

# ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

**MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL  
DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA**



2 - 4 Diciembre, 2008, Lima, PERU



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

**unicef**   
únete por la niñez



**WFP**  
Naciones Unidas  
Programa  
Mundial  
de Alimentos

PMA



# ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

## **MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA**



Diciembre 2 - 4, 2008  
Lima, Perú

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú”  
Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-32972-6

I. Título

1. FISIOLÓGÍA NUTRICIONAL DEL LACTANTE – normas
2. SUSTITUTOS DE LA LECHE HUMANA
3. PROGRAMAS DE NUTRICION APLICADA
4. LACTANCIA MATERNA – etnología
5. NUTRICIÓN PRENATAL – educación
6. NUTRICIÓN MATERNA
7. BANCOS DE LECHE
8. PERÚ

NLM- WS120

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

Citación recomendada: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú”. Washington DC, 2009.

## **DIRECCIÓN TÉCNICA**

### **Miembros del Comité Organizador de la Reunión Subregional:**

Dra. Chessa Lutter, – Asesora Regional, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente – OPS/OMS, Washington DC

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

Lic. Angela Céspedes, Asesora Regional de Nutrición del PMA-Panamá

Dr. Manuel Peña, Representante de OPS - Perú

Dr. Guido Cornale, Representante de UNICEF-Perú

Dr. Adrián Díaz, Asesor en Salud Familiar y Comunitaria de OPS-Perú

Lic. María Elena Ugaz, Oficial de Nutrición y Protección Infantil de UNICEF-Perú

Lic. Giulia Baldi, Consultora de Programa de PMA-Perú

### **Elaboración de la Memoria:**

Lic. Ana María Rodríguez, Consultora (elaboración del borrador)

Angela Céspedes (revisión y elaboración)

Chessa Lutter, Angela Céspedes y Enrique Paz (revisión final)

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

Participantes en la reunión

Miembros del Comité Organizador de la Reunión

### **Diseño gráfico:**

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

Lic. Israel Ríos, Consultor Regional del PMA

Maria Laura Reos, Oficina Regional de la OPS

### **Fotografías:**

Mónica San Martín, Oficial de Comunicación, PMA-Perú

Oficinas UNICEF y OPS de Perú



# CONTENIDO

PREFACIO	1
PRESENTACIÓN DE LA REUNIÓN	3
ACRÓNIMOS	5
ACUERDOS FINALES PARA LLEVAR A NUESTROS PAÍSES	7
DISCURSO INAUGURAL	11
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	12
PRESENTACIONES	13
Los desafíos y oportunidades para mejorar la situación de las niñas y los niños pequeños	13
Reposicionando la lactancia materna de diversas maneras	22
• Revitalización de la “Iniciativa Hospitales Amigos del Niño”	22
• Promoción de la lactancia materna en la atención primaria de salud	25
• Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	26
• Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana	29
Prácticas esenciales de nutrición durante el parto	32
Alimentación infantil en el contexto de VIH/SIDA	37
Efecto sinérgico de la nutrición y el desarrollo temprano del niño	41
Guías de alimentación complementaria y nuevos indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria de la OMS y el UNICEF	44
Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con respeto a la interculturalidad	46
• Intervenciones Comunitarias en Centro América	46
• La experiencia de Buen Inicio	50
• Una mirada desde la comunidad- protagonistas de la experiencia de Buen Inicio	53
Mejorando la nutrición en la atención primaria de salud	56
• Mejorando la nutrición infantil a través de una intervención educativa por los servicios de salud	56
• La nutrición en la atención primaria de salud	58
• La estrategia AIEPI-NUT en el contexto del Programa Desnutrición Cero	61
Un ejemplo de respuesta intersectorial para mejorar la nutrición del niño pequeño: CRECER en el Perú	65
Programas sociales con productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños	68
• Chispitas Nutricionales	72
• Programa Nacional de Alimentación y Nutrición - PANN 2000	74
Comunicación para cambios de comportamientos en alimentación del niño pequeño	77
LOS RESULTADOS DE UN ESFUERZO COLECTIVO	80
RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR	97
ANEXOS	99





## PREFACIO

La promoción de la lactancia materna y la nutrición y el desarrollo en las etapas tempranas de la vida son clave para alcanzar prácticamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Según *The Lancet*, la lactancia materna y la alimentación complementaria son dos de las tres mejores intervenciones para reducir la mortalidad del niño y hay muchos datos del costo-efectividad de estas medidas obtenidos de los programas que las han promovido. Sin embargo, para aprovechar todos los beneficios tanto individuales como colectivos de la nutrición del lactante y niño pequeño para su salud y desarrollo, tenemos que integrar acciones a favor de la nutrición en los sistemas de salud basados en atención primaria y trabajar sobre sus determinantes, más allá de los efectos. Aunque sabemos mucho sobre el “qué” hacer, existe un camino largo para lograr el “cómo” hacerlo con calidad y alta cobertura.

El retardo en talla o la desnutrición crónica y la anemia son los dos grandes problemas de nutrición del niño pequeño en la Región. La prevalencia de desnutrición crónica fluctúa entre 10 a 50%, superando esta cifra en algunos países. Con relación a la anemia, entre 30 y 50% de los niños menores de cinco años de la Región están afectados; en los niños menores de dos años la situación es aún más seria, sobrepasando el 80% en ciertos países.<sup>1</sup> Las prevalencias nacionales no reflejan las enormes diferencias e inequidades existentes entre los países y al interior de los mismos. La desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes generan un mayor número y severidad de infecciones, menor crecimiento físico y desarrollo psicomotor; riesgo aumentado de mortalidad infantil y materna, además de su asociación directa con las enfermedades crónicas en el adulto (diabetes, hipertensión, infarto, entre otras). Todas estas consecuencias tienen un fuerte impacto en el desarrollo social y económico de los países de la Región. Los daños físicos y cognitivos derivados de la desnutrición sufrida en los primeros dos años de vida son irreversibles, afectando la salud y bienestar a corto plazo y en el futuro progreso individual y colectivo<sup>2</sup>. La desnutrición genera dificultades de aprendizaje durante la etapa escolar, hecho que comprometerá gravemente, y de forma casi permanente, el ingreso al mercado de trabajo y el desempeño laboral. El menor desarrollo del capital humano implica una menor capacidad de crecimiento económico, lo que perpetúa la pobreza de generación en generación.

La acción colectiva siempre alcanza mejores resultados que la acción individual. En este sentido y en el marco de la nueva Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo de las Naciones Unidas, se desarrolló esta Reunión de los Países de Sudamérica sobre Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño. Esperamos que la Memoria de la Reunión que estamos presentando, sea de utilidad y constituya un insumo valioso para el trabajo de los diferentes actores involucrados en el mejoramiento de la alimentación y nutrición de los niños y las mujeres; para que todos reiteremos la importancia de la lactancia materna, la nutrición y el desarrollo en etapas tempranas de la vida cuya contribución es ineludible para el logro del bienestar y progreso de nuestro continente.

**Mirta Roses Periago**  
Directora Regional, OPS

**Pedro Medrano**  
Director Regional, PMA

**Nils Kastberg**  
Director Regional, UNICEF

1 OPS, 2008.

2 LANCET Series 2008. Maternal and Child Undernutrition.





## PRESENTACIÓN DE LA REUNIÓN

Los días 2, 3 y 4 de diciembre del 2008, se realizó la reunión subregional “Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño”, en la ciudad de Lima-Perú. Participaron alrededor de 100 representantes de países sudamericanos vinculados con áreas de salud y nutrición materno-infantil: equipos técnicos de Salud del Niño, Lactancia Materna y Nutrición de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay; de Guatemala y Honduras; miembros de la Red-IBFAN, otras organizaciones no gubernamentales; y funcionarios de OPS, UNICEF y PMA.

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

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

1. Brindar una actualización técnica de la evidencia científica para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño;
2. Intercambiar experiencias entre países para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño; y,
3. Promover la cooperación y comunicación Sur-Sur para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño.

En el marco de estos objetivos, la reunión constituyó una oportunidad de actualización técnica e intercambio de experiencias sobre diversos aspectos relacionados con la alimentación y nutrición y el desarrollo infantil. Se realizó una reflexión colectiva sobre la necesidad de un enfoque multisectorial y multidisciplinario de la problemática nutricional y sus soluciones. También se hizo hincapié en la importancia de integrar intervenciones a favor de la nutrición del niño pequeño en la atención primaria de salud. Se presentaron evidencias científicas y empíricas sobre el efecto sinérgico de la nutrición ligada al desarrollo infantil.

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

Los participantes tuvieron la oportunidad de analizar en grupos de trabajo 5 áreas temáticas y delinear un plan de acción para el presente año. Los grupos conformados fueron: lactancia materna, alimentación complementaria, anemia, desarrollo infantil e integración de intervenciones en nutrición y desarrollo del niño pequeño en la atención primaria en salud (APS), cuyos resúmenes forman parte del presente documento. Las perspectivas de trabajo para el 2009 fueron tratadas también por cada grupo. Con múltiples contribuciones de los participantes, se elaboraron conclusiones y recomendaciones finales del evento, las cuales se las presenta posteriormente como “Acuerdos para llevar a nuestros países”. También evaluaron la reunión de manera muy positiva reiterando la importancia de la misma para el cumplimiento de sus funciones. Los resultados de la evaluación permitirán a los organizadores mejorar la organización del segundo evento programado en el 2009 para los países de Centroamérica.





## ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BLH	Bancos de Leche Humana
CAPs	Conocimientos, Aptitudes y Prácticas
CDT	Crecimiento y Desarrollo Temprano – Perú
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIAF	Comisión Interministerial de Asuntos Financieros- Perú
CIAS	Comisión Intersectorial de Asuntos Sociales – Perú
CRED	Controles de Crecimiento y Desarrollo- Perú
CUI	Código Único de Identificación- Perú
CVC	Centros de Vigilancia Comunitaria – Perú
DAPE	Departamento de Actividades Programáticas Estratégicas
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DH	Deficiencia de Hierro
DIRESA	Dirección Regional de Salud- Perú
DISA	Dirección de Salud
EES	Establecimientos de Salud
EEUU	Estados Unidos de América
ESF	Estrategia de Salud de la Familia
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance- <i>Asistencia Técnica de Alimentación y Nutrición</i>
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
Fe	Hierro
FIOCRUZ	Fundación Osvaldo Cruz
Htco	Hematocrito
IBFAN	La Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil International Baby Food Action Network
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IFPRI	International Food Policy Research Institute- <i>Instituto de Investigación Internacional de la Política Alimentaria</i>
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MAA	Manejo Activo del Alumbramiento
MINSA	Ministerio de Salud
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
PBI	Producto Interno Bruto



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – Perú
PTMN-VIH	Programa Prevención de Transmisión Madre Niño del VIH
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RIPSA	Red Interagencial con apoyo de la OPS
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural- Bolivia
SAS	Secretaría de Atención en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidades Básicas de Salud
UCIN	Unidades de Cuidado Intensivo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIS	Unidades de Nutrición Integral
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



# ACUERDOS PARA LLEVAR A NUESTROS PAÍSES:

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los participantes propusieron las siguientes conclusiones y recomendaciones para avanzar y potenciar los esfuerzos que mejoren la nutrición de la madre, lactante y del niño pequeño, y la promoción del desarrollo humano, con enfoque de derechos, enfoque intercultural y de género:

Se reconoce que:

1. A pesar de los avances logrados en los países de América del Sur, la malnutrición del niño pequeño es seria y diversa; las persistentes inequidades sociales en la región y las crisis alimentaria y financiera están agravando la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna. Los principales problemas son las deficiencias de micronutrientes, en especial la anemia, y el retardo en talla o desnutrición crónica. Los problemas de sobrepeso y obesidad también se están incrementando en algunos países. Se reconoce que los problemas nutricionales constituyen un impedimento para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los Objetivos 1, 4, 5 y 6, requiriendo incidir en los determinantes sociales de la desnutrición y contar con un abordaje multisectorial y multidisciplinario para su logro.
2. La etapa prenatal y los dos primeros años de vida del niño pequeño, (*un año antes y dos después del nacimiento*) constituyen una “ventana de oportunidad” para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición y promover la nutrición, la salud y el desarrollo óptimo. Se reconoce la importancia de reforzar la nutrición y salud de la mujer embarazada, en periodo de lactancia y en edad reproductiva, debido a que la salud infantil está estrechamente vinculada a la salud de la mujer y por el efecto que tiene para la próxima generación.
3. El desarrollo cognitivo y motor infantil está estrechamente vinculado con la nutrición y la salud. Las intervenciones que combinan alimentación/nutrición y estimulación tienen mayores efectos en el coeficiente intelectual, en comparación a las que sólo ofrecen alimentación y nutrición. Los programas de salud y nutrición del niño pequeño deben considerar la inclusión y/o articulación de intervenciones educativas y afectivas para favorecer el desarrollo integral del niño en un entorno estable y estimulante; para optimizar los efectos a largo plazo, fortaleciendo el vínculo afectivo y consolidando las competencias de las familias en el cuidado del niño.
4. Se reconoce como un reto mayor la necesidad de un manejo transversal de las intervenciones de nutrición, salud y desarrollo integral del niño, así como la atención prioritaria de la mujer durante el curso de vida, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud renovada. Esto implica, entre otros aspectos, el fortalecimiento de capacidades y competencias, del personal de salud y los agentes comunitarios, en temas críticos como la nutrición de la mujer embarazada; lactancia materna exclusiva y continuada; alimentación complementaria; prevención y tratamiento de la anemia y otras deficiencias de micronutrientes; crecimiento y desarrollo infantil; y, vigilancia nutricional.
5. Se reconoce también la importancia de reforzar el enfoque de los derechos de las personas, enfoque intercultural y de género y la promoción de acciones adecuadas con pertinencia cultural a las necesidades de salud y nutrición de los grupos excluidos como son los pueblos indígenas y las poblaciones afro-descendientes.



