



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

Punto 4.10 del orden del día provisional

CE146/18 (Esp.)
3 de mayo del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Introducción

1. Los grupos de la población en los niveles más bajos de la escala socioeconómica exhiben tasas más altas de morbilidad y mortalidad, y esta asociación se manifiesta a lo largo de toda la jerarquía social. Los mecanismos que explican este hecho son complejos, y probablemente diferentes entre países y culturas. Parte de la complejidad radica en que la condición socioeconómica no es una variable observable directamente, sino un constructo multifactorial, imbricado en un tejido de circunstancias materiales, ambientales y personales que interactúan y se condicionan mutuamente y que tienden a perpetuarse de manera intergeneracional.
2. Un componente clave de este tejido es la nutrición, que no es un simple factor intermediario entre la economía personal y familiar y la salud, sino que desempeña, por sí misma, un papel causal en ambos sentidos: como vínculo entre la economía y la salud y como factor crucial del desarrollo.
3. La desnutrición desde la etapa preconcepcional, durante la vida intrauterina, en la infancia y a lo largo del curso de la vida, aumenta el riesgo de enfermar y de morir prematuramente, y sus consecuencias son más graves cuanto más temprano se manifiesta (1-2). Asimismo, tiene un efecto deletéreo sobre el crecimiento y el desarrollo, y llega a reducir la respuesta inmunológica, la capacidad física y mental y la capacidad de aprendizaje (3). Mucho más reciente, sin embargo, y aún en evolución, es el conocimiento de la relación entre la nutrición inadecuada durante períodos críticos de la vida prenatal y postnatal, y el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la etapa adulta.

4. El retardo de talla en mujeres aumenta el riesgo obstétrico para la madre y la desnutrición materna afecta el crecimiento y el desarrollo fetal, incrementando el número de recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino y aumentando la morbilidad y la mortalidad neonatales. Por otro lado, se asocia a la disminución del capital humano, a la reducción de la productividad y del ingreso individual (4) y colectivo, y a un mayor gasto social relacionado con las muertes evitables, el cuidado y tratamiento de las consecuencias de la desnutrición y el costo atribuible a los años perdidos por falta de productividad, con lo cual se perpetúa el ciclo de la desnutrición y la pobreza.

5. La desnutrición crónica cuyo marcador por excelencia es la baja talla para la edad, es la resultante de múltiples factores directos (desnutrición materna, alimentación inadecuada e infecciones repetidas) y básicos (baja escolaridad de la madre, embarazo en adolescentes, cuidados insuficientes de la mujer y el niño, prácticas inadecuadas de crianza, falta de acceso a saneamiento básico y a servicios de salud, entre otros) que actúan de manera sinérgica y simultánea y por períodos prolongados (5-6).

6. La baja talla para la edad refleja objetivamente los desequilibrios de los determinantes; es relativamente fácil de medir y forma parte de las rutinas de evaluación de la nutrición y la salud. Además, permite evaluar las inequidades sociales entre países y entre regiones. Por todo ello, se le considera un indicador de aproximación de las condiciones de vida de la población y un indicador útil para vigilar y evaluar, a corto, mediano y a largo plazo, las políticas y los programas destinados a la lucha contra la pobreza. Todo esto la hace una herramienta útil para abogar por el establecimiento de políticas y programas a favor de la lucha contra la pobreza.

Antecedentes

7. La presente Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica, propone una serie de acciones innovadoras para responder de manera integrada e intersectorial a los compromisos adquiridos por los Estados Miembros con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la Agenda de Salud para las Américas, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, la Convención sobre los Derechos del Niño y la resolución sobre el apoyo a los esfuerzos para la erradicación de la desnutrición infantil en las Américas, OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]). Asimismo, refuerza las actividades propuestas en la Estrategia y Plan de Acción por la Nutrición y el Desarrollo 2006–2015 y en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, e incorpora los principios de la atención primaria renovada, de la promoción de la salud y de la protección social. La Estrategia utiliza como marcos de referencia el enfoque de salud familiar y comunitaria, derechos humanos, género e interculturalidad y emplea como instancias operativas a la iniciativa de “Rostros, Voces y Lugares”, la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los ODM y al Grupo Trans-Organizacional por la Nutrición y el Desarrollo de la OPS.

Marco conceptual

8. Se define desnutrición crónica como a todo niño o niña con una talla para la edad inferior a menos dos desviaciones estándar (DE) del patrón de referencia, y refleja el resultado del efecto acumulado de condiciones nutricionales, sanitarias y sociales adversas.

Principios

- a) Poner el acento en la modificación de los determinantes y no sólo en atender sus efectos.
- b) Focalizar acciones no sólo en individuos sino en ámbitos geodemográficos de alta vulnerabilidad y reducir las desigualdades de acceso.
- c) Promover un enfoque multisectorial que aborde a los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- d) Reconocer las oportunidades de intervención a lo largo del curso de la vida.
- e) Coordinar acciones conjuntas en los planos local, nacional, transnacional y regional.
- f) Identificar intervenciones integradas y sostenibles a partir de la evidencia y desarrollarlas, vigilarlas y evaluarlas de modo unificado.
- g) Asegurar la autonomía, la pluralidad de los derechos y la participación social.

Evidencia y lecciones aprendidas

9. Existen numerosos ejemplos exitosos de la reducción de la desnutrición crónica en el corto plazo por medio de estrategias que abordan los determinantes sociales (7) y emplean intervenciones de probada efectividad en la atención primaria de salud (8).

