



CONFERENCIA
REGIONAL
MINISTERIAL
SANTIAGO DE CHILE, 2008



Gobierno de Chile
Programa Mundial de Alimentos
de las Naciones Unidas (PMA)
Oficina Regional para América Latina y el Caribe



Naciones Unidas
Programa
Mundial
de Alimentos

Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe

Edición a cargo del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)
Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Avenida Gaillard, Calle Vicente Bonilla
Edificios No. 124 y 125
Clayton, Ciudad del Saber

Apartado 0819-10846, Zona 6
El Dorado, Panamá
Rep. de Panamá
Tel. (507) 317-3900
Fax: (507) 317-3903

www.wfp.org/spanish

© Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)

Todos los derechos reservados

Primera edición: 2008

Compilación, edición y traducción: Carlos Guevara Mann

Dirección general: Pedro Medrano
Supervisión: María Eugenia Pino
Coordinación: Judith Thimke, Moy de Tohá
Apoyo técnico: Eduardo Atalah, Alfredo Solari
Revisión: Carol Montenegro
Equipo periodístico: Angélica Beas, Paulina Marín, Violeta Güiraldes
Diseño y diagramación: Jhoram Moya
Fotografías: Programa Mundial de Alimentos (PMA) por Alejandro López-Chicheri, Elías Romero, David Parra
Monica San Martín, Elio Rujano, Sabrina Quezada

ISBN: 978-9962-8950-0-8



*“...el hambre no es parte del destino manifiesto
de la humanidad”*

Michelle Bachelet
Presidenta de Chile

*“...erradicar la desnutrición infantil
en nuestra región es absolutamente posible”*

José Miguel Insulza
Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA)



PREFACIO

Josette Sheeran

8

PRESENTACIÓN

Pedro Medrano

10

PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES POLÍTICAS A LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Michelle Bachelet: ¡Tenemos que hacer algo!

15

José Miguel Insulza: El combate al hambre y la gobernabilidad democrática

19

Paula Quintana: La equidad: factor fundamental en la lucha contra la desnutrición infantil

23

Mirta Roses: La lucha contra la desnutrición en la Agenda de Salud de las Américas

25

Rebeca Grynspan: Un llamado urgente y decidido a la acción

27

Marcela Suazo: Igualdad de oportunidades para romper el ciclo del hambre

29

Sheila Sisulu: La carestía de los alimentos: crisis y oportunidades

31

Enrique Ganuza: El aporte del Sistema de Naciones Unidas al combate a la desnutrición infantil

35

Cristina Lazo Vergara: La cooperación chilena y la Cooperación Sur-Sur

37

Declaración de Santiago

39

SEGUNDA PARTE: LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CHILE

Capítulo 1: La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación

Sumario

45

Introducción

46

Transición demográfica y nutricional

47

Aspectos generales de las políticas para la erradicación de la desnutrición infantil

52

Principales políticas en los ámbitos institucionales, programáticos y legislativos

55

Conclusiones y recomendaciones de política	70
Referencias	72
Anexo estadístico	74
Capítulo 2: La experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil: una visión integral	
Sumario	77
María Soledad Barría: La estrategia del sector de la salud en la lucha hacia la erradicación de la desnutrición infantil	79
Eduardo Abedrapo: La experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil	85
TERCERA PARTE: APROXIMACIONES TÉCNICAS A LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
Capítulo 1: Desnutrición, pobreza y crecimiento económico	
Sumario	93
José Graziano da Silva: Estado de la desnutrición infantil en la región: razones para erradicarla	95
Juan Ángel Rivera Dommarco: La serie <i>Lancet</i> sobre desnutrición materna e infantil	99
Rodrigo Martínez: Impacto social y económico de la desnutrición infantil	103
Capítulo 2: Seguimiento y evaluación de los programas sociales para combatir la desnutrición infantil	
Sumario	111
Jere Behrman: Prioridades en la inversión en nutrición en la infancia temprana	113
Juan Ángel Rivera Dommarco: Reflexiones sobre el ejercicio de evaluación de políticas y programas de nutrición	125
David Bravo: Doce aspectos importantes sobre el seguimiento y la evaluación de programas de nutrición	131
Capítulo 3: Marcos teóricos y prácticos para preservar la nutrición en momentos de crisis	
Sumario	135
Fitzroy Henry: Esfuerzos para preservar la nutrición durante momentos de crisis: la experiencia caribeña	137
Capítulo 4: Una aproximación integral a los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil	
Sumario	147

Onaur Ruano: Una aproximación integral a los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil: acciones para reducir la pobreza y la desigualdad de ingreso en Brasil 149

María Roquebert: Una aproximación integral a los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil en Panamá 155

Capítulo 5: La Cooperación Sur-Sur en el combate a la desnutrición infantil

Sumario 163

María Dolores Martín: La cooperación española en América Latina ante la crisis de los alimentos 165

Germán Valdivia: NUTRINET.ORG: un instrumento para el fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur y el trabajo en redes temáticas 167

Nils Kastberg: La Cooperación Sur-Sur en el combate a la desnutrición infantil 171

Patricio Meller Bock: La seguridad alimentaria y nutricional y su impacto en la equidad 177

Manuel Espinoza: La relación público-privada en los programas de alimentación escolar 183

CUARTA PARTE: RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Sumario 187

Fernando Monckeberg: Éxitos en la lucha contra la desnutrición infantil en Chile 188

Francisco Mardones Restat: La transmisión del conocimiento en la lucha contra la desnutrición infantil 189

Agradecimientos 191

PREFACIO

La alimentación es tan esencial al crecimiento humano que negarla equivale a negar la vida misma. He escuchado decir que hay sólo siete comidas entre la civilización y la anarquía: después de la séptima comida perdida, todo comienza a derrumbarse y los seres humanos se ven reducidos a la lucha por la más elemental supervivencia. Asegurar el acceso a una alimentación y nutrición adecuada y accesible es, sin duda, una de las tareas principales del gobierno y—ciertamente—de la propia civilización.

El sistema mundial de suministro de alimentos sufre en la actualidad el impacto de una demanda creciente, el elevado costo de los insumos, pérdida de cultivos como resultado de sequías, inundaciones y oscilaciones climáticas extremas, y una ascendente presión encaminada al uso de los alimentos para la generación de energía y otros fines. Esta crisis de los alimentos es un tsunami silencioso que afecta a la población más vulnerable del planeta, 80 por ciento de la cual está constituida por mujeres y niños. Adicionalmente, 130 millones de personas enfrentan el hambre y la subnutrición como consecuencia del incremento del precio de los alimentos más allá de sus posibilidades económicas.

Los efectos de la carestía de los alimentos son devastadores. En algunos países en desarrollo, hay familias que se han visto obligadas a gastar entre 50 y 80 por ciento de su dinero en alimentos. El aumento en los precios ha obligado a muchos hogares a disminuir sus inversiones en salud y educación. Simultáneamente, deben elegir productos alimenticios más baratos y menos nutritivos. Inclusive, algunos se ven en la difícil situación de tener que reducir el número de comidas diarias.

En la Cumbre del Milenio convocada por las Naciones Unidas, que reunió en el año 2000 a los líderes del mundo, la comunidad internacional se comprometió, en el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), a lograr en 2015 la reducción, a la mitad, de la proporción de personas que sufren hambre. No podemos permitir que éste se convierta en el ODM olvidado.

El dramático aumento en los precios de los alimentos que hemos presenciado en el último año ha reforzado la conciencia de que la disponibilidad de alimentos no debe y no puede presumirse como un hecho. También hemos despertado a la realidad de que la cadena de suministro de alimentos—desde las importaciones a la siembra, cosecha, procesamiento, almacenamiento y entrega, lo mismo que todas las estructuras de mercado, desde el acceso al crédito, la mitigación del riesgo, las bolsas de productos, los peritajes de cultivos y el acceso al agua—son vitales para la estabilidad y la prosperidad mundial.

En este ambiente de desafíos, la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, celebrada en Santiago de Chile, el 5 y 6 de mayo de 2008, representó una oportunidad para destacar la importancia de los programas nacionales de protección social dirigidos al combate al hambre, especialmente entre las niñas y niños; enfatizar la relevancia de las intervenciones clave para proteger la nutrición infantil; e insistir en la necesidad de salvaguardar los adelantos ya logrados hacia el cumplimiento de los ODM en la región. La conferencia proporcionó un foro para compartir experiencias exitosas, promover la Cooperación Sur-Sur, fortalecer las redes profesionales entre los Estados de América Latina y el Caribe y desarrollar mecanismos de apoyo para los países de la región.

La reunión de Santiago, auspiciada por el Gobierno de Chile y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), constituyó un llamado a la acción. Este libro da seguimiento a dicho llamado. Al igual que durante la conferencia, en los capítulos que siguen se exhorta a las sociedades y Gobiernos de la región a priorizar la lucha contra el hambre, colocando la erradicación de la desnutrición infantil a la cabeza de la agenda de políticas públicas, promoviendo oportunidades para el diálogo a nivel nacional e internacional y fomentando iniciativas de cooperación. El libro presenta experiencias exitosas en la erradicación de la desnutrición infantil—como la de Chile—en un esfuerzo por motivar a otros países hacia el mismo objetivo. Invita a las partes clave de la cooperación internacional a aunar esfuerzos y catalizar acciones coordinadas para eliminar el hambre entre niñas y niños.

Si los Gobiernos nacionales y la comunidad internacional actúan ahora en apoyo de intervenciones nutricionales dirigidas a erradicar el hambre, la región de América Latina y el Caribe podría convertirse en la primera en superar la crisis de los alimentos y alcanzar la meta de eliminación del hambre para 2015 del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio. A pesar de la crisis de los alimentos, existen condiciones favorables que facilitan el cumplimiento del primer ODM, particularmente en lo que atañe a la erradicación de la desnutrición infantil. La región experimenta el cuarto año consecutivo de crecimiento económico por encima del 5 por ciento. A lo largo de la región, hay una boyante industria agrícola que, en 2006, exportó productos alimenticios valorados en 55 mil millones de dólares. Y el sistema democrático florece en América Latina y el Caribe. Amartya Sen ha dicho: “En la historia del mundo, nunca ha ocurrido una hambruna en una democracia funcional.”

Derrotar el hambre es posible, especialmente en América Latina y el Caribe. Hagamos realidad las palabras de la poetisa chilena Gabriela Mistral cuando escribió: “El hambre es el ayer”.



Josette Sheeran

Directora Ejecutiva

Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)

PRESENTACIÓN

En América Latina y el Caribe, la lucha contra el hambre y la desnutrición infantil adquiere, día a día, creciente importancia: una importancia que se acentúa precisamente en el momento actual, de crisis alimentaria. Aunque la región tiene acceso a suficientes recursos alimenticios para garantizar la adecuada nutrición de todos sus habitantes—especialmente las niñas y los niños—cerca de nueve millones de menores padecen desnutrición crónica y unos cuatro millones sufren de desnutrición global. En respuesta a esta realidad, los Gobiernos de la región han comenzado a incorporar el combate frontal a la desnutrición infantil dentro de sus agendas. Como resultado de este significativo adelanto, hay un creciente énfasis en la necesidad de garantizar la mayor efectividad posible de los programas encaminados a erradicar el hambre y la desnutrición.

Este libro, que recoge los principales aportes efectuados en la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe” (Santiago de Chile, 5 y 6 de mayo de 2008), aspira a contribuir a la lucha regional contra ese flagelo de la niñez latinoamericana y caribeña mediante la difusión de orientaciones teóricas y mejores prácticas acumuladas tras años de gestión social en distintos países de la región. A tales efectos, el libro presenta, en primera instancia, una aproximación política al tema, con aportes de la Excelentísima Señora Michelle Bachelet, Presidenta de Chile; José Miguel Insulza, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos; Paula Quintana, Ministra de Planificación de Chile; Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Rebeca Grynspan, Directora Regional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en América Latina y el Caribe; Marcela Suazo, Directora Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe; Sheila Sisulu, Directora Ejecutiva Adjunta del Programa Mundial de Alimentos; Enrique Ganuza, Coordinador Residente de las Naciones Unidas en Chile; y Cristina Lazo Vergara, Directora Ejecutiva de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI).

La segunda parte ofrece un valioso análisis de la experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil. Se trata del estudio titulado “La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación”, preparado por encargo del Gobierno de Chile. Dicho estudio sirvió como el principal documento de respaldo a la Conferencia Regional Ministerial de Santiago. Seguidamente, se presentan las contribuciones hechas por María Soledad Barría, Ministra de Salud y Eduardo Abedrapo Bustos, Subsecretario de Planificación y Cooperación de Chile.

La tercera parte del libro contiene los aportes de especialistas a la lucha contra la desnutrición infantil desde cinco perspectivas distintas. El propósito de esta parte es ofrecer al lector una aproximación integral al combate a la desnutrición que afecta a niñas y niños en la región, a fin de contribuir a difundir prácticas que ayuden a mejorar la

calidad, el alcance y la efectividad de los programas para combatirla, como también para superar la crisis alimentaria que enfrentan, en la actualidad, los países del mundo.

La cuarta parte de esta publicación constituye un homenaje a los doctores Fernando Monckeberg Barros y Francisco Mardones Restat, pioneros de la lucha contra la desnutrición infantil en Chile.

Una estrecha cooperación entre los países de América Latina y el Caribe ofrece la oportunidad de concentrar recursos materiales e intelectuales hacia intervenciones que promuevan el desarrollo social equitativo, el bienestar nutricional y la superación de la crisis alimentaria. Asegurar la efectividad y eficiencia de las intervenciones dirigidas a mejorar la situación nutricional de las niñas y los niños de la región es clave para lograr los resultados que todos esperamos. Para coadyuvar a ese objetivo, el PMA se complace en presentar esta compilación de trabajos, con la esperanza de que el texto provea guías útiles a funcionarios de gobierno, administradores de iniciativas sociales y partes interesadas en la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.



Pedro Medrano

Director Regional para América Latina y el Caribe

Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)



Primera Parte

**APROXIMACIONES POLÍTICAS A LA
LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN
INFANTIL EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**





¡Tenemos que hacer algo!

Michelle Bachelet

Presidenta de la República de Chile

El poeta español Miguel Hernández decía en uno de sus versos memorables que “el hambre es el primero de los conocimientos”. ¡Cómo quisiéramos que ningún niño, en ninguna parte del planeta, tuviera que pasar por ese conocimiento! ¡Cómo quisiéramos que en nuestra región, ningún niño pasara por ese duro aprendizaje!

La humanidad ha avanzado prodigiosamente en muchos terrenos, pero desgraciadamente el hambre y—específicamente—la desnutrición infantil, están lejos de desaparecer como problema para millones de seres humanos. Por tanto, cuando Pedro Medrano me invitó hace unos meses atrás a participar en la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, me pareció importante concurrir y participar como Presidenta, como mujer, como madre y como pediatra, con formación salubrista, en un tema tan trascendental.

Creo, adicionalmente, que la actual coyuntura agrava aún más la situación. La profunda preocupación por los precios de los alimentos ha irrumpido en la agenda internacional. El alza del petróleo y el encarecimiento del transporte, unidos a la mayor demanda de alimentos, al alza de los precios de alimentos básicos como los cereales y a los efectos de sequías e inundaciones hacen que hoy enfrentemos un panorama complejo, mucho más que lo que se esperaba en el año 2000, cuando las 189 naciones firmaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, comprometiéndose a reducir a la mitad el número de personas afectadas por el hambre y la pobreza hacia el año 2015. Todo ello explica la gran importancia de la Conferencia Regional Ministerial y la excelencia de sus expositores.

La tendencia al alza en el precio de los alimentos puede aumentar con crueldad la brecha entre los más pobres y los más ricos. Sólo en los últimos 18 meses, el promedio de alimentos comprados por los habitantes de las zonas rurales de América Latina y el Caribe, se contrajo a la mitad. La ingesta nutricional de todas estas personas también ha quedado a medias, con todas las consecuencias que eso implica.

Ya los expertos han revelado el drama de los nueve millones de niños y niñas que padecen desnutrición crónica y que exigen una respuesta. La pregunta es: ¿Podemos hacer algo? La respuesta mía es: ¡Tenemos que hacer algo! Porque la verdad es que el hambre no es parte del destino manifiesto de la humanidad.

Porque la verdad es que no se trata de una fatalidad que debemos aceptar como parte del orden natural de las cosas. Es una circunstancia que muchos países han hecho crónica, pero que con políticas adecuadas se puede derrotar.

El hambre se puede erradicar con decisiones oportunas, aun cuando demore tiempo en que esto tenga un efecto más masivo. Al respecto es válido mostrar el ejemplo de Chile. No para vanagloriarnos de cifras que puedan ser mejores que las de otros países, sino—por el contrario—sin arrogancia, con orgullo, pero, por sobre todo, con certeza, para decir que es posible superar la desnutrición.

Chile prácticamente ha erradicado la desnutrición infantil. En el año 2007, la cifra de desnutrición global en menores de seis años fue de 0,7 por ciento, contra un 37 por ciento que existía en 1960. En ese sentido, podemos calificarnos de privilegiados. Pero esto no ha sido casual, no ha sido gratuito.



Michelle Bachelet
Presidenta de la República de Chile

Quienes en el marco de la Conferencia Regional Ministerial recibieron un reconocimiento son parte muy importante de este proceso. Si hay algo en lo cual importa el liderazgo es en temas como éste y el liderazgo de personas como los médicos, profesores y maestros es, justamente, el haber tenido la claridad y la tenacidad para concretar estas políticas en logros reales, con objetivos claros.

En Chile conseguimos transformar este liderazgo en una política de Estado sostenida en el tiempo y no se abandonó siquiera con vaivenes políticos. El primer Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile data de 1924. Y la verdad es que fue el primer paso en esta política de Estado orientada a garantizar a todos los niños la satisfacción de sus necesidades nutricionales.

Desde el punto de vista de la prevención de enfermedades, de las capacidades cognitivas y del desarrollo intelectual—así como también de la productividad futura—la nutrición de un niño es crucial. Sobre el particular, no tengo que convencer a nadie. Pero no podemos, por obvio, olvidarlo. No es posible concebir políticas públicas de desarrollo sin ocuparse de este aspecto en forma prioritaria.

En el año 1953 se inició el Programa de Distribución de Alimentos a la madre y al niño o niña. Y un médico Presidente, como yo, instauró el recordado Programa del Medio Litro de Leche Diario para cada niño en Chile.

En su momento hubo discusiones. Incluso alguna gente dijo: “esta leche la van a usar para rayar canchas de fútbol”. La verdad es que estos programas, de la mano del desarrollo de una institucionalidad fuerte de la salud pública, de la mano de programas de educación de la gente, han sido extremadamente exitosos.

Adicionalmente a la entrega de alimentos en consultorios, se implementaron planes nutricionales en las escuelas, lo cual ha sido determinante. Y hoy día, 2,200,000 raciones son entregadas gratuitamente cada día en establecimientos de educación pública, beneficiando a un número muy importante de escolares.

El país logró derrotar este flagelo con perseverancia y con esfuerzo.

Y así llegamos a las cifras de hoy.

Pero hay más: la lactancia materna es un importante factor de prevención contra la malnutrición. Y por eso también hemos estimulado este proceso, que es fundamental en el desarrollo humano y hoy tenemos casi un 50 por ciento de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.

Otro factor central es la influencia de la nutrición de la madre en el peso de los hijos. Eso está clínicamente demostrado y ha sido también tomado en cuenta en los planes de salud y nutrición, que incluyen alimentación complementaria para embarazadas y mujeres en etapa

de lactancia, que entregan diferentes cantidades de leche, según las necesidades de cada caso. Esto se considera un bien público y, por lo tanto, es independiente de si las madres pertenecen al sistema de salud público o privado.

Quiero insistir: son cifras felices, pero no son casuales. Lo que quiero decir con esto y, tal vez, mi único gran mensaje, es que es posible derrotar el hambre. Que Chile lo ha hecho en poco más de cuatro décadas. Lo ha hecho con planificación, con efectividad, con constancia, con claridad en el objetivo. Pero, sobre todo, con voluntad política y con prioridad en la infancia.

Otras experiencias, como las de Cuba o Costa Rica, también han tenido excelentes resultados. Lamentablemente, no podemos decir lo mismo de todos los países de nuestra región, que producen suficientes alimentos, pero donde se sigue padeciendo hambre. Y esto claramente es una paradoja.

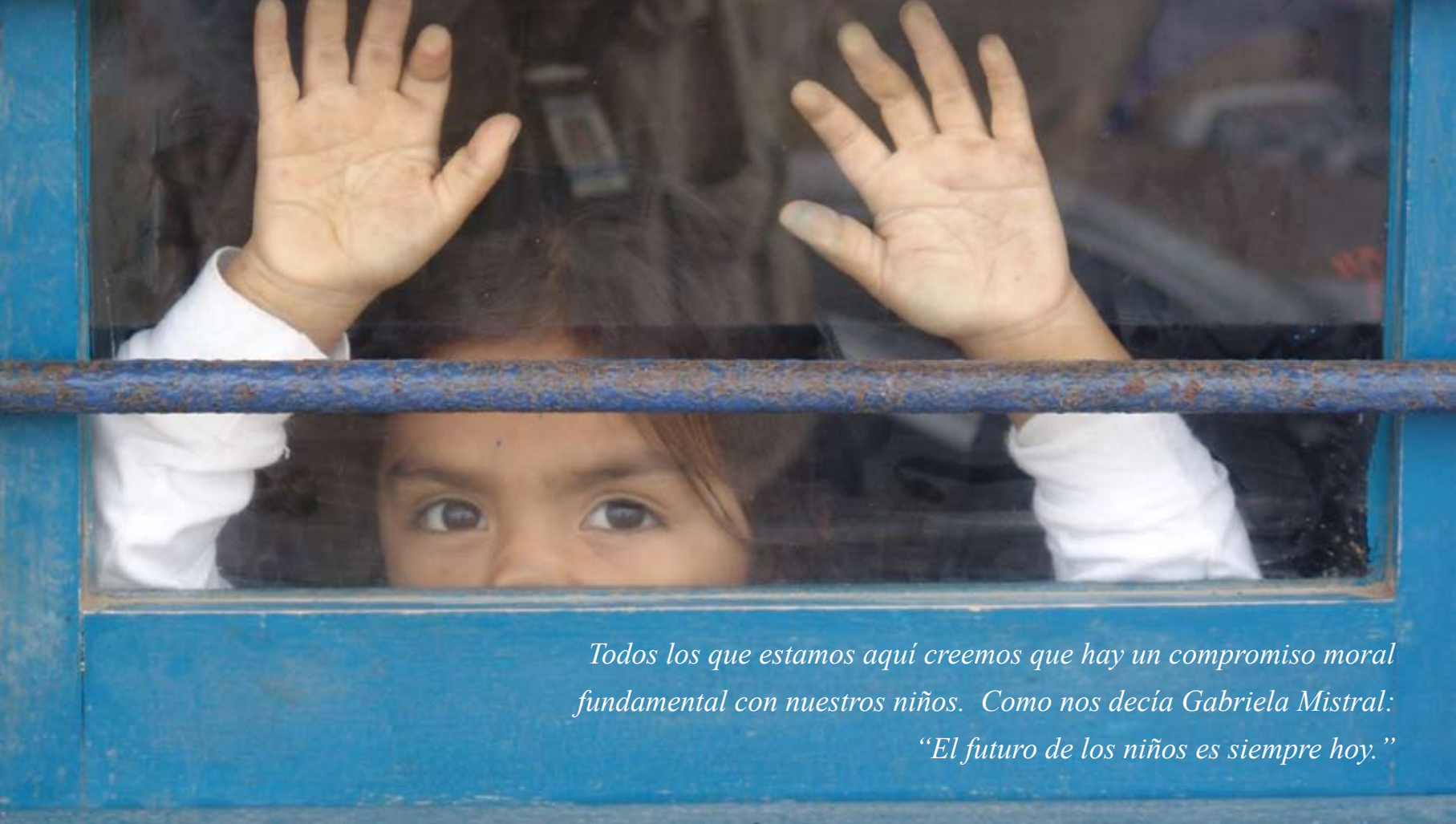
La producción de alimentos en América Latina y el Caribe más que triplica los requerimientos energéticos de la población. Sin embargo, existen 53 millones de personas que carecen de alimentos suficientes. El 7 por ciento de los niños menores de cinco años tiene un peso inferior al normal y 16 por ciento presenta un déficit de talla para su edad.

Hoy, la falta de acceso a los alimentos tiene menos que ver con la escasez y más con el bajo poder adquisitivo de la población de escasos recursos, a lo cual se añade como agravante el alza de los precios de los alimentos. En datos como éstos vemos el verdadero impacto de la desigualdad. Una desigualdad que se inicia en el vientre, que merma las posibilidades de vida, de crecimiento y desarrollo intelectual pleno de una persona aún antes del nacimiento. Y que, desgraciadamente, sigue manteniéndose en la mayoría de las sociedades como un circuito nefasto durante toda la vida de las personas.

En ese sentido, una reflexión: Pedro Medrano hizo el llamado a hacerse cargo de este tema moral, ético, cueste lo que cueste. Sé que hay muchos ministros, viceministros, jefes de programa a los que probablemente les toca lidiar—sobre todo a la hora de definir los presupuestos en el país—con otros criterios, con personas que van a colocar otras prioridades arriba de la mesa porque, sin duda, en un país muchas cosas son necesarias.

Pero quiero decirles que el costo para un país es infinitamente mayor si no se asume esto. El costo de la pérdida de muchas capacidades de las personas, de los niños, así como el costo de las enfermedades asociadas, son infinitamente mayores a todo lo que uno pueda gastar para sacar a los niños del hambre.

Incluso si uno lo mira desde la óptica de un país que quiere crecer en la economía, que quiere ser competitivo, el tener una población sana, desarrollada, con plena capacidad, también es un factor de competitividad y desarrollo.



Todos los que estamos aquí creemos que hay un compromiso moral fundamental con nuestros niños. Como nos decía Gabriela Mistral: “El futuro de los niños es siempre hoy.”

Todos los que estamos aquí creemos que hay un compromiso moral fundamental con nuestros niños. Como nos decía Gabriela Mistral: “El futuro de los niños es siempre hoy.” Es decir, hoy día tenemos que preocuparnos para tener niños sanos, jóvenes y adultos adecuados. Pero más allá de esto, también desde la óptica del desarrollo económico de un país, éste es un elemento central.

Cada cinco segundos, un niño muere por hambre en el planeta. Y ésta es una realidad dramática que nos interpela a todas las naciones. Lamentablemente no es una realidad lejana. Esto pasa aquí, en nuestra región.

Esta situación se hace aún más crítica en el caso de los niños y niñas indígenas y de ascendencia africana. Al respecto, un solo ejemplo: El 90 por ciento de los 150 millones de personas afro-descendientes de América Latina y el Caribe es pobre. Y, lógicamente, concentra también los más altos índices de desnutrición. Esa población es víctima de la desigualdad, de la exclusión social dentro de los países. Pero, a la vez, en muchas ocasiones quedan fuera de las prioridades de cooperación internacional, por haber nacido en países con ingresos medios. Es decir, sufren una doble exclusión.

La falta de acceso a los alimentos por falta de dinero, genera, como hemos visto además, graves conflictos sociales. Un pueblo que no puede tener alimentos es un pueblo con urgencia, con impaciencia, un pueblo con justo enojo y un pueblo, además, desencantado con la democracia.

Frente a esta tremenda situación de desigualdad, no es posible cruzarse de brazos. Tenemos que responder como continente. Debemos comprometernos a hacer todo lo que está a nuestro alcance para derrotar ese flagelo. Y esto implica, como se ha dicho acá, un esfuerzo técnico serio y sostenido. Implica cooperación y solidaridad, pero, por sobre todas las cosas, implica voluntad política.

¿Qué es lo que Chile, desde su experiencia en combatir la desnutrición, ha hecho y hace para contribuir a frenar este terrible flagelo, en materia internacional? En noviembre del año pasado, durante la Cumbre Iberoamericana que se realizó en Chile, me comprometí a la creación de un Fondo para la Protección de la Infancia en Iberoamérica, que será implementado durante este año.

A través de la acción conjunta con el Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) nos hemos comprometido con la rehabilitación agrícola y forestal de Haití, proyecto en el que está trabajando un grupo de técnicos chilenos de alto nivel, lo que es fundamental para el desarrollo de la agricultura y mejorar la producción y disponibilidad de alimentos.

También en Haití, la Junta Nacional de Jardines Infantiles de Chile (JUNJI) está apoyando al Gobierno en la formulación de una política de protección de la infancia. Pero, además, muy especialmente, hemos emprendido el diseño y puesta en marcha de centros de atención educativa, cuidados y alimentación de 180 niños de dos a cinco años en el sur de Haití.



A través de la FAO hemos enviado un número de profesionales a Guatemala, como parte del Programa Especial de Seguridad Alimentaria. Adicionalmente, como Presidenta, pertenezco a la Red Global de Líderes, que busca disminuir significativamente la mortalidad infantil y materna, los Objetivos 4 y 5 de Desarrollo del Milenio y, por cierto, apoyo con mucha fuerza también el Objetivo 1 del Milenio, el que ayuda a reducir la mortalidad que resulta, en la mayoría de los casos, de la malnutrición y la falta de condiciones sanitarias mínimas para la subsistencia.

A nivel operativo, esta red tiene su contraparte en la así llamada Partnership for Maternal, Newborn and Child Health,¹ que trabaja en coordinación con la Organización Mundial de la Salud (OMS). En septiembre de este año se efectuará en Chile el lanzamiento regional de esta iniciativa, actividad que estamos trabajando conjuntamente con Noruega y Brasil, como parte de nuestro interés en fortalecer la colaboración en el área de la salud nutricional.

En diciembre se reunirán en Oslo los representantes de los líderes mundiales que conducen la lucha contra la mortalidad infantil y materna, con el fin de coordinar políticas que agilicen la reversión de estas cifras en el planeta.

¹Alianza para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño (nota del editor).

Todo ello, entre otras muchas iniciativas, es parte del compromiso de Chile con la equidad, por un lado y con la justicia, por el otro. Y la verdad es que la desnutrición y la pobreza son lastres de muchos siglos en nuestra región. Superarlos puede tomar unas pocas décadas, pero sólo sucederá si ponemos en tensión las capacidades conjuntas de todos los países.

La Conferencia Regional Ministerial puso el acento en la protección integral de la familia, en el fortalecimiento de las políticas sociales, en la voluntad de garantizar a todos los habitantes del continente su alimentación básica. Todo aquello no puede esperar; debe empezar a implementarse de inmediato. Chile es parte de ese compromiso y hará lo que le corresponde hacer. Queremos ayudar en la medida de nuestras posibilidades. Queremos ser parte de este compromiso de derrotar el hambre y la desnutrición en la región. Nada es más importante que salvar las preciosas vidas de muchos niños y niñas que están esperando nuestra solidaridad. Y en esto, ustedes pueden contar con nosotros y con esta Presidenta.



El combate al hambre y la gobernabilidad democrática

José Miguel Insulza

Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA)

El tema que en mayo de 2008 convocó a la Conferencia Regional Ministerial de Santiago de Chile es de la mayor importancia y, lamentablemente, también de la mayor gravedad. El drama del hambre y la inseguridad alimentaria, que de una u otra manera hoy afecta a todas las regiones del mundo, se siente principalmente en los países y los segmentos sociales más pobres de la población mundial y, entre ellos, de manera especialmente cruel entre los niños.

Es un problema moral para toda la humanidad. En un mundo de riqueza, abundancia y avances científicos sin parangón, es éticamente inadmisibles que mueran alrededor de 25 mil personas por día por causas vinculadas a deficiencias nutricionales.

La Conferencia Regional Ministerial se realizó en un momento muy crucial, cuando el tema de los alimentos alcanza primera plana en toda la prensa del mundo. Los técnicos están aún encontrando explicaciones diversas al acelerado aumento de los precios de alimentos básicos como el trigo, arroz y maíz. Lo concreto, sin embargo, es que el precio de los alimentos ha aumentado en todo el mundo de manera exagerada, al grado que en los tres últimos años prácticamente se ha duplicado. Esta situación está condenando a mantenerse en o a volver a la pobreza a millones de personas en el mundo entero. Y hará sentir sus efectos no sólo en las posibilidades de desarrollo de muchos países, sino también en su estabilidad política y en su fortalecimiento democrático.

Cuando la desesperación individual ocasionada por el hambre y la incapacidad para proveer de alimentos a los hijos se convierte en un problema colectivo, puede conducir a manifestaciones de descontento social capaces de desestabilizar a los gobiernos de los países afectados. En nuestra región esa situación ya se está viviendo en Haití, país al cual es preciso ayudar en todas las formas posibles porque es el primer caso en nuestra región en que el problema de la escasez de alimentos se manifiesta de una manera crítica.

El Presidente del Banco Mundial señaló recientemente que al menos 33 países están en riesgo de enfrentar dificultades sociales a causa de la falta de alimentos. Si bien la mayoría de estos países se encuentra en África, en nuestro hemisferio debemos estar alerta ante un fenómeno que podría tener efectos negativos en nuestros esfuerzos encaminados a combatir la pobreza y fortalecer la democracia.

La crisis alimentaria amenaza con deteriorar una situación en la que si bien han existido progresivos avances, aún presenta serias dificultades. Me refiero al hecho de que en nuestra región más de cincuenta millones de personas aún no tienen acceso a una alimentación adecuada. La desnutrición infantil, con sus negativas secuelas biológicas, sociales y económicas, afecta hoy a más de nueve millones de niños.



José Miguel Insulza
Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA)

Los logros alcanzados en el combate a la pobreza y la indigencia también podrían sufrir reveses. Sabemos por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) que en 2006 un 36,5 por ciento de la población vivía en condición de pobreza y un 13,4 por ciento en la indigencia, los que sin duda son porcentajes muy altos. Al mismo tiempo, 15 millones de personas habían salido de la condición de pobreza y diez millones lo habían hecho de la condición de indigencia ese año. Por primera vez desde 1990, el número total de personas que vivían en condición de pobreza en nuestra región se situaba debajo de los doscientos millones. Ese avance está en riesgo por la amenaza que representa la carestía de los alimentos.

La propia CEPAL ha advertido que la pobreza y la indigencia aumentarán de no tomarse medidas urgentes para aminorar los efectos de las fuertes alzas en esos precios. De acuerdo con sus cálculos, un incremento de 5 por ciento en el precio de los alimentos eleva la indigencia en casi un punto. Dados los aumentos que actualmente estamos sufriendo, esas cifras significan que alrededor de diez millones de personas se encontrarían en riesgo de caer en la indigencia en nuestra región y un número similar podría engrosar las filas de la pobreza. Esto es claramente un retroceso, inaceptable en relación a los esfuerzos realizados para avanzar hacia sociedades más equitativas, justas y democráticas.



Sin embargo, la crisis que hoy se vive puede representar también una oportunidad. No debemos olvidar que esta inequidad ocurre a pesar de que, a nivel global, América Latina y el Caribe es la región que menos alimentos importa. El 26,7 por ciento de los alimentos que se consumen en América Latina y el Caribe son importados, lo cual se compara favorablemente con todas las demás regiones del mundo: 38,6 por ciento en América del Norte; 53,5 por ciento en Europa; 52,5 por ciento para el Asia Pacífico; y más de un 70 por ciento para el África Subsahariana y el Medio Oriente. Algunos de nuestros países son potencias mundiales en la producción y exportación de cereales, granos, frutas y carnes. América Latina y el Caribe tienen, entonces, a través de políticas agrícolas más justas e inclusivas, una mejor oportunidad de erradicar completamente la desnutrición, a la vez que contribuir a aliviar la situación de hambre en el mundo en desarrollo y mejorar la condición de vida de sus poblaciones rurales, donde radica generalmente la mayor condición de pobreza.

Bien sabemos, sin embargo, que ello no depende solamente de llamados para aumentar la producción. Existen también factores internos que tienen que ver con la concentración de la propiedad agrícola improductiva, con la carencia de políticas de asistencia técnica y crediticia a los pequeños y medianos agricultores, con el proteccionismo en el cual persisten los países más desarrollados de América del Norte y Europa y, desde luego, con la muy injusta distribución del ingreso a nivel global, que pone a más de un tercio de la humanidad aún por debajo de la línea de pobreza y a más de mil millones en la indigencia.

La meta de erradicar la desnutrición infantil en nuestra región es absolutamente posible. Por eso es importante destacar el compromiso a nivel político que existe en torno a la necesidad de atender con urgencia este flagelo. Durante estos últimos años se percibe una mayor conciencia social y política en la región, relativa a la necesidad de atender y combatir la pobreza, no sólo por cuestiones éticas y económicas, sino porque la gobernabilidad democrática se hace insostenible si no se enfrentan estos problemas. Por otra parte, la democratización y estabilidad política experimentadas en los últimos diez años son un logro también digno de considerar con relación a este tema, dado que han sentado las bases para un crecimiento económico sostenido, generando además las capacidades institucionales para enfrentar de manera más efectiva la pobreza, la exclusión social y sus efectos más perversos como el hambre y la desnutrición.

Con tal motivo y en el marco de nuestro compromiso permanente con el desarrollo integral y la gobernabilidad democrática, hemos buscado alianzas estratégicas que nos permitan avanzar hacia sociedades más justas. En ese contexto se inserta el reciente Acuerdo de Cooperación que la OEA ha firmado con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), orientado a diseñar y ejecutar proyectos conjuntos e intercambiar experiencias en temas de asistencia humanitaria, especialmente en lo referente al fortalecimiento de las capacidades nacionales para la erradicación del hambre y la desnutrición en la región.

Aprovecho esta oportunidad para felicitar a la Dra. Josette Sheeran, Directora Ejecutiva del Programa Mundial de Alimentos, por sus incansables esfuerzos para crear conciencia en la opinión pública sobre la crisis alimentaria—el “tsunami silencioso”, como ella lo ha llamado—y por impulsar a los gobiernos y organismos internacionales a actuar para evitar lo que puede llegar a ser una catástrofe mundial.

Otra expresión de nuestro compromiso con la necesidad de enfrentar este grave problema fue la incorporación del tema del hambre y la desnutrición infantil como uno de los cuatro aspectos centrales de la Primera Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Social que se celebró entre el 9 y 10 de julio en Chile, en el ámbito de los foros ministeriales de la OEA y bajo la responsabilidad organizativa del Ministerio de Planificación de Chile.

Históricamente, los conductos institucionales para llegar a los más necesitados con ayuda y suplementos alimentarios han sido los sistemas sanitarios y educativos, además de la tradicional labor que en esta materia han desempeñado las iglesias y organizaciones de la sociedad civil. Actualmente se ensayan con éxito en la región diversos programas que atacan la pobreza desde una perspectiva integral,

tales como los programas basados en las transferencias monetarias condicionadas, desarrollados principalmente por los Ministerios de Desarrollo Social de reciente creación. La reunión ministerial en Chile permitió analizar las posibilidades de integrar aspectos alimentarios a estos nuevos programas de combate a la pobreza. Agradezco a la Ministra de Planificación, Paula Quintana, por los esfuerzos desplegados en la preparación de este evento.

Debo reiterar que la región tiene mucho que hacer todavía respecto de la desnutrición y el hambre infantil. Ese esfuerzo se puede ver facilitado si se unen los recursos y las voluntades políticas nacionales con las capacidades técnicas de organismos internacionales como el PMA, con el compromiso político que se puede concertar en foros como la OEA y con el apoyo financiero que puede aportar la banca internacional. Seguramente se verá fortalecido si se logra la asociación y el permanente contacto con organizaciones de la sociedad civil y una alianza con el sector privado y productivo, al objeto de asegurar la sustentabilidad de los programas y la generación de fuentes de ingreso para las familias.





La equidad: factor fundamental en la lucha contra la desnutrición infantil

Paula Quintana

Ministra de Planificación de Chile

Fue un gran honor para Chile ser país anfitrión de la Conferencia Regional Ministerial de mayo de 2008, necesario y oportuno debate orientado a la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Las experiencias y conocimientos compartidos en ese espacio constituyeron una efectiva contribución al desarrollo de los niños y niñas, así como al desarrollo de nuestra región.

Un mayor y más equitativo desarrollo económico, social y ambiental a lo largo de todo el territorio nacional ha sido el anhelo que por muchos años ha guiado a la sociedad chilena. Hemos sido—entre muchos aspectos—muy exitosos en materia de crecimiento, empleo y disminución de la pobreza, así como también en la reducción de la desnutrición infantil. Hemos avanzado sustantivamente en salud, educación, infraestructura económica y social, tal como lo demuestran distintos indicadores y lo reconoce la totalidad de los organismos internacionales.

No obstante, tenemos un talón de Aquiles y éste es la desigualdad, factor que en definitiva podría ser la diferencia entre un país que crece y uno que cruza el umbral del desarrollo. Para vencer las desigualdades no basta la determinación. Es necesario, además, entender su origen. La desigualdad se manifiesta en los primeros años de la vida de la persona, continúa con las oportunidades de educación, se profundiza con las discriminaciones y se consolida con la adversidad. La desigualdad se da en las oportunidades y en los resultados, se reproduce diariamente y se profundiza cada vez que poderosos intereses particulares se imponen sobre el interés general, ya sea en los negocios o en las decisiones políticas.

La historia de nuestras políticas sociales y los avances de los últimos diecisiete años de democracia nos dan una base sólida para enfrentar el próximo desafío: articular en Chile un verdadero sistema de protección social basado en derechos, capaz de garantizar igualdad de oportunidades y cobertura de los principales riesgos que amenazan a las familias y a las personas de menores recursos a lo largo de la vida. En el transcurso de los gobiernos de la Concertación hemos transitado desde el dominio de las políticas asistenciales a la construcción de las bases de una red de protección social fundada en derechos garantizados. Ello ha sido posible gracias a una consistente reducción de la pobreza, a la ampliación de acceso a las más importantes prestaciones sociales, al impacto distributivo del gasto social y a enmiendas legales para combatir la discriminación de diversos grupos de la sociedad, ya sea por su condición étnica o de género, su origen social o territorial, o por la orientación sexual. Sin embargo, este proceso se ha producido con desigualdades derivadas de una inequitativa distribución del ingreso, que si bien ha estado históricamente presente en la sociedad chilena, se hace más intolerable actualmente ante la vivencia de una inclusión desigual que no se explica en función de los méritos, sino por el origen socioeconómico y cultural y la falta de oportunidades.



Paula Quintana
Ministra de Planificación de Chile

La necesidad de un sistema de protección social también se fundamenta en los cambios acelerados vividos por nuestras sociedades, que generan vulnerabilidades asociadas a nuevos riesgos, tales como el surgimiento de una pobreza moderna y su alta rotación, la existencia de empleos precarios e inestables, la creciente participación laboral de las mujeres y su impacto en la estructura social, el envejecimiento de la población y los nuevos patrones migratorios. Estas vulnerabilidades trascienden la población en condiciones de pobreza y amenazan a determinados segmentos no pobres (específicamente a la población infantil), a personas con discapacidades, adultos mayores, madres adolescentes y mujeres jefas de hogar, comunidades y personas indígenas, y también a los inmigrantes. Un buen sistema de protección social acompaña a las personas a lo largo de su ciclo vital, protegiendo sus primeros pasos, asegurando el acceso a las oportunidades de educarse y trabajar y cubriendo los riesgos de enfermedad e invalidez garantizando una vejez digna.

Un buen sistema de protección social reconoce los problemas de las personas y les permite mantener un mayor control sobre sus vidas. Los primeros años son cruciales en el desarrollo de competencias y capacidades clave que acompañan a las personas a lo largo de su vida. La estimulación y la socialización que reciben los niños y niñas en esta etapa determinan en gran medida sus capacidades para enfrentar períodos posteriores de aprendizaje, asegurar el desarrollo de sus vidas física y psicológicamente sanas y construir proyectos laborales, familiares y sociales satisfactorios en la etapa adulta.

En este contexto, el sistema de protección social de la infancia “Chile crece contigo”, actualmente en fase de ejecución en Chile, constituye un avance significativo en el diseño e implementación de un sistema de protección social, al contribuir a transformar a Chile en un país más equitativo, justo y seguro, al posibilitar que se potencien igualmente las oportunidades de que disponen las personas desde la cuna. Éste constituye un desafío central de este gobierno.

En materia de desnutrición infantil, los avances en Chile han sido significativos y es por ello que, junto con mantener los resultados orientados a su erradicación, es necesario avanzar hacia desafíos mayores, tales como que el comienzo de la vida, el origen socioeconómico u otras dimensiones no constituyan factores de inequidad, exclusión, pobreza, o vulnerabilidad en el futuro. Los logros que la sociedad chilena ha obtenido en la reducción de la desnutrición in-

fantil son producto de la articulación de políticas integrales y de largo plazo, orientadas a la prevención, tratamiento y control.

La experiencia chilena ha demostrado que el consenso técnico y político a partir de los años cuarenta, la continuidad de los programas a lo largo del tiempo, la integralidad de las intervenciones y el contar con un sistema de seguimiento han sido fundamentales para lograr los resultados que hoy tenemos como sociedad en materia de desnutrición infantil. Asimismo, cumplir la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados con la superación del hambre y la disminución de los factores de riesgo asociados con la desnutrición infantil impone el desafío de articular, de manera integral, acciones que den cuenta de la multiplicidad de causas asociados a los problemas de desnutrición.

El sistema de protección integral a la primera infancia “Chile crece contigo”, iniciado el año 2007 y con cobertura en todo el país a partir de este año (2008), jugará un rol central en la materia que nos convoca al tener como propósito atender las necesidades y apoyar al desarrollo de los niños y niñas en cada etapa de la primaria infancia. El sistema promueve las condiciones básicas necesarias para el desarrollo infantil, influyendo simultáneamente en aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños y niñas en su entorno. Otros esfuerzos que se han realizado en la región han ayudado y llevado a una disminución importante de la desnutrición en algunos países y su erradicación en otros, como es el caso de Cuba, Costa Rica, Argentina y Chile. El problema no sólo continúa siendo un tema relevante para América Latina y el Caribe, sino que—además—coyunturas como la actual, relativa a la crisis alimentaria mundial, nos obliga a ser muy proactivos en función de disponer de políticas internas y acuerdos globales oportunos, orientados a garantizar el acceso a alimentos por parte de la población más vulnerable o de menores ingresos y que nos permitan evitar retrocesos importantes en la desnutrición y en los niveles de pobreza e indigencia en la región.

De este modo, reuniones como la Conferencia Regional Ministerial de Santiago, celebrada en mayo de 2008, representan importantes espacios de reflexión, dándonos la oportunidad de compartir experiencias y logros para erradicar el hambre y la desnutrición en nuestros países y en nuestros niños y niñas, así como también para compartir el gran desafío de construir sociedades más justas y más solidarias.



La lucha contra la desnutrición en la agenda de salud de las Américas

Mirta Roses

Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

El tema abordado en la Conferencia Regional “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe” no es un asunto aislado sino que representa uno de los puntos más visibles y sensibles del ser humano y su desarrollo. La salud y la nutrición van de la mano y es inaceptable que en una región que tiene conocimientos y recursos humanos, materiales y financieros suficientes para todos sus habitantes, aún persistan nueve millones de niños y niñas que sufren de desnutrición crónica.

Los efectos y daños de la desnutrición son irreversibles y pueden surgir desde la concepción del ser humano. Peor aún: se transmiten de generación en generación. Estos daños no sólo afectan al ser humano como individuo, sino que impactan a la sociedad en su conjunto, produciendo pérdidas enormes a nuestros sistemas de salud y seguridad social.

En este sentido, la Agenda de Salud de las Américas aprobada por los países en 2007 establece que éstos deben esforzarse por garantizar una protección efectiva desde la atención prenatal, priorizando acciones específicas para reducir la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la desnutrición infantil. Igualmente, la Agenda de Salud de las Américas propone disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos, por lo cual es importante que los países intensifiquen la Cooperación Sur-Sur en áreas temáticas relacionadas con la salud y la nutrición y, además, que concentren sus esfuerzos en fortalecer las capacidades nacionales y de gestión de programas para alcanzar aquellos grupos de mayor vulnerabilidad.

Dando seguimiento a esta Agenda y a los acuerdos alcanzados en foros y reuniones ministeriales y de jefes de Estado en cuanto a maximizar los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil, es necesario que los países reunidos en Santiago, en mayo de 2008, renueven este compromiso y prioricen el hambre y la desnutrición en las agendas públicas de todos los países. Hacemos un llamado a la comunidad internacional para que se una a este esfuerzo de los países y acompañen a los mismos, dando prioridad al combate de la desnutrición infantil como parte de sus diálogos de cooperación y fomentando el intercambio de conocimiento entre instituciones y países.



Mirta Roses

Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)



Un llamado urgente y decidido a la acción

Rebeca Grynszpan

Directora Regional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en América Latina y el Caribe

Sin duda la erradicación de la desnutrición infantil, que afecta más de nueve millones de niños y niñas en nuestra región, es un tema de la máxima importancia para todos nuestros Gobiernos. Se requiere, con mayor razón ahora que vivimos un ciclo de grandes aumentos en los precios de los alimentos y los combustibles, reenfocar los esfuerzos de la región para evitar que aún más niños y niñas y ciudadanos latinoamericanos sufran el flagelo del hambre y la desnutrición. El hecho de que 33 países de la región se encontrasen representados al más alto nivel en la Conferencia Regional Ministerial de Santiago de Chile habla del compromiso existente para combatir la desnutrición infantil así como de la necesidad, por todos sentida, de compartir información y experiencias, lo mismo que de encontrar soluciones y vías más efectivas para enfrentar este gran reto.

La realización de este evento estuvo enmarcada en una coyuntura particular y crucial que requiere de nuestro compromiso y trabajo desde cada una de nuestras organizaciones. Atravesamos hoy uno de los peores momentos de nuestra historia reciente, en relación a la crisis alimentaria, debido al alza de los precios de los alimentos. El Secretario General de las Naciones Unidas ha realizado recientemente un llamamiento para tomar medidas inmediatas, así como para realizar acciones de mediano y largo plazo para atender esta problemática. La magnitud de esta crisis puede poner en riesgo los avances que ha conseguido la región en materia de reducción de la pobreza y de otros Objetivos del Milenio estrechamente vinculados, como son la desnutrición infantil y los objetivos de reducir la mortalidad materna e infantil.

Creemos que hoy, más que nunca, América Latina y el Caribe están en condiciones de enfrentar este reto y de poner en ejecución medidas de política económica y social que protejan a los grupos más vulnerables de la población de los efectos devastadores que puede tener una escalada de precios en los productos de la canasta básica alimentaria. Necesitamos programas que, por un lado, incrementen los ingresos y el acceso a los alimentos de las poblaciones vulnerables y, por otra parte, mejoren la oferta y distribución de alimentos, especialmente de los pequeños agricultores.

El desafío que nos reunió en Santiago no es responsabilidad exclusiva de una sola institución o de un solo Gobierno. Hay que tomar acciones al nivel global, regional y nacional. Hay que poder accionar mecanismos de cooperación externos e internos que permitan atacar este problema desde sus múltiples dimensiones.

Necesitamos de una férrea voluntad política y de una firme determinación para evitar que esta vez, a diferencia del pasado, los ciclos económicos a los que está sujeta la economía mundial sumen a millones de ciudadanos latinoamericanos en la desesperación y la indigencia. No debemos permitir



Rebeca Grynszpan
Directora Regional del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en América Latina y el Caribe

que se materialicen los posibles efectos que esta crisis puede tener sobre los niños y las niñas de la región, y volver a profundizar los ciclos perversos de transmisión intergeneracional de la pobreza que convierten pobreza coyuntural en pobreza estructural.

Así, Latinoamérica y el Caribe tienen la oportunidad de probarse a sí mismos en esta coyuntura y demostrar que pueden evitar la mayor injusticia que azota a nuestro continente: que un niño o niña esté destinado a ser pobre porque sufre de desnutrición crónica y, por tanto, antes de los dos años, antes de comenzar a tomar ninguna decisión propia, sin siquiera haber comenzado la escuela, su destino esté sellado por la sentencia de haber nacido en un hogar pobre y determinado o, peor aún, por haber nacido en un momento de crisis en los precios de los alimentos a la que no se le dio respuesta.

A lo largo de la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe” hubo oportunidad para compartir valiosas experiencias e información que contribuirán a la identificación de estrategias para atender esta problemática, como también para hacer un llamado urgente y decidido a una acción concertada y al compromiso de todas las instancias nacionales e internacionales para este objetivo. Desde el PNUD reiteramos nuestro compromiso en trabajar conjuntamente para continuar apoyando los esfuerzos en esta dirección.



Igualdad de oportunidades para romper el ciclo del hambre

Marcela Suazo

Directora Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en América Latina y el Caribe

El mundo enfrenta hoy la peor crisis alimentaria de los últimos años, debida al alza intensa y persistente de los precios de los alimentos, situación que afecta a la región de América Latina y el Caribe, la cual se caracteriza por la inequidad y la pobreza. En América Latina y el Caribe, unas 35 millones de personas viven en extrema pobreza y otras 190 millones viven en pobreza. De no tomarse acciones efectivas, la crisis podría empujar a la pobreza extrema a un estimado de más de diez millones de personas que requerirían asistencia urgente, en tanto que otros diez millones de personas caerían debajo de la línea de la pobreza y en el límite de la subsistencia.

El hambre y todas sus manifestaciones, incluyendo la desnutrición infantil, afectan particularmente a las personas pobres, entre las cuales están “sobre-representadas” las mujeres y sus hijos e hijas, en particular las mujeres que viven en zonas rurales o urbano-marginales y con poca o ninguna educación, lo mismo que las poblaciones indígenas y afro-descendientes.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) tiene la certeza de que el éxito de las acciones frente a esta crisis depende de considerar a las personas integralmente, atendiendo y respetando sus derechos, su condición de ser mujeres u hombres y sus necesidades, las cuales incluyen su salud reproductiva, que contribuye de forma significativa a disminuir el bajo peso al nacer y la desnutrición infantil.

En este punto, quisiera reflexionar sobre el rol clave para romper el ciclo del hambre y la pobreza que desempeñan las mujeres a lo largo del ciclo de vida en sus familias, comunidades y sociedades. Sabemos que si las mujeres mejoran su condición social y económica, inmediatamente mejora las de sus familias e hijos, por lo que parte de las respuestas efectivas al hambre, incluida la desnutrición infantil, deben encaminarse a fortalecer políticas públicas que apoderen las mujeres, que erradiquen la violencia de género, que faciliten el acceso de las mujeres, niñas y jóvenes a la educación y servicios de salud de calidad, y que incorporen a los hombres y varones jóvenes en acciones de apoyo al mejoramiento de la condición de las mujeres y las niñas.

Como Sistema de Naciones Unidas y como Fondo de Población renovamos nuestro compromiso con los países de la región para reducir estas brechas a través de apoyo y asistencia técnica en la formulación de políticas e implementación de estrategias nacionales y, en particular, promoviendo el derecho de cada mujer, hombre, niña y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos.



Marcela Suazo

Directora Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en América Latina y el Caribe



La carestía de los alimentos: crisis y oportunidades

Sheila Sisulu

Directora Ejecutiva Adjunta del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)

Traducción de Carlos Guevara Mann

Nos hemos reunido aquí en un momento crítico. El mundo se encuentra en las fases iniciales de una crisis alimentaria mundial que pone en riesgo el bienestar de decenas de millones de las personas más vulnerables del planeta. Lo cierto es que las instituciones internacionales de la post-guerra nunca han enfrentado una crisis humanitaria alimentaria similar, en magnitud, complejidad y alcance geográfico. En menos de dos años, los precios internacionales de los alimentos han aumentado, en promedio, en un 83 por ciento. Según los indicios que poseemos, dichos precios no sólo podrían seguir incrementando, sino además permanecer altos durante muchos años.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha estimado que los niveles actuales de precios podrían empujar a unas diez millones de personas a la pobreza extrema o indigencia. Al mismo tiempo, podríamos esperar aumentos equivalentes en los niveles de morbilidad, como resultado del debilitamiento físico de las poblaciones pobres a causa del hambre. Sin cuidados especiales, podríamos presenciar un aumento en el número de muertes relacionadas con el hambre, particularmente en la niñez. Adicionalmente, otros diez millones podrían caer en situaciones de hambre y desnutrición, como resultado de cualquier alza futura en los precios de los alimentos. En resumen, la crisis alimentaria no sólo amenaza con generar condiciones catastróficas para millones de personas, sino también con anular los importantes adelantos logrados a través de los programas de desarrollo.

Sabemos que la desnutrición puede causar daños mentales y físicos irreversibles en las niñas y niños desde su nacimiento hasta la edad de tres años. También sabemos que estos daños tienen un impacto profundo en la vida productiva de las niñas y niños y limitan sus aportes a la sociedad. El año pasado, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la CEPAL publicaron un estudio de seis países centroamericanos y la República Dominicana que demostró que el costo promedio de la desnutrición infantil equivale a más del 6 por ciento del producto interno bruto (PIB). La actual crisis alimentaria tiene potencial para incrementar significativamente ese porcentaje.

