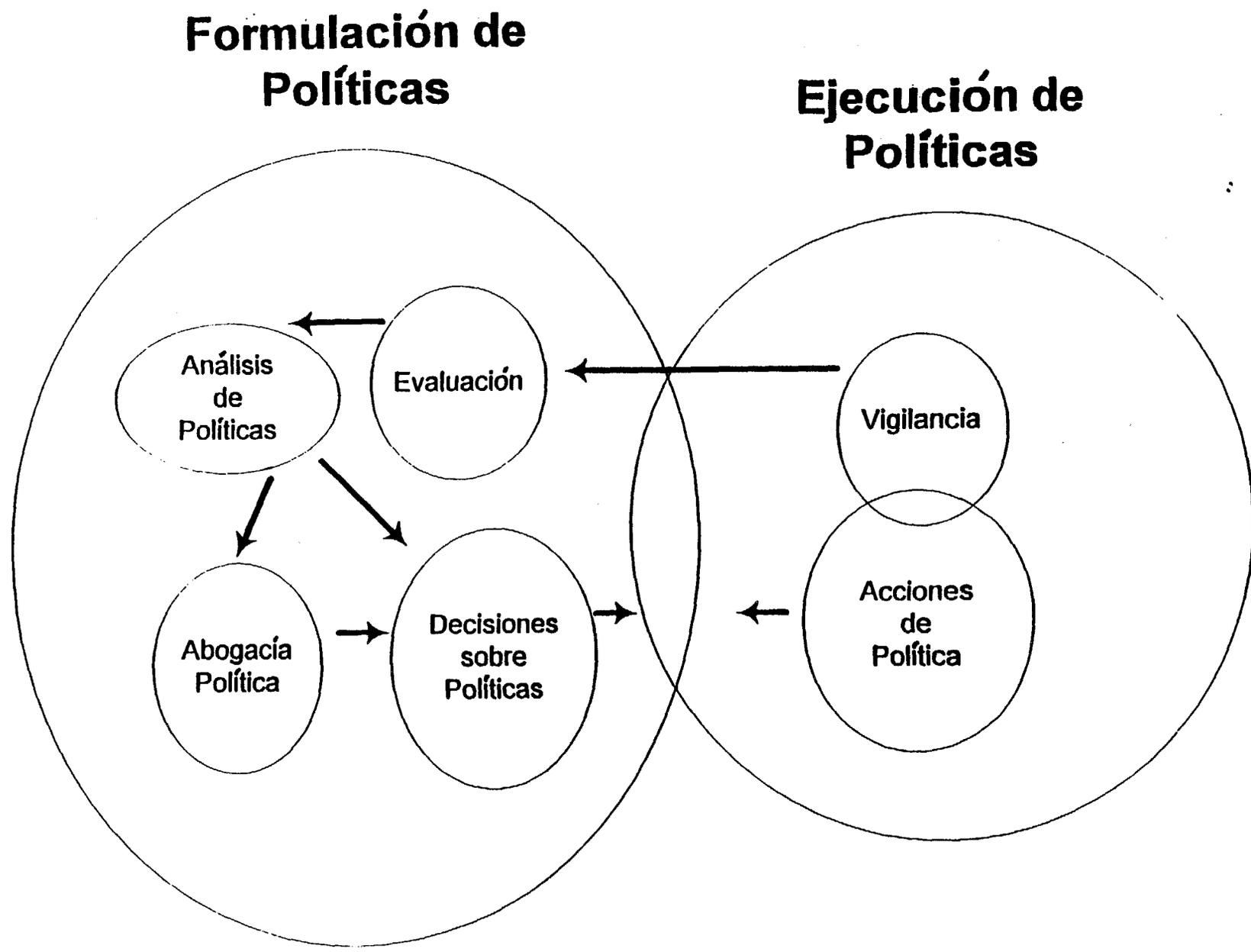
La formulación de políticas se puede conceptualizar a través de cuatro procesos: diagnóstico, análisis, abogacía y decisión política (Figura 1). Idealmente, la formulación de políticas y la implantación de acciones derivadas de ellas debe constituir un proceso interactivo, facilitado por el análisis de políticas, y la vigilancia de su ejecución debe proveer los insumos técnicos y sociales para el análisis de las políticas. Las decisiones sobre políticas pueden basarse en los resultados de análisis "objetivos", aunque con más frecuencia dependen de la eficacia de las actividades de abogacía política, incluyendo la capacidad de concertación de quienes promueven las políticas. Los puntos de interacción entre el análisis de políticas, la abogacía política y las decisiones de políticas son críticos, y las pautas para políticas sectoriales de nutrición que aquí se proponen están dirigidas especialmente a los actores involucrados en estos tres procesos (Cuadro 4).

La aplicación de las políticas en forma de acciones (programas y proyectos) se hace a nivel central, regional y comunitario, y en ella participan distintos actores a diferentes niveles. Los puntos de enlace entre la formulación y la aplicación de las políticas implican la participación de los actores de los diferentes niveles en la formulación de las políticas. En última instancia, lo que importa es: (a) que los objetivos y metas nutricionales se reflejen adecuadamente en el diseño operacional de las acciones de política; (b) que se ejecuten las acciones más efectivas y eficientes para alcanzar las metas y objetivos nutricionales; y (c)



10

Figura 1



CUADRO 4

PROCESO	ACTORES
1. Análisis de las políticas	Personal técnico de planificación Investigadores Organizaciones no gubernamentales
2. Abogacía política	Donantes internacionales y organismos de ayuda técnica Grupos especiales: - Asociaciones profesionales - Grupos de consumidores - Organizaciones no gubernamentales - Organizaciones nacionales Compañías del sector privado, asociaciones
3. Decisiones sobre políticas	Miembros del poder legislativo Miembros del poder ejecutivo
4. Evaluación	Personal técnico: - Oficina central de estadística - Oficina central de planeación - Ministerios - Organizaciones no gubernamentales
5. Acciones de políticas	Personal técnico, operativo y gerencial: - Ministerios - Organizaciones no gubernamentales Autoridades locales Grupos comunitarios
6. Vigilancia	Personal técnico a nivel local: - Ministerios - Organismos no gubernamentales - Autoridades locales - Proyectos de autosuficiencia Grupos comunitarios

que las metas y objetivos nutricionales tengan en cuenta en forma realista las restricciones tecnológicas, operacionales, sociales y políticas de cada una de las opciones de políticas. Por lo tanto, estas pautas deberían responder también a las necesidades de quienes toman decisiones a nivel local y comunitario. Aunque se ha hecho un intento de anticipar dichas necesidades, la prueba de estas pautas en la práctica incluirá una evaluación de las necesidades de insumos operacionales y metodológicos a los niveles local y comunitario, y permitirá preparar una versión corregida que refleje adecuadamente los resultados de la evaluación de necesidades.

II. JUSTIFICACIÓN PARA INVERTIR EN NUTRICIÓN

Actualmente se reconoce que la nutrición es tanto un insumo crítico para el desarrollo social y económico como un resultado de éste a largo plazo. La justificación económica para invertir en nutrición se desprende tanto de las repercusiones sociales y económicas de la desnutrición como de los importantes beneficios logrados con las inversiones en nutrición.

Hay abundantes pruebas de las graves repercusiones económicas negativas de la nutrición deficiente en los países en desarrollo. Los mecanismos incluyen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que redundan en mayores costos financieros para el sistema de atención de salud, menor crecimiento físico y resistencia física que conduce a menor productividad de la mano de obra y salarios más bajos, y retraso del desarrollo cognoscitivo y psicomotor que da como resultado de las deficiencias en la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar, menor tasa de rendimiento de las inversiones en educación y menor productividad laboral e ingresos de la población adulta. El gasto adicional en salud que se necesita para atender el exceso de morbilidad ocasionado por las carencias nutricionales es una pesada carga para los sistemas de salud ya agobiados por restricciones financieras (Banco Mundial, 1993).

También son importantes los costos adicionales que para el sistema educativo representa el fracaso en la escuela primaria (repetición, deserción) ocasionado por la nutrición deficiente, incluso la carencia de yodo, así como el efecto (posiblemente irreversible) de la anemia ferropénica en la niñez temprana sobre el desarrollo mental. Son inmensas las repercusiones económicas de la menor resistencia física y productividad laboral y de la mayor morbilidad en los segmentos más pobres de la población. En general, la nutrición deficiente causa una gran pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la población de muchos países de ALC, con enormes costos en términos de gastos excesivos de atención de salud y menor productividad laboral.

Las repercusiones económicas de las carencias nutricionales para un país y, particularmente para el sector público, en términos de costos excesivos de la atención de salud, ineficiencia de las inversiones en salud y educación y menor productividad económica general, y para el individuo, en términos de menores ingresos laborales y mayores costos de atención de salud, subrayan los enormes costos de la falta de acción. Si no se fomenta mayor mejora de la nutrición en la región, no solo se afectará la calidad de vida, sino que probablemente se

12

desacelerarán los grandes adelantos logrados hasta ahora en supervivencia infantil puesto que, a largo plazo, la mortalidad de reposición en los desnutridos disminuirá los efectos de las intervenciones de supervivencia infantil en la reducción de la mortalidad. Debido a la relación exponencial entre la desnutrición, aun en grado leve o moderado, y la mortalidad en la niñez, las acciones para mejorar la nutrición son un elemento indispensables para mejorar la eficacia de los programas de supervivencia infantil.

Un importante efecto indirecto de las inversiones en nutrición es la intensificación de las repercusiones de otras inversiones, como las de salud y educación. Al invertir eficientemente en nutrición, además de reducir el sufrimiento humano, se puede eliminar una gran parte de la carga financiera adicional para el sistema de salud que resulta del exceso de morbilidad causada por desnutrición, y los ahorros en costos de atención de salud se pueden usar para atender otras necesidades de salud acuciantes, incluso para lograr mayor cobertura de las intervenciones de supervivencia infantil. Además, la mejor nutrición aumenta la eficiencia de las inversiones en educación al mejorar el desarrollo cognoscitivo, la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar. A su vez, la mayor eficiencia de las inversiones en salud y educación llevará a mejoras adicionales de la nutrición.

Como afirma Behrman (1992), la inversión en nutrición es también una forma eficaz y eficiente de lograr las metas globales de desarrollo, principalmente el incremento de la productividad para ampliar el consumo de bienes y servicios y la mejora de la equidad, es decir, la distribución de esos bienes y servicios lo más equitativamente posible entre los miembros de la sociedad. Las inversiones en nutrición contribuyen a la meta de productividad del crecimiento económico, directamente por medio de mayor productividad laboral e indirectamente con mayor desarrollo intelectual, lo que, en definitiva, se traduce en mejor rendimiento escolar y productividad laboral de los adultos (Levinger, 1992).

Las inversiones en nutrición también contribuyen a la meta de equidad mediante mejoras inmediatas del consumo de los grupos más pobres debido a la transferencia focalizada de recursos (por ejemplo, servicios de atención primaria de salud y nutrición) y también porque, en las economías de mercado laboral de la mayoría de los países de ALC, los efectos de una mayor productividad proveniente de mejor nutrición suelen transferirse en mayor proporción a los pobres a través de mayor ingreso por trabajo. Los programas de intervención con micronutrientes, en particular, mejoran substancialmente la productividad, la educación, la salud general y la supervivencia infantil y, al aumentar los rendimientos de las inversiones en sectores como los de salud, educación y agricultura en una magnitud que sobrepasa su costo con creces, representan inversiones racionales y eficaces en función del costo (Sanghvi, 1993).

En resumen, las repercusiones sociales y económicas de la falta de acción en nutrición son demasiado graves para que una sociedad en desarrollo pueda pagar su costo. Existen soluciones eficaces en función del costo, con altos rendimientos económicos. Además de la justificación humanitaria, la inversión en nutrición constituye indiscutiblemente un uso eficiente de los recursos para el desarrollo. Las mejoras en materia de nutrición no solo

producen grandes ahorros para el sistema de atención de salud y se traducen en mayor productividad y mejora del capital humano, sino que las inversiones en nutrición sirven para incrementar la productividad y los beneficios sociales de otras inversiones socioeconómicas y contribuyen a la búsqueda del crecimiento económico con equidad, ya que los grupos más pobres reciben el mayor beneficio. La mejor nutrición, como insumo para el desarrollo, desempeña un efecto catalítico, aumenta el rendimiento de las inversiones en agricultura, educación y salud y contribuye en gran medida a mejorar el capital humano y el desarrollo social y económico de un país, del cual una mejor nutrición es, a la vez, un resultado de importancia crítica.

III. ACTIVIDADES ACTUALES DE NUTRICIÓN EN LA REGIÓN

En la actualidad se realizan varios programas e intervenciones en materia de nutrición en la mayoría de los países de ALC, incluso programas de alimentación suplementaria (a veces combinados con vigilancia del crecimiento y educación para la salud y la nutrición), medidas de promoción de la lactancia natural, suplementación y enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes, y educación en nutrición. En algunos países se han diseñado y puesto en marcha sistemas de vigilancia alimentaria-nutricional. También se han hecho esfuerzos por integrar intervenciones de nutrición en la atención primaria de salud.

En muchos países se adelanta un proceso de reestructuración de los sistemas de salud, con énfasis en la descentralización, la movilización social, la participación comunitaria, el desarrollo de los sistemas locales integrados de salud, la privatización de la atención de salud, la integración de acciones de promoción y atención de salud, el fortalecimiento de la capacidad de gestión, la eficiencia del gasto público y la eficacia de los programas y, en algunos casos, la coordinación interinstitucional y el replanteamiento de las funciones de los Ministerios de Salud. Están en marcha, además, procesos de integración social subregional, especialmente en Centro América, y en algunos casos se está tratando de abordar el problema de la inseguridad alimentaria en forma global, multidisciplinaria e intersectorial. El proceso de integración centroamericana, por ejemplo, busca el desarrollo sostenible y el combate a la pobreza como elementos estratégicos del desarrollo económico y social. Sin embargo, la alimentación suplementaria sigue siendo la intervención más visible y, en algunos casos, la única intervención nutricional a gran escala en la mayoría de los países, a tal punto que a menudo se le llama "programa de nutrición" (Musgrove, 1991). Últimamente, se han promovido programas focalizados de bonos o cupones para transferencia de ingresos o para alimentos, como medios posiblemente eficaces para mejorar la seguridad alimentaria y el consumo de los grupos vulnerables, evitando al mismo tiempo la carga logística que entraña la distribución directa de alimentos.

El número de programas de alimentación suplementaria y de subsidio de alimentos aumentó considerablemente en los países de la región de ALC en la década de los años ochenta. En un inventario y análisis realizados por el Banco Mundial (Musgrove, 1991) se identificaron 104 programas de distribución de alimentos en 19 países, con un costo de US \$ 1,600

millones (incluido el costo estimado en el mercado de las donaciones de alimentos). De estos programas, 53 eran de salud maternoinfantil manejados típicamente por instituciones de salud o asociadas con ellas, 23 eran programas de alimentación escolar, y el resto era un conjunto de subsidios de alimentos, restaurantes comunitarios y otros programas de alimentación. Se cubría en total cerca de 100 millones de beneficiarios (24% de la población total de la región): 5 millones de madres, 24 millones de lactantes y niños en edad preescolar, 42 millones de escolares y 29 millones de otros beneficiarios. La cobertura de los programas de salud maternoinfantil excedía en gran medida el número estimado de niños desnutridos en los países estudiados, con poca evidencia de su efecto nutricional, lo cual sugiere que las inversiones en estos programas estaban mal dirigidas, y que se puede alcanzar mayor progreso aun dentro del nivel actual de inversión.

En varios países se realizan diversas actividades de promoción de la lactancia natural con una cobertura, un conjunto de intervenciones y un grado de eficacia variables, a menudo por organizaciones no gubernamentales, sin compromiso firme y apoyo político y económico del gobierno. La sostenibilidad de proyectos piloto de promoción de la lactancia natural aparentemente exitosos ha sido a menudo un problema. Se ha hecho un gran esfuerzo de capacitación en servicio y motivación al personal de atención de salud, así como para eliminar los obstáculos a la lactancia natural en los establecimientos de salud (últimamente por medio de la iniciativa "Hospitales Amigos de la Madre y el Niño") y fomentar la promulgación de leyes sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

Se ha avanzado mucho menos en la formulación y puesta en marcha de políticas nacionales de promoción, protección y apoyo de la lactancia natural, en el fortalecimiento de la capacitación de pregrado de los profesionales y otro personal de atención de salud, en la educación y orientación rutinaria de las madres que acuden a los servicios de salud, en la prestación de servicios de apoyo posnatal para el manejo de la lactancia y en la vigilancia de la legislación vigente. En gran medida, esto es debido a un débil compromiso político gubernamental y a la insuficiencia de los fondos asignados a la lactancia natural.

Últimamente se ha observado en la región mayor conciencia sobre la magnitud e importancia de la carencia de micronutrientes para la salud pública (Mora & Dary, 1994). En varios países se realizan intervenciones de suplementación con micronutrientes y hay interés en enfoques integrados, más que en intervenciones únicas aisladas. En Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras se hace suplementación con vitamina A, aunque en forma irregular. En las normas técnicas de salud maternoinfantil de la mayoría de los países, se prevé, aunque a menudo no se cumple, la suplementación de las mujeres embarazadas con hierro y ácido fólico, y la de los niños pequeños con hierro. Después de varios años de interrupción, se reanudó el enriquecimiento del azúcar con vitamina A en Guatemala y en Honduras, y se inició también en El Salvador. Se empieza a considerar la posibilidad de enriquecer con hierro alimentos básicos como las harinas de trigo y de maíz. La yodación de la sal ya es efectiva en la mayoría de los países (aunque los sistemas de vigilancia a menudo funcionan deficientemente). En algunos países se ejecutan actividades de producción y conservación de alimentos en pequeña escala (incluidos algunos proyectos de establecimiento

de huertas caseras) sobre todo de organizaciones no gubernamentales (ONG). Las actividades de comunicación y educación en materia de nutrición son todavía débiles y no se ejecutan sistemáticamente.

Entre las organizaciones internacionales que trabajan activamente en nutrición en la región cabe citar la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa Mundial de Alimentos (WFP), y la Comunidad Europea (CE). Varias ONG también participan en nutrición en calidad de ejecutoras de programas de alimentación suplementaria o de desarrollo comunitario.

La OPS/OMS ha formulado un Plan Regional de Control de la Deficiencia de Vitamina A (OPS, 1992), un Programa Ampliado para el Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (OPS, 1988) y un Plan de Acción Regional Integrado de Lactancia Materna (OPS, 1994). El UNICEF, la FAO y el Banco Mundial asignan cada vez más prioridad a la cooperación en nutrición, incluidos la prevención y el control de la carencia de micronutrientes. La AID, el UNICEF y el Banco Mundial preparan actualmente estrategias en materia de micronutrientes. El Programa Mundial de Alimentos y la Comunidad Europea han venido proporcionando ayuda alimentaria, y la FAO y la OPS/OMS se han ocupado del seguimiento de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (ICN) en los ámbitos regional y nacional.

En contraste con los programas y proyectos de intervención nutricional, se ha hecho mucho menos para promover políticas de nutrición generales y particulares de cada sector. Algunas agencias de cooperación (Banco Mundial, UNICEF) han estado interesadas en ampliar el interés nacional por la nutrición y la seguridad alimentaria y en promover el diseño y la ejecución de políticas, programas y proyectos relacionados con la nutrición, a menudo para neutralizar el efecto potencialmente desfavorable de las políticas de ajuste estructural. El UNICEF ha promovido activamente la noción de ajuste estructural con rostro humano para recalcar la necesidad de proteger a los segmentos de la población que pueden verse más adversamente afectados por las reformas económicas. Mientras que las actividades de abogacía del UNICEF en el campo de la nutrición se basan sobre todo en consideraciones de equidad social y en preocupaciones relacionadas con la ética y los derechos humanos, el Banco Mundial ha encabezado la defensa de la nutrición sobre la base de una justificación económica. Tanto los argumentos de equidad como los de justificación económica son suficientemente convincentes para apoyar la necesidad de dar mayor prioridad a la acción directa en nutrición.

El Banco Mundial ha trabajado activamente en el fomento de reformas de política, incluso de las políticas de ajuste estructural para restituir la estabilidad y reestructurar la economía, con particular atención en la protección de los grupos más vulnerables (Selowsky, 1991). Esas políticas han incluido reestructuración del sector público, mejoras de los sistemas tributarios

y reasignación del gasto y las funciones públicas con el fin de liberar recursos para programas sociales enfocados en los más pobres. Las políticas se complementan a menudo con proyectos concretos para fortalecer la capacidad de las instituciones y los sistemas de prestación de servicios del país para usar eficientemente los recursos adicionales liberados con el fin de prestar servicios sociales a los grupos más vulnerables de la población. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha aumentado la prioridad asignada a la nutrición como parte de sus estrategias de promoción del desarrollo social y económico.

La base de datos de los proyectos de salud de la USAID (HPD) muestra que el financiamiento para actividades de nutrición relacionadas con la supervivencia infantil en ALC aumentó casi al doble entre 1989 y 1992 (de \$6,9 a \$12,7 millones). La mayor parte del aumento corresponde a la promoción de la lactancia natural (de \$0,9 a \$2,1 millones) y vigilancia del crecimiento (de \$1,6 a \$6,6 millones); en cambio, las asignaciones a nutrición materna se han reducido de \$1,5 a \$0,6 millones. Además de los proyectos de las Misiones en cada país, la USAID también apoya actividades de nutrición en la región por medio de proyectos centrales o regionales tales como Oportunidades de Intervenciones en Micronutrientes (OMNI), Vigilancia de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición (IMPACT), Promoción Ampliada de la Lactancia Natural (EPB), Adiestramiento en el Manejo de la Lactancia (Wellstart), Nutrición de la Mujer y el Lactante (WIN), Tecnología de Alimentos para el Desarrollo (SUSTAIN), Salud y Nutrición Materna y Neonatal (Mothercare), Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS), Asistencia Técnica en Seguridad Alimentaria para América Latina y el Caribe (LACTECH) y proyectos de asistencia multisectorial en nutrición y de ayuda alimentaria.

IV. NECESIDAD DE POLÍTICAS SECTORIALES NUTRICIÓN MÁS EFICACES

Los progresos alcanzados en la reducción de la desnutrición en los países de ALC han sido desiguales, con impresionantes adelantos en algunos países, modestas mejoras en otros y muy poco o ningún progreso en otros. Estos últimos países y los que han logrado solo una modesta mejora podrían beneficiarse de la experiencia de los primeros.

Aunque la pobreza es un importante factor determinante del estado nutricional, hay suficientes pruebas de que tanto a nivel individual como colectivo, un mayor ingreso es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la nutrición. Además, es posible mejorar la nutrición con actividades concretas aún en condiciones de crecimiento económico modesto. Por supuesto, el progreso es mayor cuando el crecimiento económico sostenido va acompañado de mayor equidad social. En el ámbito nacional, se ha encontrado una importante relación entre el PNB per cápita inferior a US\$900 anuales y la prevalencia de desnutrición infantil (Naciones Unidas, 1992). Sin embargo, esa relación es mucho más débil a mayores niveles de PNB, como los de la mayoría de los países de ALC²; así, sería

²En 1992, el PNB per cápita era inferior a US\$900 en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua.

posible lograr algunas mejoras en nutrición mediante aumento del PNB en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, pero bastante menos en otros países.

En todo caso, una mejora importante de la nutrición en la esfera nacional requiere tanto de crecimiento económico sostenido de base amplia como de firme compromiso gubernamental de promover el bienestar nutricional por medio de políticas y programas concretos de apoyo social destinadas a comunidades, familias e individuos expuestos al riesgo de desnutrición, incluyendo servicios e intervenciones de atención de salud y nutrición (Naciones Unidas, 1991). Los países que han reducido la tasa de desnutrición a niveles inferiores a los esperados para sus ingresos, han dado constantemente mayor prioridad al gasto público en el sector social (atención primaria de salud, nutrición y educación). La experiencia adquirida por esos países indica que la mejora nutricional fue el resultado de un proceso relativamente largo (más de 25 años), con continuidad de las políticas sociales, inversiones y acciones, en el cual fue indispensable un compromiso político sostenido para la equidad social (Horwitz, 1987).

Un enfoque de doble política parece ser el más prometedor para mejorar la nutrición: (1) fomento del crecimiento económico constante y (2) promoción de mayor equidad social por medio de políticas de distribución y del establecimiento de una red de seguridad de servicios sociales para proteger a los más vulnerables, sobre todo en épocas de dificultades económicas (Banco Mundial, 1990). Esto es particularmente cierto bajo las condiciones de los países de ALC donde hay actualmente políticas económicas de ajuste estructural que pueden afectar a los pobres a corto plazo. En presencia de un pobre crecimiento económico o de un gasto social relativamente bajo o ineficiente, no será posible mejorar más la nutrición. Sin embargo, el crecimiento económico sostenido no es suficiente, al menos a corto plazo, para lograr mejoras adicionales en la nutrición en la mayoría de los países de ALC. El costo social y económico de la falta de acción sería prohibitivo: detención o retroceso del progreso nutricional en los países con crecimiento económico irregular y persistencia del problema en los que confían solo en el crecimiento.

La múltiple causalidad de la desnutrición exige un enfoque multisectorial, que incluya políticas e intervenciones sectoriales por lo menos en salud, agricultura y educación. Sin embargo, a raíz del fracaso de la planificación multisectorial en nutrición, debido en gran medida a la falta de una base institucional apropiada para cumplir con ambiciosos requisitos de organización, ahora se hace más hincapié en las políticas y actividades sectoriales y en la coordinación intersectorial efectiva. Este enfoque está apoyado por la reciente experiencia de países de ALC que han logrado con éxito reducir la desnutrición infantil a niveles carentes de importancia para la salud pública. En esos países, se han realizado conjuntos de actividades sectoriales simultáneamente, sin ningún enfoque amplio ni proceso integrado de planificación multisectorial, pero sí apoyados por políticas sectoriales bien definidas y coordinadas (Horwitz, 1987; Valiente et al, 1993).

Los planes nacionales de acción nutricional preparados en seguimiento de la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN) no tendrán posibilidades de lograr grandes progresos en la solución del problema, a menos que se garantice un compromiso político serio del gobierno, expresado en asignaciones presupuestarias, y se formulen y pongan en marcha políticas y programas sectoriales explícitos. Mejoras adicionales en nutrición en los países de ALC exigirán medidas más dinámicas y sostenidas, particularmente en los países donde los problemas son más graves y difíciles de resolver, mayor eficiencia del gasto público y mejor focalización. A medida que se reduce su prevalencia, las carencias nutricionales tienden a concentrarse en determinados grupos y se hace más difícil lograr mayores mejoras, a menos que se pongan en práctica mecanismos e intervenciones más eficaces para llegar hasta quienes siguen expuestos al mayor riesgo. Eso solo se puede lograr con políticas y programas sectoriales de nutrición debidamente formulados y ejecutados coordinadamente en los campos de salud, agricultura y educación.

V. PREREQUISITOS PARA LA FORMULACIÓN DE EFICACES POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En la formulación de las políticas generales de desarrollo, se deben garantizar algunos requisitos para la ejecución eficaz de políticas sectoriales orientadas hacia la alimentación y la nutrición (Recuadro 1).

■ **Las políticas económicas sólidas** son el fundamento de un crecimiento económico constante que, a su vez, reviste importancia crítica para la mejora sostenida de la nutrición. El crecimiento económico es necesario para reducir la pobreza, de manera que es fundamental el establecimiento de políticas económicas acertadas para acelerar el crecimiento. Sin embargo, la estrategia que se adopte para lograr el crecimiento económico tiene enormes repercusiones en la distribución de sus beneficios en toda la economía y, en última instancia, afectará la nutrición, la salud y el bienestar de los pobres (Naciones Unidas, 1991).

■ **El crecimiento de base amplia (con equidad)** debe ser el eje de las estrategias de desarrollo, de tal modo que los pobres tengan mejores oportunidades de devengar ingresos y acceso a servicios sociales. Las políticas macroeconómicas (políticas monetarias y fiscales, cambiarias, de salarios, de estructuras de precios y de comercio exterior) pueden afectar adversamente a los pobres si, por ejemplo, están sesgadas contra el sector agrícola o desestabilizan la disponibilidad y los precios de los productos alimentarios. Por lo tanto, es crítico formular políticas económicas de tal manera que se garantice la participación de los pobres (por ejemplo, desarrollo con uso intensivo de mano de obra) y se les confiera protección, particularmente si pueden verse amenazados por presiones económicas a corto plazo.

Así, las políticas económicas orientadas hacia el crecimiento deben complementarse con políticas concretas que permitan que los pobres participen en el crecimiento económico

ampliando su acceso a la tierra, la infraestructura, el crédito y los servicios públicos, con miras a ampliar sus oportunidades de devengar ingresos. Esto puede incluir políticas de fomento del desarrollo rural (por ejemplo, ampliación de la infraestructura rural, mayor productividad de pequeños campesinos y de la mano de obra asalariada) y del empleo urbano para trabajadores no calificados mientras se desarrolla su capacidad de trabajo por medio de inversiones en salud y educación. También son importantes las políticas de redistribución por medio de tributación progresiva y las de subsidios focalizados (no generalizados) de precios al consumidor. En los años setenta, Colombia pudo mejorar una distribución del ingreso muy desigual mediante la implantación de la tributación progresiva, el aumento del salario de la mano de obra no calificada y la capacitación práctica a los trabajadores no calificados (Banco Mundial, 1990); hubo también una importante mejora de la nutrición (Mora y colaboradores, 1992).

■ **Un sólido compromiso político del gobierno para el desarrollo social es indispensable para asegurar el bienestar de la población y proteger el capital humano del país, con particular énfasis en la mejora de la nutrición, y conversión explícita de la voluntad política en políticas nacionales que asignen alta prioridad y la máxima asignación presupuestaria posible al sector social (Naciones Unidas, 1994).** Se ha logrado un alto grado de progreso social en los países que han asignado por lo menos 20% de su producto interno bruto (PIB) al sector social (educación, salud y nutrición, vivienda, seguridad social y trabajo). En los años ochenta, el gasto social público per cápita real en salud, educación y seguridad social se redujo en varios países de la región, aunque se hizo lo posible por incrementar la eficiencia y la equidad de la prestación de servicios sociales (Gross, 1990). En fecha más reciente, varios países de ALC están dando mayor prioridad a las inversiones en el sector social y han establecido fondos y programas de emergencia social.

Se necesita un compromiso gubernamental más sólido en los países en los que el progreso social y la mejora de la nutrición han sido inferiores a los esperados, con el fin de que la educación, la atención de salud, la nutrición y otros servicios sociales estén al alcance de todos los estratos de la sociedad. Las políticas sociales deberían tener dos grandes objetivos: a largo plazo, fomentar el progreso social, es decir, ampliar la participación de los pobres en el establecimiento de servicios sociales y el acceso a ellos; y a corto plazo, proporcionar una "red de seguridad social" para proteger a los segmentos más desfavorecidos de la población contra los efectos desfavorables de las medidas de ajuste. Puede ser necesario establecer una red de apoyo social o una "red de seguridad" de políticas sociales (por ejemplo, políticas de precios de los alimentos) y servicios/transferencias bien enfocados hacia los pobres (por ejemplo, alimentación suplementaria), particularmente para neutralizar el costo social de las políticas económicas orientadas hacia el crecimiento.

■ **Es necesario mejorar la asignación o distribución y la eficiencia del gasto social, en particular del destinado a la prestación de servicios sociales básicos (atención primaria de salud, nutrición, educación y planificación familiar), por medio de mejoras en la gestión y administración, construcción de infraestructura social y focalización de servicios sociales a los pobres (Banco Mundial, 1993a).** Los servicios sociales son parte indispensable de

cualquier estrategia a largo plazo para reducir la pobreza y la desnutrición, y las mejoras en salud, educación y nutrición se fortalecen mutuamente. Aun en el clima actual de restricciones financieras, la reestructuración del gasto público para mejorar la asignación de recursos (por ejemplo, con mayor prioridad a la atención de salud preventiva y a la educación primaria) y la eficiencia de la inversión social pueden representar una gran diferencia. Un cambio de prioridades en la asignación de recursos desde los servicios de alto nivel hasta los básicos de salud y educación primaria, permitirá cumplir tanto objetivos de eficiencia como de equidad. En muchos casos, tanto la cantidad absoluta como la distribución y eficiencia del gasto social necesitan mejorarse notablemente. En general, la calidad de los servicios sociales y la satisfacción del usuario son campos críticos que requieren una gran mejora.

■ Se debe promover explícitamente la **participación popular en la toma de decisiones políticas y económicas**, y en el diseño, ejecución y evaluación de programas y la prestación de servicios sociales, es decir, fomentar la participación de la población en las soluciones en lugar de continuar considerándola como un receptor pasivo de servicios sociales. Es indispensable la organización de la comunidad para su participación activa e informada en el establecimiento y la ejecución de políticas, particularmente en la prestación de servicios sociales. Es posible que la participación de la comunidad se facilite con la descentralización de los sistemas de servicios sociales: las comunidades pueden identificar mejor sus necesidades, los administradores locales tienen una mejor base de información y son más responsables ante la comunidad, y la participación de ésta en el diseño y la ejecución de los programas permite ampliar el uso de los servicios, mejorar la calidad y reducir los costos.

■ Es imprescindible formular y poner en práctica políticas nacionales de alcance general destinadas a **corregir las disparidades raciales y de género** en lo que respecta al acceso a la educación, el empleo y los servicios sociales. Por ejemplo, es de suma importancia formular políticas a largo plazo con enfoque de género para reducir la discriminación de la mujer y mejorar sus ingresos, su acceso al crédito, su condición social y su participación en el mercado laboral, lo mismo que políticas que fomenten la participación de las minorías raciales en el desarrollo social y económico. Las desigualdades raciales son todavía una fuente de desventaja social, pobreza, analfabetismo, mala salud y desnutrición en varios países de la región.

■ En algunos países, podría ser necesario poner en práctica **políticas de población** más coherentes, con el fin de ampliar el espaciamiento de los niños y reducir los embarazos muy precoces, demasiado tardíos o no deseados, disminuir los riesgos para la salud reproductiva de la mujer y mantener el crecimiento de la población dentro del marco de los recursos disponibles. Las políticas y los programas de población pueden mejorar indirectamente la nutrición al disminuir los riesgos nutricionales asociados con el poco espaciamiento de los embarazos y el agotamiento nutricional de la madre ocasionado por los embarazos repetidos con pequeños intervalos, y reduciendo el tamaño de la familia y las necesidades de alimentación, vivienda, vestido, educación y atención de salud. El progreso alcanzado en la reducción de la fecundidad ha sido muy variable en los diferentes países de la región.

■ Nunca se recalcará demasiado la necesidad de establecer sistemas de información eficientes para vigilar la tendencia de la influencia de las políticas y los programas gubernamentales sobre los pobres. El sistema de información debe proporcionar una recopilación sistemática de indicadores sociales y de ingresos (incluso un sistema de vigilancia alimentaria-nutricional) para medir el progreso económico y social por estrato socioeconómico y orientar la toma de decisiones. Los indicadores pueden incluir distribución del ingreso familiar, gasto per cápita en salud, educación y nutrición, precios a los pequeños productores agrícolas, jornales de los trabajadores agrícolas y los obreros no calificados del sector urbano, índices del costo de vida, cobertura de servicios sociales, porcentaje de la población escolar que asiste a la escuela, gastos de la familia (por ejemplo, gastos totales y porcentuales en alimentos) y otros indicadores (por ejemplo, indicadores de la mortalidad y del estado nutricional de los lactantes y los niños pequeños).

■ El desarrollo institucional y de recursos humanos es un campo de política social que merece especial atención (Banco Mundial, 1993b). Las instituciones del sector social de la región han sido tradicionalmente débiles en términos de estructuras orgánicas, recursos humanos y capacidad de ejecución. Ante la tendencia actual para reducir el tamaño del estado, el desarrollo y fortalecimiento institucionales y los recursos humanos mejor capacitados en el sector social son aspectos críticos de la política social que exigen atención urgente y más continua. El fortalecimiento de la capacidad de las instituciones públicas para mejorar la administración del gasto público y la prestación de servicios sociales básicos en salud y nutrición, educación y bienestar social, es un requisito importante para la ejecución eficaz de la política social.

■ Por último, los subsidios de precios de los alimentos al consumidor pueden desempeñar una función importante en la mejora de la nutrición al ampliar la base de recursos de los pobres que suelen gastar una gran parte de sus ingresos en alimentos. Se han analizado críticamente los estudios sobre los efectos de subsidios de precios de los alimentos, las raciones y las transferencias en efectivo (Pinstrup-Andersen, 1989; Musgrove, 1991, Alderman, 1992). En general, la mejora del consumo de alimentos por los pobres se considera políticamente más aceptable y socialmente más conveniente que las transferencias directas en efectivo. Los subsidios para alimentos y las transferencias en efectivo suelen tener más impacto nutricional cuando van acompañados de educación nutricional y atención primaria de salud. Puesto que la eficiencia y eficacia de los subsidios generalizados a los precios suelen ser bajas, ha habido una tendencia a favorecer sistemas mejor enfocados como los subsidios focalizados para alimentos, los cupones alimentarios y la distribución directa de alimentos, por ejemplo, en programas de distribución de alimentos por trabajo y de alimentación suplementaria por medio de los sistemas de salud y educación. Estos últimos se discutirán en relación con las políticas sectoriales en salud y educación.

RECUADRO 1
POLÍTICAS GENERALES DE DESARROLLO CON IMPLICACIONES
NUTRICIONALES SIGNIFICATIVAS

- 1. POLÍTICAS ECONÓMICAS SOLIDAS.** El crecimiento económico sostenido es condición necesaria, aunque no suficiente, para mejorar la nutrición de la población.
- 2. POLÍTICAS QUE GARANTICEN UN CRECIMIENTO ECONÓMICO DE BASE AMPLIA CON EQUIDAD.** Políticas que propicien la participación de la población de menores ingresos en el crecimiento, ampliando su acceso a la tierra, la infraestructura, el crédito y los servicios públicos.
- 3. FIRME COMPROMISO POLÍTICO PARA EL DESARROLLO SOCIAL.** El compromiso ha de concretarse en asignación de una proporción significativa del gasto público (por encima del 20%) al establecimiento de una red de seguridad de servicios sociales (atención de salud y nutrición, educación y otros).
- 4. POLÍTICAS QUE RACIONALIZEN LA DISTRIBUCIÓN Y LA EFICIENCIA DEL GASTO SOCIAL.** Se deberá asignar más prioridad a la prestación de servicios sociales básicos (atención primaria de salud, educación primaria) y mejorar su eficiencia fortaleciendo su gestión y administración, y focalizándolos en los más pobres.
- 5. PROMOVER LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN LA TOMA DE DECISIONES POLÍTICAS Y ECONÓMICAS.** Es necesaria una política de participación popular en las decisiones de políticas y en el diseño, ejecución y evaluación de programas y servicios sociales, a través de la comunidad organizada en el nivel local.
- 6. POLÍTICAS DIRIGIDAS A CORREGIR LAS DISPARIDADES RACIALES Y DE GENERO.** Se requiere eliminar la discriminación racial y de género en el acceso a las oportunidades de educación, trabajo, crédito e infraestructura y a los servicios sociales.
- 7. POLÍTICAS DE POBLACIÓN.** En algunos países son indispensables políticas explícitas que mejoren la salud y disminuyan el riesgo reproductivo de la mujer, asegurando un crecimiento poblacional acorde con la disponibilidad de recursos.
- 8. POLÍTICAS QUE GARANTICEN EL ESTABLECIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EFICACES.** La información oportuna permite evaluar la ejecución de las políticas y programas, corregirlos reorientarlos, y vigilar la tendencia de los cambios sociales.
- 9. POLÍTICAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DE RECURSOS HUMANOS.** El fortalecimiento de las instituciones y la capacitación de recursos humanos debe dirigirse a optimizar la eficacia del gasto social.
- 10. POLÍTICAS ESPECIFICAS DE SUBSIDIOS DE PRECIOS DE LOS ALIMENTOS.** Las políticas de subsidios no generalizados a los precios de los alimentos, focalizadas en los grupos de menores recursos, pueden lograr alto beneficio en función del costo.

23

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alderman, H. Food Subsidies and the Poor. En: Psacharopoulos, G. (ed.) *The Political Economy of Poverty, Equity and Growth. Essays on Poverty, Equity and Growth.* World Bank Comparative Studies. Banco Mundial. Washington, D.C., 1992.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. Pobreza.* Banco Mundial, Washington, D.C., 1990.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.* Banco Mundial, Washington, D.C., 1993a.
- Banco Mundial. *Los Recursos Humanos en América Latina y el Caribe. Prioridades y Medidas a Tomar.* Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Banco Mundial, Washington, D.C., 1993b.
- Behrman, J.R. *The Economic Rationale for Investing in Nutrition in Developing Countries.* USAID/VITAL. Washington, D.C., 1992.
- De Onis, M. et al. *The Worldwide Magnitude of protein-energy malnutrition: An Overview from the WHO Global Database on Child Growth.* Boletín de la OMS 71 (6): 703-712, 1993.
- Horwitz, A. *Comparative Public Health: Costa Rica, Cuba and Chile.* Food and Nutrition Bulletin 9 (3): 19-29, 1987.
- Gross, M.E. *Social Spending in Latin America. The Story of the 1980s.* World Bank Discussion Paper No. 106. Banco Mundial Washington, D.C., 1990.
- Levinger, B. *Promoting Child Quality: Issues, Trends and Strategies.* AID/AED Social Sector Policy Analysis Project. Washington, D.C., 1992.
- Mora, J.O. et al. *Consistent Improvement in the Nutritional Status of Colombian Children between 1965 and 1989.* Boletín de la OPS 26 (1): 1-13, 1992.
- Mora, J.O. & Wickham, C. *Pautas para las Políticas Sectoriales sobre Nutrición en Países de la Región de América Latina y el Caribe que Reciben Asistencia de la USAID.* Serie de Informes Técnicos, USAID/LAC HNS. Washington, D.C., 1994.
- Mora, J.O. & Dary, O. *Deficiencia de Vitamina A y Acciones para su Prevención y Control en América Latina y el Caribe, 1994.* Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 117 (6): 519-528, 1994.

- Musgrove, P. Feeding Latin America's Children. *The World Bank Research Observer* 8: 23-45, 1991.
- OPS/OMS. Expanded Program for the Control of Iodine Deficiency Disorders in Latin America Through Joint Action by PAHO/WHO-UNICEF. OPS/OMS, Washington, D.C., 1988.
- OPS/OMS. Plan of Action for the Elimination of Vitamin A Deficiency from the Americas. OPS/OMS. Washington, D.C., 1992.
- OPS/OMS. Plan Estratégico para el Fomento de la Lactancia Materna en América Latina y el Caribe. OPS/OMS, 1994.
- Pérez-Escamilla, R. Breastfeeding Patterns in Nine Latin American and Caribbean Countries. *Boletín de la OPS* 27 (1): 32-42, 1993.
- Pinstrup-Andersen, P. Consumer-oriented Food Subsidies: Cost, Benefits and Policy Options for Developing Countries. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 1988.
- Sanghvi, T. Justificación Económica de las Inversiones en Micronutrientes. USAID/VITAL. Washington, D.C., 1993.
- Sharma, R.K. et al. A Comparative Analysis of Trends and Differentials in Breastfeeding: Findings from DHS Surveys. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America. Toronto, May 3, 1990.
- Selowsky, M. Protecting Nutritional Status in Adjustment Programs: Recent World Bank Activities and Projects in Latin America. *Food and Nutrition Bulletin* 13 (4): 293-302, 1991.
- UNICEF. *The State of the World's Children, 1995*. Oxford University Press. New York, 1995.
- United Nations. Some Options for Improving Nutrition in the 1990s. ACC/SCN News No. 7 (Supplement). Geneva, 1991a.
- United Nations. Managing Successful Nutrition Programmes. United Nations Administrative Committee on Coordination, Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN) State-of-the-Art Series No. 8. Geneva, 1991b.
- United Nations. Second Report of the World Nutrition Situation. Volumen I. Global and Regional Results. United Nations Administrative Committee on Coordination, Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). Geneva, 1992.

25

- United Nations. Human Development Report, 1994. United Nations Development Programme (UNDP). Oxford University Press. Nueva York/Oxford, 1994.
- USAID. The World Food Day Report. The President's Report to the U.S. Congress. USAID. Washington, D.C., 1993.
- Valiente, S. et al. Food and Nutrition Policies in Chile: A Successful Experience. INTA/Universidad de Chile. Impresora Creces Ltda. Santiago de Chile, 1993.
- WHO. Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders. World Health Organization, Micronutrient Deficiency Information System. MDIS Working Paper #1. WHO/UNICEF/ICCIDD. Geneva, 1993.
- World Food Council. The Global State of Hunger and Malnutrition: Informe de 1992, UNICEF. Nueva York, 1992.

PAUTAS PARA POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN SALUD

Septiembre de 1995

*Preparado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
Internacional en virtud del Contrato No LAC-0657-C-00-0051-00, Proyecto
de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science & Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814*

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LA NUTRICIÓN	3
A. Alta prioridad a la prestación de servicios de atención primaria de salud (APS) a los pobres	3
B. Énfasis en la prevención de enfermedades mediante intervenciones de salud pública, en comparación con la atención de salud curativa	3
C. Focalización de las acciones de salud y nutrición	4
D. Políticas que encaren las desigualdades regionales, raciales y urbanas/rurales en la atención de salud	4
E. Descentralización de la atención de salud	4
F. Ampliación de la capacidad del sector privado (tanto de entidades comerciales como de ONGs) para prestar servicios de salud de calidad, eficaces y de bajo costo	4
III. INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN SALUD	5
A. Indicadores socioeconómicos	7
B. Indicadores de salud y nutrición	8
C. Indicadores complementarios	10
D. Fuentes de información y sus propiedades	11
E. Sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN)	13
F. Recolección, organización y presentación de los datos	13
IV. INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS DE SALUD	15
A. Promoción de la Salud	18
B. Atención Primaria de Salud (APS)	18
1. Lactancia natural y alimentación infantil	21
2. Vigilancia y promoción del crecimiento infantil	25
3. Control prenatal y nutrición materna	26
4. Prevención y control de enfermedades transmisibles	27
5. Tratamiento oportuno y manejo alimentario adecuado de las enfermedades infecciosas en los niños	28
6. Prevención y tratamiento del parasitismo intestinal	28
7. Tratamiento de la desnutrición	28
8. Promoción de la producción familiar, conservación y consumo de alimentos	30

C.	Cóplementación alimentaria	31
1.	Objetivos	31
2.	Población objetivo	33
3.	Focalización	34
4.	Modalidad de distribución	35
5.	Tipo de alimentos	37
6.	Raciones	37
7.	Cobertura y duración	38
8.	Gerencia y logística	38
9.	Intervenciones simultáneas	39
10.	Costos y eficacia de los programas	40
11.	La función de la ayuda alimentaria	40
D.	Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes	42
1.	Suplementación con micronutrientes	44
2.	Fortificación de alimentos básicos	48
3.	Diversificación alimentaria	52
4.	Medidas de salud pública	54
E.	Información, Educación y Comunicación (IEC) en nutrición y salud	55
F.	Políticas de población en salud	60
G.	Desarrollo de recursos humanos	62
V.	ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL	63
VI.	REFERENCIAS	65

I. INTRODUCCIÓN

La finalidad de este documento es proporcionar algunas pautas a las autoridades del sector salud en los países de América Latina y el Caribe (ALC), con el fin de facilitar la formulación y puesta en marcha de sólidas políticas de nutrición en salud. El documento presenta un esbozo de la justificación de las políticas sectoriales de alimentación y nutrición en salud, describe el tipo de información que se necesita para la formulación de dichas políticas, destaca opciones de política y sus ventajas y aspectos críticos, y discute las oportunidades para incorporar objetivos de alimentación y nutrición en las políticas de salud; por último, sugiere algunas estrategias para promover la coordinación intersectorial en su ejecución. El documento fue preparado originalmente por los Dres. José O. Mora, Sub-director del Proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (USAID/LAC HNS) y Eduardo Atalah, consultor de USAID/LAC HNS, y sometido a revisión por los participantes en dos talleres subregionales sobre Políticas y Planes de Acción en Alimentación y Nutrición efectuados en San José (Costa Rica) y en Santa Cruz (Bolivia) en Julio de 1995, quienes eran funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Salud, Agricultura y Educación de veinte países de América Latina y el Caribe. En la presente versión revisada se han incorporado los aportes, sugerencias y recomendaciones emanadas de dichos talleres.

Existe una necesidad apremiante de formular y poner en marcha políticas específicas de alimentación y nutrición en salud. Primero, solo por medio de políticas explícitas del sector salud se puede diseñar y ejecutar eficazmente un conjunto coherente de intervenciones alimentarias y nutricionales; segundo, se necesitan decisiones acertadas de políticas para garantizar la prestación eficaz de servicios preventivos de salud pública y de atención de salud esenciales, incluidos los de alimentación y nutrición; tercero, el sector salud no solo lleva la carga económica del exceso de gastos de atención de salud asociados con la desnutrición, sino que es responsable, por razones morales y de equidad, de promover la salud y proporcionar servicios básicos de salud y nutrición a los más pobres; por último, se requieren decisiones políticas para definir lo que es preciso hacer a fin de mejorar la alimentación y la nutrición por medio de actividades de salud, asignar los recursos públicos que se requieren para hacerlo y garantizar su ejecución a través de la infraestructura de servicio de las instituciones públicas y, en lo posible, de las privadas.

Las políticas sectoriales de alimentación y nutrición en salud deben poner en práctica las buenas intenciones y los compromisos políticos, tomar las medidas necesarias para cumplir con las metas nacionales, identificar las responsabilidades del sector, definir las prioridades y estrategias de intervención, asignar los recursos y fomentar la eficiencia en la ejecución, establecer mecanismos de focalización y orientar el diseño y la implantación de los programas y servicios de intervención. Las políticas de alimentación y nutrición en salud deben complementarse y coordinarse con otras políticas sectoriales, particularmente en agricultura y educación, con el fin de garantizar el impacto necesario para alcanzar las metas de nutrición establecidas para el año 2000.

Si el sector salud está seriamente comprometido a contribuir al logro de las metas de nutrición fijadas para el año 2000, en la mayoría de los países de la región se necesitará dar mayor prioridad a la nutrición como parte de la promoción de la salud, en términos de decisiones políticas, recursos, asignaciones presupuestales y eficiencia de los servicios de atención primaria de salud y nutrición. La justificación para asignar alta prioridad a la alimentación y nutrición en salud se desprende de las enormes repercusiones económicas para el sector derivadas de la excesiva carga de morbilidad y de la ineficiencia de los gastos de atención de salud asociadas con las deficiencias nutricionales, así como de las pruebas cada vez mayores de que se pueden obtener significativas mejoras nutricionales mediante intervenciones rentables y de costo accesible ejecutadas por el sector salud.

Algunas intervenciones de alimentación y nutrición (por ejemplo, educación y complementación alimentaria) pueden convertirse también en incentivos para aumentar la demanda y utilización de otros servicios de atención primaria de salud (inmunizaciones, vigilancia del crecimiento infantil, terapia de rehidratación oral, espaciamiento de los embarazos y otros servicios básicos), lo cual incrementa la cobertura y la eficiencia de las inversiones en salud y mejora la nutrición. Así, las acciones de alimentación y nutrición en salud permiten alcanzar objetivos tanto nutricionales como de salud en general.

Las estimaciones del exceso del gasto en salud derivado del aumento de las tasas de morbilidad asociado con las prácticas inapropiadas de lactancia natural y la desnutrición en los países de ALC, han arrojado cifras impresionantes. Los costos adicionales para el sistema de atención de salud atribuibles solo al exceso de morbilidad causada por diarrea e infecciones respiratorias asociadas con la lactancia natural no exclusiva al comienzo de la vida, representan más del 10% del gasto total en salud y más de un cuarto de los gastos de funcionamiento en Belice, El Salvador, Guatemala y el Perú (Mora, 1991; Huffman y colaboradores, 1992; Wong y colaboradores, 1994; Baiocchi y colaboradores, 1994). La carencia de vitamina A en los niños y la anemia ferropénica en las mujeres embarazadas también están asociadas con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Asimismo, los niños con bajo peso al nacer como resultado de una nutrición materna deficiente, están más expuestos a alto riesgo de desnutrición, infección y alteraciones del desarrollo, pueden continuar desnutridos por mucho tiempo y tienen probabilidad dos veces mayor de morir por enfermedades diarreicas y otras causas.

Por último, las intervenciones de alimentación y nutrición en salud representan un componente de importancia crítica de la red de seguridad de servicios sociales que se necesita para proporcionar protección permanente a los pobres y a los segmentos más vulnerables de la población y protección temporal en épocas difíciles, por ejemplo, para reducir los efectos negativos a corto plazo de las políticas de ajuste estructural. Esa red de seguridad se pone en marcha, en su mayor parte, a través de los sectores de salud y educación. Las políticas de alimentación y nutrición en salud deben proporcionar el marco de referencia para el diseño y establecimiento del componente nutricional de esa red de seguridad.