10. **Brasil:** Entre 1996 y el 2006 se observó un dramático descenso de la desnutrición crónica (de 13,5% a 6,8%) en niños menores de 5 años y la virtual eliminación de la desnutrición aguda (7). Fue precisamente en la región más pobre del país, el nordeste, donde se obtuvo la mayor reducción (de 22,2% a 5,9%), habiendo una gran diferencia entre regiones (9). Los factores que más contribuyeron a este éxito en orden descendente fueron: el mejoramiento de la educación de la mujer, el aumento del poder de compra de las familias más pobres, el mayor acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la madre y el niño con el programa de salud familiar y el mejoramiento de la calidad del agua y el saneamiento.

11. **México:** Entre 1988 y el 2006 la prevalencia de baja talla se redujo de 27% a 15,5%. En el sur, la parte más pobre del país, la reducción fue de 39% a 22%, lo cual mostró una disminución de la desigualdad (10). A partir de 1999, el programa “Progresas”, denominado más tarde “Oportunidades”, se enfocó en las comunidades

rurales y más pobres con transferencias monetarias condicionales, así como en la mejora de la atención de niños en los servicios de salud y las escuelas. Elementos clave de la estrategia fueron la focalización, la creación de demanda para los servicios por parte de la población beneficiaria, y el establecimiento de un sistema de vigilancia y evaluación del impacto para demostrar no solo la efectividad de las acciones sino también para justificar su continuación a través de sucesivos gobiernos.

12. **Perú:** Durante la década de 1990 la prevalencia nacional de baja talla se mantuvo constante en alrededor de 30%. Esa aparente “estabilidad” se debió al agravamiento de la situación en las regiones más pobres y en discretas mejorías en las menos pobres, lo que reflejaba las inequidades existentes. A partir del 2004 se analizaron las causas de la desnutrición, destacándose como los factores más críticos la falta de escolaridad materna, problemas graves de saneamiento básico y seguridad ambiental, embarazo en adolescentes, alta incidencia de enfermedades infecciosas e inseguridad alimentaria. A partir del 2006 se estableció con apoyo de las agencias internacionales la estrategia nacional “CRECER”, liderada por el Presidente de la República y coordinada por la Presidencia del Consejo de Ministros. La estrategia dio prioridad a los distritos en pobreza extrema, coordinó el trabajo intersectorial, promovió la participación de los gobiernos regionales y locales y desplegó un amplio espectro de intervenciones sobre las determinantes más críticas: fomento de la inscripción de todo recién nacido, expansión de la cobertura de los servicios de salud, campaña para mejorar las condiciones de la vivienda, programa de alfabetización, etc., lográndose entre el 2007 y el 2009 la reducción en zonas rurales de la desnutrición crónica en más de cinco puntos porcentuales; además se alcanzó la meta de reducción de mortalidad infantil propuesta para el 2015 con seis años de anticipación.

Análisis de la situación

13. Se estima que 35% de las muertes en niños menores de 5 años y 11% de la carga global de enfermedad puede ser atribuida a las deficiencias nutricionales en su conjunto (I). La anemia durante el embarazo está asociada con 20% de la mortalidad materna e igualmente se asocia a una pérdida del 10% del ingreso individual durante el curso de la vida y una pérdida del 2% al 3% del producto interno bruto.

14. La desnutrición crónica es el trastorno del crecimiento más común en América Latina y el Caribe. Cerca de nueve millones de niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica (I). Además, 22,3 millones de niños preescolares, 33 millones de mujeres en edad fértil y 3,6 millones de embarazadas padecen de anemia (II). Estas son cifras éticamente inaceptables para una Región cuya capacidad de producir alimentos supera en 30% lo necesario para satisfacer adecuadamente los requerimientos de toda su población.

15. Los promedios estimados sobre la prevalencia de desnutrición enmascaran profundas diferencias entre subregiones, países y dentro de países, con una prevalencia que varía entre 5,6% en Costa Rica y 54,5% en Guatemala (6). Perú exhibió las mayores desigualdades internas, con niveles de 53% en Huancavelica y de 2,1% en Tacna (ENDES 2009) y las encuestas de demografía y salud realizadas de 1992 al 2006 muestran que la prevalencia de retardo de talla en zonas rurales es casi tres veces mayor que en zonas urbanas (40,3% vs. 14,2%). Ese mismo indicador muestra prevalencias de 20%, 22% y 20% entre los niños y niñas menores de 5 años no indígenas de Bolivia, Ecuador y Perú respectivamente, y de 40%, 50% y 45% entre los niños y niñas indígenas de esos mismos países (12). Similar situación presenta la anemia, cuya prevalencia en niños y niñas menores de 5 años varía entre 14% y 64%, con un promedio regional de 39,5%. Entre las mujeres en edad fértil y las embarazadas, las prevalencias varían entre 20% y 64%, con un promedio regional de 23,5% y 31,1%, respectivamente (2).

16. Datos de nueve países de la Región muestran que 33% de los niños menores de 5 años que viven en hogares del quintil más bajo de ingreso sufren de desnutrición crónica, en comparación con el 4,6% de los que viven en el quintil más alto. El mismo estudio muestra que solo 32,5% de las mujeres entre 15 y 49 años del quintil más bajo de ingreso completan el quinto grado de educación primaria. Según un estudio multicéntrico, el 40% de la desnutrición en niños está relacionada con la educación de la madre (13). La baja escolaridad también determina la falta de desarrollo o formación de habilidades y destrezas para el trabajo, y el acceso limitado a un trabajo digno y bien remunerado.

17. La desnutrición fetal y/o en edades tempranas de la vida es uno de los factores de riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas en la juventud y en el adulto, problema que se está incrementando exponencialmente en la Región, especialmente en poblaciones de menor nivel socioeconómico (14–16). Estudios realizados en América Latina han indicado la coexistencia en un mismo hogar de baja talla de los niños y de obesidad y sobrepeso de sus madres. Este sobrepeso se debe generalmente al consumo exagerado de alimentos ricos en energía con baja densidad de nutrientes combinado a una reducción relativa de la actividad física.