Por lo tanto, se recomienda:

1. Revitalizar e implementar políticas de promoción y protección de lactancia materna, como práctica nutricional esencial. Se debe considerar aspectos sociales, tales como la situación laboral de la madre. El fortalecimiento de la capacidad del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud en las habilidades de consejería nutricional.
2. Los países deben trabajar activamente para garantizar la efectiva aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones posteriores relevantes como norma legal, a través de un sistema de vigilancia continua de las prácticas de comercialización, y evitando la generación de conflictos de interés en la formulación y ejecución de sus políticas y programas.
3. Se considera de alta prioridad la reactivación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, no sólo en los hospitales, sino en todos los niveles de atención (incluyendo las instituciones formadoras de recursos humanos en salud), y su extensión a los establecimientos de salud de las comunidades; el fortalecimiento de la capacidad del personal de salud en la consejería; y, la implementación de una red de bancos de leche humana.
4. La alimentación complementaria está relacionada con aspectos culturales, sociales y económicos, incluyendo la disponibilidad y acceso a alimentos inocuos y de alta calidad. Para lograr una alimentación complementaria adecuada y oportuna, el componente educativo e informativo -en especial la consejería hacia las madres, padres y otros cuidadores del niño- es fundamental. Dentro de este componente, es necesario adecuar, simplificar y dosificar los mensajes. e incorporar el componente de identidad cultural local En una intervención realizada en Perú, se ha comprobado el impacto positivo que pueden tener los mensajes claros proporcionados tanto por los médicos, las enfermeras y las nutricionistas, recomendando la agregación de un *"alimento especial como huevo, hígado de pollo o pescado"* y *"una papilla espesa"* en la comida que se brinda al niño. Otro aspecto clave para optimizar los efectos en el crecimiento y desarrollo del niño, es que la alimentación debe ser interactiva, por lo que se recomienda no sólo focalizar en la calidad, cantidad, frecuencia, densidad y oportunidad de la alimentación, sino también en la forma de brindar la comida con *"paciencia, amor y buen humor"*.
5. Muchos países están implementado programas sociales que incluyen como uno de sus componentes la alimentación infantil mediante la entrega de alimentos o leches fortificadas, en los cuales se destina la mayoría de los fondos para la producción, adquisición y/o distribución de estos productos. Sin embargo, no se destinan recursos para el desarrollo de estrategias e intervenciones de información, educación y comunicación social, particularmente para promover la consejería, lo que permitiría potenciar la inversión. Tampoco se destinan los recursos necesarios para el monitoreo y la evaluación de estos programas. Por lo tanto, se recomienda asegurar una línea presupuestaria -al formular los programas- para la consejería en lactancia materna y alimentación complementaria al igual que para acciones de monitoreo y evaluación, dándole la misma prioridad que a la entrega del producto.
6. Se requiere un abordaje integral para disminuir la deficiencia de hierro y la anemia, al igual que otras deficiencias de micronutrientes debido al rol que tiene fundamentalmente el hierro en el desarrollo cognitivo e intelectual óptimo desde la primera etapa de la vida, así como el impacto negativo que su deficiencia causa en el desarrollo mental, el aprendizaje y la productividad. Se recomienda incorporar diversas estrategias, como la suplementación con hierro y múltiples micronutrientes dirigida a la mujer durante el embarazo y post-parto; la ligadura tardía del cordón umbilical; la fortificación de alimentos de consumo masivo; la información, comunicación social y la promoción del consumo de alimentos ricos en hierro y otros micronutrientes. Además, se requieren otras medidas de salud pública como la prevención y control de los parásitos intestinales y la malaria, que aseguren la cantidad y calidad de la ingesta de hierro de la mujer embarazada y del niño pequeño. Se refuerza la necesidad de colocar en la agenda política y actuar con urgencia en la prevención, el control y la disminución de la deficiencia de hierro y la anemia en una forma integral.





7. Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones se necesita crear y/o fortalecer la demanda de la población hacia los servicios de salud y nutrición, a través de una estrategia de comunicación social; inclusión del enfoque intercultural; perspectiva de género y participación comunitaria, para contribuir al mejoramiento de prácticas de salud, nutrición y cuidado de la gestante y del niño pequeño en el ámbito familiar y comunitario. Se sugiere involucrar a los medios de comunicación masivos.
8. El rol del sector salud en promover la nutrición del niño pequeño es clave, sin embargo se reconoce la importancia de otros sectores para abordar los determinantes de la salud y la nutrición y reducir la pobreza. Para garantizar a largo plazo la buena nutrición, se necesitan políticas públicas y acciones intersectoriales y coordinadas tanto en educación, agricultura, trabajo, vivienda, agua y saneamiento, entre otras.
9. Se refuerza la importancia y la necesidad de monitorear los procesos de implementación y la evaluación del impacto de los programas de salud, nutrición y desarrollo infantil, que garanticen su calidad y control del efecto generado en los grupos más vulnerables, considerando desde un principio la asignación de presupuesto para tal fin. El éxito de las intervenciones para mejorar la nutrición de la mujer embarazada y el niño pequeño depende en gran medida de la cobertura y la calidad de la entrega de servicios a través de las unidades de salud y en las comunidades.

***“El seminario ha sido una oportunidad única para compartir experiencias, conocimientos y perspectivas futuras de acción”***





## DISCURSO INAUGURAL

La inauguración de la reunión estuvo a cargo del Dr. Melitón Arce en representación del Ministro de Salud de Perú, quien ofreció el siguiente discurso:



*Buenos días, traigo el saludo del Ministro de Salud Dr. Oscar Ugarte, quien por razones de fuerza mayor no ha podido asistir a este evento, del cual está muy complacido y felicita y agradece la iniciativa de las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas que hoy se cristaliza en esta reunión. Asimismo presento mi saludo a la mesa de honor y a cada uno de los asistentes.*

*El grupo reunido hoy aquí es un grupo que tiene mucho interés en homologar y actualizar criterios para mejorar el estado nutricional de los niños desde la gestación, que – además – creo que debería de hacerse permanentemente. Si un niño nace con problemas de peso es más difícil después mejorar sus posibilidades, los niños vienen al mundo para constituirse en adultos útiles para su sociedad, capaces de adquirir en su niñez todo aquello que les permita llegar a una adultez plena. Estudios realizados han demostrado que los niños bien nutridos en los primeros años de vida obtendrán mejor empleo, tendrán mejor estatus, igualmente el niño que no crece bien, perpetuará su situación de pobreza, ésa será la herencia para sus hijos.*

*La nutrición del niño pequeño empieza con una buena alimentación de la madre durante el embarazo, luego recibiendo lactancia materna adecuada y por último una alimentación complementaria de buena calidad. Permítanme regocijarme en lo que decía a mis alumnos como docente que fui: la alimentación del niño debe tener cuatro características.*

1. *Completa, debe contener todos los nutrientes.*
2. *Proporcionada, ningún componente – en términos de aporte de nutrientes -debe estar en mayor proporción que el otro.*
3. *Estéril, debe estar libre de patógenos que pudieran enfermar al niño.*
4. *Adecuada, debe corresponderse con los alimentos de su entorno, su realidad.*

*Finalmente, quiero reiterar que como Ministerio de Salud estamos comprometidos con el tema de la alimentación y nutrición del niño pequeño. Solo me queda, a nombre del Ministro de Salud declarar inaugurado este encuentro sub-regional, con tanta gente y organizaciones importantes que llamo “socios”, porque siempre vienen acompañando la labor del sector y que permita que sigamos avanzando para que cada vez nuestros niños se nutran mejor. Muchas gracias.*

La mesa de honor para la inauguración del evento estuvo integrada por:



- Dr. Melitón Arce, Vice Ministro de Salud de Perú
- Dr. Manuel Peña, Representante de la OPS/OMS en Perú
- Dr. Guido Cornale, Representante de UNICEF en Perú
- Dr. Enrique Paz, Asesor Regional UNICEF
- Lic. Angela Céspedes, Asesora Regional del PMA (en representación del Dr. Guy Gauvreau, Director del PMA en Perú)



## PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO



**Dr. Enrique Paz**  
**Asesor Regional de Salud y Nutrición**  
**UNICEF**

El asesor regional de UNICEF se dirigió a los participantes a nombre de las 3 agencias de Naciones Unidas encargadas de la organización del evento: OPS/OMS, UNICEF y PMA y presentó los objetivos, los resultados esperados y la metodología de la reunión. El Dr. Paz resaltó que este es un evento apoyado por las agencias del Sistema de Naciones Unidas. También como moderador de la primera sesión, presentó las conclusiones de las intervenciones del panel y de la discusión plenaria. El Dr. Paz hizo referencia a que este ejemplo histórico de trabajo interagencial se enmarca dentro de la nueva Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo como marco paraguas de acciones programáticas conjuntas de las agencias de Naciones Unidas. También hizo referencia a la frase de su predecesor en UNICEF, Osvaldo Legón, quien decía que la “desnutrición aguda es una sentencia de muerte, mientras que la desnutrición crónica es una sentencia a cadena perpetua”.

El Dr. Paz resumió lo expresado en la agenda de la reunión:

Los objetivos:

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

Como resultados esperados se señalaron los siguientes:

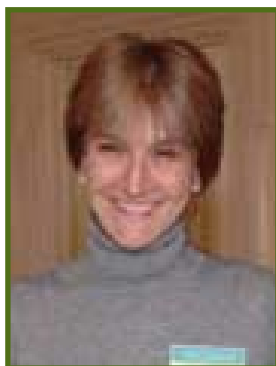
1. Conocimientos actualizados en alimentación y nutrición del niño pequeño.
2. Reconocimiento de los mecanismos y experiencias para integrar acciones en nutrición y cuidado integral en la estrategia de atención primaria de salud (APS).
3. Priorización de actividades para el 2009 en lactancia materna, alimentación-nutrición y cuidado del niño pequeño.

Se hizo referencia al contenido de los 3 días de trabajo: un total de 20 presentaciones, 8 discusiones y varios grupos de trabajo sobre los diferentes temas prioritarios. En un inicio estuvo previsto el trabajo en torno a 3 temas centrales: lactancia materna; alimentación complementaria; y desarrollo infantil. Para alcanzar el objetivo del intercambio entre países, la dinámica de la reunión incluyó 2 grupos adicionales: anemia e integración de intervenciones de en nutrición y desarrollo del niño pequeño en la APS. Los resúmenes de los grupos de trabajo por áreas temáticas forman parte del presente documento. Las perspectivas para trabajar en cada país en los temas al 2009 fueron tratadas también en las sesiones grupales.



## PRESENTACIONES

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



**Dra. Chessa Lutter**  
Asesora Regional  
OPS/OMS Washington DC

La presentación de la Dra. Lutter se inició enfatizando la importancia de lograr la integración de intervenciones a favor de la nutrición en el contexto de la atención primaria en salud en cada uno de los países de la región. *“Se requiere incluir acciones a favor de la nutrición a los responsables de salud del niño. Por eso en esta reunión no hay solo nutricionistas, sino además médicos y enfermeras. El reto es lograr incluir las acciones de nutrición en la atención primaria, además de insertar a los otros sectores como el de vivienda, agua, y educación para la madre y el niño. El desafío es lograr la integración”.*



La fotografía de dos niñas pequeñas<sup>3</sup>, que han quedado como un registro emblemático para toda la comunidad internacional sobre lo que se puede lograr con cuidados adecuados en la alimentación y nutrición del niño pequeño, motiva una reflexión conjunta, ¿qué es lo que dice esta foto?, ¿qué nos muestra?

- Lo crítico del problema en los dos primeros 2 años de vida y su efecto en la pobreza intergeneracional
- El efecto de la desnutrición infantil en el mundo que contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y es responsable de más del 10% de la carga global de enfermedades
- La importancia de la nutrición infantil para el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODMs
- La importancia de un abordaje intersectorial y los efectos de las políticas actuales y pasadas para mejorar la toma de decisiones
- Que la falta de alcanzar su tamaño normal y/o padecer de anemia no solamente afecta la talla sino puede afectar la interacción; este niño desnutrido no puede explorar su medio ambiente a la edad debida de la misma forma que un niño sano; no interactúa con su familia, y la madre también se comporta de manera distinta con el.

3 Fotografía de 2 niñas de un ámbito de intervención en la Región Apurímac, en el Proyecto “Buen Inicio”, liderado por UNICEF – Perú.