31

II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LA NUTRICIÓN

Existe una clara relación entre las políticas de salud y las condiciones de nutrición de la población. En particular, las siguientes políticas generales de salud afectan el estado de nutrición y son fundamentales para el éxito de las políticas y los programas de alimentación y nutrición en salud:

A. Alta prioridad a la promoción de la salud y a la prestación de servicios de atención primaria de salud (APS)

El objetivo debe ser promover el autocuidado de la salud como una responsabilidad básica del individuo y la comunidad, y reducir los riesgos de enfermedad mediante la **promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**, así como tratar las enfermedades y disminuir las secuelas y la discapacidad, mediante la prestación de servicios de atención clínica esencial.

Entre los asuntos importantes de política de APS a dilucidar están la definición del conjunto de servicios básicos de salud, la reasignación de los gastos de atención de salud (por ejemplo, asignando mayor prioridad a la atención primaria de salud en comparación con la atención secundaria y terciaria) para asegurar el financiamiento de los servicios de atención primaria, y el establecimiento de mecanismos eficaces de focalización. El contenido de este conjunto de servicios se define principalmente con base en consideraciones de costo-eficacia, es decir, la ganancia neta de salud/nutrición por unidad de inversión. Últimamente se ha propuesto el concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para medir los efectos de intervenciones básicas de salud y nutrición (Banco Mundial, 1994). A pesar de sus limitaciones (por ejemplo, omisión de la pérdida de ingresos por enfermedad, falta de datos de costo-eficacia de entornos no experimentales y exclusión de efectos no medibles económicamente), el concepto ha generado mucho interés en la región de ALC.

B. Énfasis en la prevención de enfermedades mediante promoción de la salud e intervenciones de salud pública, en comparación con la atención de salud curativa

Esto está, en gran medida, ligado a la mayor prioridad de la atención primaria de salud. A menudo, ésta es una decisión política difícil ante la acentuada limitación de recursos, la gran carga de morbilidad, la alta demanda de servicios de atención curativa para los pobres y las presiones políticas para aumentar los presupuestos de los hospitales que, con frecuencia, tienen necesidad extrema de recursos.

Se ha progresado mucho en la prevención de las enfermedades infecciosas más frecuentes, por medio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y en la disponibilidad, acceso y uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) para combatir la deshidratación por diarrea. No obstante, buena parte del progreso en estos campos se debe al aporte económico substancial de agencias internacionales de cooperación; es urgente que los países mismos aseguren la sostenibilidad a largo plazo del PAI, la TRO y otras intervenciones de salud pública. Todavía queda mucho por hacer en lo relativo al desarrollo y ejecución de programas eficaces de **educación y comunicación en salud y nutrición**, las cuales requieren esfuerzos mucho mayores e innovación eficaz (todavía se utilizan metodologías educativas tradicionales poco eficaces).

C. Focalización de las acciones de salud y nutrición

La focalización constituye una forma racional de lograr eficacia en la utilización de recursos limitados, de tal manera que las inversiones en salud y nutrición se concentren preferencialmente en la población a mayor riesgo y con mayor probabilidad de impacto; se puede así optimizar la utilización de los recursos e incrementar el impacto de las acciones.

D. Políticas que encaren las desigualdades regionales, raciales y urbanas/rurales en la atención de salud

Se requiere con urgencia mayor equidad en la asignación de recursos nacionales en la mayoría de los países, en particular en los que tienen grandes segmentos de población indígena (por ejemplo, Bolivia, el Ecuador, Guatemala y el Perú) que tienden a agruparse en zonas rurales poco accesibles. A menos que se dé atención prioritaria para asegurar la participación de la población indígena de estos países en el desarrollo y se les presten servicios sociales básicos accesibles cultural, económica y geográficamente (salud, nutrición y educación), es poco probable que mejoren sus condiciones nutricionales.

E. Descentralización de la atención de salud

La descentralización fortalece la capacidad local de gestión y administración para la prestación de servicios básicos de atención de salud y facilita la movilización de los recursos y la intersectorialidad en las acciones de salud y nutrición. En varios países se han formulado políticas de descentralización y se ha logrado progreso a pesar de las grandes restricciones. La participación comunitaria en el diseño, la ejecución y evaluación de programas locales se alcanza más fácilmente en un sistema de salud descentralizado. En particular, en el marco de la promoción de la salud, la descentralización implica la transferencia del poder de decisión a los niveles locales, la reorganización del sistema de salud y el desarrollo prioritario de los sistemas locales de salud. Dentro de este marco se está propiciando en varios países la iniciativa de los "municipios saludables". En el caso específico de las estrategias y acciones de seguridad alimentaria, el enfoque intersectorial dentro del proceso de descentralización implica la necesidad de "pensar/planificar globalmente pero actuar localmente".

F. Ampliación de la capacidad del sector privado (tanto de entidades comerciales como de ONGs) para prestar servicios de salud de calidad, eficaces y de bajo costo

Se pueden diseñar servicios para quienes estén dispuestos a pagar y puedan hacerlo, con el fin de reducir la demanda de servicios públicos a fin de que los escasos fondos públicos puedan reorientarse hacia una mejor cobertura de los servicios de atención preventiva y curativa para quienes no pueden pagar los servicios de salud privados. Para cumplir con los objetivos de equidad, una política clave es la creación de incentivos al sector privado, a las ONGs, a los municipios y a las organizaciones comunitarias para la prestación de servicios de atención primaria de salud a bajo costo, ya que en muchos países los servicios públicos de salud no tienen la capacidad para ofrecer alta cobertura a la población y llegar a los grupos de población expuestos a mayor riesgo de enfermedad y desnutrición.

III. INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN SALUD

La información es un instrumento fundamental para medir la magnitud de los problemas nutricionales, generar compromiso político, diseñar el tipo de intervención más apropiada y evaluar el efecto de los programas. Para cumplir con estos objetivos, la información utilizada debe ser válida y representativa, y estar presentada en forma simple y comprensible.

La mayor parte de los países hacen grandes esfuerzos e inversiones para desarrollar programas de nutrición, pero existe bastante menos preocupación por tener información que contribuya efectivamente a optimizar el uso de los recursos que se invierten. Es frecuente que se trate de generar más información de la necesaria, con aumento de los costos de recolección, procesamiento y análisis. Con frecuencia la información se obtiene con retraso y es subutilizada debido a su insuficiente calidad, a su complejidad o a la limitada capacidad de análisis de los niveles de decisión. La mayor parte de los países utilizan demasiados formularios para obtener la información nutricional del sector salud (más de 15 en algunos casos), la cual no siempre permite responder las preguntas fundamentales. Es necesario definir un limitado número de indicadores que sean sensibles, fáciles de recolectar y de interpretar, y que sirvan efectivamente para la formulación y seguimiento de las políticas de alimentación y nutrición.

Al seleccionar los indicadores básicos para la formulación, vigilancia y evaluación de las políticas de alimentación y nutrición, es importante tener en cuenta los siguientes criterios:

- **Sensibilidad.** Los indicadores deben reflejar precozmente los cambios en el nivel de bienestar de los diferentes grupos de población (urbano/rural, nivel socioeconómico).
- **Especificidad.** Un cambio del indicador debe corresponder a un cambio en el nivel de bienestar de la población.
- **Medición a nivel individual o familiar.** Los indicadores muy agregados (producto nacional bruto, tasa de desocupación, tasa de mortalidad) no reflejan adecuadamente los cambios en las familias más vulnerables.
- **Consistencia con un marco conceptual definido.** Este marco conceptual debe relacionar el crecimiento económico y el desarrollo social con el nivel de bienestar familiar. Se sugiere incluir indicadores económicos, alimentarios y nutricionales.
- **Facilidad de interpretación.** Los indicadores deben ser fácilmente comprensibles para profesionales de diferentes disciplinas y para los niveles políticos de decisión.
- **Costo razonable.** Los costos de recolección, procesamiento y análisis no deben ser demasiado altos.

En una primera etapa, es necesario identificar los problemas prioritarios y los grupos más afectados. El análisis debe orientarse fundamentalmente a las deficiencias nutricionales (desnutrición de energía y proteína, anemia y deficiencia de hierro, bocio endémico y deficiencia de yodo y de vitamina A) que predominan en los países de bajos ingresos. En países en transición epidemiológica, hay que considerar también las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (obesidad, aterosclerosis, hipertensión, osteoporosis), las cuales presentan una prevalencia creciente en estos países. Generalmente se puede tener una primera aproximación con la información disponible, aunque existe la posibilidad de sesgos en muestras no representativas.

Al diseñar el sistema de información deben tenerse en cuenta dos principios fundamentales: (a) la información solo es útil si se utiliza efectivamente; y (b) debe mantenerse un equilibrio entre los recursos utilizados para la obtención, el procesamiento y el análisis de los datos, y los recursos para la intervención consiguiente. En principio, se justifica invertir cierta cantidad de recursos para la obtención de información; sin embargo, aunque el costo sea relativamente bajo, no se justifica gastar recursos en generar información que no se traduzca en medidas de acción. En una segunda etapa, hay que considerar que algunas intervenciones que pueden tener un impacto positivo tienden a ser costosas; se justifica, entonces, invertir mayores recursos en la obtención de información de vigilancia y evaluación que contribuya a un uso más eficiente de los recursos públicos, y a estimar el progreso en el logro de las metas.

Se sugieren los siguiente indicadores básicos (Recuadro 1):

RECUADRO 1

INDICADORES BÁSICOS DE NUTRICIÓN EN SALUD

A. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

- gasto total por hogar
- gasto en alimentación por hogar
- proporción (%) del gasto destinado a alimentación.

B. INDICADORES DE SALUD Y NUTRICIÓN

- peso para la edad en niños menores de 3 ó 5 años
- talla para la edad en niños menores de 3 ó 5 años
- talla para la edad en niños que entran al sistema escolar
- recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos
- tasa de mortalidad infantil
- tasa de mortalidad del preescolar

C. INDICADORES COMPLEMENTARIOS

- prevalencia de anemia en madres embarazadas y niños menores de cinco años
- prevalencia de niveles de retinol plasmático menores de 20 microgramos por dl. en niños de 1 a 5 años de edad
- prevalencia de bocio o niveles de excreción urinaria de yodo en escolares
- lactancia natural exclusiva entre los 4 y 6 meses de edad
- consumo familiar e individual de alimentos
- prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta o infantil

A. Indicadores socioeconómicos

- gasto total por hogar
- gasto en alimentación por hogar
- proporción (%) del gasto destinado a alimentación.

La fuerte asociación entre el gasto y el nivel de bienestar hace que estos indicadores sean altamente sensibles y específicos. Estos indicadores deben ajustarse en función del número de personas en el hogar. Algunos utilizan el concepto de gasto por "adulto equivalente" para ajustar el gasto per cápita de acuerdo a la edad de los diferentes integrantes del grupo familiar; sin embargo, es difícil definir un factor de ponderación para niños de diferentes edades, y el ajuste no modifica significativamente las cifras del gasto per cápita. Es importante que los indicadores económicos estén adecuadamente deflactados para que permitan vigilar las

variaciones de los precios a través del tiempo. Estos indicadores son especialmente útiles en los sectores urbanos donde pueden analizarse para los distintos segmentos de la población (por deciles o quintiles de gasto, por ejemplo). Existen dificultades metodológicas para obtener la información en sectores rurales o en economías de subsistencia, aunque se puede estimar el valor del mercado de los alimentos producidos.

Hay otros indicadores que, en general, tienen más limitaciones. Hay consenso entre los especialistas en que la medición del ingreso es muy difícil de obtener. Tampoco tiene ventaja la medición de bienes (acceso a tierra cultivable, disponibilidad de ganado, equipamiento del hogar, etc.), ya que éstos tienden a acumularse en forma diversa en los diferentes grupos sociales. Los niveles de salario y empleo por sector tienen el inconveniente de estar altamente agregados y de relacionarse exclusivamente con el sector formal.

Un indicador relativamente fácil de obtener es la proporción de niños en edad escolar que asisten a la escuela. Es un indicador indirecto del nivel socioeconómico y es bastante sensible a los cambios en el nivel de bienestar de la familia, como se ha demostrado en los estudios de impacto de los programas de ajuste macroeconómico. Otros indicadores educativos, como el porcentaje de población alfabetizada o de personas que alcanzan un cierto número de años de educación, tienen el inconveniente de ser menos sensibles a corto plazo.

No se sugiere como indicador de primera elección el consumo de alimentos y de nutrientes, que es la forma más directa de evaluar la seguridad alimentaria de una familia. La medición exacta del consumo es laboriosa, compleja, relativamente costosa y con mayor posibilidad de error, que la medición del gasto. Por otra parte, existe abundante evidencia de que el consumo de nutrientes responde lentamente a los cambios en el ingreso.

B. Indicadores de salud y nutrición

- peso para la edad en niños menores de 3 ó 5 años
- talla para la edad en niños menores de 3 ó 5 años
- talla para la edad en niños que entran al sistema escolar
- recién nacidos con un peso menor de 2.500 gramos
- tasa de mortalidad infantil
- tasa de mortalidad del preescolar

Los tres primeros indicadores deben expresarse como prevalencia en relación a puntos de corte convencionales (< 2 DE del patrón de referencia de NCHS/OMS). Las prevalencias de desnutrición global (déficit de peso/edad) y crónica (déficit de talla/edad) son indicadores directos del bienestar y representan uno de los mejores indicadores de satisfacción de las necesidades básicas. La información debe ser desagregada por grupos de edad, para identificar los grupos de mayor riesgo donde deben priorizarse las acciones. Dado que la mayor parte del daño nutricional se produce en los primeros dos o tres años de vida y hay necesidad de mayor cobertura de los programas de salud a esa edad, se sugiere que la información considere fundamentalmente los menores de 24 ó 36 meses. A medida que la situación nutricional del país

mejora, es importante considerar también la prevalencia de peso/edad entre -1 y -2 DE (riesgo nutricional), grupo que debe ser identificado e incorporado a los programas preventivos.

La talla al ingreso a la escuela refleja el efecto acumulativo del ambiente y del acceso a servicios de salud y nutrición desde la etapa prenatal. Los censos de talla en escolares representan un método de bajo costo para obtener información nutricional representativa a nivel nacional, regional e incluso por unidades territoriales menores. Los censos son especialmente útiles cuando no se dispone de información nutricional en preescolares, y han servido para construir mapas de pobreza o de vulnerabilidad social (Panamá, Venezuela, Chile y El Salvador). Uno de sus inconvenientes es el intervalo relativamente largo entre los cambios en el nivel de bienestar y en el déficit de talla en el escolar. Recientemente, se ha cuestionado la validez de los censos de talla debido a problemas de calidad de la información (falta de estandarización y calibración), de representatividad (especialmente cuando la tasa de escolaridad es baja), y porque mediante una muestra bien diseñada se podría obtener información de mejor calidad a menor costo. Cuando el objetivo es exclusivamente el de tener información nutricional global, no se justifica realizar un censo; bastaría con estudiar la talla en una muestra representativa. Sin embargo, si el propósito es establecer un mapa de vulnerabilidad social que sirva efectivamente para planificar acciones a nivel local, un censo de talla puede ser de gran utilidad.

Cuando el peso y la talla están disponibles se puede estimar, además, el indicador peso/talla. Este indicador, muy utilizado en América Latina, refleja la situación nutricional reciente (enflaquecimiento o desnutrición aguda) y complementa la información de los otros indicadores (peso/edad y talla/edad). Sin embargo, con frecuencia la subalimentación crónica compromete simultáneamente el peso y la talla, sin que se produzca un déficit de peso/talla, y muchos niños con desnutrición crónica avanzada nunca presentan un compromiso de la relación peso/talla, lo que sugiere que el valor de este indicador es limitado. El peso/talla tiene menos importancia en la región como único indicador de la situación nutricional, debido a que la baja prevalencia de valores deficientes y la alta proporción de falsos negativos (desnutridos crónicos con peso/talla normal), subestiman la magnitud real del problema nutricional.

La distribución del peso al nacimiento es un indicador indirecto del estado nutricional materno y del nivel de bienestar de la población. Aun cuando numerosos factores afectan el peso al nacimiento, una alta prevalencia de bajo peso al nacer es un indicador de desnutrición materna. El peso al nacimiento es relativamente fácil de obtener a bajo costo, es sensible y específico a los cambios en el nivel de bienestar materno, y especialmente útil cuando no existe información sobre el estado nutricional materno. La proporción de recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos (bajo peso al nacer) no supera el 4% ó 5% en poblaciones bien nutridas; en la mayor parte de los países de la región es de dos a tres veces mayor. A medida que la proporción de recién nacidos de bajo peso disminuye del 10%, es importante preocuparse, además, del grupo con peso insuficiente (2.500 a 3.000 gramos), que también tiene mayor riesgo de enfermar y morir. La proporción de recién nacidos con peso insuficiente es de 15 a 20% en madres bien nutridas y dos a tres veces mayor en mujeres desnutridas.

Los indicadores de **mortalidad infantil y del preescolar (1 a 4 años)** también son sensibles a los cambios en el nivel de bienestar, están disponibles en la mayor parte de los países, son ampliamente aceptados y permiten fáciles comparaciones internacionales. Tienen el inconveniente de que se analizan a nivel muy agregado, lo que impide visualizar las diferencias por nivel geográfico o por grupo socioeconómico. Existe, además, un error de subestimación en los países con menor nivel de desarrollo y con estadísticas demográficas incompletas. Una tasa de mortalidad infantil superior a 50-60 por mil es un reflejo indirecto de una alta prevalencia de desnutrición. Lo mismo ocurre con la mortalidad del preescolar, la cual es inferior a uno por mil en poblaciones bien nutridas y cinco o más veces superior en grupos con alta prevalencia de desnutrición. Además de los indicadores de mortalidad, algunos indicadores de morbilidad, especialmente los relacionados con enfermedades transmitidas por los alimentos (diarrea aguda, intoxicación alimentaria), ameritan consideración especial.

C. Indicadores complementarios

En función de la disponibilidad de recursos y del tipo de problemas existentes, se pueden considerar algunos indicadores complementarios que contribuyen a definir mejor el problema y el tipo de intervención a desarrollar, especialmente en relación con las deficiencias específicas.

- prevalencia de anemia en madres embarazadas y niños menores de cinco años
- prevalencia de niveles de retinol plasmático menores de 20 microgramos por dl. en niños de 1 a 5 años de edad
- prevalencia de bocio o niveles de excreción urinaria de yodo en escolares
- lactancia natural exclusiva entre los 4 y 6 meses de edad
- consumo familiar e individual de alimentos
- prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta o infantil

La información sobre anemia requiere la valoración de la hemoglobina, la cual es fundamental para medir la magnitud del problema y el impacto de las medidas tendientes a reducirlo. El uso de hemoglobímetro portátiles con lectura digital inmediata (una gota de sangre) facilita la medición de la hemoglobina en estudios de población. La deficiencia de vitamina A se puede sospechar cuando se encuentran signos oculares característicos (xeroftalmia) o ceguera nocturna que son poco frecuentes en ALC; sin embargo, la deficiencia marginal o subclínica, de alta prevalencia en varios países de la región, solamente se puede detectar en grupos de población mediante la medición del retinol plasmático, aunque se puede sospechar cuando hay bajo consumo de fuentes de la vitamina¹. En los pocos países o regiones en donde la deficiencia de

El IVACG ha propuesto una metodología de encuesta alimentaria simplificada para identificar familias o grupos a riesgo de deficiencia de vitamina A.

31

yodo y el bocio endémico todavía constituyen problemas de salud pública, es necesario conocer su distribución geográfica; las encuestas de yoduria y de bocio en la población escolar aportan buena información sobre la magnitud del problema en la población general.

Es importante también conocer cuál es la situación de la lactancia natural en los grupos más vulnerables para definir estrategias adecuadas para su fomento. Se han propuesto diversos indicadores, pero probablemente los de mayor utilidad son la proporción de niños de 4 a 6 meses con lactancia exclusiva y la proporción de niños de 6 a 8 meses con lactancia natural complementada con alimentos sólidos. A pesar de las limitaciones y el costo de las encuestas alimentarias, ellas constituyen un instrumento importante para definir la calidad de la alimentación y el riesgo de déficit de energía y de nutrientes específicos (hierro, proteína, vitamina A). A partir de la información de las encuestas dietéticas se pueden diseñar mejores estrategias educativas e intervenciones para mejorar las prácticas alimentarias.

En los países en vía de desarrollo, las deficiencias nutricionales superan largamente la prevalencia de obesidad y de otras enfermedades asociadas con la sobrealimentación. Sin embargo, en varios países de la región se observa un problema creciente de sobrepeso y obesidad, especialmente en la población adulta. En los países con un nivel de desarrollo intermedio, el sobrepeso se asocia a la pobreza y a la desnutrición crónica. Se ha observado que las personas de baja estatura y/o bajos ingresos tienen un riesgo de obesidad significativamente mayor que la población general. La obesidad constituye un factor de riesgo importante de enfermedades crónicas, las cuales representan cerca del 45% de las muertes en algunos países de la región. Ello sugiere la necesidad de conocer mejor la magnitud del problema e iniciar acciones orientadas a su prevención y control.

D. Fuentes de información y sus propiedades

Para evaluar la utilidad de las fuentes de información existentes, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- **Representatividad de los datos.** Los censos y las encuestas por muestreo aleatorio sistemático (encuestas demográficas y de salud, encuestas de nivel de vida y censos de talla), constituyen las fuentes de información más representativas. Los registros rutinarios del sector salud solo en algunos países tienen una adecuada representatividad, especialmente cuando la cobertura del sistema de salud es alta (Chile, Costa Rica). Cuando la cobertura es baja, es dudosa la representatividad de la información obtenida a través de los servicios de salud. En los últimos años, algunos países han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica a través de "sitios centinelas"; en este caso, la representatividad depende de los criterios de selección de los sitios centinelas. Es fundamental definir el grupo de población para el cual se desea una buena representatividad, antes de decidir la fuente de información más adecuada.

- **Exactitud.** Es reconocida la baja calidad de la información obtenida en los sistemas administrativos rutinarios. La evaluación del estado nutricional que se realiza habitualmente en los servicios de salud suele presentar errores de medición, por falta de

calibración de los instrumentos y de estandarización de las técnicas, al calcular la edad, clasificar el estado nutricional, registrar el dato y consolidar la información. Todo esto puede determinar un error significativo en la estimación de la prevalencia de desnutrición. Si el objetivo es tener una estimación de la magnitud del problema en la población que asiste a los servicios de salud, esta información es suficiente. Si el objetivo es medir el efecto de una intervención o la tendencia de la desnutrición, podría no ser adecuada. Los datos pueden obtenerse en condiciones mucho más estandarizadas y con mayor exactitud a través de estudios específicos.

■ **Periodicidad de la información.** Los datos rutinarios son generados habitualmente en forma mensual, mientras que las encuestas y los censos se realizan cada varios años. La periodicidad adecuada dependerá de la magnitud de los cambios esperados, de la capacidad de análisis de la información y del uso que se le dé en el proceso de la toma de decisiones. En general, no existe justificación para utilizar datos rutinarios en forma mensual, pudiéndose detectar los cambios en las tendencias o las variaciones estacionales con registros cada 3 a 6 meses.

■ **Oportunidad de la información.** Tradicionalmente, las encuestas han requerido mayor tiempo para el procesamiento y análisis que los datos administrativos de rutina. Sin embargo, los microcomputadores prácticamente han eliminado esta diferencia. Aún más, con frecuencia los datos rutinarios son conocidos con un año o más de retraso. En otras palabras, la mayor oportunidad no es un argumento válido a favor de los datos rutinarios.

■ **Capacidad de desagregar los datos.** Los censos y datos rutinarios pueden ser desagregados en unidades geográficas muy pequeñas, lo cual facilita la identificación de los grupos de mayor riesgo y el diseño de intervenciones más focalizadas. Las encuestas, en cambio, requieren muestras de gran tamaño para tener representatividad en unidades territoriales menores. Una encuesta Demográfica y de Salud con una muestra de 5.000 hogares permite habitualmente representatividad solo a nivel de regiones o provincias, la cual es suficiente para definir la magnitud del problema o el impacto de una intervención, pero no para construir un mapa de vulnerabilidad nutricional o social.

Recientemente, Freire y colaboradores desarrollaron una metodología que permite estimaciones más desagregadas con los datos provenientes de una encuesta nacional (Freire, et al, 1986). Estos autores identificaron, a través de análisis multivariados (regresión logística), los indicadores socioeconómicos que mejor predecían el estado nutricional en el Ecuador. Las ecuaciones se aplicaron posteriormente a la información socioeconómica del Censo de Población, demostrándose un buen nivel de concordancia entre la prevalencia de desnutrición proyectada y la obtenida en el Censo Nacional de talla. En otras palabras, se podría predecir la prevalencia de desnutrición en unidades geográficas pequeñas (municipios y distritos) a partir de los datos socioeconómicos de un censo de población y de las regresiones obtenidas en una encuesta nacional de salud y nutrición.

E. Sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN)

En los últimos 20 años, diversos organismos de cooperación han promovido la creación de sistemas de vigilancia de la situación alimentaria y nutricional de los países. Debido a la multicausalidad de los problemas nutricionales, estos sistemas han sido concebidos con información multisectorial, incluyendo variables de toda la cadena alimentaria: disponibilidad, consumo y utilización biológica de los alimentos (indicadores agropecuarios, económicos, educativos, laborales, de saneamiento ambiental, de salud y nutricionales). La experiencia en este campo no ha sido muy positiva, debido a las dificultades de implementar un sistema de tal complejidad, a la limitada capacidad de análisis y uso de la información y porque, con frecuencia, el sistema se convierte en un fin en sí mismo más que en un instrumento eficaz para la toma de decisiones. Más que un sistema único multisectorial, lo fundamental es que la información esté disponible en los sectores respectivos, con énfasis en los indicadores descritos previamente, y que sea utilizada eficazmente en la toma de decisiones, por ejemplo en la formulación de políticas. Los SISVAN deberían tratar de incluir indicadores que permitan vigilar el cumplimiento, el proceso y el impacto de los planes nacionales de alimentación y nutrición, así como de las políticas y procesos de ajuste estructural.

F. Recolección, organización y presentación de los datos

Se deben considerar distintas alternativas de fuentes de información. En una primera etapa, se debe examinar la información rutinaria disponible, la que habitualmente permite vigilar algunos indicadores como el precio de los alimentos, la producción de bienes, la situación laboral y las tasas de mortalidad, entre otros. La información antropométrica proveniente de los servicios de salud y las escuelas permite establecer en forma gruesa las tendencias de estos indicadores. En algunos casos, es recomendable la asistencia técnica externa de corta duración o las modestas inversiones en programas de computación para tener los datos rutinarios disponibles en forma oportuna y fácil de interpretar.

En varios países de América Latina se han realizado encuestas de hogares en muestras nacionales, apoyadas por el Banco Mundial, las cuales incluyen una serie de indicadores de bienestar y, en algunos casos, mediciones antropométricas. Las encuestas demográficas y de salud, apoyadas por la USAID, también ofrecen la oportunidad de obtener algunos de los indicadores recomendados, y existe la opción de agregar un módulo adicional a un costo marginal. La mayor parte de las recientes encuestas han incluido antropometría en niños menores de 36 meses, constituyendo una buena fuente de información nutricional. En caso de no haberse realizado encuestas de hogares y no existir otras fuentes adecuadas de información, debe considerarse la posibilidad de realizar una encuesta nutricional. El costo estimado de una encuesta nacional, sin determinaciones bioquímicas, es del orden de US\$ 100.000 a \$ 200.000 para una muestra de 5.000 hogares, incluyendo el diseño, la ejecución, el procesamiento, el análisis y la difusión de los resultados. Estas encuestas debieran repetirse cada dos o tres años.

La información oportuna y adecuada es esencial para adoptar decisiones eficaces con respecto a las políticas y los programas destinados a mejorar el bienestar nutricional de la población. Para que la información sea útil, debe llegar a los encargados de la toma de decisiones en los distintos niveles, en el momento oportuno y de una forma que pueda ser entendida fácilmente. Es necesario, por lo tanto, realizar un esfuerzo para ajustarse a las necesidades de los encargados de adoptar decisiones. Diversas estrategias pueden contribuir a utilizar mejor la información disponible para la incorporación de objetivos nutricionales en las políticas de salud. Es importante que la información sea representativa, confiable y oportuna, y que esté presentada en forma simple y fácil de interpretar por profesionales de diversas disciplinas.

En primer lugar, es fundamental sensibilizar a la opinión pública y a los niveles de decisión sobre la importancia de los problemas nutricionales. No solo interesa medir la prevalencia del daño en un período determinado, sino también mostrar sus repercusiones económicas y los cambios o las tendencias en el tiempo como resultado de las políticas y programas. Puede ser útil hacer comparaciones de la velocidad de cambio en diferentes períodos y proyecciones para estimar el tiempo necesario para lograr un nivel aceptable de los indicadores que se busca modificar. La USAID ha preparado un módulo de computación (PROFILES) que permite estimar, con los datos propios de cada país, las repercusiones económicas y de otra índole de los problemas nutricionales, y el costo e impacto esperados de las intervenciones, con el fin de utilizarlo como un instrumento de abogacía para la generación o incremento del compromiso político.

La comparación de indicadores con los observados en países con similar nivel de desarrollo y con mejor nivel de salud y nutrición puede contribuir a crear conciencia sobre la necesidad de fortalecer las políticas y la inversión en este campo. En el mismo sentido, es útil la comparación de cifras al interior del país, que demuestren las desigualdades existentes, lo cual puede contribuir a priorizar las intervenciones y establecer las metas a lograr. La función de los grupos académicos y de las sociedades científicas es muy importante ya que, con mayor independencia, pueden dar a conocer las inequidades existentes en salud y nutrición y la necesidad de fortalecer las intervenciones en este campo.

La movilización de organizaciones sociales también contribuye a sensibilizar a la opinión pública y a los niveles que toman decisiones. Con el apoyo del UNICEF, se creó recientemente en Chile un movimiento de Alcaldes Amigos de los Niños (emulando la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños), que se ha propuesto como tarea disminuir las desigualdades en la calidad de vida de los niños y que ha puesto en marcha una serie de iniciativas en este sentido. Iniciativas similares, como las de "municipios saludables", "escuelas saludables" e "instituciones amigas de la madre y el niño", están en marcha en algunos países. Por último, es importante fortalecer las instituciones que abordan los problemas nutricionales, mejorando la capacidad técnica de los grupos de investigación y académicos afines y la capacidad gerencial de las instituciones públicas que prestan servicios, lo cual también puede contribuir a la mejor utilización de la información para la formulación de políticas.

IV. INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Aunque la mayor parte de los países reconoce implícitamente la gravedad y las implicaciones de los problemas nutricionales, ello no siempre se traduce en una posición activa orientada a su prevención y tratamiento. En algunos países se observa una actitud "fatalista" de los especialistas, debido al convencimiento de que no existe una "solución" al problema nutricional. Este desencanto se acentúa por el escaso impacto logrado con las intervenciones alimentarias, "la respuesta" que con mayor frecuencia se ha propuesto al problema. Esta actitud seguramente cambiará si se divulgan las experiencias positivas de varios países de la región (Chile, Costa Rica, Jamaica, Colombia, y el Brasil) en la reducción de la desnutrición en la niñez.

Es fundamental que los especialistas realicen esfuerzos adicionales por incorporar objetivos nutricionales más explícitos en las políticas de salud, los cuales no solo deben enfocarse en la recuperación de la desnutrición sino, además, afrontar los diferentes factores condicionantes de la situación nutricional, con el fin de prevenir la desnutrición. Ello debiera traducirse en una mejor asignación de recursos humanos y financieros para programas de intervención, sin los cuales las políticas son inefectivas. Diversas condiciones determinan que existe actualmente un ambiente más favorable y mejores oportunidades para la formulación e implantación de políticas de alimentación y nutrición en el sector salud. Entre ellas se pueden destacar las siguientes:

(a) los compromisos adquiridos por los gobiernos de la región en favor de la infancia y de la nutrición en distintos foros internacionales: la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1990; la Declaración de Innocenti sobre Promoción, Protección y Apoyo a Lactancia Materna, 1990; y la Conferencia Internacional de Nutrición, 1992. Existe el compromiso, además, de elaborar Planes de Acción específicos orientados a cumplir las metas propuestas.

(b) las lecciones aprendidas en las últimas décadas sobre el tipo de intervenciones con mayores probabilidades de tener impacto y el reconocimiento de que el énfasis debe estar en las intervenciones sectoriales coordinadas más que en ambiciosos programas multisectoriales; y

(c) el activo apoyo de los organismos de cooperación bilaterales y multilaterales para avanzar en forma efectiva en la prevención y el control de los problemas nutricionales.

Las políticas de salud, y los programas y las intervenciones derivados de ellas, tienen una variedad de efectos nutricionales en la población más vulnerable. Está demostrado que dos factores que contribuyen decisivamente a aumentar la desnutrición son la falta de motivación e información sobre la promoción individual y comunitaria de la salud y la nutrición, y el acceso inadecuado de la población en riesgo a los servicios de salud preventivos y curativos. Por lo tanto, propiciar la responsabilidad conjunta del estado y de la comunidad en la promoción de la salud y mejorar la cobertura de los servicios de atención primaria, especialmente en los grupos de menores ingresos y en las comunidades rurales, debe ser una preocupación prioritaria de las políticas de salud y nutrición. Las políticas que focalizan el gasto social, especialmente en promoción de la salud, atención primaria y nutrición, han demostrado ser más eficaces en

función del costo que otras intervenciones, y contribuir en forma más eficaz a mejorar la situación nutricional, mientras se logra una mayor equidad en la distribución del ingreso.

En un concepto errado y muy restringido, los programas nutricionales casi se han hecho sinónimos de los de ayuda alimentaria. En muchos países de la región, el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud dedica una parte fundamental de su tiempo a los programas de ayuda alimentaria, descuidando otras funciones esenciales. Es especialmente preocupante que el mayor tiempo de los nutricionistas se dedica, con frecuencia, a actividades administrativas relacionadas con la distribución de alimentos, las cuales podrían realizarse con mayor eficiencia por una unidad administrativa especializada. Esto hace que la distribución de alimentos se realice en forma inadecuada y que, además, no se cumplan otras funciones técnicas de mayor importancia. La distribución de alimentos no es la única ni la más importante intervención para modificar la situación nutricional. Existen muchas otras oportunidades de actuar sobre la nutrición, por medio de intervenciones que modifican algunos de los factores determinantes, como se describió anteriormente. Con frecuencia, este hecho no es reconocido por los especialistas de cada disciplina ni por las autoridades superiores Ministeriales.

Los Departamentos de Nutrición tienen la responsabilidad de estimular la incorporación de objetivos nutricionales en los distintos programas de salud materno-infantil, del adulto y del anciano, de saneamiento ambiental, de educación para la salud, etc. Ello en la práctica no se cumple por la falta de coordinación entre los Departamentos Técnicos de las Direcciones Generales de Salud y por el bajo perfil que muchas veces tienen los Departamentos de Nutrición. La experiencia de Chile demuestra que se pueden lograr avances significativos en la situación nutricional al incorporar objetivos nutricionales en cada uno de los programas específicos de salud, propiciando su integración horizontal. Especialmente importante es el programa materno-infantil, responsable directo de la mayor parte de las actividades orientadas a prevenir y tratar los problemas nutricionales.

Se han propuesto, formulado y ejecutado varias políticas de alimentación y nutrición en salud con diferentes niveles de éxito. Tradicionalmente, en la región de ALC se han incluido dentro de los planes nacionales de nutrición una o más de las siguientes intervenciones específicas: (1) alimentación suplementaria, (2) educación en nutrición, (3) fortificación de alimentos, (4) alimentos formulados y (5) subsidios de precios al consumidor. En algunos casos, se han integrado acciones de nutrición dentro del sistema de atención primaria de salud, a menudo en forma de proyectos de demostración en pequeña escala que con el tiempo se han ampliado hasta el nivel regional. El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, sugiere seis intervenciones de nutrición en salud pública: (1) educación en nutrición, (2) control de los parásitos intestinales, (3) fortificación de los alimentos con micronutrientes, (4) suplementación de micronutrientes, (5) alimentación suplementaria y (6) subsidio de precios a los alimentos.

Todavía está lejos de completarse la información de costos y eficacia de las políticas e intervenciones en alimentación y nutrición. En general, existe mayor información sobre el costo-eficacia de la promoción de la lactancia natural, la suplementación o la fortificación de los alimentos con micronutrientes y la alimentación suplementaria, que sobre educación en nutrición,

2/5

control de los parásitos intestinales, subsidio de precios a los alimentos y programas integrados. Los datos disponibles permiten considerar diferentes opciones prometedoras. El Proyecto LAC HNS ha obtenido información reciente sobre el costo-eficacia de la promoción de la lactancia natural por medio de instituciones de atención de salud y sobre intervenciones para mejorar el consumo de vitamina A, y pronto divulgará datos sobre alimentación suplementaria materno-infantil, alimentación escolar, bonos y transferencias en efectivo.

En general, se pueden considerar las siguientes opciones para incorporar objetivos alimentarios y nutricionales en las políticas de salud (Recuadro 2):

RECUADRO 2	
INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS DE SALUD	
A.	PROMOCIÓN DE LA SALUD
B.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
	1. Lactancia natural y alimentación infantil
	2. Vigilancia y promoción del crecimiento infantil
	3. Control prenatal y nutrición materna
	4. Prevención y control de enfermedades transmisibles
	5. Tratamiento oportuno y manejo alimentario adecuado de la enfermedad en el niño
	6. Prevención y control de enfermedades transmisibles
	7. Tratamiento de la desnutrición
	8. Promoción de la producción familiar, conservación y consumo de alimentos
C.	COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA
D.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES
E.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC) EN NUTRICIÓN Y SALUD
F.	POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN SALUD
G.	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

A. Promoción de la salud

La promoción de la salud es, al mismo tiempo, una política y una estrategia para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de la población, a tiempo que se reducen las necesidades de provisión de servicios de atención clínica. El objetivo último de la promoción de la salud es el fortalecimiento de la capacidad del individuo y de la comunidad para el autocuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la adopción de comportamientos, modos de vida y ambientes saludables, y la búsqueda de atención oportuna para la enfermedad. La promoción de la salud requiere la transmisión de información oportuna y adecuada a todos los miembros de la sociedad sobre la importancia y los métodos más eficaces para proteger la salud y las causas y los métodos más efectivos para prevenir la enfermedad, así como la concientización sobre la responsabilidad individual y colectiva en la promoción de la salud mediante la adopción de prácticas alimentarias y nutricionales y ambientes saludables. Con este fin, se debe utilizar la **comunicación educativa**, a través de todos los canales disponibles, para propiciar cambios positivos en los comportamientos alimentarios, nutricionales y de salud.

La promoción de la salud implica la creación de una "**cultura de la salud**", entendida como una nueva conciencia individual y colectiva sobre su responsabilidad en el autocuidado de la salud, dirigida a promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad, con especial énfasis en la alimentación y nutrición. El objetivo es prevenir las enfermedades nutricionales, tanto las causadas por deficiencia como las asociadas con el exceso de consumo, cuya importancia es creciente en muchos países de la región. Es imperativa la participación activa y democrática de la población para identificar y resolver sus propios problemas, apropiándose de los instrumentos conceptuales, actitudinales y de comportamiento necesarios para mejorar la calidad de vida mediante la protección de la salud y la prevención de la enfermedad; esto implica la creación de ambientes y estilos de vida saludables, y la prevención de las deficiencias nutricionales y las enfermedades crónicas resultantes de una alimentación excesiva o no balanceada. La promoción de la salud reconoce el papel fundamental de la educación como instrumento de cambio positivo sostenible dentro de un marco de respeto a la dignidad humana.

B. Atención Primaria de Salud (APS)

De todas las opciones de política del sector salud, la promoción del autocuidado en salud y la incorporación de objetivos y servicios de nutrición dentro de la atención primaria tiene el mayor potencial para mejorar la situación nutricional. La atención primaria de salud es la estrategia universalmente aceptada para alcanzar la salud para todos, y está siendo implantada, en mayor o menor grado, en todos los países de la región. La estrategia considera la reorientación del sistema de salud y la redistribución de los recursos, de modo que los mismos individuos y comunidades se hagan responsables del cuidado de su salud, para lo cual requieren motivación e información relevante. Implica, además, mejorar la eficiencia de los servicios, procurando mayor cobertura en las propias comunidades, a través de **sistemas locales de salud** que enfatizan actividades preventivas y de fomento de la salud, con tecnologías rentables. A pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura de atención primaria, ésta continúa siendo inferior a 50% en varios países de la región, lo cual refleja en parte la falta de decisión política para reducir las

47

inequidades en el acceso a la salud. La extensión de cobertura de la atención primaria de salud es crítica para mejorar la situación nutricional. El dilema radica en cómo aumentar la cobertura de atención primaria con presupuestos reducidos y en un ambiente de disciplina fiscal.

Nunca se enfatizará suficientemente la importancia de un fuerte sistema de atención primaria de salud de alta cobertura y eficiencia en la prestación de servicios básicos a la población pobre, como un requisito para intervenciones efectivas de nutrición en salud. La estrategia de atención primaria es el vehículo más apropiado para la implantación de intervenciones básicas de alimentación y nutrición focalizadas en las madres y los niños. Sin embargo, el aparente respaldo de los gobiernos y ministerios de salud a dicha estrategia no siempre se traduce en políticas explícitas y en una adecuada asignación de recursos; por esta razón, no se ha utilizado suficientemente el potencial de la APS para aumentar la cobertura y la eficiencia en la entrega de los servicios básicos de salud. Es necesario explorar diversas alternativas que, en forma complementaria, pueden contribuir a mejorar la cobertura y eficiencia de la APS, a saber:

- **Recuperar gradualmente el presupuesto histórico del Ministerio de Salud como porcentaje del PIB o del gasto fiscal.** El gasto público en salud fluctúa en los distintos países de la región entre 1,2% y 6,7% del PIB y entre el 3% y el 32% del gasto del gobierno central. Una cifra alrededor del 3% ó 4% del PIB podría ser un mínimo aceptable, proporción que dependerá de la complejidad y eficiencia del sistema y de las tendencias históricas. Como parte de cada nuevo programa de gobierno, es importante incorporar este concepto para lograr incrementos graduales y sostenidos en los recursos del sector salud.

- **Reasignar el presupuesto dentro del sector.** En la mayor parte de los países, más del 90% del presupuesto de salud se orienta a la atención hospitalaria, la cual, a pesar de ello, a menudo presenta graves deficiencias. La reasignación de recursos desde la atención hospitalaria hacia la promoción de la salud y la atención primaria debe enfrentar la oposición del sector clínico que, con frecuencia, tiene mayor poder y capacidad de decisión. Sin embargo, debe argumentarse que mientras no existan programas adecuados de prevención y control de la enfermedad a nivel primario, se mantendrá la presión para tratar, a nivel hospitalario, patologías que frecuentemente representan un fracaso de las acciones preventivas y del primer nivel de atención. En Chile, el índice ocupacional de las camas pediátricas disminuyó en un 50% al reducirse la desnutrición infantil y la incidencia de diarreas, a pesar de mantenerse prácticamente el mismo número de camas en los últimos 30 años.

- **Reasignar los recursos humanos.** En todos los países de la región existe concentración de recursos humanos en los centros urbanos y en la atención hospitalaria, en desmedro del sector rural y la atención primaria. En Panamá, por ejemplo, hay un número adecuado de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional, pero con una concentración 7 veces mayor en la capital que en las provincias con menor desarrollo; la misma tendencia se observa en las enfermeras y auxiliares de enfermería. Los pocos profesionales nutricionistas de que disponen los Ministerios de Salud, con frecuencia se concentran en los hospitales o a nivel central o regional, destinando una escasa fracción de tiempo a los aspectos técnicos de las intervenciones nutricionales. La movilización de recursos deberá vencer la resistencia del personal, pero es necesario generar estímulos que faciliten esta reasignación.

■ **Desmedicalizar la atención primaria.** En algunos países, atención de salud parece ser sinónimo de atención médica. En un concepto muy restringido, se considera que todas las actividades de salud deben ser realizadas por el médico. Aunque hay enfermeras y auxiliares de enfermería en los servicios ambulatorios de salud, éstas con frecuencia actúan como ayudantes o secretarías del médico, en lugar de realizar actividades en forma independiente. Esto tiene dos consecuencias importantes: (a) en general la prevención y el fomento de la salud se realizan en forma inadecuada, debido a la poca importancia que el médico asigna a estas actividades, producto de su deformación profesional; y (b) aumenta significativamente el costo de la atención primaria.

Existen numerosas experiencias exitosas de aumento de cobertura con personal no profesional adecuadamente capacitado y supervisado (auxiliares de enfermería, promotores de salud, ayudantes de salud), especialmente en organizaciones no gubernamentales (ONGs). Incluso las madres de la propia comunidad, no remuneradas, pueden realizar actividades de fomento y protección de la salud, logrando impacto en la prevención y tratamiento de la desnutrición infantil. En Chile, más del 95% de los controles de salud son realizados por enfermeras y auxiliares de enfermería. El médico solo realiza rutinariamente el primer control del recién nacido y, en forma ocasional, algún otro control por referencia de otro miembro del equipo de salud. Algo similar ocurre con el control prenatal de las madres gestantes, quienes son atendidas principalmente por matronas (con formación equivalente a una enfermera) y no por médicos.

Una estrategia adecuada de extensión de cobertura debe considerar el fortalecimiento de la participación de enfermeras, auxiliares y promotores comunitarios en la promoción de la salud, la atención primaria, junto con la incorporación de las actividades de nutrición en la atención primaria de salud y en las estrategias de supervivencia infantil. Algunas experiencias en pequeña escala, así como esfuerzos de mayor cobertura, demuestran que esa integración es eficaz para mejorar la nutrición infantil en un tiempo razonable, a un costo anual relativamente bajo (US\$ 10 a 30 por beneficiario). Por el contrario, los programas de complementación alimentaria no incorporados a las actividades de atención primaria de salud han sido muy poco efectivos en mejorar la nutrición, a pesar de tener un costo significativamente mayor (US\$ 30 a 60 per cápita/año).

El número de casos de desnutrición en una comunidad depende tanto de los casos nuevos (incidencia) como de la evolución de los casos existentes. Con frecuencia, el mayor esfuerzo de las intervenciones se dirige a la recuperación nutricional; sin embargo, es imposible disminuir la prevalencia de desnutrición sin reducir el número de casos nuevos con medidas de prevención primaria. Por lo tanto, un programa adecuado de control de la desnutrición debe incluir una combinación de ambos tipos de intervención. Algunas intervenciones sirven simultáneamente ambos propósitos; así, la suplementación con sulfato ferroso a las mujeres embarazadas puede servir tanto para la prevención como para el tratamiento de las anemias ferropénicas.

A continuación se describen las políticas de nutrición en atención primaria de salud que han demostrado a corto plazo un mayor impacto positivo en la situación nutricional, al ser implementadas sistemáticamente en los grupos de alto riesgo.

49

1. Lactancia natural y alimentación infantil

Las políticas de atención primaria de salud destinadas a mejorar las prácticas de alimentación infantil, incluso la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural, constituyen uno de los enfoques más prometedores para mejorar la nutrición en los países de ALC, de manera que debería dárseles alta prioridad dentro de las políticas de nutrición en salud. La lactancia natural proporciona seguridad alimentaria total a los niños hasta los seis meses y parcial más allá de esa edad. La leche materna es la fuente de alimentación más importante para los recién nacidos en los países de ALC, tanto en cantidad como en calidad, y les proporciona una cantidad suficiente de macro y micronutrientes esenciales por lo menos en los primeros seis meses de vida. Además de sus excelentes ventajas nutricionales, antiinfecciosas y de estímulo psicosocial, la lactancia natural reduce la exposición del niño a infecciones en ambientes contaminados, y la amenorrea de la lactancia reduce la fecundidad y aumenta el espaciamiento de los embarazos. Las políticas e intervenciones eficaces sobre lactancia natural no solo producen importantes ahorros en atención perinatal (incubadoras costosas, glucosa, medicinas para contracción uterina, fórmula infantil y espacio para alojamiento), sino que en forma aún más extensa, ahorran costos de atención de salud como consecuencia de la reducción del exceso de morbilidad y mortalidad asociado con las prácticas inadecuadas de alimentación infantil.

Las ventajas sanitarias, nutricionales y de otra índole de la lactancia natural solo pueden lograrse plenamente cuando se proporciona en forma exclusiva y sin otros alimentos (ni siquiera agua u otros líquidos) hasta los seis meses y, después de esa edad, suplementada gradualmente con alimentos de alta densidad en calorías y nutrientes. La práctica común de la temprana introducción de alimentos distintos de la leche materna acarrea un alto riesgo adicional de morbilidad. La lactancia natural no exclusiva antes de los seis meses de edad, es decir, la introducción temprana de líquidos u otros alimentos distintos de la leche materna, es la causa de la mayoría del exceso de episodios de diarrea infantil y de otras enfermedades infecciosas, en comparación con los niños alimentados exclusivamente con leche materna. Por consiguiente, la meta final es aumentar considerablemente la frecuencia y duración de la lactancia natural exclusiva en los primeros seis meses de vida y luego instituir prácticas apropiadas de destete (lactancia natural suplementada).

En la actualidad, en la mayoría de los países se realizan actividades de promoción de la lactancia natural y la alimentación infantil, con cobertura, conjunto de intervenciones y grado de eficacia variables. Los programas tradicionales de promoción de la lactancia, natural, de enfoque limitado, han comenzado a ampliar su alcance a la alimentación infantil y a las prácticas de destete. Sin embargo, la principal responsabilidad de la ejecución de las actividades de lactancia natural está generalmente a cargo de las Comisiones Nacionales de Lactancia (a veces con representación nominal del Ministerio de Salud), en colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONGs) y, a menudo, el compromiso político del gobierno es relativamente débil, no se formulan ni ejecutan políticas explícitas y las actividades se realizan con poca o ninguna participación y ayuda financiera del sector público. De ahí que la ejecución de los programas sufra los efectos de un compromiso político débil, con relativamente baja cobertura y eficacia y deficiente sostenibilidad financiera e institucional.

Por algún tiempo ha habido escepticismo con relación a la viabilidad de mejorar la lactancia natural, en vista de la fuerte tendencia hacia la urbanización y la mayor participación de la mujer en el mercado laboral. Existen pruebas fidedignas en la región de ALC sobre la eficacia de un conjunto de intervenciones de bajo costo para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia natural exclusiva (Burkhalter y Marin, 1991; Altobelli y colaboradores, 1991; Huffman, 1992; Lutter y colaboradores, 1994). Los estudios de costo-eficacia realizados por LAC HNS han mostrado que la promoción de la lactancia natural es una de las intervenciones de salud más eficaces en función del costo, en términos de costo por día adicional de lactancia natural exclusiva (US\$0,10 diarios) y por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) (de US\$0,25 a US\$3,75). La demostración de que un conjunto de intervenciones de salud bien definido es muy eficaz en función del costo para mejorar significativamente la lactancia natural exclusiva y en términos de costo por AVAD ganado, proporciona un argumento convincente sobre la prioridad que deben tener las inversiones de promoción de la lactancia natural como parte del mejoramiento de la alimentación infantil en general.

El sector salud tiene la responsabilidad de formular y ejecutar políticas explícitas para promover, proteger y apoyar las actividades de alimentación infantil y lactancia natural. Los componentes principales son:

- **Sensibilizar al personal de salud, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades y el público en general sobre la importancia de la lactancia natural, su superioridad con respecto a cualquier otro método de alimentación infantil y las prácticas apropiadas de destete.**

- **Apoyar a las madres en su decisión de escoger la lactancia natural como método de alimentación, eliminando los obstáculos y previniendo la interferencia que puedan encontrar en los servicios de atención de salud antes y después del parto, en el lugar de trabajo o en la comunidad.**

- **Asegurarse de que todo el personal de salud materno-infantil esté adecuadamente capacitado en las técnicas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño, y en la aplicación de los principios señalados en la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia natural y la función de los servicios de maternidad.**

- **Fomentar el destete adecuado y las prácticas de alimentación complementaria a partir de los seis meses, haciendo hincapié en la continuidad de la lactancia natural, las comidas frecuentes con alimentos locales sanos y de alta densidad en calorías y nutrientes, y el manejo dietético apropiado de las enfermedades infecciosas de los niños, particularmente de la diarrea.**

- **Asegurarse de la actualización periódica y pleno cumplimiento de la legislación nacional relativa a los alimentos infantiles y al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de que no haya donaciones de sucedáneos de la leche materna y otros productos cubiertos por el código en ninguna parte del sistema de atención de salud.**

15

Como es el caso con otras políticas de salud, la implantación de las políticas nacionales de alimentación infantil y lactancia natural requiere información sistemática al personal de salud y asignación de recursos presupuestales suficientes. Los costos de promoción de la lactancia natural no son altos y se compensan con creces con los substanciales ahorros logrados como resultado del cambio de las prácticas institucionales. Por consiguiente, son atractivos para los administradores de salud, dadas las restricciones financieras actuales. Es posible lograr grandes ahorros en atención de salud con el establecimiento y la expansión del alojamiento conjunto, la restricción del uso de fórmulas infantiles a solo unas pocas ocasiones y la racionalización del uso de oxitócicos en los servicios de maternidad, así como con mejores prácticas de destete y alimentación infantil.