Simultáneamente, hemos sido testigos de la inestabilidad social causada por el alza en los precios de los alimentos. Haití recientemente se sumó a la lista de países donde se han producido violentas protestas como resultado de la carestía de los productos de consumo básico. No se requiere demasiado discernimiento para concluir que, en el futuro, pueden ocurrir disturbios semejantes, lo que a su vez podría tener graves consecuencias económicas y políticas y pérdidas innecesarias de vidas.

Nuestro desafío hoy es identificar los medios más idóneos para proteger a las poblaciones pobres con hambre y asegurar que se destinen recursos necesarios a esa tarea. Con esto quiero destacar que la manera usual de operar no será ya suficiente. La comunidad internacional tendrá que asumir un papel crítico en el suministro de recursos financieros a los organismos de la cooperación internacional, como el PMA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de las



Sheila Sisulu
Directora Ejecutiva Adjunta del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA)

Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los países de la región, a su vez, tendrán que implementar acciones enérgicas y sin precedentes. Si hemos de evitar una tragedia sin sentido, nuevas prioridades programáticas y presupuestarias tendrán que ser adoptadas. Los Gobiernos tendrán que tomar difíciles decisiones que implicarán otorgar menor importancia a proyectos redituables desde una óptica política y conceder prioridad al alivio de la crisis alimentaria y nutricional que gradualmente avanza en la región. Si los Gobiernos no actúan de manera convincente frente al alza en los precios de los alimentos en las fases iniciales de esta crisis, podrían verse inhabilitados para responder a las consecuencias que se desencadenarán en etapas posteriores.

Para contribuir a nuestro plan de trabajo actual, el PMA ha solicitado aportes adicionales de los Gobiernos donantes por la suma de 756 millones de dólares. Estos 756 millones de dólares adicionales nos permitirían cerrar la brecha entre el costo original estimado de nuestras operaciones para alimentar a setenta millones de personas y el costo actual. Esta suma no toma en cuenta las necesidades de poblaciones adicionales que necesitarán ayuda como resultado de nuevas emergencias o porque los altos precios de los alimentos les impiden acceder a un consumo calórico mínimo. En estos momentos estamos evaluando las necesidades adicionales y examinando, con nuestros aliados y asociados, planes para proveer respuestas más amplias. Como es sabido, el Presidente del Banco Mundial, Robert Zoellick, ha convocado a la implementación de un nuevo Plan Marshall y una respuesta coordinada de las instituciones de Bretton Woods y agencias clave del Sistema de Naciones Unidas. Debemos reaccionar a esta gran escala si queremos tener éxito en nuestras gestiones para erradicar el hambre.

En adición al alza en los precios de los productos básicos, América Latina y el Caribe enfrentan la posibilidad de un aumento en el número de situaciones de emergencia causadas por desastres naturales. La más reciente temporada de huracanes tuvo mayor duración que las anteriores y fue particularmente severa. La temporada inició con dos tormentas excepcionales, de categoría 5 y un gran número de eventos adicionales a lo largo del período. Además de graves daños a los cultivos y la actividad agrícola, estos fenómenos acentúan la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad de más y más personas—especialmente mujeres, niñas y niños—y amenazan con revertir los logros de la región en materia de desarrollo. De acuerdo con un pronóstico de la Universidad del Estado de Colorado (Colorado State University), habrá en la región por lo menos ocho huracanes en 2008, cuatro de ellos de categoría 5.

En el PMA, lo mismo que en otras agencias de las Naciones Unidas, nuestra principal preocupación es el impacto de la crisis alimentaria en el deterioro de las condiciones nutricionales de niñas, niños, mujeres embarazadas y madres lactantes. En tanto que los Gobiernos de América Latina y el Caribe ejecuten acciones inmediatas para atender los efectos de la actual crisis, esta situación brinda una

oportunidad para fortalecer las redes de seguridad social, las intervenciones nutricionales y de salud materno-infantiles y los programas de alimentación escolar que priorizan el bienestar nutricional de grupos vulnerables y renuevan el compromiso y la determinación de la región de erradicar la desnutrición infantil.

De acuerdo con la FAO, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Banco Mundial, los precios de los alimentos permanecerán altos en 2008 y 2009. Es más, es probable que hasta por lo menos el 2015 los precios de la mayoría de los cultivos comestibles se sitúen por encima de los niveles alcanzados en 2004. Debemos asegurar que frente a esta crisis, los adelantos logrados en la región, en lo que respecta a la reducción de la desnutrición infantil, sean salvaguardados y que los grupos vulnerables reciban protección adicional contra estas dificultades.

El Instituto Internacional de Investigación de Políticas Alimentarias (International Food Policy Research Institute, IFPRI) ha hecho un llamado a la implementación de medidas “comprensivas de protección social e iniciativas alimentarias y nutricionales para responder a las necesidades de los pobres a corto y mediano plazo”, lo mismo que a la ejecución de políticas agrícolas y comerciales a largo plazo para enfrentar el desafío. Entre tanto, el Banco Mundial ha determinado que debe dársele alta prioridad a la aplicación de políticas que eviten los impactos nutricionales negativos que la carestía de los alimentos producirá en los ingresos reales de las familias más pobres. A su vez, este desenlace podría afectar la efectividad de los programas de alimentación complementaria y reducir el acceso a la salud y las medicinas, lo que agravaría las condiciones nutricionales de algunos sectores.

Todas y todos los que en mayo de 2008 asistimos a la Conferencia Regional Ministerial de Santiago de Chile tenemos una función muy importante que desempeñar hacia el logro de la misión que tenemos por delante. Pido a cada participante que persuade a su Gobierno acerca de la necesidad de adoptar una conducta activa a nivel internacional. Necesitaremos su apoyo, especialmente en la esfera diplomática. Es necesario desplegar esfuerzos intensos para convencer a los países donantes acerca de la importancia de involucrarse plenamente en esta lucha lo más pronto posible. Debe quedar muy claro que éste no es un asunto fugaz o momentáneo. Mientras los precios permanezcan exageradamente altos, se necesitará apoyo financiero sostenible. Los Gobiernos también tendrán que adoptar una conducta activa a nivel nacional.

Esta es una región rica en experiencias en el combate a la desnutrición infantil. Muchos de sus países ya han implementado políticas y programas sólidos que han puesto redes efectivas y bien focalizadas de seguridad social al alcance de poblaciones vulnerables. La situación mundial actual destaca la importancia y relevancia de estas redes.



Esta es una región rica en experiencias en el combate a la desnutrición infantil. Muchos de sus países ya han implementado políticas y programas sólidos que han puesto redes efectivas y bien focalizadas de seguridad social al alcance de poblaciones vulnerables.

Durante la Conferencia Regional Ministerial se nos presentó el reto de desarrollar un inventario de experiencias y mejores prácticas derivadas de programas de nutrición infantil implementados hasta la fecha; establecer una red de instituciones y gestores responsables de la implementación de programas contra la desnutrición infantil en la región; identificar áreas de Cooperación Sur-Sur y colaboración triangular en apoyo de programas nacionales para erradicar la desnutrición infantil; y adoptar un mecanismo para facilitar la transferencia de conocimientos, experiencias y mejores prácticas.

El PMA está preparado para trabajar con los concurrentes a la Conferencia Regional Ministerial de Santiago de Chile. Nuestra Iniciativa Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe” ha recibido apoyo político al más alto nivel, promovido intercambios técnicos a nivel regional y nacional y convocado a ejecutores de políticas y programas en eventos como éste.

También hemos desarrollado metodologías y herramientas para apoyar a los Gobiernos en la erradicación de la desnutrición infantil, tales como los Estudios del Costo del Hambre y el Atlas del Hambre y la Desnutrición; suministrado apoyo técnico para combatir insuficiencias de vitaminas y minerales; y, en conjunto con gobiernos y

otras partes interesadas, diseñado una plataforma de administración del conocimiento y creación de redes para promover la Cooperación Sur-Sur y la colaboración triangular en respaldo de políticas nutricionales y programas basados en alimentos.

Entre otras tareas, podemos ayudar a diseñar mecanismos mejorados de respuesta a emergencias. Podemos también aprovechar esta crisis para dar seguimiento efectivo a la implementación de la Iniciativa Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”. Abrigo la esperanza de que esta Conferencia conducirá al desarrollo de un plan de acción de rápida implementación en este momento urgente, en que no podemos postergar el combate al hambre.



El aporte del sistema de Naciones Unidas al combate a la desnutrición infantil

Enrique Ganuza

Coordinador Residente de las Naciones Unidas en Chile

Para el Sistema de Naciones Unidas en Chile, a través de las 15 organizaciones representadas en Santiago, fue de la más alta importancia colaborar con el Gobierno de Chile en la organización de la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”.

Las actividades del Sistema de Naciones Unidas en Chile se enmarcan en la estrategia de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Líderes de todos los países del mundo pactaron alcanzar los ODM para el año 2015, a fin de garantizar un mundo con menos pobreza, hambre y enfermedades; niñas y niños mejor educados; más igualdad de género; mayores posibilidades de supervivencia materna e infantil; y un medio ambiente más sano. A menos de diez años para llegar al 2015, aún se plantean grandes desafíos para el futuro, aunque hay signos de progreso.

Trabajos recientes, basados en modernas técnicas de análisis y un grupo de casi veinte países (que cubren prácticamente toda la población y el Producto Interno Bruto regional) indican que la región, suponiendo que las políticas vigentes permanezcan inalteradas, parece estar bien encaminada hacia el logro de las metas asociadas pero que se necesitan esfuerzos adicionales (Vos et al). Con la excepción de Chile y Cuba, en que las metas parecieran alcanzarse con las políticas y los esfuerzos actuales, los demás países necesitan aumentar su gasto social entre 2 y 6 por ciento del PIB por año, hasta 2015, para asegurar que las mismas se cumplan. Al mismo tiempo, se requiere más crecimiento del empleo y menos desigualdad para lograr el objetivo de reducción de la pobreza. Posiblemente en todos los casos deberá considerarse una combinación de estrategias de financiamiento, en donde reformas tributarias se complementen con acceso a mayores recursos internos y externos. El mensaje central a los Gobiernos de la región es que se necesita perseverar y aumentar los esfuerzos, que probablemente sea conveniente tener una perspectiva más allá del año 2015 y que las políticas públicas deberán manejar e integrar la política macroeconómica con las políticas sociales sectoriales.

Como tema prioritario en las actividades de la mayoría de nuestras instituciones, la desnutrición infantil es uno de los desafíos asumidos como Sistema, en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desde su firma, el año 2000, Naciones Unidas ha trabajado por cumplir la meta de reducir la proporción de población que sufre hambre a la mitad para el año 2015, partiendo de los niveles alcanzados en 1990. Sin embargo, si no se realizan esfuerzos especiales para atacar los problemas nutricionales de la niñez, el cumplimiento del conjunto de los ODM se verá seriamente afectado.

Pese a que los países de América Latina y el Caribe cuentan con suficientes alimentos para cubrir las necesidades de su población, el 16 por ciento de los menores de cinco años sufre de desnutrición crónica, un indicador más de las desigualdades sociales que persisten.



Enrique Ganuza
Coordinador Residente de las Naciones Unidas en Chile

La desnutrición en los niños y niñas aumenta su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Atender a este problema es fundamental para asegurar su derecho a la supervivencia, así como para garantizar el desarrollo de los países.

Gracias a políticas sostenidas de salud, alimentación, educación y saneamiento ambiental, Chile ha combatido con gran eficacia este problema de salud, logrando que menos del 2 por ciento de la población se encuentre hoy con algún grado de desnutrición. Por el contrario, en la actualidad el principal problema de malnutrición que tiene Chile es la obesidad. Chile tiene hoy uno de los índices de obesidad más elevados del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente existen 3,4 millones de personas obesas en Chile, cifra que va en aumento y que de sumarse a la población con sobrepeso (casi 4,7 millones de personas) significa que se alcanzaría un total de 9 millones de chilenos afectados por sobrepeso para el bicentenario (2010).

Naciones Unidas trabaja para abordar este tema, convertido hoy en un problema de salud pública, gracias a la labor conjunta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud de Chile, que ha permitido implementar la creación de la Oficina de Estrategia Global contra la Obesidad (EGO), la cual ha desarrollado y difundido campañas de publicidad sobre estilos de vida, nutrición, actividad física y salud, entre otros.

Pero mientras el principal problema de malnutrición en Chile es la obesidad, en otros países de América Latina y el Caribe lo es la desnutrición crónica. Por ello, la Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, con sede en Santiago, brinda apoyo técnico a proyectos nacionales de seguridad alimentaria y nutricional desde la edad preescolar, impulsando la Iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre, que promueve el Derecho a la Alimentación para todos y el desarrollo de programas de nutrición y educación, como las huertas familiares, entre otras iniciativas.

La alta participación de las diversas Agencias de Naciones Unidas en la Conferencia sobre la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe dejó en evidencia no sólo el interés que concita el combate a la desnutrición infantil sino también la

importancia que le asignan dichas organizaciones a la Cooperación Sur-Sur. De hecho, el Gobierno de Chile y el Sistema de Naciones Unidas han acordado hacer de la Cooperación Sur-Sur una de las áreas prioritarias de su plan de trabajo 2007-2010.

En efecto, esta Conferencia—en cuya preparación y seguimiento el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ha jugado un rol central—constituyó una oportunidad única de explorar áreas de interés común, de establecer alianzas regionales y de compartir buenas prácticas y experiencias exitosas en programas y políticas de seguridad alimentaria y nutricional, aplicadas con éxito en muchos países de la región para erradicar la desnutrición infantil.

Ejemplo de ello es el acuerdo adoptado entre los países participantes en la Conferencia que consistió en la realización de un catastro de países demandantes y países oferentes de apoyo que está siendo canalizado a través de la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI) de Chile. Esta iniciativa establecerá una agenda de Cooperación Sur-Sur y la posibilidad de triangular en apoyo a los países facilitando la producción de respuestas rápidas y adecuadas.

Para avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es vital el trabajo colectivo y coordinado entre las agencias de Naciones Unidas y las instituciones nacionales. Es así como acogemos el llamado de esta Conferencia a las agencias especializadas de la ONU para reforzar el apoyo a los planes y programas formulados por los gobiernos de la región, así como el de respaldar los esfuerzos para impulsar los mercados locales de producción y comercialización de alimentos.

Políticas integrales, mancomunadas y los intercambios de experiencias y aprendizajes conseguirán que la desnutrición y la malnutrición puedan ser superadas en plazos razonables, mejorando la calidad de vida de las personas.

Referencias

- Vos R, Ganuza E, Logfren H, Sánchez M, Díaz Bonilla C. *Políticas Públicas para el Desarrollo Humano*. Santiago de Chile: Uqbar, por publicarse.

La cooperación chilena y la Cooperación Sur-Sur

Cristina Lazo Vergara

Directora Ejecutiva de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI)

La magnitud de los desafíos y la urgencia de las medidas que se deben tomar para poder erradicar la desnutrición infantil en nuestra región hacen necesario recurrir a todas las posibilidades, capacidades y herramientas disponibles.

Aunque la Cooperación Sur-Sur no ha estado ajena a los esfuerzos que cada país ha emprendido para terminar o, por lo menos, atenuar este flagelo, las distintas acciones emprendidas y las experiencias habidas no han tenido una adecuada articulación entre los actores ni han obedecido a una sistematización de estos esfuerzos. Pareciera ser más bien una confluencia de voluntades individuales—siempre valiosas y necesarias—pero que no están insertas o no son correspondientes a una decisión institucional más amplia y abarcadora. Ello es fundamental para pasar de intervenciones esporádicas, siempre necesarias a un plan de cooperación más organizado, que pueda responder con resultados muy concretos y medibles a las necesidades de los países que demandan cooperación.

A treinta años de la Declaración de Buenos Aires sobre Cooperación Sur-Sur (1978), lo cual marcó indudablemente un “antes” y un “después”—especialmente en nuestra región—se hace necesario sistematizar y rescatar todas las buenas prácticas, experiencias exitosas y, sobre todo, las personas calificadas en cada uno de nuestros países para poder compartir sus conocimientos y aprendizajes con sus pares en la temática de la Conferencia que nos convocó en Santiago de Chile.

Esta sistematización y articulación es necesaria porque necesitamos cada vez más recurrir a nuestros propios recursos de toda índole y al acervo que hemos logrado construir en nuestros países. En este acervo no ha estado ausente la cooperación tradicional de los donantes históricos, cuyos aportes los hemos internalizado, adoptado y adaptado a cada realidad peculiar, constituyendo en la actualidad una amalgama con las propias capacidades que hemos desarrollado.

La desnutrición infantil y todas las terribles secuelas que encierra equivalen a hipotecar y cercenar una buena proporción de la reserva humana y biológica de nuestros países. La cooperación internacional y, especialmente, la Cooperación Sur-Sur, por su carácter más solidario y consensuado, es una eficaz herramienta de apoyo a los esfuerzos que cada país está realizando, no tan sólo para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015, sino para evitar la muerte de millones de niñas y niños, no solo en nuestra región, sino también en buena parte del mundo Sur-Sur.

De allí que los esfuerzos de cooperación deban ser cada vez más integrados e integradores. La desnutrición infantil es un tema que en cada país debe ser responsabilidad de la sociedad en su conjunto, cada uno desde el rol que le compete. Como lo vimos durante la Conferencia Regional Ministerial de Santiago (mayo de 2008), la desnutrición ya dejó de ser un problema de salud pública para convertirse en un problema que transita por prácticamente toda la temática social: exclusión, marginalidad, mujeres, grupos indígenas, afro descendientes, vivienda, educación, empleo, desarrollo rural armónico, productividad y alimentación escolar, por citar sólo algunos temas.



Cristina Lazo Vergara
Directora Ejecutiva Agencia de la Cooperación Internacional de Chile (AGCI)

Chile, a través de su Programa de Cooperación Sur-Sur, no ha estado ausente de los desafíos señalados precedentemente. En la medida de nuestras posibilidades, hemos tratado de compartir nuestras experiencias en el campo de la nutrición infantil con el resto de los países de la región que así lo han solicitado. Desde los inicios del Programa de Cooperación Sur-Sur del Gobierno de Chile a través de la Agencia Chilena de Cooperación Internacional (AGCI)—en 1992— el tema de la desnutrición infantil ha estado presente de manera intermitente en las demandas de los países adscritos al Programa de Cooperación ya citado.

Articular ofertas y demandas con las necesidades y capacidades existentes en el país sigue siendo una de las tareas principales de la Agencia. Muchas de las acciones promovidas y apoyadas por AGCI en sus inicios continuaron a nivel de instituciones pares a través de mecanismos distintos de la cooperación administrada por nuestra Agencia. De tal manera, se formaron redes especializadas en las diferentes temáticas que en la actualidad operan como mecanismos intergubernamentales.

De aquí que también sea pertinente y oportuno que cada institución especializada, cualquiera sea su naturaleza, asuma los roles que le competen en un esfuerzo trascendente que debemos organizar para terminar con la desnutrición infantil. De este modo quien tenga es-

tudios, mapas de bolsones de pobreza, experiencias exitosas en el nivel más local posible, quienes tengan políticas y programas cohesionados y con resultados probados, quienes tengan los técnicos, profesionales y actores de las propias comunidades, quienes tengan los recursos de cualquier índole, debemos hacer el esfuerzo, ponerlos sobre la mesa y articular un Sistema Regional de Cooperación que—en este caso—nos permita erradicar la desnutrición infantil y que puede constituirse en una buena práctica de la solidaridad y colaboración entre nuestros pueblos.

Nuestro país, a través de la AGCI tiene la mejor de las intenciones de asumir los roles que sean concurrentes a nuestra misión y objetivos y estamos dispuestos a constituir una fuerza de tarea junto a los países que estén disponibles para esta iniciativa.

La Agencia de Cooperación Internacional de Chile, consecuente con su presencia de 16 años en la región, está dispuesta a seguir prestando su concurso y apoyo, para que nuestros países y nuestro hemisferio pueda cumplir con los ODM, lo cual significa ni más ni menos que hemos contribuido a salvar las vidas de muchas niñas y niños de nuestra región. Estamos invirtiendo en la reserva biológica, moral, intelectual y productiva de cada una de las naciones representadas en la Conferencia Regional Ministerial de Santiago y ello merece lo mejor y más denodado de nuestros esfuerzos.





Declaración de Santiago

Acordada en Santiago de Chile, el 6 de mayo de 2008

El Vicepresidente de Guatemala, los Ministros, Viceministros y representantes oficiales de los Gobiernos de los países de América Latina y el Caribe, participantes en la Conferencia Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”, celebrada en la Ciudad de Santiago de Chile el 5 y 6 de mayo de 2008,

Reconociendo que:

1. Pese a haber mejorado su situación en las últimas décadas los países de la región aún presentan importantes problemas nutricionales: i) la inseguridad alimentaria y nutricional manifestada por la desnutrición infantil crónica que afecta a nueve millones de niñas y niños; ii) las deficiencias de micronutrientes como el hierro, que resulta en un 50 por ciento de los menores de dos años con anemia y que afecta también, a las mujeres en edad fértil, en particular a las embarazadas; y iii) la creciente prevalencia del sobrepeso y la obesidad desde la infancia.

2. Entre los factores determinantes de la desnutrición están la inequidad y la exclusión social, cultural, económica y política de segmentos de la población como las comunidades rurales, indígenas y afro-descendientes (exceptuando el Caribe), por lo que los promedios nacionales y regionales ocultan disparidades significativas.

3. La desnutrición en menores de cinco años, en particular en los menores de tres, impacta sobre el bienestar individual y colectivo por comprometer definitivamente su desarrollo humano, su salud, el aprendizaje y la productividad; por disminuir la cohesión social y perpetuar la pobreza; y por frenar el desarrollo social y el crecimiento económico de las naciones.

4. La desnutrición crónica (retraso de talla) en los niños y niñas menores de tres años es particularmente devastadora ya que se produce en la etapa crítica del crecimiento y desarrollo psicomotor y cognitivo, por lo que se requieren medidas de prevención y control para evitar daños irreversibles durante el resto de la vida.

5. Existen los conocimientos y, en ocasiones, también los recursos necesarios para revertir esta situación, pero las limitaciones en la capacidad de gestión y de focalización en las poblaciones más vulnerables, desde el punto de vista nutricional, disminuyen la efectividad de las intervenciones de prevención y control de la desnutrición infantil.

6. El aumento sostenido en los precios de los alimentos durante los últimos tres años ha agravado la situación nutricional mediante dos efectos: i) el aumento de la pobreza y la indigencia en veinte millones de personas por año (CEPAL); y ii) el agravamiento de la inseguridad alimentaria y nutricional de los hogares con menores ingresos (más de la mitad de la población).

7. La estabilización de los precios de los alimentos, por tratarse de un fenómeno mundial que responde a múltiples y complejos factores (comerciales, climáticos, financieros, etc.), escapa en gran medida al ámbito unilateral de los Gobiernos de la región por lo que la respuesta debe ser múltiple, incluyendo mecanismos de protección social, de estímulos a la producción, de optimización del recurso hídrico, y la comercialización transparente de los alimentos.

8. En el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las políticas de seguridad alimentaria y nutricional, muchos países de la región, apoyados por el PMA, FAO, OPS, UNICEF, BID, Banco Mundial, INCAP, OEA y otros organismos, han elaborado

programas a mediano y largo plazo de erradicación de la desnutrición infantil.

9. Los países han establecido mecanismos bilaterales y multilaterales de Cooperación Sur-Sur, como una herramienta eficaz para compartir buenas prácticas y experiencias exitosas, los que han recibido el reconocimiento y el apoyo de organismos internacionales, como lo evidencia el reciente Acuerdo de Cooperación entre la OEA y el PMA, que estableció una agenda de Cooperación Sur-Sur y triangular en apoyo a los países.



Manifestamos nuestra determinación de:

1. Continuar considerando la seguridad alimentaria y nutricional como una “urgencia nacional, regional y universal” por lo que debe seguir estando al más alto nivel de la agenda política, se le debe otorgar la mayor prioridad en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza y de protección social, asignándole los recursos financieros correspondientes y se deben articular diversas políticas públicas como base para una acción intersectorial efectiva.

2. Fortalecer la lucha contra la desnutrición en la perspectiva de derechos humanos, mediante múltiples estrategias: i) formulando o reforzando planes integrales de acción, basados en evidencia científica, posibles de ser evaluados, que permitan garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de los grupos más vulnerables de la población, especialmente de las poblaciones rurales, de grupos étnicos marginados y que viven en pobreza extrema; ii) incluyendo intervenciones nutricionales como uno de los ejes fundamentales de los programas de protección social, sobre todo las dirigidas a niñas y niños menores de tres años, a mujeres en edad fértil, a embarazadas, a madres lactantes y a otros grupos con necesidades nutricionales especiales; iii) estimulando la mayor producción de alimentos, en particular por parte de pequeños agricultores en áreas rurales y facilitando su acceso a los mercados consumidores; iv) promoviendo políticas que aseguren el transparente funcionamiento de los mercados de alimentos a nivel nacional e internacional; v) fomentando la apropiación de este desafío alimentario y nutricional por parte de las comunidades y familias afectadas, mediante los mecanismos que adopten los países, como pueden ser la participación popular y el control social de las intervenciones; y vi) promoviendo estrategias de comunicación social que fomenten los cambios de comportamiento necesarios y el mantenimiento del tema nutricional en la agenda pública de la región.

3. Considerar que, según la evidencia obtenida por los países de la región, la prevención y el control efectivos de la desnutrición infantil requiere: i) adoptar la estrategia de atención integral de la familia, con sensibilidad cultural y enfoque de género que incluya acciones alimentario-nutricionales de carácter preventivo y multisectorial (atención primaria de salud, fomento de la lactancia materna, desarrollo social, salud sexual y reproductiva, agricultura familiar, agua y saneamiento básico, finanzas, educación integral, otros); ii) reflejar la prioridad nutricional en la adopción de instrumentos específicos como las guías alimentario-nutricionales, el sistema epidemiológico

de vigilancia nutricional o la especificación de metas a ser alcanzadas en plazos determinados; iii) focalizar poblacionalmente las intervenciones, con la debida sensibilidad cultural y el enfoque de género, en las mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de tres años; iv) focalizar geográficamente las intervenciones, para atender de manera inmediata a las poblaciones que viven en los municipios urbanos y rurales con mayor prevalencia de familias en pobreza y en extrema pobreza; v) mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares en situación de pobreza o indigencia mediante intervenciones multisectoriales de efectividad comprobada, que incluyan el acceso directo a los alimentos apropiados, a la educación nutricional y las transferencias monetarias o de alimentos; vi) introducir de manera prioritaria proyectos de agua segura y saneamiento básico.

4. Acompañar el llamado urgente a toda la comunidad internacional para que, en forma coordinada, intensifique su apoyo a los países más vulnerables de la región mediante donaciones de recursos y/o de alimentos y canalice los mismos a través del PMA para permitirle enfrentar las nuevas necesidades financieras causadas por la crisis mundial del alza de precios, en apoyo a las poblaciones más necesitadas.

5. Reclamar la acción conjunta de las agencias especializadas del Sistema de Naciones Unidas en apoyo de los planes y programas formulados por los Gobiernos de la región y respaldar los esfuerzos de dichas agencias para impulsar los mercados locales de producción y comercialización de alimentos.

6. Aprovechar y aportar al portal existente de gestión del conocimiento (NUTRINET.org) para facilitar el intercambio de información, conocimientos y mejores prácticas entre los países, fortaleciendo de esa manera los esfuerzos nacionales y regionales de erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.

7. Asegurar la Cooperación Sur-Sur y triangular entre países mediante diversos mecanismos: i) redes de países con problemática similar que faciliten la producción de respuestas rápidas y adecuadas a las capacidades y necesidades específicas de cooperación destacadas en esta Conferencia Regional; e ii) instancias de producción de bienes públicos regionales, que incluyan entre otros, el apoyo solidario entre países en situaciones de emergencia; el intercambio regular de información y conocimientos en las áreas técnica, económica y epidemiológica; y la realización conjunta de proyectos de investigación, asistencia técnica y capacitación de recursos humanos.



Segunda Parte
**LA ERRADICACIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CHILE**





Capítulo 1

LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CHILE: POLÍTICAS Y PROGRAMAS QUE EXPLICAN SU ERRADICACIÓN

Documento elaborado para la Conferencia Técnica Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe” por las siguientes personas: Fernando Vio (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [INTA], Universidad de Chile), Gerardo Weisstaub (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [INTA], Universidad de Chile), Eduardo Atalah (Universidad de Chile; Ministerio de Salud), Teresa Boj (Ministerio de Salud), Mónica Jiménez (Ministerio de Salud), Paulina Fernández (Ministerio de Planificación), Germán Puentes (Ministerio de Planificación), Donatella Fuccaro (Junta Nacional de Jardines Infantiles [JUNJI]), Juana Rojas (Junta Nacional de Jardines Infantiles [JUNJI]), Mónica Vásquez (Fundación INTEGRA), Jaime Folch (Fundación INTEGRA), Graciela García (Central Nacional de Abastecimiento [CENABAST]), Gabriel Méndez (Central Nacional de Abastecimiento [CENABAST]). Se agradece el apoyo prestado por: Moy de Tohá (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]), Angélica Beas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]) y Hernán Acuña (Ministerio de Planificación).

La desnutrición en niños y niñas menores de tres años incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Por lo anterior, atender este problema es una condición fundamental para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños de América Latina y el Caribe. Una adecuada nutrición infantil se vincula directamente con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En efecto, si no se realizan esfuerzos especiales para atacar los problemas nutricionales de la niñez más frecuentes en la región, el cumplimiento del conjunto de los ODM podrá verse seriamente afectado.

Entre 1960 y 2000 Chile logró erradicar la desnutrición infantil, al pasar desde una prevalencia de 37,0 por ciento a 2,9 por ciento en niños y niñas menores de seis años, incluyendo la desnutrición leve. Los resultados anteriores contrastan con la magnitud del problema de la desnutrición infantil en algunos países de América Latina y el Caribe, donde este flagelo continúa siendo un gran desafío de salud pública.

Una serie de factores explican el favorable desempeño de Chile en el combate a la desnutrición infantil, los que de manera sinérgica contribuyeron a erradicarla. Sin embargo, puede afirmarse que el elemento central en el logro de este resultado fue la existencia de una política de Estado de lucha contra la desnutrición infantil en el país, aplicada de manera sostenida durante décadas, independientemente de los vaivenes políticos y económicos que sufrió Chile. Este resultado se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el país respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo.

Desde la década del sesenta, el Servicio Nacional de Salud (SNS) amplió su cobertura de atención, lo que permitió contar con una infraestructura nacional de salud que fue capaz de penetrar a todos los estratos de la sociedad, especialmente los grupos socio-económicos de menores ingresos. Se ofrecieron servicios gratuitos de medicina preventiva y de atención de salud, de control pre y post natal, atención del parto en maternidades, y de control de niño sano con cobertura de vacunaciones y entrega de alimentos. Junto a lo anterior, en 1953 el SNS dio comienzo a un programa de distribución de alimentos a la madre y el niño, el que paulatinamente fue incrementando su cobertura. Se verificó que a medida que se incrementaba la cantidad de leche distribuida en los centros de salud, aumentaban también los controles de salud de niños sanos y la atención médica de los niños, en especial de los lactantes menores de dos años. También se desarrollaron exitosos programas de recuperación de niños y niñas desnutridos, aplicando estrategias cerradas (centros de la Corporación para la Nutrición Infantil [CO-NIN]) y ambulatorias (programa de la Colocación Familiar del Desnutrido [COFADE]). Estos programas funcionaron en estrecho contacto con la red primaria de salud, logrando dar un adecuado seguimiento a los niños desnutridos recuperados.

Junto a las políticas de salud y de alimentación, Chile aplicó políticas nutricionales en el ámbito educacional. Estas incluyeron la entrega de alimentos a niños y niñas en salas cunas y jardines infantiles, así como a alumnos de la enseñanza básica en todas las escuelas públicas del país. En el ámbito del saneamiento, Chile desarrolló políticas para ampliar la cobertura de agua potable y de alcantarillado ya desde 1930. De este modo, en 1990 se alcanzó una cobertura de agua potable de 97,4 por ciento y de alcantarillado de 81,8 por ciento, en zonas urbanas. Lo anterior se vio potenciado por el elevado nivel de urbanización del país. Cerca de un 75 por ciento de la población residía en zonas urbanas en 1970, proporción que aumentó a 86,6 por ciento en 2000.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición en niños y niñas menores de tres años incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Por lo anterior, atender este problema es una condición fundamental para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños de América Latina y el Caribe, así como para garantizar el desarrollo de los países. Una adecuada nutrición infantil se vincula directamente con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Si no se realizan esfuerzos especiales para prevenir y tratar los problemas nutricionales de la niñez más frecuentes en la región (desnutrición crónica y deficiencias de micronutrientes), el cumplimiento del conjunto de los ODM podrá verse seriamente afectado. Lo anterior resulta especialmente relevante en el caso del ODM 4 (reducir la mortalidad infantil), dado que se estima que más de la mitad de las muertes infantiles son causadas directa o indirectamente por el hambre o la desnutrición.

A pesar de los esfuerzos realizados en la región, que han llevado a una disminución importante de la desnutrición en algunos países y a su erradicación en otros, como es el caso de Cuba, Costa Rica y Chile, el problema de la desnutrición infantil continúa siendo un tema relevante para América Latina y el Caribe. De este modo, la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, realizada en Santiago de Chile en mayo de 2008, permitió a los países compartir experiencias, logros y resultados sobre esta temática.

Varios factores se han relacionado con la prevención y erradicación de la desnutrición infantil: distribución adecuada de agua potable y saneamiento ambiental, alfabetización de la mujer, tratamiento adecuado de las patologías prevalentes (diarrea, deshidratación, infecciones respiratorias), promoción de la lactancia materna y de una adecuada alimentación complementaria, vacunación oportuna, control del crecimiento y desarrollo y participación de la comunidad en la atención primaria.

Las infecciones a repetición (diarrea, infecciones respiratorias), muy frecuentes en niños desnutridos, tienen un impacto negativo sobre su estado de salud, pudiendo ocasionar la muerte del niño o niña. Es importante destacar que si bien los niños y niñas con desnutrición grave tienen un mayor riesgo de morir, entre el 76 y el 89 por ciento de las muertes por enfermedades infecciosas son atribuibles a la desnutrición moderada o leve, por lo que el tratamiento de la desnutrición debe cubrir a todos los desnutridos y no sólo a aquellos niños y niñas que presentan desnutrición grave (Pelletier et al. 1994).

La ausencia de programas de alimentación complementaria para niños y niñas de familias vulnerables también contribuye a la aparición de la desnutrición. Efectivamente, la leche materna por sí sola satisface las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros seis meses de vida, aunque después de este período los alimentos complementarios son fundamentales para cubrir la demanda de nutrientes de un lactante. Si estos alimentos no se introducen en el momento oportuno, en cantidad y calidad adecuada, se producirá un retardo del crecimiento. Tanto la densidad calórica como la frecuencia de las comidas deben ser consideradas cuando se formulan recomendaciones sobre las prácticas adecuadas de la alimentación.

Entre 1960 y 2000, Chile logró erradicar la desnutrición infantil, al pasar desde un 37,0 por ciento a un 2,9 por ciento de prevalencia en niños y niñas menores de seis años (las cifras incluyen la desnutrición leve) (ver Cuadro 1). Ya en 1990, la desnutrición moderada y grave prácticamente había desaparecido del país (0,2 y 0,1 por ciento, respectivamente). En otras palabras, a fines de los años ochenta, Chile había logrado una virtual erradicación de la desnutrición infantil.

Cuadro 1
Prevalencia de desnutrición global en menores de seis años Chile, 1960-2000

Año	Total	Leves	Moderados	Graves
1960	37,0	31,1	4,1	1,8
1970	19,3	15,8	2,5	1,0
1980	11,5	10,0	1,4	0,2
1990	8,0	7,7	0,2	0,1
2000	2,9	2,6	0,2	0,1

Fuente: Ministerio de Salud 2000.

A mediados del siglo veinte, la desnutrición infantil comienza a ser una preocupación importante de la salud pública en Chile. Diversos programas y acciones se implementaron para abordar, de manera simultánea, los distintos factores que inciden en la aparición y mantención del fenómeno de la desnutrición infantil. Entre las medidas implementadas, se pueden mencionar los programas de agua y saneamiento básico, planificación familiar, aumento de los niveles de escolaridad del conjunto de la población y en especial de la madre, reducción de los niveles de pobreza, aumento de la infraestructura sanitaria básica, etc. Estas intervenciones, en conjunto con los programas de complementación alimentaria, explican los importantes logros de salud materno-infantil alcanzados por el país, incluyendo la erradicación de la desnutrición infantil (ver Anexo Estadístico).

No obstante lo anterior, puede afirmarse que el elemento central en el logro de estos resultados fue la existencia de una política de Estado de lucha contra la desnutrición infantil en Chile, aplicada de manera sostenida durante décadas, independientemente de los vaivenes políticos y económicos que sufrió el país. Este resultado se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el país respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y NUTRICIONAL

Transición demográfica

Desde mediados del siglo pasado y hasta la fecha, Chile ha experimentado una importante transición demográfica. Los cambios poblacionales han sido muy significativos, con una disminución de la población menor de 15 años de un 39,2 por ciento (censo de 1970) a un 25,7 por ciento en el censo realizado en 2002. En este mismo período, la población mayor de 65 años aumentó de 5,0 a 7,2 por ciento y las tasas de fertilidad total y de natalidad tuvieron un importante descenso. Ello ha determinado una caída en el crecimiento de la población de un 1,8 por ciento a un 1,1 por ciento anual. La tasa de mortalidad infantil también disminuyó en forma dramática de un 82,2 por ciento en 1970 a un 7,8 por ciento en 2002. Como consecuencia de lo anterior, la esperanza de vida aumentó desde 60,5 años en hombres y 66,8 años en mujeres en 1970 a 73,2 y 79,5 años en 2002, respectivamente.

En este mismo período, Chile continuó inmerso en un proceso de urbanización creciente. En los años setenta, el 75 por ciento de la población vivía en asentamientos urbanos y el año 2000 esta cifra aumentó al 86,6 por ciento. Este proceso ha tenido efectos positivos, como por ejemplo en el acceso creciente al agua potable y alcantarillado hasta llegar a cubrir prácticamente a más de un 95 por ciento de la población, lo mismo que en el aumento de las tasas de alfabetización y en un mejor acceso a la vivienda y a los servicios de salud. Entre los aspectos negativos de la urbanización se encuentran los cambios en los estilos de alimentación, en actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, junto a los problemas de contaminación ambiental y aumento de los problemas de salud mental en la población. Estos últimos factores están directamente relacionados con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (Albala et al. 2001).

Transición nutricional

La coexistencia de la desnutrición con la obesidad es la característica principal del período llamado de transición nutricional. Esto implica que la desnutrición no puede ser considerada aparte del problema de la obesidad, ya que ambos fenómenos están íntimamente relacionados y afectan prioritariamente a los grupos socioeconómicos más pobres.

La teoría de la transición nutricional se refiere a los cambios en la dieta y en el estado nutricional de las poblaciones en el marco de complejas interacciones con factores demográficos, socioeconómicos y ambientales (Popkin 1994). En la etapa de pre-transición, que corresponde a situaciones de países en desarrollo, las dietas se basan en un número reducido de alimentos de origen vegetal (cereales, tubérculos o frutos), lo cual conlleva alta prevalencia de desnutrición y déficit de micronutrientes. Este fue el caso de los países asiáticos con el arroz; los de Mesoamérica con el maíz, frijol y banano; de Suramérica con el trigo y la papa; y de África con la casava.

Al desarrollarse y tener mayor ingreso per cápita, los países incrementan su consumo de alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal, con aumento de la obesidad, la que coexiste con la desnutrición infantil. Este período de coexistencia de la desnutrición con la obesidad es la característica principal del período llamado de transición nutricional.

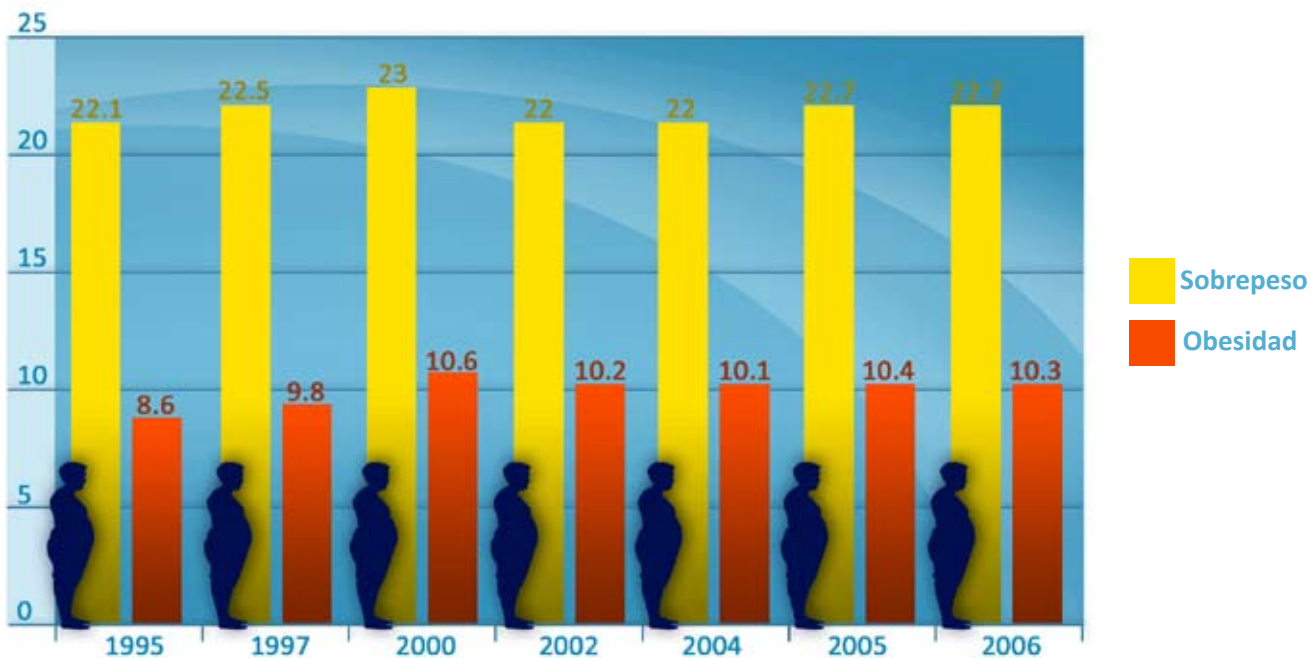
La transición nutricional afecta a todos los niveles socioeconómicos, pero se focaliza en los más pobres (Monteiro et al. 2002; Monteiro et al. 2004). Suele suceder que niños de nivel socio-económico bajo presentan desnutrición y enfermedades infecciosas pero, cuando crecen, se transforman en obesos al estar expuestos a ambientes obesogénicos, en los cuales la comida altamente energética pero de mala calidad nutricional tiene un precio menor que la comida “saludable”. Además, existe evidencia de que la desnutrición fetal e infantil puede condicionar un mayor riesgo de adquirir diabetes y enfermedades cardiovasculares en etapas adultas.

En Chile, existió desnutrición importante en la década del sesenta y setenta e inicios de los ochenta, lo cual podría haber determinado la mayor prevalencia de enfermedades crónicas que se evidenció posteriormente. A lo anterior se agrega el crecimiento de los niveles de ingreso de la población ocurrido desde finales de los años ochenta, lo que condujo a un mayor consumo de alimentos.¹ Desafortunadamente, los productos cuyo consumo aumentó más fueron principalmente alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal. Por el contrario, el consumo de cereales, legumbres y otros alimentos ricos en fibra y antioxidantes, como frutas y hortalizas, permaneció estable o disminuyó (Crovetto 2002).

El aumento del consumo de alimentos con alta densidad energética y del sedentarismo hizo que la obesidad tuviera un crecimiento explosivo, según cifras anuales de preescolares atendidos por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) (Gráfico 1); de niños que ingresan a primer año básico, recopiladas por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) (Gráfico 2) y de embarazadas controladas en los servicios de salud. Se observa una tendencia a la estabilización en los niveles de obesidad desde el año 2000 en adelante, con un leve incremento en los escolares que ingresan a primer año básico (Vio et al. 2008). Desafortunadamente, esta situación es similar a la observada en otros países de América Latina (Peña y Bacallao 2000; Kain et al. 2003).

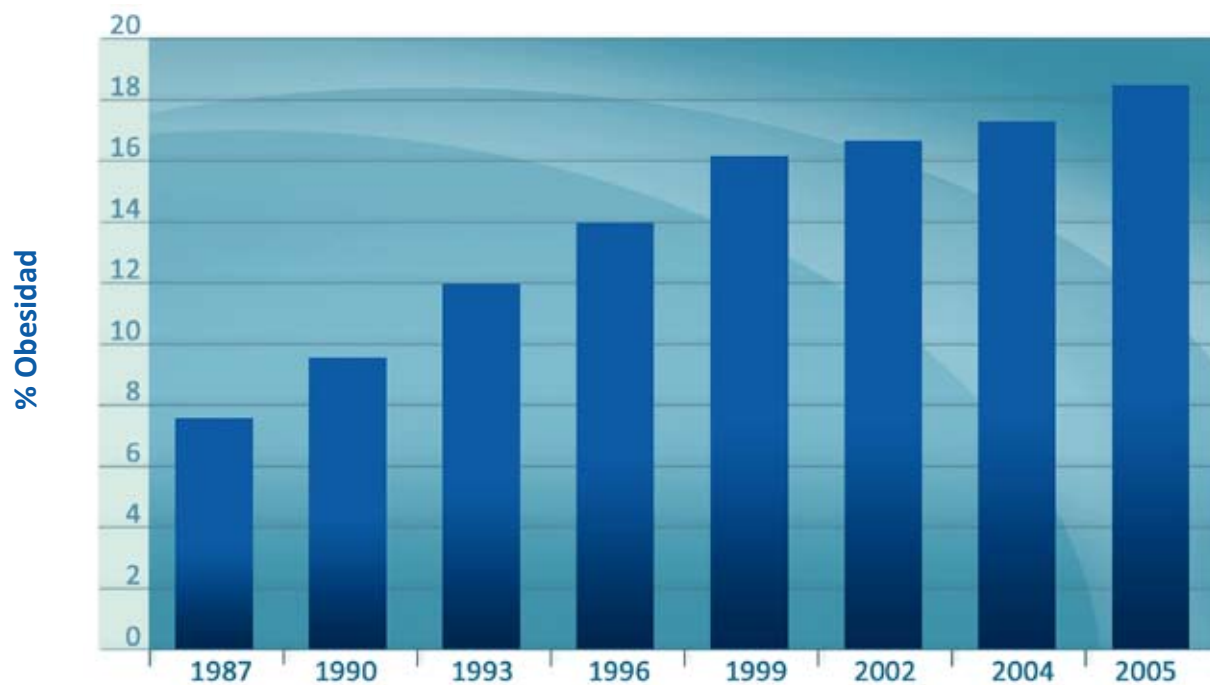
¹ Se estima que la población de menores ingresos destinaba crece de in 50% de sus ingresos al renglón de alimentación.

Gráfico 1
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de dos a cinco años que asisten a JUNJI (%)
Chile, 1995-2006



Fuente: Datos proporcionados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).

Gráfico 2
Prevalencia de obesidad en niños escolares que ingresan a primer año básico de JUNAEB (%)
Chile, 1987-2006



Fuente: Datos proporcionados por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

Respuestas de Política

Desde mediados del siglo veinte, Chile implementó políticas focalizadas para disminuir la desnutrición. Estas políticas incluían un Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) que consistía en la entrega de alimentos a todos los niños y niñas que se atendían en los servicios de salud (prevención primaria); controles más frecuentes y entrega reforzada de alimentos a aquellos niños y niñas con riesgo de desnutrir o con desnutrición leve (prevención secundaria) y, por otra, la hospitalización en centros de rehabilitación de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) para aquellos infantes con desnutrición moderada o severa (prevención terciaria) (Uauy y Vio 2007). Frente a la transición nutricional ocurrida en Chile, no hubo concordancia temporal en la modificación de la alimentación entregada por los programas de alimentación, lo que podría haber contribuido al incremento del sobrepeso y la obesidad en el país (Kain et al. 1998; Uauy y Kain 2002).

Recién en el año 2000, Chile estableció metas sanitarias para reducir la obesidad al año 2010. Estas metas establecen que en los preescolares la obesidad se reduciría de un 10 a un 7 por ciento; en los niños que ingresan a primer año básico, la reducción sería de un 16 por ciento a un 12 por ciento, y en las embarazadas, de un 32 por ciento a un 28 por ciento. Al año 2005 estas metas no se habían cumplido, por lo que hoy en día el problema de la obesidad es el principal problema nutricional del país y uno de los mayores problemas de salud pública, por sus implicaciones para la economía y la sociedad y su carga generada sobre los sistemas de salud.

En síntesis, el caso de Chile entrega un aprendizaje importante respecto a la relevancia de poder modificar oportunamente las políticas públicas para abordar adecuadamente la dinámica de un problema particular. Sin duda, contar con sistemas de monitoreo y seguimiento de estos problemas, así como con instituciones y programas públicos suficientemente flexibles, es una condición necesaria para lograr lo anterior.

ASPECTOS GENERALES DE LAS POLÍTICAS PARA LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Programas de salud y educación de amplia cobertura

Desde la década del cuarenta, Chile aumentó continuamente sus coberturas de educación básica, disminuyendo el analfabetismo y mejorando el nivel educativo de las madres, un factor importante en la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil. Desde la década del sesenta se mejoró la red de servicios de salud, aumentando el parto en maternidades, el control pre y post natal, el control de niño sano con cobertura de vacunaciones y de entrega de alimentos, los que están condicionados a que el niño o niña efectivamente cumpla la agenda de controles establecidos por el sistema de salud.

Además, el sistema de salud amplió su cobertura a todo el territorio nacional y constituyó una red de salud de complejidad creciente (postas rurales, centros de atención primaria y hospitales), así como normas que permitieron la adecuada atención de salud y la implementación de los programas nutricionales.

Programas focalizados para prevenir la desnutrición

Los programas implementados en Chile para prevenir la desnutrición tuvieron la característica de cubrir desde la prevención de la desnutrición hasta la rehabilitación de los niños desnutridos.

La prevención primaria consistió en la implementación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC básico), un programa universal cuyo objetivo es entregar alimentos a toda la población vulnerable del país, es decir, las mujeres embarazadas y en etapa de lactancia y los niños y niñas menores de seis años que asistían a los controles de salud. Con ello, se logró alcanzar una cobertura de más de 1,3 millones de niños y embarazadas.

Este Programa se complementó con un programa alimentario de prevención secundaria para madres embarazadas y en etapa de lactancia con déficit nutricional y niños y niñas que estaban en riesgo social o presentaban desnutrición leve (PNAC focalizado). También se puso en marcha un programa intenso de prevención terciaria o rehabilitación para niños desnutridos moderados o severos, quienes eran hospitalizados en centros especiales de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) hasta su completa recuperación y en los

COFADE de atención ambulatoria (Monckeberg 2003; Lewin et al. 1989).

Por otro lado, se fortalecieron los programas alimentarios para aquellos niños y niñas insertos en el sistema educativo, que complementaban el PNAC, dirigidos a niños y niñas menores de seis años de edad, de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y de la Fundación INTEGRAL y el Programa de Alimentación Escolar (PAE), para niños y niñas entre seis y 14 años.

En micronutrientes, se establecieron programas de suplementación de la leche con hierro, zinc y cobre a los grupos con alta prevalencia de déficit de esos micronutrientes (embarazadas y menores de dos años) (Hertrampf et al. 2003). Se iniciaron programas focalizados de detección y tratamiento de bocio en zonas donde la prevalencia era elevada y programas de fluoración del agua y fortificación de alimentos con flúor en las zonas deficitarias del país (Pretell et al. 2004; Mariño et al. 1999). Se evaluó el contenido de calcio en la dieta nacional, a través de estudios de prevalencia de osteoporosis en la población femenina, proponiendo programas de suplementación de calcio a los grupos afectados por su déficit (Leiva et al. 1992; Muzzo 1996).

Estos programas se caracterizaron por su alta focalización (lograron alcanzar a más de un 80 por ciento de los grupos objetivos) y por la integralidad de las intervenciones, que fueron desde la prevención de carácter universal hasta la recuperación de los desnutridos severos para evitar las secuelas y recuperarlos lo antes posible. De esta forma, al cubrir el espectro completo del problema, los resultados fueron sinérgicos y mayores a los esperados si es que cada componente se hubiera implementado por separado.

Vigilancia nutricional

En Chile ha existido un eficiente sistema de vigilancia nutricional que ha permitido llevar, desde 1975 a la fecha, un registro continuo del estado nutricional de 1,2 millones de niños y niñas y embarazadas controladas en el sistema público de salud. En esta década, la información se amplió a otros grupos vulnerables, como los adultos mayores y, más recientemente, las mujeres post parto. Además, se estableció en las maternidades un sistema de información de la prevalencia del bajo peso al nacer, todo lo cual, junto con la información de mortalidad infantil registrada en Chile desde 1904, permitió hacer un seguimiento muy estricto de la desnutrición en Chile.

Continuidad de políticas y programas

Una característica relevante del caso chileno es que la disminución de la desnutrición infantil ocurrió durante Gobiernos de muy diferentes ideologías que mantuvieron estas políticas a pesar de los profundos cambios sociopolíticos que afectaron al país en las décadas del sesenta, setenta y ochenta, período durante el cual se produjo el descenso de la desnutrición, como ya se ha mencionado.

La situación descrita se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el país respecto a la necesidad de erradicar la desnutrición infantil y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarla, que—apoyado con la evidencia internacional de países que ya habían superado este problema—permitió traspasar las barreras políticas y logró mantener las políticas y programas en el tiempo durante diferentes gobiernos.

Se hizo, además, un importante esfuerzo por generar intercambios permanentes de información, de experiencias y trabajos conjuntos entre los académicos de las universidades y los profesionales y técnicos del Ministerio de Salud encargados de los programas relacionados al tema de la desnutrición infantil. Por ejemplo, en plena crisis económica de 1982, se redujo el Programa de Alimentación Complementaria en un 30 por ciento e inmediatamente se apreció un incremento de la desnutrición infantil medida a través del sistema de vigilancia nutricional existente. Ante esa situación, los grupos académicos informaron a los técnicos del Ministerio de Salud y al

país e inmediatamente se revirtió la medida, lo que permitió retomar la tendencia de descenso en la desnutrición. Otro ejemplo fue el intento de cambio de la leche que se entregaba a los preescolares por arroz en 1985, lo cual no se concretó ante la oposición de los grupos profesionales y académicos (Vio et al. 1992).

Por otra parte, la implementación de políticas orientadas a superar los niveles de desnutrición de la población infantil no ha estado relacionada con los ciclos económicos del país. Entre 1982 y 1984 se produjo en Chile una severa crisis económica con una caída del 14 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en 1982 y de un 2 por ciento en 1983, con altas tasas de desempleo e incremento de la pobreza (Tokman 1985). Durante este período, la desnutrición infantil presentó un descenso debido al impacto de las políticas de salud y nutrición implementadas ininterrumpidamente desde la década del setenta.

Marco institucional

Las políticas y programas aplicados en Chile se apoyaron en un marco institucional sólido conseguido en el país a través de muchas décadas, con un respaldo legal que permitió su continuidad, dado que las políticas y programas no pueden modificarse en forma arbitraria de acuerdo con los vaivenes de la política. Lo anterior facilitó la continuidad de los programas y permitió, entre otras cosas, lograr los objetivos nutricionales con eficiencia, eficacia y bajísima corrupción.





Sin embargo, este marco legal se ha transformado en un obstáculo cuando se ha considerado necesario reformar estos programas para adaptarlos a la nueva realidad epidemiológica y nutricional del país.

Formación de recursos humanos

Chile ha priorizado la formación de recursos humanos en las escuelas de pre y postgrado relacionados con alimentación y nutrición, lográndose un adecuado nivel de conocimientos y experiencia en los profesionales y técnicos que trabajan en atención primaria (enfermeras, nutricionistas, matronas, médicos, paramédicos).

En la década del 2000, se verificó una actualización curricular considerando el rápido cambio epidemiológico que se estaba produciendo en el país, como resultado de lo cual se incorporaron al currículum aspectos nutricionales relacionados con la obesidad, calidad e inocuidad de los alimentos.