18. La desnutrición aguda (peso para la talla por debajo de -2DE del estándar de referencia) es relativamente poco frecuente en la Región. En Haití, el país con la mayor prevalencia, 10,3% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición aguda (6). Sin embargo, la agudización de las crisis financiera, alimentaria y de combustibles asociada a los efectos del cambio climático, constituyen factores que pueden incrementar la desnutrición aguda y sus consecuencias, como se ha visto recientemente en algunos países de la Región.

19. La promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria puede prevenir 19% de la mortalidad de niños menores de 5 años (17). Estudios realizados con

datos de las EDS muestran que las intervenciones combinadas para mejorar la nutrición, proveer agua segura y saneamiento básico y el utilizar combustibles limpios, pueden reducir en 14% la mortalidad de niños menores de 5 años (18). Existen estudios que muestran que las intervenciones orientadas a la promoción del desarrollo temprano deben ser sinérgicas y complementarias con las intervenciones nutricionales.

20. Las altas cifras de desnutrición significarán pérdidas importantes en el capital humano, tendrán un impacto negativo sobre la morbilidad y la mortalidad y aumentarán los años potencialmente perdidos por muerte o discapacidad. También tendrán un alto costo económico y social y un efecto en la disminución de la productividad.

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los ODM

21. En julio del 2008 los Directores Regionales de varias agencias de las Naciones Unidas conformaron la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (APND)¹ con el propósito de proponer e implementar programas integrales, intersectoriales, coordinados y sostenibles, dentro del marco de los derechos y del enfoque de género, que mejoren la nutrición, la salud, promuevan el desarrollo y contribuyan a acelerar el logro de los ODM.

22. La APND se basa en dos pilares básicos: a) los determinantes sociales de la salud y de sus desigualdades y b) el enfoque a lo largo del curso de la vida. De estos dos principios fundamentales se deriva su estrategia de acción, orientada hacia los determinantes y sus sinergias con acciones en el sector salud, basada en intervenciones multisectoriales integradas, dirigidas a la nutrición en las edades más tempranas y en espacios geodemográficos con alta vulnerabilidad, coordinadas en los planos local, nacional, transnacional y regional, vigiladas y evaluadas (1-2).

23. La APND plantea intervenciones intersectoriales integradas y simultáneas para mejorar: a) el ambiente físico y social de las personas; b) el acceso a una vivienda segura y saludable, incluyendo el acceso permanente a agua limpia, saneamiento básico e higiene; c) la educación e información, el cuidado de la mujer y el niño y las prácticas de crianza; d) la seguridad alimentaria; e) el acceso a servicios de salud de calidad, que incluyan intervenciones nutricionales de probada efectividad a lo largo del curso de la vida, así como la promoción de una salud reproductiva enfatizando el período gestacional y pre-gestacional; f) el trabajo decente, las condiciones de empleo e ingresos; g) la participación social, el empoderamiento, el ejercicio pleno de los derechos humanos, las libertades fundamentales, el enfoque de género y la interculturalidad (3).

¹ Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1438>.

24. La APND es un instrumento que permite unir y coordinar esfuerzos y recursos de la cooperación internacional para promover, acordar, implementar, vigilar y evaluar intervenciones multisectoriales e interprogramáticas efectivas y basadas en la evidencia, que respondan a un enfoque multicausal de la malnutrición. Asimismo brinda la oportunidad de planificar a partir de las lecciones aprendidas y las experiencias obtenidas en los países. Por otra parte, aspira a reconocer y armonizar otras iniciativas, como el Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe; el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y la Mortalidad Materna; la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; el Programa “Rostros, Voces y Lugares”, y la “Iniciativa América Latina sin Hambre”, entre otras, y reforzarlas, aportando el marco propicio para la integración y cristalización de esfuerzos y algunos valores conceptuales y estratégicos complementarios.

Propuesta

Estrategia

25. La presente estrategia se basa en el abordaje de los determinantes de la salud para la reducción de desigualdades, el enfoque de curso de la vida en el marco de la familia y la comunidad, la autonomía, la pluralidad de los derechos, el enfoque de género y la interculturalidad. Utiliza como principios la atención primaria renovada, la promoción de la salud y la protección social universal, para lo cual se proponen cinco áreas estratégicas:

- a) *Generación e intercambio de información estratégica y lecciones aprendidas* para la toma de decisiones basadas en datos probatorios. Se promueven sistemas de vigilancia de la nutrición, la salud y de sus determinantes sociales, que permitan orientar políticas, planes y programas intersectoriales para prevenir la desnutrición y promover el desarrollo.
- b) *Abogacía y coordinación a nivel interministerial e interagencial para el desarrollo de políticas y programas intersectoriales.* Se dirige al más alto nivel político, a fin de crear el ambiente necesario para establecer una coordinación suprasectorial que coordine e implemente políticas públicas saludables, así como planes y programas interministeriales que permitan abordar en forma integrada y simultánea los principales determinantes de la nutrición.
- c) *Fortalecimiento de sistemas de salud basados en la atención primaria renovada y el desarrollo de capacidades* para la prestación de servicios integrados de salud, dando prioridad a las intervenciones de mayor impacto en las poblaciones vulnerables.