Solo puede alcanzarse alta eficacia en función del costo cuando los cambios de la rutina institucional en los servicios de maternidad se complementan con el establecimiento de servicios educativos y de apoyo a las madres, especialmente en el puerperio y durante el destete. Se puede lograr más eficacia prestando mayor atención a la calidad y cobertura de la educación y el apoyo a las madres con miras a crear confianza y ofrecer enseñanzas prácticas sobre el manejo de la lactancia y la alimentación infantil, es decir, con la inversión en actividades de apoyo durante el período posnatal. Los beneficios económicos como resultado de los ahorros y de la mayor eficacia de los servicios son de gran importancia para los hospitales y otros establecimientos de atención de salud, sobre todo la reducción de costos de atención de maternidad y de la menor incidencia de infecciones pediátricas.

Las políticas sobre alimentación infantil y lactancia natural deben incluir un conjunto de iniciativas relacionadas con la prestación de servicios de atención de salud materno-infantil, la capacitación de pregrado y en servicio de los profesionales de salud, la comunicación, educación, consejería y apoyo a las madres sobre la alimentación infantil en general y la lactancia natural en particular, y la vigilancia de la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

a. Políticas institucionales de atención de salud materno-infantil

En lo posible, estas políticas deben enfocarse en los servicios públicos y privados de salud e incluir lo siguiente:

- **Establecimiento de normas y pautas explícitas para el personal de atención de salud y prácticas institucionales** para que la lactancia natural y el destete apropiado se promuevan, estimulen, faciliten y apoyen a través del sistema de salud, especialmente de los servicios de salud materna (atención prenatal, perinatal y posnatal) y los servicios de atención infantil.

- **Cambio en las prácticas rutinarias de los establecimientos de salud** (por ejemplo, en los servicios de maternidad y ambulatorios) para fomentar y facilitar la lactancia natural y eliminar todos los obstáculos para la iniciación, continuación y suplementación oportunas y apropiadas. Esto es importante en los países de ALC donde está aumentando la proporción de nacimientos en los establecimientos de salud.

Las prácticas más importantes que se deben promover rutinariamente incluyen: motivación y capacitación de las embarazadas durante el contacto inicial para el control prenatal; información rutinaria a las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia natural; normas hospitalarias con relación al alojamiento conjunto; iniciación inmediata de lactancia natural en la sala de partos; adiestramiento práctico a las madres sobre las técnicas apropiadas de lactancia y destete, y ayuda para iniciar y mantener la lactancia; estímulo a amamantar al bebé a libre demanda; supresión del agua glucosada y los chupetes a los recién nacidos; uso sensato de fórmulas; prevención de la separación maternoinfantil y del uso de oxitócicos y otros medicamentos que puedan reducir la producción de leche; y educación/consejería sobre cómo mantener la lactancia, prevenir los problemas más comunes, iniciar la suplementación con otros alimentos, determinar si la leche materna es suficiente, aumentar la producción de leche y buscar asistencia sobre lactancia después de egresar del establecimiento de salud.

- **Prestar apoyo activo a la Iniciativa de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño**, con el fin de fomentar la aplicación de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" en los hospitales públicos y privados y en los servicios de maternidad y promover prácticas apropiadas de destete. Se debe prestar atención prioritaria a los hospitales docentes de las universidades.

- **Facilitar la proyección comunitaria de acciones de promoción de la lactancia natural y la alimentación infantil**, por ejemplo, fomentando el establecimiento de servicios clínicos de manejo de la lactancia y el destete, y de grupos de apoyo comunitario a donde puedan acudir las madres en forma sistemática.

b. Promoción y vigilancia de la legislación

Es importante promover la formulación apropiada de leyes para proteger y facilitar la lactancia natural en el lugar de trabajo y hacer cumplir las leyes relativas a los alimentos infantiles y servicios de atención de salud. Aunque no es una función directa del sector salud promover, promulgar y hacer cumplir las leyes con relación al trabajo de la mujer, se justifica al menos la función de promoverlas, incluyendo lo referente a licencias de maternidad, recesos para amamantar y provisión de salas de lactancia en el lugar de trabajo (y en las cárceles), que incluyan guarderías e instalaciones para extracción y almacenamiento de la leche materna. La mayoría de los países de ALC se han suscrito al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y han promulgado leyes nacionales para su cumplimiento. En algunos países tal vez se necesite enmendar, completar o actualizar la legislación, pero la necesidad más apremiante se relaciona con el cumplimiento y la vigilancia de la ley. Es preciso establecer disposiciones de política para señalar el Código a la atención de los trabajadores de salud (y medidas nacionales para hacerlo entrar en vigor) y establecer una vigilancia rutinaria por medio de las estructuras de salud nacionales reguladoras, comerciales y otras de índole administrativa ya establecidas.



2. Vigilancia y promoción del crecimiento infantil

Aunque no es una intervención en sí misma, la vigilancia del crecimiento infantil, como un instrumento educativo y con el fin de tomar las acciones apropiadas para mejorarlo, constituye otro elemento de gran utilidad para la prevención y el control de los problemas nutricionales. La medición rutinaria que no se complementa con acciones, no tiene sentido. Los controles periódicos, especialmente en los dos primeros años de vida, adecuadamente interpretados, permiten detectar precozmente las desviaciones del crecimiento y orientar/educar a las madres sobre cómo mejorar las prácticas alimentarias (Huttly et al, 1991). En todos los países de la región se utiliza la vigilancia del crecimiento, con cobertura y frecuencia variables, pero en muchos se ha convertido en una rutina de medición que no cumple una función efectiva como instrumento de apoyo a la toma de decisiones, a la educación en nutrición y al cambio de comportamientos alimentarios y de salud inadecuados. Para que la vigilancia del crecimiento contribuya a lograr sus objetivos nutricionales y de salud, deben cumplirse ciertas condiciones:

- **Debe iniciarse precozmente, en lo posible en los primeros 15 días de vida; controles más tardíos, con frecuencia implican que ya se han establecido inadecuadas conductas alimentarias que han comenzado a afectar la lactancia y el crecimiento.**

- **Debe hacerse regularmente y con una frecuencia variable, dependiendo de la presencia de factores de riesgo. En una familia de bajo riesgo, pueden ser suficientes 5 a 6 controles el primer año de vida y 4 el segundo año. En la medida en que existan factores de riesgo (madres adolescentes, baja escolaridad materna, deficiente saneamiento ambiental, bajos ingresos, familia numerosa, antecedentes de desnutrición, etc) deberá aumentarse la frecuencia de los controles.**

- **Es fundamental que la madre y el personal de salud interpreten adecuadamente la ganancia de peso entre los controles. No interesa tanto el peso obtenido o la clasificación nutricional en un momento determinado como la tendencia de la curva de crecimiento. La gráfica de crecimiento existe como norma en toda la región, pero en pocos lugares se la utiliza adecuadamente, perdiéndose así la función para la cual fue diseñada. La educación nutricional y la frecuencia de controles deben programarse en función de la interpretación de la curva de crecimiento.**

- **Cuando los recursos son limitados, debe darse prioridad a los niños menores de dos años, grupo en el cual se produce el mayor daño nutricional. Las observaciones de distintos países demuestran que el daño nutricional no aumenta en forma significativa después de los dos años.**

- **Los controles deben ser realizados por todo el equipo de salud, adecuadamente capacitado. En regiones rurales de baja cobertura, existen experiencias positivas de vigilancia del crecimiento con promotores de la propia comunidad.**

■ **Los resultados de la vigilancia del crecimiento deben tabularse y analizarse a nivel poblacional.** Aún cuando se pesan rutinariamente todos los niños que asisten a control de salud, casi en ningún país de la región se utiliza la información nutricional que se genera. Después de un gran esfuerzo por realizar los controles, se pasa por alto el porcentaje de niños con desnutrición o con una velocidad de crecimiento inadecuada. Se pierde así la oportunidad de medir la magnitud del problema y evaluar la eficacia de los programas que se ejecutan. La evaluación sistemática de esta información es un instrumento eficaz para reorientar las acciones y estrategias establecidas.

El costo de la vigilancia del crecimiento depende de la calificación de los recursos humanos (nivel de salarios) y del rendimiento (número de controles por unidad de tiempo). En promedio, el costo de personal oscila entre US\$ 0,20 y US\$ 0,80 por control. En situaciones extremas de personal profesional con bajo rendimiento, el costo de cada control supera un dólar. En promedio, el costo anual de los controles de salud para menores de un año es alrededor de US\$ 3,00 y un poco menos en el segundo año de vida. En los análisis de costo-eficacia, esta cifra debe compararse con el costo de un día de hospitalización, ya que un adecuado sistema de control preventivo reduce significativamente el riesgo de desnutrición y de hospitalización. En la mayor parte de los países de la región, el día de hospitalización supera los US\$ 20,00 - 30,00 diarios y una diarrea con deshidratación, o una bronconeumonía, determina una internación promedio superior a 5 días. Así, el gasto que representan los controles de salud de 50 niños durante todo un año es inferior al tratamiento de un episodio grave de diarrea o infección respiratoria.

3. Control prenatal y nutrición materna

El bajo peso al nacer representa uno de los principales determinantes de la desnutrición y la mortalidad infantil. Numerosos factores contribuyen al bajo peso de nacimiento, algunos de los cuales pueden detectarse y corregirse a través del control prenatal (desnutrición materna, patologías del embarazo, tabaquismo, etc). La implantación rutinaria del control prenatal precoz y regular constituye otra estrategia eficaz de prevención de la desnutrición infantil; el control debe incluir evaluación del estado de nutrición materna, educación nutricional, suplementación alimentaria a grupos de alto riesgo, y suplementación rutinaria con hierro y folatos a todas las mujeres embarazadas. Es importante que el control prenatal se inicie precozmente (en el primer trimestre de la gestación), y que sea periódico y regular. En un embarazo normal se recomiendan 4-5 controles, los cuales pueden aumentar en presencia de factores de riesgo (madre adolescente, desnutrición, patologías del embarazo, etc).

En toda la región se reconoce la importancia de la nutrición materna, pero en pocos países se aplican en forma rutinaria las normas para evaluar el estado nutricional o se identifica la desnutrición materna a nivel individual y poblacional. Ello se explica, en parte, por qué los métodos más adecuados de evaluación nutricional como el índice peso/talla (Rosso, 1985), son relativamente complejos, ya que implican conocer el peso, la talla y la edad gestacional. Existen, sin embargo, métodos alternativos más fáciles de aplicar e interpretar (ganancia de peso, perímetro braquial), que son igualmente útiles para identificar la población a riesgo nutricional.

55

Es recomendable establecer algún criterio de evaluación nutricional de la embarazada que permita identificar la población que más se puede beneficiar de una intervención alimentaria. El efecto esperado de la suplementación alimentaria es mayor mientras mayor sea la proporción de mujeres con déficit nutricional preconcepcional o con insuficiente incremento de peso durante el embarazo. Como esta información habitualmente no está disponible, se puede estimar indirectamente a través de la tasa de recién nacidos de bajo peso, que es un indicador indirecto del estado nutricional materno. Si la proporción de recién nacidos con un peso al nacimiento inferior a 2.500 g. supera el 10%, se puede esperar una buena relación costo-eficacia con una intervención nutricional a madres embarazadas.

El costo de un suplemento alimentario para embarazadas puede alcanzar de US\$ 2 a 4 mensuales, dependiendo del tipo y la cantidad de alimentos utilizados. Si el suplemento se entrega por 5 meses, el costo global es inferior a US\$ 20 por cada embarazada con déficit nutricional. Este valor debe contrastarse con el costo de atender un recién nacido de bajo peso y con el ahorro posterior debido a la menor frecuencia de morbilidad y desnutrición. Una evaluación económica realizada recientemente en Chile, demostró una adecuada rentabilidad social de una intervención nutricional en mujeres embarazadas, a pesar de estar orientada en parte a una población con bajo riesgo y baja prevalencia de peso bajo al nacer (5,3% promedio nacional). En general, es recomendable incluir en el control prenatal la suplementación alimentaria a embarazadas enflaquecidas o con incremento de peso insuficiente. Está demostrado que estos programas no solo mejoran la situación nutricional de la madre y el peso al nacer, sino que, además, incrementan la demanda de controles de salud, lo cual permite prevenir y tratar otros problemas.

4. Prevención y control de enfermedades transmisibles

Las acciones dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles son también muy importantes para mejorar el estado nutricional de la población. El programa ampliado de inmunización (PAI) evita millones de muertes y enfermedades que afectan negativamente el estado nutricional. Especialmente importante es la prevención del sarampión y la tos ferina, los que con frecuencia precipitan formas graves de desnutrición. El costo de la inmunización total de un niño fluctúa alrededor de los US\$ 20, lo que permite reducir de 3 a 10% la carga de morbilidad; esta proporción es mayor a menor nivel de desarrollo del país. Los programas de inmunización ofrecen, además, la oportunidad de incluir suplementos de vitamina A y de yodo a grupos de alto riesgo, con un costo adicional muy modesto. Las acciones de prevención y manejo adecuado de la diarrea (saneamiento ambiental, educación higiénica y terapia de rehidratación oral) y de las infecciones respiratorias agudas, así como el control de la malaria y otras enfermedades transmisibles, tienen efectos nutricionales demostrados. Este componente comprende, además, las acciones de salud dirigidas a mejorar la calidad e inocuidad de los alimentos, incluyendo el control sanitario.

5. Tratamiento oportuno y manejo alimentario adecuado de las enfermedades infecciosas en los niños

En los países en vía de desarrollo y en las familias pobres, una fracción importante del tiempo los niños presentan enfermedades infecciosas, las cuales tienen un efecto negativo sobre el estado nutricional, como consecuencia de la disminución del consumo de alimentos y el aumento del gasto y las pérdidas de nutrientes. Se han demostrado diferencias significativas en el crecimiento de niños pobres durante el primer año de vida, en función del número de episodios de diarrea. El problema se agrava por un inadecuado manejo dietético, ya que con frecuencia los niños son sometidos en forma injustificada a dietas con un bajo aporte nutricional por períodos prolongados. Un mejor manejo alimentario durante la fase aguda de la enfermedad y en la convalecencia, es una función del costo para mejorar el estado nutricional de la población infantil. Entre las medidas a recomendar están la alimentación continua, la lactancia natural sin interrupción, por ejemplo, como parte de la terapia de rehidratación oral en la diarrea (TRO)², y el aumento en la frecuencia, cantidad y densidad nutricional de los alimentos durante la convalecencia.

6. Prevención y tratamiento del parasitismo intestinal

En algunas regiones, los helmintos intestinales infectan a una alta proporción de niños en edad preescolar y escolar. Entre otros efectos, producen anorexia, retraso del crecimiento, deficiencia de vitamina A y anemia. Las helmintiasis pueden corregirse rápidamente con una sola dosis oral de un antihelmíntico de bajo costo. Los estudios sobre desparasitación periódica con dosis única en niños, han revelado notables progresos en el crecimiento y desarrollo, incluyendo reducción del alto porcentaje de infecciones asintomáticas y mejoras en el estado de nutrición de vitamina A. Los fármacos modernos no precisan determinar las especies causantes de la infección y son muy efectivos e inoctrinos. La reinfestación se puede reducir con mejoras en el saneamiento ambiental y con tratamientos comunitarios repetidos. El tratamiento a través de las escuelas (uno de los grupos más afectados) tiene un costo entre US\$ 0,50 y 1,00 por beneficiario, y es de gran eficacia en función de los costos.

7. Tratamiento de la desnutrición

Dadas las altas tasas de desnutrición en muchos países, las medidas orientadas a prevenirla deben complementarse con actividades destinadas a recuperar al niño enfermo. De nada sirve establecer un sistema que permita identificar los niños desnutridos, si no se complementa con un mecanismo que permita su tratamiento. La desnutrición infantil leve o moderada, que constituye la forma más frecuente de desnutrición, puede y debe ser tratada en la propia familia. La desnutrición avanzada no asociada a otras patologías, especialmente en niños mayores de un año, también puede ser tratada en el propio hogar. Los servicios de recuperación nutricional deben limitarse a la desnutrición grave del menor de un año. El tratamiento dietético es fundamental en la recuperación de la desnutrición infantil.

² La terapia de rehidratación oral (TRO) comprende el suministro de una solución de rehidratación oral, la alimentación continua y la lactancia natural sin interrupción durante la fase aguda de la diarrea.

La posibilidad de lograr una alimentación adecuada con los recursos existentes en la familia de un niño desnutrido es limitada, por lo cual siempre deberán explorarse alternativas para aumentar la disponibilidad alimentaria (producción de alimentos, complementación alimentaria). A pesar de estas limitaciones, la experiencia demuestra que es posible, a través de la educación nutricional, reorientar parte de los escasos recursos familiares y utilizar mejor los alimentos disponibles. Para mejorar el manejo alimentario del niño desnutrido, es necesario reforzar la capacitación de los recursos humanos y elaborar normas de fácil aplicación que sirvan de guía al personal de atención primaria, incluyendo los promotores de salud y otros agentes de la comunidad. Las experiencias en los países en desarrollo demuestran que madres de las mismas comunidades, adecuadamente capacitadas, pueden lograr cambios importantes en la conducta alimentaria de otras madres cuando actúan como promotoras de salud.

El desnutrido grave menor de un año, especialmente si se complica con una infección (diarrea con deshidratación, bronconeumonía y sarampión), debe ser hospitalizado con el fin de tratar las complicaciones y evitar la muerte, más que para lograr la recuperación nutricional. El hospital no es una buena alternativa para la recuperación nutricional, debido a su alto costo, al mayor riesgo de infecciones intercurrentes y a los escasos resultados logrados a largo plazo. Los niños desnutridos recuperados en el hospital con frecuencia recaen, especialmente cuando no existen mecanismos de seguimiento posterior y actividades educativas y de apoyo social a la familia. El niño debe ser dado de alta cuando se supera la infección y se reinicia la ganancia de peso a un ritmo satisfactorio.

Se han desarrollado diversos tipos de servicios de recuperación nutricional, con distinto grado de complejidad, eficacia y costo:

- **Los servicios o centros de recuperación nutricional diurnos son los más utilizados.** Estos centros funcionan media jornada (en algunos casos jornada completa), por cinco días a la semana, ofreciendo al niño un número variable de comidas en función del tiempo de permanencia (una a tres por día). En el cuidado de los niños se integran las propias madres y el personal de la comunidad, lo cual facilita su educación y la adopción de prácticas alimentarias más adecuadas. El egreso se decide cuando el niño alcanza una relación peso/talla normal o después de un período fijo. Generalmente estos centros utilizan alimentos donados y el gasto de funcionamiento es del orden de US\$ 0,50 por niño/día. La recuperación completa puede tomar en promedio seis meses, con un costo cercano a los US\$ 100.

La administración de estos centros puede ser una responsabilidad de un organismo público vinculado a los programas sociales, del Despacho de la Primera Dama, de una ONG o de la propia comunidad. Debe haber, sin embargo, una estrecha coordinación con el sector salud para la definición de normas de ingreso y egreso, y de tratamiento de la desnutrición y de las patologías intercurrentes, así como para la capacitación y supervisión del personal, y la evaluación de los resultados. Los jardines infantiles o parvularios ofrecen también la oportunidad de apoyar la recuperación de los preescolares con desnutrición. En algunos países los desnutridos tienen prioridad de ingreso, lo que constituye una buena estrategia.

■ **Los centros de recuperación nutricional cerrados o con internación las 24 horas, como los de CONIN en Chile.** En estos centros el niño reside en forma permanente hasta su recuperación nutricional. En Chile, CONIN (organismo no gubernamental) creó una estructura con cobertura nacional (cerca de 40 centros y alrededor de 2000 camas), que contribuyó significativamente a la erradicación de la desnutrición grave. El personal que atiende a los niños en parte es voluntario, pero también se incluyen profesionales remunerados (médicos, enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales y parvularias), lo cual implica gastos de operación muy superiores a otras alternativas (US\$ 5 a 10 por niño/día). El costo de la recuperación de un desnutrido grave en este caso supera los US\$ 1.000.

■ **Los programas de colaciones familiares como el de COFADE en Chile, donde una familia seleccionada de la comunidad se hace cargo, en forma permanente, del cuidado de uno o dos niños desnutridos hasta su completa recuperación.** Al igual que en los programas anteriores, la madre se capacita e integra a las tareas de recuperación del niño, y se utiliza la red de apoyo social para modificar el medio ambiente familiar (programas de empleo, de suplementación alimentaria, de viviendas básicas, de capacitación laboral, etc). Esta alternativa ha demostrado ser eficiente para la recuperación de desnutridos graves, a un costo significativamente menor que los centros de recuperación tipo CONIN o que los hospitales. Tiene la ventaja adicional de facilitar el tratamiento de niños de la zona rural.

Los costos de las diferentes alternativas varían ampliamente dependiendo de la infraestructura, el personal y el tipo y origen de los alimentos utilizados. Las alternativas de menor costo pueden funcionar a US\$ 0,50 diarios; el costo puede llegar a US\$ 10 diarios o más cuando se incorpora al personal más calificado, y superar los US\$ 30 por día en el caso de los hospitales. La eficacia de cada sistema es variable: en general se requieren tres meses o más para recuperar un niño con desnutrición moderada y un plazo mayor para una desnutrición grave.

8. Promoción de la producción familiar, conservación y consumo de alimentos

En algunas condiciones, pueden ser útiles los huertos familiares, escolares o comunales destinados a mejorar la disponibilidad de alimentos, especialmente de las hortalizas y frutas que son buenas fuentes de micronutrientes (vitamina A, por ejemplo). Con frecuencia, se pone en tela de juicio la función del sector salud en la implementación directa de actividades comunitarias o familiares de producción de alimentos, aunque es menos discutible su papel promotor de estas y otras acciones para mejorar la disponibilidad de alimentos. La experiencia con los huertos familiares o comunales ha sido variable en la región, aunque, en general, se puede concluir que su eficacia es relativamente baja, especialmente cuando se han implementado a través del sector salud. Otra actividad que puede tener mayor impacto es la capacitación de la población en técnicas para mejorar la conservación, la preparación y el consumo de los alimentos disponibles, como parte de la educación nutricional.

C. Complementación alimentaria

La complementación alimentaria, en diferentes modalidades, se ha utilizado tradicionalmente en los países de la región como parte de los programas de asistencia pública, por razones humanitarias, nutricionales u otras. Generalmente se la concibe como una intervención temporal. El propósito general ha sido satisfacer las necesidades alimentarias de grupos de población que no pueden hacerlo por sí mismos, con énfasis en los más vulnerables (niños pequeños, mujeres en embarazo o lactancia y ancianos) y de los escolares. Los programas de complementación alimentaria continúan ejecutándose en gran escala, a tiempo con abogacía sobre la alimentación como un derecho humano fundamental y sobre el papel del estado en garantizar la seguridad alimentaria de toda la población, sobre todo la de menores recursos, y preocupaciones sobre el posible efecto negativo de la distribución subsidiada de alimentos en incrementar la dependencia de los pobres.

En teoría, el sistema de salud constituye el canal más adecuado para proveer alimentación suplementaria a los grupos más vulnerables (niños pequeños y mujeres embarazadas y lactantes) y a riesgo de desnutrición. Sin embargo, la capacidad del sistema regular de salud para llegar a los que tienen mayor necesidad y están a mayor riesgo depende básicamente de sus niveles de cobertura y eficiencia. Desafortunadamente, los servicios gubernamentales de salud, especialmente los de atención primaria, en países en donde persiste la alta frecuencia de desnutrición, han sido tradicionalmente débiles, con cobertura poblacional relativamente baja e ineficientes en la provisión de servicios básicos de salud a quienes más los necesitan. Con frecuencia se ignora el hecho de que los niveles máximos de cobertura que se pueden esperar de los programas de complementación alimentaria del sector salud no excederán los del sistema de atención primaria de salud. Una característica común de los países que han reducido la desnutrición a niveles que ya no son de significancia en salud pública, es el desarrollo de un sólido sistema de APS que cubre una proporción alta de la población, especialmente de los grupos pobres; en estos países, los servicios de atención primaria de salud se han utilizado con éxito como centros de operación de programas de complementación alimentaria materno-infantil. La focalización y cobertura los grupos a mayor riesgo se pueden aumentar mediante la participación de organismos no gubernamentales (ONGs), siempre que se establezcan vínculos funcionales fuertes y sistemas de referencia eficaces con el sistema regular de salud.

1. Objetivos

Tradicionalmente, el objetivo inmediato de la complementación alimentaria materno-infantil ha sido **aumentar el consumo de alimentos** de madres y niños por encima de los niveles habituales, ya sea directamente (alimentación directa¹) o indirectamente (distribución de alimentos para preparar y consumir en el hogar) mediante el incremento de la disponibilidad familiar de alimentos. Se espera, a través del incremento del consumo, **mejorar el estado nutricional**. Sin embargo, los patrones de distribución intrafamiliar de alimentos y de

¹ La alimentación directa para la recuperación de la desnutrición severa en instituciones (hospitales, centros o servicios de recuperación nutricional) es parte de la atención de salud curativa.

alimentación infantil, y la respuesta de las familias al incremento de la disponibilidad de alimentos, pueden afectar la magnitud en la cual aumenta el consumo de alimentos de la población objetivo; el consumo de los complementos por otros miembros de la familia, las prácticas alimentarias en presencia de enfermedad, el mal uso (venta, regalo) de los alimentos complementarios y la sustitución de alimentos de consumo habitual por los complementos, pueden limitar el incremento real del consumo por la población objetivo. Asimismo, otros factores relacionados con la desnutrición, especialmente las enfermedades infecciosas, pueden interferir con el aumento del consumo y evitar que éste se refleje en el mejoramiento del estado nutricional. Todo esto explica, al menos en parte, los modestos resultados de algunas evaluaciones del impacto de la complementación alimentaria sobre el estado nutricional (Beaton y Ghassemi, 1982). El impacto nutricional también depende del estado nutricional inicial, de la eficiencia de la focalización, de la cantidad, tipo y calidad de alimentos distribuidos, y de la duración y oportunidad de la complementación.

Aun cuando, tradicionalmente, a la complementación alimentaria se le han asignado básicamente objetivos nutricionales (por ejemplo, incrementar el consumo de alimentos y disminuir la prevalencia de desnutrición o de peso bajo al nacimiento), el impacto nutricional directo puede no ser el único o necesariamente el objetivo más importante. Los objetivos relacionados con el incremento de la cobertura de los servicios de atención primaria de salud pueden ser tan importantes como los objetivos nutricionales directos, o más importantes que éstos. Recientemente, se ha venido dando más énfasis a la complementación alimentaria como un incentivo eficaz para aumentar la demanda, usualmente baja, de servicios básicos de salud preventiva por la población de menores ingresos (objetivo de utilización de los servicios de salud), lo cual, a su vez, puede contribuir significativamente a mejorar el estado nutricional. El desencanto con el impacto nutricional de la complementación alimentaria ha contribuido, aparentemente, al cambio de énfasis de los objetivos puramente nutricionales hacia objetivos más relacionados con la demanda de servicios de atención de salud preventiva; en realidad, ambos tipos de objetivos son legítimos y pueden lograrse simultáneamente. Cuando el objetivo principal es incrementar la demanda de servicios básicos de salud, la distribución intrafamiliar de los complementos, la sustitución y otras desviaciones pierden importancia.

Hay evidencia creciente de que la complementación alimentaria, adecuadamente focalizada, es efectiva en aumentar la demanda y utilización de los servicios básicos de salud, particularmente si se complementa con mejoras en la oferta, por ejemplo, con garantía de calidad y satisfacción de los usuarios. Se esperaría lograr un impacto sostenido sobre el uso de los servicios básicos de salud, mediante el incentivo que representa la acción sinérgica de la complementación alimentaria y la garantía de calidad de los servicios. Aunque no se ha estudiado sistemáticamente el impacto de la suspensión de la complementación alimentaria en la demanda de servicios de salud de alta calidad, es de esperar que si la demanda aumentada de servicios no se apoya con garantía de calidad y satisfacción de los usuarios, se perpetúe la necesidad de la complementación alimentaria para mantener la demanda.

La **transferencia de ingresos** a los más pobres también se ha propuesto como un objetivo legítimo de la complementación alimentaria. En este caso, el programa se focaliza en familias en vez de individuos. Sin embargo, es probable que el personal de salud no perciba la transferencia de ingresos como una función propia de los servicios de salud y, por lo tanto, no participe con entusiasmo, a menos que se incorporen también objetivos nutricionales o de incremento de la demanda de los servicios. Los programas de complementación alimentaria tienen efectos de transferencia de ingresos de grado variable, como resultado de la liberación de recursos familiares habitualmente destinados a la compra de alimentos; sería deseable que estos recursos se utilizaran preferentemente en la adquisición de otros alimentos de mejor valor nutricional. Cuando el objetivo principal es de transferencia de ingresos, la distribución intrafamiliar de alimentos, la sustitución y otras desviaciones tienen menor importancia.

Se ha sugerido que el uso de alimentos como un método de transferencia de ingresos en especie tiene las siguientes ventajas en comparación con la transferencia de ingresos en efectivo (Katon-Apte, 1993): (a) se espera que la propensión marginal a aumentar el consumo de alimentos sea mayor; (b) es más probable que el ingreso adicional resultante de la transferencia en alimentos esté bajo el control de la mujer y que se invierta en más y mejores alimentos; (c) hay menos riesgo de desviaciones en el uso de los alimentos; (d) algunos alimentos de bajo prestigio y con bajo valor o atractivo comercial se pueden focalizar más efectivamente a los grupos vulnerables, y aun se pueden autofocalizar; (e) los alimentos son un recurso más eficaz y útil cuando la inflación es alta, la disponibilidad de alimentos baja o los mercados ineficientes; y (f) la distribución de alimentos es más atractiva políticamente.

2. Población objetivo

Un aspecto crítico de la complementación alimentaria es la definición de la población objetivo: familias pobres, el grupo materno-infantil, población urbana o rural. Se sabe que los grupos más vulnerables a la desnutrición son las mujeres embarazadas y los niños menores de dos o tres años de los sectores pobres (periurbanos y rurales), los cuales se espera que sean también los que más se benefician de una intervención alimentaria. En algunos países, estos programas se concentran en la población urbana, debido a su mayor accesibilidad, menor complejidad logística y mayor visibilidad política. Sin embargo, debe tenerse presente que, en toda la región, la población rural es la más afectada por la desnutrición.

Se ha comprobado que la probabilidad de impacto nutricional de la complementación alimentaria es mayor en los niños entre 6 y 24 ó 36 meses de edad, un período de gran velocidad de crecimiento (Beaton, 1993). Este período es también crítico en relación con las prácticas del destete y el deterioro del crecimiento. Debido al potencial efecto negativo de la complementación alimentaria sobre la lactancia materna, estos programas no deberían incluir niños menores de seis meses, a menos que el sistema de salud tenga la capacidad para identificar oportunamente el retraso del crecimiento (por ejemplo, a través de acciones sistemáticas de vigilancia del crecimiento) y asegurar la focalización individual.²

² El Programa Mundial de Alimentos ha preparado directrices específicas para garantizar que los programas de complementación alimentaria no interfieran en la lactancia materna exclusiva.

Existe, también, abundante información sobre el impacto de la complementación alimentaria durante el embarazo sobre el crecimiento intrauterino y el peso al nacer, especialmente si se inicia tempranamente y se focaliza en las madres con deficientes reservas nutricionales (por ejemplo, con peso bajo para la talla), así como sobre la influencia del peso al nacer en el crecimiento y la inmunidad postnatal. La complementación alimentaria deberá iniciarse tempranamente y prolongarse por el mayor tiempo posible durante el embarazo y la lactancia, en mujeres seleccionadas por su bajo peso para la talla (o bajo perímetro del brazo), simultáneamente con atención básica de salud y educación en salud y nutrición centrada en la alimentación infantil, la lactancia natural y las prácticas de destete.

3. Focalización

Hasta hace poco, la mayor preocupación en el diseño y la ejecución de los programas de complementación alimentaria era el logro de altos niveles de cobertura de la población objetivo. En 1991, la cobertura general de los programas que se ejecutaban en la región de ALC alcanzaba el 21% de los niños menores de cinco años (oscilaba entre 2% en Haití y 96% en Chile) y, en la mayoría de los países, el número de niños cubiertos era aproximadamente cinco veces mayor que el número estimado de niños desnutridos (Musgrove, 1991). Esto sugiere que la focalización era deficiente. Los programas deben dirigirse no solamente a la recuperación de la desnutrición sino, especialmente, a su prevención en la población a riesgo, de tal manera que, si los recursos lo permiten, la cobertura de la población objetivo debería ser mayor que el número estimado de niños desnutridos. Sin embargo, las limitaciones de recursos con frecuencia exigen una focalización efectiva.

La focalización apropiada es crítica en la complementación alimentaria, por razones de equidad, costo-eficacia y eficiencia. La focalización es indispensable para maximizar la utilización de recursos limitados mediante su concentración en la población a mayor riesgo y con mayor probabilidad de ser beneficiada. En realidad, la disyuntiva no radica en si se focaliza o no, sino cómo se lo hace en la forma más eficaz, puesto que los mecanismos de focalización difieren en su costo, efectividad y atractivo político. La focalización individual requiere generalmente un aparato administrativo costoso y muy buena colaboración por parte de la población objetivo; aún así, es posible que grupos de población a alto riesgo resulten excluidos, a menos que el beneficio percibido sea suficientemente grande para que la población elegible se inscriba en el programa. Una focalización demasiado estricta puede no ser políticamente aceptable. La complementación alimentaria se puede focalizar por grupo de edad, por estado fisiológico, por necesidad individual (por ejemplo, por nivel socioeconómico o estado nutricional), o por región geográfica.

La focalización por edad es siempre recomendable cuando el objetivo es nutricional, aunque la distribución intrafamiliar de los alimentos puede disminuir la eficacia de la focalización en determinados miembros de la familia. Si el objetivo es nutricional, es recomendable la focalización en las embarazadas y los niños entre 6 y 24 ó 36 meses, en los cuales el período del destete coincide con el de más alto riesgo de desnutrición; después de los 24 a 36 meses se observan pocos casos nuevos de desnutrición, y la recuperación antropométrica es menos probable. La focalización basada en la necesidad de la comunidad, la familia o el individuo



es generalmente eficaz, aunque la verificación de la necesidad con base en indicadores sociales, económicos u otros relacionados (por ejemplo, estado nutricional) puede resultar difícil y costosa. La eficacia de la focalización geográfica depende en gran parte de la distribución espacial de la pobreza y la desnutrición; puede ser muy eficaz si la población de mayor riesgo se concentra en regiones geográficas bien definidas (por ejemplo, en zonas rurales o en concentraciones urbanas pobres).

La focalización por autoselección se ha propuesto con frecuencia, por ejemplo, mediante la utilización de alimentos que no son atractivos para individuos que no están a riesgo de desnutrición o para miembros de la familia diferentes del grupo objetivo (madres y niños), o distribuyéndolos en sitios a donde llegan solamente o preferencialmente los grupos más pobres (por ejemplo, focalización geográfica a través de los servicios de salud en las zonas de alto riesgo). La vinculación de la complementación alimentaria con servicios de atención básica de salud (atención prenatal, vigilancia del crecimiento del niño, inmunizaciones, educación nutricional y en salud) en comunidades pobres, se ha utilizado como una forma de autofocalización. Un enfoque que amerita consideración especial es la identificación de alimentos autofocalizados y el desarrollo de alimentos especiales para madres o niños (por ejemplo, alimentos del destete) que puedan autofocalizarse en ciertos grupos, siempre que su costo no sea excesivamente alto.

4. Modalidad de distribución

La modalidad de distribución tiene importantes implicaciones de logística, eficacia, gerencia, focalización, vigilancia y otras. Las modalidades más frecuentes son: (1) alimentación directa de alimentos preparados, en instituciones; (2) distribución de alimentos sin preparar para ser cocidos y consumidos en el hogar o, eventualmente, en comedores comunitarios o comunales, o centros de cuidado diurno; y (3) distribución de cupones de alimentos. Cada modalidad tiene ventajas y desventajas. La distribución directa de alimentos implica generalmente una gran carga logística para la movilización, el transporte, el almacenamiento y la distribución de grandes cantidades de alimentos, hasta el punto que, con frecuencia, este requisito supera la capacidad institucional existente en los países en desarrollo.

La alimentación directa se utiliza comúnmente para llegar a grupos especiales en instituciones (escuelas, hospitales, hogares de cuidado diario, guarderías, orfanatos, etc.). Muchos gobiernos de la región ejecutan programas de alimentación directa para niños o ancianos, por razones humanitarias o para rehabilitar a los niños desnutridos. La alimentación directa asegura el consumo de determinada ración por el grupo objetivo, evita problemas de desviación y sustitución, facilita la vigilancia continua y, puesto que es muy focalizada, puede incrementar la eficacia nutricional. Sus principales limitaciones son el alto costo, la cobertura limitada y la concentración individual con poco o ningún efecto sobre otros miembros de la familia.

La distribución de alimentos para llevar al hogar es la modalidad más frecuentemente utilizada en programas de complementación alimentaria, generalmente a través de servicios de salud, en programas comunitarios de organizaciones no gubernamentales o por otros canales (por

ejemplo, grupos de madres). Consiste en la distribución periódica de raciones de alimentos para ser preparados y consumidos en el hogar por individuos específicos, generalmente mujeres embarazadas o lactantes y niños pequeños. Sus principales ventajas son la posibilidad de alcanzar altas coberturas geográficas y poblacionales, menores requisitos administrativos y logísticos y menor costo que la alimentación directa, y la posibilidad de vincularse con la prestación de servicios básicos de salud y de acompañarse de educación en salud y nutrición. Las principales desventajas son la necesidad de contar con un extenso sistema de distribución, transporte y almacenamiento, y mecanismos eficaces para llegar a la población con mayor riesgo, la posibilidad de venta o, desviación de las raciones hacia otros miembros de la familia y la sustitución o reemplazo de alimentos de la dieta habitual, todo lo cual, en última instancia, resulta en reducción de la complementación neta de la dieta habitual de la población objetivo.

Los cupones de alimentos se han usado extensamente en los Estados Unidos y, parcial o temporalmente (generalmente como proyectos piloto), en algunos países en vía de desarrollo (Sri Lanka, Jamaica, Colombia). El propósito es proporcionar a la población con riesgo de desnutrición una transferencia de ingreso ligada a alimentos, mediante la distribución de cupones de un valor nominal que pueden ser cambiados por alimentos en los expendios (tiendas, pulperías). En algunos casos se ha probado, con resultados variables, establecer un pago mínimo por cada cupón o como parte del costo del alimento, con el fin de estimular al usuario a la adquisición preferencial de alimentos. Se espera que los cupones induzcan a los usuarios a adquirir más alimentos que las transferencias equivalentes en efectivo. La característica más atractiva de los cupones de alimentos consiste en que se evita la complicación logística que implica manejar, almacenar y distribuir grandes volúmenes de alimentos, debido a que se utilizan los canales normales de comercialización de los alimentos. Sin embargo, la utilización del sistema normal de mercadeo de alimentos hace que la modalidad de cupones de alimentos sea más apropiada para las poblaciones urbanas.

Los mayores inconvenientes de los cupones de alimentos incluyen las restricciones que se imponen en la libre selección de alimentos por los usuarios, el estigma potencial implícito en su utilización, los costos administrativos relativamente grandes para la vigilancia del uso y la redención de los cupones, la necesidad de contar con un sistema relativamente desarrollado de suministros y expendios accesibles a la población más pobre, la aceptación de un instrumento de pago paralelo por parte de los expendedores y su disposición a utilizarlo adecuadamente, y el incentivo que representan los cupones para estimular comportamientos ilegales (tanto por parte de los usuarios como de los expendedores) que generan corrupción. La inflación tiende a disminuir el valor real de los cupones y puede requerir ajustes periódicos que implican aumentos en los costos del programa.

Los cupones por dinero se han comenzado a utilizar en Honduras, con el apoyo del Banco Mundial. Aún cuando el objetivo básico es la transferencia de ingresos en efectivo a los más pobres, el programa se lleva a cabo a través de los servicios de salud, acompañado de la prestación de servicios de atención primaria de salud. Se espera, por lo tanto, incrementar la utilización de los servicios básicos de salud y, eventualmente, lograr un impacto nutricional. USAID/LAC HNS está terminando una evaluación de costo-eficacia de este programa, en comparación con la distribución de alimentos.

5. Tipo de alimentos

El tipo de alimentos utilizado tiene importancia práctica. La aceptabilidad de los complementos por la población objetivo es crítica para asegurar su consumo y reducir el mal uso y las desviaciones. En lo posible, se deben seleccionar alimentos que hagan parte de los hábitos alimentarios de la población objetivo o, al menos, que no sean extraños y de difícil aceptación. Los alimentos más frecuentemente utilizados en programas de complementación en la región son leche en polvo, harina de trigo, bulgor, maíz, avena, lentejas, aceite vegetal, arroz, azúcar, sal, frijoles y carne. Un buen número de países de la región utiliza alimentos donados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Comunidad Europea (CE) y la USAID (PL 480 Título II), lo cual reduce significativamente los costos. Sin embargo, con frecuencia no se pueden seleccionar alimentos más afines con las preferencias de la población, pues se depende fundamentalmente de la disponibilidad de alimentos de donación. Por otra parte, se producen frecuentes cambios en la disponibilidad de dichos alimentos, lo cual dificulta la continuidad y la educación para su mejor utilización. En la región también se utilizan alimentos tradicionales (arroz, frijoles, aceite y maíz), los cuales tienden a ser consumidos por todo el grupo familiar.

Los alimentos que pueden llegar en mayor proporción al niño pequeño son los que tienen la imagen de ser de consumo infantil, especialmente las mezclas vegetales como la Incaparina, la Bienestarina, el Nutricereal, el Panacrema y la Sopa-puré. El costo de estos productos es del orden de US \$ 0,60 a \$ 0,80 por Kg., y una ración de 3 kg. mensuales permite la preparación de dos porciones diarias con un aporte calórico equivalente al 35% de las necesidades diarias de un niño de dos años. Tienen la ventaja, además, de que pueden ser fortificados con micronutrientes a un costo relativamente bajo. Otra ventaja adicional es que su forma de preparación y consumo respeta los hábitos alimentarios de la población infantil. La "monetización" (venta comercial) de los alimentos donados ha permitido a algunos países obtener mayores recursos para sustituir los alimentos tradicionales por mezclas de destete que pueden tener un mayor impacto nutricional.

Las mezclas vegetales con alta densidad de nutrientes, ya sea donadas (CSM, CSB) o producidas localmente (Incaparina, Bienestarina), se utilizan en varios países, así como las combinaciones de cereales y leche (por ejemplo, leche-avena) y la leche entera (Chile). Los productos de destete especialmente diseñados, que también se han utilizado en algunos casos, tienden a ser demasiado costosos en comparación con los alimentos naturales. Aunque los complementos alimentarios pueden utilizarse como vehículos para la fortificación con micronutrientes, otras acciones de micronutrientes son más apropiadas para alcanzar coberturas significativas de la población materno-infantil.

6. Raciones

Cuando el objetivo de la complementación alimentaria es básicamente nutricional, el tamaño de la ración individual es muy importante. Con frecuencia, el fracaso de la complementación alimentaria en lograr impacto nutricional se puede atribuir a raciones de tamaño insuficiente para cubrir la brecha nutricional; el tamaño de la ración es aún más importante en presencia de

substitución y desviaciones en la distribución intrafamiliar. El tamaño de la ración afecta tanto el costo como la probabilidad del impacto nutricional. En teoría, el tamaño de la ración debería ser suficiente para llenar la brecha nutricional existente en la población objetivo. Puesto que se ha observado que, en la región de ALC, la deficiencia de calorías es, en general, más acentuada que la de proteínas y otros nutrientes, se justificaría estimar el tamaño de la ración con base en la magnitud de la brecha calórica de la población objetivo.

7. Cobertura y duración

La cobertura de los programas de alimentación suplementaria en una población determinada es básicamente una función de los recursos disponibles. La cobertura puede ser tan amplia como lo permitan los recursos. En teoría, la cobertura de la población objetivo será tan grande como la proporción de niños desnutridos en la población; si es el caso, y se tomarán las decisiones políticas necesarias para asignar recursos adecuados con este fin. En ciertas circunstancias (por ejemplo, disponibilidad de alimentos donados), la población atendida puede ser mayor. Se necesita focalizar con precisión en los grupos de más alto riesgo para obtener impacto nutricional, incluso cuando el total de niños cubiertos por el programa es mayor que la cantidad estimada de niños desnutridos. Cuando se recurre a la alimentación suplementaria como un método de transferencia de ingresos en especie, la cobertura deseable se puede estimar de acuerdo con el tamaño de la población más pobre, dependiendo de los recursos disponibles.

Los programas de alimentación suplementaria con objetivos nutricionales deberán establecer criterios de "culminación" que limiten la duración del derecho a participar. En programas destinados a niños desnutridos, uno de esos criterios sería la recuperación de la desnutrición. La focalización temporal, mientras existe retraso del crecimiento, se ha empleado con éxito para acrecentar el impacto nutricional de la alimentación suplementaria, utilizando la vigilancia del crecimiento para identificar a los niños en las fases iniciales del retraso del crecimiento (alto riesgo de desnutrición). En programas con objetivos nutricionales, la alimentación suplementaria deberá darse por terminada cuando las tasas de desnutrición desciendan por debajo de cierto nivel. Cuando la alimentación suplementaria se usa como incentivo para aumentar la demanda y la utilización de servicios de atención primaria de salud, puede a la larga necesitarse en forma permanente a menos que la calidad de los servicios sea suficiente para sostener la demanda o se introduzcan otros incentivos.

8. Gerencia y logística

Los programas de alimentación suplementaria exigen una sólida capacidad de gestión institucional y administrativa. Las causas más comunes del fracaso de los programas son la gestión inadecuada y la organización deficiente del transporte y la distribución de alimentos. En muchos programas no se tienen instalaciones adecuadas de almacenaje ni se toman las medidas necesarias para asegurar el transporte oportuno de los productos alimentarios de los centros de acopio a los lugares de distribución, de modo que la distribución de alimentos es irregular y está deficientemente coordinada o integrada con otras actividades de salud y nutrición. En general, los intentos por establecer programas de alimentación suplementaria de gran escala que exceden la capacidad gerencial y administrativa institucional, tienden a fracasar, a menos que se hagan esfuerzos deliberados por fortalecerla.

Las instituciones locales á menudo carecen de la competencia administrativa apropiada, de la infraestructura operativa adecuada para el transporte y el almacenaje y de sistemas de distribución bien establecidos y eficientes; es común, además, que se subestimen los requisitos administrativos y logísticos de estos programas. Esta es una de las razones propugnadas para promover los programas de cupones de alimentos que utilizan los canales de distribución comerciales corrientes, si bien, como se ha discutido en otra parte, esos programas presentan otros tipos de problemas operativos que también demandan una fuerte capacidad administrativa y logística. Quizás sea necesario impartir capacitación específica para mejorar la capacidad gerencial y administrativa de los ejecutores de programas, quienes incluso deberán familiarizarse con los requisitos logísticos de la ejecución del programa. Además de una planificación adecuada, el éxito del programa depende de sólidos y eficientes sistemas de gestión y logística que deben desarrollarse antes de lanzar el programa.

9. Intervenciones simultáneas

Parece razonable esperar, y los resultados de evaluaciones tienden a confirmarlo (Mora et al. 1990), que el impacto nutricional de la complementación alimentaria es significativamente mayor cuando se complementa con acciones simultáneas de atención primaria de salud, particularmente con educación nutricional y acciones dirigidas a la prevención, el control y el mejoramiento del manejo alimentario de las enfermedades infecciosas (inmunizaciones, saneamiento ambiental, educación higiénica y en salud en general). De manera que, para garantizar el impacto nutricional de la complementación alimentaria materno-infantil, ésta debe ejecutarse a través del sistema de atención de salud, y complementarse con la prestación de servicios eficaces de atención primaria y salud pública o en estrecha relación con ésta. Los programas focalizados que proveen una combinación de alimentos, suplementos de micronutrientes, atención primaria de salud y educación en salud y nutrición materno-infantil a poblaciones de alto riesgo, se han recomendado insistentemente como la base de las intervenciones de nutrición en salud. En última instancia, el impacto nutricional de la complementación alimentaria dependerá de la importancia relativa de la deficiencia alimentaria y de la morbilidad infecciosa como causas de desnutrición en un entorno particular, así como del grado en el cual la complementación cubre la brecha alimentaria existente y se ejecutan acciones eficaces para mejorar el aprovechamiento biológico de los alimentos consumidos (prevención, control y manejo alimentario adecuado de las infecciones).

Los programas de intervención nutricional más eficaces han reconocido implícitamente la complementación de los insumos y han integrado los suplementos alimentarios con la provisión de atención de salud y educación. Con frecuencia se ha documentado el impacto nutricional insuficiente de las intervenciones aisladas de alimentación suplementaria. Una conclusión común de las evaluaciones de los programas es que para que la alimentación suplementaria sea nutricionalmente eficaz, habrá que llevar a cabo simultáneamente varias intervenciones complementarias de salud y nutrición. Esto plantea interrogantes acerca de la capacidad potencial de la alimentación suplementaria por sí misma, para lograr objetivos nutricionales, puesto que en los sistemas de intervenciones múltiples la atribución es problemática. Una interpretación más equilibrada es la que considera que la alimentación suplementaria proporciona

un insumo concreto que, si se complementa con intervenciones que abordan otras restricciones importantes de la seguridad alimentaria y la nutrición familiar e individual (por ejemplo, prácticas nutricionales deficientes, poco conocimiento de las necesidades nutricionales de los niños pequeños y de la relación entre el crecimiento, la salud, la nutrición y la elevada carga de infecciones), probablemente tenga un impacto nutricional mayor en la prevención o recuperación de la desnutrición. La integración de programas de alimentos con la atención primaria de salud tiene grandes perspectivas porque aborda simultáneamente varias limitaciones de acción sinérgica.

10. Costos y eficacia de los programas

Los programas de alimentación suplementaria muestran una amplia variedad de costos anuales por beneficiario (\$10 a \$160), en parte debido a diferencias de los servicios simultáneos provistos (educación, atención médica y vigilancia del crecimiento) y a la eficacia de la focalización. Los costos estimados por beneficiario/año en los programas examinados por el Banco Mundial en 1991 (Musgrove, 1991) fluctuaban entre \$10 y \$50, con un promedio de \$20. Los costos por beneficiario y la eficacia en función de los costos pueden mejorarse reduciendo cuidadosamente los costos sin afectar negativamente los beneficios nutricionales, si las reducciones se acompañan de focalización más precisa y de mejoras en la ejecución del programa. La eficacia en función de los costos puede mejorarse más aún si, al mismo tiempo, se refuerzan los programas de atención primaria de salud y de abastecimiento de agua y saneamiento. Los costos globales pueden reducirse si se diseñan programas más focalizados y si se establecen tarifas nominales (sumas modestas) para los beneficiarios.

El costo depende en parte de la cantidad y el tipo de alimentos que se utiliza. Un paquete tradicional que incorpora 3 a 5 kg. de alimentos tiene un costo del orden de US \$ 4-5 mensuales por beneficiario. El costo es significativamente mayor cuando se utiliza leche en polvo (alrededor de US \$ 4 por Kg.), producto de gran aceptabilidad pero de alto costo por unidad de calorías o proteínas, lo cual no justifica su inclusión. El costo es menor cuando se distribuyen mezclas proteínicas. Si la ración de alimentos se entrega por seis meses, el costo por beneficiario es de US \$ 25 a 30.

11. La función de la ayuda alimentaria

Una decisión que a menudo enfrentan las autoridades de los países de ALC es en qué medida han de considerar o acoger la ayuda alimentaria de países u organizaciones donantes. Además de justificarse en situaciones de emergencia, se la ha propugnado como instrumento de desarrollo y puede resultar políticamente atractiva para gobiernos que confrontan restricciones financieras que les reducen las opciones. Puesto que la ayuda alimentaria es uno de los pocos recursos libremente disponibles para equilibrar el presupuesto en los países en desarrollo, la dependencia de las donaciones de alimentos ha aumentado constantemente en varios países de ALC.