Investigación y desarrollo del conocimiento

En 1969 se crea el Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y en 1976 el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) para abordar de manera más efectiva el problema de la desnutrición infantil. Estas y otras instituciones académicas han aportado permanentemente a la investigación de las causas del déficit nutricional temprano y sus consecuencias en salud, educación, aspectos sociales y económicos. Además, han contribuido a plantear soluciones concretas a través de políticas públicas y programas, participando en la formación de recursos humanos calificados, el diseño de nuevos alimentos para los programas así como evaluando el efecto de las intervenciones

El INTA contribuyó a la creación del Consejo para la Nutrición y Alimentación (CONPAN) y creó la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), institución que aportó en forma importante a la recuperación de los desnutridos graves.

En conjunto con el sector de la salud, los grupos académicos han jugado un papel destacado, vigilando la implementación de los programas nutricionales, diseñando y evaluando nuevos alimentos, evaluando el impacto de los programas y proponiendo cambios para mejorar su efectividad.

PRINCIPALES POLÍTICAS EN LOS ÁMBITOS INSTITUCIONALES, PROGRAMÁTICOS Y LEGISLATIVOS

Programas, cambios institucionales e iniciativas legales

En esta sección se describen los principales programas, cambios institucionales e iniciativas legales que permiten dar cuenta del proceso que ha permitido la erradicación de la desnutrición infantil en Chile.

Políticas en el ámbito de la salud

Promulgación de las leyes del Seguro Obrero Obligatorio, de Madre y Niño y de Medicina Preventiva

En 1924 el Presidente Arturo Alessandri Palma presentó al Congreso Nacional un conjunto de proyectos de leyes sociales, entre los cuales se encontraba la del Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054), con su Departamento Médico, para que se hiciese cargo de la atención de salud de los trabajadores más pobres. Para la mujer obrera asegurada dispuso atención médico-social durante el embarazo, parto y puerperio y para su hijo o hija, atención médica hasta los ocho meses de edad, dejando fuera al resto de sus familias y a los no asegurados.

En 1937, durante el segundo gobierno de Arturo Alessandri Palma, el Ministro de Salud, Dr. Eduardo Cruz Coke, creó el Consejo Nacional de Alimentación basado en los resultados de estudios por él recomendados. Con esa información, propuso al Congreso las leyes de Madre y Niño y de Medicina Preventiva, aprobadas en 1940. Con la Ley de Madre y Niño se inició la entrega de alimentos por el Estado en los controles de salud, a los lactantes menores de dos años hijos e hijas de obreros y obreras, como parte de un conjunto de actividades preventivas que constituían el plan materno-infantil (Mardones Restat et al. 1986).

Durante los primeros años de implementación de estas leyes se produjo una cobertura creciente en la atención de salud de los niños y niñas, lo que ocurrió simultáneamente con la entrega de leche y con una disminución gradual de la mortalidad infantil. Esta realidad se hizo cada vez más evidente en la década del cuarenta, en la que se observó un paralelismo entre el aumento de la entrega de leche a través de los controles de salud y la disminución—prácticamente a la mitad—de la mortalidad infantil.

Creación del Servicio Nacional de Salud (SNS)

La iniciativa del Senador Cruz Coke llevó a la aprobación de un programa de acción que incluía la creación de un Servicio de Seguro Social (SSS) y del Servicio Nacional de Salud (SNS). Con esto, se pretendió juntar en una sola institución a todas las entidades públicas y privadas que atendían la salud de los más pobres: Seguro Social, Beneficencia Pública, Servicios de Salud de las Municipalidades, Gota de Leche, Protectora Nacional de la Infancia (PROTINFA) y otras.

Para ello, se aprobó en 1948 la Ley del Médico Funcionario para garantizar la participación de estos profesionales en el SNS. El Ministro de Salud de la época, Dr. Jorge Mardones Restat, logró el respaldo del Colegio Médico para crear por Ley el SNS en 1952. Al unificarse en un solo gran servicio público todos los servicios que atendían la salud de las personas, principalmente desde lo curativo, se facilitó la organización no sólo de la atención curativa de salud, sino también la preventiva, a través de una red de consultorios donde se vacunaba y se entregaba la alimentación complementaria en forma gratuita a la población (Winter et al. 1950).

Con la creación del SNS fue posible iniciar acciones de salud pública como la vacunación BCG para todos los recién nacidos y el enriquecimiento de la harina de panificación con hierro y vitaminas del complejo B. Esta última iniciativa logró un significativo apoyo de la Sociedad Chilena de Nutrición y Bromatología y el de las Cátedras de Nutrición de las Facultades de Medicina y de Farmacia del país.

De esta forma se organizó una infraestructura nacional de salud que fue capaz de penetrar la sociedad, especialmente los grupos socioeconómicos más marginados, ofreciéndoles servicios gratuitos de medicina preventiva y de atención de salud. Al comienzo, el sistema cubrió sólo un porcentaje limitado de la población, pero paulatinamente se fue extendiendo a todo el país, excluyendo sólo a aquellos que podían financiar en forma privada su atención de salud (Mardones Restat 2003).

Creación de la Red de Atención Primaria de Salud

En la década del sesenta, durante el Gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, se inició la política de enviar médicos generales de zona a lugares apartados del país donde nunca antes había llegado la medicina moderna. Se constituyeron equipos de salud en hospitales pequeños, consultorios y postas rurales, constituyéndose así una verdadera red de atención de salud de amplia cobertura, que de inmediato tuvo impacto en disminuir la mortalidad materna e infantil.



A su vez, se crearon consultorios periféricos en los sectores urbanos para atender a las poblaciones más vulnerables y en situación de pobreza que habían migrado del campo a la ciudad y que sobrevivían en condiciones paupérrimas en poblaciones marginales de las ciudades, la mayoría de las veces sin servicios básicos de agua potable, alcantarillado y luz eléctrica. En estos sectores había una alta prevalencia de diarreas, bronconeumonías y enfermedades infecciosas en los niños y niñas, y que además presentaban altos índices de desnutrición.

En el inicio de los años sesenta, bajo el Gobierno del Dr. Salvador Allende Gossens, se aumentó la cobertura de la atención primaria, se crearon numerosos consultorios periféricos en la Región Metropolitana de Santiago y en ciudades importantes del país, y se incrementó la política de los médicos generales de zona (Kaempfer y Medina 1982).

En los consultorios y hospitales pequeños, se dio prioridad a los controles prenatales y controles de niño sano, a la atención del parto institucionalizado en maternidades, a las campañas de prevención de las diarreas estivales, principal causa de enfermedad y muerte en los niños y niñas y a la expansión de los programas de alimentación complementaria. Esto se realizó con una importante participación comunitaria, mediante la creación de los Consejos Comunales de Salud y los Consejos Paritarios en los consultorios y hospitales pequeños, lo cual hizo que la población se apoderara de los programas y participara activamente en ellos, lográndose que los usuarios de los programas exigieran que éstos se mantuvieran durante el gobierno militar.

Además, en este período se implementaron programas de atención médica y de nutrición en áreas rurales aisladas mediante el establecimiento de postas de salud, cada una con un trabajador de salud y visitas semanales de un equipo de salud. Desde allí se desarrollaba el programa de control del niño sano y de distribución de alimentos a los menores de seis años y madres embarazadas y nodrizas.

Con la llegada del gobierno militar en 1973, la inversión en hospitales públicos disminuyó drásticamente, pero se mantuvieron los programas de atención primaria por su menor costo relativo, en especial los controles de salud de madres y niños, sustentados principalmente en personal profesional no médico (enfermeras, matronas, nutricionistas, auxiliares de enfermería), focalizándose además los Programas de Alimentación Complementaria.

Creación del Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN)

A pesar de los avances realizados en cobertura de atención primaria y entrega de alimentos a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), en 1974 la desnutrición aún afectaba al 16 por ciento de la población menor de seis años y la mortalidad infantil era de 64 por mil nacidos vivos. Por ello, fue necesario desarrollar una nueva estrategia, para lo cual se planteó la creación de un organismo cuyo objetivo fuese la elaboración y coordinación de una política para la alimentación y nutrición.

Fue así como nació el Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), ente autónomo de coordinación interministerial, dotado de un Comité formado por los ministros de Salud, Economía, Educación, Agricultura, Trabajo y Planificación. El Coordinador Ejecutivo tenía la responsabilidad de la ejecución de las acciones, pero a poco andar se hicieron evidentes numerosos obstáculos para su funcionamiento. Los recursos eran limitados; la resistencia burocrática fue creciente, emergieron los grupos de intereses afectados y, finalmente, la rivalidad y el celo entre los diferentes ministerios hicieron imposible la implementación de la política de alimentación y nutrición diseñada en forma integral y complementaria. Por ello, los esfuerzos de CONPAN se concentraron en intervenciones específicas destinadas a mejorar las condiciones nutricionales de los grupos más vulnerables, desde el punto de vista etario y socio-económico.

CONPAN tuvo una vida de aproximadamente tres años, tiempo suficiente para implementar diferentes programas. Con posterioridad a ello, se continuó analizando la política para la alimentación y nutrición, especialmente desde el INTA de la Universidad de Chile, estableciendo relaciones directas con los ministerios involucrados. Esto se logró por la credibilidad y confianza basada en las evidencias científicas.

Mirando en retrospectiva, la breve existencia de CONPAN fue determinante en las políticas nutricionales. Mediante este organismo se lograron desarrollar metodologías para la solución de diversos problemas, en las áreas de nutrición, salud, educación y saneamiento, que posteriormente se pudieron evaluar y perfeccionar (Valiente y Uauy 2002).

Reforma de la salud de 1980

En 1980 se introduce la principal reforma del sistema de salud chileno. El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), constituido por 27 servicios de salud a lo largo del país, supuestamente autónomos y con facultades de ser los responsables de la atención de salud de la población.

Junto con esto, se creó la Ley de Municipalidades, que transfirió los consultorios de atención primaria de salud a las municipalidades, lo cual constituyó, en muchos casos, un retroceso en la atención de salud integral de las personas. Lo anterior creó una barrera en la integración de la red de atención de salud al quedar los hospitales dependiendo de los servicios de salud y los consultorios de los municipios, con una diferente línea de mando que no siempre se coordinaba adecuadamente. Sin embargo, los programas preventivos de salud se mantuvieron, entre ellos, el de inmunizaciones y el PNAC.





Cobertura de atención materno-infantil: controles de salud pre y post natales

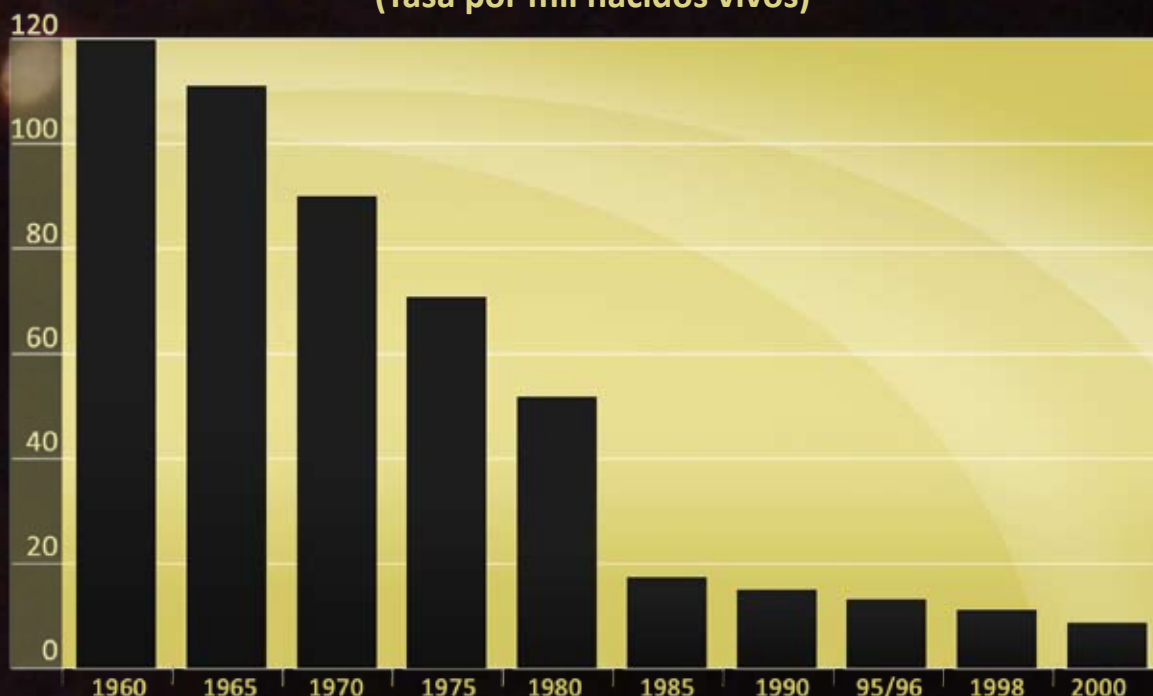
En sus más de cincuenta años de funcionamiento, el SNS y luego SNSS, extendieron su cobertura e incrementaron su eficiencia. Es así como se extendió el control médico y por matrona del embarazo y se promovió la atención profesional del parto, lográndose en la actualidad que más del 99 por ciento de los nacimientos ocurran en hospitales y sean atendidos por profesionales (Szot Meza 2002). El control del niño sano se hace regularmente con una frecuencia variable según la edad, a prácticamente el 80 por ciento de los lactantes y preescolares del país. Por otra parte, actualmente el 97 por ciento de los niños del país son regularmente inmunizados de acuerdo con los programas vigentes.

Para incrementar los cuidados de salud a la madre embarazada y asegurar la adecuada atención durante el parto, se implementó un Programa de Hogares de Madres Campesinas. Con tal objeto se habilitaron habitaciones cerca de las maternidades para que las

madres embarazadas de zonas rurales alejadas se alojaran algunos días antes del parto y hasta diez días después, para asegurar oportunamente su acceso a la maternidad durante su trabajo de parto y la prevención de complicaciones después de él. Se habilitaron 74 residencias cercanas a las maternidades, destinadas a la atención de las mujeres provenientes del mundo rural. Al disminuir los riesgos inherentes al parto, disminuyó también significativamente la mortalidad neonatal.

En la década del noventa, cuando la mortalidad infantil ya había disminuido a 20 por mil nacidos vivos, principalmente por reducción de la mortalidad por diarreas, y la desnutrición había sido erradicada, persistía aún una alta mortalidad infantil por bronconeumonías. Para combatir dicha mortalidad, se implementaron campañas de invierno con salas para el cuidado de las infecciones respiratorias agudas, con lo cual la mortalidad infantil disminuyó a 10 por mil al final de la década del noventa, como lo muestra el Gráfico 3.

Gráfico 3
Mortalidad infantil en Chile, 1960-2000
(Tasa por mil nacidos vivos)



Fuente: INE 1960-2000

En resumen, la atención primaria de salud y los programas de nutrición dirigidos a los grupos de edades más vulnerables (niños y madres embarazadas) han constituido dos factores básicos que explican las disminuciones de la desnutrición infantil en Chile. A través de la infraestructura de centros primarios fue posible implementar los programas de planificación familiar, estimulación de la lactancia materna, cuidado y control del niño sano, programas de vacunación, educación nutricional y entrega de alimentos del PNAC.

Políticas en el ámbito de la alimentación complementaria

Ley de Madre y Niño

La Ley de Madre y Niño de 1938 fue la primera ley que se preocupó de las familias de los trabajadores, incorporando la entrega de leche desde la suspensión de la lactancia materna hasta los dos años de edad del niño. Con ello se pretendía reemplazar el “ulpo”, consistente en una mezcla de harina de trigo tostada, azúcar y agua (producto cuyo bajo valor nutricional contribuye a explicar las altas tasas de desnutrición infantil). Como parte esencial de esta estrategia, se estimuló la producción de leche en conserva (condensada o deshidratada) para superar la limitante estacional y regional de la producción de leche fresca. La distribución de esta leche en los Consultorios del Seguro Obrero se financió con una cotización adicional del 0,5 por ciento del salario. Posteriormente, el Seguro Obrero sustituyó la entrega de leche condensada azucarada por leche en polvo semi-descremada, la que al mismo costo entregaba el doble de la ración de proteínas y calcio, conservando el aporte total de grasas.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

El Programa de Distribución de Alimentos del SNS comenzó el año 1953. En un comienzo se distribuía leche semi-descremada y la cantidad distribuida era limitada, pero paulatinamente se fue incrementando hasta alcanzar al total de la población el año 1970. La vinculación entre la asistencia a los centros de salud y la distribución de alimentos demostró que el programa, además de tener un rol nutricional, potenció el funcionamiento de la infraestructura de salud en las distintas regiones del país. En la medida en que se incrementaba la cantidad de leche distribuida en los centros de salud, aumentaban también los controles de salud de niños sanos y la atención profesional de los niños, en especial de los lactantes menores de dos años.

En 1957 se incrementaron nuevamente los recursos para el plan de leche, lo que permitió al SNS estimular a una decena de cooperativas lecheras a incorporarse a la producción de leche en polvo. Esto hizo posible que la cobertura del programa y la cantidad de alimentos distribuidos aumentase de dos millones de kilos en 1958 a 8,4 millones de kilos en 1964, 13,4 millones en 1966 y 25,5 millones en 1974.

Sin embargo, en la década del ochenta se redujo la cantidad de alimentos mensualmente distribuida por beneficiario. Este hecho, junto a una importante baja en las tasas de natalidad y fecundidad que redujo la población infantil, significó una disminución de los alimentos distribuidos a cerca de 17 millones de kilos al año.

En 1987, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) fue establecido por Ley como beneficio universal para todos

los niños menores de seis años y las embarazadas del país, independientemente de su situación previsional.

En la década del ochenta se suspendieron las disposiciones legales que obligaban al Estado a destinar recursos exclusivamente a la compra de leche, las que garantizaban el financiamiento de los programas de alimentación complementaria, quedando desde entonces expuestos a la discusión anual del presupuesto del Ministerio de Salud, con el deterioro correspondiente.

A comienzos de los años noventa se suceden nuevas medidas de efecto positivo sobre la salud materno-infantil. A través de los centros de salud se desarrollaron programas específicos de intervención nutricional a familias de extrema pobreza, con hijos con retraso en su desarrollo. Para estos grupos, además de la leche en polvo con 26 por ciento de grasas se distribuía arroz, harina de trigo y aceite. El objetivo era mejorar la situación de nutrición de los niños y sus familias, especialmente en aquellas con más de cinco hijos (Mardones Santander et al. 1986).

Desde entonces se han producido cambios en los productos, principalmente tendientes a mejorar su calidad nutricional y ampliar cobertura a otros grupos específicos. En 1999 se fortificó la leche entregada con hierro, zinc, cobre y vitamina C. En 2003 se incorporaron tres nuevos productos focalizados en grupos especiales: “Mi Sopita”, para los niños con déficit nutricional, una “Fórmula para Prematuros”, dirigido a niños nacidos con peso menor a 1.500 gramos y/o con menos de 32 semanas de gestación, y una “Fórmula sin Fenilalanina” para los niños con fenilketonuria.

El PNAC constituye sin duda, la mayor intervención nutricional ocurrida en Chile, con grandes logros en la mejoría del peso al nacer y en la prevención de la desnutrición y la anemia y con una indudable contribución al notable descenso de la mortalidad infantil y materna.

Educación nutricional

En los primeros años de existencia del PNAC, la entrega de leche era conocida como “leche muda”, ya que no iba acompañada de acciones de salud ni de educación, lo que favorecía su mal uso y la venta del producto. En etapas posteriores, la entrega de alimentos se ha considerado una actividad más del control de salud de madres y niños, con fuerte énfasis en la evaluación del estado nutricional y en la educación alimentaria que prioriza acciones en función de los factores de riesgo biológico y social existentes.

En cada centro de salud se comenzó a desarrollar un programa de prevención de la desnutrición y enseñanza de prácticas en nutrición, a cargo de nutricionistas y asistentes sociales, tanto en los consultorios como en sus hogares. Así, el porcentaje de niños y niñas menores de seis años con retraso del crecimiento descendió desde un 19 por ciento en 1970 a un 2,9 por ciento el año 2000.

Sistemas de información nutricional

Con el objeto de dar seguimiento al impacto del PNAC en la población, a comienzos de los años setenta se creó el Registro Mensual Consolidado (RMC), un sistema de vigilancia nutricional que permitió llevar desde 1975 a 1993 un registro mensual del estado nutricional de 1,2 millones de niños, niñas y embarazadas controladas en centros de salud. En cada establecimiento se implementó un sistema de información en tiempo real para conocer la situación nutricional de todos los niños menores de seis años de las diferentes regiones del país. Junto a la ficha clínica, se registraban los controles con la curva de peso, la edad, la dirección del domicilio e información de la situación socio-económica de la familia.

Este sistema fue validado por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), primero en dos centros de salud desde 1977 y, luego, en setenta centros con cobertura nacional desde 1983 a 1987. Además, se estableció un sistema de información, cada tres meses, de la prevalencia del bajo peso al nacer en las maternidades, todo lo cual, junto con la información de mortalidad infantil registrada desde 1904, permitió hacer un seguimiento muy estricto de la disminución de la desnutrición en Chile, ajustando los programas cuando fuese necesario, así como para la progresiva focalización de los mismos (Vio et al. 1992).



Lactancia materna

Diversos factores socioculturales, incluyendo una alta migración hacia áreas urbanas (75 por ciento de población urbana en 1970), determinaron una abrupta declinación en el hábito de la lactancia materna. En 1940, el 85 por ciento de los lactantes era alimentado al pecho hasta los seis meses de edad. En 1974, esta proporción había disminuido al 19 por ciento, contribuyendo al incremento de la desnutrición temprana. Fue indispensable iniciar un intenso programa para promover la lactancia materna, usando tanto los medios de comunicación (radio, televisión, revistas, entre otros) y reforzar los programas de formación de profesionales del área de la salud: enfermeras, matronas, médicos y nutricionistas. Posteriormente, al inicio de los años noventa se efectuó una intensa campaña de lactancia materna en los controles prenatales y en las maternidades del país, la que tuvo como impacto aumentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, desde un 16,0 por ciento en 1993 hasta un 45,8 por ciento en 2003 (Atalah et al. 2004). En la actualidad, más del 78 por ciento de las madres alimenta a sus niños hasta los noventa días y el 60 por ciento hasta los seis meses.

Políticas en el ámbito de la recuperación de desnutridos

Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

Para enfrentar el tratamiento de la desnutrición se desarrollaron en Chile diferentes estrategias. La gran mayoría de los niños desnutridos del país fueron tratados de manera ambulatoria en los centros de atención primaria y los más graves, o con factores de riesgo sociales (insalubridad, hacinamiento), eran trasladados a los hospitales. En el hospital, la recuperación nutricional era compleja debido a las frecuentes infecciones secundarias que adquirían los niños desnutridos por sus problemas inmunitarios. A mediados de la década del setenta, un niño menor de un año con desnutrición grave requería 2,8 hospitalizaciones y un total de cuatro meses de hospitalización, lo que significaba una larga separación familiar y un alto costo asistencial. En este contexto, se hizo necesario desarrollar otras estrategias que permitieran un tratamiento integral de la desnutrición, estimulando la recuperación del desarrollo psicomotor, disminuyendo el número de recaídas, integrando a la familia al proceso de recuperación del niño y a un menor costo.

Luego de comprobar el éxito del tratamiento en un centro cerrado de recuperación nutricional destinado exclusivamente a niños desnutridos, un grupo de académicos del Instituto de Nutrición y Tecnología Alimentaria (INTA) de la Universidad de Chile creó en 1976 la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) como una red de centros dedicados a la recuperación de niños y niñas desnutridos.

En la última mitad de la década del setenta, se construyeron 33 centros CONIN distribuidos en todo Chile, lo que significó un aumento de 1.660 camas para tratar a estos niños. El financiamiento de estos centros cerrados se obtuvo por donaciones privadas y un convenio con el Ministerio de Salud de Chile, que aportaba la mayor parte de los gastos de operación (Monckeberg y Riumallo 1983, 189-99). Cada uno de los centros CONIN estaba a cargo de un médico pediatra y un equipo multidisciplinario (nutricionista, enfermera universitaria, auxiliares de enfermería, maestra parvularia, trabajadora social y administrador), apoyados por voluntarias de la comunidad. El sistema de centros de recuperación estaba integrado a la estructura sanitaria del país, lo que permitía que los niños evaluados en los centros de atención primaria u hospitales fuesen atendidos oportuna y rápidamente. La internación promedio de los niños era de tres meses y durante este período, además de alimentarse, el niño recibía estimulación psico-sensorial, fisioterapia y estimulación afectiva. Además, la madre del niño participaba activamente en el tratamiento, aprendiendo técnicas de alimentación y de cuidado de su hijo e integrándose a programas de planificación familiar.

En 16 años (1976-2002), CONIN recuperó 85 mil niños con desnutrición moderada y grave, cuya mortalidad fue menos del 2 por ciento, cifra significativamente menor a la que había en los hospitales, en tanto que sólo el 1 por ciento de los niños requirió re-hospitalización. El costo diario del tratamiento de los niños después del alta disminuyó un 80 por ciento, comparado con el gasto hospitalario (US\$10 en el centro cerrado vs US\$52 en el hospital) (Monckeberg 2003). El seguimiento de estos niños mostró que la intervención fue exitosa y que los resultados se mantenían en el tiempo. (Cuadro 2).

Cuadro 2
Seguimiento de 7.400 desnutridos tratados en CONIN hasta dos años post alta Chile, 1976-2002

Edad	Peso – Edad X ± DE	Talla – Edad X ± DE	Peso – Talla X ± DE	Cociente Desarrollo X ± DE
Alta de CONIN	80,3 ± 8,0	89,6 ± 3,5	95,8 ± 1 0,9	79,1 ± 12,0
Al mes	84,2 ± 9,2	90,0 ± 3,5	95,5 ± 11,0	88,6 ± 14,0
A los 6 meses	85,8 ± 10,9	90,8 ± 4,3	92,8 ± 11,5	89,6 ± 11,0
A los 12 meses	85,9 ± 10,0	91,6 ± 4,1	90,0 ± 10,9	95,3 ± 12,0
A los 24 meses	85,6 ± 10,1	91,4 ± 4,1	95,8 ± 11,3	98,5 ± 6,0

Fuente: Datos proporcionados por la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)



Colocación Familiar del Desnutrido (COFADE)

Otra modalidad de tratamiento, creada en 1983, fue el programa de Colocación Familiar del Desnutrido (COFADE). Dicho programa estaba dirigido a la atención de menores de dos años con desnutrición calórica proteica moderada y grave, cuyo tratamiento ambulatorio previo no había dado resultado, o se consideraba imposible por la mala situación familiar. El niño admitido al programa se iba a vivir por tres o cuatro meses con una familia de su mismo vecindario entrenada especialmente para su cuidado. Durante ese tiempo, el niño podía ser visitado regularmente por los padres, quienes recibían capacitación directamente de la familia cuidadora. Además, durante este período se efectuaba trabajo social en el hogar de origen, para mejorar las condiciones de las familias.

En el programa llegaron a trabajar cuarenta familias cuidadoras que atendían a cincuenta niños por período. En una evaluación de 291 niños atendidos, en el 83 por ciento se normalizó la relación peso para la talla en el momento del alta. Una situación semejante se observó con el desarrollo psicomotor, que pasó del 26 por ciento de normalidad a 83 por ciento en el mismo período (Cuadro 3). El 60 por ciento del presupuesto del programa era aportado por el Ministerio de Salud y el 40 por ciento restante, por las municipalidades participantes (Puentes et al. 1984).

Cuadro 3
Seguimiento de 291 desnutridos atendidos en COFADE

Variable	Ingreso %	Alta %
Relación peso-edad ≤ -2 DE	80,3 \pm 8,0	89,6 \pm 3,5
Relación peso-talla < -2 DE	84,2 \pm 9,2	90,0 \pm 3,5
Retraso en desarrollo psicomotor	85,8 \pm 10,9	90,8 \pm 4,3
Desarrollo psicomotor normal	85,9 \pm 10,0	91,6 \pm 4,1
Trabajo estable del jefe de hogar	85,6 \pm 10,1	91,4 \pm 4,1
Capacitación satisfactoria del jefe de hogar	17,0	64,0

Fuente: Escudero 1987.



Políticas en el ámbito de la educación

Programas de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

El apoyo nutricional a los escolares como grupo vulnerable evolucionó desde las disposiciones de las leyes municipales de los años treinta, que obligaban a destinar a ese objetivo el 1 por ciento de sus presupuestos, hasta la promulgación de la ley de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), de la década del sesenta, que enfatizó el propósito de controlar la deserción y estimular la asistencia escolar, colaborando también en mejorar la atención del niño en clase y su rendimiento escolar.

En 1920, bajo la presidencia de Juan Luis Sanfuentes, se establece la obligatoriedad de la instrucción primaria. Ocho años más tarde, durante el Gobierno de Carlos Ibáñez del Campo, se crea la Dirección General de Educación Primaria y las Juntas Comunales de Auxilio Escolar. A estas Juntas se las responsabilizó de la promoción y organización de los servicios de alimentación escolar y otros auxilios a los alumnos de las escuelas públicas.

En 1964, bajo la presidencia de Jorge Alessandri Rodríguez, cuando el país registra una población de ocho millones de habitantes, con un millón de ellos analfabetos, nace la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Desde esa fecha JUNAEB ha consolidado una Red Nacional de Apoyo al Estudiante que tiene como objetivo neutralizar la influencia negativa de factores biopsicosociales y económicos sobre el cumplimiento de la obligación escolar y promover el desarrollo humano de niños, niñas y jóvenes chilenos.

JUNAEB administra el Programa de Alimentación Escolar (PAE), que tiene como finalidad entregar diariamente alimentación complementaria y diferenciada, según las necesidades de los alumnos y alumnas de Establecimientos Educacionales Municipales y Particulares Subvencionados del país durante el año lectivo. El programa se focaliza a estudiantes en condición de vulnerabilidad de los niveles de educación parvularia (pre-kínder y kínder), básica, media y universitaria, con el objeto de mejorar su asistencia a clases y evitar la deserción escolar. En la actualidad, el PAE entrega 1,42 millones de desayunos y 860 mil almuerzos diariamente en 4 mil escuelas a lo largo del país. Junto a lo anterior, se han incorporado programas de salud, incluyendo odontología preventiva.

Programas de la Fundación Nacional de Educación y Desarrollo Social (INTEGRA)

En 1974 se crea la Fundación Nacional de Ayuda a la Comunidad (FUNACO), organización de carácter asistencial a cargo de comedores infantiles creados para contener la desnutrición infantil. Un 20,1 por ciento de los niños que asistían a los comedores presentaba

algún grado de desnutrición, mientras que las cifras nacionales de desnutrición eran cercanas a un 16 por ciento. En los comedores se entregaba desayuno, almuerzo y merienda además de una colación extra para los niños desnutridos. El aporte calórico y de nutrientes era variable y en promedio satisfacía entre un 70 y un 80 por ciento de los requerimientos infantiles.

En 1990 se refunda FUNACO creándose la Fundación Nacional de Educación y Desarrollo Social (INTEGRA). La creación de INTEGRA significó una transformación de la antigua FUNACO, desde una institución asistencial a una educativa, lo que implicó la profesionalización de sus servicios a partir de capacitaciones del personal y la incorporación de un alto número de educadoras. Así, los antiguos Centros Abiertos dieron paso a los Jardines Infantiles de la Fundación INTEGRA.

INTEGRA entrega educación parvularia a niños y niñas entre tres meses y cuatro años de edad que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. Los niños y niñas acceden a un programa alimentario diseñado según las necesidades nutricionales de la etapa de crecimiento de este grupo etario. Cuenta con oficinas y equipos técnicos a cargo de la supervisión de la gestión educativa de los jardines infantiles y salas cuna, en cada una de las regiones del país.

Actualmente, la Fundación cuenta con 1.031 establecimientos donde se atiende a casi 75 mil niños y niñas. De ellos, 14.245 son lactantes y 60.667, párvulos. El 92,5 por ciento de ellos proviene del 40 por ciento de hogares más pobres del país. Asimismo, el 95 por ciento de los establecimientos de INTEGRA está ubicado en las comunas más pobres del país.

El currículo de INTEGRA incorpora materiales educativos para el trabajo con los niños y niñas en temas de alimentación, nutrición y salud, dirigidos a la formación de hábitos saludables y de autocuidado. El Programa Alimentario de INTEGRA otorga entre 60 y 75 por ciento de las calorías y el 100 por ciento de las proteínas que los niños necesitan. Además, se desarrolla material educativo para el personal en formato de módulos de capacitación en alimentación y nutrición. Para los padres se elaboran guías alimentarias adecuadas a la población preescolar.

Los niños que presentan algún tipo de malnutrición por déficit—desnutrición o riesgo de desnutrir—reciben en INTEGRA un suplemento calórico de 100 calorías, que se agrega a su alimentación habitual. El personal a cargo debe hacer seguimiento de la ingesta, de manera de garantizar niveles apropiados de consumo. Se informa a las familias las modificaciones alimentarias adoptadas y los niveles de consumo en el establecimiento, de manera que en el hogar se realicen refuerzos en la alimentación, cuando corresponda. En los establecimientos con programa de extensión horaria, se incentiva a las familias a incorporarlos a éste, con la finalidad de asegurarles una mayor ingesta calórica.

Cuando los niños presentan malnutrición por exceso, se coordina con las familias los aportes alimentarios que los niños recibirán en el establecimiento, para evitar la duplicidad en los consumos. A través de la alimentación que se ofrece a los niños, se modela a las familias acerca de la variedad y cantidad de alimentos que los niños deben recibir, para lo cual se invita a los padres y apoderados a observar las raciones servidas.

A partir de 1994 está disponible una serie de datos que dan cuenta de la situación nutricional de los niños y niñas que asisten a la Fundación INTEGRAL. Tanto los indicadores nutricionales como los parámetros de referencia utilizados durante los distintos períodos corresponden a los señalados por el Ministerio de Salud (MINSAL).

Las cifras siguen la tendencia nacional a la baja en la prevalencia de malnutrición por déficit hasta el año 1999 y sufren un estancamiento a partir del año 2002. Sin embargo, estas cifras se mantienen siempre por sobre los datos nacionales, lo que refleja una adecuada focalización en la población más vulnerable. Los índices de malnutrición por exceso se han mantenido con prevalencias altas para todo el periodo, siendo siempre mayores que los datos nacionales (Ministerio de Salud 2007), aunque las edades de los beneficiarios no son estrictamente comparables.

Cuadro 4
Estado nutricional de párvulos atendidos en la Fundación Integra, según indicador peso/talla Chile 1994-2007

Año	Déficit de peso: Peso-talla < - 1 DE %	Normal %	Sobrepeso: Peso – talla > 1 DE%
1994	4,2	56,5	39,2
1995	2,8	57,2	40,0
1996	3,2	57,2	38,9
1997	4,1	55,9	40,0
1998	3,6	57,8	38,6
1999	3,6	57,3	39,1
2000	4,0	57,9	38,2
2001	4,8	57,7	37,5
2002	5,7	58,1	35,8
2003	5,7	59,1	34,2
2004	5,6	58,6	35,8
2005	5,3	58,8	35,9
2006	5,2	57,7	37,1
2007	5,5	58,3	36,2

Fuente: Datos proporcionados por la Fundación INTEGRAL.

Programas de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)

JUNJI fue creada en 1970 como una institución descentralizada a cargo de la creación, funcionamiento y supervigilancia de los jardines infantiles del país. Atiende niños y niñas menores de seis años, prioritariamente de los sectores más pobres del país, entregando una atención que comprende el cuidado y la educación del niño y niña en nutrición y alimentación, aprendizajes y ambiente afectivo, en directa relación con su entorno familiar y su dimensión biopsicosocial. La atención de los menores está a cargo de educadoras de párvulos y técnicos en educación parvularia, junto con la asesoría y supervisión de nutricionistas y trabajadores sociales. Los programas de JUNJI atienden aproximadamente a 120 mil niños. De este total, cerca del 25 por ciento corresponde a lactantes, con una cobertura que ha ido en aumento (JUNJI 2002-2007).

La mayoría de los niños atendidos asiste a jornada completa durante cinco días de la semana. En general, los programas favorecen a las madres trabajadoras y, especialmente, a las que son jefas de hogar. Entre los criterios de selección se incluyen la situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, así como un déficit en el estado nutricional evaluado por la relación peso-talla.

Los programas alimentarios diseñados por JUNJI tienen por objetivos satisfacer las necesidades de energía y nutrientes que demanda el período de crecimiento del párvulo a través de una alimentación saludable; formar hábitos alimentarios, de higiene y de salud en los párvulos y sus familias; fomentar la actividad física acorde a la etapa de desarrollo del niño; recuperar aquellos párvulos que presentan alteraciones nutricionales; y reducir la inseguridad alimentaria de las familias de escasos recursos. Además, JUNJI crea programas específicos de atención dirigidos a mejorar la situación nutricional y de desarrollo de los niños que presentan déficit en estas áreas (Centros de Intervención Nutricional y de Estimulación del Lenguaje, CADEL).

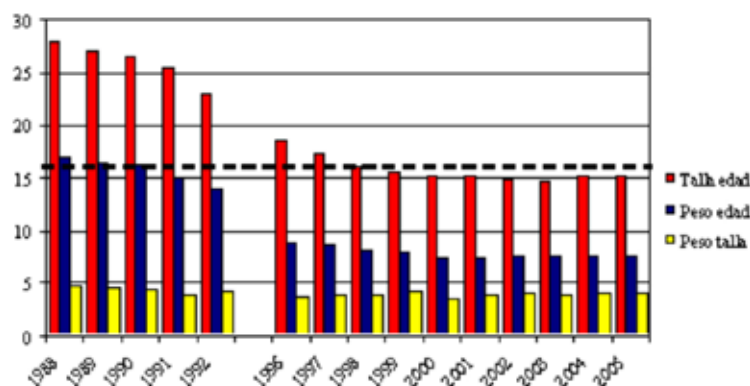
Desde su creación, JUNJI ha considerado a la familia como eje fundamental en el proceso educativo de sus hijos, generando espacios de participación en los jardines infantiles y capacitándola en materias relacionadas con la crianza para asegurar el cuidado al interior de los hogares y afianzar aprendizajes adquiridos en los establecimientos.

Datos disponibles de antropometría permiten evaluar la situación nutricional de la población beneficiaria de la JUNJI desde 1988 a 1992 y entre 1996 y 2005, luego de establecido el sistema informático JUNJI (JUNJI 1996-2005).

El Gráfico 4 muestra la evolución del déficit nutricional. Se consideró un punto de corte de -1 desviación estándar con el fin de aumentar la sensibilidad en la detección de los cambios. Los valores de talla a partir de 1999 están dentro de lo esperado en la distribución normal, confirmando la mejoría de este indicador. Por otro lado, el

déficit de peso-edad y peso-talla está bajo lo esperado, lo cual coincide con el aumento del sobrepeso y obesidad.

Gráfico 4
Prevalencia de déficit de talla-edad, peso-edad y peso-talla < - 1 DE (%)
Chile, 1988-2005



Fuente: Datos proporcionados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).

Se ha estudiado la recuperación de los niños en riesgo de desnutrir o desnutridos según la relación peso para la talla, encontrándose que cerca del 70 por ciento de los niños en riesgo de desnutrir—lo mismo que un porcentaje levemente menor de los niños desnutridos—se recupera dentro del primer año de asistencia al programa.

Políticas en el ámbito del saneamiento

El saneamiento básico de los hogares y del medio ambiente constituye un requisito elemental para la buena salud de las personas y de los niños y niñas en particular. Un adecuado saneamiento de los hogares requiere disponer de agua potable en cantidades suficientes, así como de sistemas de alcantarillado. Además, el tratamiento de las aguas servidas contribuye a sanear el medio ambiente, factor directamente relacionado a la salud de las personas.

Un saneamiento ambiental adecuado permite prevenir la desnutrición infantil. Condiciones ambientales precarias afectan especialmente a niños y niñas durante los primeros años de vida. La contaminación del agua genera enfermedades en muchos casos letales para los niños. Por otra parte, la falta de sistemas de eliminación de excretas contamina el ambiente y favorece la diseminación de gérmenes y enfermedades. En estas condiciones es frecuente que los niños sufran episodios de diarrea aguda que contribuyen o agravan la desnutrición infantil, lo que en último término puede llevar a la muerte del niño.

Políticas e instituciones de saneamiento

En Chile se evidenció tempranamente una preocupación del estado por mejorar las condiciones de saneamiento de toda la población, encontrándose ejemplos concretos de iniciativas de saneamiento ya

en el siglo diecinueve (Szczaranski 2006). El primer paso en el desarrollo de una institucionalidad enfocada en el saneamiento se materializó en 1931 con la creación de la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado (DGAPA) del Ministerio del Interior. En 1953, la DGAPA se fusionó con el Departamento de Hidráulica del Ministerio de Obras Públicas, dando origen a la Dirección de Obras Sanitarias (DOS), entidad que se responsabilizó de proyectar, construir y administrar los servicios de agua potable y alcantarillado con recursos del Estado, a lo largo del país.

Entre 1953 y 1977, junto a la DOS existieron otras instituciones del Estado vinculadas al tema del saneamiento, como la División de Servicios Sanitarios del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, a cargo de diseñar y construir redes de agua potable y alcantarillado. Entre ellas destaca la Empresa de Agua Potable de Santiago, dependiente de la Municipalidad de Santiago y la Empresa Municipal de Desagües de Valparaíso y Viña del Mar, de la Municipalidad de Valparaíso.

Como respuesta a esta dispersión de instituciones, en 1977 se creó el Servicio Nacional de Obras Sanitarias (SENDOS) que unificó todas las entidades vinculadas al sector sanitario dentro del Estado. SENDOS asumió las funciones de operar y mantener los sistemas sanitarios de las zonas urbanas y rurales del país.

A fines de la década de los 80 comenzó a evidenciarse la necesidad de emprender importantes inversiones en el sector centradas en el tratamiento de aguas servidas, así como de diseñar mecanismos que permitieran incorporar fondos privados en el sector sanitario. A partir de este diagnóstico, se decidió concentrar al sector público en

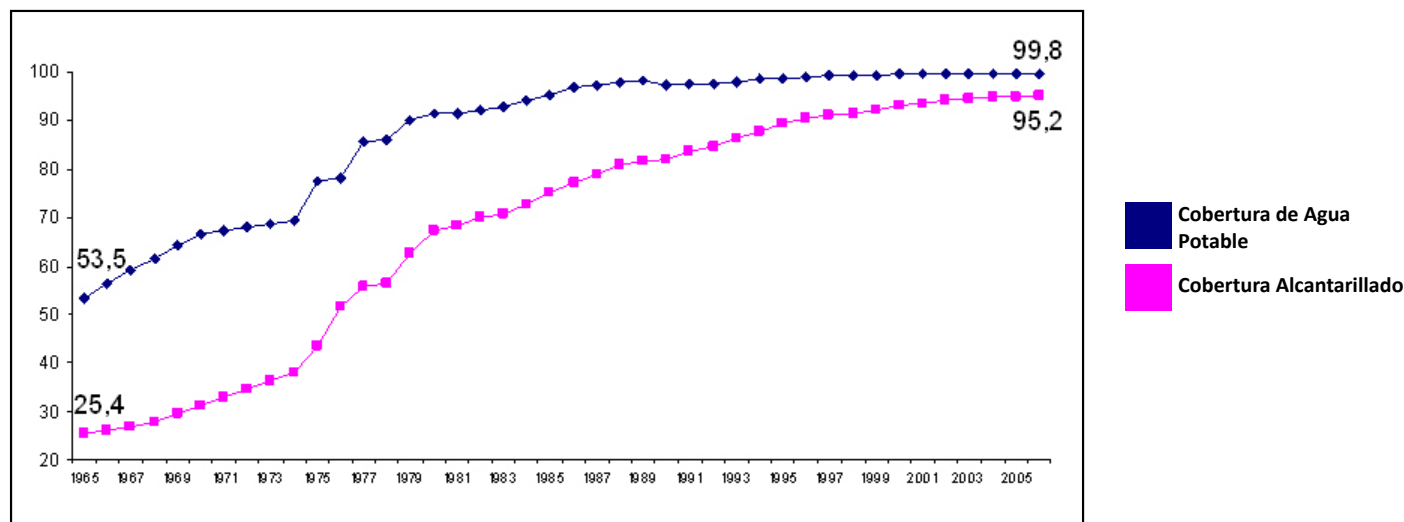
las funciones de regulación y fiscalización, asignando la responsabilidad de proveer y gestionar los servicios de saneamiento al sector privado.

Así, a finales de los años ochenta se creó la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS), encargada de regular y fiscalizar a los prestadores de servicios sanitarios. Simultáneamente, la gestión sanitaria en cada región del país se estructuró en sociedades anónimas, lo que facilitó la incorporación de capitales privados al sector. Este marco regulatorio permitió la existencia de concesionarias de servicios sanitarios, sociedades anónimas bajo la fiscalización de la SISS, encargadas de la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado en sectores urbanos del país. De este modo, a septiembre de 2005, cerca de un 95 por ciento de la provisión de servicios sanitarios en zonas urbanas se encontraban a cargo de empresas concesionarias.

Por su parte, la construcción de servicios sanitarios para localidades rurales ha sido siempre abordada en Chile por el sector público, específicamente por instituciones vinculadas al Ministerio de Obras Públicas.

Desde 1957, con la creación de la DOS, el Estado realizó una fuerte inversión pública en infraestructura de agua y alcantarillado. Como resultado de esta política la cobertura de agua potable en zonas urbanas aumentó desde un 53,5 por ciento en 1965 a un 85,6 por ciento en 1977. En este mismo período, la cobertura de alcantarillado en zonas urbanas pasó desde un 25,4 a un 55,9 por ciento (Gráfico 5).

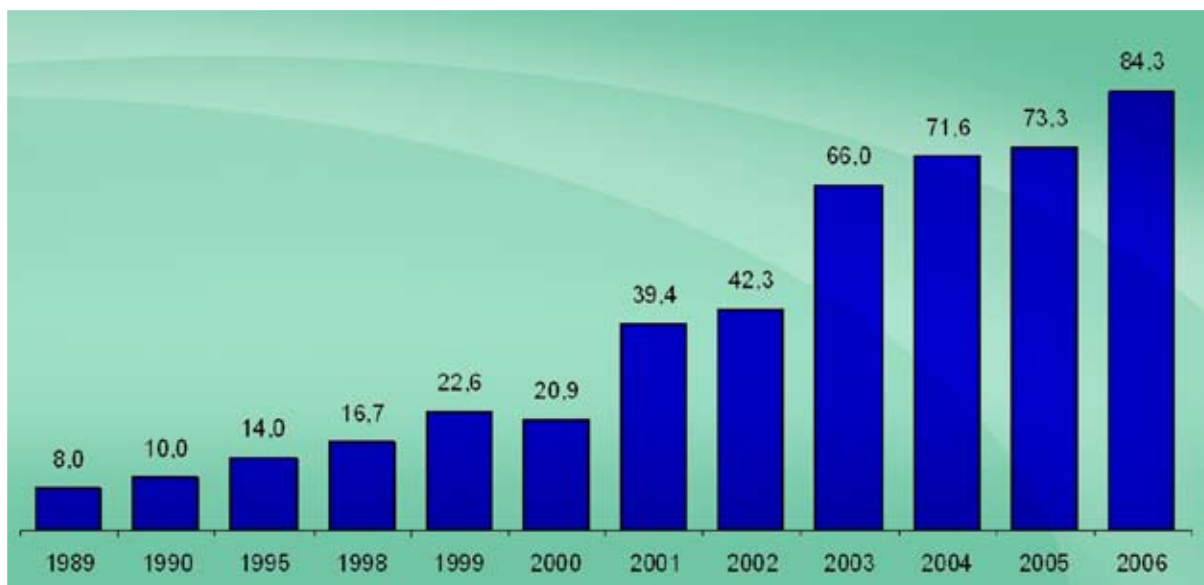
Gráfico 5
Cobertura de agua potable y alcantarillado en zona urbana (%) Chile, 1965-2005



Fuente: Datos proporcionados por la Superintendencia de Servicios Sanitarios de Chile (www.siss.cl).

Durante los años noventa y la década del 2000, el Estado incorporó el tratamiento de las aguas servidas como un tema prioritario de sus políticas de saneamiento. Lo anterior se vio potenciado por la incorporación de actores privados al sector sanitario, los que realizaron importantes inversiones en tratamiento de aguas servidas. De este modo, se produjo un aumento acelerado de la cobertura de tratamiento de aguas servidas en el país, pasándose de un 8 por ciento de cobertura en 1989 a un 84,5 por ciento en 2006 (Gráfico 6).

Gráfico 6:
Cobertura de tratamiento de aguas servidas a nivel nacional (%)
Chile, 1989-2006



Fuente: Datos proporcionados por la Superintendencia de Servicios Sanitarios de Chile (www.siss.cl).

En el caso de las zonas rurales del país, se estima que en 1960 sólo el 6 por ciento de la población rural disponía de agua potable, lo cual incidía en las altas tasas de mortalidad y morbilidad, especialmente de la población infantil. Las acciones públicas emprendidas desde entonces generaron importantes aumentos de cobertura sanitaria.

Así, entre 1990 y 2006 el acceso a agua potable por la red pública aumentó desde un 35,6 a un 53,4 por ciento del total de hogares rurales. Del mismo modo, la cobertura de hogares rurales conectados al alcantarillado o fosa séptica aumentó desde un 19,0 por ciento en 1990 a un 54,7 por ciento en 2006.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Durante los últimos cincuenta años se produjo una paulatina mejoría en las condiciones de salud y nutrición de la población materno-infantil en Chile. Durante el mismo período, cambiaron significativamente las políticas económicas, variando desde un período de economías centralmente planificadas hasta una economía de libre mercado orientada hacia el mercado internacional. En los últimos treinta años ocurrieron dos crisis económicas severas en el país—en 1975 y 1982—a pesar de las cuales los indicadores biomédicos y la desnutrición de la población infantil continuaron mejorando.

Una serie de factores, que de manera sinérgica contribuyeron a este resultado, explica el positivo desempeño de Chile en el ámbito de la desnutrición infantil. Sin embargo, puede afirmarse que el elemento central en la erradicación de la desnutrición infantil fue la existencia de una política de Estado de lucha contra ese fenómeno, aplicada de manera sostenida durante décadas, independientemente de los vaivenes políticos y económicos que sufrió el país. Este resultado se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el país respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo.

En particular, pueden mencionarse los siguientes factores puntuales que contribuyeron a los avances alcanzados:

- Amplia cobertura de la atención primaria de salud, la que incorporó controles pre y post natales y de niño sano, realizados por profesionales de la salud;
- Implementación de programas de alimentación complementaria de cobertura nacional (PNAC) así como focalizados en grupos específicos (PNAC focalizado, JUNJI, INTEGRAL, JUNAEB);
- Creación de programas de recuperación de desnutridos (CONIN, COFADE) integrados al sistema de salud;
- Disminución de la natalidad gracias a programas de planificación familiar aplicados desde la década del sesenta;
- Educación de las madres, gracias a la alfabetización de la población iniciada en la década del cuarenta;
- Elevada cobertura de agua potable y saneamiento básico desde la década del sesenta;

Junto a lo anterior, existieron otros elementos que facilitaron el éxito de éstas políticas, entre los cuales pueden destacarse:

- Continuidad en la implementación de los programas;
- Estabilidad en el marco institucional en que los programas se ejecutaron;
- Formación de recursos humanos en el tema de la desnutrición;
- Existencia de sistemas de vigilancia nutricional;
- Desarrollo de la investigación y el conocimiento en el área nutricional;
- Participación de la comunidad científica y de los profesionales de la salud en la toma de decisiones políticas;
- Participación activa de la población en la demanda de servicios de salud y en los programas de alimentación complementaria.

A largo plazo, la erradicación y prevención de la desnutrición requiere mejorar los niveles de vida de la población. La experiencia chilena muestra que además del objetivo del desarrollo socioeconómico, resulta imprescindible realizar acciones de política en las áreas de salud, nutrición, educación y saneamiento ambiental, todo lo cual actúa de manera sinérgica para mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de los grupos más vulnerables y de menores ingresos. Toda estrategia dirigida a aliviar la desnutrición infantil debería considerar iniciativas específicas en cada una de estas cuatro áreas, coordinando las acciones de los sectores en un trabajo intersectorial que evite superposición de programas, así como ineficiencia en la utilización de los recursos.

La experiencia chilena muestra algunos ejemplos de cómo es posible trabajar conjuntamente en estos cuatro temas:

- Educar a las madres, para que por lo menos finalicen la educación básica;
- Proveer agua potable y saneamiento básico a la gran mayoría de la población;
- Controlar regularmente a la mujer embarazada y al niño hasta los seis años de edad, con acciones que incluyan planificación familiar, inmunizaciones, educación y estimulación del desarrollo psicomotor, realizadas por personal profesional;
- Atender las enfermedades más frecuentes en centros de atención primaria de salud;
- Proveer alimentación complementaria, especialmente para el período del destete;
- Disponer de adecuados sistemas de vigilancia nutricional;
- Crear programas de recuperación de desnutridos, ya sean ambulatorios o en centros cerrados;
- Formar recursos humanos capacitados en los temas de atención primaria de salud y nutrición;
- Incorporar a los grupos académicos y técnicos a las políticas públicas para dar sustento científico y continuidad a los programas;
- Apoderar a la población en los programas de salud y nutrición;
- Contar con una institucionalidad adecuada para respaldar la implementación de los programas;
- Dar un marco legal y respaldo jurídico y financiero a las instituciones de las cuales dependen los programas.

REFERENCIAS

Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R.

2001. "Nutrition Transition in Chile: Determinants and Consequences" *Public Health Nutrition* 5: 1-7.

Atalah E, Castillo C, Reyes C.

2004. "Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile." *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 54: 374-9.

Crovetto M.

2002. "Cambios en la estructura y consumo de alimentos en hogares del Gran Santiago 1988-1997." *Revista Chilena de Nutrición* 29: 24-32.

Escudero PA, Puentes RR, Araos FV, Contreras AMD, Latorre, M.

1987. "El hogar sustituto como sistema de recuperación integral en lactantes desnutridos y graves." *Revista Chilena de Pediatría* 58: 414-418.

Hertrampf E, Cortés F, Cayazzo M, Erickson D, et al.

2003. "Consumption of Folic Acid-Fortified Bread Improves Folate Status in Women of Reproductive Age in Chile." *Journal of Nutrition* 133: 3166-3169.

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

1960-2000. *Anuarios*. Santiago de Chile: INE.

Junta Nacional de Jardines Infantiles de Chile (JUNJI).

1996-2005. "Sistema Informático de la Gestión del Párvulo" (GESPARVU). Santiago de Chile: JUNJI.

2002-2007. "Informe Estadístico Mensual." Santiago de Chile: JUNJI, Departamento de Informática y Planificación.

Kain J, Vio F, Albala C.

1998. "Childhood Nutrition in Chile: From Deficit to Excess." *Nutrition Research* 18: 1825-1835.

2003. "Obesity Trends and Determinant Factors in Latin America." *Cadernos de Saúde Pública* 19: S77-S86 (Suppl. 1).

Kaempfer RA, Medina E.

1982. "La salud infantil en Chile durante la década del setenta." *Revista Chilena de Pediatría* 53: 468-470.

Leiva L, Burrows R, Muzzo S.

1992. "Calcium Intake of School Age Children Aged 10 to 14 Years Old." *Revista Chilena de Nutrición* 20: 207-211.

Lewin L, Puentes R, Saavedra R et al.

1989. "Programa Colocación Familiar en Niños Desnutridos (COFADE)." *Revista Chilena de Nutrición* 17 (Suplemento Nº 1): 65-76.

Mardones Restat, F.

2003. "Políticas de alimentación y nutrición en planes de salud en Chile." *Revista Chilena de Nutrición* 30: S195-S197.

Mardones Santander F, González N, Mardones Restat F, Salinas J, Albala C.

1986. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el período 1937-1982." *Revista Chilena de Nutrición* 14: 173-182.

Mariño R, Villa A, Guerrero S.

1999. "Milk Fluoridation Programme in Codigua, Chile: An Evaluation after Three Years." *Revista Panamericana de Salud Pública* 6: 117-121.

Ministerio de Salud de Chile.

2000. *Informe Anual*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

2007. *Estadísticas de salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Monckeberg F.

2003. "Prevención de la desnutrición en Chile: experiencia vivida por un actor y espectador." *Revista Chilena de Nutrición* 30: 160S-176S.

Monckeberg F, Riumallo J.

1983. "Nutrition Recovery Centers: The Chilean Experience." En Underwood B, ed., *Nutrition Intervention Strategies in National Development*. New York: Academic Press.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM.

2002. "Is Obesity Replacing or Adding to Undernutrition? Evidence from Different Social Classes in Brazil." *Public Health Nutrition* 5:105-112.

Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM.

2004. "Socioeconomic Status and Obesity in Adult Population of Developing Countries: A Review." *Bulletin of the World Health Organization* 82: 940-946.

Muzzo S, ed.

1996. "Normal and Pathological Bone Mineralization." *Revista Médica de Chile Suplemento* (8).