- d) *Integración de acciones en la familia y las comunidades.* Se promueve la potenciación del papel de la mujer, la participación de los individuos, sus familias y sus comunidades en la planificación y la toma de decisiones intersectoriales, haciendo hincapié en el abordaje de los determinantes sociales.
- e) *Movilización de recursos y alianzas estratégicas.* Se promueve la conformación de alianzas intersectoriales en los diferentes niveles de gobernanza, como los organismos bilaterales y multilaterales de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de excelencia a nivel nacional, así como la integración de mandatos, la planificación conjunta y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Plan de Acción de 5 Años

26. *Fin:* Contribuir al logro de los ODM 1, 2, 3, 4, 5², y a mejorar la salud de la población de América Latina y el Caribe a lo largo del curso de la vida, con un enfoque multisectorial, de género, pluriétnico y multicultural con pleno respeto por el derecho a la salud.

27. *Propósitos:* Entre 2010 y 2015:

- a) Haber reducido en cinco puntos porcentuales la desnutrición crónica (talla para la edad <-2DS) en niños menores de cinco años.
- b) Haber reducido en cinco puntos porcentuales las anemias nutricionales en embarazadas y niños menores de 5 años.
- c) Haber prevenido el incremento o reducido la prevalencia de sobrepeso y la obesidad.

Objetivo 1

Desarrollar y poner en práctica políticas, planes, programas interministeriales en pro de la nutrición, la salud y el desarrollo que cumplan con los siguientes requisitos: a) la identificación y propuesta de políticas, planes y programas sobre los determinantes sociales; b) la asignación de recursos; c) la coordinación y planificación interministerial; d) la participación activa de los gobiernos nacionales, municipales y locales; y e) la vigilancia y evaluación de programas e intervenciones.

² ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
ODM 5: Mejorar la salud materna.

Meta 1

Se habrá duplicado el número de países que han aprobado políticas, planes, programas interministeriales con recursos asignados a nivel nacional, municipal y local para abordar los determinantes de la nutrición y la salud, haciendo hincapié en la educación de la niña y la mujer, la seguridad alimentaria, el ingreso y la capacidad adquisitiva familiar, la salud del adolescente, la mujer, la madre y el niño y el acceso a una vivienda saludable (calidad del aire, agua limpia, saneamiento básico e higiene).

Indicador 1

Ocho países han aprobado políticas, planes, programas interministeriales (salud, agricultura, educación, trabajo, ambiente, vivienda, mujer, desarrollo, finanzas), con recursos asignados a nivel nacional, municipal y local para prevenir la desnutrición crónica y promover el desarrollo.

Actividades para los Estados Miembros

- 1.1 Identificar, evaluar y jerarquizar el papel de los principales determinantes sociales de la nutrición.
- 1.2 Establecer un mecanismo de coordinación suprasectorial que garantice la participación de los ministerios e instituciones nacionales a fin de desarrollar políticas y programas integrales en pro de la nutrición y el desarrollo.
- 1.3 Identificar, movilizar y asignar recursos interministeriales para la implementación de políticas, planes y programas.
- 1.4 Incluir el tema de la lucha contra la desnutrición en las cumbres regionales y mundiales como tema central para ser discutido con prioridad.
- 1.5 Incluir los avances en nutrición y salud en los informes presidenciales a la nación.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 1.6 Abogar, al más alto nivel político, por la incorporación de la lucha contra la malnutrición como eje integrador de los programas sociales.
- 1.7 Brindar cooperación técnica para el análisis y la jerarquización de los determinantes de la nutrición.
- 1.8 Brindar cooperación técnica para la planificación interministerial conjunta y coordinada y fortalecimiento de la cooperación técnica descentralizada a nivel local.
- 1.9 Documentar y diseminar experiencias exitosas y los factores subyacentes.

- 1.10 Abogar por el desarrollo de la cooperación interagencial descentralizada en coordinación con las autoridades nacionales y en el marco de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, y liderar alianzas estratégicas con organismos bilaterales y multilaterales.

Objetivo 2

Incorporar indicadores del estado nutricional y de sus determinantes sociales en los sistemas de vigilancia de la salud que no solo se limiten a recopilar información sanitaria, sino que incluyan su análisis por género, étnia y ámbito geográfico y permitan pronosticar y prevenir problemas nutricionales de manera oportuna.

Meta 2

Se habrá duplicado el número de países que han incluido indicadores del estado nutricional³ y de sus determinantes sociales en los sistemas nacionales de vigilancia de la salud.

Indicador 2

Ocho países cuentan con información actualizada, oportuna, confiable y de manera sostenible sobre la prevalencia y las tendencias de la desnutrición y sus determinantes sociales.

Actividades para los Estados Miembros

- 2.1 Identificar y priorizar, según pertinencia y oportunidad, a los indicadores de los determinantes de la malnutrición.
- 2.2 Incorporar los indicadores de los determinantes del estado nutricional, la salud y el desarrollo en los sistemas estadísticos nacionales.
- 2.3 Utilizar la información resultante de los sistemas de vigilancia en la formulación de políticas públicas y programas intersectoriales y/o en la reorientación de las mismas.
- 2.4 Asegurar el intercambio a nivel nacional e internacional de información y lecciones aprendidas en cuanto a la prevalencia y las tendencias del estado nutricional y de salud, así como del análisis de sus determinantes.
- 2.5 Asegurar el intercambio a nivel nacional e internacional de experiencias exitosas.

³ Que incluya indicadores de lactancia materna, alimentación complementaria, antropométricos, la anemia por deficiencia de hierro, vitamina A y yodo, desagregada por edad, género, lugar de residencia y grupo étnico.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 2.6 Abogar, al más alto nivel político, por la incorporación de indicadores del estado nutricional y de sus determinantes sociales en los sistemas estadísticos nacionales.
- 2.7 Brindar cooperación técnica para identificar y dar prioridad, según pertinencia y oportunidad, a los indicadores de los determinantes del estado nutricional y de salud.
- 2.8 Dar prioridad a la medición de la talla para la edad y del peso para la talla en la vigilancia de la población, como los indicadores antropométricos de mayor relevancia. (La medición del peso para la edad junto con la talla para la edad y el peso para la talla sigue siendo importante para asesorar el crecimiento y la salud de un niño como caso clínico.)
- 2.9 Brindar cooperación técnica para incorporar indicadores del estado nutricional, la salud y sus determinantes en los sistemas de estadísticas nacionales.
- 2.10 Brindar cooperación técnica para incorporar el análisis de los determinantes de la nutrición y la salud en la formulación y reorientación de políticas, planes y programas intersectoriales.
- 2.11 Brindar cooperación técnica para promover el intercambio de información y de lecciones aprendidas a nivel nacional y entre países.