Como resultado de sus ventajas e inconvenientes, la ayuda alimentaria tiene partidarios y detractores. Una ventaja importante es su bajo costo. Una ventaja adicional es la disponibilidad de alimentos fortificados con micronutrientes, especialmente los provenientes de la PL 480 Título

II. Entre los inconvenientes reales o aparentes están: 1) el desincentivo potencial para la producción local de alimentos, que posiblemente depende del tipo y la cantidad total de alimentos donados; 2) el cambio de preferencia de los beneficiarios que pueden dejar de consumir los alimentos de producción local y preferir otros que habrá que importar; 3) la elección limitada o inexistente de productos alimentarios que se ajusten a las preferencias locales, y 4) a la larga, la dependencia persistente de productos donados para los programas de nutrición. La dependencia de los beneficiarios es un riesgo potencial si la alimentación suplementaria y los programas de cupones de alimentos no se diseñan de manera que lleven a una situación en la que ya no se los necesite. El desafío consiste en aprovechar la ayuda alimentaria como un recurso de desarrollo para aumentar a corto plazo el acceso de los grupos de alto riesgo a los alimentos, mientras se crea la capacidad de la población pobre para que, a la larga, obtenga los alimentos necesarios sin ayuda alimentaria. Esto requiere mejoras autosostenidas de la capacidad de producción de alimentos y de generación de ingresos, por ejemplo, aprovechando la ayuda alimentaria, junto con la asistencia técnica y crediticia, para facilitar el establecimiento de empresas de pequeña escala y otras actividades de autoayuda, y estableciendo programas para aumentar la productividad del tiempo de la mujer dentro y fuera del hogar (Pinstrup-Andersen, 1988).

De cualquier modo, la ayuda alimentaria deberá verse como un instrumento de apoyo a la seguridad alimentaria y como un recurso temporal que tarde o temprano ha de eliminarse; si continúan necesitándose programas de alimentación suplementaria, la provisión de suplementos deberá pasar a ser progresivamente de la responsabilidad del gobierno, utilizando alimentos localmente disponibles. Esa transición de la ayuda alimentaria al uso de productos alimentarios locales, es una cuestión de política que deberá recibir debida consideración lo más temprano posible, asignándose oportunamente los recursos correspondientes. La meta a largo plazo será reducir o eliminar la dependencia del país de la ayuda alimentaria para la seguridad alimentaria nacional y para mantener una red de seguridad de políticas y programas sociales y de nutrición.

Habrà que desarrollar usos innovadores de la ayuda alimentaria externa que ofrezcan oportunidades para financiar programas sociales a la vez que protegen a los productores locales de alimentos de los potenciales efectos adversos. La ayuda alimentaria puede emplearse directamente en programas de alimentación suplementaria, o ser "monetizada" (vendida en el mercado normal) por el gobierno y utilizar el dinero así producido para cubrir los gastos administrativos de los mismos programas o para financiar otras iniciativas de nutrición, desarrollo comunitario y generación de ingresos. Los donantes promueven firmemente la "monetización", una práctica creciente en la región de ALC, donde actualmente se dispone de un considerable caudal de experiencia en este campo.

D. Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes

Se sabe que las carencias de micronutrientes tales como la vitamina A, el hierro y el yodo y, posiblemente, otras vitaminas y minerales que por lo común no se evalúan, son importantes problemas de salud en la región de ALC. La desnutrición por carencia de micronutrientes puede presentarse aún en individuos con adecuado consumo de energía y proteína, y está más extendida que la desnutrición global. Mientras la carencia de vitamina A es en su mayor parte subclínica en la región de ALC, la de hierro es suficientemente severa para determinar una alta prevalencia de anemia nutricional entre los niños pequeños y las mujeres en edad fértil, especialmente durante el embarazo y la lactancia. Las consecuencias funcionales bien conocidas de las carencias marginales de vitamina A y de hierro en la salud y el desarrollo de los niños y en la productividad de los adultos, y sus implicaciones económicas, son tan graves que se justifica la aplicación de medidas inmediatas en la mayoría de los países. Hay necesidad de mayor difusión de información a todos los niveles para sensibilizar a las autoridades, crear conciencia en la población y fomentar la movilización social requerida para lograr un compromiso político de acción más firme del gobierno y del sector privado y para estimular la demanda de intervenciones de micronutrientes por la comunidad.

Recientemente, la OMS ha propuesto criterios para evaluar la importancia para la salud pública de las carencias de micronutrientes a nivel nacional, así: Para vitamina A, cuando la prevalencia de retinol sérico bajo (20 ó menos microgramos por decilitro) entre los niños menores de cinco años es de 10% o más, junto con información clínica, epidemiológica o alimentaria. La prevalencia de anemia se considera grave (se requieren medidas urgentes) cuando es mayor de 40%, moderada (requiere medidas prioritarias) cuando es de 10-39%, y leve (no urgente) cuando es inferior a 10%. La carencia de yodo es un grave problema que exige medidas urgentes cuando la prevalencia de bocio endémico es superior a 20% o la mediana de la concentración de yodo en la orina es inferior a 2 microgramos/dl, es moderada (requiere atención prioritaria) cuando la prevalencia de bocio es de 5-10% o la mediana de yodo en la orina es de 2,0 a 4,9 microgramos/dl, y leve (baja prioridad) si la prevalencia de bocio es inferior a 5% o la mediana de yodo en la orina es de 5,0 a 10,0 microgramos/dl.

Las dos causas inmediatas de la carencia de micronutrientes son la disponibilidad y el consumo deficientes de alimentos ricos en micronutrientes biodisponibles, y las enfermedades parasitarias e infecciosas que afectan la biodisponibilidad y utilización de los micronutrientes ingeridos. Con frecuencia las carencias de diferentes micronutrientes se encuentran asociadas; sin embargo, debido en gran parte a su relación estrecha con hábitos alimentarios específicos, las características epidemiológicas de la desnutrición por carencia de micronutrientes pueden diferir de las de la desnutrición por carencia de energía y proteína, y afectar a proporciones más altas de la población. Tal es el caso de la deficiencia de hierro que es la más extendida de las carencias específicas y cuya prevalencia en la niñez, aún en su forma avanzada de anemia, es generalmente más alta que la de desnutrición calórico-proteínica.

71

Las políticas relativas a los micronutrientes deberán abordar los factores referentes a la oferta y a la demanda de micronutrientes, mediante una combinación de intervenciones, en lugar de confiar en un solo enfoque (World Bank 1994). Como los grupos de población a riesgo tienden a superponerse y varias intervenciones se ocupan de más de un micronutriente, existen importantes efectos complementarios cuando se abordan simultáneamente varias carencias de micronutrientes. Algunas intervenciones son muy eficaces cuando se efectúan como esfuerzos independientes dirigidos a un micronutriente determinado, como es el caso de la yodación de la sal; sin embargo, aún en este caso, la fortificación múltiple puede ser factible y eficaz. Es importante identificar la combinación óptima de intervenciones para cada país o entorno en particular. La estrategia óptima deberá ser multisectorial y contar con la participación de varios sectores del gobierno (salud, educación, economía y comercio) y del sector privado (por ejemplo, la industria alimentaria y las ONGs).

La mejora en la disponibilidad de alimentos ricos en micronutrientes puede lograrse por medio de políticas agrícolas y acciones que ofrezcan incentivos para la producción y comercialización de determinados alimentos (véase el módulo sobre políticas de nutrición en agricultura), la fortificación de alimentos básicos y las actividades encaminadas a promover la producción comunitaria y familiar. Para aumentar el consumo de alimentos ricos en micronutrientes es necesario conocer bien los factores que facilitan y limitan la diversificación alimentaria. Con frecuencia se necesita modificar el comportamiento alimentario para mejorar los hábitos resultantes del bajo valor y prestigio que, en general, se asigna a las fuentes vegetales, especialmente las verduras de hojas verde oscuro y las fuentes vegetales de hierro, lo cual puede explicar por qué la población pobre incrementa muy poco el consumo de micronutrientes (especialmente fuentes provitamínicas de vitamina A) al aumentar sus ingresos. En realidad, el contenido de micronutrientes es una propiedad oculta de los alimentos.

El objetivo final de las políticas de micronutrientes es aumentar el consumo de éstos por la población. Esto se puede alcanzar mediante una combinación de intervenciones a corto y largo plazos que comprenden la provisión directa de micronutrientes a individuos de alto riesgo (suplementación terapéutica o preventiva) y varias intervenciones "centradas en los alimentos" encaminadas a fortificar alimentos básicos consumidos por una gran proporción de la población (incluidos los productos alimentarios donados) y a promover la diversificación alimentaria (Recuadro 3). Las estrategias de diversificación alimentaria comprenden diversas formas de modificar la selección de los alimentos y de mejorar la producción, disponibilidad, almacenamiento, conservación, preparación y consumo de los alimentos naturales ricos en micronutrientes. Para mejorar el consumo de éstos generalmente se requieren cambios específicos en los hábitos alimentarios, por medio de actividades intensas y prolongadas de educación y comunicación. Varias intervenciones de salud pública como las inmunizaciones, el saneamiento ambiental, la prevención y el manejo alimentario apropiado de las enfermedades infecciosas (diarrea, infecciones respiratorias agudas, sarampión) también tienen impacto sobre el estado nutricional de micronutrientes.

RECUADRO 3

PREVENCIÓN Y CONTROL DE DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES

1. SUPLEMENTACIÓN

- Terapéutica
- Preventiva
- Universal
- Focalizada

2. FORTIFICACIÓN

- Simple
- Múltiple

3. DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA

- Producción y comercialización
- Conservación
- Consumo

4. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

- Prevención, control, tratamiento y manejo alimentario de enfermedades infecciosas (PAL, TRO, IRA, etc)
- Desparasitación periódica

1. Suplementación con micronutrientes

Habitualmente, el término suplementación abarca el uso terapéutico de altas dosis de un micronutriente específico para tratar casos clínicos de deficiencia (por ejemplo, xeroftalmia, anemia y bocio endémico) o ciertas enfermedades que responden a él (por ejemplo, vitamina A para el sarampión) o sea, la **suplementación terapéutica**, y también la distribución periódica de suplementos de micronutrientes, con fines profilácticos, para proteger a los grupos de población a alto riesgo de deficiencia, o sea, la **suplementación preventiva**.

La suplementación terapéutica deberá instituirse en forma rutinaria como parte del tratamiento de ciertas enfermedades específicas e incluirse en los protocolos de atención de salud, prescindiendo de la importancia de las carencias de micronutrientes en el país. La suplementación preventiva, universal o focalizada en ciertos grupos, está indicada cuando la magnitud de una carencia específica alcanza trascendencia como problema de salud pública en la totalidad o en parte del país. La suplementación deberá concebirse como una intervención temporal, a corto plazo, que se llevará a cabo hasta tanto se pongan en efecto otras

73

intervenciones más prolongadas y sostenibles (fortificación y diversificación alimentaria¹). La suplementación se puede focalizar en regiones geográficas o grupos de población a los que generalmente no se llega con otras intervenciones, por ejemplo, los que no consumen alimentos fortificados (sal yodada, azúcar fortificada). La conglomeración geográfica de las carencias de yodo y de vitamina A, requiere a menudo la suplementación focalizada hacia determinadas zonas.

La suplementación con micronutrientes ha sufrido problemas logísticos y operativos que han llevado a su aplicación irregular y a una cobertura decreciente de la población. Los problemas comunes se relacionan con la gestión de adquisición y suministros (por lo común hay que importar los suplementos de vitamina A y de yodo), el almacenaje y la organización de la distribución (control de inventarios, reabastecimiento oportuno), las normas técnicas, la supervisión, el mantenimiento de registros y sistemas de información, la capacitación y apoyo de los agentes de salud, la motivación del personal, y la demanda y observancia de la población (suplementos de hierro). Los problemas de abastecimiento quizás sean más importantes que la falta de observancia como causa de fracaso de la suplementación con hierro (Schultink et al, 1993). A fin de alcanzar y mantener altas tasas de cobertura, pueden emplearse varios canales de distribución, incluso los programas de salud pública ya establecidos (por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización - PAI), el sistema escolar, los agentes de extensión agrícola, los líderes religiosos y las farmacias particulares.

Los programas de suplementación con micronutrientes exigen sistemas adecuados para la adquisición, el abastecimiento y la distribución regular de suplementos, el establecimiento de normas técnicas claras, la capacitación y supervisión sistemáticas del personal de salud, y un sistema de información funcional en el que la distribución de suplementos se registre adecuada y regularmente y los datos se condensan para permitir la estimación de la cobertura y la calidad del programa. Se ha establecido un mecanismo de compras por el cual el UNICEF facilita la adquisición de suplementos de vitamina A y de yodo, empleando divisas que luego reembolsan los gobiernos en moneda local. Los programas de suplementación con vitamina A o hierro que no han logrado mantener una amplia cobertura, a menudo deben su fracaso al abastecimiento irregular de suplementos en el nivel nacional, distrital y local.

Los programas de suplementación tienden a ser populares y atractivos por razones políticas (gran visibilidad), de modo que varios países se han ocupado de esos programas en detrimento de otras intervenciones más sostenibles. La suplementación con micronutrientes presenta ventajas y aspectos críticos (Recuadro 4). Incluso cuando se aplica debidamente, la suplementación sola no ofrece una solución permanente y sostenible para las carencias de micronutrientes. La ventaja teórica de poderse focalizar en los grupos de población a mayor riesgo suele verse restringida, en la práctica, por la baja cobertura de los servicios de salud y la incapacidad de éstos de llegar a los que más los necesitan. Ese problema puede subsanarse parcialmente estimulando la participación de las ONGs en las actividades de suplementación para llegar a

Sin embargo, la suplementación rutinaria con hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas deberá continuar aún en presencia de intervenciones permanentes de fortificación o de diversificación alimentaria.

74

zonas geográficas y grupos de población generalmente no atendidos por los servicios de salud ordinarios. El sistema corriente de salud y la red de ONGs son conductos apropiados para llegar a los grupos de población no cubiertos por las intervenciones más universales y permanentes como la fortificación de alimentos (por ejemplo, los que no consumen habitualmente alimentos fortificados).

RECUADRO 4	
VENTAJAS Y ASPECTOS CRÍTICOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES	
Ventajas	
■	Efecto a corto plazo
■	Bajo costo relativo
■	Visibilidad
Aspectos críticos	
■	Adquisición
■	Logística de distribución compleja
■	Aceptabilidad
■	Dosificación y biodisponibilidad
■	Toxicidad/efectos secundarios
■	Cobertura decreciente
■	Registro individual
■	Sostenibilidad

La suplementación con vitamina A se considerará siempre que la carencia de esta vitamina sea un problema de salud pública importante que afecta a toda la población o parte de ésta. La suplementación preventiva con vitamina A puede ser universal, o sea, destinada a toda la población a riesgo de carencia por su edad o estado fisiológico (por ejemplo, los niños menores de 5 años y las mujeres después del parto), o más focalizada en ciertas zonas geográficas o grupos socioeconómicos. El esquema de suplementación preventiva recomendado por la OMS consiste en: 100.000 UI una sola vez para los niños de 6 a 11 meses de edad (o con menos de 8 kg de peso), 200.000 UI cada 4-6 meses para los niños mayores de un año, y 200.000 UI una sola vez para las mujeres dentro de las 4 semanas siguientes al parto (lo que beneficiará al lactante amamantado al menos durante los primeros seis meses, debido al mayor contenido de vitamina A en la leche materna). El costo de la suplementación con vitamina A es muy bajo: el costo por cápsula de 200.000 UI es de aproximadamente \$0,02 y los costos estimados por

beneficiario fluctúan entre \$0,42 y \$1,86; el costo por AVAD, estimado con base en los efectos de reducción de la mortalidad encontrados en países con considerable carencia de vitamina A, es de solo \$6,00, una de las intervenciones de salud pública más económicas.

En todos los casos se recomienda la **suplementación universal con hierro (y ácido fólico) para las mujeres embarazadas**, puesto que durante el embarazo las fuentes alimentarias probablemente no satisfagan completamente las necesidades de hierro de la madre. Se ha encontrado que cuando la anemia ferropénica afecta a más de la tercera parte de la población, la carencia de hierro es prácticamente universal; en ese caso la **suplementación con hierro de las mujeres en edad fértil y los niños pequeños** puede ser más eficaz en función de los costos que la identificación de casos para tratar terapéuticamente la anemia². El examen selectivo de individuos sospechosos de otros grupos puede ser más eficaz en función de los costos que el examen sistemático; en general, para la vitamina A y el hierro, el costo de la identificación de casos es mayor que el de la suplementación presuntiva.

La suplementación preventiva con hierro para niños pequeños se suministrará en países donde la anemia ferropénica es un problema importante de salud pública en este grupo de edad. Con frecuencia, los programas de suplementación con hierro no logran una amplia cobertura y permanencia a causa de los problemas de abastecimiento (los suplementos de hierro generalmente pueden adquirirse localmente) y distribución y de la deficiente observancia relacionada con los frecuentes efectos secundarios de las dosis diarias. Los resultados de investigaciones recientes indican que la dosificación semanal de sulfato ferroso (el menos costoso de los suplementos de hierro altamente biodisponibles) podría ser más ventajosa que la tradicional dosificación diaria y abrir nuevas posibilidades para la suplementación con hierro. En efecto, tanto en las mujeres como en los niños pequeños, las dosis semanales han producido una respuesta hematológica similar a la de las dosis diarias, con la ventaja adicional de que reducen los efectos secundarios y los costos totales y aumentan la observancia (Gross & Schultink, 1994; & Liu et al, 1995). A pesar de cierta controversia, en el futuro los protocolos de suplementación con hierro podrían cambiar de las dosis diarias a las semanales; si este fuera el caso, deberían revisarse las normas técnicas correspondientes y volver a capacitar al personal de salud. El costo anual por persona de la suplementación diaria con hierro puede oscilar entre \$2,65 y \$4,44. Se ha estimado que el costo por AVAD es de \$12,80. La suplementación semanal reduciría los costos de los suplementos de hierro y mejoraría considerablemente la observancia del tratamiento.

Después de los programas exitosos de control de la carencia de yodo en la región de ALC, el bocio endémico está generalmente concentrado en algunas comunidades en las que la mayoría de la población no consume sal yodada. En estas comunidades deberá implantarse la **suplementación con yodo**, simultáneamente con actividades encaminadas a aumentar el consumo de sal yodada. Las comunidades a suplementar se pueden seleccionar mediante la identificación de casos de bocio en los servicios de salud, la cuantificación de la proporción de familias que consumen sal no yodada, o la evaluación del bocio endémico (palpación de tiroides) o de la

Por ejemplo, mientras un análisis de hemoglobina cuesta alrededor de \$1,00, el costo anual del suplemento de hierro con una dosis semanal de sulfato ferroso es de menos de \$0,50.

excreción urinaria de yodo en muestras de población escolar. El producto preferido para la suplementación con yodo es el Oriodol, en dosis anuales de 616 mg para adultos y niños en edad escolar, a un costo de aproximadamente \$0,50 por año. El UNICEF facilita la adquisición de suplementos de yodo.

2. Fortificación de alimentos básicos

Las políticas que aseguran la fortificación con micronutrientes de alimentos elaborados de amplio consumo, representan uno de los medios más efectivos para mejorar la ingesta de micronutrientes. La fortificación de alimentos básicos es una de las intervenciones más eficaces en función de los costos para prevenir y controlar las carencias de micronutrientes en grupos de población. Aunque es prácticamente la única alternativa para la carencia de yodo, es un componente importante de un conjunto de intervenciones múltiples para encarar otras carencias de micronutrientes. La fortificación de alimentos ha contribuido en gran parte a erradicar las carencias de micronutrientes en los países industrializados. En esos países, la fortificación se ha convertido en un requisito de calidad de ciertos alimentos y en un "seguro nutricional" eficaz para proteger a la población de eventuales disminuciones del consumo de alimentos de fuentes naturales.

La fortificación de alimentos con micronutrientes presenta tanto ventajas como aspectos críticos (Recuadro 5). Una de las ventajas principales, en comparación con otras intervenciones, es que, para que resulte eficaz no hace falta modificar los hábitos alimentarios de la población. Sin embargo, en la mayor parte de los países en desarrollo el compromiso político es todavía débil y la identificación de vehículos adecuados para la fortificación es a veces difícil; pero, a medida que cambian rápidamente los hábitos alimentarios con la urbanización, se desarrollan industrias locales y se dispone más de alimentos elaborados, la fortificación resulta más factible en los países de ALC. El costo de la fortificación por persona cubierta es solo de \$0,14 a \$0,29 para la vitamina A en el azúcar, \$0,10 a \$0,84 para el hierro en la sal o el azúcar, y \$0,04 para la yodación de la sal.

Algunos países de ALC han avanzado apreciablemente en el campo de la fortificación de alimentos básicos (sal, azúcar, harina de trigo, harina de maíz, leche pasteurizada y margarina), pero la fortificación no se efectúa aún en la medida necesaria, pese al hecho de que es socialmente aceptable y accesible, no requiere cambiar los hábitos alimentarios, puede introducirse rápidamente, tiene pronto efectos visibles, puede hacerse cumplir legalmente y es relativamente fácil de vigilar y hacerse sostenible. Se dispone de tecnología sencilla y económica para la fortificación de un gran número de alimentos con prácticamente todos los micronutrientes, la cual puede adaptarse fácilmente a las condiciones locales y utilizarse a un costo considerablemente bajo que podría transferirse al consumidor. Para el gobierno, los costos de la fortificación de los alimentos se limitan, por lo común, a los de la vigilancia del cumplimiento de las normas legales.



RECUADRO 5

VENTAJAS Y ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Ventajas

- Alta cobertura
- Aceptabilidad social
- Efecto demostrable a mediano plazo
- No requiere cambios de hábitos alimentarios
- Mínimo riesgo de toxicidad
- Bajo costo relativo (% del precio del producto final)
- Óptimo costo efectividad

Aspecto críticos

- Selección de vehículos alimentarios
- Motivación/compromiso de los productores
- Legislación
- Adaptación/desarrollo de tecnologías
- Adquisición/costo de fortificantes
- Uso de divisas
- Monitoreo/control de calidad
- Sostenibilidad

Existen técnicas de fortificación con vitamina A, hierro y yodo para numerosos vehículos potenciales, a saber: con vitamina A para leche líquida, leche en polvo, harina de trigo y de maíz, aceite vegetal, margarina, azúcar, glutamato monosódico, polvos para hacer bebidas y azúcar; con hierro para leche en polvo, harina de trigo y maíz, arroz, sal, azúcar, margarina, agua y polvos para hacer bebidas; y con yodo para sal y agua. Los problemas más comunes no se refieren tanto a la disponibilidad de tecnologías de fortificación, sino a la promoción del compromiso político y la identificación de vehículos alimentarios consumidos regularmente por la población objetivo, por ejemplo, la población pobre de las zonas urbanas y rurales. Este suele ser un problema en las poblaciones predominantemente rurales con alto consumo de alimentos de producción familiar (harina de maíz, tortillas) y bajo consumo de alimentos de elaboración centralizada que serían vehículos adecuados para la fortificación; en algunos casos, estos alimentos se consumen sobre todo entre los grupos de medianos a altos ingresos de las zonas urbanas que generalmente no están a riesgo de carencias de micronutrientes.

La fortificación con uno o varios micronutrientes se justifica cuando las carencias de micronutrientes llegan a constituir un problema importante de salud pública y es posible identificar vehículos adecuados. Antes de tomar decisiones normativas, habrá que evaluar la factibilidad técnica y económica de la fortificación. Primero se necesita identificar un vehículo adecuado que la población, sobre todo los grupos de alto riesgo, consume extensamente, no muestre amplias variaciones en la ingesta de un individuo a otro, se elabore centralmente en un número relativamente pequeño de plantas productoras, y cuya tecnología de fortificación esté disponible y pueda ser transferida o adaptada. Se requieren luego los siguientes pasos: 1) generar el compromiso político de los sectores público y privado (industria alimentaria); 2) formular y poner en vigor la legislación adecuada mediante un proceso de concertación con la industria alimentaria; 3) proporcionar asistencia técnica y capacitación a la industria; 4) fomentar la garantía de calidad y la competencia industrial por calidad a fin de asegurar la sostenibilidad, y 5) establecer un sistema funcional de vigilancia y control. Es posible obtener el cumplimiento de la legislación por consenso y la competencia basada en la calidad, lo que parece ser más eficaz que la sola aplicación de la ley. La legislación que no cuente con el compromiso de la industria alimentaria probablemente no se cumpla.

Después de documentar el problema, sensibilizar a la población e identificar los vehículos alimentarios más adecuados, la decisión normativa sobre la fortificación de alimentos es, por lo común, el resultado de la promoción y de un proceso sistemático de diálogo político en el que intervienen tanto el sector público como el privado (la industria alimentaria). El objetivo es llegar a un consenso formal y generar un firme compromiso del gobierno y de la industria alimentaria encaminado a la formulación y ejecución de la legislación apropiada. En lugar de la legislación específica sobre alimentos, es aconsejable promulgar una legislación general (ley marco) sobre fortificación de alimentos que faculte al Ministerio de Salud a establecer y vigilar la reglamentación sobre los alimentos específicos que se han de fortificar, tipos de nutrientes y niveles de fortificación, control de calidad y vigilancia del cumplimiento de la ley. Las tentativas para que los productores de alimentos asuman el costo de la fortificación han demostrado ser poco realistas; por lo común, el costo marginal de la fortificación es suficientemente bajo (generalmente menos del 2% del precio al por menor del producto sin fortificar) para poder transferirlo al consumidor como parte de los aumentos normales de precios asociados con la inflación.

Las limitaciones más comunes son la adquisición oportuna de sustancias fortificantes (en su mayoría importadas) y la disponibilidad de equipo mezclador que, en general, debe ser construido especialmente de acuerdo con las especificaciones particulares de las plantas de producción del alimento seleccionado como vehículo. Se necesitan decisiones políticas del gobierno para prevenir las trabas burocráticas y facilitar la adquisición de productos fortificantes exentas de derechos de importación. A menudo se necesita asistencia técnica, ajustada a las necesidades locales, para adaptar las técnicas de fortificación existentes, estimar los costos, analizar de factibilidad y diseñar e implantar sistemas de vigilancia funcionales. El INCAP/OPS, la USAID/OMNI y el UNICEF son importantes fuentes de apoyo técnico para el fortificación de alimentos con micronutrientes. Los productores dispuestos a cumplir con la legislación sobre fortificación e interesados en producir alimentos de alta calidad, probablemente

soliciten asistencia técnica y capacitación de personal en técnicas de fortificación, adquisición y financiamiento de equipos, control de calidad y etiquetado; el gobierno deberá estar preparado para satisfacer prontamente esos pedidos.

En algunos casos, podrá considerarse la fortificación múltiple después de examinar sus ventajas y aspectos críticos (Recuadro 6). La fortificación de varios alimentos con el mismo nutriente o de un solo alimento con más de un micronutriente, es recomendable si hay necesidad de encarar varias carencias de micronutrientes simultáneamente y tiene la ventaja de requerir una concentración menor de fortificante en cada uno, reduciendo así los costos por alimento. El costo marginal de cada micronutriente adicional es solo una pequeña fracción del costo de la fortificación con un solo micronutriente. Los aspectos críticos que deben considerarse son las posibles incompatibilidades entre los nutrientes (por ejemplo, dentro de cierto margen la absorción de zinc y hierro pueden interferirse mutuamente), la dificultad de identificar más de un vehículo adecuado y los argumentos sobre la justificación de la fortificación con nutrientes cuya carencia no se ha evaluado o no llega a ser de importancia para la salud pública, según los criterios corrientes.

<p style="text-align: center;">RECUADRO 6</p> <p style="text-align: center;">VENTAJAS Y ASPECTOS CRÍTICOS DE LA FORTIFICACIÓN MÚLTIPLE</p> <p>Ventajas</p> <p><u>Varios vehículos</u></p> <ul style="list-style-type: none">■ Menor nivel de fortificación en cada vehículo■ Menor costo por vehículo <p><u>Varios micronutrientes</u></p> <ul style="list-style-type: none">■ Mínimo costo adicional■ Control simultáneo de deficiencias múltiples <p>Aspectos críticos</p> <ul style="list-style-type: none">■ Potencial incompatibilidad■ Dificultad de identificar varios vehículos■ Riesgo variable de deficiencias específicas
--

80

La fortificación eficaz con micronutrientes exige un sistema funcional de vigilancia y evaluación. Los sistemas de vigilancia gubernamentales tienden a ser ineficientes en los países de ALC, y esto explica el fracaso de muchos programas. Un sistema de vigilancia adecuado abarca el control de la calidad de la preparación de la premezcla y de su agregado al alimento en el lugar más apropiado del proceso de producción, así como el análisis de muestras aleatorias del alimento fortificado en la planta de producción, en las tiendas minoristas y en los hogares. La producción centralizada de la premezcla ha demostrado ser factible y ventajosa en Centroamérica. El control de calidad en los sitios de producción deberá estar a cargo de los mismos productores de alimentos. Una división del gobierno, a menudo la División de Control de los Alimentos del Ministerio de Salud, ha de responsabilizarse de la vigilancia del fortificado de los alimentos en las plantas de producción, las tiendas minoristas y los hogares, para lo cual se requiere diseñar un sistema que asegure la vigilancia periódica frecuente mediante la recolección y el análisis de un número estadísticamente apropiado de muestras y el uso oportuno de la información. La fortificación de alimentos con micronutrientes específicos deberá continuarse hasta que el consumo de alimentos naturales ricos en el micronutriente cubra las necesidades estimadas de la mayoría de la población, de acuerdo con encuestas alimentarias en muestras estadísticamente representativas.

3. Diversificación alimentaria

Con el término "diversificación alimentaria" se designa a una serie de intervenciones multisectoriales, a mediano y largo plazos, dirigidas a aumentar la producción, la distribución, la conservación, la preparación y el consumo de fuentes alimentarias naturales de micronutrientes. La diversificación alimentaria y la fortificación de alimentos constituyen el llamado "enfoque centrado en los alimentos" que recibe creciente atención especial, en comparación con las medidas temporales a corto plazo, como la suplementación, ya que se espera que a la larga sea más sostenible y de impacto permanente. Aunque el sector salud tiene una función limitada en la promoción directa de la producción de alimentos y en su distribución o comercialización, puede desempeñar un importante papel de promotor de políticas apropiadas en agricultura y otros sectores (véase el módulo sobre políticas de nutrición en agricultura).

Las prácticas alimentarias pueden mejorarse por medio de intervenciones educativas y otras destinadas a mejorar la conservación y preparación de los alimentos y, sobre todo, el mayor consumo de alimentos ricos en micronutrientes, incluso los que se están fortificando. Para esto habrá que desarrollar un trabajo intenso de difusión de información, sensibilización y eliminación de barreras sociales/culturales, y una estrategia de comunicaciones y educación bien diseñada y aplicada, con el fin de modificar positivamente el comportamiento alimentario especialmente de las mujeres embarazadas y los niños pequeños. En el Recuadro 7 se indican las ventajas principales y los aspectos críticos de la diversificación alimentaria.

La posibilidad de que, a través de la educación nutricional, se pueda mejorar significativamente el consumo de micronutrientes de fuentes naturales parece ser mayor para la vitamina A que para el hierro o el yodo. Se ha encontrado que la elasticidad del consumo de vitamina A en función del ingreso es menor que la de energía e incluso la de hierro, lo cual se ha atribuido al

48

RECUADRO 7

VENTAJAS Y ASPECTOS CRÍTICOS DE LA DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA (PRODUCCIÓN, CONSERVACIÓN, PREPARACIÓN, CONSUMO)

Ventajas

- Solución a largo plazo
- Teóricamente autosostenible
- Bajo costo aparente

Aspectos críticos

- Intervención multidisciplinaria
- Resistencia al cambio
- Restricciones económicas
- Patrones culturales
- Tecnologías apropiadas
- Metodología educativa
- Costo efectividad
- Sostenibilidad

escaso prestigio de que gozan las fuentes vegetales de vitamina A, que tienden a ser de costo relativamente bajo pero poco consumidas. Uno de los objetivos clave de la educación, es mejorar el prestigio de estos alimentos. Es solo por encima de cierto nivel que el mayor ingreso puede llevar a aumentos apreciables de la ingesta de hierro, proteína y vitamina A, como resultado del mayor consumo de alimentos de origen animal que, en general, son más costosos. La modificación de los hábitos alimentarios es una meta difícil que puede alcanzarse a largo plazo como resultado de un intenso proceso de educación y comunicación, pero que, una vez lograda, se espera que tenga efectos más permanentes.

La combinación de métodos participativos e interactivos de educación interpersonal (educación popular) y técnicas de mercadeo social, parece ser lo más eficaz para obtener cambios sostenibles en el comportamiento alimentario. Las técnicas modernas de comunicación, como las de mercadeo social, permiten alcanzar cambios de comportamiento a mediano plazo cuando se pueden focalizar en comportamientos específicos críticos y cuando es posible identificar un producto cuyo consumo se trata de promover. Si se quieren promover cambios permanentes, hay necesidad de desarrollar un proceso educativo sistemático que conduzca a la reflexión y al cambio consciente de prácticas alimentarias, para lo cual los técnicas de mercadeo social ofrecen un aporte importante.

Son escasos los datos sobre los costos y la eficacia en función de los costos de los programas de diversificación alimentaria dirigidos a mejorar el consumo de alimentos ricos en micronutrientes. En general, están circunscritos a evaluaciones de proyectos de huertas familiares ejecutadas por las ONGs. En una evaluación reciente de LAC HNS en Guatemala, se estimó en US\$ 1,60 el costo de las huertas familiares por persona cubierta, en \$1,83 el costo por beneficiario y en \$4,16 el costo por beneficiario al que se subsanó la deficiencia de consumo de vitamina A. En este estudio, la eficacia en función de los costos de las huertas familiares fue menos atractiva que la de la suplementación y la fortificación del azúcar. Sin embargo, este estudio no estimó el posible beneficio de las huertas familiares en aspectos diferentes al consumo de vitamina A.

4. Medidas de salud pública

Como ya se mencionó, las medidas de salud pública, eficazmente aplicadas, contribuyen significativamente al mejoramiento general de la nutrición y, en particular, a la prevención y el control de las carencias de micronutrientes. Las más dignas de atención por sus consecuencias nutricionales son las medidas para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, especialmente las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, el parasitismo intestinal y las enfermedades que pueden prevenirse mediante la inmunización. Esas medidas son, entre otras, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento ambiental, las inmunizaciones, la terapia de rehidratación oral, el tratamiento y profilaxis del paludismo y el control del parasitismo intestinal (por ejemplo, la desparasitación periódica), además de la educación en salud, en general, y la educación higiénica y nutricional, en particular.

Dos medidas de salud pública específicas con considerable potencial para mejorar la situación de los micronutrientes son la desparasitación periódica y la educación para mejorar el tratamiento alimentario de las enfermedades de los niños. Se ha demostrado que el parasitismo intestinal (helmintiasis) tiene efectos negativos en la nutrición de hierro y vitamina A, y existen firmes indicios del efecto positivo de la desparasitación periódica en la reducción de la anemia ferropénica y el mejoramiento del estado de la vitamina A. La desparasitación periódica (helmintiasis) en zonas endémicas es ahora más fácil, gracias a la disponibilidad de medicamentos de dosis única como el Albendazol, sin necesidad de diagnóstico individual. En zonas endémicas, la profilaxis y el tratamiento de casos de paludismo contribuirá a reducir las tasas de anemia.

Las prácticas alimentarias inadecuadas relacionadas con las enfermedades infecciosas de los niños, especialmente la diarrea, contribuyen considerablemente a las deficiencias de micronutrientes; por lo tanto, los cambios positivos que se introduzcan en dichas prácticas defectuosas (por ejemplo, asegurar la continua alimentación y el amamantamiento ininterrumpido durante la fase aguda, y el incremento de la frecuencia y densidad nutricional de la alimentación durante la convalecencia) probablemente contribuyan a prevenir la desnutrición y las carencias de micronutrientes.

43

E. Información, educación y comunicación (IEC) en nutrición y salud

En todos los países, sin importar su nivel de desarrollo, es indispensable la formulación e implantación de políticas y estrategias de información, educación y comunicación (IEC) en nutrición y salud. Los objetivos básicos son dos:

1) diseminar información para sensibilizar a los diferentes niveles de la sociedad e incrementar el compromiso político del gobierno y la comunidad, con el fin de impulsar la movilización y participación social necesaria para la promoción de la alimentación y la nutrición como parte integral del autocuidado y la "cultura de la salud"; y

2) facilitar cambios positivos de actitudes y comportamientos alimentarios y nutricionales en la población, mediante la utilización de los canales y medios de comunicación más apropiados.

Las prácticas alimentarias inadecuadas constituyen uno de los factores determinantes de la desnutrición. El comportamiento de las personas no se cambia solamente mediante la entrega de información y conocimientos científicos sobre alimentación, nutrición y salud. Así mismo, la educación nutricional, por sí misma, no conduce a mejoras en el estado nutricional de la población si no se complementa con acciones conjuntas intersectoriales, continuas y recíprocamente respaldadas. La educación en nutrición y salud contribuye con procesos facilitadores que llevan a la creación de condiciones personales y grupales positivas para la adopción de nuevos comportamientos, a partir del conocimiento previo de sus características socioculturales. Como proceso intencionado dentro o fuera de cualquier sistema y en diferentes modalidades, la educación nutricional y en salud debe desarrollar metodologías participativas tendientes a:

- favorecer el intercambio de experiencias reflexionadas y analizadas en actividades interpersonales grupales o personalizadas,
- poner en duda las prácticas, adquiridas en aprendizajes sociales y culturalmente asumidos, que afectan positiva o negativamente el estado nutricional y, por consiguiente, la salud,
- elaborar nuevos aprendizajes que pasan a integrarse a costumbres y prácticas cotidianas, luego de haber experimentado resultados gratificantes en beneficio de miembros del grupo familiar, especialmente de la mujer, la madre y el niño pequeño.

La sociología del aprendizaje hace hincapié en el proceso educativo, el cual implica transgresiones o "quiebres" conscientes que inciden en la cotidianeidad de las personas; al internalizarse una conducta nueva se afectan las estructuras cognitivas de significancia social y cultural de los grupos poblacionales, las cuales deben volver a acomodarse en la conciencia para consolidarse como nueva práctica cotidiana. En contraste con las expectativas de cambios a corto plazo mediante la manipulación de la conducta con medios espectaculares, se ha demostrado que

los procesos educativos son lentos, graduales y progresivos. Es preciso que los políticos, mandatarios, legisladores y organismos de cooperación, así como los planificadores, comunicadores y educadores interesados en los problemas nutricionales y de salud, consideren los factores que afectan la calidad de los procesos educativos y el tiempo que toma el logro de metas reales.

La comunicación a través de los medios masivos constituye un valioso complemento que crea condiciones propicias a diferentes niveles para facilitar las acciones educativas en nutrición y salud. Mediante técnicas modernas de comunicación social se puede divulgar información técnica a niveles de decisión y de opinión pública, sensibilizándolos sobre la magnitud y trascendencia de los problemas nutricionales y los costos sociales y económicos que implican, y se puede fortalecer el compromiso político para la formulación e implantación de políticas e intervenciones factibles. Por otra parte, los medios de comunicación, a través de diferentes canales, utilizan materiales educativos y mensajes que interactúan con la población objetivo, a través de modalidades educativas combinadas. No se trata de satisfacer las "necesidades de consumo" de la población sino de facilitar un proceso educativo dirigido a la toma consciente de decisiones sobre cambios para mejorar las condiciones de vida. En particular, los agentes educativos en nutrición y salud deben tener presente que el uso de cualquier medio de comunicación se encuentra supeditado a las exigencias educativas del proceso de aprendizaje. Por este motivo, para que los materiales educativos y los canales de comunicación empleados no se desgasten, ni cansen o aburran e insensibilizen a la audiencia, se recomienda el uso alternativo, variado y creativo de técnicas múltiples.

Las siguientes son algunas de las estrategias y acciones que pueden viabilizar estos planteamientos y servir de base para los países de la región:

1. Los Ministerios de Salud de la región deben definir políticas nacionales de IEC en alimentación y nutrición integradas a las políticas de seguridad alimentaria y, en particular, a los programas de salud y nutrición materno-infantil, considerándolas dentro del enfoque de atención primaria de salud y evitando improvisaciones en las intervenciones educativas.
 - Establecer criterios operativos y metodológicos para la adecuación y traducción de las políticas nacionales en intervenciones educativas y de comunicación en nutrición y salud en los niveles regional, comunitario, local y familiar.
 - Focalizar acciones educativas nutricionales integradas a programas permanentes y orientadas con criterios de equidad, especialmente dirigidas a la adolescente y la mujer embarazada, para vincular la procreación con la prevención del daño y motivar la prevención comunitaria de la desnutrición desde antes del nacimiento.
 - Desarrollar prioridades temáticas de salud pública que integren: la educación nutricional en la atención nutricional de las mujeres embarazadas; la utilización del control prenatal para educar sistemáticamente a la madre; la vigilancia del

crecimiento y el desarrollo del niño, empleando el Carnet de Salud Infantil como instrumento de educación sanitaria desde el nacimiento y dando consejería a las madres con mensajes diferenciados según la tendencia de la línea del crecimiento; el manejo clínico de las prácticas de lactancia materna y la legislación laboral que las soporta; la consejería y el manejo ambulatorio del desnutrido; la alimentación complementaria basada en la valoración y el empleo de alimentos locales; la suplementación oportuna con micronutrientes; el manejo alimentario durante y después de la enfermedad infecciosa del niño, tanto en la clínica como en la casa; y las prácticas de higiene y saneamiento básico.

- Elaborar "Guías alimentarias" para diferentes grupos de edad, adaptadas a las condiciones de cada país y región, las cuales permitan elaborar combinaciones de alimentos locales disponibles que son apropiadas para satisfacer las necesidades nutricionales de los diferentes grupos, dentro de las restricciones económicas existentes.
 - Establecer un sistema permanente de información y orientación al consumidor en relación con la selección e identificación de alimentos de relativo bajo costo y buen valor nutricional, utilizando los medios más accesibles culturalmente (por ejemplo, la radio), mediante la transmisión de boletines periódicos. Por ejemplo, el Instituto de Investigación Nutricional del Perú desarrolló la iniciativa de "la mejor compra" para informar periódicamente a los consumidores sobre las mejores opciones de compra de alimentos con base en su precio y calidad nutricional.
2. Los gobiernos centrales deben impulsar los planes de IEC de los niveles regionales, despertando el interés local por el problema alimentario/nutricional, sobre todo a través del proceso de descentralización que está en marcha en muchos de los países.
- Elaborar lineamientos metodológicos para la ejecución de diagnósticos participativos regionales y comunitarios que identifiquen los problemas más prevalentes del grupo maternoinfantil y los factores culturales que afectan la nutrición y la salud, ayuden a la reflexión crítica de la magnitud y trascendencia de los problemas nutricionales y hagan uso racional de los recursos con la acción comprometida de las organizaciones locales.
 - Proporcionar Guías de capacitación para el manejo sencillo de indicadores locales del estado nutricional de la población, especialmente del grupo maternoinfantil, de tal manera que los sistemas de información epidemiológica nutricional sirvan a los planificadores regionales para determinar metas y diseñar, ejecutar y evaluar planes sectoriales de alimentación y nutrición, en los cuales la población se sienta foco del problema y parte de su solución.

3. Las agencias de cooperación pueden brindar asistencia técnica y el nivel central de los países puede proporcionar recursos para que, teniendo en cuenta las diferencias culturales, ecológicas, étnicas y lingüísticas que condicionan las prácticas alimentarias y nutricionales, se desarrollen talleres de producción de materiales educativos que generen capacidad local para abordar los problemas nutricionales y de salud maternoinfantil.
- Capacitar recursos humanos en el manejo de metodologías de investigación cualitativa, con grupos focales y entrevistas a profundidad que permitan la identificación de los conocimientos, prácticas, sentimientos, temores y motivaciones de la población, a partir de lo cual se determinan y adecúan los mensajes educativos, se seleccionan los medios y se diseñan y prueban materiales educativos congruentes con las tradiciones, preferencias y recursos disponibles.
 - Capacitar a personal técnico en el enfoque del mercadeo social para utilizarlo como complemento del manejo de medios y canales interpersonales, especialmente en campañas focalizadas con mensajes dirigidos a eliminar barreras sociales y culturales (temores, prejuicios, susceptibilidades) respecto de prácticas alimentarias y nutricionales, por ejemplo, en la revaloración de alimentos nativos y la alimentación del niño enfermo. Asegurar que las instituciones operativas adelanten investigaciones formativas cualitativas y líneas de base cuantitativas para evaluar los comportamientos antes, durante y después de la exposición a las intervenciones, con el fin de demostrar la efectividad de la educación nutricional en los cambios de conducta.
 - Capacitar al personal de los sectores de educación, agricultura y salud para que se familiarize con el uso adecuado de los materiales.
 - Asegurar el seguimiento al uso de los materiales en distritos de salud piloto para valorar el impacto no solo en los conocimientos sino también en la adopción de nuevas prácticas alimentarias y nutricionales de la población que se reflejen en cambios de los indicadores.
4. Programar acciones de capacitación continua del personal de salud mediante fichas de trabajo, módulos teórico-prácticos cortos de fácil autoaprendizaje y tutoría para su actualización en servicio en habilidades metodológicas que faciliten la consejería de las madres durante la consulta, propicien cambios en las prácticas hospitalarias en favor de la lactancia materna y el manejo ambulatorio de niños enfermos, y sepan articular la educación nutricional con las demás actividades de atención primaria.
5. Continuar con las acciones educativas nutricionales no formales para adultos, impulsar complementariamente la alfabetización bilingüe de la mujer y captar nuevos espacios y agentes que permitan mejorar las coberturas para la prevención de la desnutrición y el

deterioro de la salud de la población, el control vigilante y la referencia oportuna de problemas nutricionales.

- Aprovechar la coyuntura de las reformas educativas que se llevan a cabo en los países de la región para integrar las competencias sociales pertinentes y revelantes en nutrición y salud a los currículos de educación primaria, secundaria y otros, con el fin de que el alumno adquiera aprendizajes prácticos que satisfagan sus necesidades básicas de desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida.
 - Capacitar al profesor de los niveles prebásico y de primaria como agente vigilante del estado nutricional de sus alumnos, para que pueda detectar y referir casos de riesgo, sospechosos o confirmados de problemas nutricionales que afectan la salud y el aprendizaje. Capacitarlo también en el manejo de suplementos nutricionales y antiparasitarios para la población escolar.
 - Revisar y desarrollar textos escolares, libros para profesores y ayudas didácticas (juegos, videos, cartillas, y láminas) que apoyen el desarrollo de temas y contenidos sobre alimentación, nutrición y salud de los niños, adolescentes y mujeres embarazadas.
 - Impulsar cursos de capacitación continua en las regiones, para los profesores en formación y los activos, sobre metodologías de aprendizaje basadas en la propia experiencia reflexionada de los alumnos (en vez de la enseñanza memorística centrada en el profesor), recuperación de la sabiduría popular y resolución de problemas de salud locales, complementado con el fomento de huertos escolares, la organización de brigadas juveniles, la participación de las juntas de padres y municipalidades y la coordinación con los servicios locales de salud y ONGs de la jurisdicción, por ejemplo, dentro de la iniciativa de los municipios saludables.
 - Institucionalizar la educación nutricional y de salud en las salas de espera de los consultorios externos, en las salas de maternidad y los hospitales, asignando responsables rotatorios que incluyan profesionales médicos.
6. Emplear medios alternativos de comunicación y minimedios de bajo costo y renovables por la propia población. La sola elaboración constituye una experiencia motivacional de aprendizaje positivo que predispone al cambio de conducta favorable a la nutrición y salud.
- Aprovechar los medios masivos radiales a nivel local, combinados con técnicas de comercialización y ferias, forocasetts y concursos. No se recomienda el empleo indiscriminado de afiches porque tienden a superponer objetivos propagandísticos sobre la nutrición y la salud para satisfacer expectativas políticas, descuidando los propósitos sociales de apoyo a los programas educativos.

- Programar actividades educativas en las regiones, a través de ferias culturales y agropecuarias, con temas de alimentación, nutrición y salud (asociados a productos regionales) en la agenda de asambleas comunitarias y fiestas cívicas y patronales.
 - Ejecutar talleres locales para elaborar materiales impresos de fácil diseño y bajo costo (juegos educativos, naipes, tarjetas, dominós, rompecabezas, ruletas, hojas domiciliarias a base de dibujos y fotografías).
7. Promover la demanda de servicios de salud a partir de la educación nutricional y de salud, siempre de acuerdo con la capacidad de respuesta, la infraestructura disponible, el personal, los insumos, el transporte y otros, a fin de obtener la confianza y satisfacción de los usuarios, evitando así desmotivar a la población y hacerle perder la confianza en el servicio.
 8. Proporcionar información técnica, mediante boletines e informes de gestión, a los legisladores, políticos y gobernantes sobre la situación nutricional y de salud, el rendimiento escolar y la calidad de vida, para sustentar e impulsar políticas, programas y proyectos en salud, nutrición y seguridad alimentaria de la población. Esto incluye desde abogar por la protección del derecho de la madre a amamantar a su niño hasta la formulación de políticas nacionales y regionales para el desarrollo agropecuario y de la industria alimentaria, y proyectos de mejoramiento y fomento a la producción diversificada de la pequeña economía familiar campesina de subsistencia y de microempresas que incrementen el ingreso familiar.

F. Políticas de población en salud

En algunos países, el crecimiento de la población a una velocidad mayor que la disponibilidad de recursos para cubrir sus necesidades básicas de alimentación y salud, constituye un factor importante de riesgo de inseguridad alimentaria y desnutrición. Por otra parte, los embarazos numerosos con un intervalo intergenésico reducido, cuya frecuencia es significativamente mayor en las familias pobres, representan riesgos para la salud de la madre y del niño, y se han identificado como uno de los factores de riesgo de desnutrición infantil. Se ha observado que entre familias con el mismo nivel de ingresos, los hijos de familias numerosas están expuestos a mayores riesgos de carencia de energía y otros nutrientes. Esto es especialmente importante en las familias más pobres, pero se observa también en el segundo o tercer quintil de ingreso. En Guatemala, los niños nacidos menos de 18 meses después del nacimiento anterior tienen 2,5 veces más probabilidades de morir que los nacidos después de un intervalo más largo. Por consiguiente, las políticas de población, especialmente las de planificación familiar y otras dirigidas a modificar el comportamiento reproductivo para disminuir la frecuencia de los embarazos y aumentar su intervalo, tienen indudables repercusiones nutricionales y pueden contribuir significativamente a la prevención de la desnutrición infantil.

Las repercusiones de las políticas de población sobre la nutrición son especialmente importantes en los países con deficiencias en la disponibilidad de alimentos en los que el crecimiento demográfico sigue siendo rápido y la urbanización aumenta. A pesar de que el equilibrio global entre población y disponibilidad de alimentos no es el único factor determinante del bienestar nutricional, tiene una influencia evidente: a mayor población a nivel nacional o regional, mayor será la cantidad necesaria de alimentos, bienes y servicios. Este es un problema grave en muchos países en desarrollo, especialmente en los que se prevé que la población se duplicará en los siguientes 20-25 años y en los que las tierras son insuficientes. Al igual que sucede con los problemas del medio ambiente, es fundamental afrontar los problemas de la población si se desean obtener mejoras sostenibles en la nutrición. Una política eficaz para afrontar el problema de la población debe perseguir una mayor equidad en el desarrollo económico, así como facilitar un mejor acceso a la salud, la educación y los servicios de planificación familiar.

La mayoría de las políticas relacionadas con la fecundidad tratan de reducir el nivel de la misma, reduciendo el número de hijos por mujer y alargando los intervalos entre nacimientos; ambos fenómenos tienen un efecto positivo en el estado nutricional de madres e hijos. Los servicios de planificación familiar pueden ayudar a las mujeres a reducir los riesgos para la salud debidos a embarazos no deseados o indebidamente espaciados. En poblaciones de ingresos bajos y en zonas rurales, por razones de equidad es aconsejable que los gobiernos organicen y subvencionen la prestación de estos servicios, recurriendo a instituciones públicas, no gubernamentales y privadas. Los servicios subvencionados son con frecuencia la manera más eficaz de informar a la población pobre sobre la salud reproductiva y de mejorar el bienestar de las familias. Por ambas razones, estos servicios deben formar parte del conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales en el primer nivel de atención. Además, los gobiernos deben facilitar el acceso a estos servicios a quienes puedan pagarlos y estén dispuestos a hacerlo. Para mejorar los servicios y aumentar la disponibilidad de métodos anticonceptivos se requiere eliminar los controles de precios y las prohibiciones a la publicidad, flexibilizar las restricciones a la importación y suprimir la obligatoriedad de la receta médica.

Un problema frecuente radica en cómo llegar con servicios a la población rural, que habitualmente no tiene acceso al personal de campo encargado de la planificación familiar. En Guatemala, por ejemplo, el 86% de las campesinas vive en comunidades sin personal destacado de planificación familiar. En Colombia, México, Bolivia y otros países se han utilizado con éxito estrategias comunitarias para llegar a las mujeres de escasos recursos. Los trabajadores de salud comunitaria difunden información sobre planificación familiar y ofrecen métodos anticonceptivos a las poblaciones más aisladas, especialmente métodos de barrera (preservativos, supositorios de espuma). Estos servicios comunitarios son un medio muy eficaz en función de los costos para mejorar la salud materno-infantil. El costo de prestar servicios a las mujeres que no tienen acceso a ellos se estima en US\$ 15 a 20 por año y en los países con alta mortalidad cuestan menos de US\$ 10 por cada año de vida ganado.