Pelletier D, Frongillo E, Schroeder DG, Habicht J-P.

1994. "A Methodology for Estimating the Contribution of Malnutrition to Child Mortality in Developing Countries." *Journal of Nutrition* 124: 2106S-2122S.

Peña M, Bacallao J, eds.

2000. *Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge*. Washington: D.C.: Pan-American Health Organization Scientific Publication Nº 576.

Popkin BM.

1994. "The Nutrition Transition in Low Income Countries: An Emerging Crisis." *Nutrition Reviews* 52: 285-298.

Preteell EA, Delange F, Hpsatalek V, Coriglianp S et al.

2004. "Iodine Nutrition Improves in Latin America." *Thyroid* 14(8): 590-599.

Puentes R, Escudero P, Solari M. et al.

1984. "Colocación familiar de niños desnutridos severos (COFADE)." *Revista Chilena de Nutrición* 12: 133-137.

Szot Meza J.

2002. "Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000." *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 67: 129-135.

Tokman V.

1985. "Wages and Employment in International Recessions: Recent Latin American Experience." En Kim KS, Ruccio DF, eds., *Debt and Development in Latin America*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Uauy R, Kain J.

2002. "The Epidemiological Transition: Need to Incorporate Obesity Prevention into Nutrition Programmes." *Public Health Nutrition* 5: 223-229.

Uauy R, Vio F.

2007. "Health and Nutrition Transition in Developing Countries: The Case of Chile." En Kennedy E, Deckelbaum R, eds., *The Nation's Nutrition*. Washington, D.C.: International Life Sciences Institute.

Valiente S, Uauy R.

2002. "Evolución de la nutrición y alimentación en Chile en el siglo XX." *Revista Chilena de Nutrición* 29: 54-61.

Vio F, Albala C, Kain J.

2008. "Nutrition Transition in Chile Revisited: Mid-term Evaluation of Obesity Goals for the Period 2000-2010." *Public Health Nutrition* 11(04): 405-412.

Vio F, Kain J, Gray E.

1992. "Nutritional Surveillance: The Case of Chile." *Nutrition Research* 12: 321-330.

Winter EA, Amenázar RE, Molina, R.

1950. "Medicina preventiva materno infantil." *Revista Chilena de Pediatría* 21: 450-457.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro A-1
Mortalidad infantil, desnutrición infantil y bajo peso al nacer
Chile, 1975-1993 (%)

Año	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Menores de 6 años con peso- edad < - 1 DE)* %	Peso al nacer < de 2500 gramos %
1975	55,4	15,5	11,6
1976	54,0	15,9	11,4
1977	47,5	14,9	10,9
1978	38,7	13,0	9,1
1979	36,6	12,2	9,0
1980	31,8	11,5	8,6
1981	27,2	9,8	7,8
1982	23,4	8,8	6,9
1983	21,8	9,8	6,5
1984	20,0	8,4	6,5
1985	19,7	8,7	7,0
1986	19,1	9,1	6,6
1987	18,7	8,8	6,5
1988	18,8	8,6	6,4
1989	17,1	8,2	6,3
1990	16,0	7,4	5,7
1991	14,6	6,9	5,6
1992	14,3	6,2	5,5
1993	14,0	5,3*	5,3

* Referencia Sempé. En 1994 se cambió la Referencia Sempé por OMS, interrumpiéndose la serie estadística.
Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile.

Cuadro A-2
Número de muertes en menores de un año por enfermedades respiratorias y diarreicas
Chile, 1960-2000

Año	Enfermedades respiratorias N	Enfermedades diarreicas n
1960	4.318	1.365
1970	2.793	1.476
1980	502	210
1990	161	36
2000	86	12

Fuente: Ministerio de Salud 2000.

Cuadro A-3
Indicadores sociodemográficos y de salud materno-infantil
Chile, 2006

Indicador	País	Rango por Regiones
Población urbana %	86,6	66,4 – 98,0
Tasa de desocupación %	7,0	2,4 – 9,8
Población bajo la línea pobreza %	14,0	6,4 – 20,9
Brecha ingreso (Quintil5 / Quintil1)	13,1	7,2 – 16,2
Tasa de natalidad x 1.000 hab.	14,9	14,1 – 17,7
Recién nacidos < 2.500 g %	5,5	3,9 – 6,4
Recién nacidos en madres < de 20 años %	15,7	14,9 – 20,1
Mortalidad materna x 100 mil RN	19,8	0,0 – 50,0
Mortalidad neonatal x 1000 RN	5,2	3,7 – 7,0
Mortalidad post neonatal x 1000 RN	2,7	0,9 – 3,3
Mortalidad infantil x 1000 RN	7,9	5,5 – 10,4

Fuente: Datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Ministerio de Salud de Chile.

Cuadro A-4
Estado nutricional de la población
Chile, 2007

Indicador	País	Rango por Regiones
Menores de 6 años	%	%
Desnutrición	0,4	0,1 – 0,4
Riesgo nutricional	2,3	1,0 – 3,6
Obesidad	9,7	5,8 – 10,9
Escolares		
Desnutrición crónica	3,1	2,1 – 5,0
Obesidad	19,4	16,3 – 26,2
Embarazadas		
Bajo peso	7,5	4,4 – 11,1
Obesidad	20,0	16,9 – 25,3
Adultos Mayores		
Bajo peso	9,2	3,6 – 13,1
Obesidad	23,3	17,5 – 37,2

Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile.



Capítulo 2

LA EXPERIENCIA CHILENA EN LA ERRADICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL: UNA VISIÓN INTEGRAL



SUMARIO

Entre los trabajos orientados a comentar la experiencia chilena en el combate a la desnutrición, presentados en la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, se incluyen en este capítulo los de María Soledad Barría, Ministra de Salud y Eduardo Abedrapo Bustos, Subsecretario de Planificación y Cooperación de Chile.

El aporte de la Ministra de Salud, María Soledad Barría, explica cómo el Estado chileno se ha preocupado por garantizar el acceso a los servicios de salud, a través de la atención primaria y una red de centros de salud. Entre las lecciones aprendidas en Chile, la Ministra menciona, en primer lugar, la estructuración de la red estatal de salud, cuyos grandes hitos son la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y la reforma del sistema en 2005. Otros aspectos dignos de mencionar incluyen un énfasis en el bienestar social y servicios básicos gratuitos; la disponibilidad de servicios y recursos de alimentación, educación y salud, tanto en zonas urbanas como rurales; la vinculación de programas alimentarios con iniciativas estatales de atención de salud y desarrollo infantil; y el apoderamiento de la comunidad en lo que atañe a sus derechos de salud.

Una característica que distingue al caso chileno es la voluntad política demostrada por dirigentes de todas las tendencias en la definición de prioridades sociales y la atención de necesidades básicas. Políticas públicas con intervenciones focalizadas, continuidad del financiamiento y de la gestión-administración; la participación de especialistas en salud pública y nutrición en el diagnóstico de los problemas nutricionales así como en el diseño de estrategias de intervención y su evaluación; y el aporte académico al entrenamiento de profesionales en nutrición son otros rasgos del modelo que Chile ofrece a la región para la erradicación de la desnutrición infantil.

El Subsecretario Abedrapo explica que la desnutrición infantil es un problema de salud pública bajo control en Chile, gracias a que su erradicación fue asumida “como un tema de Estado que, más allá de los cambios de gobierno”, ha tenido permanencia en el tiempo. Una institucionalidad adecuada, fundada en “leyes, organismos públicos y privados debidamente articulados y políticas y programas sostenidos”, contribuyó al éxito de la lucha para reducir la desnutrición.

Un enfoque multisectorial y el acopio de información adecuada, mediante el desarrollo de investigaciones y conocimientos científicos, constituyen elementos primordiales de la experiencia chilena. “La cantidad y calidad de la información que hemos podido recoger, obtenida tanto en los centros de atención primaria de salud como en centros de mayor complejidad, ha sido de especial importancia para la toma de decisiones y el rediseño de las políticas y programas en esta materia”, acotó. Tras la obtención de las metas trazadas, no descuidar los logros alcanzados es el reto actual de las políticas públicas. El Subsecretario de Planificación concluye con un llamado a la solidaridad y al activismo de los organismos internacionales “para evitar que la crisis alimentaria que se vive en muchas partes se transforme en un nuevo factor de exclusión, pobreza y hambre, especialmente en África, América Latina y el Caribe.”



La estrategia del sector de la salud en la lucha hacia la erradicación de la desnutrición infantil

María Soledad Barría

Ministra de Salud de Chile



La desnutrición es un flagelo que, desde el sector de la salud, clásicamente lo relacionamos con incrementos en la mortalidad, en la morbilidad, en las secuelas en el desarrollo y con otras enfermedades. Sin embargo, todas ellas son consecuencias. Si queremos abordarlo seriamente y solucionar el problema de la desnutrición, debemos buscar las causas subyacentes y analizar el problema más integralmente.

En un lenguaje más moderno, desde la mirada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hablamos de los determinantes sociales de la salud, es decir, cómo llegan a conjugarse una serie de elementos sociales, culturales, de desigualdades que van minando la capacidad de desarrollo y se traducen en enfermedades o condiciones tan relevantes como la desnutrición.

De acuerdo con este marco conceptual de determinantes sociales, son relevantes las estructuras sociales, el estatus del individuo, la posición socioeconómica de los grupos que están siendo afectados, las desigualdades de género, cuál es el grupo étnico afectado, las condiciones de vida, de trabajo y del ambiente que están condicionando la situación. Salud finalmente, termina siendo una consecuencia de políticas sociales en nuestros países que es necesario abordar.

El costo social y económico de la desnutrición ya se ha analizado con más profundidad en otro capítulo.¹ La desnutrición es un problema ético, social y económico que afecta al conjunto de la sociedad, que determina 50 a 60 por ciento de la mortalidad infantil y 61 por ciento de las muertes por diarrea. En la mayor parte de las muertes por neumonía también subyace la desnutrición. El bajo peso al nacer amplifica de cuatro a 14 veces la mortalidad infantil, aumenta en 65 por ciento la repitencia escolar y determina menor productividad laboral. Es decir, la desnutrición impacta no solamente en dinero o en recursos económicos, sino además en la capacidad de desarrollo, en enfermedad y en muertes relacionadas con la desnutrición. Al abordar la desnutrición estamos simultáneamente hablando de disminuir la mortalidad materna y de disminuir la mortalidad infantil.

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) muestra cómo el costo de la desnutrición global en menores de cinco años tiene una relación directa con el producto interno bruto (PIB) de los países. Por mucho tiempo se dijo que hay que desarrollar los países para después dedicarnos a tener una buena nutrición. Nosotros pensamos que hay que abordar conjuntamente el problema, porque es muy difícil el desarrollo de nuestros países si no se aborda el tema de la nutrición. Si no se abordan conjuntamente, tendrán que dedicarse grandes recursos a las consecuencias finales y no a las causas profundas, de las cuales la desnutrición es una de ellas. Podemos seguir llenándonos de hospitales para tratar la diarrea, pero podemos también abordar de una vez el tema de la nutrición para poder disminuir las diarreas.

¹ Nota del editor: Véase, sobre el particular el aporte de Rodrigo Matfnez, "Impacto social y económico de la desnutrición infantil", en el Capítulo 1 de la tercera parte de este compendio.

María Soledad Barría
Ministra de Salud de Chile



En Chile hemos logrado disminuir en forma importante la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Sólo en 1960—y de ello no hace tanto tiempo—el 38 por ciento de nuestros niños eran desnutridos y teníamos una mortalidad infantil de 120 por cada mil nacidos vivos. Hoy, nos enorgullecemos en tener 1,3 por ciento de desnutrición crónica y una mortalidad infantil de 7,3 por mil nacidos vivos. La mortalidad materna en los mismos años sesenta era de 120 y hoy día es de quince por cada cien mil partos. Todo eso ha sido posible en cuarenta años. Aquí hay un trabajo que tiene que ver con las causas más profundas, no solamente con las repercusiones finales de las enfermedades.

En 1975, año en que todavía teníamos 12 por ciento de desnutrición, cambiamos los patrones de medición, buscando siempre mayor exigencia en la medida en que se avanzaba en el conocimiento y en la investigación sobre el tema. Recientemente, a partir de enero del año 2007, se adoptó el nuevo patrón OMS, elaborado con niños

y niñas que crecieron en diferentes países del mundo en las mejores condiciones de vida: madres sanas, no fumadoras, con lactancia materna exclusiva y en ambientes saludables y seguros.

Entonces, frente a la pregunta ¿es posible disminuir o erradicar la desnutrición infantil?, a juicio nuestro sí es posible. Nuestra historia muestra que incluso en épocas en que hemos retrocedido en desarrollo, en que hemos retrocedido en pobreza, hemos podido mantener la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil. Es decir, hay algunos elementos que van más allá del crecimiento y el desarrollo. Pensamos que es posible mejorar la salud y la nutrición incluso en ausencia de un progreso sustancial en el plano económico. Evidentemente, es más fácil cuando hay crecimiento económico y hoy tenemos una oportunidad, puesto que la mayor parte de nuestros países están creciendo.



Se requiere progreso urbano y rural que se traduzca—y quizás aquí está la clave—en acceso y disponibilidad de servicios y recursos de salud, alimentación y de educación. Esto no es sólo un tema de salud.

Desde los años veinte había en Chile preocupación entre médicos, parlamentarios y otros actores sociales por el tema de la nutrición. El Dr. Francisco Mardones Restat, gran pionero en las políticas públicas que permitieron el combate de la desnutrición, me relataba que en los años treinta, las primeras mujeres parlamentarias habían sido clave para el posicionamiento del tema y la búsqueda de algunas medidas. Sin embargo, sólo se organizó un sistema efectivo cuando tuvimos el Servicio Nacional de Salud en 1952. Había múltiples iniciativas previas, había alimentación complementaria desde bastantes años antes, pero no un acceso tan masivo hasta que se organizaron los servicios en todo el país, a través de los cuales se entregaron alimentos, junto a una conducción sanitaria. En nuestro

país, la alimentación formó parte de los albores de la atención primaria, del primer nivel de atención, lo que después, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata (1978), se vino a ratificar.

En los años cincuenta, se dividió el país en territorios geográficos con poblaciones determinadas y en cada territorio se puso una estructura sanitaria que tenía que preocuparse de esa población con centros ambulatorios y hospitales, llegando a las comunidades, incluidas las más rurales. La población rural era atendida a través de pequeños puestos sanitarios que se llaman, hasta el día de hoy, postas de salud rural. En esos lugares viven agentes comunitarios de salud que hoy, progresivamente, con mayor educación y capacitación, se han transformado en técnicos paramédicos. La posta se construía—y se construye hasta el día de hoy—con un espacio como residencia o habitación del que atiende y otro espacio para la atención, donde se lleva el control de los habitantes de esa comunidad.

El agente comunitario también se preocupa del saneamiento básico de las viviendas que están a su cargo, del agua potable y, si o no la hay, de la educación para hervirla. Participa en lo que nosotros denominamos el control de niño sano, es decir, un control sistemático no realizado por médicos, sino por enfermeras o técnicos con una periodicidad y una normativa clara. Se controla el peso y la talla de los niños, se evalúa la velocidad de crecimiento, se hace un diagnóstico nutricional integrado, se entregan los alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y se implementa el programa de vacunación. Este sistema incluye a todos los niños menores de seis años y, también, a todas las embarazadas. El Programa de Alimentación Complementaria no ha sido ajeno a los controles de salud, sino que está profundamente imbricado con estos servicios. Los alimentos son distribuidos en todo el país, en todas las localidades y fundamentalmente por el personal paramédico.

Los servicios de salud están orientados a la educación comunitaria, los controles preventivos, las vacunaciones y la entrega de alimentos a grupos seleccionados. Del mismo modo se ha procedido con las embarazadas, logrando con este mismo sistema una altísima cobertura de control prenatal. Así logramos diferenciar a las embarazadas que tienen un peso normal de las que corren riesgo de desnutrición o están desnutridas, determinando políticas específicas para los distintos grupos. De la misma manera se hace respecto a los niños y niñas menores de seis años, con un enfoque de ciclo vital.

En esta década hemos debido adecuarnos pues tenemos un gran problema de malnutrición por exceso, así que uno de los focos de toda la política nutricional tiene que ver con cautelar el peso adecuado. Paralelamente, tenemos incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, asociado también al incremento de la expectativa de vida, porque estamos con 78 años de promedio de sobrevida y, por supuesto, tenemos enfermedades distintas.



¿Cuáles han sido otros elementos relevantes en el combate a la desnutrición? Uno de ellos es la promoción de la lactancia materna, que con el desarrollo y por inadecuadas políticas de salud, venía disminuyendo. En los años noventa llegamos a tener sólo un 15 por ciento de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida y lo hemos logrado revertir, llegando hoy día al 57 por ciento, factor protector de la desnutrición infantil y de la obesidad en la vida adulta.

Durante mucho tiempo tuvimos casos muy graves de desnutrición, casos en los cuales era difícil llegar sólo a través del trabajo comunitario. Allí fueron de gran importancia los establecimientos creados específicamente para estos fines, que fueron llamados CONIN, Centros de la Corporación para la Nutrición Infantil, uno de cuyos principales creadores fue el Dr. Fernando Monckeberg Barros. En estos centros se hospitalizaba a estos niños y constituyeron un gran soporte para los casos más graves de desnutrición, sobre todo para complementar con intervenciones familiares más direccionadas que redujeran el riesgo de recaídas y de muerte. El impacto del Programa Nacional de Alimentación Complementaria

(PNAC) ha sido muy alto y ha ido más allá que la mera reducción de la desnutrición, porque validó el modelo de trabajo en atención primaria. La asociación de entrega de alimentos con los controles preventivos y las vacunas era apreciada inicialmente por el alimento, pero poco a poco fue entrando en la cultura y la gente fue reconociendo el valor per se del control de salud. Hoy día nuestro país puede emprender campañas con altas coberturas—por ejemplo de vacunación—porque hay una cultura de prevención, lo que ha sido muy relevante para lograr los indicadores sanitarios que hoy exhibimos.

Actualmente tenemos distintos tipos de programas de alimentación complementaria con una población bajo control de más de un millón entre niños y niñas menores de seis años, prematuros, fenilcetonúricos y de embarazadas y nodrizas que siguen recibiendo atención y productos durante todo este período. También tenemos programas de fortificación de alimentos de consumo masivo, para prevenir algunas carencias específicas como es el yodo en la sal y las vitaminas, hierro y ácido fólico en la harina.

Hoy día el PNAC tiene una cobertura de un 77 por ciento de la población nacional. Pero según las encuestas de ingreso socioeconómico, la focalización a la población más pobre es casi perfecta. A las personas con más altos recursos no les interesa ir a recibir dos kilos de leche, pero los demás lo reciben de muy buen grado. Si bien ésta es una política universal se focaliza casi automáticamente en la población que lo requiere más.

Otra lección que hemos aprendido es que esto se relaciona en gran medida con la estructuración de las redes estatales en salud. Pese a las reformas y cambios importantes que tuvimos en la historia de nuestro país, se mantuvo la focalización en atención primaria. En la época del gobierno militar no se invirtió prácticamente nada en hospitales, pero sí se mantuvo el trabajo en atención primaria de salud y en salud rural. De hecho, pese a incrementarse la pobreza en esa época, siguió disminuyendo, aunque con menor fuerza, la mortalidad y la desnutrición infantil en nuestro país.

El énfasis entonces debe darse en una alimentación como parte integral de una política. No es sólo entregar un alimento; tiene que ver con la educación sanitaria, con el saneamiento básico, con la posibilidad de acceso a vacunación y a otros elementos adicionales basados en el trabajo multisectorial y el desarrollo social. Muchos de los delegados a la Conferencia Regional Ministerial pertenecen a gabinetes sociales que están pensando más integralmente en estas políticas sociales. Es indispensable adicionalmente, una estructura, una dimensión de organización que sea capaz de tener una representación territorial y que sea capaz de estar en cada una de las comunidades, garantizando un acceso universal. Esto puede inicialmente considerarse muy oneroso, pero lo que se ahorra desde el punto de vista de la reparación de estas enfermedades es muchísimo mayor que el costo de la estructuración de programas de este tipo.

El apoderamiento de la comunidad sobre sus derechos de salud es también muy importante. Esto se hace con las personas.

Otra lección de nuestra historia es la continuidad de la política a lo largo de los años. La manutención de la voluntad política, de los ac-

tores de distintas tendencias y a lo largo de los años, es un tema relevante. ¿Cómo convocar a actores relevantes en nuestros países? Aquí en Chile se estructuró un Consejo Nacional de Nutrición, con participación de gente de distintos pensamientos. Reunía la academia, cuyo aporte es muy importante para el seguimiento, para las ideas novedosas, para la validación, para la comunicación social; a los legisladores, al Gobierno Nacional y regional y a los municipios; y a todos los actores que pudieran estar interesados, siempre poniendo como prioridad social a las madres y los niños.

También es importante lograr una estructura que llegue a enraizarse en todo el país para mantener estas políticas públicas. En nuestros países cambian los gobiernos y muchas veces cambia gran parte de las estructuras sociales que los sustentan. Sólo la convicción y fuerza de un objetivo común, compartido por las diferentes fuerzas sociales y políticas, permitirá alinear a actores relevantes, que puedan darles continuidad a los programas más allá de nuestros propios Gobiernos.

Hoy día tenemos 213 millones de latinoamericanos pobres, 88 millones que viven en extrema pobreza, más de 60 millones que sufren hambre y 2,6 millones que presentan desnutrición crónica. Sin embargo, en América Latina y el Caribe se producen suficientes comestibles para alimentar a más de 1.800 millones de personas. Paradójicamente, no sólo en Chile sino también en muchos de nuestros países aumenta la obesidad y aumenta el sobrepeso, y también aumenta la desigualdad. Tenemos aquí un gran desafío como región. Seis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio están relacionados con el hambre y la desnutrición. Diversas agencias de cooperación están comprometidas en esta erradicación. Tenemos en todos los países experiencias de programas exitosos, de los cuales podemos aprender mutuamente en distintos aspectos.

En reuniones como la Conferencia Regional “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe” podemos decir que estamos haciendo una definición política, en un tema que nos convoca, nos une y que nos desafía como latinoamericanos, e incluso más allá de la región. En este esfuerzo, nuestro país tiene la plena disposición de compartir su experiencia.



La experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil

Eduardo Abedrapo Bustos

Subsecretario de Planificación de Chile

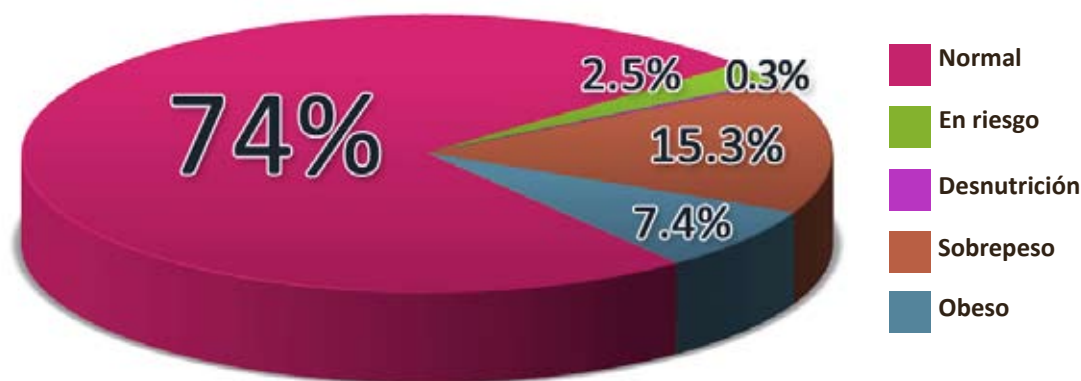
Antecedentes generales

En la actualidad, la desnutrición infantil es un problema de salud pública bajo control en Chile. Al año 2005 la prevalencia de la desnutrición leve es de un 2,5 por ciento y la moderada es de 0,3 por ciento (Gráfico 1).



Eduardo Abedrapo Bustos
Subsecretario de Planificación de Chile

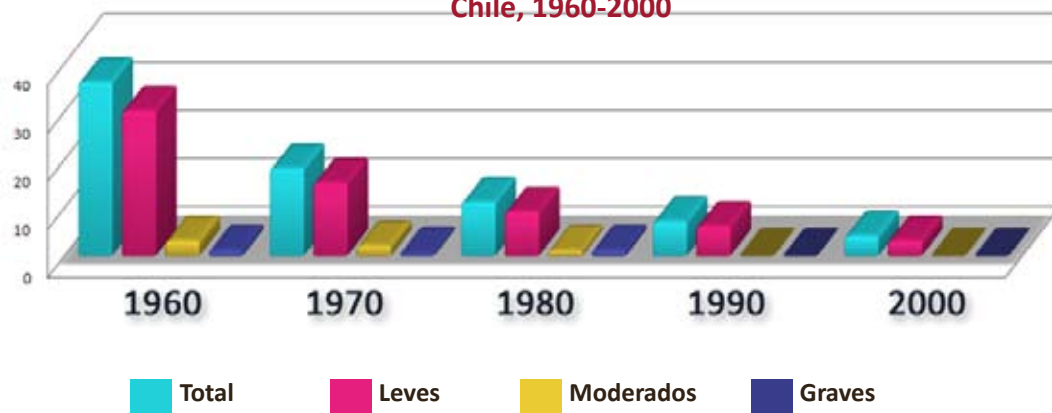
Gráfico 1
Estado nutricional de niños y niñas menores de seis años
Chile 2005



Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile.

Una característica fundamental del caso chileno, para entender las cifras que se exhiben en la actualidad, es que la disminución de la desnutrición infantil ha sido constante y consistente en el tiempo. Ocurrió durante gobiernos de muy diferentes ideologías que mantuvieron estas políticas a pesar de los profundos cambios sociopolíticos y los ciclos económicos que afectaron al país en las décadas del cincuenta al noventa (Gráfico 2).

Gráfico 2
Porcentaje de desnutrición en niños y niñas menores de 6 años
Chile, 1960-2000



Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile.



Elementos clave para entender el proceso chileno

A nuestro juicio hay tres elementos claves para entender el proceso chileno de erradicación de la desnutrición infantil. El primero de ellos fue construir una base institucional integral con leyes adecuadas, generación de organismos públicos y privados especializados, debidamente articulados y programas sostenidos y sustentables en términos económicos y políticos.

El segundo guarda relación con el enfoque multisectorial de los distintos programas que se implementaron, evitando además la duplicación de tareas y la ineficiencia en el uso de los recursos públicos. El tercero está vinculado con la investigación y generación de conocimiento, labor en la que han participado instituciones públicas, centros académicos y corporaciones privadas vinculadas al tema, lo cual permitió evaluar y sistematizar las buenas prácticas, contar con información adecuada para nuevas intervenciones y consolidar equipos profesionales del más alto nivel.

Antecedentes institucionales

Estos antecedentes evidencian el desarrollo de la base institucional que permitiera desarrollar las políticas y programas orientados a abordar el tema de la desnutrición infantil en Chile.

La Ley de Madre y Niño de 1938 fue la primera iniciativa legal que se preocupó de las familias de los trabajadores, incorporando la entrega de leche desde la suspensión de la lactancia materna hasta los dos años de edad del niño o niña. A partir de entonces, comenzó a considerarse el resguardo de la alimentación infantil como un deber del Estado y un derecho de las madres trabajadoras.

En 1964, se crea la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

Desde esa fecha JUNAEB ha consolidado una Red Nacional de Apoyo al Estudiante y administra el Programa de Alimentación Escolar (PAE), que tiene como finalidad entregar diariamente alimentación complementaria y diferenciada, según las necesidades de los alumnos y alumnas de establecimientos educacionales, con financiamiento público.

En 1970, se crea la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)

Esta entidad, encargada de la construcción, implementación y administración de una vasta red de salas cuna y jardines infantiles públicos a lo largo del país, ofrece programas de alimentación saludable para los niños a su cargo y promueve la formación de hábitos alimentarios, de higiene y de salud en los párvulos y sus familias y la actividad física acorde a la etapa de desarrollo del niño. JUNJI entrega entre un 75 a 80 por ciento de las necesidades que requieren diariamente los niños y niñas.

En 1990, se crea la Fundación Nacional de Educación y Desarrollo (Integra)

Esta fundación privada, pero cuya labor se financia con recursos públicos, complementa la labor de la JUNJI, entregando a través de los centros que administra (salas cuna y jardines infantiles) entre 60 y 75 por ciento de las calorías y el 100 por ciento de las proteínas que los niños y niñas necesitan día a día para desarrollarse. Por otro lado, genera material educativo para el personal en forma de módulos de capacitación en alimentación y nutrición, así como guías alimentarias para los padres, adecuadas a la población preescolar.

Principales políticas y programas

En este apartado interesa destacar las principales políticas y programas desarrollados en los distintos sectores que están asociados al fenómeno de la desnutrición infantil.

Programas de salud y de educación de amplia cobertura

Desde la década del 40 se genera en Chile un fuerte impulso a las políticas para mejorar el nivel educativo general de la población, un factor clave en la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil.

A partir de la década del 60 se mejoró sustancialmente la red de servicios de salud, aumentando el parto en maternidades, el control pre y post natal y el control de niño sano con cobertura de vacunaciones y de entrega de alimentos, los que se mantienen hasta la actualidad. Por otra parte, el sistema de salud amplió su cobertura a todo el territorio nacional y constituyó una red de salud de complejidad creciente: postas rurales, centros de atención primaria y hospitales y se establecieron los protocolos y normas que permitieron mejorar la atención de salud y la entrega de los alimentos de los programas alimentarios.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC universal)

Este programa nace formalmente el año 1953, con un enfoque de prevención primaria. Tenía como objetivo entregar alimentos a la población vulnerable: mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, y niños y niñas menores de seis años que asistían a los controles de salud.

Adicionalmente se pone en marcha un programa de prevención terciaria o rehabilitación para niños desnutridos, moderados o severos, quienes eran hospitalizados en centros especiales o atendidos de manera ambulatoria. Por otro lado, se realizó un intenso programa para promover la lactancia materna, usando tanto los medios de comunicación, como la educación formal en el área de la salud, campaña que se repite con resultados exitosos al inicio de los 90.

Desarrollo de sistemas de información

Junto con la ejecución de los distintos programas, se puso un especial énfasis por parte del Estado en generar la información necesaria que permitiera ir evaluando los procesos, efectos e impactos de la política orientada a erradicar la desnutrición infantil. En el Gráfico 3, es posible visualizar el proceso de generación de información para la toma de decisiones.

Investigación y desarrollo del conocimiento

Los centros académicos jugaron y juegan un rol clave en el desarrollo de las políticas y los programas de salud y nutrición en Chile. En el año 1969 se crea en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el Departamento de Nutrición y, a continuación, en el año 1970, la Escuela de Nutrición y Dietética, la cual había nacido bajo el alero del Servicio de Salud. En 1976, también al interior de la Universidad de Chile, se forma el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) como respuesta para abordar de manera más efectiva el problema de la desnutrición infantil, esfuerzo que se suma al de otros centros de estudios que también generaron conocimiento e información relevante.

Gráfico 2
Proceso de generación de información para la toma de decisiones
Chile, 1960-2000



Acciones en el ámbito de la recuperación de desnutridos

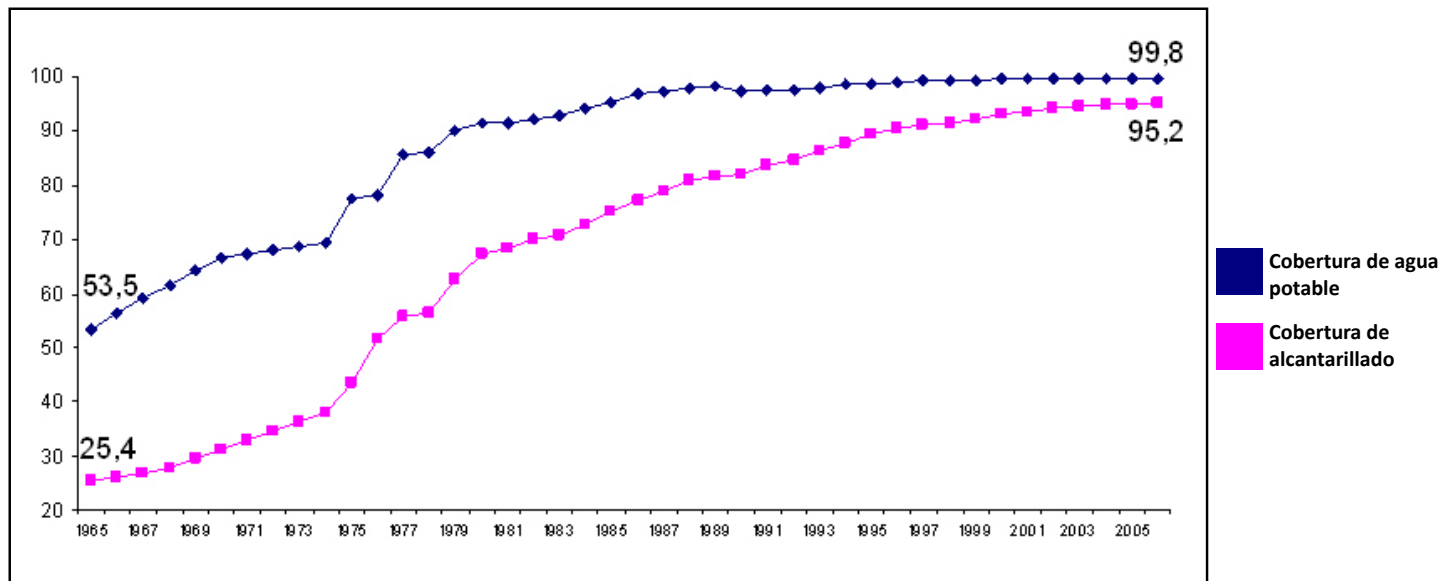
En esta línea se crea en el año 1976 la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), la cual fue creada por un grupo de académicos del INTA, al comprobar el éxito del tratamiento en un centro cerrado de recuperación nutricional destinado exclusivamente a niños y niñas desnutridos.

Lo anterior permitió que se constituyera una red de centros dedicados a la recuperación de dichos niños, constituido por 33 centros CONIN distribuidos en todo Chile, lo que significó un aumento de 1.660 camas para su tratamiento. El financiamiento de estos centros se obtuvo por donaciones privadas y un convenio con el Ministerio de Salud, que financiaba la mayor parte de los gastos de operación. Los resultados fueron especialmente exitosos, recuperándose a 85 mil niños con desnutrición moderada y grave, con una mortalidad menor al 2 por ciento, cifra significativamente menor a la observada en centros hospitalarios.

Obras de saneamiento

Desde 1957, con la creación de los organismos públicos pertinentes, el Estado realizó una fuerte inversión en infraestructura de agua potable y alcantarillado, la cual resultó clave para generar condiciones de higiene mínimas para el buen desarrollo de los niños en sus hogares (Gráfico 4).

Gráfico 4
Porcentaje de cobertura de agua potable y alcantarillado en zonas urbanas Chile, 1965-2005



Fuente: Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Chile.

Logros y aprendizajes

De forma resumida, podemos mencionar los siguientes logros y aprendizajes de la experiencia desarrollada en Chile en el combate a la desnutrición infantil:

1. La entrega de alimentos a través de los consultorios de salud atrajo a las madres a dichos centros, permitiendo la implementación y desarrollo de una cultura de la salud a través de los programas de planificación familiar, de estimulación de la lactancia materna, de cuidado y control del niño sano y de vacunación y educación nutricional.

2. La cantidad y calidad de información de salud existente en el país, obtenida tanto en los centros de atención primaria de salud como en los centros de salud de mayor complejidad, han sido de especial importancia para la toma de decisiones y los rediseños de las políticas y programas en esta materia.

3. A pesar de que la desnutrición desapareció como problema de salud pública a fines de la década del 80, los programas alimentarios dirigidos a la desnutrición se mantuvieron.

4. En cuanto a las respuestas de política frente a la transición nutricional ocurrida en Chile, la falta de una perfecta concordancia temporal en la modificación de la dieta entregada por los programas de alimentación pudo haber contribuido a la aparición de otros problemas relacionados con la malnutrición, como el sobrepeso y la obesidad, que son en la actualidad un problema de salud pública en Chile.

Contexto actual y desafíos

Si bien Chile ha sido exitoso en materia de superación de la desnutrición infantil, existe plena conciencia de que mantener estas cifras es una tarea que no se puede descuidar. Prueba de ello es la “coyuntura” de crisis alimentaria que se vive a nivel mundial y los desafíos que ella implica. Si no se toman los resguardos necesarios, esta crisis puede traducirse en un enorme retroceso no sólo en Chile sino a nivel mundial y, especialmente, en las regiones en que se concentra la población más vulnerable o de menores recursos, que además corresponde fundamentalmente a niños y niñas.

La fuerte demanda mundial por alimentos como consecuencia del crecimiento económico de China e India, junto al cambio de sus hábitos alimentarios y el desarrollo de la bioenergía que compite con la seguridad alimentaria, más algún componente de especulación, han determinado que en los últimos años los precios de los alimentos se eleven más rápido que el resto de los bienes, generando situaciones de hambruna y desnutrición en la población más vulnerable, que son los niños, las niñas y los adultos mayores.

A escala planetaria, una mayor solidaridad, junto a un muy activo rol de los organismos internacionales, son elementos centrales para evitar que la crisis alimentaria se transforme en un nuevo factor de exclusión, pobreza y hambre en el mundo, especialmente en África y en América Latina y el Caribe.



Tercera Parte

**APROXIMACIONES TÉCNICAS A LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**





Capítulo 1

DESNUTRICIÓN, POBREZA Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

Este capítulo incluye los trabajos presentados en la Conferencia Regional Ministerial de Santiago por José Graziano da Silva, Director Regional para América Latina y el Caribe de la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); Juan Ángel Rivera Dommarco, Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México; y Rodrigo Martínez, funcionario de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL).

En la reunión de Santiago, el Director Regional de la FAO explicó que la principal justificación para erradicar la desnutrición radica en los vínculos entre el acceso a los alimentos y la ciudadanía. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) garantiza el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud, el bienestar y la alimentación. Dicho precepto reconoce el derecho de la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especial así como a la protección social. El artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reitera estos conceptos. La reciente aprobación de un Protocolo Facultativo al Pacto permitirá la presentación de casos de violaciones a estos derechos (incluyendo el derecho a la alimentación) ante el Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, cuando las instancias judiciales nacionales no hayan podido tutelarlos.

El Director da Silva destaca la disposición de la FAO de trabajar junto al PMA para salvaguardar estos derechos y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015. Hacia dicha meta, se va por buen camino, pero muy despacio, sobre todo en zonas rurales. En estos momentos de elevación de precios de los alimentos, es sumamente importante diseñar programas sencillos que fomenten la agricultura familiar para abastecer y apoderar a las comunidades, entre otros objetivos.

El Dr. Rivera resume los hallazgos de una serie de artículos publicados en la revista *The Lancet*, a principios de 2008, sobre desnutrición materna e infantil. El primero atribuye a la desnutrición, a la deficiencia de micronutrientes y a las prácticas inadecuadas de lactancia más de un tercio (cerca del 35 por ciento) de las muertes de menores de cinco años y 11 por ciento de la carga de enfermedad total en el mundo. Más de 3,6 millones de niños y madres mueren cada año como resultado de la desnutrición. El segundo artículo aborda las consecuencias económicas y educativas, a largo plazo, de la desnutrición y su relación con enfermedades crónicas en la edad adulta.

Con base en la evidencia más reciente, el tercer artículo examina las intervenciones más efectivas para reducir los efectos de la desnutrición y el momento más oportuno para realizarlas: entre la concepción y los dos años. Analiza sistemáticamente la eficacia de 45 intervenciones con efecto potencial en la prevención y control de la desnutrición materna e infantil. Entre estas intervenciones, el Dr. Rivera mencionó la promoción de la lactancia y de la alimentación complementaria adecuada con o sin provisión de suplementos alimenticios o transferencias monetarias; la fortificación de alimentos; la distribución de suplementos de micronutrientes; y el tratamiento de la desnutrición clínica severa. Los artículos cuarto y quinto examinan la ampliación de las intervenciones mediante las acciones en el ámbito nacional y mundial.

Rodrigo Martínez se refiere al “Impacto social y económico de la desnutrición infantil”. Explicó que en las últimas décadas, los países de la región han registrado importantes adelantos en la disminución de la desnutrición infantil. Entre 1965 y 2005 se observa una tendencia histórica de reducción de la desnutrición. En los últimos diez años, sin embargo, los avances han disminuido, e incluso en ciertos casos, retrocedido.

En 2006 había 194 millones de latinoamericanos pobres, de los cuales 71 millones eran indigentes. Las crecientes alzas en los precios de los alimentos habrían incrementado entre 10 y 16 millones la población pobre e indigente de la región. Entre 2001 y 2003, cerca de 52 millones de personas (9,9 por ciento) no tenían acceso a los requerimientos calóricos mínimos, aun cuando la producción regional supera largamente las necesidades. Hacia 2002-2006, 7 por ciento de las niñas y niños menores de cinco años tenía bajo peso y 15,4 por ciento mostraba baja talla para la edad.

Más allá de las consideraciones éticas, la erradicación del hambre y la desnutrición genera importantes impactos sociales y significativos ahorros económicos. No solo produce beneficios a los receptores directos de los bienes y servicios que entregan los programas nutricionales. Los mayores costos relacionados con el hambre corresponden a menor productividad y, por lo tanto, en un menor desarrollo para el país. Luchar contra la desnutrición es, por ende, “un buen negocio”, que genera beneficios para toda la sociedad.



Estado de la desnutrición infantil en la región: razones para erradicarla

José Graziano da Silva

Representante Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en América Latina y el Caribe

El presente trabajo, elaborado en el marco de la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y El Caribe”, busca dar una perspectiva de la situación del hambre y la pobreza, con particular énfasis en Latinoamérica y el Caribe, así como describir brevemente el contexto favorable que vive hoy la región para avanzar en esta materia.

La región evidencia una importante disminución de la pobreza y del hambre de forma continuada desde 2002, tras superar un retroceso de las cifras a finales de la década de los noventa, durante la cual la tasa de indigencia llegó a 19 por ciento. En el último año analizado salieron de la pobreza 15 millones de personas y diez millones dejaron de ser indigentes. En términos porcentuales, la pobreza total bajó 3,3 por ciento respecto de 2005, mientras que la proporción de indigencia descendió dos puntos porcentuales.

A pesar de las buenas condiciones de crecimiento registradas en la región durante estos últimos cuatro años, que ha experimentado en promedio un crecimiento anual de 3.3 por ciento, existen 194 millones de pobres, que equivalen al 36,5 por ciento de la población de la región y 13,4 por ciento se encuentran en condiciones de extrema pobreza. Pese a la mejora, la región aún no logra acercarse a las cifras de 1980, cuando el número de pobres ascendía a 136 millones de personas, de las cuales 62 millones eran indigentes.

Producto de estos avances, la región se encuentra positivamente encaminada en su compromiso de disminuir a la mitad para el año 2015 la pobreza extrema vigente en 1990, de acuerdo con la meta señalada en el primer Objetivo de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM). A la fecha, cuando ha transcurrido 68 por ciento del tiempo para cumplir el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, América Latina muestra un avance de 87 por ciento.

A pesar de esto, el comportamiento de los países en la región ha sido diverso. Un grupo de países (Brasil, Chile, Ecuador y México) ya ha alcanzado la meta. Otro grupo, compuesto por Colombia, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela, presenta un avance mayor a lo esperado para el 68 por ciento del tiempo transcurrido. Argentina, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay no han pasado la mitad de la meta, además de reflejar un bajo margen de avance en la reducción de la pobreza rural.

Por otra parte, la región de América Latina continúa siendo la más desigual del planeta, con una elevada tasa de inequidad de la distribución del ingreso, agravada por una ineficiente estructura redistributiva de las riquezas. El 10 por ciento más rico de la población de América Latina y el Caribe se queda con el 36 por ciento del ingreso total, mientras que el 40 por ciento más pobre sólo recibe el 14 por ciento de dicho ingreso. Es decir, el ingreso medio por persona de los hogares más ricos es 19 veces



José Graziano da Silva

Representante Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en América Latina y el Caribe

mayor al del 40 por ciento de los hogares más pobres. El índice de Gini permite medir la desigualdad en la distribución del ingreso y el consumo. Según datos del Banco Mundial, desde la década de los setenta hasta los noventa, la desigualdad en América Latina y el Caribe fue superior en diez puntos respecto de Asia; en 17,5 puntos respecto de los treinta países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y en 20,4 puntos respecto de Europa Oriental.

Lo anterior se traduce, por ejemplo, en que la inequidad en el país menos desigual de la región (Uruguay) es superior respecto al país más desigual de Europa Oriental y de los países industrializados. A pesar de que la realidad es diversa en cada uno de los países, el nivel de la desigualdad en la región se ha mantenido casi sin cambio, aunque países como Brasil, México y Chile presentaron en los últimos años una leve disminución en las cifras nacionales.

Lo anterior se explica, entre otras causas, por un elevado y persistente perfil de desigualdad en el acceso a la propiedad de la tierra. Otro factor importante es una política fiscal que tiene impacto muy débil sobre la redistribución de los ingresos. Por otra parte, para una efectiva promoción de la inclusión social en América Latina y el Caribe, es necesario dar una mayor atención a las áreas rurales.

Avances y retrocesos en el combate al hambre

Cifras preliminares de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) indican que a 2004, la población mundial que padece hambre asciende a aproximadamente 860 millones de personas, de las cuales la gran mayoría se encuentra en los países en desarrollo (830 millones). Hasta el momento, el África Subsahariana es la región con mayor prevalencia de la subnutrición, donde una de cada tres personas está privada de acceso a una alimentación suficiente (FAO 2007).

Por otro lado, si bien América Latina y el Caribe han logrado avances importantes desde el período 1990-1992 (Cuadro 1), aún queda un largo camino por recorrer hacia el cumplimiento de los ODM y, especialmente, hacia la meta establecida en la Cumbre Mundial de la Alimentación de 1996 (CMA), hechos en los que se profundizará a continuación.

Según las cifras más recientes, la región produce alrededor de 30 por ciento más de los alimentos que se necesitarían para alimentar a todos sus habitantes. Sin embargo, el problema del hambre aún persiste, afectando aproximadamente a 52 millones de personas, de las cuales nueve millones son niños menores de cinco años. Estas cifras confirman que el hambre no es en primera instancia un problema de producción u oferta, sino que está relacionada, sobre todo, con los ingresos. Para los campesinos, el acceso a alimentos está determinado en gran medida por el precio que obtienen por sus productos.

La FAO calculó que a nivel mundial se dispone de suficientes recursos naturales y capacidades para garantizar la seguridad alimentaria de 12 mil millones de personas. Sin embargo, no es allí donde se encuentra el problema. El hambre es en gran medida consecuencia de causas estructurales.

Cuadro 1
Magnitud de la subnutrición en países en desarrollo y América Latina y el Caribe

Región / País	1990-1992		2002-2004	
	Población subnutrida (millones)	%	Población subnutrida (millones)	%
Países en desarrollo	823,1	20,0	830,0	17,0
América Latina y Caribe	59,4	13,0	52,1	10,0
América del Norte (México)	4,6	5,0	5,3	5,0
América Central	5,0	17,0	7,5	1,0
Caribe	7,7	27,0	6,8	21,0

Fuente: FAO 2007 (cifras preliminares para 2002-2004).

La región de América Latina y el Caribe registra progresos en los indicadores de seguimiento relacionados con el hambre, pues tanto la subnutrición, como la desnutrición global (ambos indicadores de referencia para los ODM) y la desnutrición crónica infantil han mejorado a nivel regional. Sin embargo, estas cifras globales esconden enormes diferencias, fiel reflejo de las desigualdades sociales y económicas entre y dentro de los países. En este sentido, hay países que han mejorado notablemente en los tres indicadores anteriormente mencionados, mientras que existe otro grupo de países que han empeorado. En términos generales, los países de la región, con la excepción de Haití, mejoraron considerablemente durante los años setenta y ochenta, pero a partir de los noventa se redujo el ritmo de progreso y en varios casos nacionales incluso se ha visto un retroceso (especialmente en varios países de Centroamérica). Perú, Chile, Brasil y Cuba, en cambio, muestran notables progresos en los últimos años.

En los últimos quince años, en América Latina y el Caribe se redujo en siete millones (3 por ciento) el número de personas subnutridas, pasando del 13 por ciento de la población en 1990 al 10 por ciento en 2004, aproximándose como región hacia el cumplimiento del primer ODM (6,7 por ciento de subnutrición para 2015). Sin embargo, el compromiso adquirido por todos los países de la región durante la Cumbre Mundial de la Alimentación en 1996, de reducir a la mitad el número de personas hambrientas, se encuentra todavía bastante lejos. Si las tendencias actuales de reducción de subnutrición y de crecimiento poblacional se mantienen, para 2015 se espera tener en América Latina y el Caribe cerca de 41 millones de subnutridos. El objetivo fijado durante la Cumbre fue de 30 millones.

Existen países (y sub-regiones) en los que se han registrado pocos o nulos progresos en reducir la subnutrición. Entre estos países destacan algunos de América Central. La mayor incidencia del hambre y la desnutrición se encuentra en las áreas rurales,¹ especialmente en las zonas montañosas y marginales de Centroamérica y el área andina, lo que afecta principalmente a los segmentos más vulnerables (niños, mujeres y ancianos) de los grupos indígenas y afrodescendientes (CEPAL 2004; CEPAL/PMA 2007).

La insuficiencia permanente de alimentos en cantidad y calidad adecuadas para satisfacer las necesidades energéticas de toda la población es patente sólo en Haití. La falta de acceso encuentra su manifestación más grave en la desnutrición infantil. De las dos formas que asume, bajo peso o baja talla para la edad, el retardo del crecimiento es particularmente importante en los países de la región, debido tanto a su mayor incidencia como a la irreversibilidad de sus efectos negativos sobre el desarrollo de los individuos y de la sociedad.

Momento económico favorable

La región atraviesa por un momento económico favorable, con un crecimiento sostenido en cinco años en la mayor parte de los países. El promedio regional anual de crecimiento del ingreso por habitante fue de 3 por ciento, con una importante reducción de la indigencia, una recuperación de lo social y del papel del Estado como garante de unos derechos mínimos para todos (salud, educación, alimentación), una institucionalización funcional y democracias crecientes. Este contexto regional presenta condiciones únicas para reducir drásticamente la profunda brecha económica y social que nos ha afectado secularmente. Para encontrar un período en el que el PIB por habitante de la región muestre un crecimiento sostenido superior al 3 por ciento habría que remontarse cuarenta años atrás, a fines de los años sesenta y principios de los setenta.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el período más reciente, varios factores han influido en el crecimiento económico de América Latina. Entre ellos, vale la pena señalar:

- 1) El mantenimiento del superávit de la cuenta corriente en un 0,7 por ciento;
- 2) Una nueva mejora en los términos de intercambio, de alrededor de 2,6 por ciento;
- 3) La continuidad del saldo positivo de las cuentas fiscales;
- 4) El desempleo decreciente en torno al 8 por ciento; y
- 5) La expansión de las reservas internacionales y la reducción de la deuda externa como porcentaje del PIB.

En el escenario actual de crecimiento, un porcentaje importante de las economías de la región ha registrado un aumento importante en los ingresos fiscales, con un promedio regional del 20 por ciento respecto al producto interno bruto (PIB). El año 2007 presentó un aumento anual del 0,4 por ciento. Lo anterior ha generado como consecuencia que los Gobiernos se permitan aumentar de manera considerable el gasto público, con un promedio regional que alcanza el 20,4 por ciento, aunque con excepciones. Países como El Salvador, México y Paraguay registraron una disminución del gasto público. A pesar de este positivo aumento del gasto fiscal, la carga tributaria de los países y de la región continúa siendo escasa comparada con otros países desarrollados.

¹ Aunque debido a la elevada tasa de urbanización de la región en su conjunto, cada vez hay más personas hambrientas en las áreas urbanas y, en algunos países, las cifras de subnutridos y desnutridos de áreas urbanas han sobrepasado ya a las de áreas rurales.

Finalmente, el desafío de los países es mantener el dinamismo en el crecimiento económico, utilizar la política fiscal para aplicar políticas que reduzcan la vulnerabilidad a impactos externos y traducir dicho crecimiento en mayor efectividad en la reducción de la pobreza, la indigencia y la desigualdad. De esta manera podrán darse sinergias positivas entre el crecimiento y la estabilidad económica, por un lado y el combate al hambre y la desnutrición, por el otro.

En el contexto del crecimiento sostenido, una renovada preocupación de los Estados por los derechos y garantías sociales y la urgencia de erradicar el hambre y la pobreza de la región, surgen espacios de trabajo y sinergias entre distintos organismos involucrados y con responsabilidades en el tema. Aparecen propuestas de actuación conjunta entre la FAO y el PMA en la región, que podrán materializarse de contar con la voluntad política y el esfuerzo de todos. Algunas de estas actuaciones conjuntas son:

- 1) Transferencias de ingresos combinadas con asistencia alimentaria y educación nutricional;
- 2) Conexión de la agricultura familiar con programas de ayuda alimentaria;
- 3) Políticas de abastecimiento nacional y local;
- 4) Fortalecimiento de capacidades locales de respuesta a emergencias alimentarias;
- 5) Seguimiento y análisis de la situación (SAN)
- 6) Promoción: erradicar el hambre como condición para conseguir la cohesión social.

Referencias

Dirven M.

2004. "El empleo rural no agrícola y la diversidad rural en América Latina." *Revista de la CEPAL 83* (agosto): 49-69. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/15451/lcg2231e.pdf#page=48>, accedido el 21 de junio de 2008.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

2004. *Desarrollo productivo en economías abiertas*. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (CEPAL/PMA).

2007. *El costo del hambre: análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina (resultados del estudio en Centroamérica y República Dominicana)*. Santiago de Chile: CEPAL.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

2007. "Food Security Statistics." http://www.fao.org/faostat/foodsecurity/index_en.htm, accedido el 21 de junio de 2008.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

2008. "Policy Brief: Agricultural Policy Reform in Chile" (marzo). <http://www.oecd.org/dataoecd/16/32/40268283.pdf>, accedido el 21 de junio de 2008.

La serie de LANCET sobre desnutrición materna e infantil

Juan Ángel Rivera Dommarco

Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México

La serie de Lancet sobre desnutrición materna e infantil está compuesta por cinco artículos desarrollados por el Grupo de Investigación en Desnutrición Materno-Infantil, un grupo de investigadores, académicos y profesionales de la nutrición en salud pública, bajo la coordinación del Dr. Robert Black de la Universidad de Johns Hopkins.

El primer artículo (Black et al.) aborda la prevalencia y consecuencias a corto plazo (muertes y carga de enfermedad) de la desnutrición. El segundo artículo (Victora et al.) trata sobre los efectos económicos y educacionales a largo plazo de la desnutrición temprana y la relación de ésta con enfermedades crónicas en adultos. El tercer artículo (Bhutta et al.) examina críticamente las intervenciones nutricionales disponibles e identifica aquellas de probada eficacia o efectividad con base en la evidencia. Finalmente, los artículos cuarto y quinto (Bryce et al.; Morris et al.) abordan el tema de aplicación a gran escala de las intervenciones efectivas mediante las acciones en el ámbito nacional e internacional. A continuación se presentan los mensajes clave de cada uno de los artículos.

Primer artículo (Black et al.): prevalencia y consecuencias a corto plazo (muertes y carga de enfermedad) de la desnutrición

Se estima que 178 millones niños menores de cinco años sufren de retardo en el crecimiento, 90 por ciento de los cuales viven en tan solo 36 países. Cada año, 13 millones de bebés nacen con retardo en crecimiento intrauterino (RCIU) y 19 millones de niños sufren desnutrición clínica severa.

Las consecuencias en la salud de determinada condición se calculan cuantificando las muertes atribuibles a la condición, su contribución a las tasas de enfermedad y sus efectos en la reducción de los años de vida saludables debido a enfermedad o discapacidad. La unidad que se utiliza son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o carga de enfermedad, la cual mide la diferencia entre la salud actual de la población y la situación de salud ideal (vivir hasta edad avanzada en buen estado de salud). Un AVAD es un año de vida saludable perdido.

La restricción del crecimiento intrauterino, el retardo en el crecimiento postnatal y la desnutrición severa son responsables de 2,2 millones de muertes y 91 millones de AVAD. De este total, 21 por ciento ocurre en menores de cinco años de edad, lo que representa el 7 por ciento del total de la carga de enfermedad mundial para todas las edades, la más alta carga de enfermedad para cualquier factor de riesgo.

Las deficiencias de vitamina A y zinc representan la carga de enfermedad restante más importante, con un 9,9 por ciento de AVAD. La deficiencia de hierro representa un factor de riesgo de mortalidad materna y se calcula que es responsable de 115 mil muertes por año (20 por ciento del total de las muertes maternas).