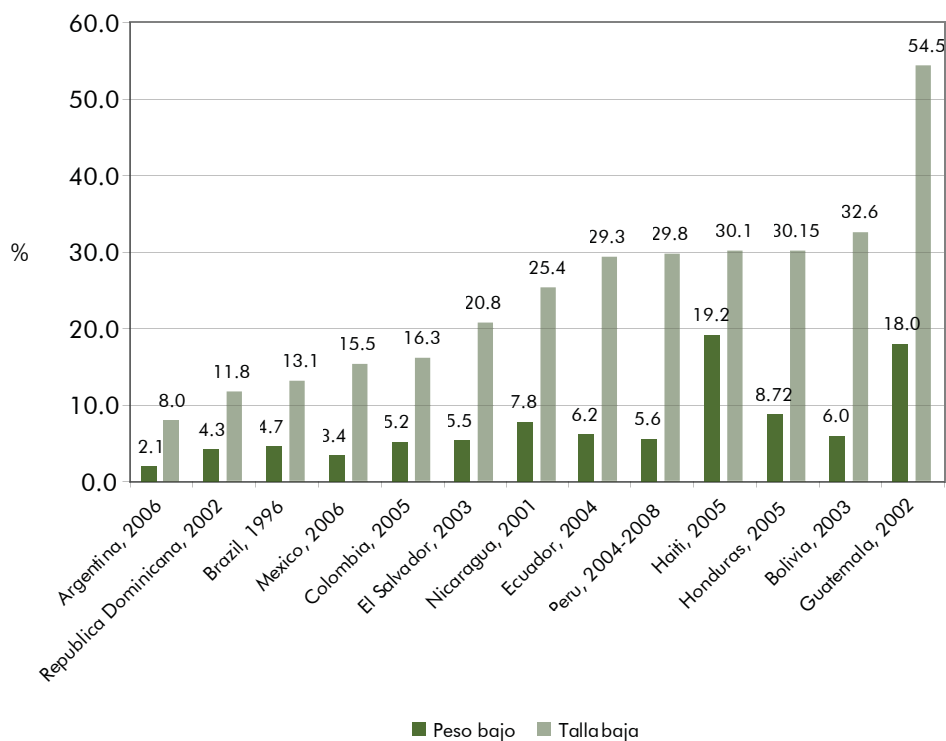


El balance sobre la situación actual ha permitido demostrar que el modelo causal de UNICEF sobre la desnutrición crónica infantil (DCI) sigue vigente: hay que trabajar en las causas inmediatas (mejorar la lactancia materna y la alimentación complementaria) al igual que en las causas subyacentes, pero con una mirada a largo plazo, para asegurar la sostenibilidad de los cambios. Si se mantienen las condiciones inadecuadas del entorno del niño, no se lograrán cambios definitivos, de ahí la importancia de lograr la intervención de todos los sectores, además de salud: educación, saneamiento, vivienda, trabajo, y medio ambiente.

Se presentó información sobre la desnutrición crónica (niños de 0 a 60 meses de edad en 13 países de la región), obtenida del análisis de las encuestas nacionales en el periodo 1989-2006, seleccionando aquellas encuestas similares metodológicamente con fines comparativos. El libro producto de este análisis; "La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y el Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio" (OPS, 2008), ha utilizado el nuevo patrón de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha derivado en un aumento de la brecha de la desnutrición crónica. Por ejemplo, la talla baja ha sufrido un aumento de 5.0 puntos porcentuales (rango de 2.4 a 6.9 puntos porcentuales). La prevalencia promedio de baja talla es 23.5%, con los nuevos estándares OMS. En la presentación también se hizo énfasis en la importancia de la ganancia de peso en el primer año de vida para que el niño crezca bien de talla. En la región, existe una brecha enorme entre la prevalencia de talla baja y peso bajo; la prevalencia de talla baja es 3 a 6 veces mayor.

Es claro también que la talla no se recupera si el niño continúa viviendo en el mismo medio de carencias que produjo la pérdida de talla, es decir, si no se cambia la situación de la lactancia materna exclusiva y continuada, una alimentación complementaria adecuada, el agua, saneamiento e ingresos, entre otros aspectos, no habrá cambios en este indicador y esto tiene que hacerse en los primeros 2 años de vida.

**Prevalencia de desnutrición crónica en la región**



Fuente: La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio, OPS 2008.



La prevalencia de baja talla varía desde 8% en Argentina hasta 54.5% en Guatemala, según el nuevo patrón de crecimiento de la OMS. Si bien ha disminuido la prevalencia en los últimos 20 años, el número total de niños desnutridos puede subir si la población de niños menores de 5 años incrementa.

El promedio de puntuación Z confirma que los primeros 2 años de vida representan una ventana de oportunidades para mejorar la nutrición del niño, lo que se pierde en talla durante esta etapa, no se recupera posteriormente. Al comparar los datos de la región con los de niños bien nutridos del estudio multi-céntrico de la OMS (Ghana, Noruega, Omán, India, Brasil y Estados Unidos), la falta de crecer en talla adecuadamente es brutal mientras que la falta de ganar en peso adecuadamente no es tan grande. Por ende, el niño típico de la región tiene un peso para la talla más de lo esperado en una población saludable lo que implica riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles en el futuro.

Otro aspecto resaltado en la presentación fue el tema de la equidad y las brechas que existen en los países. La importancia de reducir la desnutrición crónica en todas las regiones al interior de cada país, por igual, pues los promedios hacen perder de vista las realidades por áreas geográficas. Por ejemplo, en áreas indígenas las prevalencias son mucho mayores. Brasil ha reducido en 50% la desnutrición crónica, focalizando acciones en áreas indígenas y/o de alta prevalencia de pobreza.

En general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, han reducido la desnutrición, pero después esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos. Países como El Salvador y Nicaragua han logrado disminuir la prevalencia de baja talla aún más en algunas regiones pobres, demostrando que es posible lograrlo en el resto de los países de la región.

Este recorrido por las diferentes encuestas nos ha permitido ver que comparando las prevalencias según nivel de educación de la madre, existe una alta correlación entre el grado de educación alcanzado por la madre y la desnutrición infantil, lo que nos puede permitir mejorar las intervenciones. En ese contexto, por ejemplo en Perú, el porcentaje de niños desnutridos cuya madre no ha recibido ninguna educación asciende al 70%; por ello, a pesar de que han mejorado algo las brechas, hay que cerrarlas, hay que invertir en educar a las niñas.

Todos los países tenemos como reto el cumplimiento de los ODMs para el 2015, si pensamos en cumplir sólo con el indicador de bajo peso para la edad, todos los países en el estudio lograrán esa meta (excepto Haití), pero si tomamos talla/edad, nos encontramos con países como Colombia y México que están en camino para lograr esta meta y países como Bolivia, Guatemala y Perú que están lejos de alcanzarla.

Otro problema muy importante asociado a la baja talla para la edad (desnutrición crónica) es la anemia, que se relaciona directamente con el desarrollo cognitivo del niño. En los países de América Latina y El Caribe alcanza prevalencias cercanas al 80% en los 2 primeros años de vida. Las consecuencias de la deficiencia de hierro se manifiestan a lo largo de la vida<sup>4</sup>. El problema es de tal magnitud que existe tanto entre niños de clase media como entre niños de clase pobre. Si tomamos el indicador de deficiencia de hierro, veremos que los beneficios que un niño tiene en la clase media, educación privada, oportunidades etc., pueden ser borrados por efecto solamente de esta deficiencia. Las medidas que tienen que ver con la disminución de la anemia se enfrentan en el ámbito familiar y en el establecimiento de salud. Por ejemplo, la serie Lancet sobre la desnutrición materno infantil plantea la importancia de la capacitación al personal de salud y la consejería en lactancia materna como la mejor medida preventiva para disminuir la mortalidad y morbilidad. Existen evidencias de que la promoción de la lactancia materna puede contribuir a reducir en 13% la mortalidad en menores de 5 años.

4 Lozoff et al, Arch Pedia, Adolesc Med 2006, 160: 1108-1113.



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

Esta reunión es sumamente importante, todos sabemos qué hacer o cuáles son las intervenciones más efectivas, pero no cómo hacerlas con alta cobertura y calidad. Es importante ponerse de acuerdo en estos días sobre “los comos”; hay que intercambiar experiencias, definir estrategias; acordar planes de acción para actuar de inmediato en cada país, desde cada una de sus particularidades.

Tenemos la ventaja en estos momentos que la lucha contra la desnutrición crónica infantil está en la agenda política y felizmente no solo en el Perú. Hay que aprovechar esta oportunidad para reducir la prevalencia y cerrar las brechas e inequidades. En Perú hay una ventaja adicional y es que se firmó un compromiso de los candidatos a la Presidencia de la República, de luchar contra la desnutrición infantil, antes de las elecciones, que el entonces candidato y hoy Presidente, firmó. Esto se dio en el marco de la Iniciativa Contra la Desnutrición Infantil impulsada desde la sociedad civil y las agencias del Sistema de Naciones Unidas. Además, hay que reconocer el trabajo del PMA para colocar y mantener en la agenda política este tema a nivel de la región.

A modo de balance, se puede decir que en relación a los Objetivos del Milenio, tenemos:

**En vías de cumplir:**

- Reducción del hambre
- Disminución de la desnutrición infantil
- Disminución de la mortalidad infantil
- Acceso a agua potable
- Equidad de género en educación

**Progreso Insuficiente**

- Reducción de la pobreza extrema
- Mortalidad Materna
- Universalización de la educación prima
- Acceso a saneamiento
- Sostenibilidad del medio ambiente



Sobre la presentación de la Dra. Lutter se reseñan los comentarios del panel interagencial constituido por funcionarios de PMA, OPS y UNICEF:







**Angela Céspedes**  
**Asesora de Nutrición**  
**Programa Mundial de Alimentos, PMA – Oficina Regional**

*Presentó el saludo del Representante del PMA en Perú, Guy Gauvreau, quien esperaba que esta reunión fuese muy provechosa, y expuso lo siguiente:*

Además de coincidir con todos los puntos planteados por la Dra. Lutter, desarrollaré algunos temas relacionados con los desafíos y oportunidades impuestos por las crisis globales de la actualidad y el aporte de la coordinación interagencial:

Es muy importante analizar el problema nutricional desde una perspectiva multicausal, donde la respuesta debe ser interdisciplinaria, respuesta que contenga intervenciones a corto, mediano y largo plazo, y que éstas estén enfocadas más sobre los determinantes sociales de la desnutrición infantil. También hay que reiterar la importancia de la ventana de oportunidades: existe mucha evidencia, que muestra la necesidad y urgencia de trabajar desde el embarazo hasta los 2 a 3 primeros años de vida para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo del niño con un impacto positivo a lo largo del curso de la vida.

En este marco hay que contemplar el tema de las disparidades. América Latina y el Caribe (ALC) constituye la región más desigual e inequitativa del mundo. El problema nutricional no escapa a esta realidad. Hay muchas brechas entre países y al interior de los países, especialmente en grupos culturalmente diferenciados como son los indígenas y afro-descendientes quienes no son una minoría pues representan aproximadamente el 40% de la población en Latinoamérica y el Caribe; es en ellos donde debemos poner especial atención. En los pueblos indígenas y la población afro-descendiente se concentran los peores indicadores de pobreza, salud, educación, nutrición y falta de participación y representación política y social.

Coincido en que si bien el indicador de los ODMs es el bajo peso para la edad – desnutrición global- no podemos ni debemos conformarnos con el avance en este indicador. Pensamos como región que estamos bien cuando se analiza este indicador, pero al revisar lo que está sucediendo con la baja talla, vemos que estamos rezagados. Necesitamos trabajar más en nuestros países con el indicador talla. Una manera de iniciarlo es con la medición del indicador desde los servicios de salud y a nivel comunitario, inclusive. Junto con el retardo en talla, la anemia, en especial la anemia por deficiencia de hierro es el problema más extendido en la región. A diferencia de otros indicadores, en muchos países la prevalencia de anemia no se ha reducido sino que se ha incrementado a lo largo de los años. Este constituye un gran reto sobre el cual debemos trabajar de manera conjunta en todos los países.

Las crisis globales están afectando la situación nutricional en nuestra región e incrementando la inseguridad alimentaria y nutricional. La crisis alimentaria, por ejemplo, impacta negativamente en las familias y en particular en los grupos más vulnerables como son los niños pequeños y las madres, reduciendo la cantidad y calidad de alimentos en primera instancia, por otro lado tiene un efecto negativo directo en la salud y la educación de los niños. Según últimos datos de la CEPAL, la crisis de alimentos está incrementando en 15 millones la indigencia y generando otros 15 millones de nuevos pobres. Otra crisis que también está azotando la región es la crisis ambiental asociada al cambio climático. Tiene una vinculación directa con la desnutrición pues afecta la producción agrícola y los cultivos de las familias más pobres con una repercusión directa en la situación alimentaria y nutricional. Por otro lado, el cambio climático está afectando la disponibilidad y calidad del agua; agravando y aumentando la intensidad de los diferentes eventos de emergencia lo que a su vez genera retrocesos en los avances logrados por los países en el sector social. Finalmente, la crisis financiera también tiene una repercusión directa en la situación nutricional, porque además de disminuir el empleo y los ingresos, tiene consecuencias negativas directas en la alimentación y nutrición, al existir menos recursos para adquirir alimentos de calidad. Un tema que se está analizando al interior del PMA es el tema de las remesas. Principalmente en los países centroamericanos y del Caribe se han disminuido las remesas que venían del exterior lo que está incrementando la inseguridad alimentaria y el deterioro de la situación nutricional. Por ejemplo, en Ecuador, uno de los países aquí representados, las remesas llegan al 8% de su producto interno bruto (PIB) y en Haití fluctúan entre 20 al 50% del PIB; este problema constituye un gran desafío para los gobiernos y la comunidad internacional.



Finalmente, me quiero referir a la presencia del PMA en la región y la importancia de la coordinación inter-agencial. El PMA apoya a los países en el marco del cumplimiento de los ODMs en el contexto de un nuevo plan estratégico que muestra un cambio institucional, pasa de ser una agencia de ayuda alimentaria a una agencia de asistencia alimentaria con un enfoque nutricional e intervenciones a largo plazo. El PMA está ahora preparado para apoyar a los países en los temas alimentario nutricionales con enfoque en políticas públicas y desarrollo de capacidades.

Quiero también resaltar la importancia de la coordinación inter-agencial. Esta reunión es un ejemplo de buena práctica, OPS, UNICEF y PMA estamos haciendo grandes esfuerzos para apoyar los países de manera coordinada y sinérgica, aun falta camino por recorrer, pero estamos en vías de optimizar nuestro apoyo a los países, en la búsqueda de ir sumando exponencialmente los resultados a favor de los niños, y en especial de los más vulnerables.