Los programas de nutrición, salud materno-infantil y planificación familiar serán más eficaces si están integrados y vinculados entre sí. La eficacia de la lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo es alta durante los primeros seis meses, pero disminuye con el tiempo y

debe considerarse como un complemento a otros métodos de planificación familiar. Estos métodos deberían tener en cuenta las pautas de lactancia materna y creencias locales, de forma que el uso de anticonceptivos no interfiera con la lactancia. Sin embargo con frecuencia los programas de lactancia materna y planificación familiar no actúan en forma coordinada.

G. Desarrollo de recursos humanos

El personal de salud a todos los niveles desempeña un papel de importancia crítica en la generación del compromiso político y la formulación, la ejecución y el apoyo a las políticas y acciones de nutrición en salud que, en gran medida, se ejecutan a través del sistema de salud. El sistema de salud pública, como empleador más importante del personal de salud, deberá incluir los conocimientos técnicos sobre nutrición dentro del perfil laboral del personal de atención de salud de todos los niveles. Es especialmente importante la capacitación gerencial de los técnicos en la ejecución de programas y proyectos de alimentación y nutrición. La información y motivación insuficientes y la deficiente formación de los profesionales de salud en el campo de la nutrición en general y, especialmente en materia de lactancia natural, manejo clínico de la lactancia, alimentación infantil y carencias de micronutrientes, se han identificado como restricciones importantes para la eficacia de los programas. Se están realizando esfuerzos para resolver este problema mediante la capacitación correctiva en servicio que es relativamente cara y no sostenible a largo plazo. La necesidad de capacitación correctiva continuará hasta que se tomen medidas concretas para fortalecer la formación de pregrado en nutrición de los profesionales de salud en medicina, enfermería, nutrición y salud pública, con énfasis en la lactancia natural, la alimentación infantil y los micronutrientes.

Las políticas de nutrición en salud deberán contener disposiciones específicas para la formación de pregrado y la capacitación en servicio del personal de salud en materia de nutrición, alimentación infantil, lactancia natural, deficiencias de micronutrientes y otros problemas y programas de nutrición, tal como sucede con otros problemas prioritarios de salud (por ejemplo, el control de las enfermedades diarreicas, las inmunizaciones, IRA, etc.). Habrá que prestar consideración especial al fortalecimiento del currículo de pregrado de los profesionales en colaboración con las sociedades y asociaciones de escuelas profesionales, y del personal técnico y voluntario de salud, para permitirles desempeñar una función activa en la promoción de la nutrición a través de los servicios de salud (por ejemplo, en la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia natural, la alimentación infantil adecuada y las prácticas de destete, el tratamiento alimentario de las infecciones y la prevención y el control de las carencias de micronutrientes). Asimismo, el sector salud debe promover, como en efecto lo han hecho algunos países, la incorporación de contenidos de nutrición y salud en el plan de estudios de educación primaria y secundaria (véase Políticas de nutrición en educación).

El Currículo de Wellstart sobre el Manejo Clínico de la Lactancia Materna para Profesionales de Salud, que en la actualidad se está adaptando en la región, es un importante instrumento para fortalecer la enseñanza del manejo de la lactancia y la promoción y protección de la lactancia natural. El INCAP, en virtud de un contrato con la USAID/LAC HNS, ha preparado un

currículo y un conjunto de materiales sobre micronutrientes para las escuelas profesionales de medicina, enfermería y nutrición. Se necesitan esfuerzos similares para fortalecer la capacitación del personal no profesional de salud. Las políticas de salud pública bien definidas sobre el desarrollo de recursos humanos, sus funciones y perfiles específicos, estimularán y facilitarán las modificaciones de los currículos en las instituciones de enseñanza.

V. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Las principales instituciones del sector público directamente relacionadas con nutrición son los Ministerios de Salud, Agricultura, Educación y Planificación. En algunos países también existe un Instituto de Nutrición, encargado de la investigación y formación de recursos humanos y, menos frecuentemente, un Consejo Nacional de Nutrición encargado de asesorar a los ministerios acerca de cómo integrar objetivos de nutrición en los diversos planes, políticas y proyectos.

En teoría, la mejor forma de lograr una adecuada coordinación intersectorial es a través de un Comité, Comisión o Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. Sin embargo, la experiencia de varios países no ha tenido mucho éxito en ese sentido. Un primer problema se deriva del interés de incluir la mayor parte de los sectores (productivos y sociales), creándose una especie de Consejo de Gabinete paralelo, que difícilmente responde a las prioridades nutricionales. También hay dificultades con el nivel de sus integrantes. En algunos casos, los miembros son los propios Ministros o Viceministros, con todas las dificultades operativas que ello determina; en otros casos, son profesionales de nivel intermedio con escasa capacidad de decisión. Con frecuencia no existen buenos mecanismos de retroinformación dentro de cada sector, de modo que el representante termina actuando a título personal más que institucional.

De acuerdo a la experiencia acumulada, parece más factible establecer una coordinación efectiva entre salud, educación y agricultura que aventurarse en ambiciosos programas multisectoriales. Los ministerios respectivos disponen generalmente de departamentos o unidades específicos de alimentación y nutrición y es relativamente simple la coordinación entre los encargados de los programas. Algunos países han creado, además, comisiones mixtas de salud y educación que representan una buena instancia de coordinación entre ambos sectores. Es deseable, en muchos casos, ampliar y reforzar los recursos de dichos departamentos para fortalecer su función en la formulación de políticas y en la coordinación intersectorial. Sin embargo, a menudo los departamentos de nutrición no forman parte de la corriente principal de actividades relacionadas con la planificación, la ejecución y el control de políticas y programas; es preciso corregir esa situación.

La puesta en marcha de políticas nutricionales sectoriales es mucho más eficaz si existe buena colaboración intersectorial. Mejorar la comunicación sobre nutrición entre los ministerios es clave para fortalecer la coordinación y cooperación. La coordinación intersectorial puede resultar difícil a nivel nacional, pero se va haciendo progresivamente más viable a niveles provincial y local. Algunos países han iniciado un proceso de descentralización de las actividades gubernamentales que abre nuevas oportunidades para la cooperación entre sectores. Por ejemplo,

los agentes de salud, desarrollo comunitario y extensión agrícola podrían combinar sus esfuerzos, junto con los maestros de escuela, para abordar determinados problemas prioritarios en las comunidades. Es útil analizar la repercusión nutricional de las actividades de desarrollo local, como un medio para asegurar que la nutrición se incorpore a la base de los programas de desarrollo.

VI. REFERENCIAS

- Arroyave, G. et al. Evaluation of sugar fortification with vitamin A at the national level. PAHO Scientific Publication No. 384. Washington, D.C., 1979.
- Arroyave, G. et al. The effect of vitamin A fortification of sugar on the serum vitamin A levels of preschool Guatemalan children: a longitudinal evaluation. *Am J Clin Nutr* 34: 41-49, 1981.
- Bacallao J, Dachs N, Díaz A, Freire WB. Algunas pautas metodológicas para la vigilancia nutricional en países en desarrollo. Informe Técnico OPS/OMS, UNICEF, USFQ. Quito, 1993.
- Baiiochi, N et al. Assessment of Infant Feeding in Peru. Wellstart International Assessment Series. Washington, D.C. 1994.
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington DC, 1993.
- Castañeda, T. Para combatir la pobreza: Política Social y Descentralización en Chile durante los '80. Centro de Estudios Públicos, Santiago 1990.
- FAO. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Nutrición y Desarrollo: una evaluación mundial. Roma, 1992.
- Freire WB, Bacallao J, Carrasco F. (1992) Desnutrición y condiciones socioeconómicas en el Ecuador. Quito, CONADE, UNICEF, OPS/OMS.
- Gross, R & W. Schultink. Treatment of Anaemia with Weekly Iron Supplementation. *Lancet* 344:821, 1994.
- Grosh M. Social Spending in Latin America. The World Bank. Washington, D.C. 1990.
- Horton S. Unit Costs, Cost-Effectiveness, and Financing of Nutrition Interventions. Population and Human Resources Department. The World Bank. Washington, D.C. August, 1992.
- Huffman, S. et al. Economic Value of Breastfeeding in Belize. Nurture, Center to Prevent Childhood Malnutrition, Bethesda, MD, 1992.
- Huffman, S. and Combest, C. Promotion of Breastfeeding: Yes, it works! Center to Prevent Childhood Malnutrition, Bethesda, MD, 1991.
- Huttly, SRA et al. The Timing of Nutritional Status Determination: Implications for Interventions And Growth Monitoring. *European J. Clin. Nutri.* 45 :85-95, 1991.

- Kramer M S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bull WHO 1987; 65(5): 663-737.
- Krasovec K, Anderson MA. Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes. Scientific Publication Pan American Health Organization N° 529, Washington D.C. 1990, 1-214.
- Levinger B. Nutrition, Health and Learning: Current Issues and Trends. School Nutrition and Health Network. Massachusetts, November 1992.
- Liu, X Net al. Intermittent Iron Supplementation in Chinese Preschool Children is Effective and Safe. Food and Nutrition Bulletin (en preusta, 1995).
- Liu, X N et al. Weekly Iron Supplementation is Effective and Safe in Pregnant Women. Federation proceedings (en preusta, 1995).
- Lutter, CK et al The Effect of Hospital-based Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breast-feeding in Three Latin American Countries. AID/LAC HNS. Washington, 1994.
- Mora, JO, King, JM and Teller, C.H. The Effectiveness of Maternal and Child Health (MCH) Supplementary Feeding Programs: An Analysis of Performance in the 1980s and Potential Role in the 1990s. U.S. Agency for International Development (AID), Bureau for Peace and Voluntary Assistance, Office of Program, Policy and Management. Washington, D.C. 1990.
- Mora, JO Results of the Field Test in Guatemala of the Workbook "Guide to Assessing the Economic Value of Breast-feeding". AID/LAC HNS. Washington, D.C. 1991.
- Merchant K. Maternal Nutritional Depletion. 1994; SCN NEWS 1994; 11: 30-32.
- Musgrove P. Feeding Latin America's Children. The World Bank. Report N° 11. Washington DC, November 1991.
- Musgrove, P. Feeding Latinamerica's Children: An Analytical Study of Food Programs. World Bank, Latin America and the Caribbean Technical Department. Regional Studies Program Report 11. Washington, D.C. 1991.
- Naeye R. Maternal body weight and pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 1990; 52: 273-79.
- Norton R. Maternal Nutrition During Pregnancy as it Affects Infant Growth, Development and Health. SCN NEWS 1994; 11: 10-14.
- OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre Intervenciones Alimentario-Nutricionales para poblaciones de bajos ingresos en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC, Abril 1990.

95

- Rea, MF The Brazilian National Breastfeeding Program: A success story. *Int. J. Gynecology and Obstetrics* 31 (Suppl): 79-82, 1990.
- Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 644-52.
- Schultink, W. et al. Low compliance with an iron supplementation program: a study among pregnant women in Jakarta, Indonesia. *Am J Clin Nutr* 57: 135-139, 1993.
- Schultik, W. et al. Effect of daily vs twice weekly iron supplementation in Indonesian preschool children with low iron status. *Am J Clin Nutr* 61: 111-115, 1995.
- Tomkins A, Murray S, Rondo P, and Filseau S. Impact of Maternal Infection on Foetal Growth and Nutrition. *SCN NEWS* 1994; 11: 18-20.
- Tomkins A. and Watson F. Malnutrition and Infection. ACC/SCN United Nations. Geneva, October 1989.
- United Nations. Controlling Vitamin A Deficiency. A Report based on the ACC/SCN Consultative Group Meeting on Strategies for the Control of Vitamin A Deficiency, 28-30 July 1993, Ottawa, Canada. ASS/SCN State-of-the Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper No. 14. Geneva, 1994.
- Viteri F. The Consequences of Iron Deficiency and Anaemia in Pregnancy on Maternal Health, the Foetus and the Infant. *SCN NEWS* 1994; 11: 14-18.
- Viteri, F. et al. Fortification of sugar with iron sodium ethylenediaminetetraacetate (FeNaEDTA) improves iron status in semirural Guatemalan populations. *Am J Clin Nutr* 61: 1153-1163, 1995.
- WHO. Using maternal anthropometry to identify risk in pregnancy. Washington DC, 1990.
- WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva, Switzerland: WHO, 1989.
- WHO/UNICEF/ICCIDD. Indicators for Assessing Iodine Deficiency Disorders and their Control Programmes. Report of a Joint WHO/UNICEF/ICCIDD Consultation, 3-5 November, 1992. World Health Organization. Geneva, 1995.
- WHO/UNICEF. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring an evaluating intervention programmes. Report of a Joint WHO/UNICEF consultation, 9-11 November, 1992. World Health Organization. Geneva, 1994 (draft).

WHO/UNICEF/UNU. Indicators and Strategies for Iron Deficiency and Anemia Programmes. Report of a WHO/UNICEF/UNU Consultation, 6-10 December, 1993. World Health Organization. Geneva, 1994 (draft).

Wong, R et al. An Analysis of the Economic Value of Breast-feeding in El Salvador. Wellstart International. Washington, D.C. 1994.

World Bank. World Development Report, 1990. Poverty. The World Bank. Washington, D.C. 1990.

World Bank. World Development Report, 1993. Investing in Health. The World Bank. Washington, D.C., 1993.

World Bank. Protecting Nutrition Status in Adjustment Programs. Report N°IDP-092, Washington DC, february 1991.

World Bank. Enriching Lives. Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries. The World Bank. Washington, DC 1994.

97

**PAUTAS PARA POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y
NUTRICIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN AGRICULTURA

Septiembre de 1995

*Preparado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
Internacional en virtud del Contacto No LAC-0657-C-00-0051-00, Proyecto
de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science & Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814*

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS, LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICIÓN	3
A. Agricultura y nutrición: identificación de los vínculos	3
1. Resultados alimentarios y nutricionales de las políticas agrícolas: ¿qué puede hacer la agricultura por la nutrición?	3
2. Alimentos, nutrición y crecimiento agrícola: qué puede hacer la nutrición por el desarrollo agrícola	12
B. Problemas alimentarios y nutricionales y políticas agrícolas	14
1. Inseguridad alimentaria familiar e individual	14
2. Carencias de micronutrientes: vitamina A, hierro y yodo	22
3. Enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	24
III. INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE LAS POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN AGRICULTURA	25
A. Seguridad alimentaria e indicadores nutricionales basados en los alimentos	26
B. Recopilación de datos y métodos de recolección de información	30
IV. BASES PARA LA INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS	34
A. La necesidad de abogacía de políticas	34
B. Instrumentos de abogacía de políticas	36
V. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE BASE AMPLIA EN LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS	39
A. Descentralización institucional	41
B. Desarrollo de la capacidad institucional	42
C. Desarrollo de la capacidad de base	45
VI. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DE POLÍTICAS	47
VII. CONCLUSIONES	48
VIII. REFERENCIAS	51

I. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta una visión general de las relaciones entre las políticas agrícolas, la seguridad alimentaria y la nutrición de la población, enfatizando en los vínculos recíprocos entre agricultura y nutrición, describe la información básica necesaria para la formulación y vigilancia de la ejecución de políticas de nutrición en el sector agrícola, discute las bases para la incorporación de objetivos nutricionales y de seguridad alimentaria en las políticas agrícolas y propone una serie de estrategias para promover la participación de base amplia en el marco de los procesos de descentralización que se adelantan actualmente en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, a tiempo que ofrece sugerencias para la necesaria coordinación intersectorial de las políticas sectoriales. El documento fue preparado originalmente por el Dr. Maarten D.C. Immink, consultor de USAID/LAC HNS, y luego sometido a revisión por los participantes en dos talleres subregionales sobre Políticas y Planes de Acción en Alimentación y Nutrición efectuados en San José (Costa Rica) y en Santa Cruz (Bolivia) en Julio de 1995, quienes eran funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Salud, Agricultura y Educación de veinte países de América Latina y el Caribe. En la presente versión revisada se han incorporado los aportes, sugerencias y recomendaciones emanados de dichos talleres.

La inseguridad alimentaria y la desnutrición son problemas multifacéticos en cuanto a sus manifestaciones y sus causas básicas. Las últimas pueden dividirse, a groso modo, en alimentarias y no alimentarias. Aquí nos interesa sobre todo la primera. Las causas no alimentarias incluyen la interacción entre la salud y la nutrición y los aspectos del comportamiento relacionados con la utilización de recursos alimentarios y no alimentarios para la nutrición. La desnutrición se manifiesta en forma de crecimiento físico deficiente en los niños como resultado del acceso insuficiente a alimentos de alta calidad (incluida la leche materna), del estado de salud deficiente y de la crianza y del cuidado inadecuados. La desnutrición se observa también en niños y adultos en forma de carencia de micronutrientes, como la anemia ferropénica en las mujeres y la carencia de vitamina A en los niños, como resultado de la ingestión inadecuada de alimentos ricos en micronutrientes biodisponibles y del estado precario de salud. La incidencia creciente de enfermedades crónicas (hipertensión, obesidad, diabetes y cardiopatías), relacionada a menudo con la tendencia a la urbanización, también está relacionada con el régimen de alimentación. Estos importantes problemas de desnutrición suelen coexistir en América Latina y el Caribe (ALC), especialmente entre la población urbana pobre.

Es poco probable que las prescripciones generales sobre políticas nacionales de seguridad alimentaria, salud y nutrición resulten eficaces; más bien se necesitan diversas soluciones para diferentes grupos de población, a tiempo que se mantiene la compatibilidad entre las diferentes políticas sectoriales. En general, se piensa que la nutrición es una preocupación pública a cargo del sector salud, incluso en los países de ALC, donde la inseguridad alimentaria afecta a un apreciable número de hogares rurales y urbanos. Este concepto ignora la importancia de la seguridad alimentaria en la nutrición y la trascendencia de las estrategias y políticas agrícolas en su contribución a un mejor estado nutricional de la población. Al mismo tiempo, los vínculos entre las estrategias y políticas agrícolas y las consecuencias nutricionales en grupos específicos de población y en entornos específicos, deben analizarse cuidadosamente para identificar los elementos normativos que conducen a resultados nutricionales positivos o negativos, con el fin de reforzar los primeros.

El sector agrícola no es evidentemente el único actor en la solución de los problemas de desnutrición, y la coordinación de políticas intersectoriales es crucial. Es muy importante la concertación entre el sector agrícola y el privado y la sociedad civil. Al enfrentar las causas básicas de la desnutrición deberá tenerse en cuenta la diversidad local para la formulación y aplicación de políticas, las cuales requieren evaluación, análisis, planificación, ejecución y vigilancia en el nivel local. Las estrategias pasadas de desarrollo rural integrado parecen haber fracasado, pero se han hecho pocos esfuerzos por comprender las razones del fracaso.

El empeño creciente de los países de ALC en el desarrollo focalizado en las personas, supone la participación amplia del nivel de base en la formulación y aplicación de políticas. Se necesitan reformas y mecanismos institucionales para facilitar esa amplia participación en el campo de las políticas públicas, inclusive las del sector agrícola. Por ejemplo, la Ley de Participación Popular de 1994 en Bolivia proporciona un marco político, jurídico y administrativo dentro del cual se puede poner en práctica la participación efectiva de los grupos de base en la formulación y aplicación de políticas descentralizadas.

El propósito general de este documento es brindar directrices operacionales y metodológicas a los diferentes actores que participan en los procesos de formulación y aplicación de políticas agrícolas, con el fin de que:

- faciliten la incorporación de los objetivos y metas de nutrición en las estrategias y políticas del sector agrícola, y en programas y proyectos específicos;
- contribuyan a la coordinación de políticas intersectoriales encaminadas a alcanzar las metas nacionales de nutrición; y
- promuevan la efectiva participación de base amplia en el establecimiento de prioridades nacionales en nutrición y en la formulación e implantación de políticas agrícolas.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- proporcionar una interpretación básica de las relaciones entre la agricultura y la nutrición, como base para identificar los puntos de acceso para mejorar la situación nutricional en el nivel familiar, mediante la elaboración de políticas agrícolas, programas y proyectos, en coordinación con otras políticas sectoriales;
- establecer criterios que permitan considerar políticas agrícolas alternativas y sus posibles efectos en la seguridad alimentaria y la nutrición de las familias en diferentes entornos;

101

- presentar métodos sencillos para la evaluación y vigilancia de la situación nutricional y del impacto de las políticas de desarrollo agrícola los alimentos y la nutrición; y
- dar a conocer posibles estrategias y metodologías para:
- transformar la información sobre alimentos y nutrición en políticas y programas agrícolas eficaces con objetivos y metas nutricionales claros,
- promover la coordinación de políticas intersectoriales,
- crear el fundamento para la participación de base amplia en diferentes niveles en el proceso de formulación de políticas y de su aplicación.

El contenido de se ha organizado de tal modo que enfoca importantes problemas relacionados con la nutrición, en concordancia con las metas nacionales y las propuestas específicas de estrategias nutricionales basadas en los alimentos, especialmente en los países de América Latina y el Caribe apoyados por la USAID.

II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS, LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICIÓN

A. Agricultura y nutrición: identificación de los vínculos

1. Resultados alimentarios y nutricionales de las políticas agrícolas: ¿qué puede hacer la agricultura por la nutrición?

La seguridad alimentaria y de la nutrición de los hogares rurales depende en gran medida de las estrategias, políticas y programas agrícolas que se adopten y apliquen. Las diferentes políticas y programas generalmente tratan de maximizar los ingresos agrícolas, para lo cual modifican las limitaciones estructurales y tecnológicas y ofrecen precios adecuados y otros incentivos económicos. Se supone que el aumento del ingreso familiar ha de reducir la inseguridad alimentaria y la desnutrición de la población rural pobre. Un creciente caudal de datos empíricos indica ahora que los vínculos entre el ingreso, la seguridad alimentaria y la nutrición a nivel familiar son mucho más complejos, y que la selección de estrategias y políticas agrícolas en entornos específicos es tan importante como el grado en que se aumentan los ingresos familiares.

La desnutrición (tanto la subnutrición como la sobrenutrición) se manifiesta a nivel individual, pero las causas básicas relacionadas con la alimentación se encuentran en el nivel familiar, comunitario, nacional e internacional. Existen varias vías principales a través de las cuales las políticas y los programas del sector agrícola influyen en el estado nutricional de los individuos, (Norse 1985; Pinstrup-Andersen, 1985; Kennedy y Bouis, 1993; von Braun y

Kennedy, 1994). Presentaremos ahora un resumen de la mayor parte de este material, con la ayuda de dos diagramas de flujo (Figuras 1 y 2), en los que se relacionan los amplios campos de la política agrícola con los puntos de acceso específico a nivel de la familia rural.

La familia rural tiene, en un momento dado, una base de recursos determinada consistente en tierra, mano de obra, capital físico y humano y tecnología. Por medio de actividades agrícolas intermitentes, la familia genera ingresos en forma de dinero (incluido el ingreso agrícola neto) y en forma de producción agrícola retenida para consumo familiar. En muchos países de ALC el ingreso de transferencia en forma de remesas internacionales es una importante fuente adicional de ingresos para las familias de bajos ingresos. Las fuentes principales de disponibilidad de alimentos para la familia son la producción de subsistencia y los alimentos comprados. Son fuentes menores las donaciones de alimentos y los alimentos forrajeados. En los gastos no alimentarios están incluidos los gastos de inversión (educación, adquisición de vivienda y tierras), gastos corrientes de consumo (combustible, transporte, alquiler, ropa, bienes de consumo duraderos, gastos de recreación) y gastos en atención de salud y servicios básicos.

La relación entre los gastos específicos y el ingreso familiar (y los ahorros netos, si los hay) depende de los procesos intrafamiliares de adopción de decisiones, incluido el control intrafamiliar de los ingresos y de la composición de los ingresos. Por ejemplo, se cree que, en igualdad de circunstancias, existe una relación positiva entre la parte del ingreso familiar controlado por la mujer y la proporción que se gasta en alimentos. El ingreso neto derivado de los cultivos comerciales está generalmente controlado por el hombre, mientras que la mujer se encarga de los cultivos de subsistencia, incluido el ingreso obtenido de la parte que se vende de esos cultivos. El ingreso proveniente de remesas suele destinarse a gastos de inversión, como mejoras de la vivienda y adquisición de tierras. El patrón de gastos puede variar considerablemente según el nivel específico del ingreso familiar.

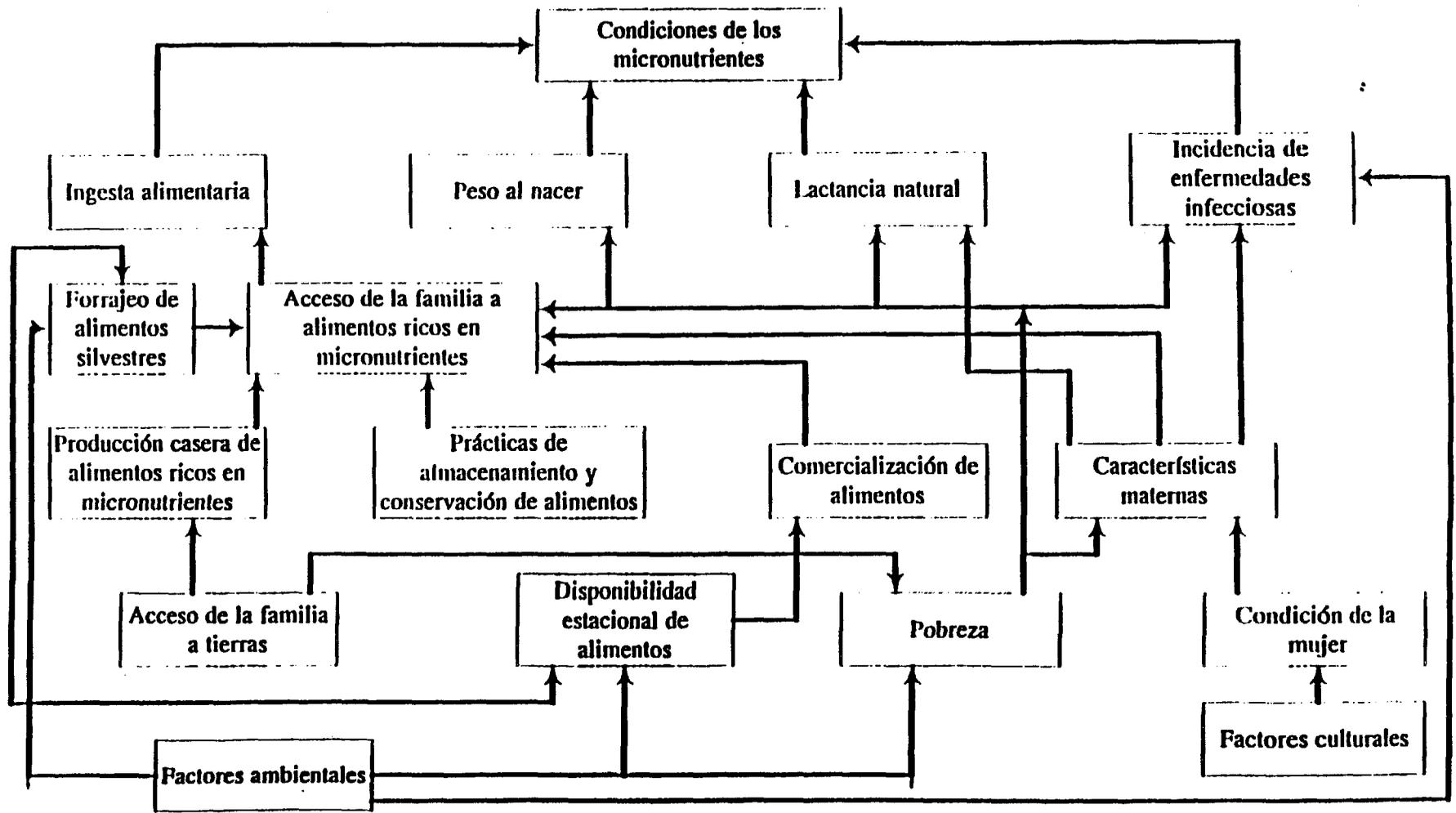
Los procesos intrafamiliares de adopción de decisiones, incluida la distribución familiar de alimentos, contribuyen a determinar los niveles individuales de ingesta de alimentos y los gastos destinados a la atención médica preventiva y curativa de los integrantes de la familia. Esta situación es especialmente crítica en el caso de las mujeres, cuya función tradicional de crianza de los hijos tiene que competir con las demás demandas de su tiempo, lo cual afecta tanto su estado nutricional como el de sus hijos.

No aparecen en la Figura 2 las numerosas conexiones sucesivas que pueden existir en estos procesos. Por ejemplo, con el tiempo ciertos gastos de inversión se sumarán directa o indirectamente a la base de recursos familiares (tierras, acceso a la tecnología y capital humano). Las mejoras que experimente el estado nutricional de las poblaciones rurales, como argumentaremos a continuación, puede también considerarse una forma de inversión en capital humano. Pero en las familias pobres estas conexiones sucesivas son débiles.

Las numerosas variables del mercado y las políticas públicas interactúan con las variables de cada familia produciendo consecuencias alimentarias, de salud y nutricionales específicas para cada individuo. De máxima importancia son los precios alimentarios y no alimentarios, los salarios rurales y urbanos, el empleo agrícola y no agrícola, el crédito, la vivienda, la atención y los servicios básicos de salud. Hemos identificado cinco campos de políticas del

Figura 2

Marco conceptual para identificar los puntos de acceso de la política agrícola a la condición de los micronutrientes



Fuente: ACC/SCN (1994)

sector agrícola que tienen consecuencias más inmediatas para las familias rurales. No debemos, sin embargo, pasar por alto los efectos agregados de las políticas del sector agrícola a través de las conexiones existentes entre el mercado rural-urbano y las condiciones alimentarias y nutricionales de la población urbana pobre. Los niveles y patrones de la producción local de alimentos, junto con las importaciones netas de alimentos, la asistencia alimentaria externa y la eficiencia de la comercialización interna de alimentos son importantes determinantes de los precios de los alimentos en las zonas urbanas (en ausencia de intervenciones directas en los precios del mercado). Los avances tecnológicos que en la agricultura llevan a una mayor concentración de la tierra o que hacen uso intensivo de capital, pueden contribuir a las tasas ya altas de migración rural-urbana, haciendo bajar aún más los salarios urbanos y acrecentando el tamaño de la población urbana pobre.

Las políticas del sector agrícola están dirigidas a las relaciones entre la producción y el ingreso como puntos de acceso en el nivel familiar, especialmente la base de recursos de la familia y la producción agrícola (mezcla de cultivos, rendimiento). También deben considerarse otros efectos de esas políticas que influyen en los vínculos entre el ingreso y la nutrición, específicamente a través de sus efectos en la salud y en la distribución del tiempo de los diferentes integrantes de la familia. Solo entonces podremos evaluar la capacidad potencial de las políticas y los programas del sector agrícola para mejorar la nutrición individual. Las políticas agrícolas que se han formulado recientemente en América Latina con objetivos alimentarios y nutricionales específicos son: la diversificación y comercialización de cultivos, el crédito y la extensión agrícola, la promoción de variedades de semillas híbridas y técnicas adecuadas de producción de cultivos alimentarios (Kennedy y Payongayong, 1991). Pero también pueden estructurarse otros programas del sector agrícola que tienen efectos positivos en la situación alimentaria y nutricional.

a. Políticas estructurales

Las políticas de reforma agraria presuponen la redistribución de la tierra y el fortalecimiento y observación de los derechos de tenencia de ésta, y están destinadas a aumentar la base de recursos de las familias rurales pobres, cuyos ingresos se espera que aumentarán como resultado de esas medidas. En varios países se ha demostrado la relación positiva que existe entre el tamaño de la propiedad, el consumo de los alimentos per cápita y la ingesta diaria de alimentos, inclusive en la Región de ALC (FAO, 1982). Esta relación se encontró también entre los agricultores de subsistencia de las tierras altas de Guatemala (Recuadro 1). Asegurar los derechos de propiedad y un acceso mínimo a la tierra son generalmente las condiciones exigidas a los agricultores para obtener crédito institucional, aumentando así su acceso a los recursos agrícolas y su capacidad y disposición para adoptar nuevas tecnologías. Es probable que haya un cambio hacia los cultivos de valor más alto con mayores necesidades de mano de obra e insumos. Pero es incierto el efecto neto que esto tendría en el ingreso familiar, la distribución del tiempo, la disponibilidad familiar de alimentos y, finalmente, el estado nutricional de los miembros de la familia.

RECUADRO 1

GUATEMALA: TAMAÑO DE LA FINCA, DISPONIBILIDAD FAMILIAR DE ALIMENTOS Y ADECUACIÓN DE LA INGESTA ALIMENTARIA - AGRICULTORES DE SUBSISTENCIA, 1987

	Promedios			
	Cuartil del tamaño de la finca			
	1	2	3	4
Gastos en alimentos per cápita (quetzales/año)	262	269	265	310
Consumo per cápita de productos de las fincas:				
Maíz (lbs./año)	51,6	88,8	96,8	114,6
Frijoles (lbs./año)	4,4	9,1	15,0	12,3
Suficiencia de la ingesta de alimentos energéticos (%):				
Familias	108	118	120	112
Preescolares	73	80	74	80
Suficiencia de la ingesta de proteínas (%):				
Familias	134	145	152	149
Preescolares	110	123	119	127

La disponibilidad total de alimentos de autoproducción era mayor en las fincas más grandes entre las familias dedicadas a la agricultura de subsistencia, mientras que los gastos en alimentos per cápita no diferían, excepto en las familias de las fincas de mayor tamaño. Por otra parte, los niveles generales de adecuación de la ingesta alimentaria para las familias y los preescolares mostraban una débil relación con el tamaño de la finca. La relación entre los niveles de adecuación del consumo de proteínas y el tamaño de la finca era más constante, lo que indica que cualitativamente la alimentación diaria tendía que ser mejor en las fincas más grandes.

En este ejemplo se supone que las necesidades individuales diarias de energía son independientes del tamaño de la finca. El análisis puede sobreestimar los niveles de adecuación de energía para las fincas más grandes (por adecuación se entiende el porcentaje de requisitos medios diarios cubierto por la ingesta real estimada).

Fuente: Immink y Alarcón, 1991.

107

b. Infraestructura rural

Se considera que el riego en pequeña y gran escala, las vías de acceso y las instalaciones de almacenaje rurales constituyen la infraestructura, cuyo desarrollo está dirigido a mejorar la eficiencia de la producción de las fincas, elevando los ingresos rurales y la disponibilidad de alimentos. Para adoptar muchas de las nuevas tecnologías agrícolas es necesario recurrir al riego; al mismo tiempo, puede demostrarse que el riego artificial ha contribuido considerablemente a la expansión de la producción de cereales y ganado en regiones áridas y semiáridas (Kennedy y Bouis, 1993). Por otra parte, existe inquietud acerca de las consecuencias ambientales del riego artificial, que puede afectar negativamente el estado de salud de las poblaciones rurales al crear condiciones que facilitan la transmisión de enfermedades a través de la contaminación de las fuentes de agua y aumentar el número de vectores de infestaciones parasitarias. Enfermedades como el paludismo y el cólera tienen un inmediato efecto negativo en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Las vías de acceso rural y las instalaciones de almacenaje están destinadas a aumentar la eficiencia de la comercialización de los excedentes agrícolas. El acceso adecuado a la infraestructura rural es esencial para mantener un alto rendimiento en la adopción de nuevas tecnologías, aun cuando no está claro si inicialmente impulsa o no la adopción de tecnologías agrícolas a nivel de los productores. La construcción y el mantenimiento de la infraestructura rural con frecuencia requiere actividades coordinadas entre los ministerios de agricultura y de obras públicas. Para la infraestructura en pequeña escala puede crearse una "asociación" entre el agricultor o grupos organizados de la comunidad y una organización no gubernamental o un ministerio, a veces mediante programas de intercambio de alimentos por trabajo.

c. Reformas del mercado y políticas de precios

Los agricultores de pocos recursos tienen por lo común acceso deficiente al crédito agrícola institucional y a los insumos agrícolas. Debido a esto, no pueden asumir riesgos de producción ni adoptar nuevas tecnologías, perpetuando así los bajos ingresos agrícolas y el bajo rendimiento de los cultivos de subsistencia. Al mismo tiempo, el acceso adecuado al crédito agrícola no es un problema para las grandes haciendas. El crédito agrícola subvencionado lleva a la adopción de tecnologías con uso intensivo de capital que desplazan el empleo rural, del cual suelen depender los campesinos sin tierra y los agricultores pobres para suplementar los bajos ingresos agrícolas. Existen problemas similares con los subsidios de los insumos agrícolas, que probablemente no han de beneficiar a los agricultores pobres, puesto que se asignan habitualmente a los insumos de los cultivos comerciales caros de las grandes haciendas. Los campesinos sin tierra podrían beneficiarse con la creación de empleos en esas propiedades.

En América Latina los campesinos pobres, incluidos los dedicados a cultivos de subsistencia, son generalmente compradores netos de alimentos. Los precios más bajos de los alimentos producidos en el país debido a mayor productividad agrícola traerán como consecuencia una

situación alimentaria positiva entre la población rural pobre. Los datos parecen indicar que, en general, las políticas que pretenden aumentar la producción nacional de alimentos mediante precios más altos para los productos agrícolas son ineficaces, y aunque sean eficaces para aumentar la producción de alimentos, los efectos nutricionales para los pobres tienden a ser neutrales (Mebrahtu, Pelletier y Pinstруп-Andersen, 1995).

d. Desarrollo y difusión de tecnologías

La investigación y el desarrollo agrícolas se han centrado tradicionalmente en a) aumentar la productividad mediante la creación de variedades de alto rendimiento, b) aumentar el rendimiento de los recursos familiares mediante la creación de múltiples sistemas de cultivo, y c) reducir los riesgos de producción mediante la introducción de variedades resistentes a la sequía y las plagas, la promoción de sistemas integrados de tratamiento de las plagas y el desarrollo de sistemas agrícolas generalmente más resistentes (Norse, 1985). Estos avances tecnológicos están dirigidos a elevar la producción y el ingreso agrícola. Cuando dan resultado y se adoptan en gran escala, pueden contribuir a aumentar la disponibilidad alimentaria nacional, reducir los precios de los alimentos en el país y aumentar el consumo de alimentos por los grupos de bajos ingresos. Un ejemplo es el informe de Scobie y Posada (1977) sobre el arroz en Colombia. Se ha dudado de la capacidad de las instituciones de investigación agrícola para abordar eficazmente los problemas nutricionales (Tripp, 1990). Por otra parte, Pinstруп-Andersen (1990) ha sostenido que los nutriólogos no han logrado convencer a los investigadores agrícolas con sus argumentos sobre la nutrición y que hay por lo menos seis factores relacionados con la nutrición a través de los cuales la investigación agrícola podría producir efectos positivos en el nivel familiar: el ingreso, la distribución del tiempo de los integrantes de la familia, los precios de los alimentos, los niveles de gasto energético, la incidencia de enfermedades infecciosas y el consumo de alimentos.

La adopción de nuevas tecnologías, sobre todo por los pequeños agricultores, se ve a menudo obstaculizada por las necesidades mucho mayores de insumos y de mano de obra y por la falta de infraestructura rural adecuada y de oportunidades de aprender nuevas técnicas de producción y, presenta por ende, considerables riesgos para la producción. Los mayores excedentes agrícolas a menudo causan tensión en sistemas de comercialización interna deficientes. Las consecuencias netas de la adopción de nuevas técnicas de producción para el ingreso familiar, la disponibilidad de alimentos y la nutrición son a menudo inciertas, como lo han demostrado von Braun y Kennedy (1986, 1994). La integración más sólida entre los diferentes servicios del sector agrícola focalizados en las agrupaciones de agricultores y las políticas adecuadas de precios debería tener como objetivo facilitar la adopción de nuevas tecnologías por los pequeños agricultores (Binswanger y von Braun, 1991). Estas deberían incluir tecnologías agrícolas orgánicas sostenibles, huertos y viveros ecológicos, y métodos biológicos de control de plagas, evitando el uso de productos químicos y plaguicidas para garantizar mayor inocuidad de los alimentos.

109

Una posible estrategia alimentaria para abordar algunas carencias de micronutrientes esenciales en la población, que está atrayendo creciente atención, es el desarrollo de semillas de cultivos básicos ricas en minerales. Mucho de este trabajo está aún en etapa de propuesta y es probable que su desarrollo y adopción general requieran largo tiempo, pero puede a la larga demostrar que, en comparación con los programas de suplementación y fortificación de los alimentos, es eficaz en función de los costos.

Los servicios de extensión agrícola difunden las nuevas tecnologías de producción, pero suelen estar afectados por numerosos problemas institucionales que menoscaban la eficacia con que promueven la adopción de nuevas tecnologías (Norse, 1985). Las prescripciones generales, que ignoran la diversidad local que limita la adopción de tecnologías y el conocimiento autóctono de los agricultores, son otros obstáculos que ratifican la necesidad de formar en el campo asociaciones de desarrollo tecnológico entre agricultores y técnicos locales (Chambers, Pacey y Thrupp, 1989). Como lo demuestra un ejemplo concreto del valle Mantaro, en el Perú, la participación de los agricultores en la definición de los problemas, el diseño de las soluciones y la aplicación y evaluación de esas soluciones, es parte esencial del proceso de desarrollo tecnológico a nivel de campo (Fernández y Salvatierra, 1989).

e. Desarrollo del mercado

La promoción del cambio hacia los cultivos comerciales, sobre todo los cultivos de exportación no tradicionales, ha sido una importante estrategia del desarrollo agrícola en América Latina durante los últimos dos decenios (Barham et al., 1992). Este no es el lugar para hacer un examen exhaustivo de los efectos en la distribución de los recursos familiares, la producción agrícola, el ingreso, la salud y la nutrición (véase más adelante). Gran parte de la producción de cultivos no tradicionales entre los pequeños agricultores de América Latina proviene de la agricultura por contrato a través de la producción cooperativa o mediante canales informales de venta. Lo que se ha documentado que tiene un efecto apreciable sobre los ingresos familiares son la variabilidad intertemporal de precios y la pequeña fracción del valor total agregado que reciben los productores. Por ejemplo, en Honduras, los productores de melones y de ajonjolí informaron que la variabilidad de los precios y la inseguridad del mercado eran los problemas principales de la comercialización (Weller, 1992). Los productores de guisantes dulces de cooperativas guatemaltecas recibieron durante un período de bonanza 19 por ciento, en promedio, del precio final pagado por los consumidores en dólares de los Estados Unidos (von Braun, Hotchkiss e Immink, 1989). Se han citado numerosos ejemplos de Centroamérica y de productos en los que la parte del valor total recibida por los agricultores era considerablemente más baja (Weller, 1992; Mendizábal y Weller, 1992), en parte a causa de la deficiente integración comercial de los agricultores.

En el trabajo de DeWalt (1993) puede encontrarse un resumen detallado de la reciente experiencia en América Latina con cultivos de exportación no tradicionales, inclusive una evaluación de las consecuencias para la seguridad alimentaria y la nutrición a nivel familiar. En dicho trabajo se presenta una sinopsis de las observaciones empíricas sobre la conexión

familiar entre la redistribución de los recursos familiares como resultado del cambio a los cultivos de exportación no tradicionales y los efectos alimentarios y nutricionales. Este es un ejemplo de una metodología analítica para establecer los efectos alimentarios y nutricionales de diferentes estrategias agrícolas y de desarrollo y de políticas y programas sectoriales entre las familias vulnerables.

2. Alimentos, nutrición y crecimiento agrícola: qué puede hacer la nutrición por el desarrollo agrícola

La cuestión de cómo influyen las diferentes políticas y programas agrícolas en la seguridad alimentaria y la nutrición de las familias en diferentes grupos de población es solo parte del problema. Igualmente podemos preguntar: ¿cómo puede una mejor nutrición contribuir al desarrollo agrícola de América Latina y el Caribe y, realmente, a la mitigación de la continua pobreza rural? En un sentido inmediato, la pregunta es relevante en vista de la actual insistencia en políticas que fomentan el empleo de tecnologías de gran absorción de mano de obra en sectores agrícolas con restricciones parcelarias. A la larga, la nutrición puede verse como una forma de inversión en capital humano, una fuente importante de crecimiento económico y desarrollo social.

Las pruebas empíricas sobre los vínculos entre la nutrición y el desarrollo agrícola son bastante escasas. Las estimaciones mundiales indican una pérdida económica de US\$9.000 millones anuales debida a las pérdidas de productividad atribuidas a la deficiente nutrición de los adultos (Pinstrup-Andersen et al., 1991). Las observaciones pertinentes de varios estudios han sido convenientemente resumidas por Latham (1993), mientras Strauss (1993) ha discutido las deficiencias de esos estudios. Se han hecho algunos estudios pertinentes en la Región de ALC principalmente en Colombia y Guatemala, con participación de los campesinos. Aquí podemos al menos desarrollar el argumento conceptual, que a su vez probablemente sea importante para el trabajo de abogacía de políticas encaminado a incorporar objetivos y metas nutricionales en las políticas agrícolas.

a. Nutrición de los adultos

Muchas actividades dentro y fuera de las fincas en las zonas rurales se caracterizan por el uso intensivo de mano de obra y su realización exige gran energía humana. Nos referimos por igual a las laborales y a las actividades sociales, como las de desarrollo de la comunidad. La intensidad de las actividades recreativas se puede ajustar más fácilmente. Las buenas condiciones físicas y la capacidad para realizar tareas arduas de los campesinos adultos se reducen en condiciones de niveles crónicamente bajos de disponibilidad de energía humana (ingesta de alimentos y la conservación de energía corporal). Los resultados son la asignación de períodos más cortos a las actividades con uso intensivo de energía, que también se realizan menos vigorosamente. Se trata de una situación especialmente crítica durante los períodos de gran demanda de trabajo agrícola, como las cosechas, y la productividad agrícola sufre. Esto se compensa asignando menos tiempo a otras actividades, debido a la necesidad de mantener un cierto nivel de producción de energía en el trabajo. Esto se demostró, por

111

ejemplo, en dos grupos de trabajadores agrícolas con niveles diferentes de ingesta energética diaria (Viteri, 1971). Aunque existen pocas pruebas empíricas, es razonable postular que un nivel más alto de ingesta energética diaria entre los campesinos adultos contribuirá positivamente a mejorar la productividad agrícola y a aumentar los ingresos familiares. Se demostró, por ejemplo en Nicaragua, que con niveles más adecuados de ingestión diaria de proteínas, se obtiene un efecto positivo sobre los ingresos devengados por los hombres y las mujeres (Behrman, Wolfe y Blau, 1985). Se ha demostrado que las cosechas de maíz de los pequeños agricultores guatemaltecos están relacionadas de manera positiva con la calidad de los insumos laborales medida por el índice de masa corporal de los varones (Immink y Alarcón, 1992).

Entre las principales carencias de micronutrientes registradas en los países en desarrollo, la anemia ferropénica es quizá la más crítica para la productividad agrícola. La capacidad de trabajo físico se ve por lo común negativamente afectada de manera específica por la baja concentración de hemoglobina. La capacidad de realizar actividades físicamente arduas por cualquier período de tiempo se ve comprometida, y la producción laboral disminuye. En Guatemala se demostró que el aumento de la concentración de hemoglobina de los trabajadores agrícolas contribuía a que mejorara su capacidad de trabajo físico (Viteri y Torún, 1974). Los pocos estudios en los que se relacionó directamente el nivel de hierro de los adultos con la productividad de los trabajadores rurales se realizaron en Africa y Asia y mostraron una fuerte relación positiva (Latham, 1993). Así que, en general, puede esperarse que si se mejora la carencia de hierro entre los campesinos adultos aumentará la productividad de los trabajadores y la producción agrícola.

b. *Nutrición infantil*

Los vínculos entre la nutrición de los niños y la productividad de los adultos, por un lado, y el desarrollo social por el otro, no están en general bien establecidos. En la medida en que la talla alcanzada por el adulto es un "marcador" de la historia nutricional durante la niñez, parecería que existe una relación positiva con la productividad agrícola, al menos en ocupaciones como el corte de la caña de azúcar, como se ha mostrado en Colombia y Guatemala (Spurr, Barac-Nieto y Maksud, 1977; Immink, Viteri y Helms, 1982). En Guatemala se estimó que los cortadores de caña de azúcar más altos, a lo largo de la vida devengaban ingresos más altos que los cortadores de baja estatura. En Chile también se demostró una mayor productividad entre los trabajadores de la construcción que habían tenido una mejor nutrición en la niñez, debido al mejor desarrollo mental (Selowsky y Taylor, 1973). Los niños mejor nutridos aprenden mejor y tienen menos ausencias en la escuela, elevando potencialmente el rendimiento económico y social de la inversión en educación (Pollitt, 1990). Pero el rendimiento económico privado, en forma de ingresos más altos y movilidad ocupacional, y mayor capacidad potencial de desarrollo social, está restringido a los adultos que efectivamente asistieron a la escuela durante la niñez.

La carencia de vitamina A en los niños puede afectar la visión y, en formas extremas, llevar a la ceguera. Esto a su vez, perjudicará la productividad de los adultos y elevará la relación de dependencia en las familias rurales. La prevención de la carencia de vitamina A tiene, por lo tanto, rendimientos individuales y sociales positivos. La carencia de yodo en los niños afecta negativamente su maduración y crecimiento físico y, a una temprana edad, su desarrollo mental, con subsiguientes consecuencias negativas para la productividad en la edad adulta.

B. Problemas alimentarios y nutricionales y políticas agrícolas

En esta sección tratamos tres importantes problemas alimentarios de la Región de ALC (la inseguridad alimentaria individual y familiar, la carencia de micronutrientes y las enfermedades crónicas relacionadas con el régimen de alimentación), y mostramos su vinculación con políticas agrícolas específicas. El papel de la agricultura como actividad económica varía ampliamente entre los países de ALC apoyados por la USAID. El aporte de la agricultura al producto interno bruto oscilaba en 1990-1992 entre el 5,2 por ciento en Jamaica y el 32,2% en Nicaragua y Haití. El sector agrícola también absorbió en 1993 una proporción variable del total de la fuerza laboral, desde el 21,2 por ciento en Guyana hasta el 53,2% en Honduras y el 61,8% en Haití. En la Región de ALC, los cereales representan el 40% y las frutas y verduras el 35% del tonelaje de la producción agrícola anual (después de restar el tonelaje de la caña de azúcar).

En la mitad de los catorce países de ALC apoyados por la USAID, la disponibilidad de alimentos per cápita bajó durante los años 80 y en dos más permaneció inalterada (FAO, 1994). En siete de los nueve países con una disponibilidad alimentaria per cápita baja o inalterada, aumentó la proporción de alimentos importados. El deterioro de la producción de alimentos per cápita se atribuye a los sistemas inequitativos de distribución y tenencia de la tierra, la degradación ambiental, la falta de acceso adecuado al crédito para los agricultores, y las políticas generales de desincentivos del crecimiento agrícola (USAID, 1994).

1. Inseguridad alimentaria familiar e individual

a. Planteamiento del problema

No se intentará aquí revisar todas las definiciones de seguridad alimentaria (Maxwell y Smith, 1992). Las familias se sienten inseguras respecto de los alimentos cuando, como unidad, no tienen siempre acceso a la cantidad suficiente de ellos que les permita a todos sus integrantes llevar una vida saludable y productiva. Las familias pueden sentirse crónicamente inseguras a causa de la pobreza en que viven o temporamente inseguras debido a las fluctuaciones estacionales de la disponibilidad de alimentos, o a causa de acontecimientos repentinos como pérdida del empleo, sequías, conflictos armados, rápido aumento del precio de los alimentos o graves enfermedades. Los riesgos estacionales u otros tipos de riesgo alimentario temporal en las familias crónicamente inseguras tienen naturalmente más graves

113

consecuencias que en las familias que gozan de seguridad alimentaria. Además, los diferentes integrantes de la misma familia no están necesariamente expuestos al mismo riesgo de inseguridad alimentaria, debido a decisiones intrafamiliares y a la distribución de los recursos. Así, algunos integrantes de familias que gozan de seguridad alimentaria pueden estar a riesgo de inseguridad alimentaria.

Las familias pueden utilizar varias estrategias para hacer frente a la menor accesibilidad de los alimentos; estas estrategias variarán en tiempo con los siguientes factores: la duración percibida de la escasez de alimentos (condicionada por experiencias anteriores), la base de recursos familiares, los patrones de producción familiar, las condiciones de los mercados laborales y de tierras, las percepciones culturales sobre la escasez de alimentos y la composición demográfica de la familia. Estas estrategias se extienden normalmente desde cambios a corto plazo en la producción familiar e ingesta de alimentos y adaptaciones fisiológicas, hasta la venta de servicios laborales, venta de bienes y emigración permanente.

Lo que constituye "alimento suficiente" es un concepto relativo: las necesidades agregadas de alimentos para la familia, generalmente expresadas como necesidades de energía alimentaria, varían con el tamaño y composición de la familia y con el nivel de actividad de cada uno de los miembros, y también con las necesidades biológicas para el mantenimiento corporal y para el crecimiento y el desarrollo en los niños. El estado de salud también es un factor importante en la definición de la necesidad biológica de alimentos.