Juan Ángel Rivera Dommarco
Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del
Instituto Nacional de Salud Pública de México

Las prácticas inadecuadas de lactancia aumentan el riesgo de ingestión inadecuada de nutrimentos, de enfermedad y muerte. Se calcula que son responsables de 1,4 millones de muertes de niños y 44 millones (10 por ciento) de los AVAD en la infancia. En conjunto, la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes y las prácticas inadecuadas de lactancia son responsables de más de un tercio—cerca de 35 por ciento—de las muertes de menores de cinco años y de 11 por ciento de la carga de enfermedad total en el mundo. Más de 3,6 millones de niños y madres mueren cada año como resultado de la desnutrición.

Segundo artículo (Victora et al.): efectos económicos y en educación a largo plazo de la desnutrición

El artículo presenta nuevos análisis de las relaciones entre indicadores de estado nutricional durante la gestación y los primeros años de vida (talla materna; peso al nacer; RCIU; peso, talla e IMC a los dos años) y diversas variables en la edad adulta (talla, escolaridad, ingresos, IMC, glicemia y tensión arterial) a partir de estudios de varios grupos. También suministra un análisis sistemático de la literatura sobre estudios en países de ingresos medios y bajos para estas relaciones y para las relaciones con otras variables de desenlace, incluyendo lípidos sanguíneos, enfermedad cardiovascular, respuesta inmune, función pulmonar, cáncer, osteoporosis y enfermedad mental.

Los niños desnutridos tienen más probabilidades de convertirse en adultos de baja estatura. Las mujeres que fueron desnutridas durante su niñez tienen mayores probabilidad de dar a luz bebés más pequeños. La evidencia vincula el retardo en crecimiento con el desarrollo cognitivo, el desempeño académico y los logros educativos. El RCIU y el retardo en crecimiento durante los dos primeros años de la vida conducen a baja productividad económica en la edad adulta.

La talla para la edad del niño menor de cinco años es el mejor indicador de predicción de desarrollo de capital humano. Los niños con crecimiento restringido durante la gestación y los primeros dos años de vida y que posteriormente aumentan rápidamente de peso tienen mayor probabilidad de padecer presión arterial alta, diabetes y enfermedades metabólicas y cardiovasculares en la edad adulta. No hay evidencia de que el aumento rápido de peso o estatura durante los primeros dos años de vida incremente el riesgo de enfermedades crónicas en el futuro.

Es posible reducir la incidencia de enfermedades crónicas mediante acciones de fomento de la nutrición y promoción del crecimiento al inicio de la vida. La prevención de la desnutrición materna e infantil es una inversión a largo plazo que beneficiará a la generación actual y a sus hijos.

Tercer artículo (Bhutta et al.): intervenciones nutricionales de probada eficacia o efectividad con base en la evidencia

El artículo proporciona un análisis sistemático de la eficacia o la efectividad de 45 intervenciones con efecto potencial en la prevención y control de la desnutrición materna e infantil y de sus efectos. Existen intervenciones de probada efectividad para reducir el retardo en crecimiento, las deficiencias de micronutrientes, la mortalidad infantil y las discapacidades relacionadas con la nutrición. Estas son, entre otras:

- 1) La promoción de la lactancia materna;
- 2) La promoción de la alimentación complementaria adecuada;
- 3) La suplementación con vitamina A y zinc; y
- 4) El adecuado tratamiento de la desnutrición severa.

Los mensajes clave de este artículo son los siguientes:

- 1) Existen intervenciones basadas en evidencia científica que han demostrado ser efectivas para la prevención y control de la desnutrición;
- 2) Si se implementaran a escala estas intervenciones, reducirían a corto plazo una cuarta parte de las muertes de niños menores de cinco años, y el retardo en crecimiento en aproximadamente una tercera parte, evitando 60 millones de AVAD;
- 3) El momento crucial para intervenir a fin de prevenir el RCIU y la desnutrición es durante la concepción y los primeros dos años de vida.

Cuarto artículo (Bryce et al.): acciones en el ámbito nacional

Los programas nacionales de nutrición deben incluir y evaluar efectivamente a las poblaciones objetivo que más se benefician de las intervenciones: embarazadas y niños menores de dos años de edad. Los países deben concentrar los recursos en las intervenciones que han demostrado ser efectivas e implementarlas a escala tan rápido como sea posible.

Deben aplicarse políticas de desarrollo social que aborden la pobreza, el comercio y la agricultura, factores asociados con el estado nutricional de la población. Los Gobiernos deben buscar la incorporación de metas relativas a la nutrición en programas que no se ocupan directamente de la salud, pero que podrían beneficiarla.

Quinto artículo (Morris et al.): acciones en el ámbito internacional

El sistema internacional de nutrición está fragmentado y no es funcional. Se requiere de una reforma para mejorar su efectividad. Los

problemas son crónicos y se encuentran profundamente inmersos en las normas y estructuras organizativas.

Se necesita una nueva estructura mundial de gobierno que garantice una adecuada rendición de cuentas. Los fondos aportados por entidades internacionales donantes son extremadamente insuficientes y están mal orientados.

Conclusiones

El progreso en el combate a la desnutrición y sus efectos positivos en la salud y en el desarrollo humano son posibles si la nutrición se convierte en prioridad. La nutrición es el componente central del desarrollo humano, social y económico.

La implementación adecuada de intervenciones de nutrición de probada eficacia en los países con la mayor carga de desnutrición conduciría al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad el hambre en 2015 (ODM 1) y aumentaría considerablemente las probabilidades de alcanzar los objetivos respecto a la mortalidad materna e infantil (ODM 4 y 5).

Referencias

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onís M de, Ezzati M, Mathers C, Rivera J.

2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *The Lancet* 371:9608 (19 de enero): 243-260. Resumen en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607616900/abstract>, accedido el 8 de mayo de 2008.

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HPS.

2008. "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital." *The Lancet* 371:9609 (26 de enero): 340-357. Resumen en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607616924/abstract>, accedido el 9 de mayo de 2008.

Bhutta Z, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Morris, Sachdev HPS, Shekar M.

2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet* 371:9610 (2 de febrero): 417-440. Resumen en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607616936/abstract>, accedido el 9 de mayo de 2008.

Bryce J, Coitinho D, Darnton-Hill I, Pelletier D, Pinstrip-Andersen P.

2008. "Maternal and Child Undernutrition: Effective Action at National Level." *The Lancet* 371:9611 (9 de febrero): 510-526. Resumen en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607616948/abstract>, accedido el 9 de mayo de 2008.

Morris SS, Cogill B, Uauy R.

2008. "Effective International Action against Undernutrition: Why Has It Proven so Difficult and What Can Be Done to Accelerate Progress?" *The Lancet* 371:9612 (16 de febrero): 608-621. Resumen en <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360761695X/abstract>, accedido el 21 de junio de 2008.



Impacto social y económico de la desnutrición infantil

Rodrigo Martínez

Asesor Regional de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

La desnutrición infantil en contexto

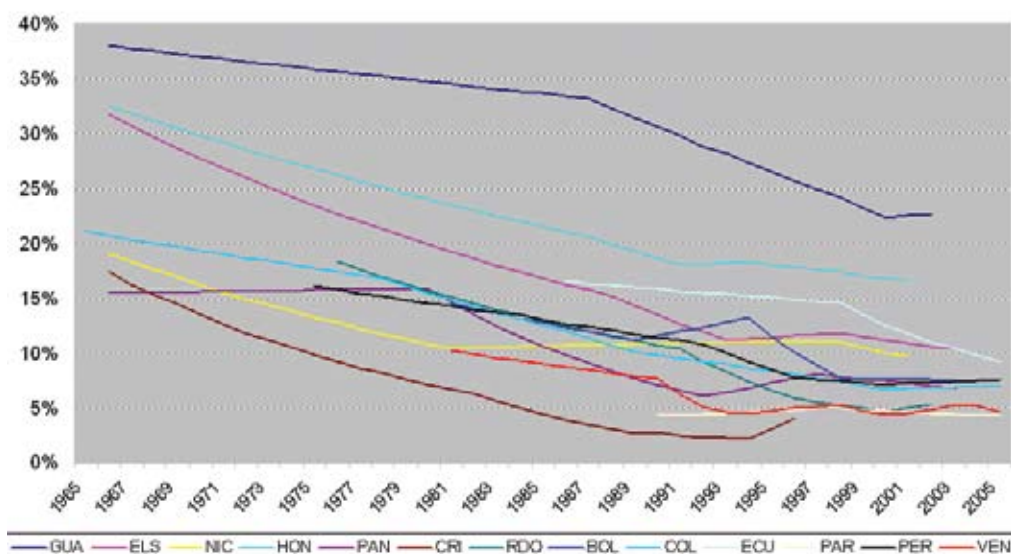
En las últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe muestran importantes avances en cuanto a disminución de la desnutrición infantil. Sin embargo, al año 2006 había 194 millones de latinoamericanos pobres, de los cuales 71 millones eran pobres extremos o indigentes. Entre 2001 y 2003, en torno a 52 millones de personas (9,9 por ciento) no tenían acceso a una cantidad adecuada de alimentos para cubrir los requerimientos calóricos mínimos, aun cuando la producción regional supera largamente las necesidades. Hacia los años 2002 a 2006, cuatro millones (7,0 por ciento) de niños y niñas menores de cinco años de la región tenía un peso bajo para la edad y 8,7 millones (15,4 por ciento) mostraba baja talla. Al mismo tiempo, los problemas de sobrepeso y obesidad en la región aumentan día a día.

La desnutrición infantil en América Latina y el Caribe se presenta como un indicador más de las desigualdades de nuestra región. Aun cuando ha habido un proceso de disminución sostenido en el largo plazo, durante la presente década en varios países dicho proceso se ha frenado y, en algunos casos retrocedido (Gráfico 1). Este hecho genera dudas sobre la capacidad de alcanzar la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), respecto de bajar a la mitad la prevalencia de desnutrición infantil entre 1990 y 2015.



Rodrigo Martínez
Asesor Regional de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Gráfico 1
Tendencia de la desnutrición global en los países
América Latina (13 países), 1965-2005



Fuente: CEPAL, sobre la base de encuestas de demografía y salud (DHS) de los respectivos países.

El alza de precios en los alimentos que tanto en el mundo como en nuestra región estamos experimentando, genera un escenario complejo en que la vulnerabilidad de la población más pobre aumenta. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) calcula que “un incremento del 15 por ciento en el precio de los alimentos eleva la incidencia de la indigencia en casi tres puntos, de 12,7 a 15,6 por ciento. Ello implica que esa alteración de los precios provocaría que 15,7 millones de latinoamericanos más caigan en la indigencia. En el caso de la pobreza, los aumentos son parecidos ya que la misma cantidad de personas pasaría a ser pobre.”

Durante la presente década se presenta una tendencia constante de incremento de precios de los alimentos que se sitúa por encima de la inflación general de los países. Aun cuando esta situación se ha presentado en ocasiones anteriores, lo característico es que en el año 2007 el índice de precios al consumidor (IPC) de los alimentos llega a ser más de 50 por ciento superior al IPC general (Gráfico 2).

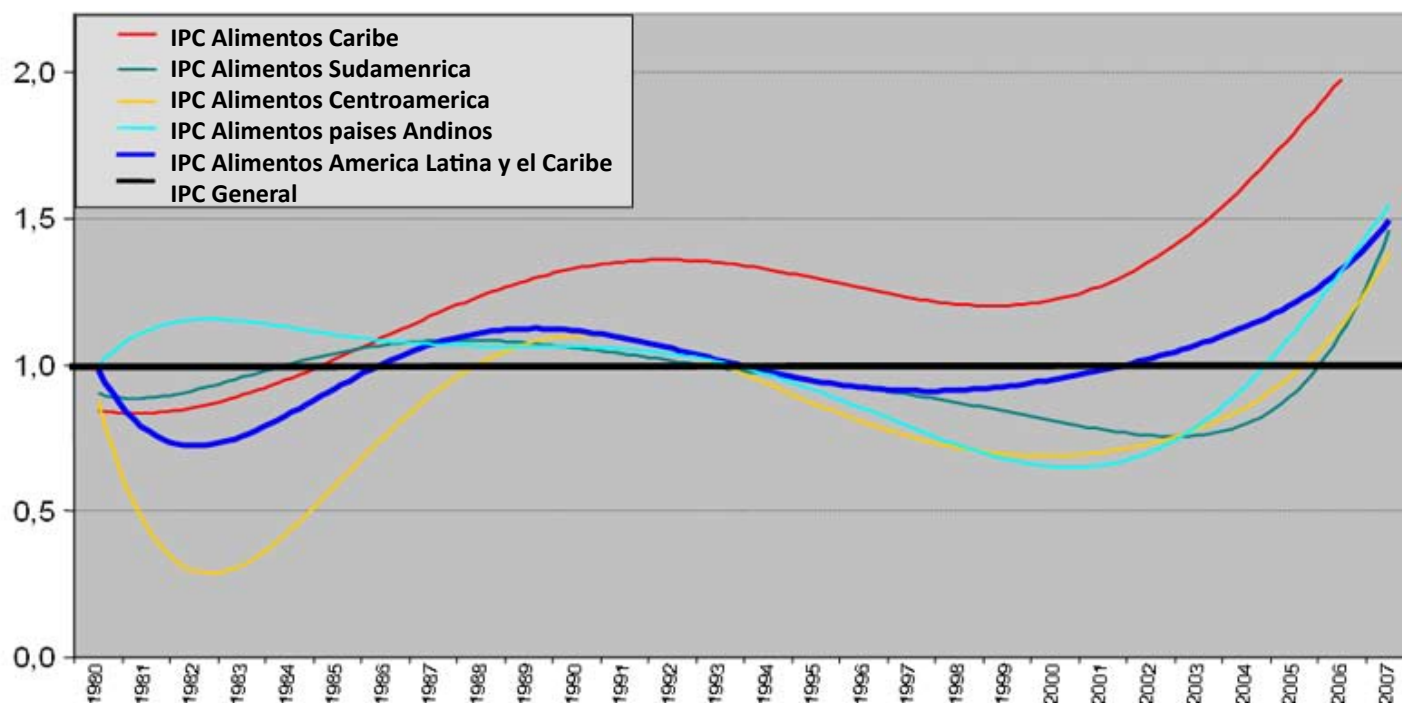
Por ahora no se vislumbran cambios en la tendencia de los precios, por lo que este escenario conlleva nuevos desafíos para la política social. Ciertamente, como lo ha señalado el Secretario General de

las Naciones Unidas, se requiere una importante cantidad de recursos para hacer frente al problema, pero también implica identificar novedosas alternativas de gestión que permitan aumentar la efectividad y la eficiencia del gasto social de los países.

Durante la década de 1990, el gasto público social como porcentaje del PIB creció significativamente, pero su tasa de crecimiento ha disminuido durante la presente década, siguiendo un comportamiento pro-cíclico, lo que aumenta la vulnerabilidad de los más pobres en momentos de crisis. Los países centroamericanos y sudamericanos con mayores prevalencias de desnutrición destinan un gasto social promedio de 298 dólares per cápita anual (625 dólares en paridad de poder adquisitivo), y los que más asignan recursos son los que tienen menores tasas de desnutrición.

Si el nivel de gasto social actual no parece suficiente para las condiciones históricas, en escenarios de mayor vulnerabilidad económica de la población se requieren aún mayores esfuerzos para lograr la erradicación de la desnutrición infantil.

Gráfico 2
Relación entre variaciones del IPC de los alimentos y el IPC general (promedios simples)
América Latina y el Caribe (24 países), 1981-2007



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Anuario Estadístico de la CEPAL.

Consecuencias y costos de la desnutrición infantil en América Latina

Desde hace cinco años, la CEPAL y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) han venido trabajando juntos para generar conocimientos que permitan identificar de mejor manera las características de la población más vulnerable a la desnutrición infantil, analizar las tendencias, identificar experiencias exitosas y estimar el impacto social y económico que este flagelo tiene para los países. Así, entre otras cosas, hoy podemos decir que la población más vulnerable se encuentra entre los pobres de origen indígena, cuyas madres tienen bajo nivel educacional y que no cuentan con acceso a agua potable y saneamiento. La mayor prevalencia está en las zonas rurales, pero los sectores marginales de las grandes ciudades concentran grandes cantidades de familias afectadas. Los riesgos asociados a las catástrofes naturales explican muchos casos de agravamiento de este flagelo, especialmente cuando no todos los países cuentan con instituciones suficientemente preparadas para hacerles frente. Sin embargo, una parte no despreciable de la vulnerabilidad tiene origen en los conflictos políticos y sociales que, además de aumentar los riesgos, disminuyen la capacidad de respuesta institucional, a los que se suman los riesgos ocasionados por el mercado y las variaciones de precios de los alimentos ya indicados.

Hacerse cargo del problema de la desnutrición infantil no es exclusivamente un imperativo moral para los gobiernos y la sociedad, sino también un problema social y económico. Este flagelo afecta de manera importante los costos operacionales en los sectores de la salud y la educación de los países, pero su mayor impacto está en las pérdidas de productividad.

A continuación se presentan estimaciones de los impactos que la desnutrición infantil de las últimas décadas produjo en 2004 en Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá) y República Dominicana, y en 2005 en los países andinos (Bolivia, Colombia, Perú, Venezuela) y Paraguay.



Las consecuencias en salud

Las prevalencias nacionales de desnutrición indican que 856 mil niñas y niños centroamericanos y dominicanos, menores de cinco años, junto a 1,06 millones de menores andinos y paraguayos presentaron bajo peso para la edad en 2004 y 2005, respectivamente.

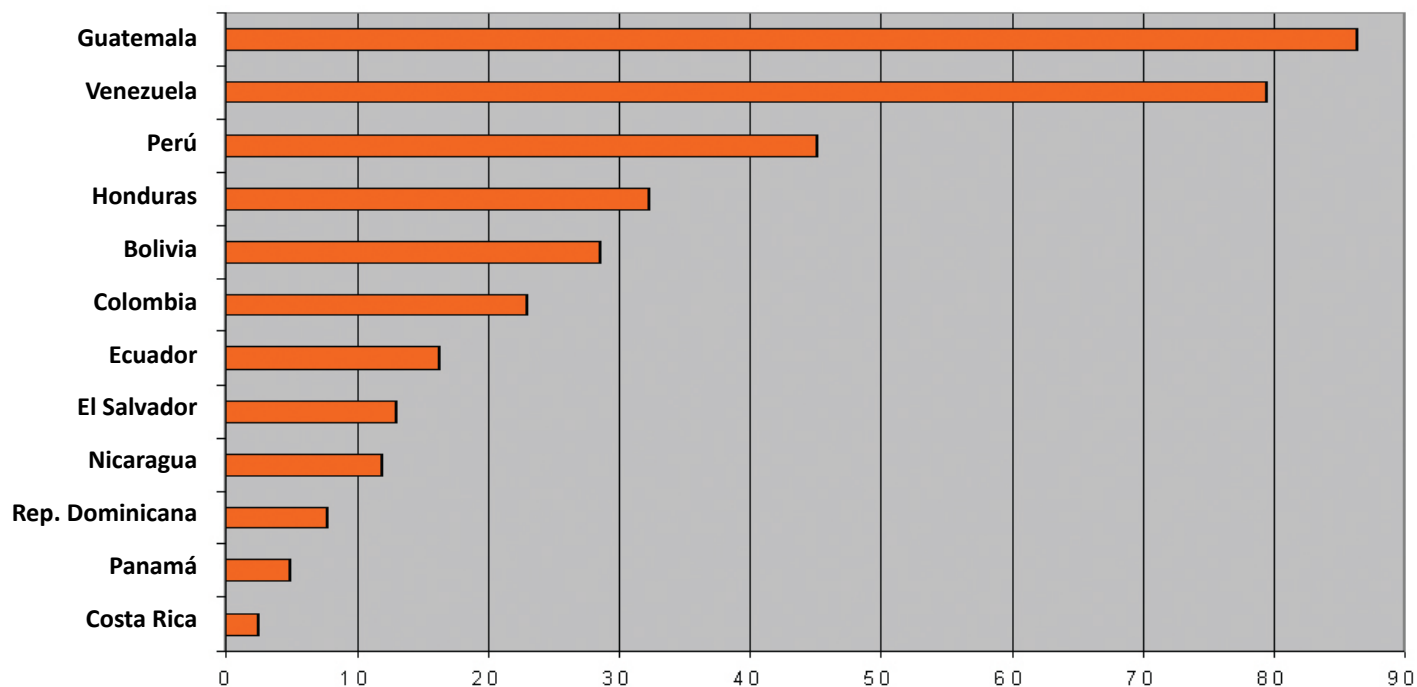
En base a estadísticas oficiales, se estima que se generaron 142 mil casos extra de enfermedades diarreicas agudas (EDA), 77 mil de anemia y 68 mil de infecciones respiratorias agudas (IRA) (Gráfico 3). Destacan que entre los países andinos y Paraguay se registra un 24 por ciento más de casos de desnutrición global que en Centroamérica y 22 por ciento más casos de enfermedades asociadas.

Por su parte, a mayor prevalencia de desnutrición, mayor el riesgo de muerte. Dada la disminución de la prevalencia de desnutrición global durante los últimos sesenta años, la proporción de muertes

estimables para la actual cohorte de 0 a cuatro años de edad es significativamente menor que la que habría afectado a las generaciones anteriores. Así, estimamos que en Centroamérica y República Dominicana se habrían producido 2,64 millones de muertes asociadas a dicha causa entre 1940 y 2004, equivalentes al 40 por ciento del total de muertes, con 77 mil casos en 2004 (30 por ciento del total). Entre 1941 y 2005, habrían sido 4,7 millones las muertes asociadas en los países andinos y Paraguay (30 por ciento del total), de las cuales 105 mil se habrían producido en 2005 (17 por ciento).

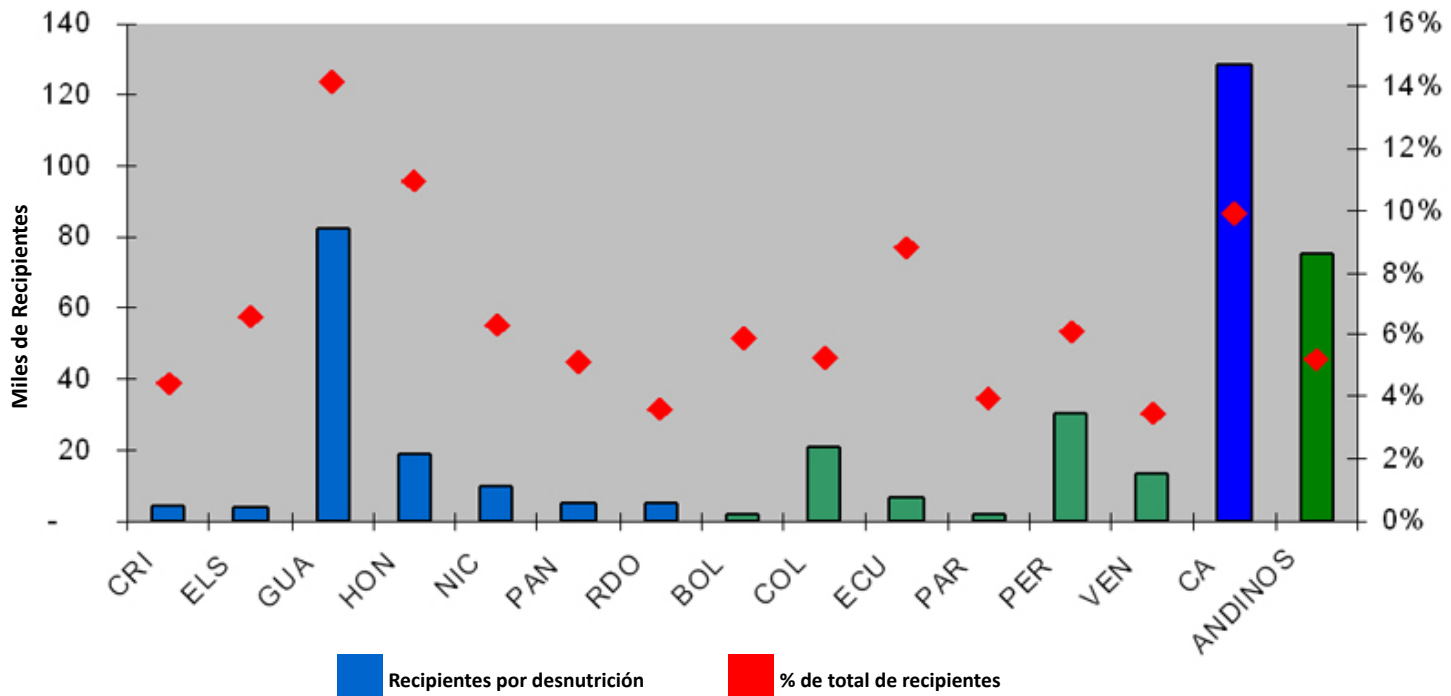
Nuevamente hay mayor cantidad de casos en los países sudamericanos, debido a su tamaño poblacional, pero la mayor prevalencia de desnutrición global en Centroamérica (2004) hace que su impacto en mortalidad sea casi el doble que en los países andinos y Paraguay.

Gráfico 3
Número de casos extra de enfermedad generados por la desnutrición
América Latina (12 países), 2004-2005



Fuente: CEPAL, en base a última encuesta nacional de nutrición disponible e información oficial de registro de casos de enfermedad en cada país

Gráfico 4
Repetencia escolar asociada a desnutrición global
América Latina (14 países), 2004-2005



Fuente: CEPAL, sobre la base de información oficial de los países.

Los efectos en educación

Se estiman 129 mil casos de repetición escolar asociada a desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana (2004) y 75 mil en los países andinos y Paraguay (2005). Por su parte, el impacto por deserción resulta en una brecha promedio de dos años de escolaridad, en contra de los niños y niñas que han sufrido desnutrición durante sus primeros cinco años de vida (Gráfico 4).

Destaca que Centroamérica, con menor cantidad de desnutridos, presenta 54 mil casos más que los países sudamericanos estudiados. Esto guarda relación con la mayor prevalencia de desnutrición y la mayor probabilidad de repetir que tiene el conjunto de la población estudiantil en aquellos países.

Otro elemento a resaltar es que Guatemala concentra el 40 por ciento del total de repitentes estimados para los 13 países. Dicho país tendría más casos que los cinco andinos más Paraguay juntos.

Los impactos en productividad

De los 2,64 millones de muertes estimadas para Centroamérica y la República Dominicana en el período 1940-2004, 684 mil habrían muerto por otras causas, 262 mil tendrían menos de 15 años, pero 1,7 millones estarían vivas de no ser por la desnutrición y hoy formarían parte de la población en edad de trabajar (PET = 15 a 64 años). Dicha cantidad equivale a 6 por ciento de la PET, con una pérdida de 2.500 millones de horas de trabajo en 2004 (6,5 por ciento de la horas trabajadas por la población económicamente activa [PEA]).

Por su parte, en los países andinos y Paraguay se estima que 3,6 millones que habrían muerto por causas asociadas a desnutrición hoy podrían formar parte de la PET (4,4 por ciento), lo que suma 5.200 millones de horas de trabajo perdidas en 2005 (3,9 por ciento de las horas trabajadas por la PEA).

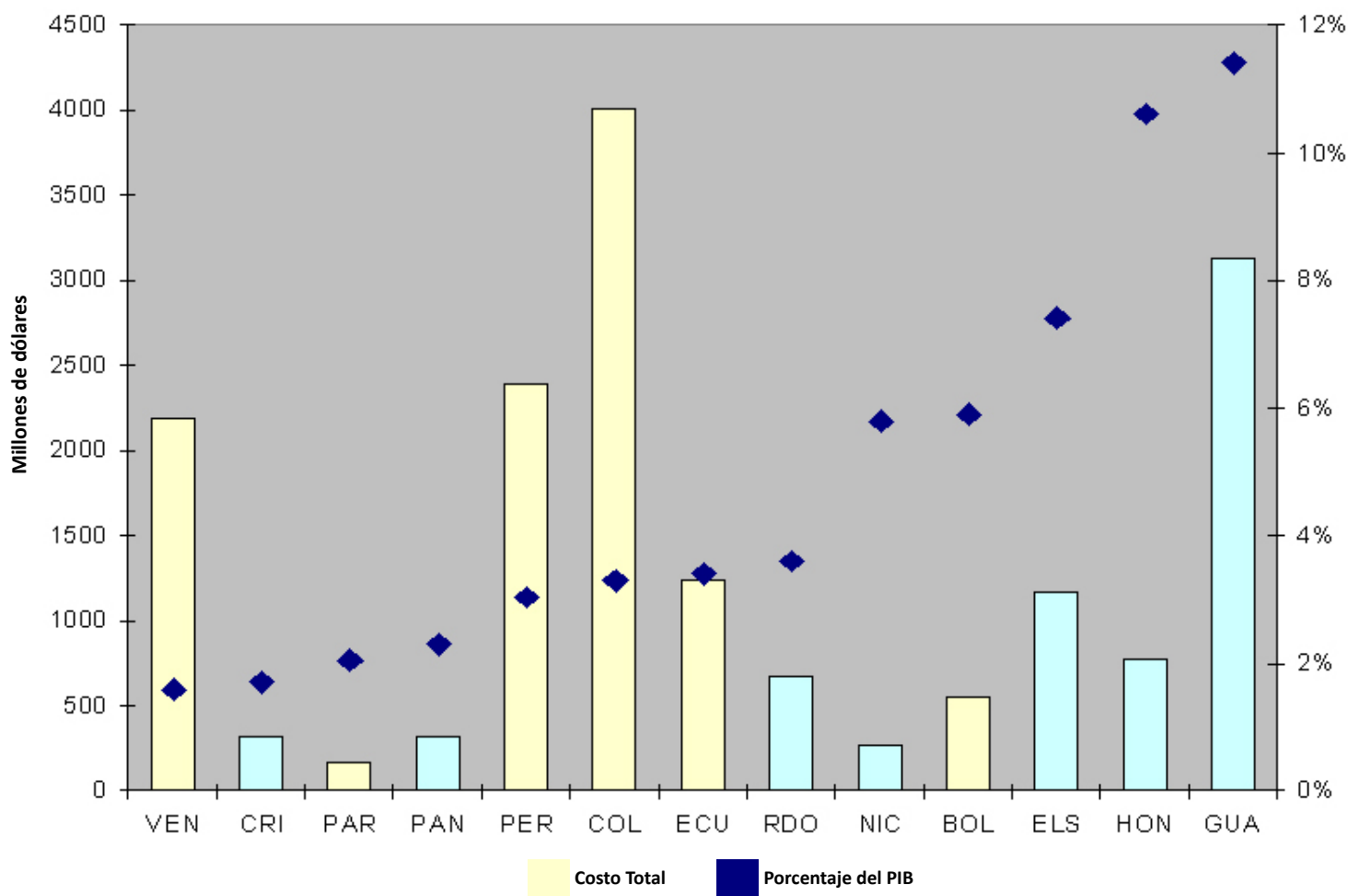
Con pérdidas sobre 10 por ciento de la PEA, Bolivia, Guatemala y Perú destacan como los países con mayor pérdida relativa de horas laborales. En el lado opuesto se ubican Costa Rica, Panamá, Paraguay y Venezuela, con pérdidas entre 1 y 2 por ciento.

Los costos de la desnutrición infantil

Al analizar el conjunto de costos asociados a la desnutrición infantil sufrida las últimas décadas por los habitantes de los trece países estudiados, se estima que en 2004-2005 se perdieron unos 17 mil millones de dólares, equivalentes a alrededor de 3,4 por ciento del PIB agregado.

De éstos, 6.659 millones corresponden al costo producido en Centroamérica y la República Dominicana, equivalentes a 6,4 por ciento del PIB agregado de los siete países, con una variabilidad que va desde 1,7 por ciento del PIB en Costa Rica a 11,4 por ciento en Guatemala. Los costos en los países andinos y Paraguay suman 10.552 millones de dólares, los que representan al 2,3 por ciento del PIB de los seis países. (Gráfico 5).

Gráfico 5
Estimación del costo total de la desnutrición global en dólares y porcentaje del PIB
América Latina (13 países), 2004-2005



Fuente: CEPAL, sobre la base de información oficial y registro de costos de educación de cada país; Ingresos y escolaridad, de encuestas de hogares de cada país

Cuatro países centroamericanos y Bolivia son los que presentan costos más significativos en relación al PIB. Por su parte, los países con mayor costo total son Colombia, Guatemala, Venezuela y Perú. Mientras en los tres países sudamericanos el tamaño poblacional y el mayor costo de oportunidad explican la mayor parte de los montos, en Guatemala la alta prevalencia de desnutrición juega un rol central.

El mayor costo en todos los países se presenta en productividad, que suma 6.194 millones de dólares en Centroamérica y la República Dominicana y 9.780 millones en los países andinos y Paraguay, lo que equivale a 93 por ciento del costo total: 52 por ciento por la pérdida de vidas humanas y 41 por ciento por el menor nivel de escolaridad de las personas que han sufrido desnutrición. Esto sin considerar las pérdidas que se generan por inversiones potenciales que no se materializan debido al menor capital humano que presenta la población que ha sufrido desnutrición infantil.

En Centroamérica y República Dominicana, los costos por atenciones extras en salud suman 434 millones de dólares, al tiempo que llegan a 691 millones en los países andinos y Paraguay, valores que representan alrededor de 7 por ciento del total de costos. En cambio, en educación los costos suman 31 millones de dólares en el primer grupo de países y 82 millones en el segundo, equivalentes a menos de 1 por ciento del total de los costos estimados en ambos estudios.

De no atacarse el problema de la desnutrición ahora, su permanencia seguirá incrementando los costos en las futuras generaciones. De hecho el valor presente de los costos que Centroamérica ya está pagando por los niños y niñas que en 2004 presentaban desnutrición suma 2.271 millones de dólares, monto equivalente al ahorro que se lograría en 11 años si se cumple la meta de erradicación al 2015. Así, con los mismos ahorros se podría financiar la solución del problema.

Referencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

2007. *Panorama Social de América Latina 2007*. Santiago de Chile: CEPAL. <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>, accedido el 21 de junio de 2008.

2008a. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2007*. Santiago de Chile: CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/32598/LCG2356B_contenido.pdf, accedido el 21 de junio de 2008.

2008b. "Alza de precios de alimentos aumentaría la pobreza e indigencia." Comunicado de prensa, 18 de abril. <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/3/32773/P32773.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/prensa/tpl/top-bottom.xsl>, accedido el 21 de junio de 2008.

Martínez R, Fernández A.

2006. "Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina." CEPAL-Serie Manuales #52. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/27818/Serie_Manuales_52.pdf, accedido el 21 de junio de 2008.

2007. *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Santiago de Chile: CEPAL. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/28923/DP_CostoHambre.pdf, accedido el 21 de junio de 2008.

(en preparación). *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en los países andinos y Paraguay*. Santiago de Chile: CEPAL.

Conclusiones

Las estimaciones de los estudios aquí presentadas confirman la hipótesis de que, más allá del imperativo ético, la erradicación del flagelo del hambre y la desnutrición comprometida por los gobiernos de la región genera importantes impactos sociales y significativos ahorros económicos.

La erradicación de la desnutrición conlleva beneficios para toda la sociedad y no solamente para los receptores directos de los bienes y servicios que estos programas entregan. De hecho, los mayores costos corresponden a menor productividad. Claramente, luchar contra el hambre y la desnutrición es "un buen negocio", que genera beneficios para toda la sociedad.

Estas estimaciones, aun cuando significativas, son conservadoras. De hecho, las deficiencias de micronutrientes y otros impactos complementarios, como son los derivados de conflictos sociales y políticos, junto a los costos de oportunidad en cuanto a inversiones productivas, no han sido considerados debido a la baja confiabilidad que supone estimarlos con el conocimiento actualmente disponible.

Por último, la experiencia internacional indica que es más barato invertir en erradicar la desnutrición infantil en la región que sufrir sus consecuencias sociales y económicas. Para lograrlo no sólo se requieren recursos, políticas técnicamente bien definidas y modelos de gestión que maximicen el impacto y la eficiencia, sino también el compromiso y participación activa de todos los sectores de la sociedad.



Capítulo 2

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

El segundo capítulo incorpora las exposiciones de Jere Behrman, Profesor de Economía de la Universidad de Pennsylvania y Juan Ángel Rivera Dommarco, Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del INSP (México), seguidas de un resumen de doce puntos fundamentales, referentes al seguimiento y evaluación de programas sociales para combatir la desnutrición infantil, presentado por David Bravo, Director del Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

El aporte del Dr. Behrman está basado en la evaluación de los efectos a largo plazo de una intervención nutricional en Guatemala, llevada a cabo por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) entre 1969 y 1977. La intervención comprendió la asignación aleatoria de un suplemento nutricional a niñas y niños de cuatro localidades (dos pueblos grandes y dos pequeños). Un pueblo grande y otro pequeño recibieron "Atole", suplemento nutricional a base de "Incaparina", leche y azúcar. En los otros dos pueblos se distribuyó "Fresco", una bebida menos nutritiva. Se midió el impacto de las intervenciones en la ingesta total de nutrientes, el crecimiento, el desarrollo del capital humano y la productividad, lo mismo que los efectos intergeneracionales del programa.

El artículo del Dr. Behrman destaca la importancia de estimar los impactos, costos y razón costo-beneficio de las intervenciones nutricionales. Este tipo de ejercicios está vinculado a las propuestas del Consenso de Copenhague, que identifica soluciones efectivas a los diez desafíos fundamentales que enfrenta la humanidad. Las evaluaciones de este tipo son sumamente convenientes, pues proveen información fundamentada que ayuda a la toma de decisiones relativas a la continuidad o modificación de los programas. En este sentido, los beneficios de la evaluación sistemática parecen ser superiores a los costos de la misma.

De acuerdo con el segundo aporte del Dr. Rivera, el ejercicio de evaluación debe concebirse como un instrumento para retroalimentar a los responsables de la ejecución de los programas sociales. Son tres los tipos de evaluación que deben aplicarse para juzgar su calidad: las evaluaciones de diseño y consistencia, proceso o desempeño e impacto o efectividad (incluyendo la relación costo-beneficio o costo-efectividad). No debe evaluarse el impacto (efectividad) sin considerar el diseño y la consistencia del programa, lo mismo que el proceso o desempeño de la intervención.

El primer paso en la evaluación de un programa es la revisión del marco conceptual para asegurar que exista evidencia de que es posible alcanzar los efectos deseados en caso de que la intervención se ejecute de acuerdo con las normas de operación. Este criterio corresponde, básicamente, a las evaluaciones de diseño. En lo que atañe a las evaluaciones de desempeño, debe asegurarse que los tamaños de la muestra en los grupos a comparar permitan el poder suficiente para evaluar los cambios esperados en las variables de desenlace.

El formato ideal de las evaluaciones de impacto es uno que permite llevar a cabo afirmaciones probabilísticas sobre efectos atribuibles al programa, mediante asignación aleatoria con grupos de control. Si no es posible el formato de asignación aleatoria por razones éticas o logísticas, existen diseños alternativos que permiten hacer afirmaciones de plausibilidad y que tienen validez.

El Dr. Bravo ofrece una serie de importantes señalamientos relativos al sistema de seguimiento y evaluación de programas, uno de los pilares de la lucha contra la desnutrición. A fin de aplicar lo más ampliamente posible las lecciones aprendidas, conviene armonizar los sistemas de seguimiento y evaluación de intervenciones nutricionales. Dichos sistemas constituyen también un importante mecanismo de rendición de cuentas. Los tres tipos de evaluación abordados por el Dr. Rivera deben formar parte de un solo sistema de evaluación.

Hay varias tareas fundamentales que deben incorporarse a los procesos de evaluación: desarrollar capacidades analíticas, incluir grupos de control, determinar el momento más idóneo para planificar las evaluaciones, definir los resultados de los indicadores y los horizontes temporales y obtener datos de líneas de base e información sobre costos.



Prioridades en la inversión en nutrición en la infancia temprana

Jere Behrman

Profesor de Economía “William R. Kenan, Jr.” de la Universidad de Pennsylvania

Traducción de David Bravo

En un reciente artículo publicado en la revista Lancet, Victora et al. (2008) revisan los estudios publicados que vinculan la desnutrición materno-infantil con su impacto en la edad adulta, en países en desarrollo. Realizan además nuevos análisis de datos provenientes de cinco estudios de cohortes en países en desarrollo (dos en América Latina y el Caribe: Brasil y Guatemala) en los que se ha dado seguimiento a las personas desde el nacimiento hasta la edad adulta.

El estudio presenta un conjunto de asociaciones entre indicadores antropométricos materno-infantiles e indicadores de resultado en la edad adulta, tales como estatura, nivel de educación completado, ingreso laboral y peso al nacer de la siguiente generación. Estas asociaciones sugieren importantes impactos de la nutrición en la infancia temprana sobre el ciclo de vida y la generación siguiente. Si bien estas asociaciones son sugerentes, no son concluyentes debido a que ellas pueden reflejar la importancia de otros factores (por ejemplo genéticos, conexiones familiares, preferencias de los padres) que determinan tanto la nutrición al inicio de la vida como también los resultados posteriores.

En este capítulo formularé un enfoque integrado, nutricional y económico, con el objeto de intentar identificar el impacto causal de la nutrición temprana sobre resultados posteriores y poder priorizar entre las distintas intervenciones posibles, tanto nutricionales como de otro tipo. En primer lugar, sintetizo evidencia reciente referida al impacto en el largo plazo de suplementos nutricionales en la infancia temprana en Guatemala. Posteriormente, enfatizo algunas consideraciones para el cálculo de indicadores de costo-beneficio para intervenciones nutricionales y proveo algunos ejemplos basados en las mejores estimaciones disponibles para un típico país en desarrollo de bajos ingresos. Finalmente, concluyo con algunos comentarios que enfatizan la relevancia de las consideraciones anteriores.

Nuevas estimaciones a largo plazo sobre los impactos de mejorar la nutrición en la infancia temprana a partir del estudio longitudinal del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP)

El estudio longitudinal de INCAP se caracteriza por la asignación aleatoria de un suplemento nutricional a nivel de localidades. Dos pueblos (uno más populoso y otro pequeño) recibieron “Atole”, un suplemento nutricional hecho de “Incaparina”, leche y azúcar; otros dos pueblos (uno más populoso y otro pequeño) recibieron, a su vez, “Fresco”, una bebida menos nutritiva. Todos los niños menores de siete años en la línea basal en 1969 fueron incluidos, así como también todos los niños nacidos entre 1969 y 1977. Los niños tuvieron seguimiento hasta los siete años de edad o hasta el término del estudio.

Las dietas promedio diarias de los niños entre 0 y 36 meses en las localidades con “Atole” fueron mayores en nueve gramos de proteína, 100 kcal y en micronutrientes, comparadas con las dietas de los niños suplementados con “Fresco”. Ha habido un importante número de estudios referidos a estos niños, basa-



Jere Behrman

Profesor de Economía “William R. Kenan, Jr.” de la Universidad de Pennsylvania

dos tanto en los datos provenientes del período 1969-1977 como en seguimientos futuros (por ejemplo, Martorell 1992; Habicht, Martorell y Rivera 1995; Martorell, Habicht y Rivera 1995; Schroeder et al. 1995). Se puede encontrar, por ejemplo, que la talla de los niños expuestos a “Atole” en los primeros tres años de vida fue en promedio tres centímetros superior a la de los niños expuestos a “Fresco”, aunque no tuvo efecto significativo en niños mayores.

El Estudio sobre el Capital Humano, un seguimiento realizado en el período 2002-2004, se enfocó en 1.855 niños del estudio longitudinal de INCAP que estaban vivos y que residían en Guatemala en dicho período. Del total de 2.392 niños originalmente en el estudio, 274 habían fallecido, la mayor parte en la infancia temprana; 162 habían abandonado el país; y 101 no fueron ubicados. En este estudio, 1.571 individuos (84 por ciento) fueron vueltos a entrevistar (Grajeda et al. 2005). Sus edades fluctúan entre los 25 y los 42 años, con un promedio de 32 años. Por lo tanto, estos datos, junto a los originales del estudio longitudinal de INCAP, permiten la estimación del impacto de la exposición (“intención de tratamiento”) a “Atole” en comparación con la exposición a “Fresco” en períodos críticos, sobre la vida adulta.

Varios estudios han investigado cuáles son estos impactos y cuán sensibles son éstos a las edades de exposición durante la intervención. Con estos datos no es posible distinguir con confianza si la ventana crítica de oportunidades comienza en la concepción o el nacimiento, o bien si se prolonga hasta los 24 o los 36 meses. Sin embargo, la exposición durante los primeros 24-36 meses de vida tuvo impactos significativos y sustantivos a lo largo de todo el ciclo de vida y sobre la generación siguiente, aunque la exposición en edades posteriores no registró un efecto significativo (Hoddinott et al. 2008; Maluccio et al. 2008). Los impactos más relevantes fueron:

- Aumentos en el logro educacional de $1,2 \pm 0,36$ años en mujeres;
- Mejoras en puntajes de la Prueba Inter-Americana de Comprensión Lectora de 0,28 desviaciones estándar tanto para hombres como para mujeres;
- Mejoras en el desarrollo cognitivo, medidas por las matrices progresivas de Raven, de 0,24 desviaciones estándar, para hombres y mujeres;
- Salarios se incrementaron en US\$ 0,67 o 0,45 desviaciones estándar, en el caso de los hombres.

Los efectos señalados son sustantivos en relación al capital humano y al ingreso y productividad en la vida adulta. Debido a que la exposición a “Atole” versus “Fresco” fue exógena desde el punto de vista de los niños y sus familias (determinada solo por la fecha y lugar de nacimiento), las conclusiones son más convincentes para validar la existencia de grandes impactos causales a partir de una mejor nutrición en la infancia temprana en la vida adulta.

Cocientes beneficio/costo en intervenciones nutricionales

Existe consenso acerca de que una mejor nutrición en la infancia es deseable por sí misma debido a que mejora el bienestar de los niños beneficiados, sus padres y de las sociedades en las que viven. Sin embargo, también existen muchos usos posibles de los recursos que probablemente la sociedad pueda considerar deseables, tales como mejorar la educación, reducir la contaminación, mejorar la salud de la creciente población adulta mayor y reducir el calentamiento global. Por lo tanto, es de interés preguntar cuáles son los beneficios puramente económicos relativos a los costos en recursos económicos de las distintas intervenciones nutricionales posibles.

Contar con estimaciones de tales cocientes beneficio/costo es probablemente iluminador no sólo para priorizar entre distintas intervenciones nutricionales, sino también para comparar intervenciones nutricionales con otras alternativas en áreas que van desde la educación hasta la infraestructura. En estas páginas revisaré consideraciones críticas que son relevantes al calcular los beneficios y costos económicos de las intervenciones nutricionales (así como de otras intervenciones) e ilustraré los planteamientos con ejemplos de intervenciones en la infancia temprana. Finalmente, resumiré algunas de las estimaciones de beneficio/costo para intervenciones nutricionales en comparación con estimaciones para usos alternativos de los recursos.

Beneficios económicos

En síntesis, los beneficios económicos son las ganancias en la productividad económica y en el ahorro de recursos no utilizados (por ejemplo, debido a la menor morbilidad) producto de las intervenciones nutricionales. A continuación se presentan cinco aspectos clave relativos a los beneficios económicos:

1) Los beneficios pueden ser múltiples y pueden producirse a lo largo del ciclo de vida y entre generaciones.

Las estimaciones de los impactos de la intervención nutricional en la infancia temprana realizada por INCAP en Guatemala sugieren que puede haber importantes efectos no sólo durante la infancia y la niñez, sino también en la vida adulta y, más aún, en otras generaciones). El Cuadro 1 proporciona estimaciones para siete posibles impactos económicos de pasar un niño de bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos) a un peso superior, en base a las mejores estimaciones disponibles para un país en desarrollo de bajos ingresos:

- a. Reducción de la mortalidad infantil;
- b. Reducción del cuidado del neonatal;

Cuadro 1
Estimaciones de los valores presentes descontados de siete importantes beneficios de sacar un menor de la condición de bajo peso al nacer en un país de bajos ingresos (en US\$ dólares)

Beneficio	Tasa anual de descuento		
	3%	5%	10%
a. Reducción de la mortalidad infantil (US\$)	95	99	89
b. Reducción del cuidado neonatal (US\$)	42	42	42
c. Reducción de costos por enfermedades infantiles (US\$)	36	35	34
d. Ganancia de productividad por menor retraso en el crecimiento (US\$)	152	85	25
e. Ganancia en productividad por mayor habilidad cognitiva (US\$)	367	205	60
f. Reducción de costos por enfermedades crónicas (US\$)	49	15	1
g. Beneficios intergeneracionales (US\$)	92	35	6
Total (US\$)	832	10	257
Porcentaje del total respecto del escenario con 5% de descuento	163%	100%	50%

Fuente: Alderman y Behrman 2006.

- c. Reducción de los costos de las enfermedades infantiles;
- d. Ganancias en productividad por menor retraso en el crecimiento;
- e. Ganancias en productividad por mayores habilidades cognitivas;
- f. Reducción en los costos de las enfermedades crónicas; y
- g. Beneficios intergeneracionales.

La ganancia total estimada con una tasa de descuento de 5 por ciento, (véase el punto 5, más adelante), sugiere un beneficio puramente económico de 510 dólares. Algunos aspectos a comentar a partir de estas estimaciones son los siguientes.

Si nos enfocáramos sólo en los beneficios de la infancia temprana (es decir, a, b y c del Cuadro 1), subestimaríamos sustantivamente los beneficios debido a que estos tres primeros representan sólo un tercio de los totales. Más de la mitad de los beneficios (57 por ciento) provienen de ganancias en productividad no atribuibles a reducción de costos de salud. Para evitar la doble contabilización, la mayor escolaridad no se incluye como un beneficio en sí mismo, pero es una importante vía a través de la cual una mejor nutrición en la infancia temprana afecta la productividad adulta al incrementarse la habilidad cognitiva.

2) Los beneficios dependen generalmente de la duración de la intervención y de la duración de la exposición a ésta.

Muchas evaluaciones de los impactos de los programas se realizan como si los programas hubieran comenzado a todo vapor en la fecha oficial de inicio y como si el total de los beneficios y los impactos se comenzaran a experimentar desde el inicio del programa. Mientras que esto puede ser una buena aproximación en el caso de algunos programas (por ejemplo, un programa de vacunación ejecutado de manera muy eficiente, que provea beneficios de largo plazo con efectos inmediatos), es probable que para la mayor parte de los programas estas condiciones no se den.

Por el contrario, es común que los programas enfrenten rezagos en su inicio debido a retrasos en la disponibilidad de insumos clave y en el aprendizaje de distintos agentes en relación con cómo proveer los servicios de manera efectiva. Incluso puede ser, en la dirección opuesta: que los proveedores iniciales de nuevos programas lo hagan con especial energía al ser “pioneros” y que, en el tiempo, sus esfuerzos declinen (o bien que los esfuerzos de los otros proveedores no sean tan considerables cuando el programa incrementa su cobertura). También puede existir un importante aprendizaje acerca de la existencia y efectividad de los programas por parte de sus usuarios potenciales.



Adicionalmente, por razones biológicas o por la ausencia de una respuesta lineal en algunos de los procesos relevantes (por ejemplo, umbrales en los procesos de aprendizaje), los impactos de un programa pueden requerir tiempo para producirse y pueden desplegarse de manera no lineal. Por todas estas razones, se requiere poner atención en los efectos de la oportunidad y la duración al evaluar los impactos de las intervenciones (Behrman y King 2008; King y Behrman 2008).

3) Las asociaciones no equivalen a los beneficios, considerando las elecciones y conductas individuales.

Como se indicó anteriormente, un retraso en el crecimiento en menores de 36 meses está relacionado con la historia familiar no observada, con dotaciones genéticas o con otros factores. La calidad de los datos y los métodos de estimación, utilizados conjuntamente, determinan cuán creíbles son los intentos de denominar a estos esfuerzos estimaciones de causalidad.

Un aspecto crítico es disponer de una línea de base (es decir, anterior a la intervención) y datos de seguimiento longitudinales (idealmente para todos los impactos por muchos años) representativos de alguna población relevante (por ejemplo, no afectados a la selección de los usos clínicos). El tamaño de la muestra debe ser suficiente para que las estimaciones de los efectos deseados tengan poder estadístico, y para proporcionar suficiente detalle sobre la intervención y las respuestas a ésta, de manera que se puedan entender adecuadamente los aspectos de oportunidad y duración abordados en el punto 2.

Es también crítico el establecimiento de grupos de tratamiento y de control. Idealmente debiéramos comparar los impactos de recibir tratamiento versus no recibirlo sobre el mismo individuo y al mismo tiempo, lo cual obviamente no es posible. La mejor aproximación para evaluar una intervención específica es, en general, la asignación aleatoria de individuos a la condición de tratamiento y de control, para una muestra suficientemente grande. También se requiere de un buen diseño e implementación para evitar la contaminación a través de efectos del programa sobre los no tratados o bien producto del desgaste selectivo.

Si muchos de los impactos de interés son de largo plazo, puede ser difícil mantener los experimentos por un tiempo suficientemente largo como para recoger los resultados. Aún si ello fuera posible, podría ser costoso en términos de tener que esperar décadas antes de conocer los resultados. Por lo tanto, otros medios para establecer grupos de tratamiento y de control o de explorar intervenciones de mayor duración, pueden ser importantes, aún cuando se requieran supuestos más fuertes.

Por ejemplo, las estimaciones utilizando el método del “propensity score”, en el cual las comparaciones se hacen entre individuos que recibieron el tratamiento y otros muy similares en términos de sus características observadas, pueden ser muy informativas. Behrman, Cheng y Todd (2004) proveen una ilustración de ello para una evaluación de un programa boliviano de desarrollo en la infancia temprana con un importante componente nutricional.

Otros métodos estadísticos pueden también ser usados. Por ejemplo, Behrman et al. (2008) reportan el efecto del retardo del crecimiento pre-escolar en la comprensión de la lectura en la etapa adulta. Ascende a 0,49 desviaciones estándar si se usan métodos basados en variables instrumentales para controlar por los determinantes de la conducta y el error de medición del déficit de talla a nivel preescolar. Este efecto es mucho mayor que el que aparecería de la simple asociación de las variables. Finalmente, es posible utilizar modelos estructurales, en los que las relaciones estructurales subyacentes son estimadas, para explorar intervenciones aún no observadas. Todd y Wolpin (2006) proporcionan una ilustración de este método en base al conocido programa contra la pobreza y de inversión en recursos humanos mexicano denominado PROGRESA.

4) La combinación de beneficios.

Para combinar los diversos impactos que una intervención nutricional en la infancia temprana podría tener, es necesario medirlos con la misma métrica. El procedimiento más habitual es medirlos en términos monetarios (tal como en el Cuadro 1), lo que también facilita la comparación con otras intervenciones, nutricionales o de otro tipo. Para algunos impactos (como por ejemplo, el valor de mercado de la mayor productividad), tales valorizaciones son relativamente simples de realizar. Para otros, este proceso es más difícil. Por ejemplo, ¿cómo debería valorizarse la menor mortalidad? En el Cuadro 1 el valor económico de la reducción en la mortalidad fue obtenido a partir de la alternativa menos costosa (por ejemplo, vacunaciones) de reducir la mortalidad en una sociedad tal como la que se está considerando.

Sin embargo, se puede argumentar el uso de otras formas de valorización de la menor mortalidad, la mayor parte de los cuales implicaría un monto de beneficios superior (véase Behrman, Alderman y Hoddinott 2004 para algunos ejemplos). Por lo tanto, si hay un impacto para el cual la valorización es particularmente cuestionada, tal como es el caso de la valorización de la menor mortalidad, puede ser aconsejable valorizar el resto de los impactos y ofrecer estimaciones alternativas para el resultado más cuestionable o bien exhibir este último impacto de manera separada.

5) El valor presente descontado (VP) de los beneficios, descontado y ajustado por probabilidades de sobrevivencia.

Un beneficio de un cierto monto monetario (por ejemplo, 1.000 dólares) es de mayor valor si es recibido rápidamente que si tiene un largo rezago debido a que, si ocurre lo primero, puede ser reinvertido para obtener beneficios futuros. Por lo tanto, los beneficios deberían ser descontados por la tasa de descuento relevante para obtener su VP. El VP puede variar considerablemente para beneficios que son recibidos en algún momento en el futuro. Por ejemplo, el valor presente (VP) de mil dólares recibidos en cuarenta años es de 307 dólares con una tasa de descuento de 3 por ciento, de 142 dólares si la tasa de descuento es 5 por ciento y de 22 dólares si la tasa de descuento es de 10 por ciento.