**Dr. Manuel Peña**  
Representante de la OPS/OMS en Perú

*Agradeció la oportunidad de estar en un entorno apropiado con colegas de diferentes países y felicitó a la Dra. Lutter por la sinopsis presentada desde un marco holístico del problema de la desnutrición.*

Estamos viviendo una situación preocupante, pese al crecimiento económico sostenido en la región, éste no se traduce aun en beneficio social; tenemos 400,000 muertes en niños menores de 5 años y 280,000 en menores de un año. Realmente el panorama es que uno de cada 3 niños de nuestra región exhibe un patrón de crecimiento alterado. El tema de la baja talla no es el tema central, sino las implicaciones que esta tiene: incremento de la mortalidad, mayor incidencia en las enfermedades infecciosas, desarrollo intelectual limitado, riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, capacidad de aprendizaje y de trabajo disminuida, baja productividad y desarrollo individual y social. Es el contexto el que nos preocupa, además de la desnutrición infantil igual podríamos hablar del embarazo en adolescentes o muerte materna; todos aquellos temas que son efectos de la pobreza. Por ello quiero mencionar 6 retos como elementos a tener en cuenta:

1. Debemos superar el enfoque reduccionista basado en los efectos, a veces, sólo pensamos en la desnutrición, en la enfermedad o en la muerte; nos olvidamos de contemplar los determinantes a la hora de abordar los problemas. Vemos que la desnutrición crónica y la mortalidad, están articuladas a una serie de factores, como por ejemplo la educación de la madre; las variables ambientales; disposición de excretas; el agua y el aire que juegan un rol muy importante; hay que abrir el espectro del análisis.
2. La necesidad de sustituir el enfoque uni-sectorial basado en una sola actividad o componente, sólo salud, solo educación, u otro sector; debemos tener un enfoque multi-sectorial, que esté vertebrado, integrado, esto se expresa en la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo (Iniciativa de Las Agencias de NNUU para apoyar de manera conjunta e integrada a los países de la región) que logra así generar una estrategia supra-sectorial convocadora de todos los sectores que permite abordar el tema desde un enfoque de determinantes.
3. Construir un marco institucional adecuado que se vincule con diversos planos. A veces nos quedamos en recomendaciones técnicas a nivel nacional, pero si no tomamos en cuenta los diversos niveles en los que vive la gente, pensando en el nivel nacional, regional, local y familiar, muy pocas cosas podremos hacer, tenemos que trabajar para estimular la gestión local y motivar a los líderes locales. El desarrollo de la salud, de la nutrición es una inversión en el capital humano.
4. Identificar las intervenciones más apropiadas. La serie sobre la Desnutrición Materno Infantil de la revista Lancet constituye un buen inventario de evidencias de intervenciones que logran impacto en temas de salud y nutrición, pero hay que incorporar otras que abordan los determinantes sociales y causas subyacentes de la desnutrición.
5. Tratar de pasar de intervenciones enfocadas en el individuo, hacia el contexto en donde se desenvuelve el individuo; pensar en el individuo como objetivo. Por ejemplo, no es igual la recomendación alimentaria en la selva que en la zona alto andina; el desgaste o necesidad energética a cuatro mil metros, la localidad en la que vive. Estos aspectos muchas veces no se toman en cuenta.



6. Tratar de identificar escenarios, criterios de focalización no individual, sino teniendo en cuenta la distribución geográfica de los elementos de la pobreza, donde se hagan intervenciones integrales, como es el ejemplo de CRECER en Perú, donde se ha tratado de diseñar proyectos multifactoriales, que tienen que ver con la identidad del niño, la educación, el ambiente, aspectos nutricionales y de salud, entre otros, que hacen que converjan estas acciones en determinadas áreas geográficas.

El enfoque para prevenir el retardo en talla o la obesidad debe partir desde la misma concepción del niño, pasando por un embarazo oportuno, con una madre bien nutrida; las intervenciones deben ser simultáneas, como el acceso a la salud, acceso a la educación, disponibilidad de alimentos adecuados, que tengan una proporción de nutrientes, pero que tengan también un contexto de cuidado, un nivel de gestión de respaldo. Las intervenciones deben ser simultáneas porque de nada vale que se proporcione agua en un sitio o letrinas en otro, porque todos esos determinantes son necesarios.



**Dr. Guido Cornale**  
Representante de UNICEF en Perú

*Es un gusto que todo aquello que hemos estado discutiendo en papeles con los colegas de la OPS y el PMA ya se ha vuelto realidad. Bienvenidos a todos los asistentes de los diversos países. Voy a dirigirme a ustedes desde una perspectiva más de derechos humanos*

Lo que ha mostrado la Dra. Lutter, con los datos de desnutrición crónica y anemia en la región, sigue siendo sumamente asombroso, ver que casi la mitad de la población se encuentra afectada por diferentes problemas nutricionales. La anemia, afecta a más del 60% de los niños menores de 2 años; la desnutrición crónica afecta a casi un tercio de los niños de la región, con los nuevos patrones de la OMS, se muestran unos picos impresionantes que superan el 50%, con enormes disparidades al interior de los países. Creo que debemos tener cuidado en basarnos en los promedios. Este tema se ha vuelto prioritario para los directores regionales de las agencias de Naciones Unidas, porque estamos en la región más desigual del planeta, y los promedios ocultan la realidad, la realidad de las brechas inmensas que existen entre las diferentes clases sociales, entre los diferentes grupos poblacionales, que afectan en particular a las poblaciones indígenas y afro descendientes, y a comunidades rurales dispersas. Estamos confrontados a un problema ético y moral que tiene que ver con los derechos humanos, los derechos del niño y también con otra categoría de problemas, como el económico, y eso es importante. El argumento económico nos permite interactuar, dialogar y convencer a los que controlan los recursos; dialogar con los Ministros de Hacienda, con los institutos internacionales de financiación como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, allí se habla de capital humano, de crecimiento económico, de sostener el crecimiento económico; se habla de productividad, se habla de rendimiento escolar, visto en términos de como poder crear un capital humano que sostenga el espectacular crecimiento económico, que se ha logrado durante los últimos años. Es necesario invertir en la gente y los economistas lo tienen muy claro, por ello se prioriza el desarrollo infantil temprano en sus programas sociales porque tienen un rendimiento muy alto, un gran costo beneficio y costo efectividad netamente positivos.

Bajo estos dos conceptos quiero mencionar dos instrumentos para mostrar a los Ministros de Hacienda: el estudio del Costo del Hambre desarrollado por el PMA y la CEPAL, que es muy útil para mostrar a los Ministros de Hacienda, que demuestra cuanto ha perdido el país en concepto de desnutrición. Perú ha perdido sólo en el 2005, el 3% de su PBI que equivale a 2 mil 400 millones de dólares debido a los niveles de desnutrición crónica que se han mostrado.

En conclusión estamos frente a una vergüenza desde un punto de vista humano y ético, y estamos frente a un desperdicio desde un punto de vista económico. Tenemos los recursos potenciales para revertir esta situación, voluntad política, conocimiento científico. Se han fijado metas en muchos países, así es que ya no hay excusas para no actuar. Hablando



de la acción que hay que tomar, el ¿qué hacer? está bastante claro, está explicado, conocido, hay que trabajar en la ventana de oportunidad; trabajar el continuo de atención desde el embarazo hasta la primera infancia; promover la lactancia materna; la alimentación complementaria; suplementar con micronutrientes, entre otras intervenciones. La serie Lancet nos da evidencias científicas que nos orientan muy claramente en el que hacer, el problema es cómo hacer, cómo pasar de experiencias piloto a programas nacionales efectivos; cómo llevarlos a escala para que puedan atacar el problema, de manera integral, no en experiencias aisladas. El reto es cómo llegar a escala nacional; cómo se puede traducir la voluntad política en leyes y contar con un marco legal apropiado. Por ejemplo, para sucedáneos de la leche materna, en normas técnicas que permitan que los diferentes sectores del estado actúen de manera simultánea, en el mismo lugar, junto con el sector educativo, agua y saneamiento, salud y en general la administración pública. Como tener recursos dedicados a estas intervenciones, basadas en resultados, relacionadas con la disminución de la desnutrición crónica y anemia en la región. Por eso necesitamos un marco de análisis donde el viejo marco conceptual desarrollado por UNICEF sigue vigente, no solo para programar sino para convencer a los no especialistas y visualizar el carácter multi-sectorial del problema nutricional.

Pero con la desnutrición crónica, en especial, tenemos un problema. Si comparamos un niño desnutrido crónico con un niño de tamaño normal no vemos la magnitud del problema, creo que la invisibilidad de la desnutrición crónica no ha permitido que ni la familia, ni la sociedad, ni los gobiernos pudiesen enfocar el problema oportuna y adecuadamente, si no se utilizan instrumentos como puede ser la fotografía que hemos visto, para poder convencer. El reto está en cómo hacer para volver el problema evidente, llegar a traducirlo en políticas públicas nacionales con recursos económicos propios.

Otro aspecto importante en el cómo, es aprovechar los procesos de descentralización que se están dando en los países. Hay que hacer un análisis de brechas de capacidades, hay que ir construyendo las capacidades a nivel descentralizado, pero no sólo a nivel de los municipios, sino desde las familias y comunidades para que el tema entre desde el concepto de la comunidad y de la crianza de los niños; llegar a los gobiernos locales para redireccionar los recursos hacia la inversión en la niñez. Los gobiernos centrales que también tienen la obligación de desarrollar su capacidad de abordar el problema de manera coherente bajo la ciencia que está disponible.

También debemos fortalecer las alianzas -como en el Perú- de la sociedad civil, la cooperación internacional, el sector privado, institucional, de diferentes sectores, como los gobiernos, el sector educativo y la universidad. En el Perú, esta alianza de la cooperación internacional con la sociedad civil ha permitido en una primera etapa hacer abogacía, lobby político, hacer firmar cartas a los candidatos, luego se ha logrado comprometer al sector privado que es fuerte en la región, que dice tener responsabilidad social, por lo cual es importante que se demuestre este compromiso. Hay que trabajar dentro de este concepto de multisectorialidad: alimentación infantil, salud, cuidado infantil dentro del hogar, y agua y saneamiento; hay que aprovechar la cooperación internacional. ¿Que podemos ofrecer? En esta región del mundo no somos las agencias de las NNUU quienes podemos traer los recursos financieros, porque hay recursos en los países. Lo que podemos brindar son instrumentos de abogacía; articular el conocimiento; brindar asistencia técnica e innovaciones. A veces hay mucha resistencia por parte de los Ministerios de Salud en introducir cambios y modificar protocolos, entre otros aspectos; por ejemplo cambiar el jarabe de sulfato ferroso por las chispitas. Introducir esto exige un cambio importante, cambiar leyes, normas que requieren tiempo y evidencias científicas y esto puede surgir de los organismos internacionales.

Finalmente, trabajar juntos. No en todos los países el PMA, el UNICEF, la FAO y la OPS logramos el nivel de colaboración e integración que se ha logrado en Perú o a nivel de los Directores Regionales. No es fácil, ustedes desde los Ministerios, ayúdenos a trabajar juntos entre las agencias de NNUU; el valor agregado del trabajo conjunto de varias agencias es muy fuerte, necesitamos un empuje, llamados de atención si ven que los representantes de las diferentes oficinas van en diferentes direcciones.

Ustedes conocen la discusión entre soberanía alimentaria nacional y seguridad alimentaria y nutricional, hay que conciliar ambos conceptos porque en el fondo estamos hablando de lo mismo; estamos hablando de ética, de derechos humanos; estamos hablando de desarrollo.

Para concluir simplemente digo parafraseando al Presidente Electo de Estados Unidos ¡Sí se puede!



## **Resumen de la moderación del panel principal**

El Dr. Paz moderó el panel sobre situación nutricional del niño pequeño: Desafíos y oportunidades presentado por la Dra. Lutter y comentado por los Representantes de la Agencias patrocinadoras del evento. A continuación se resaltan ciertos aspectos abordados por los panelistas:

El modelo causal de UNICEF sobre la desnutrición infantil sigue vigente: hay que trabajar en las causas inmediatas al igual que en las causas subyacentes; se enfatizó en la importancia de lograr la integración de la nutrición y la atención primaria en salud en cada uno de los países de la región.

Las crisis globales están afectando la situación nutricional en nuestra región e incrementando la inseguridad alimentaria y nutricional. El PMA, conjuntamente con las otras agencias de las Naciones Unidas, está preparado para apoyar a los países en los temas alimentarios nutricionales con enfoque en políticas públicas y desarrollo de capacidades para reducir las crisis ambientales y de precios de los alimentos.

Debemos superar el enfoque reduccionista basado en los efectos y debemos tener un enfoque multi-sectorial, que esté vertebrado, integrado, esto se expresa en la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo que logra así generar una estrategia supra-sectorial convocadora de todos los sectores que permite abordar el tema desde un enfoque de determinantes.

Estamos frente a una vergüenza desde un punto de vista humano y ético, y un desperdicio desde un punto de vista económico. ¿Qué hacer? está bastante claro, hay que trabajar en la ventana de oportunidad; trabajar el continuo de atención desde el embarazo hasta la primera infancia; promover la lactancia materna; la alimentación complementaria; suplementar con micronutrientes, entre otras intervenciones. El reto es como llegar a escala nacional; como se puede traducir la voluntad política en leyes y contar con un marco legal apropiado.

## **Resumen de la discusión plenaria**

Los participantes hicieron comentarios sobre la importancia del tema presentado por la Dra. Lutter, e insistieron sobre algunos aspectos como el desarrollo cognitivo que se puede ver afectado por estas deficiencias nutricionales. Se insistió en la necesidad de transformar la voluntad política en decisiones, leyes y normas en una propuesta descentralizada a nivel de los gobiernos locales, que pongan en primer lugar la atención a la solución de la desnutrición crónica y sus graves implicancias en el desarrollo de los países, como es el caso de Bolivia. Hicieron énfasis en el cómo hacer para mejorar esta situación, resaltando la necesidad de actuar de manera integral; hacerlo desde un enfoque de política pública de Estado, con enfoque intersectorial, incluyendo a los académicos. La importancia de la rectoría del sector salud a cuyo personal hay que fortalecer, y, finalmente, incluir a la comunidad en términos de participación, vigilancia y toma de decisiones. A ese respecto Chile expuso brevemente su experiencia, que refleja la inclusión de todos estos componentes en una política de estado que le ha tomado varias décadas y que hoy en día supone el acceso universal a programas y políticas públicas de alimentación y nutrición para toda la población, pero en especial para la niñez y las mujeres.