Aproximadamente 23% de la población de Centroamérica y 26% de la población de Sudamérica sufren de inseguridad alimentaria debido a la pobreza. En la incidencia de la pobreza existen, naturalmente, diferencias entre los países y dentro de éstos: a) la mayor proporción (y número) de pobres en Centroamérica y el Caribe está situada en la zona tropical caliente, seguida de las zonas templadas, y b) la mayor proporción de habitantes pobres de Sudamérica vive en zonas secas, pero el mayor número de ellos vive en zonas húmedas y anegadizas (Broca y Oram, 1991). Las variaciones urbanas-rurales en la incidencia de la pobreza y la inseguridad alimentaria crónica suelen ser apreciables. Por ejemplo, en 1989 se informó que 85% de las familias rurales y 61% de las urbanas de Guatemala se clasificaron como pobres; las cifras correspondientes al Perú en 1986 eran de 64 y 45%, respectivamente (OIT, 1993). Pero en la República Dominicana, con una diferencia rural-urbana parecida en la incidencia de la pobreza (11% contra 30% en 1992), fue interesante encontrar que la diferencia urbana-rural en la adecuación calórica media iba en sentido opuesto (92% contra 104%). Con las altas tasas de urbanización y, según se estima, con tres cuartas partes de la población de ALC en zonas urbanas en el año 2000, la inseguridad alimentaria urbana probablemente se convierta en un importante asunto de interés político.

b. Estrategias alimentarias y medidas de política agrícola

En la discusión anterior sobre las relaciones entre la agricultura y la nutrición se identificaron varios aspectos relacionados con medidas de política para la seguridad alimentaria de las

114

familias (véase la sección B.1). La matriz de evaluación de la vulnerabilidad familiar (Cuadro 1), si bien se ha creado para evaluar la vulnerabilidad de las familias a la inseguridad alimentaria y sus consecuencias, también indica claramente dónde podrían intervenir las medidas de política agrícola para reducir los riesgos de producción y mercado para la inseguridad alimentaria familiar y también contribuir a capacitar a la familia para que haga frente a estos y otros riesgos. Esto se articula con las discusiones anteriores de los campos de políticas del sector agrícola y con los vínculos a nivel de familia y sus consecuencias alimentarias y nutricionales.

Puede ser útil plantear algunos interrogantes y consideraciones fundamentales para las decisiones y medidas de política agrícola relacionadas con la seguridad alimentaria familiar e individual. Nuevamente nos apoyaremos aquí en las ideas de Maxwell y Smith (1992).

- **Eficiencia/costo-eficacia**

En la seguridad alimentaria familiar e individual deben considerarse la producción familiar y la distribución intrafamiliar. ¿Cómo influye una determinada política en la seguridad alimentaria y a qué costo se logra la mayor seguridad alimentaria, suponiendo que aumente? ¿Cómo se compara el costo requerido para obtener una mayor seguridad alimentaria con los beneficios previstos de la mayor seguridad alimentaria? La respuesta variará según a quién se dirija la pregunta (Recuadro 2).

- **Sostenibilidad**

¿Cómo influye una política determinada en la capacidad familiar o individual para enfrentar los futuros riesgos potenciales de la seguridad alimentaria o recuperarse de ellos? ¿Qué políticas deben diseñarse para aumentar esa capacidad?

- **Equidad**

¿Cómo influye la política en la seguridad alimentaria de todas las familias del grupo? ¿Están los beneficios de la seguridad alimentaria igualmente distribuidos entre todas las familias? ¿Cómo influye la política en la distribución de los beneficios de la seguridad alimentaria entre las familias? ¿Se requieren medidas complementarias de política para mejorar la distribución equitativa de los beneficios de la seguridad alimentaria?

- **Mecanismos de las familias para enfrentar la situación y las estrategias para ganarse la vida**

¿Aborda de política la pregunta de ¿cómo pueden las personas alimentarse a sí mismas, en lugar de cómo no consiguen hacerlo? ¿Está la política destinada a proteger los ingresos de las personas y su patrimonio y a proteger la capacidad de éstas para enfrentar la situación y mantener la seguridad alimentaria?

CUADRO 1

Matriz de evaluación de la vulnerabilidad familiar				
Riesgo de acontecimiento	Capacidad de enfrentamiento			
Choques/tendencias	Características de la familia	Acceso a recursos	Oportunidades de producción/Ingresos	Estructuras de apoyo
Vulnerabilidad básica <i>Riesgos de producción agropecuaria</i> episodios de sequía condiciones del suelo infestaciones de plagas <i>Riesgos comerciales</i> infraestructura del mercado fluctuaciones de los precios (bienes, alimentos, cultivos comerciales, ganado) escasez de alimentos acceso a empleos <i>Riesgos políticos</i> conflictos/guerras	composición (relación entre edad y dependencia) educación estado de salud emigración	acceso a tierras acceso a trabajo bienes líquidos bienes productivos crédito propiedad en común recursos (para alimentos silvestres y otros productos) expendios de alimentos	producción agropecuaria otras fuentes de ingresos migración estacional	mecanismos de apoyo comunitario (reclamos) ONGs políticas gubernamentales acceso a servicios sociales
Vulnerabilidad actual <i>Riesgos de producción agropecuaria</i> sequía actual ataque de plagas <i>Riesgos comerciales</i> infraestructura del mercado fluctuaciones de los precios (bienes, alimentos, cultivos comerciales, ganado) escasez de alimentos acceso a empleos <i>Riesgos políticos</i> conflictos/guerras	composición (relación entre edad y dependencia) educación estado de salud emigración	acceso a tierras acceso a trabajo bienes líquidos bienes productivos crédito propiedad en común recursos (para alimentos silvestres y otros productos) expendios de alimentos	producción agropecuaria otras fuentes de ingresos migración estacional	mecanismos de apoyo comunitario (reclamos) ONGs políticas gubernamentales acceso a servicios sociales
Vulnerabilidad futura (tendencias) <i>Degradación ambiental</i> <i>Presión de la tierra</i> Emigración	cambios demográficos	cambios en la tenencia de la tierra	Tendencias laborales	Cambios en la estructura de apoyo

Fuente: Frankenberger

116

RECUADRO 2

COSTO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA FAMILIAR ENTRE LOS PEQUEÑOS AGRICULTORES DE GUATEMALA QUE PRODUCEN VERDURAS NO TRADICIONALES PARA LA EXPORTACIÓN

Los agricultores productores de verduras de exportación mantenían en promedio la mitad de sus tierras para cultivos de subsistencia (maíz y frijoles). Los márgenes medios de utilidad bruta de los cultivos de exportación eran varias veces mayores que los del maíz y los frijoles. Con el rendimiento considerablemente más alto de la tierra y la mano de obra en la producción de verduras de exportación, los agricultores pagaron un alto costo en términos del riesgo para mantener la producción de alimentos para su propio consumo, dado que los costos de la producción de cultivos de subsistencia eran apreciablemente mayores que el precio de venta del maíz y los frijoles. De manera que la seguridad alimentaria se mantenía en forma ineficiente desde el punto de vista de un economista. Pero desde el punto de vista del agricultor, esta seguridad alimentaria probablemente se obtuvo de manera eficiente, basándose en la elevada producción y en los riesgos comerciales de las verduras de exportación. O sea que el costo del riesgo de seguridad alimentaria contraído por los agricultores fue menor que los beneficios previstos en la seguridad alimentaria, dada la gran probabilidad de inseguridad alimentaria sin la producción de cultivos de subsistencia. El acceso al maíz también otorgó a los agricultores beneficios de tipo cultural.

Fuente: von Braun, Hotkiss e Immink (1989).

■ Percepciones de la población y horizontes temporales

¿Se tienen en cuenta para la política, las percepciones de la población sobre su seguridad alimentaria, la prioridad que se da a los alimentos en comparación con otras necesidades básicas y las actitudes culturales hacia los alimentos? Está la política destinada a integrar estos elementos con las soluciones técnicas? ¿Tiene la política debidamente en cuenta las preferencias de la población en términos de aumentos a corto plazo en el consumo de alimentos en comparación con la seguridad alimentaria sostenida?

Estos criterios de política traen implícitas soluciones de compromiso o interdependencia. Por ejemplo, las políticas muy eficientes para producir seguridad alimentaria probablemente también produzcan condiciones de seguridad alimentaria más sostenibles. A menudo es necesario hacer concesiones entre la equidad y la eficiencia.

c. Seguridad alimentaria urbana y políticas agrícolas

En 1994 se estimó que casi 68% de la población de Centroamérica y 77% de la de Sudamérica vivían en zonas urbanas. Se estima que estos porcentajes habrán ascendido en el año 2025 a 80 y 88%, respectivamente. El suministro adecuado de alimentos en las zonas urbanas seguirá siendo un importante problema de política en América Latina, especialmente en vista de la reciente tendencia decreciente en la producción alimentaria per cápita de los países. El vínculo entre la producción interna de alimentos y la seguridad alimentaria urbana es el precio de los alimentos en las zonas urbanas. En ausencia de subsidios a los precios de los alimentos en general o de determinados alimentos debido al reajuste estructural, los precios que enfrentan los consumidores urbanos están determinados principalmente por el mercado y por la eficiencia de la comercialización de los alimentos producidos en el país.

Existe, por supuesto, un claro punto de contacto entre las políticas agrícolas y las de importación de alimentos (incluida la ayuda alimentaria) cuando se trata de determinar la oferta de alimentos del mercado urbano y los precios de los alimentos en las zonas urbanas. Un examen de las tendencias pasadas en los países de ALC apoyados por la USAID reveló que las importaciones anuales de alimentos (incluida la ayuda alimentaria) suele guardar poca relación con la producción anual de alimentos del país, y de un año a otro se experimentan variaciones de los precios de los alimentos de producción nacional junto con una tendencia alcista a largo plazo (Delgado, 1995). Esta situación ha llevado a que varios países de ALC establezcan políticas denominadas de "márgenes de precios" para estabilizar los precios internos de los cereales. Para ello se modifican los derechos de importación según estén los precios de importación por encima del precio tope establecido o por debajo del precio mínimo. Estas políticas también se han coordinado ahora a nivel regional (por ejemplo, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica), pero aún no se han evaluado sus efectos.

En ALC se emplean actualmente varias estrategias enfocadas en las zonas urbanas que tienen por objeto disminuir la inseguridad alimentaria entre las familias pobres y al mismo tiempo aumentar la diversidad alimentaria, lo que a su vez puede reducir la prevalencia de la carencia de micronutrientes y la incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

■ **Agricultura urbana**

La producción agrícola en las zonas urbanas y periurbanas se ha promovido como medio de aumentar el suministro de alimentos a las familias y de introducir una mayor diversidad en la alimentación diaria de la población urbana pobre (Smith y Nasr, 1992). Existen pocas pruebas empíricas de ello, especialmente en lo que concierne a la Región de ALC. En un estudio de los beneficios nutricionales de los huertos caseros de los "pueblos jóvenes" de Lima se encontró mayor disponibilidad de fuentes de carbohidratos de mejor calidad, menores pérdidas de nutrientes por tratarse de productos más frescos y consumo más frecuente de verduras y frutas por las familias (Núñez, 1985).

Aparentemente nunca le faltan obstáculos a la agricultura urbana, ya sea por la forma de utilización de los terrenos y la reglamentación sobre el manejo del agua o por la actitud indiferente u hostil hacia este tipo de agricultura por parte de los funcionarios locales. Las ONGs que trabajan en la Región de ALC se han mostrado especialmente activas en la promoción de la agricultura urbana entre las familias de bajos ingresos, incluso con proyectos de cultivos hidropónicos en la República Dominicana. En varios países de ALC, el gobierno local o el gobierno nacional han asumido la responsabilidad técnica y administrativa de la agricultura urbana, como en el caso de México, Buenos Aires, el Perú y Panamá (Smith, Ratta y Nasr, 1995). Estos modelos son dignos de examinarse en mayor detalle para extraer lecciones generalizables y cerciorarse de que la agricultura urbana es una estrategia factible y sostenible para reducir la inseguridad alimentaria y la carencia de micronutrientes entre la población urbana pobre.

Varias preguntas sobre política deben abordarse. ¿Deberá el Ministerio de Agricultura promover la agricultura urbana suministrando semillas, especies menores, instrumentos y servicios de extensión técnica en asociación con los ONGs, los gobiernos locales y las organizaciones comunitarias? ¿Quiénes serán los beneficiarios entre la población urbana pobre? ¿Qué cambios se requieren en la reglamentación local (utilización de la tierra, manejo del agua) y en la actitud oficial hacia la agricultura urbana? ¿Cuáles son las limitaciones a nivel familiar de la producción urbana de alimentos y cómo difieren éstas de las limitaciones en las zonas rurales, y cuáles son los efectos netos en la ingesta nutricional, a través del consumo directo y los ingresos más altos? ¿Contribuyen los efectos ambientales positivos de la agricultura urbana a reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y finalmente a mejorar el estado nutricional?

■ **Comercialización de los alimentos producidos en zonas urbanas**

Para bajar los costos de los alimentos consumidos por las familias de bajos ingresos y aumentar el acceso a mayor variedad de alimentos se recurre a varias estrategias, a saber: a) venta callejera de alimentos, b) ferias de agricultores y c) comedores comunales. Estas estrategias representan esfuerzos de la población urbana pobre, como en el caso de la venta callejera, o actividades populares de autoayuda, con o sin la participación de instituciones. La venta callejera de alimentos preparados amplía y hace más conveniente el acceso de los consumidores urbanos a alimentos populares a precios más bajos, pero ofrece menos garantía sobre la inocuidad de los alimentos. Las ferias de agricultores suelen estar promovidas por el Ministerio de Agricultura en un esfuerzo por elevar los precios para los agricultores y bajarlos para el consumidor, mediante la eliminación de intermediarios. Pero probablemente solo se beneficien los agricultores próximos a centros urbanos con medios adecuados de transporte y los consumidores de ingresos medianos.

Los comedores comunales surgieron a fines de los años setenta como un movimiento popular de mujeres de las zonas urbanas en regiones de bajos ingresos de Lima, en respuesta a los altos niveles de inflación y al subempleo y desempleo crecientes y como medio de bajar los costos de la alimentación diaria y dejar más tiempo disponible a las mujeres para actividades

119

de generación de ingresos (UNICEF, 1994). Se dispone de escasas pruebas empíricas, pero existen indicios de algunos efectos apreciables en la alimentación, sin ahorros considerables en los costos de las comidas para las familias participantes. Estos comedores, sin embargo, dependen a menudo de alimentos donados o subvencionados, como ocurría en México con el Programa de Comedores Populares y Unidades de Servicios Integrados (COPUSI), inicialmente establecido a fines de los años ochenta por el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Una característica interesante de este programa es la cooperación interinstitucional que se canaliza a través de estas unidades, a menudo con la participación de la comunidad, y que ha llevado a realizar adaptaciones locales del modelo del comedor comunal. Sin embargo, el Ministerio de Agricultura no participa en este programa. En el Perú, por otra parte, el Ministerio de Agricultura participa en una comisión interministerial (junto con los Ministerios de Salud, Educación y Vivienda, y la Oficina del Presidente) que administra un tipo de programa de "comedores populares" en zonas de bajos ingresos de Lima (UNICEF, 1994).

■ Agroindustrias

Los países de ALC están estableciendo cada vez más agroindustrias para integrar verticalmente la producción agrícola con la elaboración y comercialización, captar una mayor proporción del valor agregado total y crear empleos locales. Las zonas de libre comercio, como en Guatemala, proveen a los inversionistas en agroindustrias el ímpetu económico necesario para que se asienten en las cercanías de centros urbanos donde tienen acceso a la infraestructura y a los servicios de transporte, mientras se utilizan la mano de obra de las zonas periurbanas. Así como la población tiende con el tiempo a acercarse cada vez más a los centros urbanos, las relaciones salariales quizá también se muevan hacia las ventajas comparativas de las zonas urbanas, creando así mayores incentivos para establecer allí las agroindustrias y generando empleos urbanos.

Las medidas de política agrícola que, además de estar encaminadas a bajar los precios de los alimentos de las zonas urbanas mediante una mayor productividad interna, pueden reducir la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria familiar en la población urbana pobre, serían las siguientes:

- promoción de la producción urbana de alimentos, ya sea en huertos caseros, escolares o comunitarios, mediante programas de pequeños préstamos y servicios adecuados de extensión (y la capacitación de agentes de extensión en métodos de agricultura urbana);
- formación de asociaciones con instituciones locales y facilitación de reformas de la reglamentación local sobre la utilización de la tierra y el manejo del agua;
- fortalecimiento de los vínculos comerciales directos entre los productores rurales en pequeña escala mediante adjudicación de créditos para servicios de transporte y construcción de instalaciones para mercados en las zonas de bajos ingresos de las ciudades;

- promoción de organizaciones de vendedores callejeros y fortalecimiento de los vínculos directos de aquellas con las organizaciones de productores de alimentos, mientras colaboran con instituciones locales u ONGs en el mejoramiento de la inocuidad de los alimentos entre los vendedores callejeros mediante programas de capacitación, pequeños préstamos y adecuada infraestructura sanitaria.

2. Carencia de micronutrientes: vitamina A, hierro y yodo

Como se describió en el módulo de Introducción, las deficiencias de micronutrientes, especialmente las de hierro, vitamina A y yodo, continúan siendo importantes obstáculos para el desarrollo en ALC. Las alternativas de abordaje de las deficiencias de micronutrientes incluyen la suplementación y las estrategias basadas en los alimentos cuyo objetivo es incrementar el consumo de fuentes naturales de micronutrientes. Es evidente la necesidad de establecer fuertes vínculos entre las estrategias alimentarias y las no alimentarias para alcanzar las metas nacionales en micronutrientes.

Algunos datos indican que la ingesta de hierro y de vitamina A aumenta con los niveles más altos de ingesta de energía alimentaria; esto no es cierto en todos los casos: cuanto mayor sea la proporción de alimentos comprados dentro del suministro total de alimentos para la familia, más débil será la relación positiva entre la adecuación de la ingesta de hierro y de vitamina A y la adecuación de la ingesta de energía. Esto es especialmente importante en las familias de zonas urbanas, que dependen mucho del mercado para abastecerse de alimentos. Más importante que los niveles de consumo es la composición de los alimentos de la dieta diaria. Normalmente, a mayor diversidad alimentaria hay menor riesgo de ingesta deficiente de hierro y vitamina A.

a. Estrategias alimentarias y políticas agrícolas

Mediante el diagrama de flujo de la figura 2 se trata de facilitar la identificación de los puntos de acceso a nivel familiar para las medidas de política. Tratamos el hierro y la vitamina A juntos en vista de que, en lo que respecta a los alimentos, las causas básicas son esencialmente las mismas y por lo tanto se requieren políticas similares para abordar ambos problemas. Las estrategias del sector agrícola deben estar dirigidas a abordar las causas básicas del acceso inadecuado de las familias a los alimentos ricos en vitamina A y hierro, así como a promover alimentos que aumentan la absorción de estos micronutrientes. En la figura 2 también son evidentes las necesidades de coordinación de políticas intersectoriales:

- sector salud: disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas, promover la lactancia natural, prevenir la insuficiencia ponderal de los recién nacidos;
- sector comercial privado: mejorar la comercialización interna de alimentos ricos en micronutrientes, promover la lactancia natural.

121

- **sector educación:** promover la producción de alimentos ricos en micronutrientes en los huertos escolares, producir material educativo.
- **ONGs y organizaciones populares:** mejorar la condición de la mujer, preparar y diseminar material educativo y de capacitación, promover la producción familiar de alimentos ricos en micronutrientes;
- **comercio e industria:** fortificar los alimentos con micronutrientes.

Existen al menos cinco campos para políticas alimentarias en los que el sector agrícola participa directamente:

- **Desarrollo tecnológico**
 - Técnicas de conservación de alimentos para conservar el contenido de micronutrientes y reducir la contaminación de los alimentos
 - Mejora genética de las plantas para mejorar la absorción de micronutrientes del suelo.
- **Generación de información**
 - Inventariar las plantas tradicionales con alto contenido de micronutrientes y las que mejoran la absorción de vitamina A y hierro.
 - Elaborar y aplicar sencillas metodologías alimentarias para evaluar la vulnerabilidad a la carencia de micronutrientes de grupos determinados de población y para vigilar los cambios de vulnerabilidad a través del tiempo.
- **Modificación de las prácticas alimentarias**
 - Crear una conciencia general en la población rural acerca de la importancia de los micronutrientes
 - Impartir capacitación por medio de servicios de extensión en técnicas de preparación de alimentos, almacenamiento y conservación casera, e incorporación de plantas indígenas en la dieta
- **Mejoramiento del acceso de la familia a alimentos ricos en micronutrientes**
 - Promover los huertos caseros, escolares y comunitarios por medio de crédito y servicios de extensión en zonas rurales y urbanas
 - Promover la cría de ganado menor y la piscicultura

122

- Promover la diversificación de cultivos entre los pequeños agricultores mediante el crédito y servicios de extensión, el riego de pequeña escala y la conservación del suelo
- Promover las cooperativas de consumidores rurales y urbanas y las tiendas comunitarias para la venta local de alimentos ricos en micronutrientes
- **Creación de una política capacitante y un ambiente institucional**
- Crear conciencia en todos los niveles del Ministerio de Agricultura del compromiso de las instituciones de contribuir al alcance de las metas nacionales de nutrición en general y de micronutrientes
- Impartir capacitación adecuada al personal del nivel local para aumentar la eficacia de su participación en las actividades en las que intervienen los servicios de extensión
- Crear oportunidades para que el personal del ministerio de agricultura aproveche los conocimientos de la población sobre plantas alimenticias indígenas y aprendan prácticas agrícolas
- Reevaluar los criterios institucionales para determinar quiénes son los destinatarios del crédito y los servicios de extensión y reorientarlos para alcanzar a los grupos más vulnerables (las mujeres, la población urbana pobre, los campesinos sin tierra, las familias minifundistas).

3. Enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

a. Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (diabetes, enfermedades hipertensivas, cardiopatías y algunos tipos de cáncer) son causa creciente de inquietud en la Región de ALC y suelen estar relacionadas con modos de vida urbanos y hábitos de consumo alimentarios relacionados con los altos ingresos. Los patrones de ingesta de alimentos representan uno de los seis factores reversibles de riesgo de enfermedades crónicas; otros factores de riesgo son la obesidad, la falta de ejercicio físico y los altos niveles de consumo de alcohol, el hábito de fumar y el estrés emocional. Una dieta diaria que contenga gran proporción de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, legumbres, raíces y tubérculos, y cereales de grano entero) y pescado está relacionada con una baja incidencia de enfermedades crónicas, mientras que un régimen que contenga gran proporción de leche, productos lácteos, carnes y grasas y aceites está relacionado con una mayor incidencia. Estos últimos grupos de alimentos se caracterizan normalmente por la gran elasticidad consumo-ingresos entre los grupos de bajos ingresos, las frutas, verduras y pescado por una elasticidad intermedia o baja de ingresos, y los cereales por una elasticidad escasa o a veces negativa.

La obesidad y las enfermedades crónicas se encuentran entre los adultos de todos los grupos de edad. Se ha estimado que en el Caribe la mitad de las defunciones por enfermedades crónicas se registran en el grupo de 35 a 64 años de edad. Por ejemplo, las tasas globales de mortalidad de Jamaica y Guyana por hipertensión, apoplejía y diabetes son superiores a las de los Estados Unidos y el Canadá (CFNI/OPS, 1993). En la República Dominicana, en 1991 la prevalencia de diabetes y de hipertensión era de 9,2/1000 y de 54,2/1000, respectivamente.

b. Puntos de acceso de la política agrícola

En las estrategias alimentarias destinadas a combatir la alta incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario, el sector agrícola interviene en la oferta de alimentos. Pero las asociaciones con el sector privado y con el sector mercantil y comercial son esenciales. Las metas alimentarias son conocidas. Por ejemplo, El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe considera que la composición ideal de la dieta diaria media (consistente en 2250 kcal. y 43 g de proteína) debe estar compuesta por 70% (de calorías) de carbohidratos complejos, 15% de alimentos de origen animal, 10% de grasas y aceites y 5% de azúcar refinado (CFNI/OPS, 1993). Los carbohidratos deben provenir en un 30% de cereales, 15% de raíces y tubérculos, 15% de frutas y verduras y 10% de legumbres y nueces.

La incorporación de metas alimentarias en las políticas del sector agrícola se ha vuelto esencial. La producción nacional y local de alimentos y las políticas de comercialización deberán estar dirigidas a aumentar el suministro comercial de alimentos que contienen carbohidratos complejos. Los programas de comunicación social y educación alimentaria y nutricional destinados a ciertos grupos pueden, con el tiempo, empezar a producir cambios en la estructura de la demanda de alimentos, especialmente en las zonas urbanas. La adecuada producción interna de alimentos y las políticas de importación de alimentos no solo tienen que mantenerse a la par con los cambios estructurales de la demanda, sino que pueden contribuir a estos cambios de manera positiva, por medio de cambios en la relación de los precios relativos entre los alimentos grasos y los alimentos con bajo contenido de grasa.

Las políticas de importación de alimentos, y especialmente las normas para la elaboración de alimentos, tienen una función importante. Pero una mayor producción de cultivos que contienen carbohidratos complejos, junto con mayor eficiencia en la comercialización interna, puede reducir los precios relativos de estos alimentos, incluso de los elaborados.

III. INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN AGRICULTURA

Para efectuar el análisis de las políticas alimentarias e identificar los efectos positivos y negativos de determinadas medidas de política, es menester:

- a) cuantificar el impacto y los efectos en la distribución de ingresos, los niveles de asignación de recursos familiares, los gastos familiares y la nutrición;
- b) comprender los mecanismos de respuesta de los mercados y los mecanismos de los individuos para enfrentar las cambiantes condiciones sociales, económicas y políticas, y
- c) identificar los grupos de población más vulnerables para orientar hacia ellos las medidas de política (von Braun, 1993).

Las encuestas de hogares son la base principal de la generación de datos para el análisis de políticas. Cada vez más se reconoce ahora que los llamados métodos cualitativos, como las evaluaciones rurales participativos, pueden suministrar importante información complementaria, especialmente para la identificación de problemas alimentarios y nutricionales. Sin embargo, en estas metodologías los habitantes pobres de las zonas urbanas y rurales se han convertido en objeto de la recopilación de datos. En la investigación participativa para la acción (distinta de la investigación que emplea métodos participativos), los integrantes de la comunidad son los sujetos y se emplea un método inductivo que parte de los hechos y la realidad (y no de la teoría), es de naturaleza multidisciplinaria, apoya los procesos de reforma y acepta a gente de afuera como participantes activos (y no como observadores). Esto es particularmente pertinente dentro del contexto de la planificación participativa a nivel local y la vigilancia comunitaria.

Este no es el lugar apropiado para hacer una extensa revisión de los métodos de recopilación de datos, sus cualidades estadísticas, etc. Destacaremos, en cambio, los aspectos más importantes, a saber: los indicadores alimentarios para la evaluación, el análisis y la vigilancia, y los métodos de acopio de información más importantes para el sector agrícola. Especialmente a nivel de campo, los agentes de extensión y los trabajadores técnicos de la comunidad pueden capacitarse fácilmente para estas tareas y facilitar, por medio de la capacitación, el acceso de los grupos de base a estas metodologías.

A. Seguridad alimentaria e indicadores nutricionales basados en los alimentos

1. Seguridad alimentaria familiar

De acuerdo con la discusión anterior sobre la seguridad alimentaria familiar e individual, es evidente que la seguridad alimentaria es un concepto multidimensional en el que el tiempo, incluso en su forma más reducida, constituye un fuerte elemento. Maxwell y Smith (1992) sostienen que, aún la más sencilla y frecuentemente empleada definición de seguridad alimentaria, implica objetivos múltiples, y quizá hasta opuestos, para el comportamiento de la familia. Esto supone, por lo tanto, una amplia variedad de indicadores relacionados con la seguridad alimentaria y la participación de la población para definir indicadores que probablemente han de variar con la población y el entorno y quizá, incluso, a través del tiempo. La disponibilidad de recursos, la exactitud, la pertinencia y la oportunidad

125

representan criterios para la selección de indicadores que generalmente involucran concesiones recíprocas (Frankenberger, 1992). La aplicabilidad de los indicadores en las condiciones locales, su exactitud y oportunidad y la información que suministran, puede aumentarse si se utilizan más recursos.

Las medidas del ingreso, como el ingreso per cápita, se emplean sobre todo para evaluar la inseguridad alimentaria familiar, pero son poco confiables, unidimensionales y a menudo representan el corto plazo como indicadores de la vulnerabilidad de la familia a la inseguridad alimentaria. Un estudio multinacional produjo una lista de posibles indicadores para identificar a las familias con inseguridad alimentaria, ya sea solos o en combinación, sin depender de las medidas del ingreso familiar (Haddad, Sullivan y Kennedy, 1992). Algunos de estos indicadores tendrán más pertinencia en el entorno rural que en el urbano, y todos deberán ser sometidos a prueba en entornos diferentes en cuanto a precisión y requisitos de recursos (Recuadro 3). Sin embargo, estos indicadores son intuitivamente atractivos debido a la facilidad con que los trabajadores comunitarios obtienen la información necesaria.

La matriz de evaluación de la vulnerabilidad familiar que figura en el Recuadro 3, incluye indicadores que pueden resultar útiles para evaluar la vulnerabilidad familiar presente y futura a la inseguridad alimentaria, y su capacidad para enfrentar una serie de riesgos (Frankenberger, 1992). La evaluación y vigilancia de los riesgos de producción y comerciales es parte de este sistema: la vigilancia de la precipitación fluvial, el pronóstico sobre las cosechas, los datos sobre la producción agrícola, la cartografía de la vulnerabilidad, los sistemas locales de aviso inmediato, los datos oportunos sobre los precios y las evaluaciones del mercado, son métodos para vigilar esos riesgos agregados.

Los siguientes son indicadores alimentarios adicionales que parecen ser relativamente fáciles de construir:

- Frecuencia de la alimentación: número de productos alimenticios consumidos, en total o por grupo de alimentos; número de comidas consumidas por día o número de comidas con determinados alimentos. Estos indicadores pueden emplearse para clasificar a las familias en las categorías de seguridad de consumo alta, mediana o baja.

Indicadores de autoabastecimiento:

- Almacenaje de alimentos: número de meses después la cosecha que durarán los alimentos almacenados para el consumo de la familia;
- Relación potencial de subsistencia: cantidad de alimentos que la familia puede producir (basada en el tamaño de la finca, cosechas previstas) en un año, en relación con las necesidades alimentarias de la familia (basadas en el tamaño y composición de la familia y la cantidad recomendada de energía por edad y por sexo), por año.

- Percepción de la población acerca de su propio estado de seguridad alimentaria: número de meses durante los cuales calculan que pueden satisfacer sus propias necesidades alimentarias con alimentos de toda fuente.

Los indicadores de autoabastecimiento son más aplicables en comunidades en las que las familias dependen fuertemente de su propia producción como fuente de suministros alimenticios.

RECUADRO 3

INDICADORES PARA IDENTIFICAR FAMILIAS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA

INDICADORES DEMOGRÁFICOS:

- Tamaño de la familia: grande
- Relación de dependencia: alta
- Número de niños menores de cinco años: muchos.

INDICADORES AMBIENTALES

- Número de habitaciones por persona: pocas
- Calidad del agua para beber y de las instalaciones sanitarias: deficiente

BASE DE RECURSOS

- Superficie de tierra cultivada y poseída (zonas rurales): poca o ninguna
- Estado ocupacional: baja competencia

ACCESO A LOS ALIMENTOS

- Número de alimentos especiales consumidos/disponibles: pocos
- Número de comidas perdidas: muchas
- Calidad del régimen diario de alimentación, según el entrevistado: deficiente.

2. Carencias de micronutrientes

Los indicadores pertinentes de carencia de micronutrientes pueden dividirse en indicadores biológicos, indicadores relacionados con enfermedades, socioeconómicos y alimentarios o dietéticos (ver módulo de salud). Los indicadores socioeconómicos están indirectamente relacionados con el acceso a los alimentos y las condiciones subyacentes de la salud. Respecto de los indicadores alimentarios y dietéticos hemos reproducido en el Cuadro 2 lo que representa un reciente consenso sobre la utilidad relativa de indicadores específicos para la identificación de grupos o regiones de alto riesgo (estimación) y para la planificación y la vigilancia y evaluación de los programas alimentarios (OMS/UNICEF, 1994). El material se basa en su mayor parte en la experiencia adquirida en programas de vitamina A.

CUADRO 2

Indicadores alimentarios de micronutrientes empleados en el diagnóstico, la planificación y la vigilancia y evaluación

Grupo de indicadores	Diagnóstico	Planificación	Vigilancia y evaluación
A. Alimentarios y dietéticos:			
1. Disponibilidad de alimentos en el mercado (por estación)	+++	+++	+++
2. Disponibilidad de alimentos en el hogar (por estación)	+++	+++	+++
3. Hábitos dietéticos	+++	+++	+++
4. Creencias y actitudes acerca de los alimentos		+++	+++
5. Crecimiento y desarrollo (talla/edad; peso/talla)	+		+
B. Socioeconómicos:			
1. Ingreso y empleo	++	+	
2. Acceso a tierras/posesión de tierras	+	++	
3. Acceso a servicios e insumos agrícolas	+	++	
4. Educación/ alfabetismo	+	+++	
5. Agua y saneamiento	+	+	
6. Acceso a servicios de salud	+	++	

+ = grado relativo de utilidad.

Fuente: OMS/UNICEF (1944).

28

Los indicadores de la disponibilidad de alimentos en el mercado y en el hogar tienen una utilidad funcional relativamente alta, especialmente cuando captan las variaciones estacionales de la disponibilidad. Los patrones alimentarios deberán estratificarse por grupos étnicos y socioeconómicos y también por zonas ecológicas. Los patrones de consumo alimentario de los grupos especialmente vulnerables (mujeres embarazadas y lactantes; niños menores de cinco años) deberán medirse mediante técnicas rápidas de estimación, inclusive encuestas sobre la frecuencia consumo. Se dice que un grupo de familias o de mujeres o niños corren riesgo de carencia de vitamina A cuando menos de tres cuartas partes de ellos consumen alimentos ricos en vitamina A tres veces o más por semana. Las creencias y actitudes hacia los alimentos ricos en micronutrientes son especialmente importantes para la planificación de programas alimentarios y para los programas educativos y de comunicación social. Aquí son muy útiles los métodos participativos. Aunque existe, a menudo, cierta relación entre la prevalencia de la carencia de micronutrientes y el retraso del crecimiento infantil, esta relación no es suficientemente fuerte como para emplear con confianza indicadores del crecimiento para el diagnóstico, la vigilancia y la evaluación de los programas alimentarios.

Los indicadores basados en el ingreso y el empleo son especialmente importantes para la identificación de los grupos de alto riesgo en zonas urbanas. El acceso a las tierras y a los servicios de extensión e insumos agrícolas es importante para la planificación de programas dirigidos a la producción casera de alimentos con alto contenido o que facilitan la absorción de micronutrientes.

B. Recopilación de datos y métodos de recolección de información

1. Métodos pertinentes

Los datos para la mayoría de los indicadores antes mencionados se generan a través de encuestas transversales con visitas únicas o múltiples. Estas se combinan a veces con mediciones físicas (observación física), como medición directa de los lotes de terreno, o de las porciones de alimento, o de las dimensiones corporales (peso, talla). Las encuestas con visitas múltiples están específicamente diseñadas para medir las variaciones estacionales del ingreso, disponibilidad de alimentos, morbilidad y estado nutricional de la familia. Los censos agrícolas se efectúan solo periódicamente (por ejemplo, cada 10 años), son bastante completos y abarcan toda la población. Resultan útiles para medir a largo plazo los cambios de los indicadores agrícolas, pero son muy costosos, hacen uso intensivo de recursos y raramente suministran resultados oportunos. Las técnicas de teleobservación se usan para medir la utilización de la tierra y para pronósticos sobre las cosechas, el ganado y las sequías. Las encuestas de grupos se emplean para estimar el comportamiento institucional; los grupos pueden consistir en asociaciones de agricultores, comités de vecinos, etc.

Los métodos participativos específicos aplicados en el pasado para obtener datos relacionados con las políticas alimentarias son, entre otros, los siguientes: matrices de clasificación, para comparar los distintos cultivos de acuerdo con un conjunto de criterios definidos por la población; diagramas estacionales, para demostrar la disponibilidad estacional de alimentos; y

129

cartografía social, para obtener un desglose de la población según ciertas características (Buchanan-Smith, 1993). Las técnicas de cartografía para inventariar los recursos de tierras, agua y vegetales, ofrecen oportunidades para obtener la participación directa de los habitantes locales y su base de conocimientos. Las entrevistas semiestructuradas con informantes clave, así como las discusiones de grupos focales son también métodos útiles. Maxwell y colaboradores (1989) se valieron de estas y de otras técnicas de estimación rural rápida, en combinación con recorridos por todo el poblado para comprender mejor las causas, dimensiones y características de la inseguridad alimentaria a nivel local ("estimación rápida de la seguridad alimentaria"). Las discusiones de grupos focales son especialmente útiles para comprender las creencias y actitudes alimentarias y las percepciones de la población acerca de su seguridad alimentaria.

Hay cierta complementación entre los métodos participativos y las formas más formales o estructuradas de recopilación de datos, como las encuestas de hogares: los primeros pueden contribuir a que estas últimas sean más eficientes al afinar y aumentar la pertinencia local de las preguntas y al asegurar que el cuestionario toque las cuestiones fundamentales y haga ponderaciones apropiadas para el entorno específico.

2. Consideraciones para la selección de métodos

Scherr y Vosti (1993) han proporcionado un marco útil para la selección de métodos de recopilación de datos específicos para el análisis de políticas. Este marco pone en claro que no hay recetas y que cuando se haga la selección habrá que tener en cuenta el entorno, el propósito específico y el peso relativo de varios factores. Aquí resumimos solo algunas partes de ese marco. También se presenta una evaluación comparativa de los métodos más pertinentes para diferentes fines (véase el Recuadro 4).

Factores que han de considerarse en la selección de métodos de recopilación de datos:

Alcance del análisis:

Tipo de análisis
Representación estadística
Unidad de análisis
Relaciones espaciales
Participación de la comunidad
Capacidad potencial para el uso de los datos a largo plazo

Características de los datos:

Nivel de agregación
Requisitos de precisión de las estimaciones sobre la población
Exactitud requerida de la medición
Variabilidad de la población
Frecuencia y período de la recopilación de datos
Sensibilidad del informante

Logística y costos:

Necesidad de información previa
Accesibilidad de los informantes
Recursos financieros
Requisitos relativos a los recursos humanos
Rapidez de la ejecución/análisis

Necesidades de los usuarios:

Calidad de los datos versus rapidez del análisis
Calidad de los datos versus participación de la comunidad
Necesidad a corto y largo plazos de los datos
Indicios versus comprobación

Método	Tipo de análisis	Unidad del análisis
Censo.....	a.b	1.2.3
Teleobservación.....	a.b	3
Inventario/cartografía de recursos.....	a.b	3.6
Encuesta con una sola visita...	a.b	1.2
Encuesta con visitas múltiples.....	a.b	1.2
Encuesta con observación física.....	a.b.c	4
Encuesta a grupos.....	a.b	3.5.6
Informantes clave.....	b.c	6
Métodos etnográficos.....	c	1.2.6
Estudios de casos.....	c	1.4.6
Entrevistas de grupos focales.....	b.c	3.6
Evaluaciones participativas rápidas.....	a.b.c	1.2.6

Tipo de análisis:

a = niveles

b = cambios de nivel

c = procesos de cambio

Unidades de análisis:

1 = individuo

2 = hogar

3 = zona geográfica

4 = parcela individual

5 = agrupación

6 = comunidad

RECUADRO 4

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE MÉTODOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS PARA DECISIONES DE POLÍTICAS AGRÍCOLAS Y PROGRAMAS DE ACCIÓN COMUNITARIA

Método	Decisiones sobre políticas	Medidas de política	Programa de acción comunitaria
Censo	4	1	1
Teleobservación	4	2-3	1
Inventario/ cartografía de recursos	4	4	4
Encuesta con una sola visita	4	3	2-3
Encuesta con visitas múltiples	4	1-3	1-2
Encuesta con observación física	4	4	2-3
Encuesta a grupos	4	4	2-3
Informantes clave	4	2-3	3
Métodos etnográficos	4	2-3	4
Estudios de casos	4	4	4
Entrevistas de grupos focales	4	4	4
Evaluación participativa rápida	1-2	2-4	4

(1 = bajo; 2 = moderado; 3 = alto; 4 = muy alto).

Fuente: Scherr y Vosti (1993)

Los métodos de recopilación de datos preferidos variarán según el propósito y los usuarios. Las personas que intervienen en las decisiones sobre políticas agrícolas estarán, típicamente, interesadas en buenas estimaciones de los problemas del sector agrícola y en el impacto de las políticas sectoriales. La oportunidad de los resultados es más importante para las decisiones sobre políticas que la exactitud de la medición o la calidad de los datos. Hay necesidad de datos a corto y a largo plazo, por ejemplo, para informarse de las causas más inmediatas y básicas de la inseguridad alimentaria o de la alta prevalencia de carencia de micronutrientes. Los métodos participativos pueden ser muy útiles para estimar en el nivel local el comportamiento ante determinadas medidas de política, y quizá sean menos útiles para medir el impacto de las medidas de política, excepto en cuanto a la percepción de los grupos beneficiarios.

Los métodos de recopilación de datos en el nivel local serán importantes para las medidas de política agrícola, para vigilar los procesos de ejecución de programas/proyectos y para fomentar la participación y la capacitación de la comunidad. La rápida obtención de resultados es esencial, pero necesita compensarse con algún rigor analítico en la medición de los impactos. Los métodos participativos de recopilación de datos son sumamente útiles para las actividades comunitarias, ya que la participación de la comunidad y la oportunidad tienen mayor peso que la calidad de los datos o el riguroso análisis estadístico. También pueden ser útiles la simple observación física y las encuestas de hogares, y los integrantes de la comunidad y los dirigentes locales pueden capacitarse fácilmente para llevarlas a cabo, suponiendo que los demás métodos no puedan suministrar la información requerida para diseñar las actividades comunitarias.

IV. BASES PARA LA INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS

A. Necesidad de abogacía de políticas

Para fortalecer los efectos nutricionales de las medidas de política agrícola se requerirán actividades de abogacía de políticas. La abogacía de políticas deberá verse como parte de un amplio movimiento de movilización social reformista en el que intervienen diferentes grupos de población e instituciones (Recuadro 5). Uno de sus fines, pero no el único, es promover ante las autoridades determinados intereses privados. La necesidad de abogar por las políticas surge en este contexto, en particular a raíz de lo siguiente:

- **El bajo orden de prioridad otorgado a las metas de nutrición en los planes de desarrollo económico**

Hasta hace poco, en los planes nacionales de desarrollo económico no se trataba el mejoramiento de la nutrición como una meta del desarrollo. Sin embargo, esos planes y su aplicación mediante medidas de política, estaban destinados a guiar la asignación de recursos del sector público. Uno de los objetivos principales de la Cumbre Mundial en Favor de la

133

Infancia y de la Conferencia Internacional sobre Nutrición fue poner a la nutrición en las agendas de las políticas nacionales como tema de gran importancia. Queda por verse si esta cuestión de interés para la política nacional ha de persistir y si los planes nacionales de acción para la nutrición se han de incorporar plenamente en los nuevos planes económicos de desarrollo.

■ **La nutrición como asunto importante de las políticas del sector salud**

Las autoridades nacionales a veces consideran que la desnutrición es un fenómeno clínico perteneciente a la esfera de las políticas de salud y no el resultado de un complejo sistema socioeconómico, cultural y político. Los dos recientes acontecimientos mundiales probablemente han contribuido a crear más conciencia política e institucional acerca de la necesidad de enfoques multisectoriales para combatir los problemas nutricionales. Pero esta amplia percepción tal vez no se haya filtrado completamente cuando se trata de estrategias y medidas de política agrícola concretas.

■ **Las patentes contradicciones entre los objetivos y metas de la política agrícola y los resultados nutricionales**

Las políticas del sector agrícola están típicamente orientadas hacia la producción, tienden a maximizar el valor agregado de la producción agrícola, y son más eficientes para prestar servicios a los productores de gran escala, que a menudo son sus destinatarios explícitos.

En las secciones anteriores se ha tratado de demostrar que existen vínculos evidentes entre la agricultura y la nutrición, y que la modificación de la naturaleza de esos vínculos, a través de medidas de política agrícola y la coordinación intersectorial de políticas pueden alterar los efectos nutricionales en el nivel familiar e individual. Pero los encargados de formular las políticas agrícolas a menudo no entienden claramente estas relaciones. Una de las metas de la abogacía de políticas será hacerles comprender lo que esto significa.

RECUADRO 5

La movilización social es un movimiento de amplia escala para que gran número de personas actúe a fin de lograr una meta específica de desarrollo mediante actividades de autogestión. Se trata de un proceso planificado que busca facilitar los cambios y el desarrollo. Tiene en cuenta las necesidades sentidas de las personas, acoge el principio crítico de la participación de la comunidad y está empeñada en facilitar la acción individual.

Fuente: Ling y Hewett, 1992

La abogacía de políticas deberá estar dirigida a crear una demanda social (y a la larga, también política) de mejor nutrición mediante medidas de política agrícola. Deberá tener lugar en los niveles central y local, e idealmente contará con la participación de diferentes grupos de actores, principalmente organismos de cooperación internacionales, agrupaciones privadas organizadas (agricultores, consumidores, asociaciones del sector privado), organizaciones no gubernamentales, asociaciones técnicas y profesionales, etc. El objetivo fundamental de la abogacía será generar en el nivel central políticas concretas de apoyo y un medio institucional que reflejen el compromiso del sector agrícola con las metas nacionales de nutrición, promuevan estructuras flexibles de aplicación de medidas de política en todos los niveles y fortalezcan la coordinación intersectorial de políticas. En el Ecuador, por ejemplo, las ONGs están tomando la iniciativa en el intento de ofrecer una nueva orientación para las políticas públicas y para lograr la amplia aplicación de métodos participativos en la planificación y la administración del sector público (Bebbington, 1991). En Bolivia hay otro ejemplo parecido (Recuadro 6).

Los organismos de cooperación como la USAID, pueden participar en la abogacía de políticas en los países, y así lo hacen, a menudo para promover sus propias agendas políticas. Se ha procedido así muy eficazmente, por ejemplo, en Honduras, donde estos esfuerzos culminaron en la adopción de la Ley de Modernización y Desarrollo del Sector Agrícola. Además del intenso y continuo diálogo político con las autoridades nacionales, las agencias de cooperación también pueden a) promover el diálogo político entre las asociaciones de desarrollo nacionales y locales, auspiciando para ello talleres y publicaciones sobre políticas; b) hacer conocer de las autoridades nacionales las inquietudes y soluciones en materia de política de las instituciones no gubernamentales; c) patrocinar la capacitación en análisis de políticas para el personal del sector público y las organizaciones no gubernamentales, y d) patrocinar el intercambio de experiencias en políticas entre los países. En el caso mencionado del Ecuador, una organización de cooperación (el Instituto de Desarrollo Exterior de Londres) auspició un proyecto de investigación, en colaboración entre varias ONGs de la región andina, para crear estrategias tendientes a promover asociaciones entre las ONGs y los gobiernos y articular los proyectos de nivel local con las políticas y planes de desarrollo regionales y nacionales.

B. Instrumentos de abogacía de políticas

1. Formulación y difusión de argumentos coherentes

Habrá que desarrollar argumentos bien fundados para demostrar a las autoridades y a otras personas clave la importancia de la incorporación de las metas de nutrición en las decisiones y medidas de política agrícola. La discusión anterior sobre los vínculos entre agricultura y nutrición proporciona un marco general para formular esos argumentos. Será menester efectuar un análisis en cada país con el objeto principal, pero no único, de proporcionar una justificación económica y demostrar cómo la nutrición puede fortalecer los objetivos de la política agrícola. El análisis de políticas puede centrarse en la estimación de los beneficios económicos netos agregados de ciertos resultados nutricionales, o en el ofrecimiento de oportunidades para extraer lecciones de éxitos (o fracasos) concretos, o sea, el método del estudio de casos. El primero puede abordar la pregunta ¿qué puede hacer la nutrición por el

135

RECUADRO 6

ABOGACÍA DE POLÍTICAS POR ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN BOLIVIA: PROMOCIÓN DE ALTERNATIVAS POLÍTICAS EN EL NIVEL LOCAL

En Bolivia, grupos de ONGs han comenzado a formar redes en los niveles central y departamental para coordinar y colaborar en proyectos de investigación y de extensión agrícolas. El intercambio de información y el aprendizaje mutuo son los elementos clave de este proceso. El objetivo establecido es que los proyectos integrados de las ONGs sirvan a la larga de modelo para iniciativas similares del sector público. Finalmente, se espera que las redes de ONGs puedan elaborar políticas alternativas locales y lograr que el gobierno las adopte. Además de tratar de influir en la política del gobierno, estas redes insistirán en la conveniencia de una mayor descentralización en la formulación de políticas públicas para lograr mayor flexibilidad y adaptabilidad de políticas alternativas de acuerdo con las condiciones locales. El intercambio de información y el aprendizaje mutuo sirven para propiciar puntos de vista comunes de las ONGs respecto de las soluciones técnicas cuando formen asociaciones con organismos del sector público.

Fuente: Bebbington (1991).

desarrollo agrícola? La disponibilidad de datos probablemente sea un factor que limite este tipo de análisis, pero aún las estimaciones voluminosas pueden proporcionar poderosos argumentos (véase, por ejemplo, Behrman, 1992; Immink et al., 1982).

Los estudios de casos pueden mostrar el vínculo entre ciertas medidas de política agrícola y los resultados nutricionales en el nivel local. Los analistas de políticas están quizá mejor dotados para realizar análisis agregados y estimaciones, pero los estudios de casos deben tener la plena participación de los agricultores, las agrupaciones de mujeres y el personal técnico de la organización en el nivel local.

La eficaz difusión de los resultados de los estudios es esencial para el avance de la abogacía de políticas. Para ello los analistas de políticas deberán publicar una síntesis de los diferentes estudios (por ejemplo, Kennedy y Bouis, 1993). Esta forma de difusión, especialmente si se complementa con diálogos y discusiones personales, puede ser eficaz para llegar a las altas autoridades. Pero para llegar a un auditorio más amplio se requiere generalmente un proceso de eliminación de tecnicismos en los resultados de los estudios y el empleo de métodos populares de educación/comunicación con intervención directa de otras personas en el proceso de difusión. Estos materiales pueden transformarse en mensajes educativos difundidos a través de la infraestructura existente: escuelas, iglesias, medios de difusión pública (comunicación social). Estos materiales también pueden aprovecharse para capacitar a los agentes de extensión agrícola y para crear conciencia entre las asociaciones de agricultores y las comunitarias con los agentes de extensión como facilitadores.

2. Establecimiento de campos de interés común para el diálogo sobre políticas entre las diferentes partes

■ **Formación de un consenso nacional**

Es absolutamente necesario introducir el tema de la nutrición en la agenda del desarrollo nacional y comprender claramente el papel que desempeña la agricultura en ese tema. Los esfuerzos de los países para elaborar planes de acción nacionales para la nutrición suelen estar circunscritos a un pequeño grupo de instituciones o individuos del nivel central. Falta a menudo un sentido de pertenencia nacional. Es menester establecer un consenso de base amplia entre los diferentes grupos respecto de las metas, estrategias, medidas concretas de política y también actividades independientes en los niveles local y de base. Las metas de los diferentes grupos no son necesariamente compatibles con las metas nacionales de nutrición, y se requiere, por ende, un proceso de negociaciones reiterativas.

■ **Mecanismos para un diálogo continuo**

- institucionalizar mecanismos para un diálogo continuo entre el personal de las instituciones públicas, ONGs, instituciones del sector privado y organizaciones populares;
- establecer un marco general de políticas que sea flexible, permita adaptaciones múltiples a nivel local y tenga incorporados mecanismos de retroinformación para que, con el tiempo, puedan reformularse medidas de política basadas en las experiencias locales;
- ampliar progresivamente la escala de los proyectos, comenzando por las partes no controversiales de elementos satisfactorios del proyecto; una vez que los componentes de la experiencia piloto muestren resultados positivos, proceder a normalizarlas inmediatamente, sin esperar la evaluación final de toda la experiencia piloto.

3. Abogacía interna de políticas

La abogacía de políticas suele verse como el intento de grupos externos de influir directa o indirectamente en las decisiones políticas de una institución. Probablemente, la formulación de argumentos coherentes previamente descritos en la sección a. estaría a cargo de aquellos que tienen un interés personal o profesional en que las decisiones sobre política agrícola reflejen el interés institucional por contribuir a solucionar los problemas nutricionales. Pero también es posible que un grupo de individuos, dentro del Ministerio de Agricultura (o de otras instituciones del sector agrícola), propicien la reforma de las políticas sectoriales o institucionales. Para ser eficaces, las actividades internas de abogacía de políticas deberán incluir los siguientes procesos:

- sensibilización de personal clave respecto de los problemas de nutrición

137

- establecimiento dentro de la institución de un punto focal para alimentación y nutrición, dotado de personal idóneo
- discusiones dentro de la institución e intercambio de conocimientos e información
- formulación y discusiones de nuevas directrices políticas dentro de la institución.