Objetivo 3

Incrementar el número de programas e intervenciones intersectoriales⁴ integradas⁵ en alimentación⁶, nutrición⁷, salud⁸, desarrollo⁹ a lo largo del curso de la vida, basados en datos probatorios, en los principios de la atención primaria renovada, la promoción de la salud, el acceso universal, los derechos humanos, género e interculturalidad.

⁴ Se entiende por planes y programas intersectoriales a aquellos desarrollados con la participación de los sectores relacionados con la salud, agricultura, educación, trabajo, ambiente, vivienda, mujer, desarrollo, finanzas, y la sociedad civil.

⁵ Se entiende por planes y programas integrados por la nutrición, la salud y el desarrollo a nivel municipal y local a aquellos que incorporan los siguientes requisitos: a) identifican y proponen intervenciones sobre los determinantes sociales, b) la participación activa de la comunidad y de los gobiernos municipales y locales, c) la coordinación y planificación intersectorial y comunitaria, d) la vigilancia y evaluación de programas e intervenciones, e) la asignación de recursos, y f) el fortalecimiento de la gestión local.

⁶ Buenas prácticas de compra, manejo y preparación de alimentos.

⁷ Lactancia materna y alimentación complementaria, prevención y manejo de las deficiencias de micronutrientes, asesoramiento del crecimiento.

⁸ Salud reproductiva, prevención del embarazo en adolescente, espaciamiento del embarazo, inmunizaciones y prevención de infecciones.

⁹ Estimulación temprana, apoyo a las familias en crianza.

Meta 3

Se habrá incrementado el número de municipios vulnerables según el índice de pobreza extrema que han implementado programas o intervenciones intersectoriales integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo.

Indicador 3

Cincuenta por ciento de los municipios vulnerables según índice de pobreza extrema que han implementado de manera sostenible programas o intervenciones intersectoriales integradas de alimentación, nutrición y salud.

Actividades para los Estados Miembros

- 3.1 Desarrollar la capacidad para diseñar, administrar, llevar a cabo, vigilar y evaluar intervenciones integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo.
- 3.2 Movilizar recursos nacionales para la implementación de manera sostenible de intervenciones integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo a lo largo del curso de la vida.
- 3.3 Movilizar recursos a nivel municipal y local para la aplicación de manera sostenible de intervenciones integradas de alimentación, nutrición, salud y desarrollo.
- 3.4 Identificar un conjunto de intervenciones durante el curso de la vida para promover la alimentación adecuada, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo, el cuidado de la salud de la mujer, la madre y el niño integradas a programas o intervenciones que forman parte del desarrollo (educación, producción de alimentos, agua y saneamiento, vivienda saludable, generación de ingreso y participación social).
- 3.5 Establecer mecanismos de coordinación intersectorial a nivel municipal y local para implementar intervenciones durante el curso de la vida para promover la alimentación adecuada, el monitoreo del crecimiento y desarrollo físico y cognitivo, el cuidado de la salud de la mujer, la madre y el niño integradas a programas o intervenciones que forman parte del desarrollo.
- 3.6 Implementar acciones para promover la utilización de los servicios de salud.
- 3.7 Fortalecer la capacidad de respuesta de las instancias intersectoriales.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 3.8 Brindar cooperación técnica para el desarrollo de la capacidad de gestión, diseño, implementación, vigilancia y evaluación de intervenciones integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo.

- 3.9 Abogar a diferentes niveles por la movilización de recursos nacionales para la implementación de manera sostenible de intervenciones integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo.
- 3.10 Brindar cooperación técnica para desarrollar un conjunto de intervenciones integradas para promover la alimentación adecuada, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo, el cuidado de la salud durante el curso de la vida, integradas a programas o intervenciones de promoción del desarrollo.
- 3.11 Brindar cooperación técnica a los mecanismos de coordinación intersectorial establecidos a nivel municipal y local.
- 3.12 Brindar cooperación técnica para la incorporación del enfoque de curso de la vida, derechos, género, interculturalidad y participación comunitaria en el diseño e implementación de intervenciones integradas.

Objetivo 4

Mejorar la capacidad técnica-administrativa y para la toma de decisiones del personal de salud y de otros sectores para llevar a cabo intervenciones intersectoriales integradas en alimentación, nutrición, salud y desarrollo durante el curso de la vida.

Meta 4

Se habrá fortalecido la capacidad técnica y en gerencia social de programas intersectoriales de los recursos humanos de salud y de otros sectores orientados a la reducción de la desnutrición.

Indicador 4

50% del personal de salud y de otros sectores de los municipios vulnerables según índice de pobreza extrema, capacitado en gerencia social integral de programas intersectoriales orientados a la prevención de la desnutrición.

Actividades para los Estados Miembros

- 4.1 Desarrollar y financiar un plan nacional de formación de recursos humanos en gerencia social de programas o intervenciones en alimentación, nutrición y salud durante el curso de la vida, que incluya diseño, implementación, vigilancia y evaluación de intervenciones, contenidos técnicos y programáticos, así como consejería y observación directa del individuo, su familia y sus comunidades.