## REPOSICIONANDO LA LACTANCIA MATERNA DE DIVERSAS MANERAS



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

### Revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño

**Dra. Constanza Vallenias**  
**Asesora OMS, Ginebra**

*La IHAN viene implementándose desde hace 17 años y continúan los esfuerzos por mantenerla y apoyar a los países a desarrollar sus propios caminos para brindar consejería y apoyo a las madres, sus familias, comunidades y personal de salud en contacto con ellos.*

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

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

En un estudio no randomizado de casi 11,000 niños, en el 2006, se puede apreciar como la LM precoz ayuda a reducir la muerte neonatal y ésta aumenta en directa relación con el retraso en el inicio de la LME, por ello, es absolutamente importante iniciar la LME de manera precoz.



Metas de la IHAN:

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

Hubo un rápido avance en el número de Hospitales Amigos de los Niños pero luego se detuvo y algunos países ya están inclusive con una implementación absolutamente atrasada o declarativa. En la región a partir del 2005, hay 1567 IHAN y entre todos destaca El Salvador, aunque estos datos no necesariamente están actualizados para todos los países. Es posible y necesario contar con información reciente proporcionada por cada país.

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

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

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

El contenido consta de:

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

Debo mencionar que la OPS ya lo tradujo al español, Brasil lo tradujo al portugués y Perú acaba de terminar su adaptación.

En materia de modificaciones, por ejemplo, en cuanto al Paso 6 que dice no dar suplementos a menos que sean médicamente indicados, se ha tenido que actualizar las razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna. Se ha objetivado que sea muy extenso y específico para no permitir las justificaciones que se daban anteriormente para prescribir sucedáneos cuando no se necesitaba. También se hace un listado de las condiciones que preocupan al personal de salud pero que no son razón para dar sucedáneos.



Sacar a luz esta nueva guía ha demorado, porque la OMS ahora está más estricta en el tema de sustentar con evidencias científicas cada una de las pautas que se publican bajo su nombre, y la lista de la que hemos hablado, es un compendio de pautas.

Otra novedad es que la IHAN plantea opciones de expansión:

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

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

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

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

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

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=927&Itemid=929](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=927&Itemid=929)





## Promoción de la lactancia materna en la atención primaria de salud

**Dra. Elsa Giuliani**  
Directora de Salud del Niño, MINSA Brasil

*Brasil ha creado la Red "Amamanta Brasil" como política nacional, con un conjunto de medidas de promoción de la lactancia materna con un enfoque desde el servicio que atraviesa todas las instancias en un país donde la salud se desarrolla bajo una gestión descentralizada.*

La mediana de lactancia materna (LM) en Brasil es de 14 meses, lograda en 31 años de trabajo (en 1975 era de 2.5 meses), sin embargo, la lactancia materna exclusiva (LME) no ha avanzado mucho, en promedio llega a 1.4 meses.

La LME es una política pública en Brasil, está en la agenda del gobierno, es el Programa de aceleración del crecimiento en la salud, el que estimula la LM. Este Programa está en el Eje de Promoción de la Salud, que tiene como meta estimular la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; ampliar la Red de Bancos de Leche Humana; crear el Centro de Referencia Latinoamericano de bancos de leche humana.

El área de salud del niño, la promoción y protección de la LM es una línea de cuidado del Ministerio de Salud (MINSA), la política nacional tiene las siguientes líneas de acción, que tal como se describen muestran una integralidad en su enfoque y ejecución:

- Atención Hospitalaria (revitalizando la IHAN y el método canguro)
- Bancos de leche humana
- Protección legal a lactancia materna (existe un Código Nacional, que otorga licencia por maternidad por 6 meses)
- Movilización social
- Monitoreo - este año se ha realizado una encuesta nacional de prevalencias en LM y alimentación complementaria (AC)
- Atención primaria (para llevar a las Unidades Básicas de Salud (UBS) el tema de la LM)

La propuesta del MINSA tiene un enfoque horizontal que busca despertar el interés de los profesionales en aprender, para ello está elaborando nuevas estrategias de calificación de los recursos humanos en salud, adecuado a la realidad de cada centro de trabajo, llegando a acuerdos sobre metas factibles con corresponsabilidad, para lograr los cambios deseados y crear una estructura de red con interfaces horizontales entre todos los actores sociales de la red.

Desde agosto de este año se impulsó un movimiento llamado "Red Amamanta Brasil", cuyas directrices son:

- Construcción de un nuevo paradigma para la enseñanza de la lactancia materna en la atención primaria de salud (APS)
- Reconocimiento a la historia del saber y de las percepciones del personal de la salud, la familia, la comunidad y
- Respeto a la realidad local

El objetivo de la Red Amamanta Brasil es contribuir al aumento de las tasas de lactancia materna, y tiene como objetivos específicos:

- Desarrollar competencias en los profesionales de salud con vistas a una práctica integradora en LM
- Discutir la práctica de la LM en el contexto del proceso de trabajo de las UBS
- Acordar acciones de promoción, protección y apoyo a LM desde la realidad de las UBS
- Monitoreo de las tasas de LM en las UBS



Este es un nuevo proyecto político pedagógico, constructivista, que tiene una diferencia muy grande: su propuesta metodológica es horizontal, para ello, se parte de que en Brasil existe un sistema de aseguramiento universal: SUS (Sistema Único de Salud), que es descentralizado y cada municipio es autónomo. En ese contexto al MINSA sólo le cabe incentivar y dar apoyo técnico a los estados y municipios. Por ello, la política de promoción de la LME, se asienta sobre una red de tutores, que son personas que llegan a las UBS, luego de ser capacitados y certificados por un año, en un taller de 40 horas de enseñanza, y van entonces a capacitar, acompañar, dar seguimiento a la UBS. En este nivel de atención se realiza un taller de trabajo, con todo el personal, por ello se pide que la unidad suspenda la atención para que participen todos los trabajadores. El taller se desarrolla con la misma metodología y enfoque constructivista, luego la UBS puede acreditar ante la Red, para lo cual deben cumplir con los siguientes criterios:

- Realización del taller
- Proponer un diagrama de flujo para la atención de la madre y niño con LM
- Realización de por lo mínimo un ítem acordado en el taller
- Monitoreo de los indicadores de LM mínimo 3 meses, para lo cual se les brinda también las herramientas necesarias

Por otro lado se han elaborado materiales (cuadernos) sobre lactancia materna y alimentación complementaria en varias lenguas indígenas, como una forma de llegar a las Unidades Básicas de Salud en un país tan grande y con tanta diversidad cultural como es Brasil.

## Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

**Dr. Fernando Vallone**  
**IBFAN, Argentina**

El Dr. Vallone inició su presentación relatando un poco la historia de la lactancia materna en el siglo XVII y como la situación se fue modificando a través de los años, en desmedro de esta práctica.

En Inglaterra en 1600, los médicos indicaban 2 años de LME y sin horarios, pero en 1900 indicaban 1 año y horarios rígidos de alimentación; paralelamente se inicia la 2ª revolución industrial y la mortalidad infantil estaba en franco ascenso entre otras causas por los horarios de sus madres en el trabajo, por lo que debían dejarlos con nodrizas consideradas como el primer alimento de reemplazo, con la ventaja de que era un alimento humano. Lamentablemente las cifras de mortalidad infantil iban en aumento y los médicos sospechan que éstos eran contagiados de sífilis a través de la leche materna y prohíben el uso. En 1860 aparecen Von Liebig, químico, y Henri Nestlé, este último era vendedor de mostaza y aceite para lámparas, quienes separadamente comenzaron a ensayar alimentos sustitutos de la leche humana, siendo la misma década en la que nace la pediatría, uno de cuyos “padres” establece la alimentación del bebé cada cuatro horas. En 1880 el 95% de las madres de los EEUU daban LM hasta los 2 y 4 años y un siglo después sólo el 50% inicia la LM.

En 1915 la Asociación Americana de Pediatría acepta que la industria probara un nuevo sucedáneo de leche en un hospital de niños, época en la que muchos médicos eran a su vez accionistas de estas industrias. En 1939, Cicell y Williams hace en Singapur una de las primeras denuncias al relacionar el consumo de leche condensada con muertes y cegueras en niños. En 1981 se sanciona por fin el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, dos años después del nacimiento de la red IBFAN.

Objetivo del Código: Procurar una alimentación infantil óptima promoviendo la LM y el uso adecuado de sucedáneos de la leche materna.



Alcances: Todo alimento que sea presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no apto para ese fin. Incluye leches de fórmula, leches especiales, otras leches cuando no esté clara su recomendación sobre edad de empleo, alimentos complementarios cuando se los recomienda para menores de 6 meses de edad, biberones y tetinas. Está prohibida la promoción de alimentos que se puedan incluir durante los seis meses o después.

La aplicación del código implica evitar todo tipo de estrategia comercial que haga a una madre decidir, en virtud de esa promoción, reemplazar total o parcialmente su propia leche por un producto artificial en la creencia de que ello podría otorgar algún beneficio.

¿Qué prohíbe el código?

- Muestras gratuitas
- Suministros gratuitos
- Regalos a profesionales
- Información engañosa
- Utilización de las instalaciones de salud para promoción de productos
- Publicidad directa al público
- Regalos a madres
- Ventas con descuentos
- Ventas vinculadas
- Etiquetado con diseño llamativo y/o con información escasa o engañosa

Hay una relación inversamente proporcional entre el desarrollo de las técnicas de comercialización y la lactancia materna: mientras más se desarrollan las primeras, más se reduce la segunda.

Las estrategias de *marketing* han logrado poner en duda la capacidad de las madres para satisfacer las necesidades de sus hijos con su leche, basadas en publicidad engañosa, carente de sustento, tal cual se evidencia en el siguiente cuadro:

#### Presencia de información científica y objetiva en 75 publicidades analizadas<sup>5</sup>

Compañía	Respaldo científico			
	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Nestlé	0	0	19	100
Wyeth	2	50	2	50
Kasdorf	0	0	17	100
Nutricia/Bagó	0	0	14	100
Mead Johnson	0	0	6	100
Sancor	0	0	7	100
Mastellone	0	0	8	100
Total	2	2,7	73	97,3

5 Vallone, Fernando, elaborado en base a datos recolectados en las colecciones: Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires y Archivos Argentinos de Pediatría, publicadas en el período 1977-2006.



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

Actualmente las grandes compañías que venden sucedáneos de la leche materna se han introducido en el mundo académico, hacen patrocinios, financian residencias médicas, entregan donativos o subvenciones a las universidades, hospitales, regalan grandes cantidades de productos a los hospitales infantiles quienes ante la eventualidad de su vencimiento lo entregan a las madres, hacen regalos a los médicos, lo que hace que estos profesionales se encuentren en un conflicto de interés que el Código, a través de sus Resoluciones WHA49.15 y WHA58.32, contempla.

Si la preocupación es asegurar una alimentación y nutrición adecuadas al niño pequeño, los países deben llegar a transformar el Código en ley, debe tener su reglamentación y estar acompañado de un trabajo activo de vigilancia con base en la sociedad civil.

La situación actual en los países de la región respecto al carácter del Código en su sistema jurídico es el siguiente:

País	El código es ley	Muchas disposiciones son ley	Política o medidas voluntarias	Algunas disposiciones integradas	Algunas disposiciones voluntarias o directivas	Existe un borrador ley sin aprobación
Argentina	X					
Bolivia	X					
Brasil	X					
Chile			X			
Colombia		X				
Ecuador			X			
Paraguay				X		
Perú	X					
Uruguay						X
Venezuela				X		



## Red - Iberoamericana de Bancos de Leche Humana

**Dr. Joao Aprigio Guerra de Almeida**  
**Brasil**

*El Dr. Aprigio viene trabajando en el tema de bancos de leche humana desde hace más de 20 años, incluyendo el campo de política pública. Este trabajo ha sido además apoyado por un conjunto de profesionales e investigadores quienes han aportado sus conocimientos y entregado tiempo valioso de sus vidas sobre el tema, siendo el logro de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana el resultado de esos esfuerzos.*

La creación de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana fue aprobada como un Programa de Cooperación en la Región Iberoamericana, orientado para el intercambio de conocimiento y de tecnología en el campo de la lactancia materna (LM) y bancos de leche humana (BLH), como componentes estratégicos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, haciendo hincapié en la reducción de la mortalidad infantil, en la XVII Reunión Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno realizada en noviembre del 2007, en Chile.

El Programa fue aprobado en el Ítem 19, siendo el tenor del mismo el siguiente: “Fortalecer en el marco del compromiso del consenso de Monterrey sobre financiamiento del desarrollo, como en el ámbito de la iniciativa contra el hambre y la pobreza y la búsqueda de mecanismos innovadores de financiamiento – colaboración iberoamericana, sobre la base de propuestas concretas, tales como la Iniciativa Regional “Para la Erradicación de la Desnutrición Infantil Crónica”, y programas para mujeres embarazadas y madres lactantes. En este contexto aprobamos el Programa Cumbre Red de Bancos de Leche Humana”.

Grupo destinatario del Programa: Gobiernos, Ministerios de Salud y personal de salud de las áreas de lactancia materna y bancos de leche humana, quienes deben asumir responsabilidades; así también son destinatarios las mujeres embarazadas, madres lactantes, prematuros, niños con bajo peso al nacer y/o portadores de patologías del tracto digestivo, como por ejemplo enfermedades crónicas no transmisibles.