Este patrón refleja que, con tasas de descuento más altas debido a mayores tasas de retorno sobre la inversión, más se sacrifica en términos de recursos al esperar los beneficios en comparación con una situación con menores tasas de descuento. Las tres columnas en el Cuadro 1 ilustran no solo que el VP total cambia significativamente con la tasa de descuento, sino que también la contribución relativa de los beneficios cambia sustantivamente. Los beneficios más tardíos en el ciclo de vida son más valorados cuanto menor sea la tasa de descuento, por lo cual el VP de los beneficios de reducir enfermedades crónicas tardíamente pueden no ser muy importantes, aún si hay grandes costos en recursos asociados con tales enfermedades cuando ellas ocurren. Debido a que no es claro cuál es la tasa de descuento más apropiada (aunque una tasa de 5 por ciento es a menudo usada para los sectores sociales), es deseable como se ilustra en el Cuadro 1, apreciar la sensibilidad de las estimaciones de los beneficios a la elección de las tasas de descuento.

Además de la interrogante sobre el descuento de los beneficios futuros, está el punto de que los beneficios, en cualquier edad, serán obtenidos a partir de inversiones previas en capital humano, como la nutrición en la vida temprana, sólo si el individuo sobrevive hasta esa edad. Las tablas de expectativas de vida actualizadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Guatemala, por ejemplo, implican que cerca de 87 de cada 100 infantes sobrevivirá al tramo de edad que oscila entre los 40 y 44 años. Esto significa que los beneficios de más largo plazo serán menores respecto de una situación con mayores tasas de sobrevivencia. Para las estimaciones con tasa de descuento de 5 por ciento en el Cuadro 1, el VP de los beneficios estaría sobreestimado por cerca de 14 por ciento si no se hubiera ajustado por las probabilidades de sobrevivencia.

Costos económicos

Los costos económicos son los costos en recursos adicionales atribuibles a la intervención. Cinco puntos son importantes de enfatizar en relación con tales costos.

Primero, los costos económicos no son equivalentes al gasto gubernamental presupuestado, aún cuando a menudo se hace referencia a tales gastos en las discusiones sobre costos de las intervenciones. En realidad, estos gastos no representan necesariamente ni siquiera los costos en recursos del sector público de las intervenciones, especialmente si éstas incluyen componentes de transferencias (como ocurre, por ejemplo, en el conocido programa de transferencias condicionadas de México, PROGRESA/Oportunidades). El costo en recursos del sector público corresponde solo al uso de recursos tales como personal e insumos que tienen usos alternativos (costos de oportunidad), no a las transferencias de poder de compra desde un grupo de individuos a otro.

Segundo, incrementar ingresos para gastos públicos típicamente involucra introducir distorsiones que tienen costos en recursos. Las estimaciones de este costo varían considerablemente (véanse las referencias en Knowles y Behrman 2005), pero un orden de magnitud que a menudo se considera apropiado es un 25 por ciento de los ingresos del gobierno.

Tercero, además de los costos en recursos públicos, la mayor parte de las intervenciones tienen costos en recursos privados. Tal vez el más común de tales costos es el costo de oportunidad del tiempo que individuos privados (por ejemplo, madres e infantes) deben dedicar a recibir alguna intervención.

Cuarto, el tiempo y la duración probablemente entran también en el lado de los costos, tal como se indicó previamente que entraban en el lado de los beneficios. Quinto, típicamente existen costos de iniciación y costos que se incurren en el tiempo, de manera que para obtener el VP de los costos éstos deben ser descontados al presente.

Algunos indicadores beneficio/costo para intervenciones nutricionales

Contar con buenas estimaciones de beneficios de una intervención nutricional no constituye una base suficiente para argumentar que un programa debiera ser instituido, mantenido o expandido. Al menos hay dos preguntas adicionales que deben enfrentarse más allá de si el programa tiene beneficios significativos.

Primero, ¿cómo son los beneficios en relación con los costos? Segundo, ¿exceden las tasas de retorno social para la inversión las tasas privadas, de manera que hay un motivo de eficiencia para tales inversiones más allá del motivo distributivo? (véase Knowles y Behrman 2005 para discusión adicional sobre este punto). Desafortunadamente hay poca evidencia en relación con el segundo punto, aunque las posibilidades de “fallas de mercado” por información y capital sugieren que puede haber un argumento de eficiencia que favorezca algunas intervenciones nutricionales, particularmente aquéllas dirigidas hacia los miembros más pobres de la sociedad que son, probablemente, los más afectados por estas fallas de mercado.

Del mismo modo, hay pocas estimaciones de los cocientes beneficio/costo para intervenciones nutricionales. Demasiado a menudo los propulsores de dichas intervenciones implícitamente parecen suponer que si los beneficios son grandes, ello constituye justificación suficiente para la intervención. Sin embargo, para que la sociedad juzgue sus decisiones que involucran la asignación de recursos, no se requiere sólo considerar los beneficios, sino también los costos.

Si el cociente beneficio/costo es superior a 1, entonces se puede argumentar a favor del uso de recursos escasos para tal intervención. El Cuadro 2 proporciona lo que los autores califican como estimaciones conservadoras del cociente beneficio/costo para intervenciones nutricionales seleccionadas, relacionadas fundamentalmente con la infancia temprana o las mujeres embarazadas, con rangos que reflejan supuestos alternativos tal como en el caso de las tasas de descuento (véase Behrman, Alderman y Hoddinott 2004 para mayores detalles). Generalmente estas estimaciones son mayores que 1 y, a menudo, mucho mayores que 1, lo que sugiere que los beneficios de usar recursos escasos para estas intervenciones superan largamente a los costos de las mismas.

Cuadro 2
Estimación del cociente beneficio/costo para intervenciones nutricionales seleccionadas

Oportunidades y poblaciones objetivo	Beneficios/ costos	Tamaño de las poblaciones objetivo
1. Reducción del bajo peso al nacer (BPN) para embarazos con alta probabilidad de BPN (particularmente en Asia del Sur)		
1a. Tratamientos para mujeres con infecciones bacteriales asintomáticas	0,6-4,9	12 millones de nacimientos con BPN al año
1b. Tratamiento para mujeres con presunción de enfermedad de transmisión sexual	1,3-10,7	
1c. Drogas para mujeres embarazadas con pobre historial obstétrico	4,1-35,2	
2. Mejoramiento de la nutrición de infantes y niños en poblaciones con		
2a. Promoción de la lactancia materna en hospitales en los que la norma ha sido la promoción del uso de la fórmula	4,8-7,4	162 millones de niños con retardo en el crecimiento
2b. Programas integrados de cuidado infantil	9,4-16,2	0-5 años de edad
2c. Programa intensivo pre-escolar con nutrición considerable para las familias pobres	1,4-2,9	
3. Reducción de deficiencias de micronutrientes en poblaciones en las que éstas son prevalentes		
3a. Yodo (mujeres con niños en edad de cuidado)	15-520	2 mil millones de personas con deficiencia de yodo
3b. Vitamina A (niños bajo 6 años)	4,3-43	128 millones de pre-escolares
3c. Hierro (per cápita)	176-200	3.500 millones, incluyendo 67 millones de mujeres embarazadas
3d. Hierro (mujeres embarazadas)	6,1-14	

Fuente: Behrman, Alderman y Hoddinott 2004

Estas estimaciones también sirvieron para sostener que las intervenciones nutricionales deberían tener alta prioridad, en comparación con muchas otras intervenciones en países desarrollados posiblemente también de alta prioridad, de acuerdo con el Consenso de Copenhague de 2004. En el Consenso de Copenhague, un panel de ocho economistas prominentes a nivel internacional (cuatro de los cuales habían recibido el Premio Nobel) priorizó hasta cinco proyectos en relación con diez grandes desafíos globales (seleccionados a partir de un conjunto más amplio de temas identificados por las Naciones Unidas), basados en parte en tales cálculos de beneficios-costos para distintos proyectos alternativos:

- 1) Conflictos civiles;
- 2) Cambio climático;
- 3) Enfermedades transmisibles;
- 4) Educación;
- 5) Estabilidad financiera;
- 6) Gobernabilidad;
- 7) Hambre y malnutrición;

- 8) Migración;
- 9) Reforma comercial; y
- 10) Agua y servicios sanitarios.

Por supuesto, las comparaciones de proyectos en áreas tan diversas son muy desafiantes. Sin embargo, y aún sujeto a un conjunto de advertencias, los cocientes beneficio/costo proporcionan una vara que permite medir y hacer tales comparaciones, que posibilitan establecer prioridades aún cuando desde algunas perspectivas cada uno de los temas es visualizado como importante por sí mismo.

El Cuadro 3 muestra la jerarquización producida por los expertos del Consenso de Copenhague. Las intervenciones nutricionales fueron colocadas muy arriba en esta lista de prioridades. Posteriormente, el uso de estimaciones de cocientes beneficio/costo fue importante para persuadir a este grupo de expertos que no provenían del área nutricional, acerca de lo que muchos en la comunidad nutricional creían pero no siempre habían sido capaces de articular de manera suficientemente persuasiva a los responsables de políticas públicas (o a los Ministerios de Hacienda): que ciertas intervenciones nutricionales deberían recibir una muy alta prioridad.



Cuadro 3
Puntaje de Proyectos del Consenso de Copenhague

Puntaje del Proyecto		Desafío	Oportunidad
Muy Bueno	1	Enfermedades	Control del HIV/SIDA
	2	Malnutrición	Provisión de micronutrientes
	3	Subsidios y comercio	Liberalización del Comercio
	4	Enfermedades	Control de la Malaria
Bueno	5	Malnutrición	Desarrollo de nuevas tecnologías agrícolas
	6	Servicios sanitarios y agua	Tecnología de agua en pequeña escala para el sustento
	7	Servicios sanitarios y agua	Provisión de servicios sanitarios y agua administrada por la comunidad
	8	Servicios sanitarios y agua	Investigación sobre la productividad del agua en la producción de alimentos
	9	Gobierno	Disminución del costo de comenzar nuevas empresas
Regular	10	Migración	Disminución de las barreras a la migración de trabajadores calificados
	11	Malnutrición	Mejoramiento de la nutrición de infantes y niños
	12	Malnutrición	Reducción de la prevalencia del bajo peso al nacer
	13	Enfermedades	Aumento de la cobertura de los servicios básicos de salud
Malo	14	Migración	Programas de trabajadores visitantes para los no calificados
	15	Clima	Impuesto óptimo al carbono
	16	Clima	Protocolo de Kyoto
	17	Clima	Impuesto al carbono "value-at-risk"

Fuente: Lomborg 2004

Conclusiones

Hay evidencia creciente de que existen estrechas asociaciones entre una mejor nutrición en la vida temprana y resultados posteriores. Unos pocos estudios, tales como el de INCAP para Guatemala mencionado anteriormente, proveen evidencia sólida de que existen fuertes efectos causales a largo plazo.

Para interpretar tales resultados con el objetivo de priorizar asignaciones de recursos a intervenciones nutricionales versus otros usos alternativos relevantes, es muy útil evaluar cuidadosamente tanto los impactos como los costos de los programas nutricionales a lo largo del tiempo y en diferentes contextos.

Tales evaluaciones son demandantes tanto en términos de los datos requeridos como en cuanto a los métodos analíticos utilizados. No obstante, estas evaluaciones permiten obtener importantes conclusiones relativas a si los programas pueden ser mejorados y si deben ser mantenidos, así como también a si debieran ser replicados en otros contextos y qué prioridad deberían tener en comparación con otros usos de recursos escasos.

Muy a menudo los beneficios obtenidos a partir de evaluaciones más sistemáticas de los programas nutricionales exceden sustantivamente sus costos (como parece ser el caso, por ejemplo, para el programa mexicano PROGRESA/Oportunidades, que incluye un importante componente nutricional; véase Behrman, 2007).

Referencias

Alderman H, Behrman JR.

2006. "Reducing the Incidence of Low Birth Weight In Low-Income Countries has Substantial Economic Benefits." *World Bank Research Observer* 21(1): 25-48.

Behrman JR.

2007. "Policy-oriented Research Impact Assessment (PORIA) Case Study on the International Food Policy Research Institute (IFPRI) and the Mexican PROGRESA Anti-poverty and Human Resource Investment Conditional Cash Transfer Program." Washington, DC: IFPRI Impact Assessment Discussion Paper #27.

Behrman JR, Alderman H, Hoddinott J.

2004. "Hunger and Malnutrition". En Bjørn Lomborg, ed., *Global Crises, Global Solutions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Behrman JR, Hoddinott J, Maluccio JA, Soler-Hampejsek E, Behrman EL, Martorell R, Ramirez M, Stein AD.

2008. "What Determines Adult Skills? Impacts of Pre-School, School-Years and Post-School Experiences in Guatemala." Philadelphia, PA: University of Pennsylvania, mimeo.

Behrman JR, King EM.

2008. "Program Impact and Variation in Duration of Exposure". En Amin S, Das J, Goldstein M, eds., *Are You Being Served: New Tools for Measuring Service Delivery*. Washington, DC: World Bank, 147-172.

Grajeda R, Behrman JR, Flores R, Maluccio JA, Martorell R, Stein AD.

2005. "The Human Capital Study 2002-04: Tracking, Data Collection, Coverage and Attrition." *Food and Nutrition Bulletin* 26(S2): S15-S24.

Habicht J-P, Martorell R, Rivera JA.

1995. "Nutritional Impact of Supplementation in the INCAP Longitudinal Study: Analytic Strategies and Inferences." *Journal of Nutrition* 125 (Suppl. 4S): 1042S-1050S.

Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R.

2008. "The Impact of Nutrition During Early Childhood on Income, Hours Worked, and Wages of Guatemalan Adults." *The Lancet* 371 (February): 411-416.

King EM, Behrman JR.

2008. "Timing and Duration of Exposure in Evaluations of Social Programs." *World Bank Research Observer* (por publicarse).

Knowles JC, Behrman JR.

2005. "Economic Returns to Investing in Youth". En Behrman JR, Cohen B, Lloyd C, Stromquist N, eds., *The Transition to Adulthood in Developing Countries: Selected Studies*. Washington, DC: National Academy of Science-National Research Council.

Maluccio J, Hoddinott J, Behrman JR, Martorell R, Quisumbing A, Stein A.

2008. "The Impact of Improving Nutrition during Early Childhood on Education among Guatemalan Adults." *Economic Journal* (en prensa).

Martorell R.

1992. "Overview of Long-Term Nutrition Intervention Studies Carried Out in Guatemala (1968-1989)." *Food and Nutrition Bulletin* 14(3): 270-277.

Martorell R, Habicht J-P, Rivera JA.

1995. "History and Design Of The INCAP Longitudinal Study (1969-77) And Its Follow-Up (1988-89)." *Journal of Nutrition* 125 (Suppl. 4S): 1027S-1041S.

Schroeder DG, Martorell R, Rivera JA, Ruel MT, Habicht J-P.

1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth." *Journal of Nutrition* 125 (Suppl. 4S): 1051S-1059S.

Todd PE, Wolpin KI.

2006. "Using a Social Experiment to Validate a Dynamic Behavioral Model of Child Schooling and Fertility: Assessing the Impact of a School Subsidy Program in Mexico." *American Economics Review* 96(5): 1384-1417.

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, por el "Maternal and Child Undernutrition Study Group".

2008. "Undernutrition 2: Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital." *The Lancet* 371 (Issue 9609), 340-357.



Reflexiones sobre el ejercicio de evaluación de políticas y programas de nutrición

Juan Ángel Rivera Dommarco

Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México

Las reflexiones que presento a continuación se refieren específicamente a la evaluación de los programas y políticas de nutrición de un país o una región, pero aplican en general a los programas y políticas sociales, incluyendo los de desarrollo social, agrícolas, salud, o de alimentación.

El ejercicio de evaluación de programas o políticas tiene al menos tres propósitos cuyo reconocimiento es crucial para maximizar su utilidad. En primer lugar debe concebirse como instrumento para retroalimentar a los responsables de los programas o políticas sobre su desempeño, resultados e impactos y proponer recomendaciones para mejorar su funcionamiento o sus efectos. En segundo lugar, debe concebirse como un instrumento para la rendición de cuentas sobre los recursos públicos o privados empleados para la implementación de los programas o políticas. Debe considerarse como un instrumento útil para asegurar el manejo transparente, responsable, eficaz y eficiente de los recursos y para asegurar la creación de bienes públicos. Finalmente, el ejercicio de evaluación, en su manifestación más completa, debe considerar el conjunto de programas y acciones que constituyen la política de un Estado o Gobierno. La evaluación de la política es, por tanto, un ejercicio que va más allá de la suma de las evaluaciones individuales de los programas y acciones, debiendo identificar las interacciones, complementariedades y sinergias entre ellas, para lograr una política coherente y efectiva a fin de conseguir sus propósitos.

Existen elementos clave para garantizar que el ejercicio de evaluación sea eficiente, transparente, efectivo y útil. Algunos de esos elementos son los siguientes:

1. La evaluación de programas y políticas debe ser realizada por instituciones independientes, con capacidad técnica, logística, y operativa. Las evaluaciones realizadas por la institución que opera el programa tienen el riesgo de no ser objetivas y no generan credibilidad y certeza. Además, no basta que la institución evaluadora sea independiente. Deben buscarse instituciones que cuenten con la capacidad técnica, logística y operativa para diseñar la evaluación, generar y recoger la información necesaria, analizar e interpretar los datos y redactar informes, utilizando técnicas y metodologías científicamente sustentadas.

2. Es recomendable contar con un órgano de alto nivel que se convierta en intermediario entre evaluadores y evaluados. Esta práctica es recomendable para asegurar mayor objetividad en las evaluaciones y para crear una instancia mediadora en caso de que los responsables del programa evaluado discrepen de las conclusiones o recomendaciones de los evaluadores. La instancia mediadora puede ser útil también para disminuir la posibilidad de que las evaluaciones sean complacientes o poco críticas y que, por tanto, no aporten juicios o recomendaciones útiles para mejorar el programa cuando no funciona adecuadamente. Hay ejemplos de países como Chile y México, que cuentan con instituciones públicas dedicadas a establecer los lineamientos de las



Juan Ángel Rivera Dommarco
Director General Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del
Instituto Nacional de Salud Pública de México

evaluaciones, coordinarlas y actuar como instancia de intermediación entre programas y evaluadores.

3. La evaluación de programas y políticas tiene un componente técnico-científico y un componente político. El evaluador debe reconocer ambos componentes y comunicar resultados de manera adecuada a audiencias técnicas y audiencias políticas. Al elegir evaluadores, debe asegurarse que exista la visión y experiencia para reconocer y distinguir ambos componentes.

La adecuada evaluación de un programa requiere de tres tipos de ejercicios evaluativos: a) evaluación de diseño y consistencia, b) evaluación de proceso o desempeño y c) evaluación de impacto o efectividad (incluyendo la relación costo-beneficio o costo-efectividad). A continuación se aborda cada uno de ellos.

Evaluación de diseño y consistencia

El primer paso en la evaluación de un programa es la revisión del marco conceptual para asegurar que existe evidencia de que es posible alcanzar los efectos deseados en caso de que el programa se aplique de acuerdo con las normas de operación establecidas. Debe identificarse la pertinencia y eficacia o efectividad de las acciones o servicios que el programa ofrecerá a la población beneficiaria y asegurar que dichas acciones son adecuadas dadas las necesidades, metas y objetivos del programa. Debe también revisarse si los beneficios o servicios ofrecidos se dirigen a la población de mayor vulnerabilidad y con la mayor probabilidad de alcanzar los efectos deseados. La evaluación de diseño y consistencia es, quizás, la menos valorada y menos utilizada, lo que resulta paradójico, dada su utilidad y bajo costo.

A continuación presento un ejemplo de falta de efectividad de la política de distribución de ayuda alimentaria en México en los años ochenta, que resultó de una falta de evaluación de diseño y consistencia.

México tiene una larga historia de ejecución de políticas y programas orientados a mejorar la nutrición de grupos vulnerables. A pesar de ello, la desnutrición ha constituido uno de los retos de salud pública más importantes en el país.

Varias publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) analizan desde una perspectiva histórica las principales estrategias, programas y políticas que se han puesto en práctica en México, examinando su diseño e implementación, así como algunos resultados obtenidos. En los análisis que hemos realizado es evidente que México ha hecho inversiones cuantiosas en programas de ayuda alimentaria. Por ejemplo, en 1993 el Gobierno mexicano gastó más de 2 millones de dólares al día en programas de ayuda alimentaria, incluidos los programas de subsidios al consumo. Esta cantidad es superior al gasto mínimo de ayuda alimentaria recomendado por di-

versas organizaciones para mejorar la nutrición de la población. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición, anemia y deficiencias de micronutrientes era sumamente elevada y la velocidad de disminución de la prevalencia de talla baja, indicador de desnutrición crónica, resultó inferior a la esperada durante la década de 1990, a pesar de las elevadas inversiones en programas de ayuda alimentaria.

Estas observaciones llevaron a examinar diversos aspectos de la ayuda alimentaria proporcionada por el Gobierno en 1988, considerando los datos de la encuesta realizada ese año, y la magnitud y distribución de dicha ayuda, en comparación con las necesidades nutricionales de la población. Se concluyó que entre las razones de la baja efectividad de los programas de nutrición en México se destacaba el hecho de que no estaban dirigidos a los grupos de población que más los necesitaban.

Se encontró que de los casi dos millones de niños con talla baja, cerca del 45 por ciento se encontraba en la región sur del país, la más pobre, mientras que en la ciudad de México se ubicaba menos de 9 por ciento. En cambio, 51 por ciento de las familias de menores de cinco años beneficiarias de la ayuda alimentaria estaban radicadas en la ciudad de México y solamente 15 por ciento vivían en el sur, la región con la máxima vulnerabilidad nutricional.

También se encontró que la probabilidad de recibir ayuda alimentaria era de 0,47 para las familias de zonas rurales en relación con las zonas urbanas, de 0,24 para las familias indígenas en relación con las no indígenas, de 0,42 en el tercil de condiciones de vida baja en relación al tercil con condiciones de vida elevadas, de 0,87 para las familias con niños menores de dos años de edad en relación a las familias con niños de dos a cuatro años y de 0,65 para las familias con niños de baja talla en relación con las familias sin niños con baja talla.

Además del énfasis puesto en las zonas urbanas y de la falta de focalización en áreas geográficas más marginadas, en familias pobres, en población indígena y en los menores de dos años, se encontró que los alimentos distribuidos o subsidiados no eran adecuados para la alimentación de los niños de seis a 24 meses de vida. No existía, además, coordinación entre los programas, lo que llevaba a la duplicación de esfuerzos y beneficios, y el componente educativo era débil. Estos resultados fueron de gran utilidad para modificar los fundamentos de las políticas y programas de nutrición a finales de la década de 1990. La reflexión final es que se hubieran evitado gastos cuantiosos que no redundaron en beneficios potenciales, de haber habido un ejercicio de evaluación de diseño y consistencia de los programas de distribución de alimentos en México en la década de los ochenta.



Evaluación de impacto

La evaluación de impacto o efectividad permite atribuir causalidad a los efectos de los programas. El diseño ideal de evaluación de impacto, que nos permite hacer afirmaciones probabilísticas sobre efectos atribuibles al programa, es un diseño de asignación aleatoria que incluye un grupo de control. Sin embargo este diseño no siempre es posible por razones logísticas, políticas o éticas.

Por ejemplo, si en un país pequeño se decide implementar acciones de probada eficacia para mejorar la nutrición de los niños y se cuenta con los recursos para aplicar el programa de inmediato, puede no ser justificable, desde el punto de vista ético, privar a un grupo de los beneficios o servicios que el programa distribuye. En este caso, probablemente no es posible utilizar un diseño de asignación aleatoria con un grupo de control.

En cambio, en un país grande en el que no se cuenta con los recursos o la capacidad logística para iniciar el programa con cobertura universal, es probable que el programa se inicie en ciertas regiones y que, en forma paulatina y sucesiva, se expanda hasta lograr la cobertura de su población meta. En ese caso se justifica un diseño aleatorio con grupos de control, que ingresen al programa en fases posteriores.

Cuando no es posible el diseño de asignación aleatoria, existen diseños alternativos que permiten hacer afirmaciones de plausibilidad y que tienen validez. Por ejemplo, es posible seleccionar unidades (comunidades, hogares, o individuos) similares a las beneficiadas, utilizando diversas variables, pero que no reciben los beneficios del mismo. Existen varias metodologías para escoger pares de unidades similares.



Para asegurar que los resultados de evaluaciones de impacto y su interpretación sean adecuadas, deben tomarse precauciones para asegurar la validez del diseño. Algunas de las consideraciones al respecto son:

- Debe asegurarse que el tiempo que transcurra entre la línea basal y la evaluación final sea suficientemente largo para documentar cambios en las variables seleccionadas, dada la intervención.
- Debe incluirse variables proximales (intermedias) que expliquen, en caso necesario, la falta de efectos en variables distales (desenlaces finales). Esto es fundamental, dado que frecuentemente los diseños de las evaluaciones se modifican por razones políticas.
- Debe asegurarse que los tamaños de muestra en los grupos a comparar permitan el poder suficiente para evaluar los cambios esperados en las variables de desenlace.

Evaluación de proceso o desempeño

No debe evaluarse impacto (efectividad) sin evaluar el diseño y consistencia del programa y el proceso o desempeño. No deben divorciarse estos tipos de evaluación. La evaluación de impacto sin incluir

información sobre el diseño y variables intermedias es equivalente a una caja negra, en la que se conocen los insumos y sus efectos pero no los mecanismos.

En ausencia de impacto del programa, la falta de información sobre el desempeño o proceso del programa y de variables intermedias no permite identificar las causas de la falta de efectividad. ¿Es esa falta de efectividad resultado de la aplicación de intervenciones o acciones ineficaces o de la aplicación incorrecta de medidas o intervenciones eficaces? Las dos principales áreas de interés en las evaluaciones de proceso o desempeño son el sistema de entrega de beneficios o servicios y la utilización de dichos servicios por parte de la población.

Desempeño del sistema de entrega

Todo programa debe asegurar que los beneficios lleguen a la población objetivo en la cantidad y calidad establecidas en las normas o reglas de operación del programa. Cualquier falla en el sistema de entrega de los beneficios o servicios es suficiente para evitar que se den los efectos esperados. La evaluación de desempeño debe estudiar el sistema de entrega, identificar sus fallas y retroalimentar a los encargados de la gestión del programa.

Utilización de los servicios o beneficios

Aún cuando el sistema de entrega de beneficios o servicios fuera del todo adecuado, es posible que la población meta del programa no demande o utilice los beneficios o servicios de manera adecuada. En general, los programas de nutrición requieren de la adopción de nuevas conductas por parte de la población beneficiaria para lograr los efectos esperados.

Por ejemplo, el Programa “Oportunidades” de México entrega, entre otros beneficios, alimentos complementarios fortificados con micronutrientes para los niños entre seis y 23 meses de vida. No basta con que el sistema de entrega funcione, es decir que el alimento sea entregado a la madre cuando acude a los servicios de salud. Es necesario, además, que la madre lo prepare adecuadamente, que le agregue la cantidad apropiada de agua y lo administre al niño a quien va dirigido el alimento y no a otros niños mayores o a otros miembros de la familia.

Para lograr la adecuada preparación y administración del alimento es necesario un componente de comunicación educativa que logre la adopción de estos nuevos patrones de conducta. El Programa “Oportunidades” tuvo desde su diseño un componente educativo que consistía en pláticas que el personal de salud (médicos o enfermeras) ofrecía a las madres beneficiarias que tenían niños menores de dos años. El INSP, por encargo del programa evaluó su desempeño y determinó que las pláticas dirigidas a las madres no cumplían satisfactoriamente con su objetivo de implantar los patrones de conducta necesarios para asegurar que los niños consumieran los alimentos distribuidos con la frecuencia y cantidad esperados.

Entre los problemas detectados, destacaban las técnicas didácticas empleadas. Las pláticas usaban metodologías muy tradicionales, basadas en largas exposiciones por parte del personal de salud, con

material de apoyo que frecuentemente no era adecuado para la cultura de la población beneficiaria. Los mensajes y contenidos no se dirigían a la búsqueda de cambios de conducta y las madres solamente escuchaban la exposición sin participar. Los locales donde se impartían las pláticas eran inadecuados, frecuentemente no había sillas suficientes para las madres, quienes acudían a las sesiones con sus pequeños, los cuales lloraban durante las exposiciones, lo que interfería con el proceso de aprendizaje.

El INSP, mediante el uso de investigación formativa y mercadeo social, desarrolló un programa de comunicación educativa, dirigido a la adopción de conductas claves para lograr la adopción de las conductas esperadas. Empleaba diferentes medios como carteles; talleres con demostraciones sobre la preparación de los alimentos, en los que participan las mujeres y sus hijos, quienes consumían los alimentos preparados; mensajes en medios masivos de comunicación; vídeos para médicos y personal de salud, cuyo propósito era motivarlos para asegurar que consideraran los alimentos fortificados como un instrumento efectivo para mejorar la nutrición de los niños y mejorar sus vidas; y vídeos para las madres beneficiarias del Programa. Dicha estrategia fue implementada a pequeña escala y evaluada. La evaluación fue muy positiva, demostrando cambios de comportamiento en los hogares dirigidos a mejorar la preparación y utilización de los alimentos fortificados, lo que llevó a la adopción de este sistema, el cual actualmente está en proceso de implementación a escala. Este es un ejemplo de la utilidad de las evaluaciones de proceso como instrumento para mejorar la operación del programa o el diseño de determinados componentes.

Estas reflexiones, en conjunto, se refieren al ejercicio de evaluación como instrumento para mejorar el diseño e implementación de los programas y políticas y para la rendición de cuentas sobre el uso de recursos públicos o privados para la implementación de programas. El objetivo final de las evaluaciones es lograr los efectos propuestos a los menores costos posibles.



Doce aspectos importantes sobre el seguimiento y la evaluación de programas de nutrición

David Bravo

Director del Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile

A partir de la exposición de los trabajos de los doctores Rivera y Behrman sobre seguimiento y evaluación, quisiera subrayar los siguientes doce puntos.

1. Un sistema de seguimiento y evaluación constituye uno de los pilares de cualquier iniciativa que apunte hacia la erradicación de la desnutrición infantil en la región. De otro modo, no sería factible vigilar el cumplimiento de los objetivos propuestos a nivel de región, país y también a nivel de los programas al interior de los países. El Programa Mundial de Alimentos (PMA) ha entendido lo anterior y ha liderado y promovido la integración del seguimiento y la evaluación a las agendas de los países.

2. Cuando se enfrentan objetivos a nivel de la región latinoamericana, emergen inmediatamente los desafíos asociados a la necesaria armonización de los sistemas de monitoreo y evaluación. Esta armonización es fundamental pues permite:

- a) Obtener lecciones de impacto generalizables a otros países; y
- b) Aprovechar la dimensión de bien público que tienen las evaluaciones.

No es necesario evaluar el impacto de todos los tipos de programas en cada país, dado que estas evaluaciones son costosas. Un sistema armonizado permite que todos los países aprovechen unas pocas evaluaciones bien diseñadas en cada país. Destaca acá el trabajo promovido por el PMA en el marco de la iniciativa para erradicar la desnutrición infantil en Centroamérica y la República Dominicana desarrollado por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (Atalah et al. 2007).

3. La evaluación y el seguimiento son fundamentales para:

- a) Dar retroalimentación sobre el funcionamiento de los programas;
- b) Asegurar la continuidad de los esfuerzos del Estado en el tiempo (aún con distintos gobiernos);
- c) Asegurar la transparencia y el predominio de la rendición de cuentas.

4. Podemos distinguir tres tipos de evaluación, las que deben estar integradas en un sistema de seguimiento y evaluación:

- a) Evaluaciones de diseño de los programas: son importantes para responder cuáles son las estrategias o programas que permiten asegurar el objetivo planteado;



David Bravo
Director del Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile



b) Evaluaciones de proceso: permiten informar si las intervenciones se han desarrollado según lo planeado, además de proveer información sobre la institucionalidad del programa y el contexto en el cual éste se ha implementado; y

c) Evaluaciones de impacto, que permiten establecer el efecto causal de la intervención nutricional sobre los indicadores objetivo.

5. La base de un sistema de seguimiento y evaluación está dada por un sistema de vigilancia nutricional que permita el seguimiento, a nivel individual, de indicadores antropométricos del niño y otros indicadores del niño y de la madre.

6. La implementación de un sistema de monitoreo y evaluación conlleva la necesidad de desarrollar capacidades institucionales, para lo cual se requiere:

a) Un organismo que asegure la independencia de las evaluaciones y

que pueda enfrentar los distintos problemas a nivel político relativos a los programas; y

b) Desarrollar capacidades a nivel local para poder implementar las evaluaciones.

7. Es fundamental diseñar la evaluación de impacto de los programas que forman parte de la estrategia de erradicación de la desnutrición infantil, asegurando un grupo de control. Sin un grupo de control adecuado no será posible establecer relaciones causales y, por lo tanto, no se podrá establecer si el programa ha cumplido con los objetivos. Para la selección del grupo de control, la regla de oro es la asignación aleatoria del estatus de tratamiento. Cuando ello no es posible, existen otros métodos que pueden utilizarse y deben analizarse en su conveniencia, caso a caso. Ante el planteamiento de dilemas éticos para la asignación aleatoria del grupo de control, se pueden utilizar estrategias que permitan su implementación como, por ejemplo, aprovechar la implementación gradual de los



programas por razones presupuestarias o bien la implementación de programas piloto. Un dilema ético mayor se encuentra cuando un país no es capaz de decir cuál es el impacto de los cientos de millones de dólares invertidos en programas que no tuvieron un grupo de control adecuado.

8. ¿Cuándo debiera planificarse el seguimiento y la evaluación? Temprano, idealmente junto con el diseño del programa o la política. Esto permitirá contar con más opciones para diseñar una estrategia para contar con grupos de control, identificar tamaños muestrales apropiados, planificar la aplicación de encuestas, etc.

9. Un sistema de monitoreo y evaluación requiere contar con resultados definidos y los indicadores que se utilizarán para su medición. La exposición del Profesor Behrman mostró que hay un amplio conjunto de indicadores que se pueden utilizar para evaluar las políticas. Es recomendable y útil que el sistema de seguimiento y monitoreo se base en el desarrollo de matrices de marco lógico, que permiten construir indicadores de resultado a distintos niveles coherentes con los objetivos definidos para el programa o la política.

10. Un sistema de evaluación debe definir claramente su horizonte temporal. Dependiendo de cuándo se esperaría encontrar impacto en los distintos indicadores, se debe planificar el levantamiento de encuestas y datos del sistema administrativo o de vigilancia que permitan construir indicadores en dichos momentos.

11. Un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de impacto se basa en el levantamiento de datos. Para ello, es fundamental:

a) Planificar la implementación de líneas de base, que permitan configurar la situación anterior a la implementación de las intervenciones a evaluar;

b) Planificar las encuestas que será necesario aplicar, entendiendo que se requiere recoger datos longitudinales, es decir, que sigan a los mismos individuos (aunque sea a nivel de muestras) en el tiempo; y

c) Cuidar que las encuestas sean levantadas por organismos competentes que aseguren la calidad de los datos.

12. Finalmente, se ha enfatizado que el sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación debe recoger información sobre los costos de los programas e intervenciones, de manera que se puedan implementar análisis de costo-beneficio o costo-efectividad, en que los beneficios provengan de las evaluaciones de impacto implementadas. Este análisis será fundamental para poder jerarquizar las intervenciones más efectivas, en términos de costos, así como también para permitir el acopio de evidencia que pueda demostrar el alto impacto relativo a los costos que tienen las intervenciones nutricionales, tal como ya se ha constatado en estudios internacionales.

Referencias

Atalah E, Bravo D, Pizarro M, Yepes M.

2007. "Monitoreo y evaluación de impacto: herramientas claves en el combate a la desnutrición infantil en Centroamérica y la República Dominicana". Centro de Microdatos, Departamento de Economía, Universidad de Chile y Programa Mundial de Alimentos (PMA)



Capítulo 3

MARCOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS PARA PRESERVAR LA NUTRICIÓN EN MOMENTOS DE CRISIS



SUMARIO

Este capítulo comprende la exposición hecha en la Conferencia Regional Ministerial de Santiago por Fitzroy J. Henry, Director del Instituto de Alimentos y Nutrición del Caribe (Caribbean Food and Nutrition Institute, CFNI). El Dr. Henry presenta una tipología de situaciones críticas que afectan a los Estados insulares del Caribe, incluyendo las de carácter ambiental (sequías, inundaciones, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas), económico (depresiones o inflaciones de precios), epidémico (fiebre aftosa, plagas de langostas, HIV/SIDA), político (violencia, desplazamiento interno) y social (ruptura de redes de protección, colapso de mecanismos informales de apoyo).

Estas crisis impactan negativamente la condición nutricional de la población porque alteran la disponibilidad y el acceso a los alimentos, los hábitos y prácticas alimentarias, la distribución y preparación de comida, las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria; interrumpen el cuidado y la alimentación de las niñas y niños; generan infecciones y enfermedades; y causan insuficiencias de micronutrientes y desnutrición.

El Dr. Henry hace hincapié en la necesidad de contar con programas sólidos, focalizados en los grupos más vulnerables, para preservar la nutrición durante episodios traumáticos que siguen a las crisis. Muchos programas sólidos tienen la posibilidad de resistir los embates de los huracanes anuales y otras crisis. Estos programas incluyen iniciativas de salud materno-infantil (incluyendo la lactancia materna y la suplementación con hierro), la alimentación escolar y la fortificación de alimentos. La inflación de los precios de los alimentos, sin embargo, tiene potencial para revertir los logros nutricionales alcanzados en algunos países del Caribe.



Esfuerzos para preservar la nutrición durante momentos de crisis: La experiencia caribeña

Fitzroy J. Henry

Director del Instituto Caribeño de Alimentación y Nutrición (OPS/OMS)

Traducción de Carlos Guevara Mann

Las crisis y la nutrición

Efectos de las crisis sobre la condición nutricional y el desarrollo

Antes de considerar las crisis debemos examinar primero la relación entre la nutrición y el desarrollo, fuera de un contexto crítico. Los principales elementos que afectan la condición nutricional son de origen económico, sociocultural, ambiental y político. Estos elementos interactúan de varias maneras para afectar la condición nutricional y la ingesta alimenticia de los individuos a través de factores intermedios. Estos factores, de manera separada y colectiva, influyen en la condición nutricional de los individuos.

La condición nutricional, a su vez, tiene un efecto sobre el desarrollo de individuos, comunidades y naciones. Existe una falsa percepción de que la nutrición guarda relación únicamente con el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que atañe al hambre y la extrema pobreza. La nutrición ejerce, directa o indirectamente, un papel crucial en el logro de las metas de desarrollo contenidas en los primeros seis ODM, lo mismo que en la consecución de otros objetivos.

La historia reciente del Caribe ha demostrado resultados espectaculares en salud y el mejoramiento de la situación nutricional fue esencial para producir dichos cambios. Todos los años se genera evidencia científica adicional y persuasiva acerca de la creciente relación de la nutrición con el bienestar y las enfermedades. En el Caribe, la nutrición tiene una función fundamental que desempeñar en el alivio de la pobreza y la creación de programas de seguridad social, en los procesos de reformas del sector de la salud, en el comercio alimenticio mundial y en la promoción de los derechos humanos. En consecuencia, la importancia de la nutrición va mucho más allá de la relación que guarda con los ODM: ejerce un papel significativo en la salud y en otros aspectos del desarrollo nacional y regional.

Esta perspectiva sobre la nutrición y el desarrollo debe también considerar los impactos adicionales causados por las crisis de origen natural o humano. Los desastres súbitos o de lenta gestación tienen efectos sobre el estado nutricional, pero estos efectos son diferentes. Los huracanes e inundaciones, por ejemplo, afectan la disponibilidad de alimentos, pero no todos los desastres repentinos producen una escasez de alimentos lo suficientemente severa para deteriorar la situación nutricional.

Los desastres súbitos, sin embargo, trastornan los sistemas de transporte y comunicación y causan distorsiones en las actividades sociales y económicas. El acceso a inventarios de alimentos puede interrumpirse debido a irregularidades en los sistemas de distribución o la pérdida de ingresos para adquirirlos. En el Caribe, la destrucción de cultivos alimenticios—especialmente bananos, azúcar y arroz—afecta la viabilidad económica de las familias y los países.



Fitzroy J. Henry
Director del Instituto Caribeño de Alimentación y Nutrición (OPS/OMS)



Crisis y nutrición infantil

En el Caribe, las crisis prolongadas afectan la disponibilidad de —y el acceso a— los alimentos, a través del deterioro de las condiciones de vida resultante de la pérdida de cultivos, el agotamiento de inventarios de alimentos y las fallas del mercado, entre otros fenómenos. Estos, a su vez, afectan la asignación de alimentos dentro de las familias. En el Caribe, la lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria generalmente se mantienen en tiempos de crisis, durante los cuales se suele dar prioridad a la alimentación de niñas y niños pequeños.

La principal amenaza a la nutrición infantil proviene de las infecciones y de la mala salud. Durante las crisis, una pobre infraestructura ambiental y la carencia de provisiones o el acceso inadecuado a bienes como el agua potable, exponen a muchas niñas y niños a los riesgos de la diarrea y otras enfermedades transmisibles a través del agua o los alimentos.

La experiencia del Caribe

Condiciones y tendencias nutricionales

Hay desnutrición en el Caribe, pero no es tan severa como en otras partes del mundo. En la mayoría de los países para los que había datos disponibles, la proporción de niñas y niños desnutridos menores de cinco años ha disminuido durante la última década (ver Cuadro 1). Trinidad y Tobago, St. Kitts y Nevis, Dominica y Antigua-Barbuda reflejan tasas bajas y decrecientes, mientras que Jamaica y Grenada muestran tasas moderadas. La desnutrición es relativamente alta en St. Vincent y los datos más recientes reflejan una tendencia al alza, al igual que en Grenada.

Las tasas de desnutrición en Guyana han decrecido en años recientes, pero siguen siendo las más altas en comparación con los otros países. Encuestas recientes en Guyana indican que la desnutrición prevalece en comunidades rurales, especialmente, entre la población indígena, la mayoría de la cual vive en el interior del país, donde la carencia de oportunidades económicas y una red de transporte precaria obstaculizan el acceso a los alimentos y a los cuidados de la salud.

Una discusión de las causas de la desnutrición sería trivial sin tomar en cuenta la pobreza. El Cuadro 1 muestra las tasas de pobreza de varios países caribeños. A pesar del considerable progreso económico experimentado después de la independencia, la pobreza y la desigualdad—tanto de ingresos como en el acceso a los recursos—se mantienen a niveles inaceptablemente altos y siguen siendo desafíos principales en esta zona. Carlson (1999) sostiene que ambos problemas son los factores que han coartado el crecimiento y el desarrollo en el Caribe. Las cifras estimadas de indigencia¹ en el Cuadro 1 muestran gran variación entre los países.

La desigualdad está estrechamente vinculada a la pobreza. Estudios recientes demuestran que una disminución en la desigualdad puede reducir el número de hogares pobres, pero que los esfuerzos para alcanzar este objetivo a través del crecimiento deben ser complementados mediante políticas para reducir la desigualdad (Cornea y Court 2001).

El coeficiente de Gini es una medida convencional de la desigualdad. Dicho coeficiente oscila entre 0 (igualdad absoluta) o 1 (lo que significaría que una persona u hogar recibe todo el ingreso en una sociedad). Los coeficientes de Gini revelados en el Cuadro 1 muestran niveles relativamente altos de desigualdad en el ingreso. Estos niveles de desigualdad figuran entre los más altos del mundo (Thomas y Wint 2002).

¹ La línea de la indigencia (indigence poverty line, IPL) equivale a una dieta aceptable en términos culturales y adecuada en términos nutricionales para una familia de cuatro miembros, basada en el costo de mercado más bajo de 2,400 requerimientos calóricos para adultos y 1720 calorías para niñas y niños menores de 12 años. La línea de la pobreza equivale al IPL más otros requerimientos no esenciales (v. gr., educación, salud, transporte, vivienda, etc.). Se considera pobre a un hogar si su gasto es inferior a la línea de la pobreza.

Cuadro 1
Relación entre tendencias nutricionales, pobreza y desigualdad en el Caribe
1994-1996, 2000-2003

Países	1994-1996 (desnutrición en menores de 5 años)	2000-2003 (desnutrición en menores de 5 años)	TENDENCIA	Indigencia (%)	Coefficiente de Gini
Tasas altas					
Guyana	19,0	8,0		28	0,43
Belice	15,0	7,3	↓	13	0,51
St. Vincent	5,7	5,9	↑	26	0,56
Tasas moderadas					
Jamaica	5,6	3,6	↓	na	0,38
Grenada	1,5	3,4	↑	13	0,45
Tasas bajas					
Trinidad	3,4	2,5	↓	11	0,41
St. Kitts	4,4	2,0	↓	17	0,37
Dominica	2,3	1,6	↓	15	0,35
Antigua	1,8	1,2	↓	4	0,48

Fuentes: a) Desnutrición: datos clínicos por país; b) Pobreza y coeficiente de Gini: Evaluaciones de pobreza y estudios sobre estrategias de reducción de la pobreza llevados a cabo por el Banco de Desarrollo del Caribe (Caribbean Development Bank) y el Banco Mundial, respectivamente.

Es educativo notar que aunque no hay una coherencia sólida entre estos fenómenos, algunos de los países con las tasas más altas de desnutrición tienen también altos niveles de pobreza y desigualdad.

Entre las deficiencias de micronutrientes, la deficiencia de hierro que produce anemia es la más común en el Caribe, probablemente causada por bajo consumo y absorción de este nutriente. Muchas familias sobrellevan situaciones de crisis a través de la modificación de su dieta, lo que puede incidir considerablemente en los niveles de anemia.

En la mayoría de los países del área existen programas de prevención y control de la anemia. Sin embargo, en ocasiones dichos programas no incluyen a las niñas y niños pequeños entre su población-objetivo. La escasez de recursos financieros impone limitaciones a la ejecución de dichas iniciativas, lo que impide una amplia cobertura y expansión.

El impacto de los desastres naturales

La zona del Caribe es propensa a los desastres naturales, particularmente a los huracanes. Todos los años, entre junio y noviembre, las Antillas se ven amenazadas por tormentas tropicales que suelen producir inundaciones y aludes. Esta zona también se ve afectada por sequías regulares y, con menor frecuencia, terremotos. Los huracanes, las inundaciones y las sequías normalmente destruyen los

cultivos y la base agrícola de las economías caribeñas. Esta devastación tiene un efecto directo sobre los suministros de alimentos y los ingresos en moneda extranjera que son necesarios para adquirir alimentos, entre otras necesidades.

El Cuadro 2 muestra los diez desastres más devastadores en tiempos recientes, ordenados de acuerdo con la pérdida monetaria que cada uno produjo. Vale la pena notar que algunos países fueron afectados dos veces en el mismo año (Bahamas) o en años consecutivos (Grenada). Por otra parte, un mismo huracán (v.gr., "Iván") puede devastar a varios países en tan solo unos días.

Los efectos de un desastre generalmente dependen de la infraestructura existente en el país y de los recursos disponibles para enfrentarlo adecuadamente. Las cifras económicas presentadas en el Cuadro 3 constituyen un indicador de la preparación de los países para asumir los efectos de un desastre. Es importante notar que la mayoría de los países experimentan un crecimiento económico modesto y que los países con mayor proporción de poblaciones vulnerables (Guyana y Haití) son también aquéllos con crecimiento económico negativo. Si a esta frágil situación económica se añade las secuelas de un desastre natural, las consecuencias pueden ser catastróficas.

La información recopilada para este estudio es muy reveladora. A pesar de los repetidos embates de huracanes e inundaciones, las tasas de desnutrición en el área reflejan una tendencia decreciente.

Cuadro 2
Los diez desastres más devastadores del Caribe en tiempos recientes
1980-2005

#	Fecha	País	Evento	Pérdidas(millones de US\$)
1	2005 (20 de Dic.)	Guyana	Inundación	2,674
2	2004 (7 de Sept.)	Grenada	Huracán (Iván)	895
3	2004 (9 de Sept.)	Jamaica	Huracán (Iván)	592
4	2004 (2 de Sept.)	Bahamas	Huracán (Frances)	356
5	2004 (25 de Sept.)	Bahamas	Huracán (Jeane)	350
6	1980 (4 de agosto)	St. Lucia	Huracán (Allen)	92
7	1994 (9 de Sept.)	St. Lucia	Huracán (Debby)	85
8	2005 (14 de Julio)	Grenada	Huracán (Emily)	75
9	2004 (21 de Nov.)	Dominica	Terremoto	45
10	2004 (12 de Nov.)	Trinidad	Alud	33

Una observación interesante es que la proporción de niños con sobrepeso aumentó. Claramente, hay factores que inciden en la creciente tendencia al sobrepeso.

Es interesante preguntarse por qué la población desnutrida siguió disminuyendo a pesar de la reincidencia de desastres naturales. El argumento que aquí se presenta es que tres programas fundamentales actúan como barreras para mitigar los efectos de esas crisis:

1) Los programas materno-infantiles, que protegen la salud y el bienestar de las mujeres, particularmente las mujeres embarazadas y las madres lactantes; la planificación familiar; la lactancia y la alimentación complementaria; la salud infantil y la vacunación; y la entrega de suplementos alimenticios y de hierro tanto a madres como a niñas y niños pequeños.

2) Los programas de alimentación escolar, que alivian el hambre a corto plazo en escolares desnutridos (o bien nutridos) y previenen las deficiencias de micronutrientes. Estos programas producen también otros beneficios. En Jamaica, el suministro de desayunos a los estudiantes de escuelas primarias contribuye significativamente a aumentar la asistencia a la escuela y el rendimiento en aritmética.

Cuadro 3
Indicadores económicos de algunos países de la Comunidad del Caribe (CARICOM)
c. 2003

Estado	Población (000)	PIB (US\$)	Crecimiento del PIB (%)	Pobreza (%)	Privados de alimentos (%) 2003
Bahamas	321	15.000	1,3	8	7
Belice	283	3.460	3,4	33	5
Dominica	72	3.670	1,8	39	8
Grenada	106	3.770	4,3	29	7
Guyana	750	1.040	-0,3	36	12
Haití	8.400	410	-2,4	78	47
Jamaica	2.600	3.300	1,1	15	10
St. Kitts	46	7.750	3,3	30	11
St. Lucia	167	4.410	4,4	29	5
Trinidad	1.300	9.070	8,4	21	11

3) La fortificación de alimentos, disponible en todo el Caribe mediante la fortificación de la harina con hierro y vitaminas. Exceptuando la insuficiencia de hierro, la deficiencia de micronutrientes es baja. El consumo de productos farináceos está ampliamente distribuido entre la población adulta y el desafío en este respecto es asegurar que se dé seguimiento a los niveles de fortificación para que las metas sean alcanzadas y se mantengan. Otro desafío es asegurar que las niñas y niños pequeños consuman productos farináceos adecuadamente fortificados. Hay mucho campo para incentivar esta conducta, a través de la promoción de prácticas mejoradas de alimentación infantil.

El impacto de la inflación de los precios de los alimentos

El alza de los precios de los artículos alimenticios constituye otro tipo de crisis que puede tener consecuencias devastadoras sobre los esfuerzos para preservar la condición nutricional, muy en particular la de niñas y niños. Para evaluar apropiadamente el impacto de esta crisis, los aumentos en los precios de los alimentos deben relacionarse con el poder adquisitivo de los miembros más vulnerables de la sociedad.

Para evaluar este impacto, utilizamos el método del “análisis del costo de los nutrientes”, que establece el costo mínimo de obtener una canasta de artículos nutritivos para una familia de tamaño determinado. La canasta de artículos incluye alimentos disponibles actualmente en mercados locales, tomando en cuenta las preferencias culturales. El análisis se basa en una lista de alimentos y sus respectivos precios. A partir de dicha lista, un programa informático genera el costo mínimo de la canasta de artículos nutritivos.

Preferimos este método por las siguientes razones:

- 1) Provee orientación a los consumidores acerca de cómo tomar sus decisiones de compra de alimentos, tomando en cuenta su estructura de precios y los criterios nutricionales fundamentales;
- 2) El costo de la canasta de alimentos puede ser expresado como una proporción del salario mínimo y vigilado a lo largo del tiempo para definir el poder adquisitivo de los sectores de más bajos ingresos;
- 3) Puede ser utilizado en el análisis de la pobreza para estimar el número de personas debajo de una línea de pobreza;
- 4) Puede ser empleado como una herramienta de política (por ejemplo para fijar salarios) por Gobiernos, sindicatos y el sector privado.

El análisis del costo de los nutrientes reveló que en 2008, todos los países del Caribe (excepto Grenada) mostraron mayor vulnerabilidad como resultado de un incremento en la proporción del salario

mínimo requerida para acceder a una dieta balanceada. En la mayoría de los países, la inflación en los precios de los alimentos rebasó los incrementos salariales.

La protección de los sectores vulnerables

Los sectores vulnerables en el Caribe

Es bien sabido que los grupos más vulnerables en el Caribe están constituidos por los pobres, los habitantes rurales y los trabajadores no calificados. Para dirigir las intervenciones de manera práctica a través de una apropiada determinación de la vulnerabilidad, utilizamos una “aproximación de medios de vida sostenibles” para evaluar la seguridad alimentaria. Los medios de vida comprenden las capacidades, activos y actividades requeridos para vivir. Los medios son sostenibles cuando permiten enfrentar y recuperarse de impactos exógenos, mantener y expandir las capacidades y activos y proveer oportunidades sostenibles para las próximas generaciones, a corto y largo plazo.

Un sistema de medios de vida es considerado vulnerable cuando está expuesto a varios factores que crean riesgos para la mayoría de las personas que pertenecen a dicho sistema. Dentro de todo grupo vulnerable habrá algunas personas que son más vulnerables que otras. Los grupos dependientes, desde el punto de vista económico o marginado, desde el punto de vista social, son los más propensos a la inseguridad alimentaria.

Con base en estos conceptos, los grupos caracterizados como de mayor vulnerabilidad en el Caribe son los siguientes:

- Pescadores
- Agricultores de subsistencia
- Cortadores de caña
- Pobres urbanos
- Cultivadores de bananos
- Cultivadores de arroz
- Trabajadores no calificados del sector hotelero y de la construcción

Los medios de vida de todos estos grupos están caracterizados por la escasez de recursos, que reduce la capacidad para alcanzar la seguridad alimentaria. Además, la escasez de activos restringe las posibilidades de estos grupos de superar situaciones de crisis. Se requieren políticas públicas focalizadas para fortalecer la seguridad alimentaria entre estos grupos vulnerables.



Redes de seguridad social en el Caribe

Las redes de seguridad social están diseñadas para proveer beneficios a los pobres y grupos vulnerables a través de la mitigación de los efectos de la pobreza o las crisis. Estos programas sociales tienen una larga historia en el área. Se remontan a la creación de la “Ley de los pobres” en el siglo diecinueve (asistencia pública, pensiones de vejez). La crisis económica generalizada en los años setenta y de los programas de ajuste estructural a finales de la década de los ochenta, generaron mayor interés en las redes de seguridad social como medios para contrarrestar los efectos de las medidas de austeridad ejecutadas por los Gobiernos. Los desastres naturales también presentan una amenaza continua a la condición nutricional de los grupos vulnerables, particularmente de las niñas y niños.

Típicamente, los programas sociales comprenden tres componentes:

- 1) Asistencia social (generalmente para personas cuyos ingresos se sitúan por debajo de cierto umbral)
- 2) Seguro social (por ejemplo las pensiones)
- 3) Transferencias categóricas (auxilios para grupos que califiquen para recibirlos, de acuerdo con criterios específicos).

Las redes de seguridad en el Caribe usualmente consisten de una combinación de estos tipos de transferencias. Los principales tipos son:

- Asistencia social
- Obras públicas
- Desarrollo de pequeñas empresas
- Pensiones sin aportes
- Pensiones del seguro social nacional
- Cuidados a hogares
- Traslado escolar, libros y auxilios relacionados
- Seguro de desempleo (sólo en Barbados)

La introducción de transferencias condicionadas es un evento significativo en el desarrollo de las redes de seguridad social. Así por ejemplo, en los programas de alimentación escolar los niños deben asistir a clases durante el 85 por ciento del año escolar, recibir vacunaciones y los padres deben asistir a reuniones escolares. Además, se promueven políticas de integración de sectores sociales como la salud y la educación. El Programa de Mejoramiento a través de la Salud y la Educación de Jamaica (“Program of Advancement Through Health and Education”, PATH) y el Programa de Mejoramiento del Impacto Social de Guyana (“Social Impact Amelioration Program”, SIMAP) son buenos ejemplos.

El Cuadro 4 presenta aquellos programas sociales con mayores probabilidades de causar un impacto sobre el acceso a los alimentos. La mayoría de los países cuentan con programas continuos de alimentación escolar y proveen auxilios en especie a los beneficiarios. Estos programas pueden compararse con las tasas de desnutrición en el Cuadro 1.