- 4.2 Desarrollar la capacidad resolutive de los servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con los problemas prioritarios de alimentación, nutrición y salud.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 4.3 Brindar cooperación técnica para la formación de recursos humanos en temas de alimentación, nutrición y salud durante el curso de la vida, que incluya diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de intervenciones, contenidos técnicos y programáticos, consejería y observación directa al individuo, su familia y su comunidad.
- 4.4 Movilizar recursos interagenciales para capacitar al personal de salud y desarrollar la capacidad resolutive de los servicios de salud de acuerdo con los problemas prioritarios de alimentación, nutrición y salud.

Objetivo 5

Lograr el empoderamiento de la mujer y su participación comunitaria en procesos de planificación de la salud y desarrollo.

Meta 5

Se habrá incrementado el número de municipios vulnerables según índice de pobreza extrema en donde la mujer y la comunidad puedan participar en procesos de planificación de la salud y desarrollo comunitario.

Indicador 5

Cincuenta por ciento de los municipios vulnerables según índice de pobreza extrema han establecido mecanismos de participación comunitaria para el desarrollo de planes de salud y desarrollo.

Actividades para los Estados Miembros

- 5.1 Crear instancias municipales para la planificación de la salud y el desarrollo.
- 5.2 Desarrollar la capacidad (empoderamiento) a nivel comunitario para participar en procesos de planificación y gestión de planes y programas.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 5.3 Brindar cooperación técnica para la creación de instancias municipales que permitan la planificación participativa de la salud y el desarrollo.

- 5.4 Llevar a cabo procesos participativos por medio de la iniciativa “Rostros, Voces y Lugares”.

Objetivo 6

Conformar alianzas intersectoriales con socios estratégicos en los diferentes niveles de gobernanza que den prioridad a la nutrición, la salud y el desarrollo en sus planes y presupuestos de trabajo.

Meta 6

Se habrá incrementado el número de alianzas intersectoriales con socios estratégicos en los diferentes niveles de gobernanza que den prioridad a la nutrición, la salud y el desarrollo en sus planes y presupuestos de trabajo.

Indicador 6

Cincuenta por ciento de los municipios vulnerables según índice de pobreza extrema han establecido alianzas intersectoriales con socios estratégicos y priorizan intervenciones en nutrición, la salud y el desarrollo en sus planes y presupuestos de trabajo.

Actividades para los Estados Miembros

- 6.1 Estimular la formación de alianzas estratégicas público-privadas.
6.2 Estimular la planificación conjunta y la integración de presupuestos.

Actividades para la Oficina Sanitaria Panamericana

- 6.3 Brindar cooperación técnica en apoyo a la formación de alianzas público-privadas.

Intervención del Comité Ejecutivo

28. Se solicita al Comité Ejecutivo que examine la Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica y que estudie la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución contenido en el anexo B del documento.

Referencias

1. Black RE et al., *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. Lancet 2008. www.thelancet.com.
2. Shrimpton R et al. *Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions*. Pediatrics 2001;107(E75).
3. Victora CG et al. *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital*. Lancet; 2008. www.thelancet.com.
4. Hoddinott J et al. *Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults*. Lancet 2008;371:411-416.
5. Franzo J, Pronyk P. *An evaluation of progress toward the Millennium Development Goal One Hunger Target: A country-level, food and nutrition security perspective*. Undated. New York: The Earth Institute of Columbia University.
6. Lutter CK, Chaparro CM. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. Monteiro CA et al. *Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007*. Rev Saúde Pública 2009;43(1):1-8.
8. Bhutta ZA et al. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Lancet; 2008. www.thelancet.com.
9. Monteiro CA et al. *Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience (1974-2007)*. Bulletin of the World Health Organization 2009. Published online: 8 December 2009.
10. Rivera JA, Irizarry LM, González-de Cossío T. *Overview of the nutritional status of the Mexican population in the last two decades*. Salud Pública de México 2009;51(suplemento 4): S645-S656.
11. McLean E et al. *Worldwide prevalence of anemia in preschool aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in nutritional anemia*. Kraemer K, Simmermann MB, editors. Switzerland: Sight and Life Press; 2007.
12. Martínez R, Fernández A. *Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos*. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; 2006(2): 4-7.
13. Smith LC, Haddad L. *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2000.
14. Jacoby E. *PAHO Regional Consultation of the Americas on Diet, Physical Activity and Health. A call to action*. Food Nutrition Bull 2004;25(2):172-174.
15. Peña M, Bacallao J. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1990.
16. Uauy R, Monteiro CA. *The challenge of improving food and nutrition in Latin America*. Food Nutr Bull 2004;25(2):175-182.

17. Jones G et al. *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet 2003;362: 65-71.
18. Gakidou E et al. *Improving child survival through environmental and nutritional interventions: the importance of targeting interventions toward the poor.* JAMA 2007;298(16):1876-1887.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE146/18 (Esp.)
Anexo A

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. Punto del orden del día: 4.10: Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica.