Los países fundadores fueron: Argentina, Brasil, España, Bolivia, Uruguay, Paraguay y Venezuela, estableciéndose un presupuesto para las acciones necesarias. Este presupuesto pese a haber incluido sólo a siete países es posible ampliarlo a los 22 países presentes en la Cumbre, según se acordara en Colombia este mismo año.

Según la CEPAL, en la región la población se incrementará en un 19,4% entre 2005 al 2020 lo que equivale a 11.6 millones de nacimientos, en un contexto de aumento creciente también de los partos prematuros con los riesgos asociados que inciden en el incremento de las muertes neonatales. Hay evidencias de un estudio realizado en Río Grande do Soul, Brasil que indican que la frecuencia de partos prematuros aumentó en 22 años de 6.3 a 15.3%.

¿Cuál es la relación entre la prematuridad y la seguridad alimentaria?, en cuanto a la alimentación ésta debe contribuir a desarrollar el antagonismo a patógenos, la estimulación de la respuesta inmune y a la modulación metabólica del intestino, que la LM puede brindar de manera natural y completamente segura.



Sobre ello se ha evidenciado los beneficios de la LME:

- Menor frecuencia de enterocolitis necrotizante<sup>6</sup>,
- Disminución de sepsis nosocomial<sup>7</sup>,
- Beneficios persisten 30 meses después<sup>8</sup>,
- En el 2000<sup>9</sup> se desarrolla un modelo explicativo que asocia el consumo de leches artificiales con hipertrofia linfoide que origina fenómenos relacionados a enfermedades auto – inmunes.

En los países en desarrollo es importante lograr la disponibilidad y acceso a bancos de leche humana pues existe un riesgo biológico muy alto y los costos de las leches de reemplazo son también muy altos, garantizando no solamente el alimento de los niños, sino la reducción de los riesgos de morbi mortalidad.

La universalización del acceso a la leche humana – garantizando la calidad y mantenimiento de su valor biológico (sistema de control de biodisponibilidad) debe ser producto de un planeamiento estratégico que considere su inocuidad y la preservación de su valor biológico. La leche materna no es sólo leche, una secreción humana, sino que es un alimento para el bebé, que constituye su derecho inalienable para crecer sano.

Brasil a 2001, tenía 163 bancos de leche humana en 25 estados, la agencia nacional de bancos de leche recibió ese mismo año un premio de la OMS por su contribución a la salud infantil del país. Actualmente, cerca de 100,00 litros de leche son recolectados y distribuidos, incluyendo a recién nacidos de bajo peso o prematuros internados en centros de atención materno infantil, pese a ello se requeriría de otros 100,000 litros más para atender toda la demanda que existe.

La iniciativa de los Bancos de Leche en Brasil está liderada por el Ministerio de Salud, FIOCRUZ/IFF y SAS/DAPE, tienen como Misión: **Promover la salud de la mujer y del niño mediante la integración y construcción de asociaciones con órganos federales, unidades de la federación, municipios, iniciativa privada y la sociedad, en el ámbito de actuación de los BLH.**

Lo que se busca es

- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna
- Recolectar y distribuir leche humana con calidad certificada
- Sumar esfuerzos al Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal
- Contribuir para la construcción y consolidación de la Red Latinoamericana de BLH

Hay una experiencia de 20 años en inversiones en políticas públicas y en tecnología moderada, logrando compatibilizar el elevado nivel de rigor técnico con bajo costo operacional así como responder con calidad las demandas específicas del área de la salud, racionalizando los gastos públicos, es así que han logrado cambios en el alto costo de los envases de la LM. Anteriormente el 80% del presupuesto se iba en el costo de los envases que eran norteamericanos; se empezó a estudiar diferentes tipos de envases y propiedades físico-químicas-microbiológicas y hoy en día se utilizan frascos reciclables que disminuyen mucho el costo.

Parte de esto es posible a través de una estrategia que incorpora al mundo académico, por ello la estrategia es: transformar problemas operacionales en objetos de investigaciones, vinculados a post-graduación en nivel de maestría y doctorado.

6 Lucas, Lancet 1990.

7 Reneestad, Pediatrics, 2005.

8 Vohr, Pediatrics 2006, 2007.

9 Goldman, 2000.



Los BLH son servicios responsables por la promoción y protección y apoyo a la lactancia materna, son casas de lactancia materna. En Brasil, 1'354,286 mujeres asisten a las casas de apoyo a la lactancia materna por problemas para dar de lactar.

A febrero 2008, existen 195 bancos de leche humana y 29 puestos de recolección. Al 2006, el sistema de información de los BLH arrojó una recolección anual de 103,000 litros que permitieron abastecer las necesidades de 145,000 niños, quienes recibieron, sea en centros materno infantiles, en grupos o a través de visitas domiciliarias, la leche materna, el alimento que requerían.

En el II Congreso de Bancos de Leche Humana los representantes de los Ministerios de Salud y Protección Social de Latinoamérica acordaron:

- i. Considerar las necesidades de los diferentes grupos sociales en la ampliación del acceso de la población a los bancos de leche humana.
- ii. Garantizar la cantidad, seguridad y eficacia de los BLH que serán utilizados por la población de sus países.
- iii. Promover el uso racional de los bancos de leche humana.
- iv. Establecer mecanismos de cooperación mutua en investigación y desarrollo de la alimentación y nutrición infantil, favoreciendo un mayor dominio de la tecnología necesaria.
- v. Priorizar la capacitación de recursos humanos en todos los niveles, a fin de viabilizar el cumplimiento de los compromisos asumidos.
- vi. Buscar medios de financiamiento sustentable a la promoción del acceso a los BLH, con vistas a asegurar el éxito en el enfrentamiento de los desafíos actuales y garantizar la continuidad de las acciones gubernamentales.
- vii. Asegurar mecanismos de intercambio de información y experiencias científicas y técnicas que permitan mejorar la eficiencia de la administración de las políticas nacionales en el ámbito de los BLH.
- viii. Establecer convenios de cooperación entre los países signatarios y con organismos y agencias de cooperación internacional.

En este mismo evento se aprueba la creación de un Centro Latinoamericano de Tecnología e Información en Bancos de Leche Humana que coincide con la estrategia política y técnica de Brasil que, a través de la Agencia Brasileira de Cooperación, busca brindar asistencia técnica y transferencia tecnológica de la experiencia de red de bancos de leche humana, a casi todos los países latinoamericanos, siendo Venezuela el primer país en recibir la asistencia técnica y hoy día cuenta con 8 bancos de leche humana.

Web: <http://iberBLH.com>



## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN DURANTE EL PARTO

**Dra. Chessa Lutter**  
Asesora Regional OPS/OMS

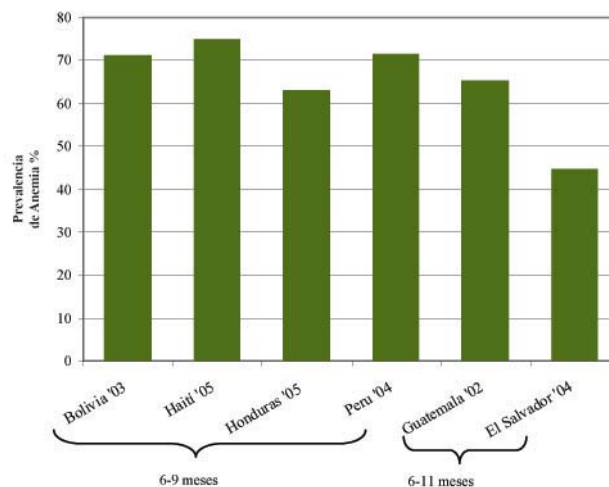
*La Dra. Lutter presentó un trabajo que busca alcanzar prácticas eficaces y de bajo costo para asegurar una adecuada nutrición del niño desde su nacimiento y cuyos efectos serán hasta la adultez. Estas prácticas incluyen el pinzamiento (ligadura) tardío del cordón umbilical, contacto piel-a-piel entre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

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

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

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

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



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS)

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





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

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

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

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

### 1. Pinzamiento Tardío (o pinzamiento oportuno):

Las ventajas del pinzamiento tardío del cordón umbilical:

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

En un estudio de la serie Lancet del 2006<sup>10</sup>, se muestran evidencias de las consecuencias del pinzamiento temprano del cordón, entre ellas está que efectivamente reduce las reservas de hierro a los 6 meses, de 57.6 a 30.1 mg, asimismo se demuestra que la ligadura tardía tiene más efecto en niños de madres anémicas; el nivel de hierro corporal del niño aumenta más que en los niños cuyas madres no tuvieron deficiencia de hierro.

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

- Beneficios<sup>11</sup> en niños entre 2 y 6 meses de edad:
  - Los niveles de hierro e indicadores hematológicos mejorados.
  - El riesgo de anemia se encontró reducido.
- Riesgos en infantes a los que se había hecho pinzamiento tardío, de elevar su riesgo de policitemia asintomática, medido a las 7, 24 y 48 horas, se encontró:
  - La policitemia existía en infantes con pinzamiento del cordón tardío y temprano.
  - Cuando se acotó el análisis a los estudios de alta calidad: no se encontró una diferencia significativa.
  - No hubo diferencias significativas en la mediana de la bilirrubina sérica (24, 72 horas), ictericia clínica, medida entre las 24 y 48 horas.

Una revisión sistemática y análisis meta del pinzamiento del cordón umbilical<sup>12</sup> en niños prematuros, que involucró 10 estudios y 454 infantes, en los cuales el pinzamiento tardío se llevó a cabo entre los 30 a 120 segundos, evidenció:

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

11 Fuente: Hutton y Hassan, JAMA 2007; 297(11).

12 Fuente: Rabe et al., Neonatology 2008;93.



Beneficios:

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

Otros beneficios inmediatos<sup>13</sup> :

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

Beneficios a largo plazo<sup>14</sup>:

- Mayor hemoglobina a las 10 semanas de edad

Lo anterior nos permite concluir que es muy recomendable aunque sea una demora en 30 segundos del pinzamiento del cordón umbilical.

Otro estudio aleatorio y controlado sobre pinzamiento tardío<sup>15</sup> en infantes con prematuridad extrema realizado en 72 parejas de madres/niños, los cuales nacieron a las 28.2 semanas, cuyo peso fluctuó entre los 1,151 y 1,175 gramos y el pinzamiento temprano se hizo entre los 5 y 10 segundos del nacimiento, el pinzamiento tardío se realizó entre los 30 y 45 segundos después del parto. El pinzamiento tardío disminuyó el riesgo de la hemorragia intraventricular en 72%, así como el riesgo de sepsis.

Finalmente podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- i. El pinzamiento inmediato es la causa de la pérdida iatrogénica de las reservas de hierro durante el nacimiento
- ii. El pinzamiento tardío mejora las reservas de hierro hasta los 6 meses de edad
  - Aumenta las reservas de hierro a un equivalente de ~1-2 meses del requerimiento
  - Los beneficios son mayores en infantes con bajo peso, amamantados y de madres con anemia
- iii. El pinzamiento tardío podría contribuir a prevenir la deficiencia de hierro antes de los 6 meses, que es el momento cuando se pueden introducir otras intervenciones para prevenir la deficiencia de anemia
- iv. Para recién nacidos con bajo peso o prematuros, una demora de 30 segundos es segura y tiene beneficios inmediatos y podría beneficiar el estatus hematológico a largo plazo

Sobre los riesgos que podría tener el pinzamiento tardío:

- No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de<sup>16</sup>
  - Sangrado alto o severo de la madre durante e inmediatamente después del parto
  - Porcentaje de recién nacidos con Hcto capilar > 0.70
  - Porcentaje de recién nacidos con ictericia clínica (por diagnóstico en el hospital, u observación de la madre)
- Otros beneficios inmediatos<sup>17</sup>
  - Mayor hemoglobina, hematocrito, presión arterial
  - Menos necesidad para el uso de transfusiones sanguíneas para la hipotensión o la anemia
  - Mayor hemoglobina a las 10 semanas de edad <sup>18</sup>

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

13 Rabe H, Cochrane Review, 2004.

14 Ultee 2007.

15 Fuente: Mercer et al. Pediatrics 2006; 117.

16 Hutton, JAMA, 2007.

17 Rabe H, Cochrane Review, 2004.

18 Ultee 2007.



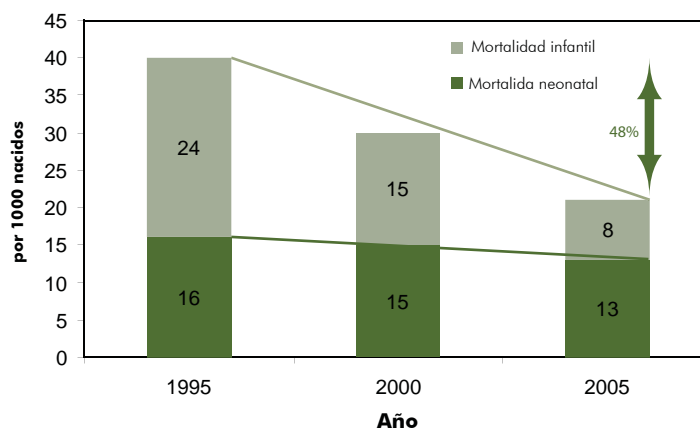
## 2. Contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido

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

- Facilita el inicio y duración de la lactancia, pues deja al recién nacido usar sus instintos naturales para buscar y tomar el seno y empezar a amamantar, además, se ha mostrado que el contacto continuo piel-a-piel mejora el “éxito” del primer amamantamiento en comparación a recién nacidos envueltos<sup>19</sup>,
- Mejora el vínculo madre – hijo, las madres que vivieron la experiencia del contacto piel-a-piel con sus bebés al momento de nacer, mostraron mayor afecto hacia sus niños a los 2 a 3 días después del parto y al año.<sup>20</sup>
- Mantiene la temperatura del recién nacido, su eficacia es comparable a la incubadora para el calentamiento de recién nacidos hipotérmicos<sup>21</sup>, la temperatura de la piel de niños en contacto piel-a-piel es mayor que la temperatura de la piel de niños envueltos.<sup>22</sup>
- La temperatura de la piel de la madre sube también en respuesta al contacto piel-a-piel con su bebé recién nacido.<sup>23</sup>

## 3. Inicio temprano de la lactancia materna

Como se observa en el cuadro, la mortalidad infantil se ha reducido en 48% en los últimos 10 años, no obstante la mortalidad neonatal no registra mejoras. Dentro de ello es durante el primer día de nacidos que ocurre el mayor número de muertes, asimismo el riesgo de morir por infecciones en niños no amamantados es de 5.8 veces mas, frente a los niños amamantados<sup>24</sup>, lo que da más sentido al tema de prácticas de nutrición en el niño, iniciando por una lactancia materna en la primera hora de vida. Existen evidencias que señalan que sólo la lactancia materna contribuye a disminuir en 13% las muertes.<sup>25</sup>



Fuente: Estimado en base de datos de la Región, PAHO 2000, 2006

19 Moore, J Midwif Wom Health 2007.

20 Moore, Cochrane Review, 2007.

21 Christensson, Lancet, 1998.

22 Christensson, Acta Paediat 1992.

23 Bergstrom, Acta Paed 2007.

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

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



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

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

Las células de la leche materna ofrecen una gama de protección inmunológica al recién nacido en su sistema gastrointestinal, así como contiene enzimas, antioxidantes y componente celulares que mejoran las defensas del neonato<sup>26</sup>. La leche materna contiene componentes anti-infecciosos, patógenos contra los cuales la lactancia materna es efectiva, como virus, bacterias, entero toxinas, hongos y protozoarios.