Las siguientes son algunas lecciones importantes que pueden derivarse de los programas de seguridad social:

- 1) La necesidad de minimizar los costos administrativos y la fuga de los beneficios de los programas;
- 2) Las transferencias condicionadas parecen tener mayor efecto que las transferencias sin condiciones;
- 3) La necesidad de una determinación efectiva de la población-objetivo;
- 4) En última instancia, corresponde a los Gobiernos crear las bases económicas estructurales a fin de que eventualmente pueda superarse la necesidad de muchas de las redes sociales.

Cuadro 4
Programas con impacto directo en la disponibilidad de nutrientes de los beneficiarios
algunos países del Caribe

País	Alimentación escolar	Beneficios en especie	Alimentación suplementaria	Suplementación de micronutrientes
Guyana	✓		✓	✓
St. Vincent	✓	✓	✓	
Jamaica	✓		✓	✓
Grenada	✓	✓		
Trinidad	✓	✓		
St. Kitts	✓	✓		
Dominica	✓	✓		
Barbados	✓	✓		
Bahamas	✓	✓		
Belice	✓	✓		
St. Lucia	✓	✓		

Estrategias de los grupos vulnerables para enfrentar las crisis

El Cuadro 5 muestra la proporción de hogares que usan diversas estrategias para enfrentar las crisis. Con respecto a la nutrición, es importante observar que la calidad de las comidas se ve comprometida en muchos hogares. La restricción de comidas a niñas y niños ocurre en un porcentaje relativamente bajo de hogares, frente a la limitación de comidas a adultos (7 frente a 30 por ciento). Estas estrategias probablemente explican por qué la condición nutricional de las niñas y niños no se ve severamente afectada durante las crisis recurrentes indicadas en el Cuadro 2.

Cuadro 5
Estrategias de los grupos vulnerables en el Caribe para enfrentar las crisis

Estrategia	% de hogares
Uso de ahorros	72
Préstamos de familiares o amigos	57
Reducción de la calidad de las comidas	44
Reducción en el número de comidas de los adultos	30
Apoyo de familiares en el extranjero	26
Venta de ganado u otros activos	15
Venta de joyas y objetos de valor	10
Reducción en el número de comidas de niñas y niños	7
Apoyo de organizaciones de beneficencia	5
Mendicidad	3
Préstamos bancarios	1



Conclusión

Este trabajo muestra que la nutrición puede salvaguardarse inclusive bajo condiciones de crisis si los fundamentos de una buena nutrición son sólidos y gozan de protección. Las crisis prolongadas requieren de estrategias y acciones dirigidas a satisfacer las necesidades inmediatas, que deben ser combinadas con intervenciones a largo plazo para preservar un estado nutricional óptimo. La atención de la desnutrición, incluso durante períodos de crisis, requiere la coordinación de las acciones de sectores de la salud, la educación, la agricultura y el comercio, entre otros, para afrontar las causas subyacentes del fenómeno.



Referencias

Carlson B (ed.)

1999. *Social Dimensions of Economic Development and Productivity: Inequality and Social Performance*. Ginebra: Naciones Unidas.

Cornea G, Court J.

2001. "Inequality, Growth and Poverty in the Era of Liberalization and Globalization." *Policy Brief No. 4*. Helsinki: Universidad de las Naciones Unidas / Instituto Mundial para el Desarrollo de la Investigación Económica (UNU/WIDER).

Thomas M, Wint E.

2002. "Inequality and Poverty in the Eastern Caribbean." Trabajo presentado en la Séptima Conferencia Anual sobre Desarrollo del Banco Central del Caribe Oriental, St. Kitts, 21-22 de noviembre



Capítulo 4

UNA APROXIMACIÓN INTEGRAL A LOS ESFUERZOS POR ERRADICAR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

El cuarto capítulo incluye los aportes de Onaur Ruano, Secretario Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre de Brasil y María Roquebert, Ministra de Desarrollo Social de Panamá.

El Secretario Ruano destaca el impacto del Programa “Hambre Cero” (“Fome Zero”), una estrategia del gobierno de Brasil encaminada a garantizar el derecho humano a la adecuada alimentación, particularmente entre las personas con dificultades de acceso a los alimentos. Las principales ideas, programas e intervenciones de “Hambre Cero” convergen alrededor de cuatro áreas prioritarias: el acceso a los alimentos, la generación de salarios, el fortalecimiento de la agricultura familiar y la articulación social.

En lo que atañe al acceso a los alimentos, “Hambre Cero” administra los programas de bolsas familiares (“Bolsa Família”), alimentación escolar (PNAE), construcción de cisternas, albergues alimentarios, bolsas de alimentos, alimentación a grupos específicos, agricultura urbana y huertos comunitarios, educación nutricional, promoción de hábitos alimentarios, alimentación para trabajadores (PAT) y alimentación básica. Las iniciativas de generación de salarios comprenden programas de capacitación social y profesional, solidaridad económica e inclusión productiva, organización productiva de comunidades marginadas (PRODUZIR), desarrollo de cooperativas modelo y microcrédito productivo y focalizado.

Iniciativas como el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF), la protección de cosechas, el seguro para la agricultura familiar y el Programa de Adquisición de Alimentos contribuyen al logro del tercer objetivo. La articulación social se promueve a través de las actividades de los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), así como de la educación ciudadana, la capacitación de agentes públicos, la recaudación de fondos y donaciones y las alianzas estratégicas con empresas e individuos, entre otras.

La Ministra Roquebert describe la estrategia social panameña para el período 2004-2009, cuyos tres pilares fundamentales son: combatir la pobreza y la indigencia, promover el desarrollo humano y la inclusión social y asegurar la institucionalización de las medidas sociales. Las principales entidades encargadas de ejecutar esta estrategia son el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional.

Los programas del gobierno panameño atienden principalmente las áreas de desarrollo social, salud y desarrollo rural. Para promover el desarrollo social, existen iniciativas de asistencia familiar, subsidios a organismos no-gubernamentales (ONGs) y transferencias monetarias condicionadas (bonos familiares). Estas transferencias se canalizan a través de la Red de Oportunidades, que provee un beneficio familiar fijo de 35 dólares mensuales, entregado a las madres de familias indigentes, especialmente en las zonas indígenas. En el área de la salud, existen el programa de alimentación complementaria e iniciativas de suplementación con micronutrientes (hierro y vitamina A), vacunación y crecimiento y desarrollo. El desarrollo rural se fomenta a través de los bonos agrícolas y subsidios a ONGs.



Una aproximación integral a los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil: Acciones para reducir la pobreza y la desigualdad de ingreso en Brasil

Onaur Ruano

Secretario Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre de Brasil

El ambiente social y económico familiar en el cual viven los niños es un factor importante para evaluar las condiciones de la nutrición infantil. Las condiciones precarias de vida, que llevan al agravamiento de la salud y de la nutrición, están asociadas al bajo ingreso familiar, que determina el limitado poder de compra de los alimentos (Assis et al. 2007), la ausencia de condiciones adecuadas de saneamiento básico (Blakely et al. 2005) y el limitado y desigual acceso a los servicios de salud con capacidad resolutive (Makinen et al, 2000).

La pobreza y la desigualdad económica y social son reconocidas como determinantes en la privación del acceso a los alimentos con regularidad, en cantidad y calidad suficientes, para personas y familias en esas condiciones. Por consiguiente, políticas públicas que lleven a la reducción de la pobreza y de la desigualdad son fundamentales en el conjunto de medidas que contribuyen a la reducción y la erradicación de la mortalidad y desnutrición infantil.

En Brasil, a pesar de los avances importantes reconocidos, el hambre y, en particular, la desnutrición infantil, aún representan un desafío que necesita ser superado, sobre todo debido a la falta de acceso a los alimentos, ocasionada por el bajo poder adquisitivo de millones de brasileños.

Brasil es una república federativa con una población de 184 millones de personas en un territorio de 8,5 millones de kilómetros cuadrados, distribuidos en 5.564 municipios organizados en 26 estados y el Distrito Federal (IBGE 2007). El Producto Interno Bruto (PIB) es de aproximadamente US\$1.2 billones, con un ingreso per cápita de 8.020 dólares anuales (FMI 2006).

Desde el punto de vista estructural, la estabilidad económica con el control de la inflación y la recuperación del valor real del sueldo mínimo son factores de extrema importancia para la mantención del poder de compra. Al mismo tiempo estos factores potencian la mejoría del ingreso global de la familia, propiciando el aumento y la ampliación de la variedad de los alimentos consumidos.

Desde el punto de vista de la promoción de las políticas públicas, de un modo específico, algunos resultados obtenidos con la implantación de la Estrategia “Hambre Cero” del Gobierno brasileño desde 2003 han contribuido efectivamente al esfuerzo integrado de combate a la desnutrición infantil.



Onaur Ruano

Secretario Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre de Brasil



Datos de 2006 indican la existencia de 36 millones de personas (19,3 por ciento de la población) bajo la línea de pobreza, medida por la referencia de ingreso mensual per cápita familiar inferior a medio sueldo mínimo, es decir, 71 dólares. Si se toma en consideración el ingreso per cápita de hasta un dólar/día PPA (paridad del poder adquisitivo), la proporción de brasileños que vive en situación de pobreza extrema equivale al 4,2 por ciento de la población. Datos recientes demuestran una mejoría del índice de desarrollo humano brasileño, que ha aumentado a 0,8. La desigualdad, medida por el índice de Gini, ha disminuido a 0,562 (Neri 2007).

La situación de la seguridad alimentaria en Brasil fue evaluada en el censo realizado en 2004 por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Por primera vez ha sido efectuada, en el ámbito nacional, una Encuesta Nacional de Hogares por Muestreo (PNAD) acerca de la seguridad alimentaria, utilizando la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria (EBIA). Dicha escala es el resultado de la adaptación y validación de la escala del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (Bickel et al. 2000) y fue validada en Brasil después de algunas adecuaciones (Segall-Corrêa et al. 2004; Pérez Escamilla et al. 2004).

El resultado indicó que en el 65,2 por ciento de los cerca de 52 millones de domicilios particulares estimados por la PNAD vivían personas en situación de seguridad alimentaria. Es decir, sus moradores tuvieron acceso, en los noventa días anteriores a la fecha de la encuesta, a los alimentos en cantidad y calidad adecuadas y no sentían que estaban en peligro de sufrir, en el futuro próximo, restricciones en dicho acceso. Por otro lado, en el restante 34,8 por ciento de los domicilios en situación de inseguridad alimentaria, vivían personas en condición de inseguridad alimentaria leve (16 por ciento), moderada (12,3 por ciento) o grave (6,5 por ciento). Es necesario enfatizar que esa situación está, en la forma como ha sido medida, relacionada con la ausencia de recursos de los moradores para la adquisición de alimentos.

Los indicadores demuestran que la desnutrición infantil está disminuyendo en Brasil. En 1974-1975, en el grupo de niños con menos de cinco años de edad, 18,4 por ciento tenían bajo peso para su edad. Esta proporción ha disminuido en las décadas siguientes a 7,1 por ciento en 1989, 5,7 por ciento en 1996 y 4,6 por ciento en 2002-2003. En el índice de altura por edad, que expresa las alteraciones acumuladas a lo largo del tiempo en la situación de nutrición y salud de los niños, la tendencia observada, por ejemplo, entre 1975 y 1996, también es a la reducción.¹

Del mismo modo, los datos del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), que involucran cerca de 45 por ciento de la población brasileña del grupo de menor ingreso, indican que la desnutrición, medida según el peso por edad de los niños menores de un año, ha disminuido de un 10,1 por ciento en 1999 a un 2,4 por ciento en 2006, a pesar de la persistencia de diferencias regionales importantes. En el Nordeste, considerada la región más pobre del país, la desnutrición aguda ha disminuido de un 11,5 por ciento en 1999 a un 3,3 por ciento en 2006. En el Sur—la región más desarrollada—se redujo de 6,3 por ciento a un 1,2 por ciento en el mismo período (Presidencia 2007).

¹ Este fenómeno es causado sobre todo por la urbanización ocurrida en el período y la adopción de políticas de educación, salud, saneamiento y acceso a los alimentos.

Brasil ha alcanzado esa reducción gradual y constante en la desnutrición infantil a lo largo de más de dos décadas, pero de forma más pronunciada en años recientes, debido a un conjunto de acciones dirigidas a la mejoría de la calidad de vida y de salud de la población, con prioridad para los más pobres, notablemente en lo que respecta a la reducción de la pobreza y de la desigualdad de ingreso.

Desde 2003, con el inicio de la primera administración del Presidente Lula, el combate al hambre, la desnutrición y la pobreza han sido considerados como prioridad del Gobierno, creando la estructura y los mecanismos para alcanzar el objetivo de erradicar ambos problemas. El primer punto positivo de la Estrategia “Hambre Cero” fue priorizar el tema del hambre en la agenda política de Brasil, con repercusiones en el escenario mundial, además de reforzar la participación y la movilización de la sociedad.

Así, fue creado el Ministerio Extraordinario de Seguridad Alimentaria y Combate al Hambre (MESA), denominado, desde 2004, Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS). La maduración de las acciones iniciales fue consolidada en el lanzamiento de la Estrategia “Hambre Cero”, como un conjunto de programas y acciones impulsadas por el Gobierno Federal para garantizar el derecho humano a la alimentación adecuada a las personas con dificultades de acceso a los alimentos. Tal estrategia está inserta en la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional, buscando la inclusión social y la adquisición de la ciudadanía por la población más vulnerable al hambre (MDS 2005).

Actualmente, “Hambre Cero” articula las acciones de 19 Ministerios del Gobierno Federal—además de acciones en los gobiernos de los estados y de los municipios, lo mismo que en la sociedad civil—en cuatro ejes: acceso a la alimentación, generación de ingresos, fortalecimiento de la agricultura familiar y articulación, movilización y control social.

Las directrices de la Estrategia “Hambre Cero” posibilitan una acción planeada en la implantación de las políticas con mejores posibilidades de garantizar el acceso a la alimentación, la expansión de la producción y el consumo de alimentos saludables, la generación de trabajo e ingresos, la mejoría de la escolaridad, de las condiciones de salud y del acceso al agua, en la óptica de los derechos de ciudadanía.

Los primeros resultados de esas políticas ya pueden ser contabilizados, como por ejemplo, en la reducción de la pobreza extrema en Brasil. Los datos consultados demuestran que entre 1995 hasta 2002, el porcentaje de personas en el grupo de ingresos de hasta 1 dólar por día PPA (paridad del poder de adquisitivo) permaneció prácticamente inalterado, con tasa media de 7,4 por ciento. Sin embargo, entre 2003 y 2006 la reducción de la pobreza extrema fue de un 36 por ciento, disminuyendo de 7,4 por ciento de la población en 2003 a un 4,7 por ciento en 2006. Esta disminución produjo la salida de la miseria de más de 8,4 millones de brasileños, lo mismo que el ascenso a la clase media de 7 millones de personas.

Así, Brasil ha alcanzado, en 2006, la Meta 1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), referente a la reducción de la miseria extrema en un 50 por ciento en 25 años. Entre 1992 y 2006, hubo una reducción acumulada de un 58,5 por ciento.

La desigualdad de ingreso per cápita en Brasil, medida por el índice de Gini, se mantuvo entre 0,59 y 0,60 durante el período de estabilidad entre 1995-2001. No hubo durante este tiempo una reducción importante en la desigualdad. El índice de Gini, sin embargo, empezó a disminuir en 2001 y alcanzó, en 2006, el valor de 0,56.

Componente importante de la Estrategia “Hambre Cero” es el Programa “Bolsa Familia” (PBF), un programa de transferencia directa de ingreso con condiciones, que beneficia a familias en situación de pobreza (con ingreso mensual per cápita entre 60 y 120 reales)² y de pobreza extrema (con ingreso mensual per cápita hasta 60 reales). El PBF tiene el objetivo de garantizar el derecho humano a la alimentación adecuada, promoviendo la seguridad alimentaria y nutricional y contribuyendo a la erradicación de la pobreza extrema.

El Programa tiene como base la articulación de tres dimensiones esenciales a la superación del hambre y de la pobreza:

- 1) La promoción del alivio inmediato de la pobreza, por medio de la transferencia directa de ingreso a la familia;
- 2) El refuerzo del ejercicio de los derechos sociales básicos en las áreas de salud y educación, por medio del cumplimiento de las condiciones, que contribuye a que las familias rompan el ciclo de la pobreza entre las generaciones; y
- 3) La coordinación de los programas complementarios, que tienen como objetivo el desarrollo de las familias, de modo que los beneficiarios de “Bolsa Familia” puedan salir de la situación de vulnerabilidad y pobreza. Son ejemplos de programas complementarios: programas de generación de trabajo e ingreso, de alfabetización de adultos, de provisión de registro civil y otros documentos.

Cuando ingresa en el PBF, la familia se compromete a cumplir las condiciones del programa en las áreas de salud y educación, que son: mantener los niños y adolescentes en edad escolar en la escuela y cumplir la agenda de cuidados básicos de salud—es decir, el calendario de vacunaciones—para los niños entre menores de seis años y la agenda prenatal y postnatal para las embarazadas y lactantes.

El PBF ha ampliado su cobertura nacional de 3,6 millones de familias participantes en 2003 (con inversiones de 570,1 millones de reales en ese año) a 11,1 millones de familias en 2007 (con inversiones de 9,2 mil millones de reales).

² De acuerdo con la Ley #10.836 del 9 de enero de 2004 y el Decreto #5.749 de 11 de abril de 2006.



En 2006 se aplicó una encuesta a los beneficiarios del PBF acerca de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional. El 54 y 58 por ciento de ellos consideró que la cantidad de alimentos consumidos por los niños y por los jóvenes y adultos respectivamente, era suficiente. Entre las familias consultadas, el dinero recibido del programa fue gastado, en primer lugar, en alimentación (76,4 por ciento), seguida de materiales escolares (11,1 por ciento) y ropa y calzado (5,4 por ciento).

El trabajo de investigación titulado “Jornada nutricional: un estudio acerca de la situación nutricional de los niños en el semiárido brasileño”, realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS), en colaboración con el Ministerio de Salud (MS), durante la segunda etapa de la Campaña Nacional de Vacunaciones de 2005, realizó evaluaciones antropométricas (peso y altura) en 17.544 niños de hasta cinco años de edad, de los cuales 43,8 por ciento formaban parte de familias beneficiarias del Programa “Bolsa Familia”.

Para el total de los niños con menos de cinco años de edad, las prevalencias ajustadas indicaron que la participación en el Programa determinó una reducción de casi 30 por ciento en la frecuencia de la desnutrición (de 6,8 por ciento sin el programa a 4,8 por ciento con el Programa). Para los niños entre cero y cinco meses de edad,

las prevalencias ajustadas indicaron una virtual ausencia de problema tanto en los niños inscritos como en los no inscritos (2,4 y 2,5 por ciento, respectivamente), lo que mostró consecuencia con una menor vulnerabilidad de ese grupo de edad a la desnutrición, entre otras razones, probablemente debido a los beneficios de la lactancia materna.

Todo indica que el mayor beneficio del Programa ha sido para los niños entre seis y 11 meses, en los cuales la reducción de la prevalencia de la desnutrición debida al programa fue de 62,3 por ciento (de 5,3 por ciento a 2,0 por ciento). Los beneficios más modestos fueron observados entre los niños de mayor edad: reducción de la desnutrición de 28,2 por ciento entre los niños de 12 y 35 meses de edad (de 8,5 por ciento a 6,1 por ciento) y reducción de 25,8 por ciento para los niños entre 36 y 59 meses de edad (de 6,2 por ciento a 4,6 por ciento).

El menor beneficio del Programa para los niños con más edad podría ser la consecuencia de que parte de ellos pueda no haber logrado aprovechar el beneficio de los primeros dos años de vida, edad en la que la reversión del retardo del crecimiento es factible. Lamentablemente, el desconocimiento con relación al tiempo anterior transcurrido desde que el niño y la familia fueron inscritos en el Programa impide una respuesta más definitiva.

Referencias

Assis A, Barreto ML, Santos N et al.

2007. "Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro." *Cadernos de Saúde Pública* 23(10):2337-2350. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000009&lng=en&nrm=iso, accedido el 21 de junio de 2008.

Blakely T, Hales S, Kieft C, Wilson N, Woodward A.

2005. "The Global Distribution of Risk Factors by Poverty Level." *Bulletin of the World Health Organization* 83:118-26.

Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. *Guide to Measuring Household Food Security* (Rev. 2000).

2000. Alexandria, VA: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. <http://www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf>, accedido el 21 de junio de 2008.

Fondo Monetario Internacional (FMI).

2006. *World Economic Outlook Database*. Washington, D.C.: FMI.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (IBGE).

2004. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar, 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

2007. *Censos 2007*. Brasília: IBGE. <http://censos2007.ibge.gov.br/>, accedido el 21 de junio de 2008.

Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L et al.

2000. "Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition." *Bulletin of the World Health Organization* 78:55-65.

Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre de Brasil (MDS).

2005. *Cidadania: o principal Ingrediente do Fome Zero*. Brasília: MDS. www.fomezero.gov.br/publicacoes/arquivos/livreto_fome_zero.pdf, accedido el 21 de junio de 2008.

2006. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate #4*. Brasília: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

Neri M (coordinador).

2007. *Miséria, desigualdade e políticas de renda: o real do Lula*. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais / Instituto Brasileiro de Economia / Fundação Getulio Vargas. <http://www3.fgv.br/ibrecps/RET3/index.htm>, accedido el 21 de junio de 2008

Presidencia de la República Federativa de Brasil.

2007. *Objetivos de desenvolvimento do milenio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>, accedido el 21 de junio de 2008

Segall-Corrêa AM et al.

2004. *Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação: urbano/rural*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/vru_unic.pdf, accedido el 21 de junio de 2008.



Una aproximación integral a los esfuerzos por erradicar la desnutrición infantil en Panamá

María Roquebert

Ministra de Desarrollo Social de Panamá

La desnutrición es una problemática multidimensional padecida por millones de seres humanos en el mundo. Esto ocurre a pesar de que la humanidad produce desde hace más de 150 años alimentos en cantidades industriales, situación que pone en evidencia que el problema no puede reducirse a lo tecnológico. Es necesaria una gestión social y política.

Las causas y características de la desnutrición pueden variar de región a región. Por ejemplo, en las áreas urbanas la problemática gira en torno a patrones de consumo de alimentos o falta de ingresos para comprarlos, mientras que en las áreas rurales hay una combinación de escasez de alimentos generada por el déficit en la producción agrícola, falta de ingresos y patrones culturales de consumo.

La problemática es tan delicada que diversos organismos e instituciones internacionales han dedicado ingentes esfuerzos para combatirla y erradicarla. Uno de los más evidentes es la erradicación del hambre como primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), que fue acordado en 2000 por más de 150 países en el marco de la Organización de las Naciones Unidas.

Pese a esto, es importante mencionar que la dimensión más grave y preocupante de la desnutrición es la que afecta a la población infantil, principalmente la que se encuentra entre 0 a cinco años de edad. En Panamá, la desnutrición infantil se presenta, en formas moderadas y severas, en un 20 por ciento de la población en los rangos de edad mencionados.

La desnutrición en la niñez es preocupante en la medida que compromete el futuro de los que la padecen y la posibilidad de un desarrollo personal. Varios especialistas plantean que existe una asociación importante entre esta condición y la pobreza, lo cual hay que tomar en cuenta para el diseño de programas y proyectos encaminados a incidir y transformar la situación.

Por ejemplo, en el caso panameño las cifras oficiales indican que el 39.5 por ciento de los menores de cinco años en pobreza extrema sufre de desnutrición crónica, situación que es alarmante en la medida que no existan los recursos y los medios para hacerle frente. De no resolverse, en los próximos años estas niñas y niños se transformarán en adultos con capacidades humanas limitadas para integrarse al desarrollo nacional.

Al igual que la pobreza, la desnutrición es un fenómeno con múltiples aristas que está asociado a falta de ingresos, patrones culturales de alimentación, producción agrícola, falta de acceso, debilidad o inexistencia de los servicios del Estado, etc., lo que al final demanda acciones políticas diseñadas de manera multidisciplinaria.

Para la población infantil en pobreza extrema los problemas de nutrición tienen consecuencias relevantes. La nutrición es una condición básica para la buena salud, el progreso educativo y el aprovechamiento de las oportunidades. Gran parte de la población en pobreza extrema—especialmente la indígena— por estar ubicada en áreas de difícil acceso, carece de los servicios sociales básicos como



María Roquebert
Ministra de Desarrollo Social de Panamá

acceso a la salud, agua potable y educación, que contribuyen a una mejor nutrición infantil, al igual que los programas de alimentación complementaria existentes.

La inexistencia de servicios del Estado y la inaccesibilidad dificultan la atención nutricional y la distribución de alimentos a la población de estas áreas. A esto se agrega la baja capacidad agrológica de gran parte de los suelos, así como, la falta de ingresos para la compra de insumos agrícolas para la producción y de alimentos para el consumo.

Para el conjunto de la sociedad los impactos resultan considerables en la medida que la desnutrición en la niñez condena al país a no poder aprovechar estos recursos humanos a plenitud. Esto, a escala local incide negativamente en los esfuerzos que hacen los habitantes de regiones y comunidades en conjunto con el Estado por generar un desarrollo que se exprese en el bienestar colectivo de la población.

Indudablemente, el Estado tiene que establecer una política nutricional a corto, mediano y largo plazo que garantice la nutrición y la alimentación de la población, especialmente de la que se encuentra entre 0 y cinco años de edad, que es la de mayor vulnerabilidad. Lo anterior es posible sólo mediante la priorización de acciones concretas y la ejecución de programas y proyectos diseñados integralmente en función de las necesidades de la población.

No obstante, una política nutricional, con todo lo que conlleva, requiere de una institucionalidad integrada, firme y robusta, capaz de ejecutarla y sustentarla. Esto es posible en la medida en que exista una decisión política de Estado que institucionalice la articulación de acciones focalizadas sobre la base de una sostenibilidad administrativa, financiera y operativa.

El diagnóstico: la desnutrición en Panamá¹

Los estudios y cifras oficiales indican que la desnutrición se muestra en distintas intensidades y formas, dependiendo del grupo social que se trate. Por ejemplo, el fenómeno se muestra con mayor severidad en personas en situación de pobreza extrema y es más agudo en niños pobres extremos de 0 a cinco años. Los siguientes datos y cifras reflejan cuantitativamente el aspecto social de la desnutrición en Panamá.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2003, se estimó que en Panamá 20,6 por ciento de la población menor de cinco años de edad presenta desnutrición crónica, es decir, que tiene una baja estatura para su edad. El 6,8 por ciento de la población menor de cinco años de edad presenta bajo peso para

su edad, situación conocida como desnutrición global o insuficiencia ponderal. El 1,3 por ciento de la población menor de cinco años de edad padece de desnutrición aguda, medida por la relación peso/talla.

A nivel nacional, el 39,6 por ciento de los niños menores de cinco años, en pobreza extrema, sufre de desnutrición crónica, proporción que disminuye a 19,1 por ciento en el caso de los pobres no extremos y a 10,2 por ciento entre los niños no pobres. Los niños indígenas menores de cinco años son los más afectados por la desnutrición crónica (56,6 por ciento), especialmente los que viven en pobreza extrema (57,9 por ciento), proporción algo mayor que los niños en pobreza no extrema (41,0 por ciento).

Si se estudia la prevalencia de desnutrición crónica por área geográfica, se observa que los niños de las áreas urbanas presentan un porcentaje menor (13,8 por ciento) que los del área rural no indígena (18,5 por ciento). Las provincias con mayor prevalencia de desnutrición crónica son Bocas del Toro (32,1 por ciento), Darién (30,0 por ciento), Veraguas (29,6 por ciento) y Coclé (23,4 por ciento), que se encuentran por encima del promedio nacional. La prevalencia de retardo en talla en el grupo de seis a nueve años es también más crítica en el área indígena (61,8 por ciento).

Según el indicador de peso para la edad, la prevalencia de desnutrición global a nivel nacional es de 6,8 por ciento, aunque es más alta en los niños en extrema pobreza, con un 16,3 por ciento y sólo 2,1 por ciento entre los no pobres. A nivel provincial, la desnutrición global se concentra en las áreas indígenas, donde el 21,5 por ciento de los niños menores de cinco años registran peso por debajo del esperado para su edad. En cambio, la desnutrición aguda (peso para la talla) es relativamente baja en Panamá (1,3 por ciento) aunque tiende a ser más alta en los niños en pobreza extrema que presentan prevalencia de hasta 6,9 por ciento entre los 12 a 17 meses de edad. La presencia de población indígena en un área determinada influye en el alto nivel de prevalencia de desnutrición. Por ejemplo, cuando en Darién no se considera la población indígena, la desnutrición disminuye de 30 a 12,5 por ciento.

Entre las estrategias del Gobierno para prevención y tratamiento de la desnutrición puede mencionarse el Programa de Alimentación Complementaria (PAC). Según la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2003, el PAC favorece mayormente a los niños pobres. El 79 por ciento de los niños que recibieron crema nutritiva estaban en situación de pobreza.

¹ La fuente para los datos que se presentan a continuación es Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá (MEF), *Pobreza y Desigualdad en Panamá: La equidad, un reto impostergable* (Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas, 2006), accesible en <https://www.mef.gob.pa/Portal/Dir-Policas-Infomes02.html>, descargado el 20 de junio de 2008.



Los fundamentos de una política integral

El derecho a la alimentación y a una buena nutrición es un derecho humano básico que ha sido reconocido por el concierto de las naciones como parte fundamental de la agenda social internacional. Dentro de esta agenda es importante destacar los acuerdos emanados de la Conferencia Mundial para la Alimentación en 1996, los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000 y la Declaración Conjunta contra el Hambre y la Pobreza, suscrita en 2004.

En diversos foros regionales e internacionales, el análisis y debate sobre las políticas y programas de combate a la desnutrición y el hambre han derivado en declaraciones de la comunidad internacional para posicionar acciones y movilizar recursos de todos los actores y sectores. Para los Estados la situación nutricional de un país—en especial de los niños menores de cinco años—es un pilar dentro de las políticas para el desarrollo social, en particular del desarrollo del capital humano.

Aunque los estudios dan cuenta de mejoras graduales en todos los países centroamericanos en materia de nutrición y salud, persisten brechas y rezagos importantes. La desnutrición infantil en algunos de los países de Centroamérica es, sin duda, uno de los problemas de salud pública más serios.

La desnutrición global, medida en los niños y niñas menores de cinco años con peso inferior al normal, afectaba a principios de la década

del 2000 a una cuarta parte de los niños de esta edad en Guatemala (24,2 por ciento del total), seguida de Honduras (16,6 por ciento), El Salvador (11,8 por ciento) y Belice (7,3 por ciento).

Hoy se sabe, y los Estados en Centroamérica así lo han reconocido en las políticas públicas ejecutadas, que la situación nutricional de los países está estrechamente relacionada con el acceso a los bienes y servicios que determinan la disponibilidad y el consumo de alimentos necesarios para el crecimiento y mantención de la salud. Estudios recientes realizados en algunos países del istmo centroamericano han revelado que uno de los riesgos más altos que enfrentan las familias en situación de pobreza es el bajo consumo de alimentos y, consecuentemente, la desnutrición y el hambre. Estas carencias provienen de ingresos insuficientes para cubrir el costo de una ingesta calórica adecuada y esto, a su vez, es producto de un acceso muy limitado al mercado laboral por parte de las y los jefes de familias pobres.

Numerosos estudios confirman la relación de la malnutrición derivada de falta de proteínas, energía y micronutrientes, con las enfermedades infectocontagiosas y crónicas no transmisibles, la mortalidad, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el rendimiento escolar, la salud reproductiva y la productividad de las personas adultas. Todo lo anterior ha servido para establecer la existencia de un círculo vicioso del subdesarrollo humano, social, económico y político, uno de cuyos componentes fundamentales es la inseguridad alimentaria y nutricional.



Hay consenso acerca de que los niños y las mujeres en edad reproductiva son especialmente susceptibles a la desnutrición—ya que tienen requerimientos significativamente elevados de nutrientes—por lo que constituyen poblaciones particularmente vulnerables. De allí que las políticas de nutrición están siendo enfocadas en las edades tempranas, ya que son las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional y, por lo tanto, son etapas donde las intervenciones nutricionales tienen mayores efectos.

Los programas desarrollados por los Estados en la región, en el marco de redes de protección social en Centroamérica, realizan importantes contribuciones en la reducción de la pobreza y, por ende, en la desnutrición y el hambre. Las intervenciones de estos programas incluyen una serie de componentes que se enfocan a mejorar el estado nutricional.

Por lo general los programas han tenido impactos positivos y significativos en el estado nutricional de sus beneficiarios, particularmente en lo que atañe al mejoramiento de las dietas y desempeñan un papel muy importante en las estrategias de reducción de la pobreza y desnutrición de muchos de nuestros países.

De allí que en Centroamérica y otros países de la región existe evidencia de que datos sobre la distribución geográfica de la pobreza pueden ser usados apropiadamente para focalizar en los niños y niñas con alto riesgo de desnutrición. Por lo tanto, interpretar la dinámica de la desnutrición y su distribución a través de los distintos grupos de edad, nivel socioeconómico, pertenencia étnica y cultural, género, áreas geográficas, es esencial para lograr hacer una focalización efectiva.

Los estudios en Centroamérica también han probado la necesidad de que las políticas de nutrición incentiven una mejora en el estado nutricional y de salud de las madres, antes, durante y después del embarazo, utilizando mecanismos de transferencias condicionadas, en los que las madres beneficiarias se comprometen a la asistencia periódica a los servicios de salud, a cambio de recibir un apoyo económico. Estas transferencias se pueden complementar con materiales educativos y donaciones en especie de alimentos altamente nutritivos, que aseguren una ingesta adecuada durante los períodos de gestación y lactancia.

Los estudios efectuados en Centroamérica han documentado, además, la existencia de un círculo vicioso, que tiende a perpetuarse de generación en generación. Las madres que sufren desnutrición proteínico-energética y de micronutrientes, lo mismo que una mayor carga de infecciones, tienen hijos con bajo peso al nacer y menor edad gestacional que, si sobreviven, sufren múltiples infecciones y crecen y se desarrollan inadecuadamente. Los hijos, cuando alcanzan la edad escolar son más bajos que otros y tienen limitaciones en su rendimiento escolar. Durante su adolescencia y edad adulta muestran manifestaciones de desnutrición, tales como problemas en su salud reproductiva, baja productividad y cociente intelectual disminuido.

El estudio presentado por la CEPAL y el Programa Mundial de Alimentos: “El costo del hambre: impacto socioeconómico y social de la desnutrición infantil”, da cuenta de ello. Este estudio se constituye, sin duda, en un marco de referencia que ofrece a gobernantes, tomadores de decisiones, equipos técnicos nacionales e interregionales y organismos cooperantes una herramienta de análisis que apoya el diseño e implementación de políticas nacionales y regionales, el alineamiento de los fondos de cooperación internacional y el aumento de los presupuestos públicos para el fortalecimiento de la institucionalidad para el combate del hambre y la desnutrición infantil en los países de la región centroamericana.

El estudio provee información basada en la construcción de escenarios futuros a 2015 en cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que contempla la disminución a la mitad la desnutrición existe en 1990 y, eventualmente, su erradicación. Este análisis prospectivo permite hacer aproximaciones a los posibles costos e impactos que se pueden generar en la salud, educación y productividad por causa de la desnutrición infantil. El estudio también da una mirada retrospectiva a los efectos e impactos registrados en las últimas décadas, en las mismas áreas en el conjunto de la población de cada país, en el año 2004.

Estudios al respecto de la variable étnico cultural permiten observar importantes cambios en las últimas décadas. La población centroamericana era principalmente rural y desarrollaba rutinariamente una actividad física moderada o pesada. En la actualidad es totalmente distinto, ya que la población es mayoritariamente urbana y con una alta tendencia al sedentarismo. De allí el aumento del valor de los indicadores con relación al sobrepeso en escolares.

Uno de los puntos de este estudio que incentivan a la reflexión, es que los Estados tengan la posibilidad de profundizar en el análisis de la relación entre la inversión en programas nutricionales frente a los costos incidentales y la eficiencia que representa esa inversión global del gasto público social. A pesar de que Panamá dedica menor porcentaje de gasto social en nutrición (con relación al resto de los países de Centroamérica), tiene menores costos incidentales, lo que indica un mayor grado de eficiencia en la gestión del gasto público social de nutrición.

La complejidad actual de los problemas nutricionales en los países de Centroamérica es, sin duda, significativamente mayor que la encontrada hace treinta o cuarenta años. Por tanto, todos los Gobiernos centroamericanos tienen y reconocen como una preocupación central la nutrición infantil que incluye no solamente el desarrollo físico de niños desnutridos, sino también el efecto de la desnutrición en el crecimiento económico de los países, en la salud, en la formación del capital humano y la productividad.

Estrategias y acciones

Con la finalidad de combatir la desnutrición que aqueja a la población infantil, principalmente la que se encuentra en pobreza extrema, el Gobierno Nacional trabaja sobre tres ejes que demarcan las acciones de la política social panameña.

El primero es el combate a la pobreza y la pobreza extrema, estrategia desde la cual el Gobierno Nacional ha desarrollado una serie de acciones enmarcadas en la protección social como eje de intervención sistemática. Por ejemplo: la puesta en marcha de programas de transferencias monetarias condicionadas a hogares en pobreza extrema como una forma de intervención sistemática hacia la población con la finalidad de garantizar sus derechos sociales.

La segunda estrategia puntual que desarrolla el Gobierno Nacional se enmarca en el desarrollo humano y la inclusión social de la población, la cual pretende ligar a las poblaciones marginales con los servicios que brinda el Estado, para de esta manera hacerlas beneficiarias de estos servicios.

El tema de la institucionalidad social es el tercer eje fundamental dentro de las estrategias que ejecuta el Gobierno Nacional, ya que es crucial para la sostenibilidad y ejecución eficiente de los programas y acciones diseñadas. Esto implica consolidar institucionalmente los aspectos de coordinación interinstitucional, la readecuación de los procesos operativos, administrativos y financieros y las acciones integrales hacia la población. Para las entidades públicas esto representa un cambio sustancial en materia de la cultura organizacional que las caracteriza.

Lo anterior se conjuga con las decisiones y acciones para el fortalecimiento del sector social del Estado, a partir un una reorganización efectiva, que tiene como objetivos fundamentales optimizar la coordinación y la efectividad de las intervenciones en la sociedad.

El fortalecimiento del sector social es una de las acciones concretas que ejecuta el Gobierno Nacional. Para la consecución de este objetivo, se ha contado con el apoyo y la asesoría técnica de instituciones internacionales como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Gabinete Social ha sido creado para actuar como una instancia técnico-política para la discusión de la agenda social y la coordinación interinstitucional de la política social del Gobierno Nacional. Es una instancia con la capacidad de reunir a los ministros de Estado para la coordinación y la toma de decisiones políticas, pero apoyadas en el criterio técnico de la Comisión Multisectorial constituida por los equipos técnicos de las instituciones ejecutoras.

En segundo lugar, la transformación del Ministerio de la Niñez, la Juventud, la Mujer y la Familia en el Ministerio de Desarrollo Social

(MIDES) sitúa la rectoría de las políticas sociales en una institución concreta. Lo cual implica el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio para coordinar acciones, darles seguimiento y evaluar lo ejecutado.

El tercer punto de las acciones para el robustecimiento del sector social recae en la figura del Ministerio de Salud (MINSA), el cual es objeto de fortalecimiento para el mejoramiento de la cobertura de sus servicios y elevar la calidad de la oferta. En cuarto lugar, la necesidad de coordinar las acciones institucionales en materia de nutrición tiene como principal actor a la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN). Las gestiones que desarrolla giran principalmente en torno a las acciones de seguridad alimentaria y nutricional.

Todas estas articulaciones y reorganizaciones indudablemente tienen un sustento organizativo que pasa por los acuerdos establecidos entre las distintas instituciones involucradas. Los de mayor relevancia para garantizar acciones articuladas son: los acuerdos entre MIDES-MINSA para la atención de los hogares en pobreza extrema; la oferta de paquetes de atención integral de los servicios de salud y nutrición (PAISS+N) del MINSA a hogares en pobreza extrema; la asistencia técnica y capacitaciones brindadas por el Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA) y el Instituto Nacional de Formación y Capacitación para el Desarrollo Humano (INADEH) para promover la seguridad alimentaria; la oferta de alimentos básicos a bajo costo a través del Instituto de Mercadeo Agropecuario (IMA); y los subsidios a entidades no gubernamentales para generar sostenibilidad alimentaria y participación comunitaria en el traslado, acopio y preparación de alimentos de los programas de alimentación complementaria.

Los programas dirigidos a mejorar la situación nutricional deberían hacer más énfasis en lo que respecta a la toma de conciencia de la población con respecto a la importancia del uso de los alimentos para una buena nutrición. De igual manera, a las mujeres embarazadas se las debería orientar en cuanto a su cuidado en la alimentación y la importancia de la misma, durante y después de su embarazo.

Es importante señalar que estos programas—aún cuando se focalicen en regiones con altos índices de desnutrición—también deben poner en marcha otras políticas y programas dirigidos a atender la población en riesgo, incluyendo el sobrepeso. Los programas hacen mención del sobrepeso—un problema que afecta hoy día, con gran frecuencia, a la población infantil—pero no se dan recomendaciones de cómo enfrentarlo.

La calidad de la leche materna está relacionada con la nutrición de la mujer durante el embarazo, por lo cual se hace necesario desarrollar campañas de sensibilización que expliquen la importancia de una buena nutrición, tanto en la mujer en edad fértil como las embarazadas y en puerperio.

Es relevante la comparación que se hace entre los pobres y no pobres con respecto al bajo peso y sobrepeso, ya que mientras los no pobres reflejan un alto índice de sobrepeso, los pobres son los que reflejan los más altos índices de bajo peso, sobre todo los pobres extremos.

Los programas para combatir la desnutrición deberían explicar a las comunidades meta a los que están dirigidos la importancia que tienen los alimentos que consumen, lo mismo que por qué es importante que el alimento consumido sea de buena calidad para tener una buena salud y poder hacer frente a las enfermedades.

Es importante el aporte que hacen otros programas para combatir la desnutrición, mediante lo cual se ve claramente que el Gobierno está realizando inversiones a través del Ministerio de Educación (MEDUCA) y MINSA.

Los programas dirigidos a la calidad nutricional para la población deben establecerse desde el ámbito preventivo y curativo, además de involucrar al sector privado de manera más sistemática y efectiva. Desde el sector gubernamental, lo ideal es implementar un solo ente que se encargue de coordinar la ejecución de los programas dirigidos a atender la seguridad nutricional y no tenerlos cada uno por separado, ya que se ahorraría en otros gastos como, por ejemplo, en la parte administrativa. De esa manera se destinaría mayor cantidad de dinero para combatir la pobreza extrema y la desnutrición.

Por su parte, la transferencia condicionada coordinada desde el MIDES como parte del Sistema de Protección Social, a través del programa “Red de Oportunidades”, busca que los beneficiarios lleven a sus hijos a los centros de salud, que las mujeres embarazadas y en puerperio atiendan los controles médicos y que los menores de cuatro a 17 años asistan a las escuelas. En la transferencia que se canaliza a través del MIDES, los servicios de salud y educación son brindados por las instituciones sectoriales.

Intervención

El Gobierno de Panamá está avanzando en el diseño e implementación de un Sistema de Protección Social (SPS) que será apoyado por un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otro del Banco Mundial. La estrategia del Sistema de Protección Social tiene como objetivo fortalecer el capital humano y reducir la exclusión social y la vulnerabilidad de las familias en pobreza extrema. Los objetivos operacionales del SPS son promover la asistencia y la permanencia escolar de los niños y niñas en las escuelas y mejorar la situación de salud y nutrición materno-infantil.

La intervención para atender la seguridad nutricional se atiende desde tres sectores gubernamentales: desarrollo social, salud y desarrollo rural. De manera operativa, se han puesto en marcha programas gubernamentales focalizados en la atención integral a la niñez y la mujer, alimentación complementaria para mujeres embarazadas, niños menores de cinco años y escolares en educación básica general.

La intervención dirigida a las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años se realiza con el propósito de controlar el crecimiento y desarrollo de la población desde su concepción, asegurando, de esta manera una población sana y productiva, debido a la intervención oportuna en la edad crítica de la persona desde el punto de vista de salud y nutrición.

Los programas de alimentación para los menores de 4 a 17 años están dirigidos a que los niños y niñas reciban un aporte de mayor calidad, que les permita alcanzar un mejor rendimiento. En las áreas más deprimidas donde la disponibilidad de alimentos en el hogar es mínima por persona, el programa se convierte en una motivación para que se incremente la matrícula y disminuya la deserción por esta causa.

Otra alternativa, que resulta muy útil, principalmente para las áreas rurales e indígenas donde la disponibilidad de alimentos—ya sea por el difícil acceso o por la baja producción—es escasa, es proveer un incentivo para que las familias inviertan parte de su trabajo en la producción de alimentos para autoconsumo, particularmente productos de corto plazo con altos contenidos nutricionales, como por ejemplo: cereales y especies menores.



Conclusión

La desnutrición —principalmente la desnutrición infantil— es aún un problema de salud mundial. A pesar de que la producción de alimentos es suficiente, no toda la población tiene acceso a la misma en calidad y cantidad. De allí que la política de las naciones haya sido establecer, en el marco de los ODM, la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. Esto incluye que la población tenga acceso a alimentos de buena calidad.

En Latinoamérica, la situación no es diferente. Diversos estudios han evidenciado que la desnutrición —principalmente la desnutrición crónica en menores de cinco años— es un tema pendiente que requiere solución. Diversos programas de transferencias que se han puesto en marcha en países de la región han avanzado en la disminución del riesgo que tienen las poblaciones de un limitado acceso a los alimentos y de inseguridad alimentaria.

En Panamá, la estrategia ha sido ejecutar una intervención multisectorial con la participación de programas sociales, de salud y de desarrollo rural, focalizados en la población más vulnerable, con el propósito de atender, de manera oportuna y directa, a la población con riesgo de caer en desnutrición o a aquellos que por la condición local de acceso y disponibilidad de alimentos sufren algún grado de desnutrición.



Capítulo 5

La Cooperación Sur-Sur en el combate a la desnutrición infantil

El Capítulo 5 comprende los aportes de María Dolores Martín, Directora del Gabinete Técnico de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo de España (AECID); Germán Valdivia, Coordinador Regional de la Iniciativa de Gestión del Conocimiento del Programa Mundial de Alimentos (PMA); Nils Kastberg, Director Regional del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF-TACRO); Patricio Meller Bock, Presidente del Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” de Chile; y Manuel Espinoza, Director Ejecutivo de la Red de Alimentación Escolar para América Latina y el Caribe (LA-RAE).

En su contribución, María Dolores Martín alude a la crisis alimentaria, que se perfila duradera y que puede causar mayores convulsiones políticas. Para contribuir a mejorar la situación alimentaria, España trabaja estrechamente con la FAO y el PMA, organismo al cual se ha comprometido a realizar una contribución voluntaria de ocho millones de euros. Los esfuerzos del PMA y los países de la región contra la desnutrición infantil cuentan con el apoyo de España, que ve en ellos una oportunidad para abrir una nueva ventana de cooperación.

Germán Valdivia presenta el portal NUTRINET.ORG como un instrumento para el fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur y el trabajo en redes temáticas. NUTRINET ha sido desarrollado por el PMA en respuesta a solicitudes de los Gobiernos de la región de generar un medio que permita el intercambio de información y conocimiento y fortalezca la Cooperación Sur-Sur. El portal pondrá a disposición de sus usuarios noticias; consultas a bases de datos de programas, proyectos, expertos e instituciones; herramientas con manuales y metodologías variadas; estadísticas; una biblioteca digital; foros; educación a distancia; galerías digitales de fotos, vídeos y afiches; una zona infantil con juegos educativos, concursos de pintura, literatura y canciones educativas; un fondo editorial para promover la investigación y el desarrollo del conocimiento en los temas priorizados; glosarios técnicos; y recetas de promoción de comida saludable.

El Dr. Kastberg sostiene que el hambre es un atentado a la salud, a la vida y, por lo tanto, a la libertad, por lo que justifica una política activa orientada a tutelar el derecho a los alimentos hasta tanto éste se haga efectivo y los pobres puedan asumir su propia autonomía. En 2005 había en la región aproximadamente nueve millones de niños menores de cinco años con desnutrición crónica (medida por baja talla para la edad) y cuatro millones de niños con desnutrición global (medida por bajo peso para la edad).

En comparación con otras regiones del mundo en desarrollo, existe en América Latina y el Caribe una serie de ventajas comparativas que es importante tener en cuenta para el diseño de políticas, planes y programas. Estas ventajas se pueden compartir entre países para así fortalecer y acelerar la respuesta al hambre. La Cooperación Sur-Sur para combatir la desnutrición crónica en América Latina se debe centrar en el mejoramiento de las estadísticas, la capacitación de recursos humanos, la movilización del liderazgo comunitario y el fortalecimiento del liderazgo gubernamental, con el firme apoyo del Sistema de las Naciones Unidas y otros organismos.

El Profesor Meller alude a la gran preocupación por la inequidad que existe en Chile y las medidas propuestas por el Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” para mitigarla, entre ellas el aumento del ingreso a través del mejoramiento de la competitividad. La clave para este mejoramiento radica en la capacitación de los trabajadores. A pesar de que la obligación escolar en Chile es actualmente de 12 años, la mitad de la fuerza laboral no ha completado su educación media. Esta brecha se entiende como una deuda social y se busca subsanarla, entre otras disposiciones, mediante la creación de un “bono de capacitación” que permita a los empleados obtener destrezas en las áreas de su preferencia. La meta es capacitar a un millón de trabajadores en un lapso de seis a ocho años. A más largo plazo, se aspira a que cada cinco años los trabajadores se recalifiquen y se reconviertan, de manera que mantengan su competitividad. En el área de educación tradicional, se busca incentivar el aprendizaje a través de un programa para la premiación de los mejores talentos escolares.

Manuel Espinoza, Director Ejecutivo de LA-RAE, explica que la relación contractual es el aspecto más relevante de la participación de la empresa privada en los programas alimentarios. A través de estos programas, se entregan 2,4 millones de servicios al día, lo que demuestra su complejidad. Solamente en la entrega de los servicios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) participan 35 entidades del sector privado, incluyendo micro, pequeñas, medianas y grandes empresas. Todas cumplen funciones importantes para resolver diferentes aspectos de las intervenciones.

La capacidad de respuesta del sistema es otra área que revela la importancia de la participación del sector privado. En poco más de un año, dicha capacidad aumentó de 1,3 a 2,2 millones de servicios diarios. La cercanía a sistemas de producción básica de alimentos y la demanda de éstos genera posibilidades de desarrollo de producciones artesanales, con gran impacto en la economía de las comunidades.



La cooperación española en América Latina ante la crisis de los alimentos

María Dolores Martín

Directora del Gabinete Técnico de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Fue importante para la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) estar presente en la Conferencia Regional Ministerial llevada a cabo en Chile, en mayo de 2008. Nuestra participación en ese encuentro nos permitió conocer más a fondo el estado de la desnutrición infantil en la región y escuchar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas. Todo aquello contribuye a orientar nuestros programas bilaterales en la región, lo mismo que nuestra actividad en el ámbito multilateral.

La Conferencia, además, se llevó a cabo en un momento sumamente oportuno, que coincide con la crisis del precio de los alimentos y nos dio la oportunidad para trasladar, a los representantes de los países de la región, nuestro compromiso político de seguir acompañando los esfuerzos que se han estado haciendo estos años en el diseño y la ejecución de las políticas de cohesión social y lucha contra la pobreza.

El momento, sin duda, es difícil. La crisis de los precios de los alimentos ya está provocando conflictos sociales y el Banco Mundial ha alertado que podría provocar revueltas en al menos 33 países. La atención que en las últimas semanas instituciones de todo tipo, personalidades de todos los ámbitos y sociedades de los distintos países están brindando al tema, nos señala que estamos ante un episodio difícil que sin duda afectará más dramáticamente a los países de bajos ingresos, con déficit de alimentos (82 países, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO]).

Es en este contexto, además, en el que debemos avanzar en el cumplimiento del objetivo fijado en la Cumbre Mundial de la Alimentación, de reducir a la mitad el número de personas hambrientas en 1990, que sólo podrá alcanzarse en 2015 si, efectivamente, se acelera la reducción del número de personas mal nutridas a 50 millones por año.

Esto parece un rompecabezas difícil de encajar y por ello parece el momento de consolidar compromisos firmes en un progreso mucho más rápido en la lucha contra el hambre, combinando todos los instrumentos financieros y técnicos a nuestra disposición de una forma generosa e imaginativa, y colocando el tema en la máxima prioridad de la agenda internacional de desarrollo. Esperamos que España pueda al menos contribuir a que esto sea así.

Se trata de una crisis compleja, que sólo podrá ser abordada de una forma integral. Es necesario que las medidas para enfrentarla estén encajadas en un marco a largo plazo que permita un seguimiento y dar cobertura a una crisis que se prevé larga, aportando soluciones estructurales a los problemas. A corto plazo, hay una serie de medidas que España viene implementando con sus dos socios más cercanos en este sector en los últimos años: el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la FAO. En el



María Dolores Martín
Directora del Gabinete Técnico de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

caso de la FAO—y además del fondo fiduciario que España mantiene con este organismo, por un monto de 19 millones de dólares—la Secretaría de Estado y Cooperación Internacional ha decidido apoyar la iniciativa lanzada en diciembre de 2007 para paliar la vertiginosa subida de los precios en los alimentos, con una contribución de 8,5 millones de dólares y apoyar, además, financieramente, la Conferencia de Alto Nivel sobre “Seguridad Alimentaria Mundial: Los Desafíos del Cambio Climático y la Bioenergía”, celebrada en junio de 2008.

Evidentemente, mantenemos nuestro compromiso técnico y financiero con la Iniciativa “América Latina y Caribe sin hambre”, de la FAO, la cual es para nosotros el ejemplo más claro de la Cooperación Sur-Sur y la posibilidad de diseñar operaciones triangulares. Además, hemos generado este año un fondo especial España-FAO de asistencia en contextos de crisis humanitarias, que nos va a permitir proporcionar conjuntamente asistencia en emergencias, de la forma más eficaz, a poblaciones afectadas por desastres naturales y provocadas por el hombre. El fondo está ya dotado con siete millones de euros.



En lo que atañe al PMA, España va a realizar una contribución voluntaria este año de seis millones de euros, a lo que hay que añadir la contribución adicional tras el llamamiento reciente que realizó la organización ante la crisis y que ha sido atendida con siete millones de dólares adicionales. Paralelamente, apoyaremos iniciativas de erradicación de la desnutrición infantil y reducción de insuficiencias de micronutrientes impulsadas por el PMA con un monto de cinco millones de euros.

Finalmente, la agencia ya ha renovado una línea de trabajo permanente que tiene con el PMA, que es la reserva alimentaria internacional por un monto de 15 millones de euros y que nos ha permitido trabajar y atender las crisis humanitarias, no sólo en América Latina, sino en el resto del mundo en los últimos años, de forma lo más rápida y eficazmente que hemos podido conjuntamente.

La Secretaría de Estado y Cooperación Internacional está estudiando la posibilidad de abrir una nueva ventana en la temática de financiación, orientada a temas específicos de infancia, nutrición y seguridad alimentaria, dentro del Fondo España-PNUD para el logro

de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), reforzando así nuestra respuesta ante la crisis. A mediano y largo plazo, pretendemos actuar de modo coordinado con países socios y otros donantes bilaterales y multilaterales de desarrollo, así como mantener la coordinación con otros actores de la Cooperación Española que son muy activos, como son nuestras propias regiones, comunidades autónomas, ayuntamientos, sociedad civil, ONGs especializadas y todo el que tenga algo que aportar en el campo de la alimentación.

Es un reto, además, mantener permanentemente informada a la opinión pública española, de modo que podamos aprovechar todo el potencial que puede tener el sector privado que permita ir avanzando y consolidando posibles alianzas público-privadas que nos permitan trabajar eficazmente en el desarrollo rural de esta región. Pero, sin duda, dada la multitud de factores que están en el fondo de la crisis, va a ser totalmente imprescindible trabajar en una mayor coherencia de políticas y no solamente en España. Ello implicará ir posicionándonos de forma clara en materia de políticas agrícolas, comerciales y energéticas en el marco de la Unión Europea y aportar con decisión al fortalecimiento de la investigación agrícola, pesquera

y alimentaria en los países de América Latina y el Caribe, fortaleciendo redes de intercambio científico-técnico y apoyando entidades regionales de desarrollo y de lucha contra la pobreza rural.