2. Unidad a cargo: Salud Familiar y Comunitaria

3. Funcionario a cargo: Manuel Peña

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

- Asociaciones profesionales relacionadas con la salud y el desarrollo
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México
- Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, Cuba
- Instituto Nacional de Nutrición (INN), Venezuela
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), Paraguay
- Instituto de Investigación Nutricional (IIN), Perú
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Chile
- Ministerios o secretarías de salud
- Ministerios o secretarías sociales
- Ministerios de desarrollo
- Ministerios de agricultura
- Ministerios de educación
- Ministerios de vivienda
- Ministerios de comercio
- Ministerios de desarrollo
- Universidades

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

Por medio de esta Estrategia y Plan de Acción se espera fortalecer la autoridad sanitaria nacional, abordar los determinantes de la salud, aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad, disminuir las desigualdades en salud entre países y las inequidades al interior de los mismos, reducir los riesgos y la carga de enfermedad, aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología. En concreto el Plan de Acción busca desarrollar e implementar políticas e intervenciones intersectoriales que mejoren las condiciones de vivienda de las personas (vivienda saludable, acceso a agua segura y manejo adecuado de excretas); la educación y los conocimientos a la mujer que le permitan tomar decisiones informadas sobre su salud; la disponibilidad y el acceso a una dieta balanceada que permita satisfacer los requerimientos nutricionales; la disponibilidad y el acceso a servicios de salud haciendo hincapié en la atención primaria, la promoción de la salud y los programas de protección social; mejorar las condiciones de trabajo, los ingresos y la capacidad adquisitiva de la familia, y asegurar la participación social y la pluralidad de los derechos.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

Objetivo Estratégico 9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.

Objetivo Estratégico 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva, y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.

Objetivo Estratégico 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

Brasil: En el noreste del Brasil, la prevalencia de la baja talla para la edad (<-2DS) en niños menores de 5 años descendió de 33,9% en 1986 a 22,2% en 1996 y a 5,9% en el 2006. Una reducción de un punto porcentual por año en el primer período y de 1,6 puntos porcentuales en el segundo periodo.¹ Los factores que más contribuyeron a este éxito, en orden descendente, fueron: el mejoramiento de la educación de la mujer, el aumento del poder de compra de las familias más pobres, la expansión de los servicios de salud con mayor cobertura de la madre y el niño con el Programa de Salud Familiar y el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento.

México: Entre 1988 y el 2006 se logró una reducción en 11,5 puntos porcentuales de la prevalencia de baja talla. Empezando en 1999, el programa “Progresas”, denominado más tarde “Oportunidades” se enfocó en las comunidades rurales y más pobres con transferencias monetarias condicionales, así como en la mejora de la atención de niños en los servicios de salud y las escuelas.

Perú: Entre el 2006 y el 2008 se obtuvo una reducción de la desnutrición crónica en más de seis puntos porcentuales en zonas rurales. La estrategia “Crecer” dio prioridad a los distritos en pobreza extrema, coordinó el trabajo intersectorial, promovió la participación de los gobiernos regionales y locales y desplegó un amplio espectro de intervenciones sobre las determinantes más críticas: fomento de la inscripción de todo recién nacido, expansión de la cobertura de los servicios de salud, campaña para mejorar las condiciones de la vivienda, programa de alfabetización.

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

La OPS no puede desarrollar este Plan por sí sola. La colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos es fundamental para la implementación del Plan.

El costo estimado de la ejecución del Plan de Acción es de US\$ 4,6 millones por año. Este costo incluye: mantener al personal actual, contratar personal adicional, y ejecutar las actividades a nivel regional, subregional y nacional en ocho países prioritarios.

¹ de Lima AL, da Silva AC, Konno SC, Conde WL, Benicio MH, Monteiro CA. Causes of the accelerated decline in child undernutrition in Northeastern Brazil (1986-1996-2006). Rev Saude Publica 2010 Feb;44(1):17-27.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

CE146/18 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL
Anexo B

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

LA 146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica* (documento CE146/18),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

EL 50.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica* (documento CD50/__);

Teniendo en cuenta los mandatos internacionales emanados de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular las resoluciones WHA55.23 y WHA56.23, así como los compromisos de los Estados Miembros de la Región de las Américas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Reconociendo las consecuencias de la desnutrición infantil para el desarrollo físico y cognitivo, la respuesta inmunológica y el riesgo de enfermar o de morir prematuramente, así como para el rendimiento escolar y la capacidad funcional, la formación de capital humano, la productividad y el bienestar individual y colectivo;

Reconociendo el derecho de los niños a desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad;

Reconociendo que las condiciones de vida y la desnutrición en edad temprana de la vida condicionan el desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, aterosclerosis, entre otras) con graves consecuencias para el bienestar de la población, la carga social por la invalidez resultante y los años de vida productiva perdidos;

Resaltando que, en la Región de las Américas el indicador talla para la edad refleja mejor tanto la falta prolongada de acceso a una alimentación adecuada como el efecto de otros factores sociales ligados con la pobreza, y que con la tendencia actual que presenta este indicador es posible que varios países no logren alcanzar para el año 2015 la Meta 2 del ODM 1 (“Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre”) y que difícilmente alcancen el ODM 4 y el ODM 5;

Reiterando que la nutrición es un factor condicionante del desarrollo humano y es afectado a la vez, por un conjunto de determinantes sociales y económicos;

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta estrategia y otras como la Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo 2006-2015 y la resolución sobre el Apoyo a los Esfuerzos para la Erradicación de la Desnutrición Infantil en las Américas, OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acogiendo con satisfacción el marco conceptual y operativo logrado por consenso interagencial en la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (APND),

RESUELVE:

1. Respalda la presente Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica y su consideración en políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales y que les permita crear las condiciones propicias para prevenir la desnutrición crónica.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) den prioridad a las acciones intersectoriales para prevenir la desnutrición crónica;