Tomará la iniciativa el punto focal de alimentación y nutrición o un grupo de personal consciente del problema nutricional. Este grupo se encargará de facilitar el diálogo dentro de la institución, sintetizando las pruebas empíricas disponibles, formulando argumentos coherentes y elaborando directrices de políticas para la discusión. La legitimización del trabajo del grupo puede obtenerse mediante la participación de expertos y analistas de políticas en el grupo de discusión, talleres y seminarios organizados en la institución. El diálogo interno sobre nutrición en el desarrollo agrícola debe institucionalizarse como un proceso continuo que exige que el grupo focal se actualice continuamente y sea la fuente de la última información disponible sobre cuestiones, medidas locales de política, impactos, etc. relacionados con la nutrición. El grupo también debe tener capacidad para emprender estudios oportunos sobre el impacto nutricional de las nuevas iniciativas de política agrícola. Finalmente, el grupo debe establecer y mantener fuertes vínculos con los puntos focales de alimentación y nutrición de otras instituciones y también con investigadores, analistas de políticas, organizaciones no gubernamentales locales y grupos organizados de base.

V. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE BASE AMPLIA EN LAS POLÍTICAS AGRÍCOLAS

La participación es un elemento fundamental de la movilización social. Se refiere no solo a la participación en la adopción de decisiones, sino también al hecho de tomar parte activa en determinadas actividades y de compartir la responsabilidad de esas actividades. Una importante tarea es vincular las iniciativas del nivel local y las actividades participativas con las decisiones sobre políticas agrícolas del nivel central (Thrupp, Cabarle y Zazueta, 1994). Se ha argumentado que en las cuestiones relativas a la seguridad alimentaria deben convergir los aspectos técnicos y sociales, de modo que es lógico que en América Latina se formen fuertes asociaciones entre los ministerios sectoriales y las ONGs orientadas hacia el desarrollo (Arnauld, 1992).

¿Por qué es importante la participación de la población para las medidas de políticas nutricionales y agrícolas?

En sentido amplio, la participación popular efectiva es desarrollo, o sea que es un fin y no solo un medio para alcanzar un fin (Oakley y Marsden, 1984). Se ha demostrado que cuando la población participa directamente en la planificación, ejecución y vigilancia y evaluación de

proyectos del nivel local, éstos tienden a ser más eficaces y sostenibles. Desde el punto de vista del modelo de Korten, la participación popular puede contribuir a producir mejor ajuste entre las necesidades sentidas, las prioridades del grupo beneficiario y los resultados del proyecto (servicios, productos) (Korten, 1984). Al mismo tiempo, la participación popular puede contribuir a llevar a cabo procesos institucionales de aprendizaje, desarrollar la capacidad de las personas (con considerables efectos secundarios), e inculcar un verdadero sentido de pertenencia del proyecto, creando las condiciones para la sostenibilidad.

En sentido estricto, la participación popular puede ayudar a fortalecer los efectos nutricionales de las medidas de política agrícola de varias maneras:

■ Visiones y enfoques holísticos

La población analizará los problemas nutricionales desde un punto de vista holístico y no por interés estrictamente sectorial. Su estimación y análisis se concentra en las causas fundamentales, e identifica la necesidad de soluciones técnicas y la manera adecuada de abordar las restricciones sociales y culturales. La participación popular facilita la coordinación institucional a nivel local para abordar los problemas de nutrición de manera holística y crea condiciones para que las medidas de política de los diferentes sectores sean más compatibles cuando tratan los problemas de nutrición.

■ Incorporación de los conocimientos autóctonos

La población rural posee un considerable caudal de conocimientos sobre prácticas agrícolas adaptadas a la zona y sobre cultivos locales con baja necesidad de insumos, incluidos los cultivos de alimentos autóctonos. Si se toman estos conocimientos autóctonos como punto de partida, pueden desarrollarse, junto con los agricultores y técnicos agrícolas, sistemas que son sumamente eficientes, requieren un mínimo de insumos agroquímicos, tienen plenamente en cuenta las restricciones de la mano de obra familiar, reducen la necesidad de contar con servicios de extensión costosos y son ecológicamente inocuos. Los efectos en la nutrición serían: ingreso familiar más alto, más disponibilidad de alimentos en el hogar, más tiempo disponible para criar a los hijos y menor gasto de energía de las mujeres adultas y los niños.

■ Conocimiento de la comunidad local

La población entiende la dinámica social de las comunidades donde viven. Saben qué familias están expuestas a la inseguridad alimentaria y la desnutrición y comprenden por qué razones. Este conocimiento puede facilitar la formulación y aplicación de medidas concretas con mayor eficacia. La dinámica y organización de la comunidad eliminaría la necesidad de determinar cuáles son los grupos destinatarios de ciertas medidas puesto que se confiaría en un proceso de autodeterminación de la comunidad destinataria. El enfoque selectivo estaría basado en las comunidades y no en las familias, lo cual mejora en general la eficacia en función de los costos (y contribuye, además, a la solidaridad de la comunidad).

■ **Experimentación informal y aprendizaje práctico**

La participación de los agricultores en el desarrollo tecnológico sobre el terreno hace que, en general, tiendan más a aprender y a modificar técnicas sobre la marcha que no se deben descartar si inicialmente no dan el resultado previsto (Recuadro 7). De la misma manera, los pobladores que participan directamente en actividades de planificación y ejecución tenderán más a autoanalizarse en su afán de ser más eficaces.

■ **Efectos multiplicadores**

El conocimiento que la gente adquiere a través de su participación en la estimación y análisis de los problemas alimentarios y nutricionales, la creación de nuevas técnicas o la planificación de determinadas medidas, por ejemplo, se difundirá rápidamente por medio de las redes informales de comunicación con otros agricultores, poblados o vecindarios. Esta transferencia horizontal de conocimientos suele ser mucho más eficaz y reduce la carga de los servicios oficiales de extensión. Cuando esos conocimientos se han adquirido a través de la participación en actividades en marcha, resulta más fácil ampliar y adoptar esas medidas después de adaptarlas a cada caso.

Existen varios factores limitantes de la participación de la población en la planificación, aplicación y evaluación de las medidas de política agrícola (Recuadro 8). Las restricciones institucionales solo pueden superarse si existe un genuino compromiso con este fin que se refleje claramente en las políticas y la actuación institucionales. La descentralización vertical, sin eliminación de las responsabilidades institucionales, puede proporcionar la base para compartir responsabilidades en la implantación de medidas agrícolas a nivel local. Las restricciones en el nivel comunitario deben abordarse mediante la habilitación de los grupos de base, proceso en el cual el sector agrícola puede desempeñar una importante función. Las limitaciones estructurales son mucho más difíciles de abordar y solo pueden eliminarse por medio de procesos democráticos.

La promoción de la participación de base amplia en las medidas de política agrícola presupone estrategias tales como: descentralización institucional, fortalecimiento de la capacidad institucional y fortalecimiento de la capacidad de los grupos de base, a fin de facilitar la vinculación de las iniciativas populares con las decisiones sobre la política agrícola.

A. Descentralización institucional

El objetivo general es crear condiciones institucionales que promuevan el proceso de adopción de decisiones y de aplicación de medidas en el nivel local, a fin de aumentar la eficiencia con que las medidas de política agrícola repercuten en la nutrición por tener más en cuenta las necesidades, prioridades y limitaciones locales.

El grado y los efectos de la descentralización institucional variarán considerablemente, y ésta puede ser horizontal o vertical. La descentralización horizontal tiene aplicación, en el sentido de que los planes de acción nacional para la nutrición tratan de descentralizar la responsabilidad política de las metas nacionales de nutrición entre varios sectores e instituciones (Recuadro 9). La descentralización vertical, específicamente en el Ministerio de Agricultura, facilita la planificación participativa en el nivel local, así como la aplicación de medidas de política, y ofrece mejores oportunidades para vincular las iniciativas de los grupos de base con las decisiones sobre política agrícola. La descentralización vertical se ha caracterizado por tres aspectos (PNUD, 1993):

- **desconcentración:** autonomía administrativa limitada para las oficinas locales, las decisiones más importantes continúan a cargo del nivel central;
- **autorización:** mayor autoridad y facultad decisiva para los administradores del nivel local, pero sus decisiones están sujetas a revisión y revocación por el nivel central;
- **delegación:** facultad decisiva independiente, con plena responsabilidad de los administradores del nivel local en el diseño y la aplicación de medidas de política y en la administración de los recursos institucionales.

La delegación ofrece tal vez la mejor oportunidad para adaptar las medidas de la política agrícola a las condiciones y restricciones del nivel local, ya que implica la descentralización de la prestación de servicios, del poder decisorio intrainstitucional y de la administración de recursos institucionales, evitándose serias contradicciones entre estas tareas. Pero parece que, en realidad, los Ministerios de Agricultura de los países de ALC no van más allá de la etapa de desconcentración. Al mismo tiempo, debe reconocerse que la delegación puede volver a resaltar las disparidades existentes en la capacidad técnica y administrativa de las oficinas locales y, por ende, la falta de equidad regional en la prestación de servicios (cobertura, calidad).

B. Desarrollo de la capacidad institucional

El objetivo general es mejorar la capacidad técnica, administrativa y de organización de las instituciones, para que se conviertan en asociadas eficaces en la planificación, la aplicación, la vigilancia y el análisis de las medidas de política agrícola con objetivos nutricionales. Los siguientes son algunos de los procedimientos concretos:

RECUADRO 7

Tres ejemplos de experimentación provechosa con agricultores en países de América Latina apoyados por la USAID

- Se estaba enseñando a cultivar maní a pequeños agricultores de San Martín Jilotepeque, en Guatemala, cuando por su propia iniciativa comenzaron a intercalar el maní con los frijoles habituales. Como resultado, los frijoles, que maduran más rápidamente que los maníes, se cosecharon antes que estos ocuparan todo el espacio, y la producción fue cincuenta por ciento mayor que la obtenida cuando los maníes se plantaban por separado.
- Los agricultores de Chapare, en Bolivia, empleaban las técnicas tradicionales de corte y quema, y generalmente perdían la mitad de la producción de arroz a causa de las plagas de insectos. Los agentes de extensión recomendaron la aplicación de insecticidas caros y sumamente tóxicos, muy difíciles de encontrar en ese lugar. Un agricultor cuyo arroz no había sufrido mayor daño había estado experimentando por su cuenta por tres años consecutivos. Había mantenido el campo libre de insectos desbrozando los matorrales de manera que el viento circulaba libremente, quemando completamente las malezas y plantando en una cierta fecha. Estos métodos eran de bajo costo y no producían residuos tóxicos.
- El Proyecto El Rosario de WN/ASCORDE/Recursos Naturales, de Honduras, promovió la producción de un tipo de frijol local como abono verde intercalado. Los agricultores encontraron que también podía usarse como abono natural con apreciables ventajas. La pequeña pérdida de fertilidad del suelo causada por el abono verde, que cubría el suelo en lugar de estar enterrado, quedó contrarrestada con creces por los efectos de control de las malezas, el mantenimiento de más humedad en el suelo, la disponibilidad del frijol para consumo humano y el tratamiento más fácil del frijol que se cortaba, en lugar de enterrarlo.

Fuente: Información citada en Reijntjes y Hiemstra (1989).

RECUADRO 8

Factores limitantes de la participación de la población en la planificación, aplicación y evaluación de medidas de política en el nivel local

LIMITACIONES INSTITUCIONALES

- Planificación y ejecución centralizadas
- Falta de coordinación intersectorial
- Soluciones técnicas universales
- Grupos destinatarios predefinidos
- Normas de ejecución predefinidas
- Promoción de relaciones jerárquicas entre técnicos y agricultores
- Necesidad política de mostrar resultados rápidos y positivos

LIMITACIONES A NIVEL DE COMUNIDAD

- Falta de cohesión social
- Liderazgo en manos de la élite
- Falta de organización democrática
- Precedentes de dependencia, participación pasiva, marginalización
- Desplazamiento del conocimiento autóctono
- Falta de acceso a información técnica y económica
- Falta de experiencia en los trámites burocráticos
- Plazos breves

LIMITACIONES ESTRUCTURALES

- Valores y actitudes de base ideológica
- Grupos influyentes económicos y políticos

RECUADRO 9

El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (1995-2000) de la República Dominicana divide el primer nivel de responsabilidad de la aplicación del Plan entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la Secretaría de Estado de Agricultura y el Secretariado Técnico de la Presidencia. El Plan anticipa, además, la participación directa en su aplicación de varios organismos del sector público y del gobierno local, ONGs, compañías privadas y grupos organizados de la comunidad y otras agrupaciones de base. Varios organismos públicos y ONGs participaron en las diversas etapas de la elaboración del Plan. La participación directa en la etapa de planificación estaba encaminada a crear un sentido de propiedad institucional del Plan y a facilitar la coordinación intersectorial de políticas durante su ejecución.

- El aprendizaje dentro de la institución, el cual implica la selección de experiencias piloto representativas para realizarlas en mayor escala y la comprobación en la práctica de las medidas de política agrícola, teniendo en cuenta la diversidad de las limitaciones locales. Las experiencias piloto deberán llevarse a cabo en conglomerados de poblados o en barrios urbanos que formen parte de la estructura administrativa pública existente, creando así oportunidades para la participación directa de las autoridades locales. Se crearán oportunidades e incentivos para que el personal técnico experimente sobre el terreno y prepare informes de progreso para contribuir al aprendizaje general.
- Reestructuración institucional. El examen de la gestión se concentraría en definir las estructuras internas que dan más importancia a los vínculos funcionales entre la adopción de decisiones, el fortalecimiento de la capacidad, la movilización de recursos y la aplicación y análisis de medidas, que al orden jerárquico y las funciones especializadas (Bosnjak, 1990). Deberán ofrecerse incentivos institucionales que promuevan la coordinación horizontal dentro de la institución, por ejemplo, a los agentes de extensión que se ocupan de diferentes aspectos de la producción. Las evaluaciones de desempeño del personal institucional deberán incluir la información suministrada por los usuarios de la institución sobre la eficacia de los servicios prestados, y deberán considerarse oportunidades de capacitación en lugar de opiniones que ponen en tela de juicio la idoneidad del personal.

C. Desarrollo de la capacidad de base

El objetivo general será crear condiciones que permitan que los grupos de base (pequeños agricultores, campesinos pobres sin tierras, agrupaciones de mujeres, pueblos autóctonos, indígenas, consumidores urbanos de bajos ingresos) se transformen en asociados activos en la

144

planificación, la aplicación y el análisis de las medidas agrícolas en el nivel local, basándose en los principios de la autodeterminación y la autosuficiencia.

La planificación y ejecución participativa local en proyectos es una estrategia para superar las limitaciones de la participación en el nivel de comunidad. El personal local de extensión agrícola puede recibir capacitación para ser un eficaz agente de cambio en la resolución de los problemas de nutrición. Para ser asociados eficaces, tanto el personal de extensión como la comunidad deben:

- comprender la situación alimentaria y nutricional de la comunidad y dar prioridad conjunta a estos problemas;
- identificar las limitaciones existentes, sobre todo para abordar los problemas alimentarios y nutricionales de alto grado de prioridad;
- diseñar medidas concretas para abordar los problemas alimentarios y nutricionales de alta prioridad;
- identificar los recursos disponibles a nivel de la comunidad y las necesidades de movilización de recursos externos, asistencia técnica, etc.
- organizarse para llevar a cabo acciones específicas y establecer vínculos institucionales; y
- diseñar un sistema sencillo de vigilancia para convertir ciertas acciones en experiencias de aprendizaje permanente.

Para iniciar el proceso de planificación participativa se requiere seleccionar las comunidades que han de participar. La información y los datos disponibles pueden ayudar a identificar zonas o regiones en las que los problemas de alimentos y nutrición son de proporciones más críticas. Un rápido estudio preliminar del lugar puede ayudar a confirmar la estimación inicial y a identificar las comunidades donde están surgiendo o hay en marcha actividades de autoayuda. Una vez identificadas varias comunidades, los primeros pasos consistirán en: iniciar un diálogo con la comunidad sobre los alimentos y la nutrición, estimular el interés de la comunidad por los problemas alimentarios y nutricionales (comenzando con actividades a pequeña escala y empleando métodos pedagógicos populares), identificar las organizaciones existentes en la comunidad y establecer vínculos con los proyectos en marcha de la comunidad, si los hay (FAO, 1993).

Las instituciones del sector agrícola, en asociación con las ONGs orientadas hacia el desarrollo, también pueden contribuir a la capacitación de los grupos de base y al desarrollo de su capacidad de autodeterminación, incluida la capacidad para negociar eficazmente con otros agentes de cambio. Las siguientes son algunas de las estrategias con ese fin (FAO, 1992):

MS

- transformár las organizaciones populares existentes, como las cooperativas de agricultores, en organizaciones autónomas que no dependen de una institución del gobierno;
- instituir programas de capacitación en liderazgo, técnicas sencillas de planificación, administración de recursos;
- promover la movilización de recursos locales por integrantes de los grupos comunitarios;
- facilitar/proporcionar capacitación técnica especializada a integrantes escogidos por la comunidad;
- acordar jerarquía formal a las organizaciones populares, pero reducir a un mínimo los requisitos para el reconocimiento oficial.

VI. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DE POLÍTICAS

Como se ha recalcado reiteradamente, existen razones fundamentales para la coordinación intersectorial de políticas entre el sector agrícola y otros sectores cuando hay verdadero interés por maximizar el impacto de las acciones de política agrícola sobre la nutrición. Estas razones se basan en los vínculos existentes entre la agricultura y la nutrición y en el hecho de que los problemas de nutrición tienen causalidades multifacéticas y requieren a menudo múltiples y simultáneas medidas de política a fin de lograr el efecto esperado. Lo que diferirá entre los grupos de población prioritarios es el peso relativo que se dará, en un momento dado, a las estrategias alimentarias y no alimentarias, así como la secuencia de las diferentes estrategias.

La descentralización horizontal entre las instituciones que han de intervenir en la solución de los problemas de nutrición es una manera de movilizar una participación sectorial más amplia, pero da lugar a que se necesite más coordinación intersectorial. Los esfuerzos nacionales en la Región de ALC para promover esa coordinación intersectorial a través de consejos autónomos de alimentación y nutrición, o una unidad de planificación alimentaria y nutricional en la oficina central de planificación o en la oficina de la presidencia, debe examinarse cuidadosamente para evaluar su eficacia. Las experiencias nacionales tienden a diferir con respecto a estos modelos. La separación del proceso de toma de decisiones y de la planificación y aplicación de acciones en estos modelos puede ser un serio inconveniente. Un pequeño, pero fuerte, punto focal de alimentación y nutrición en el Ministerio de Agricultura quizá ofrezca una buena oportunidad, no solo para la abogacía interna de las políticas, sino también para fortalecer el flujo interinstitucional de comunicación.

La aplicación de la planificación y las medidas multisectoriales focalizadas en una zona es generalmente una buena estrategia para promover la coordinación intersectorial en el nivel local. En primer lugar, se reconoce de esta manera la naturaleza multifacética de los problemas de nutrición y los efectos posiblemente sinérgicos de las medidas de políticas multisectoriales que producen resultados positivos en lo que a eficiencia se refiere. En segundo lugar, las medidas de política pueden adaptarse de acuerdo con las limitaciones locales. En tercer lugar, facilita la selección del grupo destinatario de acuerdo con la comunidad, puesto que se hallan involucradas zonas de alta prioridad. Cuarto, facilita la participación de base amplia y la movilización. Por último, facilita la comunicación interinstitucional y la acción colectiva, especialmente en conjunción con la reestructuración interinstitucional y los procesos de aprendizaje institucionalizados. Con un sector agrícola firmemente consagrado a las metas nacionales de nutrición, el Ministerio de Agricultura puede convertirse en el organismo líder de la planificación de la nutrición focalizada en la zona rural.

VII. CONCLUSIONES

Los esfuerzos por incorporar la nutrición en las decisiones y medidas de las políticas agrícolas presuponen la creación de una demanda social y, finalmente política, de una mejor nutrición por una parte, y de una capacidad técnica, orgánica e institucional por otra, para responder eficazmente a esa demanda mediante estrategias y medidas alimentarias en los niveles central, local y comunitario. Muchos pueden considerar que la nutrición es un campo técnico con conceptos, jerga y métodos científicos propios. Los alimentos, por otra parte, no son una cuestión técnica, sino algo muy real para todos los integrantes de la sociedad. Y para los agrónomos, los alimentos representan plantas y animales. De modo que, cuando se trata de movilizar a diferentes actores, sería mucho más fácil enfocar la nutrición desde el punto de vista de los alimentos que desde el de la salud. Sin embargo, lo común es que la nutrición se vea como un campo de interés del sector salud solamente. En la labor de abogacía de políticas, es fundamental comprender claramente las relaciones mutuas entre la agricultura y la nutrición: una mejor nutrición no es solo un logro social deseable, sino una inversión económica que contribuye al desarrollo agrícola.

Varios sectores y grupos de personas participan directamente en los problemas alimentarios y nutricionales puestos de relieve en el presente documento. Los grupos que intervienen en las decisiones y medidas de política agrícola tienen una función precisa que desempeñar, ya sea en relación con la inseguridad alimentaria familiar, la elevada prevalencia de carencias de micronutrientes o la alta incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con el régimen de alimentación. Es menester contar con una eficaz coordinación intersectorial de políticas en los niveles central, local y comunitario, para poder abordar los problemas alimentarios y nutricionales de manera holística. En la práctica, sin embargo, la coordinación intersectorial de políticas suele fallar en el nivel central. En el nivel local las asociaciones entre diferentes grupos, incluidas las comunidades y las organizaciones populares, ofrecen a menudo mejores oportunidades para las medidas holísticas tendientes a combatir la desnutrición. Para que esas

asociaciones resulten eficaces, se requieren reformas institucionales y el fortalecimiento de la capacidad de los grupos de base que vaya más allá del conocimiento de los alimentos y la nutrición.

Desde una amplia perspectiva intersectorial, es probable que también haya que hacer concesiones recíprocas. La pregunta general respecto de las políticas es: ¿qué acciones o qué combinaciones de acciones de política sectorial combatirán el problema con la máxima eficiencia y ofrecerán las mejores opciones para alcanzar las metas nacionales de nutrición? Por ejemplo, las medidas de política agrícola para combatir la carencia de micronutrientes se concentran en modificar la ingesta alimentaria de los grupos vulnerables de población. Otras medidas de política alternativas que "residen" en otros sectores son: la suplementación (salud), enriquecimiento de alimentos (industria y comercio) y las acciones de salud pública para reducir la incidencia de enfermedades infecciosas, inclusive medidas para garantizar la inocuidad de los alimentos. Estas acciones de política pueden compararse en función de la complementación de programas, la eficacia en función de los costos y la sostenibilidad (Recuadro 10). Estas dos últimas son especialmente pertinentes al considerar alternativas de políticas, aun cuando las consideraciones relativas a la equidad y la replicabilidad local también son importantes.

Los países de la Región de ALC apoyados por la USAID se hallan en etapas diversas de preparación de los respectivos planes nacionales de acción para la nutrición. Debe reconocerse que también varían de un país a otro la voluntad política y la participación activa de los distintos sectores en la preparación de estos planes nacionales. El hecho de que la desnutrición sea un reflejo de extensos problemas sociales, económicos e institucionales y, por ende, de que la aplicación de soluciones eficaces requiera la participación multisectorial en la planificación, la ejecución y la vigilancia, no se ha difundido suficientemente como instrumento de movilización.

Algunos países han preparado "planes nacionales de acción en alimentación y nutrición" enfatizando la necesidad de contar con la participación de otros sectores además del de salud. Las actividades de planificación, inclusive el establecimiento de metas de nutrición y poblaciones objetivo siguen estando muy centralizadas y restringidas, como resultado de estructuras institucionales de arriba hacia abajo. En la preparación y aplicación de un plan nacional de acción para la nutrición que contribuya de manera eficaz y sostenible a la solución de los problemas alimentarios y nutricionales, se requiere mucho más que la mera formulación de limitadas alternativas políticas sectoriales. Es de esperar que las ideas presentadas en este documento contribuyan a poner en práctica un proceso de análisis a fondo y de aprendizaje de parte de los diferentes grupos, en los niveles comunitario, local y central, de manera que todos estos grupos e instituciones tomen plena posesión del plan nacional de acción para la nutrición y lo conviertan en un eficaz instrumento de trabajo.

Desde el principio afirmamos que este documento no pretende suministrar recetas para la incorporación de metas y estrategias alimentarias y nutricionales en las decisiones y medidas de política agrícola. La intención, en cambio, es proporcionar directrices metodológicas y

RECUADRO 10

COMPLEMENTACIÓN Y VÍNCULOS DE LOS PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN DE CARENCIAS DE MICRONUTRIENTES

PROGRAMAS	Programa complementario	Costo-eficacia	Sostenibilidad
A. Modificación de la dieta	Hierro XXX	XX	XXX
	Vitamina A XXX	XX	XXX
B. Suplementación (para ciertos grupos)	Hierro XXX	XX	X
	Vitamina A XX	XX	XX
C. Fortificación de alimentos	Hierro X	XXX	XXX
	Vitamina A X	XXX	XXX
D. Medidas sanitarias (control de diarreas; control de infecciones/infestaciones)	Hierro XX	XX	XXX
	Vitamina A X	XX	XX

xxx = fuerte

x = débil

Fuente: OMS (1994).

operacionales. Gran parte del material se presenta sin referirse a ningún país específico ni a ninguna localidad específica. La utilidad de esta Guía depende mucho de que los diferentes actores que participan en la formulación y aplicación de medidas de política agrícola encuentren que las ideas aquí presentadas son pertinentes y apropiadas para su labor cotidiana. Las "pruebas" a que se someta este proyecto de guía en los países en diferentes entornos pueden contribuir a: a) perfeccionar y enriquecer estas directrices al aplicar algunas de las ideas presentadas a través de aprendizaje práctico, y b) a generar ejemplos concretos adicionales que ilustren más ampliamente los puntos más destacados. Los estudios de casos que analicen retrospectivamente los procesos en los cuales las estrategias y políticas del sector agrícola adoptaron o no objetivos nutricionales, también pueden aportar importantes lecciones y verificar estas directrices en la práctica.

149

VIII. REFERENCIAS

ACG/SCN. 1994. Controlling Vitamin A Deficiency. Nutrition Policy Discussion Paper No. 14. Ginebra.

Arnauld, Jacques, 1992. Sécurité alimentaire des familles: Rôle des ONGS en Amérique latine. Food, Nutrition and Agriculture 4(2): 25 - 31.

Barham, Bradford, Mary Clark, Elizabeth Katz y Rachel Schurman. 1992. Nontraditional agricultural exports in Latin America. Latin American Research Review 27(2): 43 - 82.

Bebbington, Tony, 1991. Planning rural development in local organisations in the Andes: What role for regional and national scaling up? BRA Notes Número 11, Londres, Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo.

Behrman, Jere. 1992. The Economic Rationale for Investing in Nutrition in Developing Countries. Washington, D.C., USAID.

Behrman, Jere, B. Wolfe y D. Blau, 1985. Human capital and earnings distribution in a developing country: The case of prerevolutionary Nicaragua. Economic Development and Cultural Change 34: 1 - 30.

Binswanger, Hans y Joachim von Braun, 1991. Technological change and commercialization of agriculture: The effect on the poor. World Bank Research Observer 6(1): 57 - 80.

Bosnjak, Vesna, 1990. Area-Based Programming in the 1990's. Nueva York, UNICEF (documento mimeografiado).

Bouis, Howarth E. 1994. Agricultural Technology and Food Policy to Combat Iron Deficiency in Developing Countries. FCND Discussion Paper No. 1 Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos (documento mimeografiado).

Buchanan-Smith, Margaret. 1993. Innovations toward rapid and participatory rural appraisal. En: von Braun, Joachim y Detlev Puetz (eds.). Data Needs for Food Policy in Developing Countries. New Directions for Household Surveys. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

von Braun, Joachim y Eileen Kennedy (eds.), 1994. Agricultural Commercialization, Economic Development, and Nutrition. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

von Braun, Joachim, 1993. Overview and synthesis. En: von Braun, Joachim y Detlev Puetz (eds.) Data Needs for Food Policy in Developing Countries: New Directions for Household Surveys. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

von Braun, Joachim, Dávid Hotchkiss y Maarten Imming, 1989. Nontraditional Export Crops in Guatemala: Effects on Production, Income and Nutrition. Research Report No. 73, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

von Braun, Joachim y Eileen Kennedy, 1986. Commercialization of Subsistence Agriculture: Income and Nutritional Effects in Developing Countries. Working Papers on Commercialization of Agriculture and Nutrition No. 1. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

Broca, Sumiter y Peter Oram. 1991. Study on the Location of the Poor. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos (documento mimeografiado).

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1993. Food, Nutrition and Health in the Caribbean. A Time for Re-examination. Kingston, Jamaica (documento mimeografiado).

Chambers, Robert, Arnold Pacey y Lori Ann Thrupp (eds.). 1989. Farmer First. Farmer Innovation and Agricultural Research. Londres, Intermediate Technology Publications.

Delgado, Hernán L. 1995. Seguridad Alimentaria Nutricional en Hogares Rurales y Urbanos. Experiencias de la Región Centroamericana. Documento presentado en el Taller IFPRI/CIAT/IICA "Una visión de la Alimentación, la Agricultura y el Medio Ambiente en América Latina en 2020", Cali, Colombia.

DeWalt, Kathleen M. 1993. The Food Security and Nutritional Impacts of Non-Traditional Agricultural Exports in Latin America. Washington, D.C., International Science and Technology Institute.

Dewey, Kathryn, G. 1981. Nutritional consequences of the transformation from subsistence to commercial agriculture in Tabasco, Mexico. Human Ecology 9: 151 - 187.

Fernández, María E. y Hugo Salvatierra. 1989. Participatory technology validation in highland communities of Peru. En: Chambers, Robert, Arnold Pacey y Lori Ann Thrupp (eds.) Farmer First. Farmer Innovation and Agricultural Research. Londres, Intermediate Technology Publications.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 1994. Food Supply Indicators for American Countries: 1961 - 1990. Roma.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 1993. Guidelines for Participatory Nutrition Projects. Roma.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 1992. Participación Popular en el Desarrollo Rural. El Plan de Acción de la FAO. Roma.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 1982. The State of Food and Agriculture. Roma.

Frankenberger, Timothy R. 1992. Indicators and data collection methods for assessing household food security. En: Maxwell, Simon y Timothy R. Frankenberger (eds.). Household Food Security Concepts, Indicators and Measurements. A Technical Review. Nueva York y Roma, UNICEF e IFAD.

García Alvarez-Coque, José María y Romeo M. Bautista, 1994. Sources of EC horticultural import growth from developing countries. Agricultural Economics 10: 125 - 141.

Haddad, Lawrence, Joan Sullivan y Eileen Kennedy, 1992. Identification and Evaluation of Alternative Indicators of Food and Nutrition Security: Some Conceptual Issues and An Analysis of Extant Data. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos (documento mimeografiado).

Immink, Maarten D.C. y Jorge A. Alarcón. 1992. Household food security and crop diversification among smallholder farmers in Guatemala. Can maize and beans save the day? Food, Nutrition and Agriculture 4(2): 32 - 41.

Immink, Maarten D.C. y Jorge A. Alarcón, 1991. Household food security, nutrition and crop diversification among smallholder farmers in the Highlands of Guatemala. Ecology of Food and Nutrition 25(4): 283 - 305.

Immink, Maarten D.C., Fernando E. Viteri y Ronald W. Helms. 1982. Energy intake over the life cycle and human capital formation in Guatemalan sugarcane cutters. Economic Development and Cultural Change 30(2): 351 - 372.

Oficina Internacional del Trabajo (ILO). 1993. The Incidence of Poverty in Developing Countries. An ILO Compendium of Data. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo.

Kennedy, Eileen y Ellen Payongayong. 1991. Agriculture/Nutrition Linkages. Informe final a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos (documento mimeografiado).

Kennedy, Eileen y Howarth E. Bouis. 1993. Linkages between Agriculture and Nutrition. Implications for Policy and Research. Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

Korten, David C. 1984. Rural development programming: The learning process approach. En: Korten, David C. y Rudi Klaus (eds.). People-Centered Development. Contributions toward Theory and Planning Farmeworks. West Hartford, CT., Kumarian Press.

Latham, Michael C. 1993. The relationship of nutrition to productivity and well-being of workers. En: Pinstруп-Andersen, Per (ed.). The Political Economy of Food and Nutrition Policies. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.

Ling, Jack y Anthony Hewett. 1992. Social Mobilization: A Process Model based on UNICEF's Experience. Documento presentado en la Convención Anual de la Asociación Internacional de Comunicaciones de 1992. Miami (documento mimeografiado).

Maxwell, Simon y Marisol Smith. 1992. Household food security: A conceptual review. En: Maxwell, Simon y Timothy R. Frankenberger (eds.) Household Food Security: Concepts, Indicators, Measurements. A Technical Review. Nueva York y Roma: UNICEF e IFAD.

Maxwell, Simon. 1989. Rapid food security assessment: A pilot exercise in Sudan. RRA Notes No. 5. Londres, Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo.

Mebrahtu, Saba, David Pelletier y Per Pinstруп-Andersen. 1995. Agriculture and nutrition. En: Pinstруп-Andersen, Per, David Pelletier y Harold Alderman (eds.). Child Growth and Nutrition in Developing Countries. Priorities for Action. Ithaca, Nueva York, Cornell University Press.

Mendizábal, Ana Beatriz y Juergen Weller. 1992. Exportaciones Agrícolas No Tradicionales del Istmo Centroamericano. Promesa o Espejismo? Panamá, CADESCA - PREALC/OIT.

Niñez, Vera. 1985. Working at half-potential: Constructive analysis of home garden programmes in the Lima slums with suggestions for an alternative approach. Food and Nutrition Bulletin 7(3): 6 - 14.

Norse, David. 1985. Nutritional implications of resource policies and technological change. En: Biswas, Margaret y Per Pinstруп-Andersen (eds.). Nutrition and Development. Oxford, Oxford University Press/United Nations University.

Oakley, Peter y David Marsden, 1984. Approaches to Participation in Rural Development. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo.

Pinstруп-Andersen, Per, Sarah Burger, Jean Pierre Habicht y Kay Peterson, 1991. Protein-energy Malnutrition. World Bank Health sector Priorities Review, Washington, D.C. (documento mimeografiado).

Pinstруп-Andersen, Per, 1990. Agricultural research and nutrition. Food policy, 15(6): 475 - 478.

153

Pinstrup-Andersen, Per. 1985. The impact of export crop production on human nutrition. En: Biswas, Margaret y Per Pinstrup-Andersen (eds.) Nutrition and Development. Oxford. Oxford University Press/United Nations University.

Pollitt, Ernesto. 1990. Malnutrition and Infection in the Classroom. París. UNESCO.

Reijntjes, Coen y Wim Hiemstra. 1989. Farmer experimentation and communication. ILEIA Newsletter 5(1): 3 - 6.

Scherr, Sara J. y Stephen A. Vosti. 1993. Household data needs for food policy: Toward criteria for choice of approaches. En: von Braun, Joachim y Detlev Puetz (eds.). Data Needs for Food Policy in Developing Countries. New Directions for Household Surveys. Washington, D.C. Instituto Internacional de Investigaciones de Políticas sobre los Alimentos.

Scobie, Grant M. y R.T. Posada. 1977. The Impact of High-Yielding Rice Varieties in Latin America. Cali, Colombia, Centro Internacional de Agricultura Tropical.

Selowsky, Marcelo y Lance Taylor. 1973. The economics of malnourished children: An example of disinvestment in human capital. Economic Development and Cultural Change 22: 17 - 30.

Smit, Jac, Annu Ratta y Joe Nasr. 1995. Urban Agriculture: Food, Jobs and Sustainable Cities (próximo a aparecer).

Smit, Jac y Joe Nasr, 1992. Urban agriculture for sustainable cities: Using wastes and idle land and water bodies as resources. Environment and Urbanization 4 (2): 141 - 151.

Spurr, G.B., M. Barac-Nieto y M.G. Maksud. 1977. Productivity and maximal oxygen consumption sugar cane cutters. Am. J. of Clinical Nutrition 30: 316 - 321.

Strauss, John, 1993. the impact of improved nutrition on labor productivity and human resource development: An economic perspective. En: Pinstrup-Andersen, Per (ed.): The Political Economy of food and Nutrition Policies. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Tripp, Robert. 1990. Does nutrition have a place in agricultural research? Food Policy. 15(6): 467 - 474.

Thrupp, Lori Ann, Bruce Cabarle y Aaron Zazueta. 1994. Participatory methods and political processes: Linking grassroots actions to policy-making for sustainable development in Latin America. En: Scoones, Ian y John Thompson (eds.). Beyond Farmer First. Rural People's Knowledge, Agricultural Research and Extension Practice. Londres, Intermediate Technology Publications.

Viteri, Fernando E. y Benjamín Torún. 1974. Anemia and physical work capacity. Yearbook of Physical Anthropology 3: 609 - 626.

Viteri, Fernando E. 1971. Considerations on the effect of nutrition on the body composition and physical working capacity of young Guatemalan adults. En: Scrimshaw, Nevin S. y A.M. Altschul (eds.) Amino Acid Fortification of Protein Foods. Cambridge, Mass. MIT Press.

UNICEF. 1994. The Urban Poor and Household Food Security. Policy and Project Lessons of how Governments and the Urban Poor Attempt to Deal with Household Food Insecurity, Poor Health and Malnutrition. Urban Examples Vol. No. 19, Nueva York.

UNICEF. 1993. Review and Analysis of National Programs of Action as They Relate to Nutrition. Nueva York.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 1993. Human Development Report 1993. Nueva York, Oxford University Press.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. 1994. Harvest of Progress. A Quiet Revolution in Latin American and Caribbean Agriculture. Washington, D.C.

Weller, Juergen, 1992. Las Exportaciones Agrícolas No Tradicionales en Costa Rica, Honduras y Panamá: La Generación de Empleo e Ingresos y Las Perspectivas de los Pequeños Productores. Santiago, Chile, PREALC/OIT.

OMS/UNICEF. 1994. Indicators for Assessing Vitamin A Deficiency and their Application in Monitoring and Evaluating Intervention Programmes (versión analítica, mayo de 1994). Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994, Report of the WHO/UNICEF/UNU Consultation on Indicators and Strategies for Iron Deficiency and Anaemia Programmes. (Ginebra, 6-10 de diciembre de 1993). Ginebra (documento mimeografiado).

**PAUTAS PARA POLÍTICAS SECTORIALES DE ALIMENTACIÓN Y
NUTRICIÓN EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

POLÍTICAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EDUCACIÓN

Septiembre de 1995

*Preparado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
Internacional en virtud del Contrato No LAC-0657-C-00-0051-00, Proyecto
de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science & Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814*

156

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS Y LA NUTRICIÓN	2
A. Efectos de los niveles de educación en la nutrición	2
B. Efectos de la nutrición en la educación	3
C. Complementariedad de la educación y la nutrición	5
III. INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN EDUCACIÓN	5
IV. BASES PARA LA INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS	8
A. El sistema educativo en América Latina	8
1. Educación preescolar	8
2. Eficiencia de las inversiones en educación preescolar y nutrición	10
3. Educación primaria	11
B. Tendencias actuales en la política educativa	17
V. CONCLUSIONES	19
VI. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	20
A. Recomendaciones generales	20
B. Recomendaciones específicas	23
VII. REFERENCIAS	27

I. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta una visión general sobre la situación actual de la educación básica en América Latina y recoge los diversos análisis que señalan la relación que existe entre ésta y el estado nutricional y de salud de la población. Igualmente, se examinan los factores nutricionales que inciden sobre las posibilidades de aprender de los niños y se presentan algunas lecciones que se han derivado de programas de mejoramiento de la nutrición desde las escuelas. Con esta presentación se pretende dar a los formuladores de decisiones en los campos de educación y salud, elementos para el diálogo y la orientación de las políticas en el desarrollo de programas integrales en estas dos importantes esferas. El documento fue preparado originalmente por Claudia Uribe, consultora de USAID/LAC HNS, y sometido a revisión por los participantes en dos talleres subregionales sobre Políticas y Planes de Acción en Alimentación y Nutrición efectuados en San José (Costa Rica) y en Santa Cruz (Bolivia) en julio de 1995, quienes eran funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Salud, Agricultura y Educación de veinte países de América Latina y el Caribe. En la presente versión revisada se han incorporado los aportes, sugerencias y recomendaciones emanados de dichos talleres.

A pesar de los avances conseguidos en materia de nutrición en América Latina, el hambre y la desnutrición siguen siendo un problema importante en varios países de la región. El crecimiento de la pobreza absoluta en la década de los años ochenta, contribuyó a aumentar la inseguridad alimentaria de numerosas familias y en especial de sus hijos más pequeños. Se estima que alrededor de 5,7 millones de niños menores de 5 años en la región sufren de desnutrición moderada-a-severa, lo que equivale al 11,3% de este grupo de edad (Mora y Wickham, 1994). Numerosos estudios sugieren una relación entre el nivel de escolaridad y la tasa de desnutrición, de manera que aunque la pobreza es una causa estructural y subyacente de la desnutrición, la educación se presenta como un factor poderoso en la lucha contra este flagelo.

Los países de la región, sin embargo, presentan bajos niveles de calidad y eficiencia en sus sistemas educativos que se manifiestan en elevadas tasas de repitencia y deserción, así como en un bajo rendimiento en los aprendizajes básicos. Esta situación genera un inmenso desperdicio de recursos, y un límite al potencial de los sistemas educativos para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida. El panorama es especialmente crítico para las poblaciones más pobres y marginales, entre las que se encuentran las mujeres y las poblaciones indígenas.

La ampliación de las posibilidades de acceso a la educación primaria en la mayoría de los países de América Latina, ha permitido que la mayor parte de los niños de la región ingresen al sistema. El reto para los próximos años es garantizar que los niños permanezcan en el sistema educativo hasta completar al menos el ciclo de educación básica, para que adquieran el aprendizaje necesario a fin de participar en el desarrollo de sus países en condiciones de equidad. Para que esta meta sea posible, las políticas educativas deberán dirigirse a superar las barreras que tradicionalmente han marginado de las oportunidades de aprender a las poblaciones más vulnerables. Los sistemas educativos deberán impulsar acciones tendientes tanto a mejorar los insumos y procesos que se dan dentro de la escuela, como aquellas que conlleven a mejorar la capacidad que tienen los niños para aprender cuando ingresan al sistema. Dentro de estas últimas, las más importantes son las enfocadas a mejorar el estado nutricional y de desarrollo del niño.

A raíz del deterioro de los indicadores de desarrollo humano en varios países de la región durante la década de los años ochenta, se generó un renovado compromiso de los gobiernos para la inversión social. La destinación de recursos para los campos de salud, nutrición y educación, considerada tradicionalmente como "gasto social", empieza a ser entendida como una "inversión" necesaria para el desarrollo, la productividad y la competitividad de los sistemas económicos latinoamericanos dentro del panorama internacional. Al mismo tiempo, la Conferencia de Jomtien de Educación para Todos, comprometió a los gobiernos con metas de mejoramiento de los indicadores educativos para antes de finalizar el siglo. Esta coyuntura permite mirar el futuro con mayor optimismo, y diseñar políticas desde una perspectiva intersectorial, que redunden en el mejoramiento de las condiciones de los más pobres.

II. RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS Y LA NUTRICIÓN

En esta sección se examinan los efectos que tiene la educación sobre los niveles nutricionales y cómo éstos a su vez la afectan.

A. Efectos de los niveles de educación en la nutrición

Existe amplia evidencia de la estrecha relación entre el nivel de escolaridad y los indicadores de desarrollo humano. Estos vínculos han sido documentados como intra e intergeneracionales. Entre los intergeneracionales, la investigación ha señalado la relación positiva entre el nivel educativo de los padres, especialmente el de la madre, y los niveles de salud y nutrición de sus hijos. Como lo señala Levinger, es más probable que una madre con solo unos pocos años de escolaridad brinde a sus hijos el cuidado y la estimulación necesarios para el desarrollo temprano adecuado, a que lo haga una madre que no ha tenido ningún tipo de educación formal. Un estudio encontró que un solo año de educación de la madre está asociado con una disminución de 9% en la mortalidad infantil. En el Africa se calcula que un aumento de un punto en el porcentaje de alfabetismo está asociado a dos años de incremento en la expectativa de vida (Cochrane, citado por Levinger, 1994).

Asimismo, con relación al efecto intrageneracional, se ha documentado cómo la educación formal actúa como un poderoso determinante en múltiples aspectos. Los individuos que han terminado la primaria, tienden a tener mayores ingresos, actitudes más modernas y menores índices de fecundidad, así como un mejor estado de salud y nutrición en comparación con las personas con menos años de escolaridad (Levinger, 1994; Lockheed y Vespoor, 1991).

Estas relaciones entre la educación y los precursores del desarrollo son especialmente importantes respecto a la escolaridad de las mujeres, como se desarrollará en la sección sobre este tema.

B. Efectos de la nutrición en la educación

Los puntos que se señalan a continuación resumen las conclusiones de diversos estudios realizados internacionalmente sobre los efectos que tienen los niveles nutricionales en la capacidad de los niños para aprender.

- Mejorando la salud y la nutrición los niños mejoran su capacidad para aprender.

La nutrición y la salud en los primeros años tienen efectos marcados sobre el rendimiento escolar. La capacidad del niño para aprender está estrechamente relacionada con su desarrollo físico, sus aptitudes y su motivación. Estas características pueden verse limitadas por la desnutrición y la mala salud en los primeros años. El desarrollo cognoscitivo del niño, su capacidad de concentración y atención, así como su comportamiento exploratorio, son aspectos que inciden en el aprendizaje y que se ven afectados negativamente por una mala nutrición. El hambre y el ayuno se relacionan también con un bajo rendimiento escolar. La mala nutrición y los problemas de salud durante la vida escolar incrementan las consecuencias negativas que trae una temprana desnutrición (Pollitt, 1984).

Nueve estudios revisados por Pollitt, registran una asociación significativa entre el estado nutricional y los resultados en pruebas de rendimiento escolar en la China, Guatemala, la India, Kenia, Nepal, las Filipinas y Tailandia. A su vez, un estudio en Kenia mostró que los niños bien nutridos tenían mejores resultados de comprensión verbal e inteligencia que los desnutridos (Pollitt, 1990; Sigman y otros, 1989, citados en Lockheed y Verspoor, 1991).

Si bien los diferentes estudios realizados no permiten afirmar que un niño desnutrido no pueda desarrollar las aptitudes necesarias para el aprendizaje escolar, la desnutrición sí se constituye en una condición de desventaja y alto riesgo, especialmente cuando la acompañan condiciones socioeconómicas adversas (Pollitt, 1990).

- Controlando por habilidad, estado socioeconómico, calidad escolar y habilidad del maestro, los niños desnutridos tienen un rendimiento escolar menor que sus compañeros.

En las Filipinas un estudio mostró resultados similares a los anteriormente señalados sobre los efectos de la desnutrición, controlando por ingreso familiar, calidad de la institución escolar, habilidad del profesor y habilidad mental (Lockheed y Verspoor, 1991).

- El hambre interfiere en la concentración y la capacidad de atención de los niños. Los estudios han señalado la relación positiva que existe entre los programas de alimentación y el rendimiento escolar.

El estudio de Sigman y otros en Kenia, mostró que las niñas bien nutridas estaban más atentas durante la clase que las desnutridas. El estudio de Pollitt mostró que los niños que sufren hambre temporal, por falta de desayuno, se distraían más fácilmente en su trabajo escolar que los que estaban bien alimentados. En Jamaica, una evaluación mostró cómo la provisión de desayunos

por parte de las escuelas contribuyó significativamente a mejorar la asistencia y los logros en matemáticas, pero no en ortografía (Citados por Lockheed y Verspoor, 1991).

Un estudio realizado en Las Antillas examinó el efecto del ayuno en un grupo de niños severamente desnutridos, comparado con otro de niños bien nutridos. Los niños desnutridos se afectaron más por la falta del desayuno, como se pudo establecer en las pruebas que se les aplicaron. Este estudio sugiere que en situaciones en las que los recursos son limitados, los programas de suplementos alimentarios deben focalizarse en los niños que presentan señales de desnutrición. (Simeon & Grantham-Mc Gregor, 1989).

- **Básicamente tres micronutrientes afectan el logro escolar: yodo, hierro y vitamina A.**

Un estudio realizado en Bolivia en niños con bocio endémico señaló el efecto positivo de la administración de yodo en la mejora del desempeño mental (Bautista y otros, 1982; en Lockheed y Verspoor, 1991). Asimismo, un estudio hecho en Indonesia mostró diferencias significativas en la habilidad mental y psicomotora de niños entre los 9 y 12 años relacionadas con deficiencias de yodo. (Bleichrodt y otros, 1980 en Lockheed y Verspoor, 1991). En un estudio realizado en Java se mostró la relación que hay entre las deficiencias de yodo y los problemas de concentración, percepción y destreza (Querido y otros, 1974 en Lockheed y Verspoor, 1991).

El cuadro 1 resume los efectos de las principales deficiencias nutricionales en el rendimiento escolar.

CUADRO 1
Efectos de la nutrición en el desempeño escolar

Estado nutricional	Causa	Efecto
Deficiencia proteínica	Dieta deficiente y pobreza	Ausentismo escolar. Matrícula reducida.
Hambre temporal	Falta de desayuno	Falta de concentración y atención. Bajo rendimiento escolar.
Deficiencia de micronutrientes	Dieta deficiente	Disminución en el desempeño mental, períodos cortos de atención, ceguera vinculada con la desnutrición, bajo crecimiento.

Fuente: McGinn, N. y Borden, A. 1993: 212

Las deficiencias de hierro se han encontrado asociadas con problemas de atención y aprendizaje (Pollitt, 1980), dificultades en los procesos cognitivos superiores (Popkin y Lim-Ybáñez, 1982) y limitaciones en la motivación para persistir en tareas retadoras (Pollitt y otros, 1989; Lockheed

161

y Verspoor, 1991). Asimismo, en la India y en Indonesia se ha podido demostrar que la suplementación con hierro mejora significativamente el funcionamiento cognoscitivo y la capacidad de aprendizaje de los niños de edad preescolar y escolar (Seshadri & Gopaldas, 1989; Soemantri, 1989).

La deficiencia de vitamina A aumenta el riesgo de enfermedad, lo cual incide en el ausentismo escolar, y puede conducir a alteraciones oculares que afectan la visión. También puede afectar el crecimiento y desarrollo, incluyendo el cerebral (Lockheed y Verspoor, 1991).

C. Complementariedad de la educación y la nutrición

Como lo señala el UNICEF, los campos de salud, educación y nutrición de la niñez no están jerarquizados y deben abordarse en forma integral. Estos campos se interrelacionan y afectan mutuamente. Unas condiciones adecuadas de salubridad en el hábitat, influyen positivamente en la salud y nutrición. Estas, a su vez, promueven la capacidad física y mental para el aprendizaje, la participación social y la obtención de empleos productivos, que finalmente permiten mejorar el bienestar familiar. Asimismo, los programas nutricionales son más eficaces cuando se combinan con cuidados en salud y cuando se proporciona estimulación intelectual. Los factores sociales y económicos que conducen a la desnutrición están asociados con la salud en general y el ambiente de desarrollo intelectual del niño. Los efectos amplios que se derivan de la pobreza solo se sobrepone con un enfoque integral (UNICEF, 1992).

III. INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN Y VIGILANCIA DE POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN EDUCACIÓN

Dada la heterogeneidad de las poblaciones y la inequidad en la distribución de los recursos en América Latina, los sistemas de información adecuados son indispensables para focalizar y dirigir los recursos hacia las poblaciones más vulnerables. Durante los años ochenta, a tiempo que se mejoraron los sistemas de información sobre variables económicas, hubo un deterioro en los de recolección, registro y divulgación de información correspondiente a la esfera socio-demográfica, incluso salud y educación. Debido a la distribución inequitativa de los ingresos que caracteriza a la región, la información económica global no es suficiente para evaluar la situación real en que se encuentran grandes sectores de la población. El estado de la información sociodemográfica de la región se caracteriza en la mayor parte de los países por la falta de oportunidad y la heterogeneidad en la calidad de los datos. En la mayor parte de los países hay tres tipos de fuentes de información (UNICEF, 1994).

Los censos de población y los escolares. Se realizan, en promedio, cada diez años y permiten establecer puntos de referencia para definir campos prioritarios para la formulación de políticas sociales. El desarrollo de los distintos modelos estadísticos permite la utilización de los datos recolectados en los censos con el fin de establecer bases de datos para sistemas de seguimiento y evaluación.

Los registros administrativos. Estos registros tienen la ventaja de ser económicos, ya que los usuarios suministran la información en forma directa al hacer uso de los servicios, y son útiles especialmente para recolectar información sobre estadísticas vitales, servicios de salud, vacunación y educación. Entre los problemas que tiene este sistema de recolección de información se puede mencionar el tiempo requerido para agregar y procesar la información, así como el subregistro y la exclusión de las poblaciones no usuarias de los servicios.