La hipotermia y la hipoglucemia suelen ser causas de mortalidad en los recién nacidos, debido a que, como sabemos, el recién nacido tiene bajos niveles de tejidos lípidos, por lo que fácilmente pierde calor. La producción de calor para la regulación térmica depende del metabolismo de los lípidos, la leche materna es rica en lípidos por lo que ayuda al bebé a regular su temperatura. El esfuerzo de succionar también ayuda al bebé a elevar el calor corporal y el contacto piel-a-piel puede ayudar en la hipotermia<sup>27</sup>.

Igualmente con la hipoglucemia, los niños amamantados han demostrado tener concentraciones de glucosa baja, pero niveles de cuerpos cetónicos más altos. Éstos son substratos para el metabolismo del cerebro y protege al bebé del daño cerebral causado por hipoglucemia<sup>28</sup>.

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

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

En el caso de la madre, obtiene una rápida pérdida de peso y la amenorrea se prolonga previniendo un embarazo inmediato, protegiendo su estado nutricional<sup>29</sup>, así como previene de diabetes tipo 2, cáncer de ovarios, cáncer de seno<sup>30</sup>.

Existen aún preguntas sobre la integración de estas prácticas, pero dentro del manejo activo del alumbramiento (MAA) es posible llevarlas a cabo. De ser así, el impacto alcanzará no solamente el cuidado en el parto y etapa neonatal, sino continuará por toda la vida...

[http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca\\_index.htm](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca_index.htm)

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

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

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

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

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

29 Dewey; J Nutr 2001.

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



## ALIMENTACIÓN INFANTIL EN EL CONTEXTO DEL VIH/SIDA. RECOMENDACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

**Dra. Constanza Vallenas**  
Asesora OMS, Ginebra

*El tema del VIH ha sido siempre muy controversial, sujeto a muchos cuestionamientos; en esta oportunidad es tratado desde la perspectiva de la alimentación del niño y hablar de ello significa hablar de la lactancia materna, la nutrición infantil y de las recomendaciones que la OMS tiene para los países.*

El riesgo de muerte por enfermedades infecciosas como diarreas o neumonía, es altísimo cuando no hay lactancia materna. En poblaciones sin VIH, llega a 5.8<sup>31</sup> hasta antes de los 2 meses, luego va bajando, pero aún así a los 6 meses el riesgo es alto. En 1988 se hizo un estudio donde se relaciona la LM con la higiene, mostrándose que el riesgo de morir del neonato es 5 veces mayor si se presentan las dos variables juntas: falta de agua y falta de amamantamiento<sup>32</sup>.

Al 2007, se calculaba que en el mundo, existían alrededor de 2.5 millones de niños menores de 15 años con VIH, de ellos entre 39,000 a 51,000 viven en América Latina y hasta aproximadamente 16,000 en El Caribe, es decir en la región tenemos más de 60,000 niños infectados con VIH, la mayoría de los cuales han sido contagiados por sus madres posiblemente durante el embarazo, el parto o la lactancia.

El riesgo estimado de transmisión: cuando no hay intervenciones y hay LM llega a 45%, pero si se aplica el paquete completo para evitar la transmisión madre – niño, cae a <2%; cuando hay LME de 6 semanas a 6 meses el riesgo se puede hasta duplicar a 4%.

Factores de riesgo de la madre:

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

Factores de riesgo del niño:

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

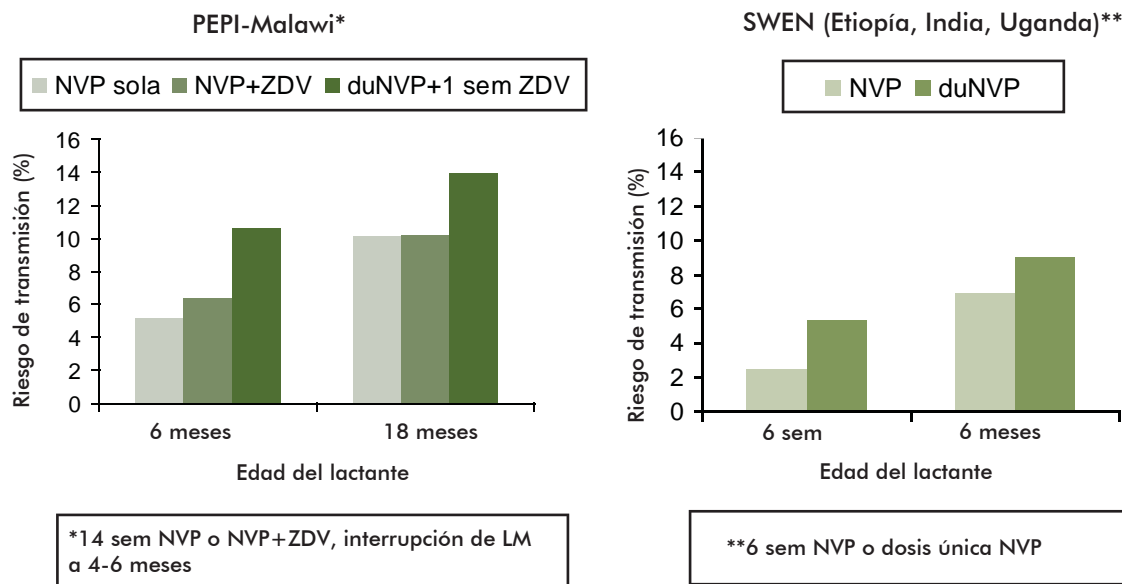
31 Equipo de Estudio colaborativo de la OMS, Lancet 2000.

32 Habicht et al, Mother's milk and sewage, Paediatrics, 1988.



En relación a la lactancia y VIH, se ha encontrado que en la población en general, sin VIH, la LM contribuye a un menor riesgo de enfermedades infecciosas graves y muerte, por lo que si el bebé ya tiene VIH no hay necesidad de suspender la LM y si ya tiene más de 4 meses hay mayor posibilidad de sobrevivir.

### Antirretrovirales durante la lactancia: profilaxis prolongada al lactante



Fuente: Abstracts at CROI, 2008

Fuente: Estudio SWEN, Lancet 2008

### Recomendaciones, herramientas y consideraciones programáticas

Estrategias:

Prevención primaria especialmente durante la lactancia, algunas medidas son comunes para lo que es infección y la transmisión como:

- Planificación familiar
- Pruebas y consejería de VIH
- Intervenciones durante atención prenatal
- Terapia antirretroviral a las madres que la necesitan por su propia salud (y posiblemente otras)
- Alimentación infantil más segura, aún se están haciendo estudios para investigar más a fondo, los tratamientos con retrovirales para los bebés, si responden a esa necesidad

Ahora bien las Naciones Unidas están recomendando que a las mujeres VIH negativas o estado desconocido se les indique dar LME por 6 meses y hasta por 2 años la LM continuada. En el caso de las mujeres seropositivas, va a depender de las circunstancias individuales, disponibilidad de servicios de salud, consejería y apoyo con el que cuente.

De ser el caso, la decisión de dar alimentación por sustitución de la leche materna debe cumplir las condiciones "AFASS":

- Aceptable personal y socialmente
- Factible, la madre tiene los medios para brindarla
- Asequible, económicamente, la madre puede pagarlo



- Sostenible, si empieza a darle un sucedáneo de la leche materna, debe continuarlo por todo el tiempo que el niño lo necesite, y
- Segura, es decir que la madre sepa lavarse las manos, tenga agua limpia, sepa como usar el biberón, hervir el biberón, etc

Estas condiciones son para la madre y el bebé, si no cumple estos requisitos lo mejor sería que brinde Lactancia Materna, pero finalmente es decisión de la madre, no se le puede obligar. Es bueno también hacer un balance de los riesgos para mujeres VIH positivas respecto a amamantar a sus bebés:

#### Con amamantamiento

Riesgo de Transmisión de VIH

#### Sin amamantamiento

Riesgo de Muerte por enfermedades infecciosas

Aún no hay una respuesta concreta, existen riesgos en ambos casos, entonces hay dificultades para traducir esto a los decisores de políticas, supervisores, al personal de salud y a los que ayudan al personal de salud.

### Opciones de alimentación entre 0 y 6 meses

- LME, es menor el contagio que cuando es una alimentación mixta, pero requiere apoyo y consejería, pues aún en condiciones normales no es tan fácil para todas las madres brindar lactancia materna exclusiva
- Alimentación de sustitución, es una buena elección porque se elimina el riesgo de contagio, pero las evidencias indican que la supervivencia libre de VIH a los 18 meses es similar con ambas opciones en muchos lugares.
- Otras opciones apropiadas en medios locales
  - Leche extraída de la madre y tratada con calor
  - Nodrizas
  - Bancos de leche humana
  - Alimentación de sustitución con leche animal modificada en el hogar, pero no es recomendada antes de los 6 meses
- Hay que tener mucho cuidado con el apoyo luego de los 6 meses, pues todos los niños deben recibir – además – una alimentación complementaria adecuada

En un estudio con alrededor de 2,000 niños de áreas rurales de Sudáfrica<sup>33</sup> se mostró que el riesgo aumenta de la siguiente manera: con LME es como 1, con LM + Leche de fórmula es como 1.8 y LM + sólidos como 11, pero la solución no es la leche de fórmula. Se ha logrado éxito en lograr LME hasta por 159 días, pero requiere de una consejería muy fuerte, mucha supervisión, con un seguimiento casi semanal<sup>34</sup>.

Una estrategia podría ser brindar subsidios de leche artificial a madres infectadas, pero requiere de ciertas condiciones, sobre todo si se va a subsidiar a nivel nacional, donde habría que tener seguridad sobre si las otras condiciones son asequibles para la madre como:

- Si la opción es aceptable, factible y segura para la madre (que puede incluir dar el agua – incluida conexión potable -, el jabón, etc.)
- Si se garantiza un suministro ininterrumpido
- Si se respeta el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna
- Si se compra a través de canales normales

33 Coovadia et al., Lancet, 2007.

34 Ibid.



- Se recomienda dar leche de fórmula hasta los 6 meses, y leche de vaca o leche de fórmula hasta el año de edad
- Se debe considerar la provisión de un apoyo equivalente para las madres que eligen otras opciones
- Garantizar servicios de salud efectivos
- Consejeros/as capacitados/as y accesibles
- Lineamientos claros sobre la distribución
- Demostraciones prácticas sobre preparación de leche de fórmula, que no es promover el consumo de estas leches, sino dirigida a las madres con VIH
- Monitoreo de los efectos del uso de leche de fórmula en la salud infantil

En lo que se ha podido evaluar en tres países, es que en casi todos ellos el programa de PTMN está fuera de los departamentos de nutrición o el de salud materno infantil, la participación del departamento de nutrición es esporádica<sup>35</sup> ellos manifestaron que no asistían porque no eran invitados o porque las mismas nutricionistas se sentían cohibidas de participar. El manejo del personal de salud pese a que es capacitado no es óptimo, persisten sus creencias sin evidencias científicas.

Lo positivo de la evaluación realizada fue que permitió:

- Renovar el tema de la supervivencia infantil y en la IHAN en contextos de VIH.
- Reconocer la importancia de integrar el PTMN con salud materno infantil, desarrollaron tarjetas integradas.
- Curso integrado de consejería en Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño OMS/UNICEF
- Reactivación de intervenciones en la comunidad para la salud del niño

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/infant\\_feeding/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html)

### **Resumen de la discusión plenaria**

Sobre la práctica de lactancia materna y VIH, hubo varias preguntas, sin embargo se quedó explícito que falta estudiar el tema más aún. Por sobre las evidencias que pudieran existir en uno u otro sentido, es necesario dar información a la madre y que sea ella quien decida si da o no de lactar, ello requiere asimismo de un personal de salud adecuadamente capacitado, informado para brindar consejería y apoyo. En términos de salud pública, se ha evidenciado que existen riesgos muy grandes en ambos sentidos, si se da LM se transmite el virus de VIH, si no se da aumenta el riesgo de morir por infecciones o desnutrición. El uso de medicamentos en los recién nacidos con LM es una práctica que está siendo promovida y ya hay indicios de que sí contribuyen a prevenir el contagio.