- b) promuevan el diálogo y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para lograr consensos nacionales en relación con el enfoque de los determinantes sociales en la prevención de la desnutrición crónica;
 - c) propongan y pongan en marcha políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales encaminados a prevenir la desnutrición crónica a nivel nacional, municipal y local;
 - d) establezcan sistemas que permitan vigilar y evaluar el desarrollo y el resultado de las políticas, planes, programas e intervenciones propuestas, y además, conocer la tendencia en la reducción de la desnutrición crónica y de sus determinantes sociales, y orientar la toma de decisiones de manera oportuna;
 - e) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente Estrategia y Plan de Acción en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) proporcione apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otras agencias internacionales, para iniciar un proceso de análisis interno de la aplicabilidad de la presente Estrategia y Plan de Acción y la puesta en marcha de actividades tendientes a su ejecución;
 - b) promueva la implementación y coordinación de esta Estrategia y Plan de Acción, garantizando su carácter transversal a través de las áreas programáticas y los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización;
 - c) promueva y consolide la colaboración con los países y entre ellos, así como el intercambio de experiencias y de lecciones aprendidas;
 - d) respalde el desarrollo y la construcción de capacidades de los recursos humanos y la prestación de servicios con calidad;
 - e) promueva la formación de alianzas nacionales, municipales y locales con otras agencias internacionales, instituciones científico-técnicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada, sector privado y otros, siguiendo el conjunto de intervenciones integradas acordadas por la APND;

- f) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en el desarrollo de la presente Estrategia y Plan de Acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicas.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE146/18 (Esp.)
Anexo C

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de los proyectos de resolución**

1. Punto del orden del día: 4.10. Estrategia y Plan de Acción para la Reducción de la Desnutrición Crónica.

2. Relación con el presupuesto por programas:

a) Área de trabajo:

Objetivo Estratégico 9: Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible. RER 9.1.1
RER 9.2.1
RER 9.3.1, RER 9.3.2
RER 9.4.1, RER 9.4.2, RER 9.4.3

Objetivo Estratégico 4: Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas RER 4.1.1
RER 4.3.1
RER 4.4.1
RER 4.5.1
RER 4.6.2
RER 4.7.1

Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos RER 7.1.1
RER 7.2.3
RER 7.4.1
RER 7.5.3
RER 7.6.1

Objetivo Estratégico 10: Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud. RER 10.1.3
RER 10.1.4
RER 10.2.1

b) Resultado previsto:

Entre el 2010 y 2015:

- Haber reducido en cinco puntos porcentuales la desnutrición crónica (talla para la edad <- 2DS) en niños menores de cinco años.
- Haber reducido en cinco puntos porcentuales las anemias nutricionales en embarazadas y niños menores de 5 años.
- Haber prevenido el incremento o reducido la prevalencia de sobrepeso y la obesidad.

3. Repercusiones financieras

a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

La OPS no puede desarrollar este Plan por sí sola. La colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos es fundamental para la implementación del Plan.

El costo estimado de la ejecución del plan de acción es de US\$ 4,6 millones por año. Este costo incluye: mantener al personal actual, contratar personal adicional, y ejecutar las actividades a nivel regional, subregional y nacional en ocho países prioritarios.

El proyecto Curso de Vida Saludable debe movilizar recursos para incrementar su prepuesto y estar en capacidad de responder al incremento de demanda generado por esta Estrategia y Plan de Acción.

b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

US\$ 4,6 millones por año.

- | | |
|--|-------------------|
| • Personal a nivel regional y nacional actual | US\$ 2,0 millones |
| • Personal nacional por contratar en países prioritarios | US\$ 0,6 millones |
| • Apoyo a las intervenciones en los países prioritarios | US\$ 2,0 millones |

c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría incluir en las actuales actividades programadas?: En las actuales actividades programadas podrían incluirse USD 2,0 millones.

4. Repercusiones administrativas

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:** La prevención de la desnutrición crónica se debe realizar en todos los países de la Región, sin embargo se da prioridad a los países con la prevalencia más alta (Guatemala, Bolivia, Honduras, Perú, Ecuador, Nicaragua, El Salvador y Paraguay), donde el efecto de las intervenciones contribuirá en forma significativa a prevenir la desnutrición crónica. En Haití el abordaje se hará de forma separada, en el marco de la respuesta a la emergencia que atraviesa. A nivel nacional se da prioridad a los municipios en pobreza o extrema pobreza y a zonas geodemográficas vulnerables. Las intervenciones se integran con otros programas de la Organización.

Mecanismos de coordinación en apoyo a la Estrategia y Plan de Acción

- **Nivel regional:** Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo; equipos técnicos transorganizacionales, Centros Colaboradores de la OPS/OMS en la Región.
 - **Nivel subregional:** Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).
 - **Nivel nacional:** Oficinas de País de la OPS, Ministerios de Salud, agencias del Sistema de la Naciones Unidas, Agencias de Cooperación Bilateral, ONG.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Contratación de consultores nacionales a tiempo completo asignados a los países prioritarios, que llenen el siguiente perfil: profesional del sector salud con formación académica en nutrición, salud pública y con experiencia en: 1) la negociación, desarrollo e implementación de políticas y programas intersectoriales integrados, con enfoque de derechos, género e interculturalidad; 2) el desarrollo e implementación de sistemas de información que permitan monitorear el estado nutricional y el de sus determinantes; 3) el desarrollo, la implementación y la evaluación de intervenciones durante el curso de la vida que contribuyan a mejorar el estado de salud y nutrición; 4) la coordinación intersectorial a nivel local (vivienda, ambiente, educación, agricultura, salud, trabajo, desarrollo) para promover e implementar intervenciones integradas, y 5) la aplicación de los principios de la atención primaria renovada al desarrollo e implementación de programas e intervenciones de salud, alimentación y nutrición dentro de enfoques intersectoriales.

- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

| | |
|-----------|---|
| 2010 | Aprobación y socialización de la Estrategia y Plan de Acción, elaboración del diagnóstico inicial. |
| 2011-2012 | Implementación y vigilancia y evolución en cuatro países prioritarios (4/8). |
| 2013-2014 | Implementación y vigilancia y evolución en cuatro países prioritarios (8/8) y expansión a otros países. |
| 2015 | Evaluación de la implementación de la Estrategia y Plan de Acción. |