CUADRO 2
Situación de los censos y los registros administrativos en América Latina y el Caribe

País	Censos de población			Registros Administrativos				
	> 10 años	< 10 años	Datos procesados	Estadísticas Vitales		Salud	Educación	Inmunización
				Calidad datos	Retraso (años)	Retraso (años)		
Argentina		1991	no	C	3	3	3	si
Bolivia		1992	si	U	4	..	3	si
Brasil		1991	no	U	2	1	5	si
Colombia		1993	no	U	2	..	3	si
Costa Rica		1984		C	1	1	1	si
Cuba	1981			C	..	1	1	si
Chile		1992	no	C	1	3	2	si
Ecuador		1990	si	U	2	1	1	si
El Salvador		1992	no	U	4	4	4	si
Guatemala	1981			C	3	..	5	si
Haití	1982			U	3	4	3	si
Honduras		1988	si	U	5	4	4	si
Jamaica		1991	..	C	5	2	7	si
México		1990	si	U	3	1	1	si
Nicaragua	1971			U	5	4	1	si
Panamá		1990		U	1	1	1	si
Paraguay		1992	no	U	1	1	1	si
Perú		1993	no	U	1	1	3	si
Rep. Dom.		1993	no	U	4	5	3	si
Trin. y Tob.		1990	..	C	2	2	2	si
Uruguay		1985	si	C	1	3	1	si
Venezuela		1990	si	C	1	2	1	si

Fuente: Naciones Unidas-Estadísticas Vitales y de Población, Serie A VolXLV (tomado del UNICEF, 1994).

Notas: C. Datos virtualmente completos, al menos 90% de los eventos ocurrió cada año.

U: Datos incompletos, menos del 90% de los eventos ocurrió cada año.

..: Datos no disponibles.

Como se puede apreciar en el cuadro 2, la mayoría de los países tiene información general sobre educación y salud, pero ésta presenta retraso en promedio de dos años. Varios países carecen de información esencial sobre matrícula por edad y por grado para sus sistemas educativos, así como de información adecuada sobre eficiencia interna y calidad del sistema educativo.

163

Las encuestas. Permiten la recolección periódica de información proveniente de muestras sobre características socioeconómicas y demográficas, así como de salud y educación. Las encuestas de hogares son especialmente útiles para analizar la información por grupo social, medir el nivel de pobreza y la condición ocupacional de la mujer, y definir poblaciones u hogares en situación de riesgo. Esta información sirve para la elaboración de mapas de pobreza y para focalizar las políticas y estrategias de intervención social.

En la región, hay marcadas diferencias en la periodicidad en que se aplican las encuestas, así como en el tiempo necesario para disponer de la información. La aplicación de módulos sobre temas especiales es una práctica corriente en la región. Esto significa que es muy factible incluir módulos especiales para recolectar información sobre aspectos pertinentes de educación, salud y nutrición.

Es importante desarrollar los sistemas de recolección de información para mejorar la cantidad y calidad de la misma, así como para acelerar el procesamiento de los datos, para que las autoridades encargadas de la toma de decisiones tengan la información pertinente de manera oportuna. En relación con la educación, los indicadores se han centrado en matrícula, repitencia y deserción. Se requiere ampliar los indicadores de manera que capten insumos y procesos que tienen incidencia en la calidad de la educación, así como realizar mediciones específicas sobre el aprendizaje. Igualmente, es importante capacitar a los maestros y supervisores en la recolección y el uso de la información, y desarrollar experiencias piloto que demuestren la eficacia en el uso de la información.

Para la formulación y vigilancia de políticas de nutrición en el campo educativo es importante mantener información actualizada sobre el estado nutricional de los niños, especialmente de los que pertenecen a poblaciones vulnerables. Las instituciones educativas deberán recoger en sus registros datos de talla y peso de los alumnos, así como sus registros de vacunación. De hecho, varios países de la región realizan periódicamente censos de talla en escolares de primaria, y otros utilizan sistemas de "escuelas centinelas" para la vigilancia epidemiológica de problemas nutricionales y de salud. El indicador de talla para la edad es de mayor pertinencia en este grupo de edad que el peso para la talla. Los datos sobre deficiencias nutricionales por micronutrientes pueden lograrse por sistemas de muestreo o por registros tomados por clínicas o centros de salud; estas deficiencias suelen afectar a una proporción significativa de la población escolar, la cual se utiliza, por ejemplo, como grupo objetivo para medir indirectamente la prevalencia del bocio endémico y la deficiencia de yodo en la población general.

A nivel de escuela, los maestros o directivos podrán realizar encuestas sobre hábitos alimentarios y de higiene en las familias de los alumnos y utilizar esta información para diseñar programas de capacitación a los padres de familia e incluir temas nutricionales en el currículo.

Igualmente, se requiere realizar evaluaciones de impacto de las diferentes estrategias utilizadas en los programas, de manera que pueda extraerse el aprendizaje derivado de la aplicación de diferentes intervenciones.

IV. BASES PARA LA INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS NUTRICIONALES EN LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS

En esta sección se pretende dar una mirada general a los indicadores educativos actuales de la región. Se hará énfasis en aquellos que la investigación ha relacionado con los índices de desarrollo humano y que tienen interés con el fin de trazar políticas para el mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición de las poblaciones más vulnerables. Se incluirán los niveles de preescolar y de educación básica en cuanto a acceso, retención, calidad y financiación, así como los aspectos relacionados con la educación de la mujer y la educación bilingüe y bicultural. La sección incluirá recomendaciones de política para cada una de estas esferas.

A. El sistema educativo en América Latina

1. Educación preescolar

Uno de los fenómenos más dinámicos en América Latina, es el incremento significativo de la matrícula para preescolar durante la década de los años ochenta. Este se produjo a un ritmo de crecimiento del 9,1% anual. El porcentaje de niños entre 0 y 5 años matriculados en preescolar ascendió de 7,8% en 1980 a 14% en 1989. Este incremento se debió a la presión del creciente grupo de madres que ingresó al mercado laboral durante esa década y a los intentos de reducir el fracaso observado en la escuela primaria. El mayor incremento se realizó en los grupos de edad cercanos al ingreso escolar. Una buena parte de los programas presta atención a las familias y especialmente a las madres y ofrece programas de educación desarrollo comunitario. La mayoría de los programas de educación preescolar presta servicios de salud, nutrición y estimulación temprana (Reimers, 1992; Unesco-UNICEF, 1993).

Como lo ilustra el cuadro 3, a pesar del dinámico crecimiento de este nivel educativo, los índices de cobertura son aún muy bajos. Los países que presentan los índices más altos de matrícula en preescolar, son Jamaica, México, la Argentina y Chile. Los países más rezagados en educación preescolar son los países más pobres y con los índices más bajos en enseñanza primaria de la región: Guatemala, Haití, el Paraguay, el Ecuador, El Salvador y Honduras. Las cifras sobre matrícula preescolar deberían mirarse con precaución, ya que no cubren los programas informales (Wolff y otros, 1993).

El sector privado ha jugado un papel importante en la oferta para el nivel preescolar. Más de una tercera parte de la atención preescolar en América Latina es privada y en el Caribe prácticamente el total del servicio de preescolar es prestado por instituciones privadas, aunque con alto subsidio estatal. El preescolar en América Latina está altamente concentrado en las zonas urbanas, aunque algunos países como Venezuela, México y, recientemente Colombia, están haciendo esfuerzos desde el gobierno por asegurar una distribución del servicio más equitativa (véase el cuadro 3).

Existe una gran diversidad en el tipo de programas que se prestan en este nivel. Estos varían desde la custodia no formal en los hogares hasta los servicios formales de educación. Algunos programas trabajan con madres preparadas para la prestación del servicio de atención y cuidado infantil, en algunos casos apoyadas por supervisoras profesionales, otros trabajan con docentes especializados en el campo pedagógico (véase el recuadro 1).

CUADRO 3
Matrícula preescolar y participación
privada y rural (en porcentajes)

País	Tasa bruta de escolarización			% Matrícula privada			Matrícula rural como % del total
	1980	1989	cambio	1980	1989	%cambio	1989
Argentina	28	39	11	32	31	-1	-
Bolivia	17	16	-1	14	12	-2	32
Brasil	14	27	13	46	37	-9	5
Chile	24	32	8	20	40	20	6
Colombia	10	14	4	64	52	-12	9
Costa Rica	12	22	10	13	23	10	31
Rep. Dom.	5	18	13	87	78	-9	-
Ecuador	6	12	6	42	37	-5	21
El Salvador	10	14	4	20	33	13	12
Guatemala	7	9	3	38	44	6	6
Haití	2	7	5	-	72	-	-
Honduras	10	11	1	16	18	2	19
Jamaica	72	81	9	85	86	1	-
México	17	40	23	11	7	-4	32
Perú	25	29	4	27	22	-5	14
Panamá	11	19	7	34	21	-13	28
Paraguay	5	8	3	63	55	-8	14
Uruguay	26	23	-3	25	44	19	1
Venezuela	32	37	5	17	17	0	15
Promedio ponderado	17	28	11	36	38	2	15

Fuente: UNESCO-PREALC (citado por Wolff y colaboradores, 1993)
 Matrícula como porcentaje de los niños entre 3-5 años.

RECUADRO 1 PROGRAMA COLOMBIANO: HOGARES PARA EL BIENESTAR

Un programa muy exitoso basado en centros es el programa Colombiano de "Hogares para el Bienestar". Estos consisten en centros comunitarios no-formales de guardería infantil que ofrecen servicios para niños entre uno y siete años. Estos están a cargo de madres que pertenecen a la comunidad y atienden durante el día a grupos hasta de 15 niños. Desde sus inicios en 1986, el programa se ha extendido hasta alcanzar una cobertura en 1991 de aproximadamente 800.000 niños. Generalmente, se atiende a los niños durante ocho horas al día en el hogar de la "madre parvularia". La atención consiste en brindar a los niños las condiciones necesarias para estimular su salud, desarrollo físico, psicológico y social. Cada una de las madres de la comunidad que se desempeña como "madre parvularia" en este sistema, recibe capacitación en el cuidado y desarrollo del niño, en las relaciones familiares y comunitarias y también en nutrición y salud. Las mujeres cuyos niños son atendidos en el hogar de la "madre parvularia", se turnan en ayudarla. Se proporcionan suplementos nutricionales para los niños. Las madres en el sistema de modalidad no formal de guardería infantil reciben pequeños préstamos para mejorar las condiciones de sus hogares. Los miembros de la comunidad participan en un análisis inicial de las necesidades comunitarias de servicios, determinan el número de hogares de atención diaria que se instalarán en su comunidad y seleccionan a las mujeres del lugar que se convertirán en madres encargadas de la atención. Se establecen equipos de gestión local encargados de las compras y pagos a las madres comunitarias. A algunos niños se les concede "becas" que se usan para pagar a la madre encargada. Una parte importante de la financiación, así como de la coordinación de los programas, recae en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con responsabilidades adicionales compartidas con el Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Aprendizaje, el Instituto de Crédito Territorial y otras organizaciones gubernamentales y privadas. En tanto que satisface directamente las necesidades de cuidado y desarrollo de los niños, el programa busca también mejorar la base económica de la comunidad, dándole empleo pagado a las vecinas que atienden a los niños, permitiendo a otras mujeres que busquen empleo (o mejoren el que tienen) y canalizando los fondos a los negocios locales para las actividades económicas relacionadas con la atención diaria.

Fuente: (Wolff, L. y colaboradores, 1993:40)

2. Eficiencia de las inversiones en educación preescolar y nutrición

En el trabajo de Wolff y otros, se identifican cinco aspectos en los que la inversión en programas de educación temprana incrementan su tasa económica de retorno (Wolff y otros, 1993). Estos se citan a continuación:

Mayor productividad de los niños participantes. Las inversiones para lograr mejoras en la salud y nutrición del niño, así como las inversiones orientadas a proporcionarle oportunidades de estimulación y educación temprana, se traducen en una tasa alta de retorno económico tanto para la sociedad, como para el individuo. Un creciente número de investigaciones indican el vínculo existente entre la educación temprana y las habilidades posteriores en cuanto a logros educativos, ubicación y experiencia laboral del adulto (Myers, 1992; Lockheed y otros, 1980).

Ahorros de costo. La educación temprana, como programa preventivo, contribuye a mejorar la eficiencia de los sistemas educativos, al disminuir la repitencia, la deserción y los programas remediales, que le cuestan cifras enormes a las naciones. Asimismo, los programas de atención

167

a menores de edad en los que participan los padres de familia o acudientes, tienen la posibilidad de fomentar en éstos prácticas alimentarias saludables que beneficien a toda la familia y que trasciendan el período preescolar.

En un estudio sobre la relación entre educación preescolar y repitencia en 18 países de América Latina, se encontró una alta correlación entre haber asistido al preescolar y la disminución de la repitencia en el primer grado. Jamaica, por ejemplo, tiene la proporción más alta de educación preescolar y la tasa más baja de repitencia (Wolff y otros, 1993).

Mayores posibilidades de productividad para los que cuidan a los niños. Los programas de atención infantil y de educación temprana, dejan más tiempo a las madres y a otros encargados de los menores para poder participar en el mercado laboral y en las actividades productivas. Igualmente, liberan a los hermanos mayores para que puedan dedicarse al estudio.

Menor desigualdad. La inversión en programas de desarrollo de la primera infancia contribuyen a disminuir la brecha entre los diferentes grupos sociales. Existe una amplia evidencia de que los niños de niveles socioeconómicos más bajos se benefician más de este tipo de programas que los de niveles más altos. Estos programas, en los sectores más desfavorecidos, compensan las limitaciones en las oportunidades de desarrollo y aprendizaje ofrecidas por sus familias. Los programas no formales atendidos por madres u otras personas de la misma comunidad que han recibido capacitación y tienen una supervisión profesional, tienen un costo menor que los programas formales, y pueden ser altamente exitosos (véase el recuadro 1).

Posibilidad de fomentar hábitos alimentarios saludables. Aun cuando los hábitos alimentarios se adquieren en gran parte en los primeros años dentro del hogar, los períodos preescolar y escolar ofrecen una excelente oportunidad de arraigar hábitos alimentarios y prácticas de salud positivos, modificar hábitos negativos y fomentar nuevos hábitos para la vida adulta que, a su vez, se transmitirán a las generaciones subsiguientes.

3. Educación primaria

a. Acceso

Los países de América Latina han extendido notablemente el acceso de su población al sistema educativo. El 92,3% de niños de 10 años ha estado en la escuela primaria en algún momento de su vida. Para la mayor parte de los países, este porcentaje supera el 95% y en solo cinco países (El Salvador, Guatemala, Nicaragua, la República Dominicana y Haití) el acceso está por debajo del 80%. Esto significa que el acceso a la escuela primaria en América Latina, a pesar de las restricciones económicas, tiende a ser universal, con la excepción de los países más pobres, de ciertas zonas rurales y de algunas poblaciones, entre las que se destacan los grupos indígenas.

b. Retención, repitencia y deserción

Como lo señalan Wolff y otros, ocho de cada diez estudiantes permanecen al menos siete años en la escuela primaria. El proceso de deserción masiva se inicia a los trece años de edad y se intensifica a los catorce. La deserción temporal es un fenómeno bastante extendido en la región y muy vinculado a la repitencia.

La repitencia, problema de mayor envergadura que la deserción y en buena parte determinante de la misma, tiene magnitudes muy grandes en la región. Aunque el promedio de estudiantes permanece 6,8 años en el sistema educativo, logra completar solo 4,2 grados. Solo 47,2% completa los seis grados de la escuela primaria, y de éstos el 56% lo hace después de repetir tres o más veces. Se requiere un promedio de 15,5 años para graduar un estudiante de la escuela primaria y uno de 1,7 años para promover a un estudiante de un grado a otro. Esto significa que en promedio, un estudiante en América Latina, ocupa un asiento en el mismo grado durante 1,7 años antes de pasar al grado siguiente, o dicho de otra manera, 70% de los estudiantes requieren un año extra para completar un grado.

Este largo período podría ser un indicador de flexibilidad escolar, para permitir que los estudiantes con procesos lentos de aprendizaje, logren los niveles de conocimiento y habilidad necesarios para pasar de un grado a otro. Sin embargo, como lo señalan algunas investigaciones recientes, el sistema frontal contribuye poco a este proceso diferenciado de aprendizaje y significa más bien una pérdida de tiempo del estudiante, quien no aprende necesariamente más por repetir. En ese sentido, como lo han señalado Wolff y otros, la alta tasa de repitencia puede interpretarse como un indicador de la baja calidad del sistema escolar y como una limitante para la ampliación del acceso y el logro de mayores niveles de escolaridad. El problema del fracaso escolar, sin embargo, no puede atribuirse exclusivamente a los procesos e insumos que se dan dentro de la escuela. Dentro de este panorama, como lo señala Levinger, las condiciones para aprender que traen los niños que ingresan a la escuela tienen un peso decisivo en la posibilidad de aprovechar las oportunidades que les ofrece el sistema escolar. Las condiciones de mala salud y nutrición de los alumnos se constituyen en graves barreras para el aprendizaje.

El problema de la repitencia es especialmente significativo en el primer grado, donde la tasa promedio para la región es del orden de 41,4%. La repitencia es mayor para los estudiantes provenientes de familias de bajos recursos. Se calcula que los estudiantes del quintil más pobre repiten el doble que los de quintiles superiores, lo que equivale a que los estudiantes de familias pobres tengan tasas de repitencia cercanas o superiores al 60%. Dado que la desnutrición y la pobreza están altamente correlacionadas, las acciones dirigidas a mejorar las condiciones nutricionales de los más pobres traerán efectos positivos también sobre los indicadores educativos.

De los nueve millones de niños de seis o siete años que ingresan a la escuela primaria, aproximadamente cuatro millones fracasan al menos una vez. Esto significa que América Latina gasta alrededor de US\$ 2.500 millones al año en la enseñanza de 20 millones de repitentes. Si bien la tasa de repitencia disminuyó en aproximadamente 8 puntos porcentuales en la década de

169

los ochenta (Wolff y otros, 1993), de no variar las políticas al respecto y de no enfrentar el problema del fracaso escolar desde una perspectiva integral que tenga en cuenta las condiciones con que ingresa el niño a la escuela, la repitencia continuará siendo uno de los grandes problemas del sistema educativo en los próximos años.

c. Calidad

Como se mencionó atrás, la dimensión de la repitencia en la región es un indicador indirecto de la baja calidad educativa en América Latina. Los niños repiten porque no aprenden, pero no mejoran su aprendizaje por repetir. Los factores que inciden en que los niños no aprendan, se combinan entre aquellos relacionados con procesos de baja calidad en la enseñanza y falta de materiales para aprender, y aquellas condiciones que disminuyen la capacidad para aprender de los niños. Entre estos últimos se encuentran las malas condiciones de salud y nutrición.

De acuerdo a las investigaciones comparativas realizadas en algunos países de América Latina (International Assessment of Educational Progress -IAEP- y el Third International Mathematics and Science Study -TIMSS), en términos de rendimiento escolar los países de la región obtienen puntajes significativamente inferiores a los del mundo desarrollado y también a los de los países asiáticos. Los países caribeños de habla inglesa obtienen mejores resultados que otros de la región.

La inequidad en la distribución del conocimiento también se da internamente en los países. La diferencia en el rendimiento escolar es significativa entre regiones, siendo más baja para las poblaciones desfavorecidas (zonas rurales, grupos indígenas y grupos urbanos marginales). Los colegios privados de élite obtienen puntajes más elevados que las escuelas públicas, pero los colegios privados que atienden grupos de población desfavorecida tienen resultados solo ligeramente superiores a los de las escuelas públicas, y en algunos casos por debajo de éstas (Wolff y otros, 1993).

d. Financiación

El gasto público en educación, con relación al PIB en América Latina y los países recientemente industrializados, es similar. Sin embargo, la proporción de este gasto destinada a la educación primaria varía considerablemente. Mientras que en América Latina se destina en promedio el 1,1% del PIB a la primaria, en los países recientemente industrializados, este porcentaje es del 1,5% y en los países desarrollados es del 1,8%.

Durante la década de los años ochenta, la educación primaria en la región sufrió un retroceso significativo. Con excepción de Chile y Haití, la inversión promedio por alumno en este nivel disminuyó en aproximadamente un 28%. Igualmente, los salarios reales de los profesores de primaria disminuyeron en un 34,8% en promedio (véase el cuadro 4).

CUADRO 4
Costo unitario por alumno y salario anual de los maestros. Educación primaria
(Variación 1980-1989)

País	Costo unitario por alumno			Salario estimado anual por maestro (US\$ 1990)		
	1980	1989	Variación	1980	1989	Variación %
Argentina	164	142	-22	3.116	2.563	-17,7
Bolivia	136	73	-63	2.584	1.734	-32,9
Brasil	214	200	-14	5.286	4.561	-13,7
Chile	151	203	52	3.731	5.014	-34,4
Colombia	76	62	-14	2.238	1.767	-21
Costa Rica	236	175	-61	6.278	4.489	-28
Rep. Dom.	64	25	-39	2.432	974	-60
Ecuador	173	97	-76	5.917	2.672	-54,8
El Salvador	175	63	-112	7.981	2.514	-68,4
Guatemala	48	35	-13	1.551	1.164	-24,9
Haití	29	35	6	1.212	1.264	4,3
Honduras	115	115	0	4.042	3.933	-2,7
Jamaica	145	127	-18	5.648	3.499	-38
México	221	114	-107	8.188	3.466	-57,7
Panamá	271	237	-34	6.951	5.404	-22,3
Paraguay	68	50	-18	1.744	998	-42,8
Perú	41	23	-18	1.441	634	-56
Uruguay	566	256	-310	11.829	5.351	-54,8
Venezuela	277	213	-64	5.823	4.047	-30,5
Promedio	164	118	-46	4.986	3.251	-34,8

Fuente: Banco Mundial, citado por Wolff y colaboradores, 1993.

e. Educación primaria, género y nutrición

Aparte del estrato socioeconómico, el predictor más importante de la salud del niño, de la nutrición y de la mortalidad infantil es el nivel de educación formal de la madre. Estudios recientes sugieren que la educación de la madre tiene un efecto positivo en la salud infantil, la nutrición y la baja en la mortalidad infantil que es, en gran medida, independiente de otros factores socioeconómicos (Barrera, 1990; Thomas y otros, 1990 citados por Mora & Wickham, 1994).

Las mujeres educadas tienen familias más pequeñas, un menor número de sus hijos se mueren durante su infancia y los que viven, presentan mejor salud y educación. Las mujeres con más años de educación entran en mejores condiciones salariales al mercado laboral, factor muy importante para países con alto número de hogares con jefatura femenina. No debe sorprender, entonces, que los países que han tenido niveles mayores de educación femenina presenten más productividad y menor mortalidad infantil, mayor expectativa de vida de su población y menor mortalidad materna, así como tasas de fecundidad menores, como puede verse en el cuadro 5.

171

CUADRO 5
Escolaridad materna, mortalidad infantil y tasa de fecundidad

PAÍS	Años de Escolaridad					Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad
	0	1-3	4-6	7-9	10+		
Bolivia	17,4	21,6	19,9	15,4	25,7	102	4,5
Brasil	7,4	22,3	31,6	16,0	22,6	60	2,7
Colombia	6,9	23,9	31,3	21,0	16,8	39	2,6
Rep. Dom.	5,9	20,9	24,7	21,0	27,6	61	3,3
Ecuador	7,8	14,8	32,7	16,1	28,6	60	3,6
El Salvador	21,3	24,6	24,6	13,4	16,0	59	4,0
Guatemala	41,7	24,1	19,6	6,2	8,4	54	5,3
México	11,6	16,6	31,4	26,4	14,0	40	3,1
Perú	10,9	17,8	24,3	17,0	29,9	82	3,5

Fuente: Castro y Juárez, 1994; UNICEF, 1995.

Castro y Juárez (1994) analizan tres tipos de resultados de la educación y sus efectos sobre el comportamiento reproductivo de la mujer:

La educación como "fuente" de conocimiento: Al impartir habilidades en lectura y escritura, la educación permite a los alumnos procesar amplias cantidades de información a la vez que estimula cambios cognitivos que afectan el comportamiento. Los efectos directos del conocimiento sobre la nutrición no están claramente documentados, pero es de esperarse que la educación aporte nuevos conocimientos, genere mayores ingresos y facilite la introducción de nuevos y mejores hábitos alimentarios y de higiene.

La educación como "vehículo" de avance socioeconómico: La educación abre las oportunidades económicas y posibilita la movilidad social. En la mayor parte de las sociedades las credenciales educativas son criterios para acceder al empleo y establecer jerarquías en las ocupaciones. En América Latina, sin embargo, existen comunidades en donde la estructura laboral está determinada por una rígida estratificación por género que limita las posibilidades de ascenso o acceso al trabajo remunerado por parte de las mujeres.

La educación como transformadora de actitudes: La exposición a nuevas ideas y modelos de comportamiento puede conducir a transformaciones significativas en las expectativas, y en cuestionar las creencias tradicionales y las estructuras de autoridad.

f. Situación educativa de la mujer en América Latina. Acceso, escolaridad y analfabetismo

Teniendo en cuenta la incidencia de la educación de la mujer sobre los indicadores de pobreza y desarrollo humano y la importancia de la educación para el desarrollo personal, es importante

mirar los retos en este campo que todavía tiene que afrontar América Latina dadas las condiciones de inequidad de género que persisten en la región.

En la mayor parte de los países de América Latina las mujeres tienen un acceso similar al de los hombres a la educación básica e incluso la matrícula femenina supera en varios países la de los hombres. Sin embargo, los índices de analfabetismo para las mujeres superan los de los hombres y los años de escolaridad femenina son menores que los masculinos. Para el conjunto de países de América Latina para los que existen datos, exceptuando Jamaica, Costa Rica y Venezuela, el índice de analfabetismo entre las mujeres es mayor. Aunque los países han realizado importantes avances en este aspecto, focalizar esfuerzos hacia la población femenina y en especial la indígena sigue siendo una prioridad (véase el cuadro 6).

CUADRO 6
Analfabetismo y matrícula en educación primaria por género

País	Tasa de Analfabetismo 1990 (%)			Tasa Bruta Matrícula Primaria 1990 (%)		
	Total	Masculina	Femenina	Total	Masculina	Femenina
Argentina	4,7	4,5	4,9	111	108	115
Bolivia	22,5	15,3	29,3	85	89	81
Brasil	18,9	17,5	20,2	-	-	-
Chile	6,6	6,5	6,8	98	99	97
Colombia	13,3	12,5	14,1	111	110	112
Costa Rica	7,2	7,4	6,9	101	102	100
Cuba	6	5	7	100	102	99
Ecuador	12,7	9,6	16,1	118	119	117
El Salvador	27	23,8	30	79	78	79
Guatemala	44,9	36,9	52,9	79	84	74
Guyana	3,6	2,5	4,6	112	113	111
Haití	47	40,9	52,6	56	58	54
Honduras	26,9	24,5	29,4	104	102	107
Jamaica	1,6	1,8	1,4	106	105	108
México	12,4	9,6	15	115	116	113
Panamá	11,2	10,6	11,7	107	109	105
Paraguay	9,9	7,9	11,9	108	109	106
Perú	14,9	8,5	21,3	126	-	-
Rep. Dom.	16,7	15,2	18,2	95	95	96
Suriname	5,1	4,9	5,3	127	129	125
Uruguay	3,8	3,4	4,1	108	109	107
Venezuela	11,9	13,3	10,4	97	95	98

Fuente: Informe Mundial sobre la Educación. UNESCO, 1993

Los países con población indígena mayor presentan una matrícula femenina menor y una deserción más alta. Así, por ejemplo, el censo realizado en el Perú en 1991, muestra que los hombres mayores de 45 años tienen un promedio de escolaridad de 4,2 años, mientras que las mujeres de la misma edad tienen en promedio solo 3. Los esfuerzos realizados en ese sentido en los últimos años han venido disminuyendo la diferencia, y en la población entre los 15-19 años la escolaridad para los hombres ha aumentado a 6,3 años y en las mujeres a 5,7 años. Sin

113

embargo, las diferencias en las oportunidades de acceder a la escuela entre las poblaciones indígenas y rurales, especialmente en zonas de la Sierra, se reflejan en un analfabetismo del 10,5% en las mujeres de 15-19 años, comparado con solo un 1,7% de analfabetismo entre la población masculina de la misma edad (Banco Mundial, 1994). En Guatemala, el índice de analfabetismo para la población de mujeres indígenas mayores de 10 años es de 81,2%, comparado con un 23,6% entre los hombres no-indígenas (Banco Mundial, 1995).

g. Educación básica para grupos indígenas

El 10% de la población escolar en América Latina pertenece a grupos étnicos con lengua distinta al español. Para algunos países como Bolivia, el Perú, el Paraguay, el Ecuador, Guatemala y México, esta proporción es significativamente más alta. Debido a los problemas culturales y de comunicación que afectan el rendimiento de estos estudiantes, no es sorprendente que las tasas de repitencia y deserción para este grupo de niños se encuentre entre las más altas de la región.

El caso de Guatemala es ilustrativo de los retos que enfrentan los sistemas educativos para garantizar equidad en el acceso y en las oportunidades de aprendizaje a poblaciones indígenas (Recuadro 2). Cerca de la mitad de la población guatemalteca es indígena; sin embargo, hay una enorme discrepancia en las oportunidades de acceso y aprendizaje entre las poblaciones indígenas y las mestizas en ese país. La inequidad es también notoria entre hombres y mujeres. Estos bajos indicadores educativos entre la población económicamente activa han limitado las metas de crecimiento económico propuestas por el gobierno. Los análisis realizados en Guatemala indican que la tasa de retorno de la educación para las mujeres y niñas indígenas es de 13,2%, mientras que para los hombres es de 11,0% (Banco Mundial, 1995). Para brindarle mejores oportunidades a esta población deberá implementarse la educación bilingüe y bicultural en las escuelas que así lo requieran y deberán asignarse profesores de habla nativa a estas escuelas. Asimismo, será importante hacer esfuerzos en la producción de libros y textos en lenguas nativas. Hay que tener en cuenta la necesidad de realizar campañas que fomenten la valoración de la diversidad cultural y la necesidad de preservarla, así como la importancia de que los niños de grupos étnicos sean alfabetizados en su idioma nativo.

B. Tendencias actuales en la política educativa

La educación primaria constituye el núcleo de la educación básica. Esta permite satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, crear las bases para que los niños continúen aprendiendo y generar la demanda de una educación permanente. La tasa de retorno social de la educación excede la de otras inversiones. Ningún país ha logrado desarrollarse y mejorar el nivel de vida de sus habitantes sin antes haber logrado la universalización de la educación básica para la población en edad escolar. Algunos análisis de las condiciones que permitieron a algunos países del Asia oriental desarrollarse de manera tan acelerada coinciden en señalar el alto nivel de recursos humanos con que dichos países contaban. Para 1960 habían logrado universalizar la primaria, así como dar amplio acceso a la educación secundaria (Crouch et al 1992; Banco Mundial, 1993).

RECUADRO 2
PRONEBI: PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN BILINGÜE EN GUATEMALA

Desde 1979, Guatemala estableció un programa de educación bilingüe, con el apoyo del Estado y de la AID, para mejorar la calidad de la educación de la población indígena. El currículo nacional fue adaptado y traducido a cuatro lenguas mayas desde preescolar hasta cuarto grado. En 1991, 96.104 niños indígenas entre los cinco y los seis años, se matricularon en las escuelas PRONEBI. Este grupo representa el 14,7% de la población de niños indígenas en ese grupo de edad. En estas escuelas se da instrucción culturalmente pertinente en español y en lengua indígena. El programa funciona en 400 escuelas con el currículo completo y en otras 400 escuelas de preescolar, y se adaptará eventualmente a más lenguas mayas para cubrir otras poblaciones indígenas. La educación bilingüe ha aumentado a una tasa anual del 7% desde 1986 gracias a este programa. Un reto de PRONEBI ha sido reclutar suficientes maestros bilingües. Los análisis y las evaluaciones del programa señalan una mejora significativa en los indicadores educativos. Los índices de repitencia, deserción y promoción, han mejorado. La fluidez en la lengua castellana es mejor en las escuelas PRONEBI que en otras, y en siete de ocho medidas de rendimiento académico los estudiantes de este programa obtuvieron mejores logros que los de grupos de control. Se calcula que esta mejora en los indicadores le ha ahorrado al sistema educativo más de 32 millones de quetzales.

Fuente: World Bank Series. Enero 20 de 1995.

La Conferencia Mundial de "Educación para Todos" fijó como meta el acceso universal de todas las personas a una educación básica de calidad. Para esto se han fijado unas metas intermedias para ser realizadas antes de que finalice el siglo. Entre estas están las siguientes:

- Aumentar a más del 50% el índice de los niños que terminan la primaria.
- Reducir la repitencia en los dos primeros grados en un 10%.
- Asegurar que el 60% de los niños al completar su cuarto año de escolaridad pueda leer comprensivamente, escribir comunicativamente, saber calcular y solucionar problemas y tener conocimientos y destrezas para la vida.
- Aumentar en 5% la cobertura de programas no formales de desarrollo infantil temprano, complementándolos con el mejoramiento del conocimiento de padres y acudientes sobre el desarrollo de los niños.
- Aumentar la cobertura de la educación primaria en 5% para los países con bajos niveles de acceso.

Existen condiciones favorables en América Latina para lograr las metas propuestas (UNICEF, 1994). Entre éstas se encuentran las siguientes:

- Las reformas recientes de la legislación educativa en varios países de la región que crean espacios de participación y compromiso.
- Las lecciones aprendidas de las diversas investigaciones que dan luces sobre estrategias para lograr el mejoramiento de la calidad de la educación.

- La concesión de préstamos por parte del Banco Mundial que ha incrementado sus recursos para la financiación de la educación primaria. Estos aumentaron de US\$20 millones por año en el período 1985-1990, a una cifra prevista anual de US\$500 millones para el período 1991-1995.
- Las perspectivas de continuar y acelerar la mejoría del estado nutricional de los niños en los primeros años de vida, con lo cual se crean condiciones favorables para el aprovechamiento de la educación preescolar y primaria.
- Los compromisos actuales de los Ministerios de Educación sobre revisión curricular, incorporación de la escuela en los programas de seguridad alimentaria, y adecuación de material educativo, tales como el Convenio Centroamericano de Educación y Cultura.
- El movimiento de "Escuelas Saludables" que está tomando impulso y representa un ejemplo de motivación para el cambio y la participación activa de la escuela en la promoción de la salud.
- El proceso de actual de descentralización y "municipalización" que se adelanta en gran número de países y que estimula y promueve el proceso de participación popular en la definición y ejecución de los programas sociales, incluyendo los de educación, salud y nutrición.
- La participación creciente de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras organizaciones de base en el desarrollo de los programas sociales, entre ellos los de educación, salud y nutrición.
- La mayor prioridad que la mayoría de los gobiernos están asignando al sector social, y la creación de "Fondos de Inversión Social" que facilitan la ejecución de planes y programas de desarrollo social en los campos de educación, salud y nutrición.

V. CONCLUSIONES

1. Aunque los países de América Latina han tenido grandes avances en los campos de salud y educación, todavía existen grandes sectores de la población que continúan marginados del desarrollo. Es prioritario desarrollar políticas y focalizar recursos hacia estas poblaciones entre las que se encuentran las poblaciones indígenas, las mujeres, y los grupos campesinos y urbanos marginales.
2. El acceso a la educación básica en América Latina es casi universal. Sin embargo, la permanencia de los niños en el sistema es baja, y el aprendizaje que logran es mínimo. Además de existir graves problemas en la calidad de la educación que se imparte en los establecimientos educativos de la región, muchos niños ingresan al sistema con una capacidad limitada para aprender, debido a problemas de nutrición y desarrollo.

3. El sistema educativo puede contribuir al mejoramiento de la salud y la nutrición a través de acciones específicas tanto de tipo educativo como de prestación de servicios tales como los de salud, alimentación y nutrición escolar, la organización de huertos escolares, etc.

4. Los programas de atención al niño en edad preescolar son particularmente propicios y eficaces para realizar intervenciones integrales con la participación de los padres de familia. Existen en la región varios modelos de programas exitosos tanto en educación preescolar como básica. Los países pueden beneficiarse de las lecciones aprendidas en éstos y pueden adaptarlas a sus condiciones particulares.

5. Los compromisos adquiridos por los gobiernos de la mayor parte de los países en las cumbres de jefes de estado, así como en la conferencia de Educación para Todos, y el aumento en los créditos otorgados por los organismos internacionales para invertir en educación básica, crean condiciones particularmente favorables para que los países cumplan las metas en salud y educación que se han fijado para los próximos años.

VI. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

A. Recomendaciones generales

Las recomendaciones de política global se refieren al sistema educativo en general. Estas políticas deberán coordinarse estrechamente con las correspondientes de los sectores de salud y agricultura. Las políticas de nutrición en salud tienen una importancia particular debido a su impacto significativo sobre la calidad de la materia prima que ingresa al sistema educativo, en términos de su nivel de crecimiento y desarrollo, y su capacidad de aprendizaje. El sistema educativo, por su parte, se preocupará de mejorar la calidad y cobertura de la educación a todos los niveles, especialmente en los de pre-primaria y primaria, mediante la provisión de los insumos necesarios para desarrollar y aprovechar al máximo la capacidad de aprendizaje del alumno, y su potencial influencia sobre la familia y la comunidad.

Las siguientes líneas prioritarias de política educativa se recomiendan por su gran potencial de impacto nutricional y de formación de capital humano:

1. Políticas integrales. Dada la interrelación que existe entre la capacidad para aprender y el estado nutricional y de salud de los niños, así como el vínculo entre los años de escolaridad de una población y sus indicadores de morbilidad y mortalidad, los gobiernos deben desarrollar políticas integrales e intersectoriales para mejorar las condiciones tanto de salud como de educación en la región.

2. Acceso de la población marginal al sistema educativo. Una de las líneas fundamentales de política consiste en garantizar el derecho a la educación básica a la totalidad de la población, con énfasis en las poblaciones tradicionalmente marginadas: las mujeres, los indígenas y los grupos en extrema pobreza. Las poblaciones indígenas son posiblemente los grupos más

vulnerables en América Latina. Se hace prioritario adelantar acciones en educación y salud que contrarresten los efectos de la desnutrición y la pobreza. Para superar las barreras que tradicionalmente han marginado a estos grupos, los gobiernos deberán realizar esfuerzos especiales, impulsando programas de educación bilingüe, capacitando a maestros bilingües y diseñando textos en idiomas nativos. Asimismo, los programas de suplementos nutricionales deberán cubrir a estas poblaciones.

3. Institucionalización de los programas de alimentación y nutrición escolar en la legislación educativa. El objetivo principal es el mejoramiento de las tasas de matrícula, asistencia, retención, capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar, así como la formación de estilos de vida sanos y hábitos alimentarios saludables en el escolar, como parte de la implantación de una "cultura de la salud", con potencial influencia sobre la familia y la comunidad.

4. Optimización del papel del sistema educativo en la promoción del cambio social, en particular en el impulso a la movilización social y la participación comunitaria, por ejemplo a través del apoyo a las iniciativas de "escuelas saludables" en "comunidades saludables".

5. Incorporación de contenidos educativos de salud, alimentación y nutrición en los planes de estudios de nivel primario y secundario. Más específicamente, el sector educativo puede establecer políticas que contribuyen directamente a alcanzar objetivos nutricionales, como las que se detallan a continuación:

- Desarrollando un currículo que incluya temas de nutrición y salud para fomentar prácticas alimentarias y de higiene más saludables.
- Dando capacitación a los maestros en temas de salud y nutrición para mejorar la calidad y relevancia práctica de la enseñanza e identificar la desnutrición. Es importante llevar a cabo mediciones de talla en función de la edad para identificar a los niños a riesgo y focalizar hacia ellos las intervenciones. Las intervenciones que se realicen en salud y nutrición deben ser sostenidas y continuas para que los efectos positivos de las mismas perduren.
- Preparando material educativo apropiado para primaria y secundaria (por ejemplo, textos, guías de alimentación y materiales audio-visuales), así como la inclusión de ejemplos prácticos de temas de salud y nutrición en los materiales de otras asignaturas (matemáticas, ciencias naturales, etc).
- Desarrollando programas de distribución de desayunos escolares, suplementos de micronutrientes, meriendas escolares y desparasitación periódica para aumentar la capacidad de aprendizaje de los niños. Estas intervenciones pueden hacerse a un costo relativamente bajo y focalizarse hacia las poblaciones en las que prevalecen la pobreza y la desnutrición.

- Dándole prioridad a mejorar la educación de la mujer, en términos de oportunidad, calidad y cantidad, lo cual contribuirá a mejorar los indicadores de morbilidad infantil. Aunque en América Latina las mujeres tienen un nivel educativo mayor que en otros países en vía de desarrollo, los datos ocultan grandes diferencias por regiones. Los países tienen aún el reto de aumentar la tasa de permanencia de las mujeres en el sistema educativo, así como de reducir las altas tasas de analfabetismo femenino. Algunas acciones tales como promover más mujeres maestras en las zonas rurales, indígenas y marginales, diseñar textos sin estereotipos sexistas, y sensibilizar a los padres y maestros sobre la igualdad de capacidad de aprendizaje de las mujeres, pueden contribuir a mejorar la participación y permanencia de las niñas en la educación formal.

6. Incorporación de contenidos educativos de salud, alimentación y nutrición en las actividades de educación no formal y educación a distancia. La educación no formal ofrece una oportunidad especial para transmitir conocimientos y educar a la población en aspectos prácticos de salud, alimentación y nutrición, y contribuir a la formación de estilos de vida sanos y hábitos alimentarios saludables.

7. Incorporación de consideraciones nutricionales en la política educativa. El bienestar de los niños en edad preescolar y escolar y la relación entre las necesidades básicas en salud y educación han sido preocupaciones de varios ministerios de educación y salud en países de América Latina. Uno de los principales intereses ha sido analizar el impacto que tienen los problemas de salud y nutrición sobre el acceso y participación de los niños en el sistema escolar. El objetivo de estos análisis ha sido identificar e impulsar intervenciones en las escuelas y comunidades que respondan a las necesidades específicas de la población en cuanto a salud y nutrición.

Los programas de salud desarrollados en las escuelas tienen la gran ventaja de llegar a un porcentaje muy alto de la población y de permitir documentar y hacer seguimiento a la intervención. Entre los programas escolares que han sido exitosos en varios países se encuentran los de vacunación, los suplementos alimentarios y de micronutrientes para las poblaciones con más alto riesgo de desnutrición y la incorporación de la nutrición en el currículo, enfatizando la importancia de una dieta balanceada. Otras acciones importantes se logran con la capacitación de los maestros en conocimientos básicos de nutrición y salud, para detectar estudiantes en riesgo de desnutrición e identificar cuándo deben ser referidos a tratamientos especiales. Asimismo, a través de los servicios escolares se pueden focalizar suplementos nutricionales, incluyendo los de micronutrientes a poblaciones que así lo requieran. Estas medidas han demostrado ser más eficaces cuando se aplican en su conjunto y no aisladamente.

Lockheed y Verspoor (1991) han clasificado los programas escolares dirigidos a aliviar los problemas de salud y nutrición entre los "prometedores" y los que denominan "callejones cerrados".

Entre las intervenciones prometedoras para mejorar la salud y la nutrición desde la escuela, se señalan las siguientes:

- Proporcionar suplementos o meriendas nutritivas en la escuela para aliviar la desnutrición por hambre temporal (falta de desayuno), así como dar suplementos de micronutrientes y realizar tratamientos de desparasitación. Estos tratamientos se consideran rentables, ya que tienen altos beneficios y atacan problemas de aprendizaje graves pero reversibles. Algunos programas exitosos incluyen los de alimentación escolar que proveen galletas fortificadas con micronutrientes tales como los de Centroamérica.
- Identificar problemas auditivos y visuales a través de exámenes sencillos puede ayudar a que los maestros tomen las medidas pertinentes para reducir la desventaja de los estudiantes que presenten problemas.

Entre los "callejones cerrados" se menciona el siguiente:

- Proporcionar almuerzos escolares en lugar de desayunos o meriendas. Estos almuerzos rara vez están diseñados para suplir las deficiencias nutricionales y tienen efecto más bien sobre la asistencia a la escuela y como mecanismo de transferencia de ingresos a las poblaciones más pobres. Las evaluaciones realizadas para medir el efecto nutricional de estos programas, no han encontrado resultados nutricionales positivos sobre los mismos. Es posible que esto se deba al reducido número de días de clases al año, a la sustitución que hacen las familias quienes delegan en la escuela la alimentación o a la ineficacia en la focalización del programa hacia las poblaciones más necesitadas. Dado su alto costo y las necesidades logísticas de infraestructura y personal, esta intervención no se considera prometedora para responder a las necesidades nutricionales de la población escolar. Es de anotar, sin embargo, que la etapa escolar es un período de crecimiento lento, en el cual es difícil demostrar cambios en los indicadores nutricionales. En cambio, se ha demostrado fehacientemente la eficacia de este tipo de programas en el mejoramiento de la asistencia escolar y el rendimiento académico.

B. Recomendaciones específicas

1. Para la educación preescolar o inicial

- Focalización

El gasto público hacia la educación inicial debe estar dirigido a los niños de los niveles socioeconómicos más bajos. Las familias de los niveles medio y alto deberán cubrir por sí mismas los costos de la educación inicial de sus hijos.

- **Coordinación de esfuerzos**

Los programas de educación inicial deberán buscar soluciones coordinadas e intersectoriales entre el gobierno, la comunidad y las ONGs para la provisión de servicios.

- **Aprovechamiento de experiencias exitosas de bajo costo**

Los gobiernos deberían evitar los programas que reproduzcan las características de las escuelas primarias y que resultan de alto costo. Existen en la región ejemplos de programas exitosos tales como el de los hogares comunitarios en Colombia, y el programa de capacitación de los padres en sus hogares en México.

- **Inclusión de contenidos en temas de nutrición y desarrollo infantil en la formación de docentes**

Los programas de formación en educación para docentes deberán incluir en sus currículos temas de desarrollo infantil, nutrición y educación. Los estudiantes de las escuelas primarias deberán recibir información a través del currículo acerca de la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños que incida en su vida posterior como padres o cuando tengan a su cuidado a niños menores. En los programas de alfabetización y educación de adultos se pueden incluir los mismos temas.

2. Para mejorar el acceso y la calidad de la educación básica

Para lograr el acceso universal a una educación básica de calidad se recomiendan las siguientes políticas:

- **Centrar recursos y esfuerzos en los primeros grados y en los campos básicos.**
- **Mejorar las prácticas pedagógicas que favorezcan una educación activa centrada en el niño.**
- **Incrementar y mejorar la utilización de los insumos educativos, especialmente textos y materiales.**
- **Aumentar el tiempo dedicado al aprendizaje.**
- **Mejorar la capacidad del niño para aprender, promoviendo programas formales y no-formales de atención integral a la población en edad preescolar que desarrollen aspectos físicos, nutricionales, intelectuales y socioafectivos.**
- **Promover programas flexibles, tanto en horario como en currículo, que respondan a las condiciones locales.**

- Ofrecer educación bilingüe a las poblaciones cuya lengua nativa no sea el español.
- Mejorar la capacitación de los maestros.
- Organizar mecanismos para el planeamiento y la vigilancia.
- Promover la movilización social, organización comunitaria y cualificación de la demanda.
- Focalizar programas y recursos hacia las poblaciones más vulnerables.

Algunas experiencias exitosas en la región apuntan a varios de los objetivos aquí señalados y han servido como modelos en varios países (recuadro 3).

RECUADRO 3

EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA EDUCACIÓN BÁSICA EN AMÉRICA LATINA

América Latina es un continente joven que está aprendiendo. Su meta para los años 90 es garantizar la educación básica para todos. Pero no se trata simplemente de cantidad, sino ante todo de alcanzar calidad y eficiencia. Se trata de que la enseñanza se ajuste a las necesidades de una sociedad que requiere desarrollar al máximo la calidad de sus recursos humanos, fuente principal de la riqueza de un país.

Existen en la región algunas experiencias positivas que intentan construir propuestas de educación integral, activa, descentralizada, innovadora y realmente útil a las necesidades de la región.

Uno de los pasos más importantes que se han dado para elevar el nivel de la educación básica es el programa de Escuela Nueva de Colombia. Esta experiencia, que comenzó en 1975, responde a las necesidades de las escuelas rurales multigradas, y recurre a la integración de la escuela y la comunidad para hacer más eficiente, relevante y grata la enseñanza en los sectores rurales. Esta es una propuesta sistémica que desarrolló estrategias curriculares de capacitación de maestros, administrativas y de relaciones entre la escuela y la comunidad. Entre sus principios se encuentran la educación activa, el maestro como facilitador, el uso de guías autoinstructivas, el trabajo en pequeños grupos, la evaluación modular y flexible, el establecimiento de un gobierno escolar, el énfasis en el desarrollo socioemocional de los estudiantes y la participación de la comunidad.

Tomado de UNICEF 1992, Wolff, L. y colaboradores, 1993, World Bank Document 1995.

192

VII. REFERENCIAS

- Behrman, JR. *The Economic Rationale for Investing in Nutrition in Developing Countries.* USAID, Washington, D.C. 1992.
- Banco Mundial. *El Milagro de Asia Oriental. El Crecimiento Económico y las Políticas Oficiales.* Resumen. 1993.
- Castro, T. y Juárez, F. *Women's Education and Fertility in Latin America: Exploring the Significance of Education for Women's Lives.* DHS Working Paper No. 10, 1994.
- Chesterfield, R. *Basic Education. Review of Experience.* USAID, Washington, D.C. 1992.
- Crouch, L.A., Spratt, J.E and Cubeddu, L.M. *Examining Social and Economic Impacts of Educational Investment and Participation in Developing Countries; the Educational Impacts Model (EIM) Approach.* Bridges Research Report Series No.12. Center for International Development. Research Triangle Institute. Research Triangle Park, N.C, 1992.
- King, E. y Hill. M.A (Eds). *Women's Education in Developing Countries. Barriers, Benefits and Policy.* PHREE Background Paper Series. World Bank. Washington, D.C. 1991.
- Levinger, B. *Nutrition, Health and Education for All.* EDC-UNDP. 1994.
- Lockheed, M. y Verspoor, M. *Improving Primary Education in Developing Countries.* World Bank. Washington, D.C. 1991.
- McGinn, N. y Borden, A. *Manual for Ministers.* In press. 1993.
- Meyers, A., et al. *School Breakfast Program and School Performance.* Department of Pediatrics, Boston City Hospital. 1989.
- Mora, J. y Wickham, C. *Guidelines for Improved Nutrition Policy and Programming in the A.I.D. Assisted Countries of the LAC Region.* Concept Paper. LAC/DR/HPN. Washington, D.C. 1994.
- Myers, R. *Los Doce que Sobreviven.* OPS y UNICEF. 1993.
- Pollitt, E. *Nutrition and Educational Performance.* Prospects 14(4): 443-460, 1984.
- Pollitt, E. *Malnutrition and infection in the Classroom.* Monograph, UNESCO. Paris, 1990.
- Pollitt, E. et al. *Iron Deficiency and Educational Achievement in Thailand.* Am. J. Clin. Nutr, 50: 687-697 1989.

- Popkin, B. y Lim-Ybáñez, M. Nutrition and School Achievement. Soc. Sci. & Med. 16: 53-61, 1982.
- Reimers, F. Towards a Policy for Early Childhood Education in Latin America and the Caribbean. Working Papers. USAID. Washington, D.C. 1992.
- Seshadri, S. y Gopaldas, T. Impact of iron supplementation on cognitive functions in preschool and school-aged children: the Indian experience. Am. J. Clin Nutr. 50: 675-686, 1989.
- Simeon, D. y Grantham-McGregor, S. Effects of missing breakfast on the cognitive functions of school children of differing nutritional status. Am. J. Clin. Nutr. 49: 646-653, 1989.
- Soemantri, AG. Preliminary findings on iron supplementation and learning achievement of rural Indonesian children. Am. J. Clin. Nutr. 50: 698-702, 1989.
- Soewondo, S. et al. Effects of iron deficiency on attention and learning processes in preschool children: Bandung, Indonesia. Am. J. Clin. Nutr. 50: 667-674, 1989.
- Unesco. Informe Mundial sobre la Educación. 1993. Santillana/Ediciones Unesco. Madrid. 1993.
- UNICEF. Los Niños de las Américas. Santafé de Bogotá. 1992.
- UNICEF. El Cumplimiento de las Metas de la Cumbre y los Nuevos Desafíos en América Latina. Santafé de Bogotá. 1994.
- UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia, 1995. Oxford University Press. New York, 1995.
- Wolff, L. Schiefelbein, E. y Valenzuela, J. Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria en América Latina y el Caribe: Hacia el Siglo XXI. Programa de Estudios Regionales. Banco Mundial. Informe No. 28. Washington, D.C. 1993.
- World Bank. Peru. Primary Education Quality Project. Staff Appraisal Report. 1994.
- World Bank. Guatemala. Basic Education Strategy: Equity and Efficiency in Education. Report No. 13304. Guatemala, 1995.