Estas son, en síntesis, las grandes líneas de las posibles medidas, tanto a corto como a mediano plazo. España ha sido activa en los últimos años y ha tratado de acompañar e impulsar las políticas de cohesión social que se han venido desarrollando en esta región, y creo que el compromiso político por mantener este acompañamiento está fuera de toda duda. Sería realmente obscuro no enfrentar la crisis de forma integral con todo tipo de herramientas financieras, técnicas, con intercambio de experiencias, con Cooperación Norte-Sur y con Cooperación Sur-Sur.

No podemos permitir retrocesos en los avances nutricionales. Los más vulnerables no pueden quedar a merced de los intereses especulativos de los vaivenes de los mercados, con el único resguardo de las simples medidas de asistencialismo social que hemos tratado de superar.

NUTRINET.ORG: un instrumento para el fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur y el trabajo en redes temáticas

Germán Valdivia

Coordinador Regional de la Iniciativa de Gestión del Conocimiento de la Oficina Regional del Programa Mundial de Alimentos (PMA) para América Latina y el Caribe.

Algunos países han alcanzado logros importantes dentro del marco de políticas bien establecidas y programas nacionales destinados a cumplir con el primer Objetivo del Milenio (ODM) en relación a la erradicación del hambre. Sin embargo, los avances han sido desiguales en la región.

Actualmente, se enfrentan grandes retos para implementar iniciativas que logren tener un impacto efectivo. Los esfuerzos de los expertos y encargados de formular políticas en la región se ven restringidos por la falta de oportunidades para aprender de las experiencias exitosas de otros.

La información sobre el hambre y la desnutrición se encuentra dispersa, lo que hace difícil su acceso y consulta para la adecuada toma de decisiones, para compartir experiencias y para la transferencia de conocimientos. Por lo tanto, existe la necesidad de promover y facilitar el diseño de programas y proyectos basados en la evidencia y en el ejercicio operacional de programas efectivos entre los países. Esta situación llevó al Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA) a desarrollar un mecanismo para facilitar la gestión del conocimiento en relación al hambre y la desnutrición, como respuesta a los problemas que la región viene padeciendo y que pueden ser superados de modo cooperativo aprovechando las ventajas que ofrece Internet.

Respaldo político obtenido para creación de NUTRINET

Para tal efecto, en más de 16 Conferencias regionales y reuniones de alto nivel, los participantes respaldaron la creación y desarrollo de NUTRINET.ORG y sus portales nacionales. Por eso, NUTRINET.ORG nace como un instrumento que ayudará a los países a fortalecer la cooperación entre ellos y a la consolidación de redes de cooperación; a compartir información dentro y fuera de los países; y a mantener en la agenda política la prioridad de la erradicación del hambre y la desnutrición infantil.



Germán Valdivia

Coordinador Regional de la Iniciativa de Gestión del Conocimiento de la Oficina Regional del Programa Mundial de Alimentos (PMA) para América Latina y el Caribe.



Ventajas que ofrece NUTRINET

- Contribución estratégica sobre información y conocimiento en los países para gerencia;
- Apoyo a la formulación de políticas públicas y el diseño e implementación de programas y proyectos destinados a la erradicación del hambre y la desnutrición infantil;
- Apoyo a la creación de una base documentaria sólida sobre programas y proyectos y configuración de una sólida base de datos y biblioteca digital por áreas temáticas;
- Acopio de experiencias exitosas para compartirlas al interior de los países y con otros en la región;
- Recopilar herramientas para una mejor gestión y ejecución de programas y proyectos;
- Fomentar iniciativas innovadoras;
- Fomentar la cooperación entre expertos;
- Promover conciencia y cambio de actitud sobre ambos temas por parte de los niños y niñas a través de la zona infantil;
- Movilización de recursos para la lucha contra el hambre y la desnutrición infantil y para el desarrollo del conocimiento.

Áreas temáticas priorizadas

Para facilitar el logro de los objetivos de NUTRINET y aprovechar sus ventajas, la información y los conocimientos disponibles se clasificaron en cinco áreas temáticas:

- Nutrición materno-infantil: en programas de nutrición y salud infantil que mejoren la nutrición y la salud general de los niños más pequeños, mujeres embarazadas y madres lactantes;
- Alimentación escolar: en programas de alimentación para la educación que mejoren la asistencia y el rendimiento escolar y que, a la vez, reduzcan el hambre de corto plazo entre los niños de pre-escolar y primaria;
- Vitaminas y minerales: en esquemas para combatir las deficiencias de micronutrientes de mayor prevalencia o el hambre oculta de manera sostenible;
- Nutrición y VIH/SIDA: en intervenciones en el campo de nutrición y VIH/SIDA que mejoren el cumplimiento del tratamiento y sus resultados y mitiguen el impacto del SIDA en la inseguridad alimentaria de la familia;
- Seguridad alimentaria y nutricional: en la preparación y respuesta ante las emergencias destinadas a salvar vidas y recuperar los medios de subsistencia.

NUTRINET es un gran aporte a



Servicios que ofrece NUTRINET

NUTRINET ofrece un abanico de servicios, entre los que podemos destacar:

- Información sobre la situación nutricional y resultados de impactos de las estrategias, planes, programas y proyectos;
- Noticias relevantes en el ámbito mundial, regional y de los países;
- Reuniones nacionales e internacionales destinadas a la divulgación e intercambio de los resultados de las investigaciones, actualización y avances;
- Base de datos de programas y proyectos nacionales, instituciones y expertos;
- Estadísticas de la situación nutricional por áreas temáticas;
- Experiencias exitosas en la búsqueda de la erradicación del hambre y la desnutrición infantil de manera efectiva y sostenible;
- Publicaciones de libros, ensayos, revistas, documentos, declaraciones, leyes y decretos;
- Zona infantil para crear conciencia de una alimentación saludable;
- Recetas sencillas de fácil comprensión para una alimentación sana;
- Educación a distancia.

Países asociados a NUTRINET

En la actualidad se cuenta con 11 países asociados: Bolivia, Ecuador, Cuba, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá; Perú y República Dominicana. En estos Estados, los equipos nacionales de gestión del conocimiento han desarrollado sus respectivos portales nacionales.

Los portales de los países son muestra de la diversidad creativa y la apropiación por parte de los actores (gobiernos, ONGS y sector privada) del desarrollo del portal y sus redes. El portal actual muestra ya las fortalezas de varios países, lo mismo que la oferta de información y conocimiento disponible para ser compartida.

Los países miembros han participado activamente en la recolección de información que ya se tiene en la base de datos. Han aportado contenidos y materiales disponibles en la web a través de nuestro portal. Han llevado a cabo investigaciones sobre la existencia de casos exitosos. Han acopiado herramientas, manuales y diferentes materiales valiosos, que ahora estarán disponibles más fácilmente en la web. En general, las lecciones aprendidas en cada país ahora se encuentran sistematizadas y disponibles en el portal.

Este portal de portales es un instrumento que ha sido desarrollado en función de la urgente demanda para tenerlo disponible en forma inmediata y se ha construido en forma participativa y bajo el liderazgo de los demandantes que son los gobiernos. También se ha contado con el concurso de muchas ONGS internacionales y nacionales; así como al sector privado.

al desarrollo del conocimiento



La Cooperación Sur-Sur en el combate a la desnutrición infantil

Nils Kastberg

Director Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF-TACRO)

Al solicitármese desarrollar los conceptos de la Cooperación Sur-Sur como instrumento para erradicar la desnutrición infantil y, en particular el “hambre del cerebro”, la desnutrición crónica, es importante abordar las modalidades de cooperación y definir qué denominamos Cooperación Sur-Sur. Es necesario analizar en qué formas se está dando esta cooperación en el contexto de nuestra región, para finalmente abordar el tema central: cómo aplicar esta forma de cooperación a favor del combate a la desnutrición infantil y, en particular, la desnutrición crónica.

Aproximación a los conceptos de Cooperación Sur-Sur

Cooperación bilateral del Norte

Durante varias décadas, la cooperación internacional bilateral estuvo dominada, en el pensamiento y las modalidades de asistencia, por los patrones que se fueron estableciendo y desarrollando en países industrializados, en el marco de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y su Comité de Asistencia al Desarrollo (DAC, por sus siglas en inglés), que establecían qué se definía como asistencia o cooperación internacional. Los patrones de comportamiento, aunque con muchas variaciones, se regían principalmente por la visión del “norte” de aquello que se denominaría asistencia o cooperación hacia el “sur”.

Cooperación multilateral

La cooperación multilateral, mayoritariamente a través de instituciones financieras globales o regionales—en particular, a través de préstamos—o de las organizaciones y agencias del Sistema de Naciones Unidas—especialmente donaciones—abría a mayores posibilidades a los países del “sur” de contribuir a cómo esta cooperación se debía desarrollar. En los bancos de desarrollo no rige el principio de “una voz, un voto”. Por el contrario, el valor de las contribuciones tiene un peso determinante en la toma de decisiones.

En las Naciones Unidas, el “sur” tiene más posibilidades de participar en cómo se establecen los marcos de desarrollo y, crecientemente, se enfatiza la importancia del país “receptor” o “país programa” como el que debe ser y sentirse dueño, ser el actor que determina el tipo de desarrollo que se desea.

Debería aquí tratarse una serie de factores determinantes que rodean esta forma de cooperación, como el respeto a la soberanía; la preeminencia de procesos democráticos para determinar un desarrollo que beneficie a los muchos al margen del progreso y no a los pocos ya ricos, así como a las minorías y a veces mayorías discriminadas; el respeto por derechos humanos; y la construcción de capacidades para poder ejercer efectivamente la responsabilidad de Estado por sus ciudadanos o la determinación de prioridades de desarrollo, para citar algunos ejemplos. Sin embargo, no hay aquí ni el tiempo ni el espacio para cubrir estos temas.



Nils Kastberg
Director Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF-TACRO)

Otras formas de cooperación: la solidaridad de pueblos

Al margen de esta cooperación internacional, han venido desarrollándose desde hace muchos años nuevas formas de cooperación y solidaridad internacional.

Desde finales de la década de los setenta, aumentó considerablemente el número de refugiados a nivel mundial. No fueron los países ricos del “norte” los que recibieron los grandes números de refugiados, sino principalmente países limítrofes los que los acogieron, recibieron y en muchos casos hasta les permitieron integrarse localmente. Aunque apoyados por la cooperación internacional, los Gobiernos y los organismos no gubernamentales (ONGs) —y, a través del Sistema de Naciones Unidas, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA)— el valor de la acogida por los países receptores de refugiados en gran medida excedía el valor del apoyo proporcionado por la “comunidad internacional”. En desastres naturales, se estima que más del 90 al 95 por ciento de la asistencia a los afectados proviene del mismo país afectado. En el caso de los refugiados o los desastres naturales, la población misma juega un papel fundamental en esta cooperación, recibiendo y apoyando con su solidaridad a aquellos afectados y desplazados por la calamidad.

Esta forma de colaboración no es nueva y es mucho más amplia que la que se suministra en situaciones de emergencias. Se ha dado en todos los pueblos desde antaño. Se trata de una solidaridad con empatía y, muy a menudo, con desinterés por el beneficio propio, con rasgos importantes de apoyo comunitario, a lo largo de los límites de países, a menudo con poblaciones con etnias similares o vínculos de larga data, adicionalmente cimentados por matrimonios

trans-fronterizos que evaporan los nacionalismos impulsados por capitales. Lo nuevo es que en la década de los ochenta se empieza a cuantificar esta “solidaridad” para ponerla en relación a la cooperación internacional que, a menudo, con bombos y platillos, anunciaba sus contribuciones, mucho menores a las que el país receptor o su pueblo contribuían.

Cooperación horizontal o Sur-Sur como política pública

El elevar esta forma de solidaridad a política pública en nuestra región y formularlo como cooperación, y como cooperación Sur-Sur u horizontal, es algo también reciente. En 1979, Argentina fue anfitriona de la primera Conferencia Internacional sobre Cooperación Técnica Horizontal, lo que ha ido emergiendo como Cooperación Sur-Sur u horizontal, una forma distinta a la cooperación bilateral tradicional, denominada “Norte-Sur”. En esa época, prevalecía una perspectiva militarista en la región, que hoy ha sido reemplazada por el ánimo de lograr desarrollo humano y social para la región: ¡cambiando las espadas por arados!

América Latina y el Caribe está, por ende, desarrollando lo que podría denominarse como las nuevas fronteras de cooperación internacional: la Cooperación Sur-Sur. Al acrecentarse las diferencias entre algunos países de la región, que ya son de “renta media”, con sus hermanos que aún no han alcanzado tal nivel económico, evoluciona esta forma de cooperación, que se está elevando a nivel de política pública.

En ese sentido, esta cooperación no se diferencia significativamente de la Cooperación Norte-Sur. Primero fueron afinidades y coopera-



ción de pueblos que crearon los precedentes que luego se fueron estableciendo como políticas de Estado para la cooperación. Aunque la Cooperación Sur-Sur está siendo formulada y desarrollada como política de Estado en países de renta media, como Argentina, Brasil, Chile o Venezuela, también países como Cuba (sin ser un país de ingresos medios) contribuyen de un modo muy importante a esta modalidad de cooperación, lo mismo que México, miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), pero también el segundo país en peso económico y poblacional de Latinoamérica y el Caribe.

El ánimo y alma de la Cooperación Sur-Sur

Antes de abordar algunos ejemplos de Cooperación Sur-Sur en nuestra región, cabría hacer una advertencia. En la esencia de la Cooperación Sur-Sur está un ánimo de solidaridad, de horizontalidad, de aprender el uno del otro, de respeto mutuo, de hermandad, de colaboración que busca reducir diferencias. Hay menos énfasis en desarrollo de modelos teóricos de cooperación y más en compartir lo aprendido. Se prioriza la cooperación práctica, inmediata, sobre aquella que requiere largas elaboraciones de programas y proyectos a ser estudiados “ad infinitum” antes de convertirse en realidad. Se requiere que las partes deseen la colaboración, no que una de las partes determine asistir a la otra. Es una colaboración entre funcionarios y expertos de las instituciones de los Estados involucrados, más que la creación de estructuras de ejecución de proyectos financiadas por una de las partes.

Cooperación triangular y cuadrangular

Hay países del Norte que en su cooperación internacional se aproximan a esta modalidad de colaboración. Se desea, además, que se vaya reconociendo y estableciendo más firmemente en el marco de la OCDE el apoyo directo a la Cooperación Sur-Sur. Se trata de una forma de triangulación, en que la Colaboración Sur-Sur es apoyada de un modo flexible.

A medida que los países van ingresando al grupo de ingresos medios, el rol de Naciones Unidas va cambiando. El carácter de su cooperación como asistencia al desarrollo va más bien mutando, a ser fuente de conocimiento para efectivizar políticas públicas; a contribuir a generar, documentar y compartir conocimientos, prácticas y experiencias; a articular colaboración; a abogar por políticas públicas que mejor protejan e incluyan a excluidos; o a influenciar actitudes de la ciudadanía, para mencionar algunos ejemplos.

En este contexto, las organizaciones y agencias del Sistema de Naciones Unidas pueden ser facilitadores de la Cooperación Sur-Sur por su amplia presencia, en nuestra región. En el caso de la desnutrición crónica, agencias tales como el PMA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) pueden contribuir a establecer estos vínculos y articular contactos entre países, documentar prácticas y contribuir a la medición de impactos y resultados de un modo imparcial y generando evidencias.

La posibilidad de donaciones bilaterales, con el apoyo de las Naciones Unidas para facilitar este tipo de colaboración entre países, puede ser una cooperación “cuadrangular” muy fuerte, como aquella en que España apoya a Naciones Unidas a facilitar la Cooperación Sur-Sur entre Chile y Paraguay sobre el tema de registro de nacimiento. Otros donantes apoyan la colaboración entre UNICEF y Brasil en la cooperación bajo el programa *Laços Sul-Sul* en el tema de VIH/SIDA, en el que Brasil apoya a ocho países en tres continentes. En ambos ejemplos, las agencias de las Naciones Unidas son un elemento articulador y ni Chile ni Brasil precisan establecer estructuras propias y costosas, sino que utilizan la capacidad de la cooperación internacional instalada y presente en sus países, a través de las Naciones Unidas.

Prácticas en la Cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe

Argentina, Brasil y Chile están involucrados en colaboración con Haití, no sólo en temas de promoción de democracia, paz y seguridad, pero también en iniciativas de apoyo al desarrollo humano. Argentina está colaborando con UNICEF para articular en los sectores de interés mutuo su cooperación allí y en otros lugares, a través de la firma de un Acuerdo de Cooperación.

Chile ha establecido como una de sus áreas prioritarias en el Marco de Cooperación al Desarrollo con Naciones Unidas, la Cooperación Sur-Sur, buscando cómo usar esa capacidad instalada para impulsar su creciente cooperación en la región. En la Conferencia Regional sobre el Derecho a la Identidad, co-auspiciada por las Naciones Unidas, la OEA y el BID, con Paraguay como país anfitrión, Chile y Paraguay firmaron un acuerdo de cooperación para colaborar a superar el déficit en registros de nacimientos en Paraguay. A la vez, el sistema paraguayo de seguimiento sobre la situación de menores de 18 años privados de libertad en las cárceles paraguayas, resultó ser de interés a los homólogos chilenos, que ahora lo han establecido en su legislación y están en proceso de implementarlo. Un excelente ejemplo de cooperación horizontal entre países.

Argentina ha ajustado su legislación en los últimos años, extendiendo los servicios de educación y de salud como un derecho a todo aquél que lo acceda, sin requerir status migratorio regularizado. Esto representa una gran forma de solidaridad y cooperación con cerca de tres millones de inmigrantes de países limítrofes, muchos de los cuales no tienen su status migratorio resuelto. De manera similar, en el sur de Chile hay zonas donde muchos chilenos acceden primordialmente a servicios de salud argentinos, particularmente para servicios de parto.

Costa Rica ya lleva décadas con provisiones similares en salud y educación a poblaciones inmigrantes de Nicaragua. Ya en la década de los ochenta se estableció que el derecho a salud y educación estaba por encima del interés que tenía el Ministerio de Interior de obtener datos sobre qué población inmigrante accedía a estos servicios de salud, por ejemplo. ¡Todos sabemos que en un país europeo hace no mucho, un Presidente sugería que se buscaría a población inmigrante sin su status migratorio regularizado a través de sus hijos en las escuelas!

México en su época fue refugio temporal de miles de refugiados en su frontera sur, con la colaboración de ACNUR y del PMA, entre otras agencias de las Naciones Unidas.

Venezuela ha expandido su colaboración en una diversidad de formas y su colaboración con Cuba ha sido particularmente realizada como una acción que ha acercado salud y educación a los muchos para quienes esto era algo inconcebible.

La cooperación de Cuba con su personal técnico, particularmente en salud, cubre no sólo un número importante de países de la región, sino varios continentes.

Mediante un acuerdo firmado el 28 de agosto de 2004, Brasil y UNICEF están colaborando en la erradicación de la transmisión vertical del VIH/SIDA de madre a niño y la promoción de prevención de transmisión en adolescentes y jóvenes en ocho países: Paraguay, Bolivia y Nicaragua en nuestra región; en Timor-Leste en Asia; y en Guinea-Bissau, Cabo Verde y Sao Tomé-Príncipe en África. Los extraordinarios resultados logrados en esos países son testigos de lo que se puede lograr en una colaboración enmarcada en una solidaridad hermanada, combinada con solidez técnica y voluntad de aprender el uno del otro.

Aplicación de la Cooperación Sur-Sur como modalidad de trabajo en el combate a la desnutrición infantil

Habiendo pasado revista a este limitado número de ejemplos, surge una vasta gama de posibilidades para aplicar la emergente Cooperación Sur-Sur a favor de la erradicación de la desnutrición infantil.

Nuevamente, tomando ejemplos que puedan ilustrar estas posibilidades, Cuba ha ofrecido que su personal técnico (gran parte del cual consiste de médicos), se ponga a disposición de programas enfocados en la lucha contra la desnutrición, de ser ésta definida como prioridad por el país que recibe este apoyo. A partir del ejemplo de Guatemala, acciones como ésta podrían reforzar el seguimiento a nivel municipal y capacitar y generar conciencia de la importancia de dicho seguimiento. Si deseamos reducir el terrible trío de la mortalidad materna, la mortalidad de menores de cinco años y la desnutrición crónica debemos combinar el “nueve meses antes, treinta y seis meses después”.

Muchos países de la región están en este momento reforzando la descentralización y buscando formas de mejorar la capacidad de gestión sub-nacional, en particular, a nivel municipal. De unas 16 mil municipalidades en América Latina, Naciones Unidas está, a través de varias de sus agencias, contribuyendo a reforzar la movilización hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a nivel local impulsada por las autoridades de los países comprometidos, en cerca de una cuarta parte de estos municipios.

Incluir y generar conciencia sobre desnutrición crónica es fundamental, ya que muy a menudo se desconoce su importancia—o se confunde ésta con desnutrición global. Las respuestas programáticas—por ejemplo, de “distribución de alimentos o leche” —a menudo demuestran esta confusión, al no llegar a tiempo las medidas apropiadas a las madres durante el embarazo, apoyo al amamantamiento y los primeros años de vida de la niña o el niño. En la medida que sea posible, el personal cubano con el acuerdo del Gobierno receptor de esta Cooperación Sur-Sur puede reforzar esta capacitación y concientización a nivel local, y podría ser un factor de aceleración en la lucha por el combate contra la desnutrición crónica.



Argentina tiene programas en el Noreste y Noroeste del país para promover un mejor servicio pre-natal, lo cual también beneficia a poblaciones de los países limítrofes que cruzan la frontera para beneficiarse de ellas. Sin embargo, no sería muy difícil extender estos programas al otro lado de la frontera, de ser útiles para Paraguay o Bolivia. La capacitación del personal de salud en servicios comunitarios, en servicios pre-natales y en aspectos culturales y étnicos es sólo un ejemplo de muchas experiencias que pueden ser compartidas de ambos lados de un límite que no frena el flujo y el ir y venir de sus pueblos. Este énfasis en servicios pre-natales y el seguimiento de la primera infancia, como en el programa “Nacer”, podría ser parte de una inversión común y compartida entre los países, en que el que más recursos tiene, tiene el privilegio de contribuir más, pero en que ambos aprenden y comparten en un espíritu de hermandad.

Uno de los muchos programas de colaboración horizontal de Brasil apoya a ocho países en la promoción de la lucha en contra de el SIDA. Esta labor, que tiene como un eje central la mujer embarazada, ofrece la oportunidad de proveer servicios adicionales a la mujer embarazada, que contribuyan a la lucha contra la desnutrición crónica en los países abarcados por esta Cooperación Sur-Sur.

Otra variante de la Cooperación Sur-Sur, anteriormente mencionada, son las prácticas positivas en la recepción de la población inmigrante, tenga su situación regularizada o no. Países como Costa Rica o Argentina practican el derecho a la salud y la educación como derechos en sí y no vinculados a la regularización del status migratorio. Esto también representa una forma de Cooperación Sur-Sur y contribuye a que los niveles de desnutrición crónica que pueda prevalecer en el país de origen no se reproduzcan o mantengan en el país receptor.

No es la función de esta presentación exponer todas las experiencias de cooperación y, ciertamente, hay muchas otras valiosas experiencias, pero el objetivo principal de este debate es contribuir a generar o reforzar una solidaridad que se aboque a erradicar la desnutrición crónica de nuestra región.

Una visión de la nueva América Latina y Caribe sin desnutrición crónica

En estos años, muchos países están celebrando el bicentenario de su independencia. Para el año 2010, por lo menos seis países están preparando celebraciones y me pregunto: ¿Se tratará esta celebración de próceres y guerras de independencia, de territorios e historia? ¿O trataremos de dar a estas celebraciones un contenido panamericano de futuro en el que el desarrollo humano de todos y cada uno de sus ciudadanos sea el enfoque central?

Imaginemos que estas celebraciones tengan como objetivo que cada uno de los países de nuestra región, en solidaridad Sur-Sur, se aboquen a garantizar que cada mujer que queda embarazada recibirá apoyo a tiempo. Que cada niña y niño que nace será bienvenido como ciudadano latinoamericano y caribeño y las políticas públicas se dirigirán a apoyar su nacimiento y crecimiento con una garantía de solidaridad Sur-Sur, en el que quien no tenga todo lo necesario, sea apoyado por aquellos que tienen más. ¡Qué legado de las celebraciones bicentenarias esto sería!

Felicito a Chile y al Programa Mundial de Alimentos y celebro que hayan convocado a la Conferencia Regional Ministerial. Que sea éste el toque de campana que aúne los esfuerzos de la región por erradicar la desnutrición crónica en América Latina y el Caribe para el año 2015. Que sea este un objetivo central de la nueva visión que nos una en toda nuestra región.

¡Que no quede niño o niña sin ser alcanzado a tiempo!





La seguridad alimentaria y nutricional y su impacto en la equidad

Patricio Meller Bock

Presidente del Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” de Chile

El Consejo de Equidad funcionó ocho meses y entregó su informe final el 6 de mayo de 2008. Quiero darles el contexto de la discusión que ha habido, el tema de preocupación, cuáles son las preguntas, cuál es el cambio de paradigma que estamos sugiriendo para el enfoque de las políticas sociales y la interacción con las políticas laborales y contarles alguna de las propuestas.

Uno de los primeros temas que abordamos fue la definición de equidad y por qué es problemática la falta de equidad. La falta de equidad genera distintos niveles de calidad en educación y salud. La inequidad se traduce también en distintas posibilidades para niños y jóvenes a la hora de influir y determinar su trayectoria de vida. Produce diferencias de poderes y capacidad de influir en las grandes decisiones nacionales. Cuando la existencia de inequidad va, además, acompañada de poca o nula movilidad social, se genera un aumento de tensión y mayor conflictividad social. Todo esto afecta negativamente el ritmo de crecimiento económico y también el ánimo con que se construye una sociedad. Por último, la persistencia de inequidad conduce a la fragmentación social, lo que reduce la capacidad de diálogo entre las partes.

Esta situación de inequidad es algo que hemos tenido todo el tiempo. La pregunta siguiente es, entonces, ¿por qué estamos ahora planteándonos el tema de la equidad, por qué en Chile estamos ahora tan impacientes con el tema de la inequidad? La respuesta es que hasta hace poco el problema central de la economía chilena, a semejanza de lo que pasaba con el resto de los países latinoamericanos, estaba asociado a los desequilibrios macroeconómico, inflación, déficit fiscal y de balanza de pagos. Pero en el caso chileno estos fenómenos están ya bajo control, lo que crea las condiciones para discutir los temas distributivos.

La economía chilena ha demostrado que puede alcanzar alto ritmo de crecimiento y ésta es una condición necesaria para lograr muchos otros objetivos. El relativo éxito logrado por la economía chilena genera expectativas en toda la población. Si hemos sido capaces de penetrar, con nuestras exportaciones, mercados distantes y complejos, ¿por qué no tenemos el mismo empuje y energía para resolver los problemas inequitativos internos? La percepción que tenemos es que, para ser un país desarrollado, no basta con alcanzar un alto ingreso per cápita. Se requiere un mayor nivel de equidad.

Hay varias cosas que conviene mencionar, entre ellas el rol del crecimiento económico. Para tener claro este cambio de paradigma que estamos enfrentando hoy día, el alto ritmo de crecimiento económico es condición necesaria, pero no suficiente para resolver los problemas sociales. El crecimiento económico constituye un mecanismo para lograr el incremento de bienestar de la gente y la expansión de sus alternativas de decisión, pero no es el único objetivo en un país desigual y en el que existe una cantidad importante de gente que vive en condiciones de pobreza. Hay consenso en cuanto a que es necesario tomar medidas en el presente para resolver la apremiante cuestión social y distributiva.



Patricio Meller Bock

Presidente del Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” de Chile

Para avanzar en esa dirección, el Consejo de Equidad discutió un nuevo enfoque para las políticas sociales y laborales. Cuando hablo de las viejas políticas sociales estoy hablando del siglo XX. Las nuevas políticas sociales y laborales son las del siglo XXI. Las políticas sociales del siglo XX estaban orientadas a aliviar la situación aflictiva de los pobres. Hacia ese fin, elaboramos una línea de pobreza, la cual cumple distintos propósitos. El primero de ellos es identificar a los grupos que están bajo la frontera que define esta línea. En segundo lugar, establecer políticas que ayuden a los pobres para superar la satisfacción de sus necesidades básicas y el tercer objetivo es evaluar la efectividad de dichas políticas, a través de la contabilidad, del número de personas que a través del tiempo permanece bajo la línea. Se trata de un paradigma aritmético: contar cuántos pobres hay y cuál es el cambio en el número de pobres a través del tiempo.

Lo mismo sucede, desde el punto de vista de este enfoque cuantitativo, con el gasto social sectorial en educación, salud, y vivienda. Los indicadores que siempre usamos son cuantitativos: contamos el número de colegios, hospitales, soluciones habitacionales.

Este entorno en el cual operan las políticas sociales y laborales se caracteriza por dos dimensiones: una que tenemos desde las primeras ocho décadas del siglo XX, que se llama un sistema de producción “fordista” y una economía altamente protegida del mundo exterior. Las ganancias en productividad en un sistema “fordista” se logran a través de las economías de escala, la especialización productiva y la estandarización del bien producido. Esto genera un proceso productivo bastante rígido y con trabajadores excesivamente especializados. La gran ventaja que tiene el hecho de que la economía local esté protegida al exterior, es que el gobierno tiene muchos grados de libertad para aplicar cualquier tipo de políticas.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, estas dos dimensiones cambiaron dramáticamente. Ahora vivimos en un mundo global donde la casi totalidad de los países han decidido incorporarse de lleno en la economía mundial. ¿Por qué hicimos esto si involucra, entre otras cosas, perder grados de libertad en el control de las políticas sociales y económicas? La respuesta es simple: la mayoría de los países percibe que la globalización es el mecanismo más eficiente y rápido para adquirir el estándar de vida y la tecnología de los países desarrollados. ¿Y cuáles son las características de esta economía global? Se caracteriza por la frecuente innovación de productos y cambios tecnológicos, además de

variaciones en los patrones de demanda y búsqueda de diversidad de los bienes. En este nuevo escenario, para alcanzar los niveles requeridos de competitividad hay que reemplazar el antiguo sistema de producción “fordista” por lo que se ha llamado un nuevo sistema de producción “toyotista”: Toyota reemplaza a Ford.



La esencia de este último paradigma productivo es la flexibilidad, la cual permite acomodarse a los cambios en las preferencias de los consumidores y las innovaciones tecnológicas. Para esto se requiere, entre otras cosas, que los trabajadores posean múltiples habilidades. La globalización y el nuevo sistema de producción multiflexible generan fuertes exigencias sobre la competitividad de las empresas

y los países y sobre la productividad de las personas. Desde el punto de vista de los individuos, la empleabilidad, la productividad y la auto sustentación se transforman en los requerimientos centrales para lograr acceder a los beneficios que genera y proporciona el mundo globalizado.



Hay una asociación positiva entre productividad y remuneraciones y una se retroalimenta positivamente con la otra. Todo esto afecta a la lógica y al diseño de las políticas sociales y laborales del siglo XXI. La mejor política social en el siglo XXI consiste en que cada persona tenga un empleo y que éste proporcione un ingreso que permita cubrir un nivel de vida satisfactorio. En consecuencia, el nuevo principio básico

de las políticas sociales no radica en aliviar la situación aflitiva de los que están fuera del mercado del trabajo para que permanezcan al margen. El propósito central de esta nueva política social es inducir e incentivar a las personas a capacitarse, buscar empleo y trabajar. Este nuevo foco sustituye los problemas de dependencia y asistencialismo de las políticas sociales del siglo XX, poniendo los acentos en la autoestima y la auto sustentación. De manera complementaria, las políticas sociales sectoriales requieren poner el énfasis en los aspectos cualitativos—atenciones de salud efectiva y oportuna, vivienda adecuada y una educación de buena calidad—que contribuyen ciertamente a elevar la autoestima.

En el largo plazo, los aumentos de productividad están asociados, decimos los economistas, a mejorar la calidad de la educación. Pero en el corto plazo la capacitación constituye uno de los principales mecanismos para aumentar la productividad de las personas que han terminado la educación escolar. Aún más, dada la velocidad y frecuencia del cambio tecnológico se requiere capacitación, reconversión laboral y una reactualización permanente de todas las fuerzas de trabajo.

El Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” elaboró una lista de propuestas para enfrentar la inequidad. Hemos dividido los grupos objetivos hacia quienes están dirigidas estas políticas en cuatro. En primer lugar, el quintil de más bajos ingresos, que es el grupo de los pobres en Chile (las familias de bajos ingresos). En segundo lugar, lo que hemos llamado trabajadoras y trabajadores. En tercer lugar, jóvenes y escolares y cuarto, empresas de menor tamaño.

Respecto a las familias de más bajos ingresos, la política que estamos aplicando es una política mixta, que emplea una combinación de dos instrumentos. Estos dos instrumentos son un subsidio al ingreso laboral, por una parte y, por otra, una transferencia monetaria condicionada. Lo que proponemos hacer con los grupos de más bajos ingresos es aplicar una mezcla del instrumento más importante que usa Estados Unidos en su política social de subsidios al ingreso laboral, que es “el que trabaja recibe, conviene trabajar, hagamos que el trabajo pague”. La propuesta que hacemos es que toda persona que gane menos del salario mínimo reciba un subsidio de 30 por ciento

sobre su ingreso bruto, de forma tal que de este 30 por ciento, veinte puntos porcentuales van directamente al bolsillo del trabajador y diez puntos porcentuales van directamente al empleador. Se trata de una mezcla de políticas que van por el lado de la oferta de trabajo y políticas que van por el lado de la demanda de trabajo.

Este programa no se acaba en el salario mínimo, sino que luego la tasa de 30 por ciento declina paulatinamente hasta alcanzar un nivel de dos veces el salario mínimo, llegando esta tasa de subsidio de ingreso laboral a cero cuando el nivel de remuneración que recibe el individuo o la persona es el doble del salario mínimo. Esto se complementa con transferencias directas a las familias más pobres asociadas al número de niños, o sea un monto específico mensual por niño que tiene cada familia (asunto directamente relacionado con el tema central de la desnutrición infantil). El monto en cuestión está medido en unidades de fomento (UF), pero equivale a alrededor de 25 dólares mensuales por niño menor o igual a 15 años. Las transferencias directas se entregan a todas las familias del grupo más pobre.

Esta transferencia monetaria, como en México y Brasil, es con condicionalidad. En el caso chileno la condicionalidad tiene tres elementos que son centrales. La primera condición para recibir esta transferencia es que los niños vayan al colegio. La segunda condición es que asistan a los consultorios para ser controlados y vacunados (como en México y Brasil). El tercer elemento—a nuestro juicio el aspecto central—es que cualquier persona en la casa que esté en edad de trabajar tiene que salir a buscar trabajo, tiene que capacitarse. La idea es empujar a la gente a que vaya al mercado laboral.

Esta política es novedosa para nosotros. La propuesta va en la dirección de implementarla gradualmente en las personas del quintil más bajo, ya que ahí va estar focalizada la política. Pero queremos empezar por las mujeres y jóvenes del quintil más bajo, para luego incorporar a los hombres. Lo que hace esta política, para el caso chileno y, creo también, para el caso latinoamericano, es obligar a quien va a recibir la transferencia a entrar al sistema formal, porque en el quintil más bajo en Chile los informales—los marginales—representan un porcentaje importante. Si quieren recibir este subsidio, tienen que formalizar, entrar al sistema, entrar a la sociedad para recibir sus beneficios.

Otra idea que hemos discutido es establecer metas de largo plazo. La diferencia que hay entre un país desarrollado y un país en desarrollo es el hecho de que los países desarrollados tienen un horizonte de largo plazo: los agentes económicos pueden tomar decisiones a cinco, diez o veinte años plazo. El problema que tenemos en los países subdesarrollados—entre ellos, los países latinoamericanos—es que no existe ese horizonte a largo plazo. El desafío es crear un horizonte de largo plazo dentro de la perspectiva y dentro de la óptica de los agentes económicos. En este país lo que se ha hecho en el terreno de la inflación es fijar metas de inflación de largo plazo.

Las metas de inflación indican que oscilará entre 2 y 4 por ciento. Se trata de metas de largo plazo y cada vez que la inflación escapa del rango, el Banco Central aplica políticas monetarias correctivas. El fisco por su lado también tiene una política fiscal de largo plazo, consistente en generar un superávit estructural del 0,5 por ciento del PIB. Cuando se supera o no se llega a ese rango, se tiende a alinear la política fiscal con este objetivo a largo plazo.

Si tenemos políticas fiscales y de inflación de largo plazo, ya es hora de que este país tenga metas en equidad y objetivos de equidad de largo plazo. Por ejemplo, la política para las familias de bajos ingresos lo que persigue es lograr que el nivel de pobreza en este país alcance un dígito, no en el largo plazo, sino en el mediano plazo. Al lado de estos objetivos de largo plazo, el Consejo también sugiere crear una Autoridad Social. Que esta Autoridad Social, a similitud de lo que hace el Ministro de Hacienda, que expone el estado de la hacienda pública todos los años y el Presidente del Banco Central, que presenta anualmente la situación financiera y monetaria, dé cuenta al país de cómo se van cumpliendo los objetivos sociales y metas de largo plazo. Proponemos generar esta trilogía: Ministro de Hacienda, Presidente del Banco Central y Autoridad Social, pero con instrumentos efectivos que le den peso dentro del gabinete. Que las políticas sociales no sigan siendo el monopolio de los Ministros de Hacienda: eso es lo que está detrás de la propuesta.

Con respecto a las sugerencias que tenemos para las trabajadoras y trabajadores, la política central allí es capacitación. La percepción es que las preguntas centrales de quién se capacita, cuándo se capacita, en qué se capacita y quién capacita las toma exclusivamente la empresa. En el caso chileno hay una franquicia tributaria en que se descuentan los gastos por capacitación de los pagos de impuestos de las empresas. Quien financia estos cursos de capacitación es el fisco. Si el fisco pone los recursos, parece lógico que el fisco también opine respecto al tema central que está aquí en juego, de quién toma la decisión respecto a capacitarse. La propuesta del consejo es crear un bono de capacitación por trabajador. El trabajador lo recibe y decide cuándo y en qué se capacita.

El financiamiento que sugerimos para el bono de capacitación es de tipo tripartito. Participarían el fisco, la empresa y los trabajadores, quienes también deben hacer su aporte. La modalidad de aporte para financiar estos cursos de capacitación es similar a la que en este país se ha establecido en los créditos para los jóvenes que ingresan a la educación superior. Estos créditos se van descontando cuando los estudiantes egresan de la educación superior. El estudiante empieza a trabajar y paga los créditos recibidos. Lo mismo se plantea para los bonos de capacitación.

Hay una variante adicional en los bonos de capacitación: la sugerencia de crear un índice de vulnerabilidad social dirigido a los trabajadores. Este índice de vulnerabilidad social trataría de captar distintas dimensiones que afectan la situación de los trabajadores, los desempleados, los que entran y salen del mercado del trabajo, los que tiene bajos empleos y los jóvenes que son desertores escolares y a los que les cuesta entrar y permanecer en el mercado del trabajo. El bono de capacitación sería proporcional a este indicador de vulnerabilidad social. A través del seguro de cesantía, tenemos las bases estadísticas de cuáles son las características de los distintos trabajadores para construir este indicador de vulnerabilidad.

Tenemos un objetivo a largo plazo respecto a esta propuesta de capacitación. Queremos eventualmente partir con un programa moderado, que cubra a cien mil trabajadores por año y escalarlo hasta un millón de trabajadores, en un plazo de seis a ocho años. La fuerza de trabajo en Chile es de 5.5 millones de trabajadores. La idea, en el largo plazo, es que cada cinco años los trabajadores chilenos recalifiquen y reconviertan, haciéndose más empleables y productivos para el mundo competitivo y global de la actualidad.

El aumento del nivel de ingresos y remuneraciones de los trabajadores está asociado a incrementos de productividad. Los incrementos de productividad están asociados directamente con lo que se hace en estos cursos de capacitación, pero para que estos programas de capacitación funcionen, tenemos que hacernos cargo de otro problema grave relacionado con la fuerza de trabajo chilena. La mitad de esa fuerza de trabajo no ha completado su educación media. Ya hay programas pilotos, pero los queremos hacer masivos, de educación para adultos.

Hoy día Chile ha extendido como obligatoria la educación escolar a 12 años. Si los adultos estuvieran en otro esquema en lo cual esto no se dio, queremos de alguna forma hacer retroactiva esta disposición actual para toda la fuerza de trabajo. No sé cuánto nos vamos a demorar en hacerlo, pero el Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” estima que es una deuda social que existe con todos aquellos trabajadores que no pudieron terminar su educación media. Dichos trabajadores necesitan esa base de educación media para que un programa de capacitación genere un incremento de productividad y empleabilidad para los trabajadores. Éste es el objetivo de largo plazo que tenemos en el caso de las trabajadoras y los trabajadores.

El Consejo Asesor Presidencial “Trabajo y Equidad” ha sugerido programas en 17 áreas distintas, lo que constituye un abanico bastante sustantivo y contundente de propuestas que, así lo creemos, marca-

rán la pauta de discusión a futuro, constituyéndose en una especie de marco o de plataforma de discusión del problema de equidad en este país.

Una tercera propuesta está asociada con lo que hemos designado “igualdad de oportunidades”, especialmente para los niños, para los escolares. La idea es la siguiente. En Chile hay tres tipos de colegios: en primer lugar, los particulares pagados o privados, donde va entre el 10 y el 15 por ciento de la población escolar, que corresponde a los grupos de altos ingresos. Después están los colegios que llamamos “municipales”, donde acude el 50 por ciento de los escolares, correspondiente a las familias de más bajos ingresos. Entre ambos hay colegios particulares subvencionados, entre el percentil 50 y el percentil 85-90.

El Consejo Asesor ha propuesto premiar a los mejores talentos escolares de todos los colegios municipales y particulares subvencionados (3,500 colegios), excluyendo a los colegios particulares pagados. Queremos premiar cada año a los mejores niños de cinco niveles, desde séptimo básico hasta tercero medio, con una cantidad equivalente a tres sueldos mínimos, con lo que pueden ayudarse el día de mañana a solventar su educación superior.

Este programa está planificado para llegar a 50 mil niños por año. En otras palabras, es selectivo pero masivo, en gran escala. Cubre todo el país, llega a todos los colegios de todas las comunas y pone a los niños a competir con escolares de su mismo nivel, entorno y colegio. No es lo que sucede en el acceso a la educación superior, en que los niños de colegios particulares pagados compiten con niños de colegios municipales. En esta propuesta, competirían con sus pares.

La idea tiene un complemento. En Chile, para entrar a la universidad es vital tomar un curso preuniversitario. Dichos cursos hacen toda la diferencia entre quién ingresa a la universidad y quién se queda afuera, particularmente de las universidades de mejor calidad.

Esos cursos preuniversitarios valen dos mil dólares. La idea anexa a esta propuesta de identificar los talentos escolares y de tratar que lleguen a la universidad, es que aquellos niños que cursan entre séptimo básico y tercero medio y que hayan ganado al menos dos de estos premios anuales tengan, en cuarto medio, financiamiento para los cursos preuniversitarios. Se trata de veinte a 25 mil niños. Cuando este programa esté en estado de régimen, vamos a llegar a 75 mil niños en todo el país.

Hay varias otras propuestas, que pueden ser consultadas en el informe del Consejo, el cual estará disponible en la red en el sitio: www.trabajoyequidad.cl



Madre

POST-PRIMARIA

La relación público-privada en los programas de alimentación escolar

Manuel Espinoza

Director Ejecutivo de La Red de Alimentación Escolar para América

Este artículo destaca las ventajas que pueden recibir los aliados o participantes de un programa de alimentación orientado a poblaciones vulnerables y/o desnutridas.

Cualquier forma de recurso, público o privado, se agota y una política se desacredita en la medida que su ejecución pierda parte de los recursos y no se cumplan los objetivos para los cuales se han focalizado los esfuerzos. Además de definir las políticas, se necesita enfrentar con efectividad y eficiencia la forma de llegar con alimentación a las poblaciones vulnerables, que es una de las urgencias primarias, bajo el concepto de que los pobres no pueden esperar.

Resolver hoy casi 2,4 millones de servicios de alimentación diarios a la población escolar y pre-escolar en Chile, distribuida a lo largo del país todos los días hábiles del año, ha determinado el desarrollo de una capacidad público-privada que no tiene comparación con programa alguno en el país. Es necesario caracterizar las cualidades que han aconsejado continuar y acentuar esta forma de trabajo, independientemente de la necesidad de establecer el grado de éxito del programa.

No está demás mencionar que hay funciones del sector público que son irrenunciables y que guardan relación con las decisiones de políticas, focalizaciones de éstas, formas de solucionar y los correspondientes controles de cumplimiento de estas políticas públicas.

Lo que se analizará son las capacidades de gestión que se han desarrollado en la operación de los programas, relacionados con la gestión pública y privada, en términos de servicios y recursos humanos a lo largo del país:

1) El programa de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) cuenta con un funcionario público por cada 100 operadores directos, que entregan servicios y uno por casi 200 en indirectos, considerando aquellos que están en las empresas apoyando con insumos y otros servicios, lo que equivale a un funcionario público por cada 5.500 servicios día.

Los servicios ofrecen un almuerzo que debe tener dos o tres preparaciones diarias, por lo que hay producción y servicio realizado por personal con las competencias necesarias para asegurar el servicio y sus requerimientos de calidad.

2) Se movilizan diariamente dos mil toneladas de alimentos y/o insumos a lo largo de 5.000 kilómetros en el país. Esto es muy relevante por la capacidad de movilización, transporte adecuado y tecnología con que se debe contar, además de resolver de la mejor manera la gestión de manejar alimentos desde la adquisición, sistemas de almacenamiento centralizados y distribución, con los costos optimizados.



Manuel Espinoza
Director Ejecutivo de La Red de Alimentación Escolar para América

3) La ejecución del programa necesita de una amplia gama de esfuerzos: de la microempresa tanto como de la pequeña, mediana y gran empresa. Todos en su conjunto resuelven distintos requerimientos del programa.

4) La incidencia de los insumos en los costos del servicio (alimentos y otros elementos necesarios para el servicio) para la mayoría de los operadores es del orden del 65 por ciento, lo que revela que gran parte del recurso del programa se convierte en servicio. El costo en operadores es de 25 por ciento, por lo tanto es una actividad de márgenes estrechos que genera gran eficiencia en el manejo de todos los recursos.

5) La gran herramienta contractual que permite la ejecución según los requerimientos del Programa de Alimentación Escolar lo constituye el Programa de Aseguramiento de Calidad, instrumento que está en permanente evaluación.

6) Por la cercanía a sistemas de producción básica de alimentos y la demanda que genera, el programa genera posibilidades de desarrollo de producciones artesanales con gran impacto en la economía de estas comunidades. Ejemplos relevantes existen para localidades marginadas del desarrollo a través de esfuerzos conjuntos público-privados, aunque es un aspecto cuyo impacto no ha sido suficientemente evaluado.

Entre las principales características de calidad que se generan en la gestión privada, todas planteadas desde el requerimiento de la autoridad pública, están la oportunidad, la calidad sanitaria y la calidad del servicio. Aparte debe mencionarse el desarrollo tecnológico de la actividad y el desarrollo del personal que trabaja en estos programas.



Oportunidad

Todos los días del año se entrega el servicio contratado con un cumplimiento de cerca de 100 por ciento, tanto en el número como en el horario establecido. Este aspecto es muy relevante por constituir un servicio de apoyo importante en la jornada escolar, que además cumple un papel relevante en la adherencia al sistema educativo.

Calidad sanitaria

De acuerdo con los seguimientos epidemiológicos de la autoridad sanitaria, éste es el sector que menos contribuye a las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en nuestro país. Este resultado es extremadamente relevante ya que la infraestructura, equipamiento y enseres en las escuelas son limitados y en muchos casos, insuficientes. Los buenos resultados se deben al adecuado manejo de los procedimientos operacionales y sanitarios, afirmando de esta manera que un buen manejo los procedimientos permite superar las deficiencias de recursos. Es, por lo tanto, muy relevante contar con personal capacitado.

Calidad del servicio

Cada vez se llega con un servicio de mayor elaboración y en mejores condiciones de entrega, que empieza a responder a las mayores exigencias de un usuario que tiene acceso a mayor desarrollo. Crecientes volúmenes de servicios por tiempos significativos (tres a cuatro años) permiten desarrollar nuevas tecnologías. En forma estandarizada, estas tecnologías permiten, a su vez, ofrecer grandes cantidades de servicios con muy buen nivel de calidad gastronómica, inmejorables condiciones de calidad sanitaria, de fácil transporte, distribución y servicio. Todo lo anterior ha sido obtenido a costos menores que operando con formas tradicionales de resolver los servicios.

Desarrollo tecnológico

El desarrollo de tecnología en los sistemas de producción de alimentos, en la producción de insumos y productos alimentarios, en la conservación de productos, en el desarrollo de servicios, en sistemas de control, implica esfuerzos en investigación e inversión, que han tenido rápida respuesta por el sector.

Desarrollo del personal

El permanente desarrollo de la actividad ha requerido de la capacitación del recurso humano, mejorando su estabilidad y sus posibilidades de mayores ingresos por mayor competencia adquirida.

Reflexión final

Los programas de aseguramiento de calidad, en donde el autocontrol y el desarrollo del mejoramiento continuo son asumidos cada vez con mayor responsabilidad por el operador, constituyen un avance fundamental. Ello permitirá al sector público especificar su función auditora y prescindir en parte de la actual colaboración que le presta al programa el sistema educativo. Pero lo más importante es que esto permite hacer cada vez más eficiente el uso del recurso destinado al programa.

Un aspecto que empieza a constituir un problema significativo para los programas de alimentación, es el aumento sostenido de los precios de los alimentos y que de acuerdo a los análisis, se quedará por varios años. No es sostenible el financiamiento de estas alzas, por lo que es urgente aplicar medidas que tiendan a paliar este aumento de precios.

El mejoramiento de la gestión constituye una de las herramientas que deberá revisarse profundamente para optimizar el uso de insumos, incorporar alternativas productivas más ventajosas, uso de la tecnología en la preservación, análisis de riesgos que deterioran la calidad de los alimentos, desarrollo de productos y proveedores, etc. Todo esto requiere de un esfuerzo de todas las partes involucradas en los programas de alimentación y, en especial, del aporte que puede hacer el sector privado a través del desarrollo de los aspectos señalados.



Cuarta Parte

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

SUMARIO

Durante la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet, hizo público reconocimiento de la trayectoria y los aportes a la medicina y la nutrición en Chile efectuados por los doctores Fernando Monckeberg Barros y Francisco Mardones Restat, pioneros de la lucha contra la desnutrición infantil, quienes recibieron sendos galardones de manos de la Mandataria. A continuación se reproducen las palabras de agradecimiento de los doctores Monckeberg Barros y Mardones Restat.



Fernando Monckeberg

Médico cirujano, Profesor de Pediatría Universidad de Chile, fundador y Director del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), fundador y Presidente de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)



Éxitos en la lucha contra la desnutrición infantil en Chile

Fernando Monckeberg

Médico cirujano, Profesor de Pediatría Universidad de Chile, fundador y Director del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), fundador y Presidente de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

Siento una profunda emoción y un orgullo de recibir esta distinción de parte de nuestra Presidenta Michelle Bachelet. El premio que significa esta distinción, va más allá de mi persona. Al mirar hacia atrás, miles de chilenos en distintas formas han colaborado durante un largo período de tiempo—tal vez cincuenta años o más—a la lucha contra la desnutrición infantil. Me refiero a aquellos que crearon e idearon una infraestructura de salud. Aquellos que constataron por primera vez la existencia del problema y fueron capaces de investigar.

Aquellos que pudieron comprobar el impacto que la desnutrición significaba en la población infantil, el daño que ello representaba en su proceso de crecimiento y desarrollo y el daño que significaba para la sociedad. Aquellos que lograron hacer un diagnóstico adecuado, focalizar el problema y decir: “los grupos más vulnerables en los cuales debemos concentrar nuestros esfuerzos son los niños durante sus primeros años de vida y en las madres embarazadas.” Aquellos que investigaron qué medidas y qué estrategias había que desarrollar para proteger a ese niño. Aquellos que idearon las intervenciones, en salud primaria, en nutrición, en educación y en saneamiento ambiental, para el total de la población chilena. Aquellos que idearon esa estrategia, que están, tal vez en muchas partes y que lo lograron fundamentalmente porque fue una decisión política de los distintos gobiernos que transcurrieron durante este periodo y que la supieron mantener como una política de Estado, con toda la prioridad que ello significaba.

Sin lugar a dudas, son ellos quienes merecen esta distinción y a ellos quiero representar cuando la recibo, lo mismo que a todos los chilenos, porque fue su entendimiento y su comprensión del problema, de la trascendencia que tenía, para colaborar con sus recursos y con sus capacidades. Porque fue el concurso de los chilenos—su persistencia, el desarrollo de la estrategia y la manutención de ella a lo largo del tiempo, a pesar de los tremendos cambios que el país ha tenido en estos últimos años—lo que en definitiva hizo posible esto que para muchos pareció hace algunas décadas una tarea imposible. A ellos quiero y creo expresar y a ellos me gustaría transmitir lo que nuestra Presidenta hace conmigo al entregarme esta distinción.

La transmisión del conocimiento en la lucha contra la desnutrición infantil

Francisco Mardones Restat

Médico cirujano, Asesor y Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Director General del Servicio Nacional de Salud de Chile, Profesor de Salud Pública de la Universidad de Chile



Periódicamente, las autoridades de los Gobiernos de nuestra región son capaces de encomendar tareas gigantescas a los organismos de las Naciones Unidas. Tienen que proponer reformas, que evaluar los logros, que colaborar en la preparación de personal, que entregar—al igual que nuestras universidades—una posición ética y transmitir conocimientos. Ningún conocimiento adquirido puede ser guardado con avaricia, para beneficio propio: lograr su aplicación es una gran responsabilidad.

Una verdadera turbulencia se produce cuando llegan los delegados de los organismos de las Naciones Unidas, porque actualizan conocimientos, comparan logros y nace el deseo de transferir esta información a todas sus estructuras y, muy en especial, al pueblo, que recibe con entusiasmo, se apodera de estos conocimientos, los hace suyos y es capaz de entregar parte de sus ingresos para que estos logros puedan implementarse.

Quizás el mérito más importante de los organismos de las Naciones Unidas es lograr transmitir no sólo a las instituciones burocráticas o a las estructuras de gobierno, sino a los pueblos de nuestra región, los conocimientos generados, para que ellos sepan apreciar los logros que puedan alcanzar. También, exigir que los conocimientos se pongan en marcha, mover a los profesionales para que entreguen soluciones prácticas y eficaces y generar la voluntad política de los Gobiernos, para que ellos sepan ejercer en la asignación de recursos, las prioridades que significa el cuidado del recurso humano.

En estos días se ha removido el espíritu de todos los que hemos asistido a las sesiones de esta Conferencia, porque se ha renovado con la reflexión que hemos hecho, la responsabilidad de cumplir los mandatos que recibimos desde nuestra formación universitaria y de los cargos y funciones que el destino nos ha entregado.

Francisco Mardones Restat

Médico cirujano, Asesor y Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Director General del Servicio Nacional de Salud de Chile, Profesor de Salud Pública de la Universidad de Chile





AGRADECIMIENTOS

Esta publicación es uno de los resultados emanados de la Conferencia Regional Ministerial “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”, organizada por el Gobierno de Chile y la Oficina Regional del Programa Mundial de Alimentos (PMA) para América Latina y el Caribe, y celebrada en Santiago de Chile entre el 5 y 6 de mayo de 2008. Dicha Consulta fue posible gracias al valioso apoyo del Gobierno de Chile, encabezado por la Excelentísima Señora Michelle Bachelet, Presidenta de la República. En particular, el PMA manifiesta su profunda gratitud al Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación, a la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI), dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores, a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), a la Fundación INTEGRAL, a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), al Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) y a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La Conferencia Regional “Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe” reunió a representantes de organismos internacionales y no gubernamentales que promueven en la región programas sociales basados en alimentos, así como de Gobiernos e instituciones académicas de varios Estados de la región, cuya presencia y entusiasta participación contribuyeron notablemente al éxito del evento.

Esta publicación no hubiese sido posible sin los aportes de los expositores de la Conferencia que, con el afán de contribuir a la disseminación de mejores prácticas encaminadas a la superación del hambre y la marginalidad en América Latina y el Caribe, aportaron sus textos a la compilación.

La colaboración del personal de la Oficina Regional del PMA para América Latina y el Caribe, de la Oficina de las Naciones Unidas en Chile y de la Oficina del PMA en Chile fue instrumental para asegurar el éxito de la reunión de Santiago y la publicación de este libro. Por el apoyo recibido, el PMA manifiesta su más sincero agradecimiento.





Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**