La actualización de los 10 pasos para la acreditación no ha querido complicar el entendimiento del proceso, por lo que sólo ha añadido pautas para "en caso de tratarse de una madre con VIH". Corresponde a cada país hacer las adaptaciones para la acreditación.

El proceso de acreditación de los hospitales en la estrategia de la IHAN constituye un aporte fundamental en las intervenciones necesarias para mejorar la alimentación y nutrición del niño pequeño, pues promueve prácticas adecuadas desde el propio parto también.

Hay que hacer más abogacía para lograr recursos para la promoción, consejería y apoyo en lactancia materna. Si bien los indicadores regionales están bastante bien, en términos de mantenimiento de las prácticas no se sabe si en el tiempo se mantendrán. En la década del 90 hubo un gran esfuerzo en este tema, que ahora ha disminuido. Se debe buscar la participación de los académicos y la cooperación internacional para avanzar en mantener y mejorar los actuales indicadores y seguir mostrando evidencias.

35 Chopra y Rollins (Kenya, Malazi, Zambia).





## EFECTO SINÉRGICO DE LA NUTRICIÓN Y DESARROLLO TEMPRANO DEL NIÑO PEQUEÑO

**Dra. Patrice Engle**  
**Profesora Universidad Politécnica de California – USA**

*Existe la posibilidad de una interacción muy fuerte en el momento que se le da de comer al niño que no siempre es aprovechada por la madre. Aquí es muy importante el lenguaje, la paciencia que se tenga para darle de comer, en todo ello hay enseñanzas.*

Hay una relación directa entre nutrición y desarrollo en el niño pequeño. En la 3ª. Serie de Lancet sobre Desarrollo Infantil en 2007, se presentan los riesgos de baja talla/edad y su relación con el desarrollo cognitivo, así como los de deficiencia de hierro, yodo, y bajo peso al nacer. Nuevos estudios están señalando la importancia de la nutrición para el desarrollo en Ghana<sup>36</sup> y el estatus del zinc en el embarazo en relación al desarrollo neurológico en Perú<sup>37</sup>. En Guatemala, se ha hallado que hombres que recibieron alimentos complementarios fortificados durante su niñez, tienen 46% más de ingresos que los que no recibieron los alimentos, y las mujeres han logrado más educación<sup>38</sup>.

La evidencia indica que la calidad del cuidado y la estimulación tienen un efecto independiente sobre el desarrollo; cuando no hay una intervención que mejore el desarrollo, además de la nutrición, se pierde una gran oportunidad para el niño.

En los países en desarrollo, entre un 10% a 41% de los padres no tienen materiales para estimular a sus niños y sólo entre 11% a 33%, los estimulan de alguna manera. Más de 200 millones de niños están perdiendo la oportunidad de desarrollar su potencial,<sup>39</sup> existiendo intervenciones efectivas que pueden reducir la pérdida de su potencial de desarrollo<sup>40</sup>.

El desarrollo del cerebro durante la niñez depende en parte de las experiencias que se obtengan. Las intervenciones que mejoran el cuidado y la estimulación interactiva entre el niño y su madre, familia o medio ambiente tienen impacto en todos los niños, incluyendo a niños sin desnutrición. Por separado, intervenciones para reducir la desnutrición y para fomentar el desarrollo tienen efectos similares en el desarrollo cognitivo.

En 25 años, el nivel promedio de inteligencia de menores de 3 años ha subido en 10 puntos, por muchas razones, probablemente debido a una mejor nutrición, más conocimientos de las madres para ayudar a sus niños a aprender. Sin embargo, lo que nos dice este dato, es que podemos hacer mucho más para aumentar la estimulación temprana y lograr su integración con intervenciones a favor de la nutrición.

Se hizo una revisión de los estudios para ver los efectos de programas para padres o padre/niño, programas integrados de educación inicial y salud y nutrición, eligiendo los más adecuados en términos de metodología. En total, fueron 20 estudios, 6 de los cuales son estudios en América Latina, y se encontró que el efecto de los programas integrados e integrales fue mayor como se puede apreciar en la tabla siguiente.

36 Adu, Dewey et al, 2008.

37 Caulfield, 1999.

38 Hoddinot et al, 2008.

39 Grantham-McGregor et al. 2007.

40 Engle et al. 2007.



A partir de ello, para el caso de un estudio en Azerbaijón se trató de calcular el costo de no invertir en nutrición versus no invertir en desarrollo, y se estimó un costo de alrededor de 2 a 3% del PIB. Lo interesante fue que la falta de invertir en nutrición y desarrollo infantil tuvo efectos negativos similares en la productividad futura.

Tipos de Intervención	Números de resultados significativos	Tamaño de efecto
Principales centros	8 de 8	0.23 a 1.40
Principales padres y padre-niño	5 de 6	0.45 a 0.8
Integrada	5 de 6	0.37 a 1.80

La formación del cerebro se inicia en la gestación, y el desarrollo es más rápido hasta los 3 años. El 50% del desarrollo del cerebro está relacionado con la genética; entonces la otra mitad depende de la capacidad de la madre tanto como el resto de la familia de responder (reaccionar) a gestos e interés del niño. La cantidad de palabras que el niño escucha antes de los 3 años es muy diferente dependiendo del nivel educativo de cada familia; en familias con padres profesionales se registró que el niño maneja un vocabulario más amplio que en hogares cuyos padres se encuentran en pobreza. La manera de responder al niño también afecta el aprendizaje de las palabras; si hay una actitud responsiva, el niño puede aprender hasta 50 palabras a los 18 meses, pero si la actitud no es responsiva, el niño aprende palabras mucho más despacio.

A diferencia de las intervenciones en nutrición que el impacto va hasta los 2 años, en el caso del desarrollo cognitivo, las intervenciones pueden tener impacto más allá de esa edad. Para el desarrollo cognitivo los primeros dos o tres años son muy importantes.

En China, India y Tailandia, se hizo un estudio en 18,000 niños que relacionó el lenguaje con el desarrollo cognitivo, en cuanto a las metas alcanzadas según edad. Los grupos urbanos y rurales alcanzaron las metas de manera similar hasta los 12 meses. Cuando comenzó a aparecer el lenguaje, empezó a advertirse las diferencias debido a diferentes formas de interactuar con el niño.

¿Por qué habría que juntar las intervenciones de nutrición y estimulación? Hay por lo menos 4 razones:

- La desnutrición y la falta de estimulación tienen efectos independientes y añadidos en el niño
- La calidad de la interacción entre cuidadora y niño es crítica para el crecimiento y el desarrollo, y con una consejería o demostraciones de lo que se puede lograr con el niño, se puede mejorar la motivación e interacción de la cuidadora y la familia
- Un niño desnutrido es difícil de cuidar
- Una cuidadora bien nutrida – y bien valorada – va a proveer un mejor cuidado

No hay muchas investigaciones que miden la relación entre el efecto de la nutrición y el desarrollo, pero se sabe a través de ellas que mejorando la nutrición y el desarrollo juntos, se potencian los efectos.



Por ejemplo, un estudio comparó niñas huérfanas adoptadas de Corea que tuvieron diferentes niveles de desnutrición antes de ser adoptadas; antes o después de 24 meses. El Coeficiente Intelectual (IQ) fue mejor en las niñas que habían sido adoptadas antes de los 24 meses, frente a aquellas que lo fueron después.<sup>41</sup> A los 9 años, el grupo que había tenido desnutrición severa y habían sido adoptadas antes de los 24 meses, tuvo una mejor respuesta que las niñas adoptadas después de los 24 meses. Parece que el nivel de nutrición y la cantidad de estimulación temprana tuvieron efectos positivos en el desarrollo intelectual de estas niñas a los 9 años de edad.

Un estudio en Filipinas del Banco Mundial evaluó luego de 10 años a niños participantes de un programa, que incluyó a aproximadamente 2.5 millones en 10 provincias. Su desarrollo – en base a los estándares – y los resultados mejores los obtuvieron aquellos que habían ingresado a menor edad (para el caso a los 2 años) y habían permanecido más tiempo también en el programa (25 meses). Fue un programa integrado, que incluyó nutrición y salud, suplementación con micronutrientes, inmunización y monitoreo del crecimiento al igual que seminarios para padres y capacitación para algunas personas de la comunidad (Child Development Scholar) para ayudar a las familias en el desarrollo de los niños.

La pregunta es ¿“cómo hacer” y “cómo implementar” intervenciones integradas para desarrollo y nutrición? La respuesta es que deben ser simples y deben formar parte de la vida cotidiana, no se puede pedir que las madres hagan más cosas.

Hay una serie de experiencias de programas que han combinado nutrición y desarrollo:

- PAININ (Nicaragua)
- Programa de alfabetización de la mujer, que entregó libros a las mujeres para que lean a sus niños (Bolivia)
- Libros para niños con información sobre nutrición (Kyrgyzstan)
- Oportunidades y educación, crecimiento y desarrollo (México)
- Estimulación con rehabilitación nutricional (Bangladesh)

Un ejemplo de esta integración es un estudio sobre cuidado y alimentación responsiva y desarrollo: Rural Andhra Pradesh en India. Fue un estudio controlado con clusters: (600 niños 3-15 años de edad) y fueron divididos de la siguiente manera:

- Grupo 1: control
- Grupo 2: a la madre se le dio información sobre la alimentación complementaria
- Grupo 3: a la madre se le dio información sobre alimentación complementaria, alimentación interactiva y estimulación temprana

Se trabajó con fotos, maneras de darles la comida (muy interactiva), mensajes para permitir explorar al niño, responder a los sonidos del niño, dejar comer solos a los niños, y hacer preguntas a los niños. En las pruebas de efectos a los 15 meses, el grupo 3 logró mejores resultados en la calidad de estimulación en casa y el desarrollo mental.

La nueva versión del Módulo de AIEPI (OMS/UNICEF), “Cuidado para el desarrollo del niño” que está siendo usada en 10 países, contiene recomendaciones de conductas por cada 2 meses e incluye recomendaciones sobre la alimentación. Es muy simple, y tienen propósito de aumentar el nivel de interacción y estimulación entre cuidadora y niño con ejercicios o prácticas que toman de 5 a 7 minutos. Se recomienda que el personal de salud pueda trabajarlo en visitas domiciliarias.

¿Cuáles serían entonces las características de los programas exitosos?:

- i. Deben ser integrados, es decir, deben incluir componentes de salud, crecimiento, desarrollo y sanidad, y deben abordar la familia y comunidad y asegurar servicios accesibles con políticas de apoyo

41 Adapted from Winick et al 1975, 1977.



- ii. Con enfoque en los niños en desventaja social
- iii. Priorizar en niños desde edades muy tempranas (sin excluir a los mayores)
- iv. Su intensidad y duración debe ser suficiente
- v. Orientado a fortalecer a la familia
- vi. Entregados de manera directa
- vii. Debe ser entregado con calidad

Si las deficiencias cognitivas son por desnutrición y/o por falta de estimulación temprana, debemos potenciar su desarrollo con estimulación e integrar programas de salud con intervenciones de estimulación temprana y nutrición.

## GUÍAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y NUEVOS INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE OMS/UNICEF

**Dra. Chessa Lutter**  
**Asesora Regional OPS/OMS – USA**

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

El antecedente próximo a esta propuesta es la publicación en 1991 de la OMS y UNICEF sobre indicadores de lactancia materna. El propósito de los nuevos indicadores que se están trabajando es lograr:

- Visibilidad (hacemos lo que podemos medir)
- Comparaciones entre países y evaluar las tendencias en los avances de cada país de la región
- Focalización para identificar poblaciones en riesgo
- Monitoreo y evaluación del alcance de los objetivos e impacto de las intervenciones

Este trabajo se inició en 2002 en una Reunión de la Organización Mundial de la Salud sobre alimentación complementaria donde se formó el Grupo de Trabajo de Indicadores de Alimentación Complementaria. También se conformó otro grupo que trabajó el tema de indicadores de lactancia materna.

¿Cuáles son los cambios en los indicadores que se proponen?

- Iniciación temprana de la lactancia materna: fue un indicador opcional en 1991, ahora es clave
- Lactancia materna exclusiva, es muy semejante en ambas, pero ahora la consideración es en los niños menores de 6 meses de edad
- Lactancia materna continuada, es semejante, pero varía en la proporción de las edades de los niños entre los 12 a 15 meses
- Introducción de alimentos sólidos, semi sólidos y suaves, es la proporción de infantes entre 6 a 8 meses
- Diversidad de la dieta: proporción de niños de 6 a 23 meses recibiendo alimentos de 4 grupos o más. En



el numerador va la proporción de niños recibiendo y en el denominador va el total de los niños entre 6 a 23 meses. El punto de corte es 4 de los 7 alimentos al día anterior, son diferentes grupos de alimentos a los que tradicionalmente se han venido poniendo; de ellos 3 son cárnicos, 2 frutas, 1 de verduras y todos los demás en un grupo

- Frecuencia mínima de comidas: veces por día, 2 comidas para los niños amamantados entre 6 a 8 meses; 3 veces para los niños entre 9 y 12 meses; y, 4 veces para los que están de 13 a 23 meses
- Dieta mínima aceptable, como indicador de resumen, mide la proporción de niños de 6 a 23 meses que están recibiendo una dieta aceptable
- Indicadores opcionales: niños amamantados alguna vez; lactancia materna continuada hasta los 2 años; lactancia apropiada para la edad (6 a 23 meses); lactancia materna predominante (0 a 6 meses); duración media de la lactancia materna; y, alimentación con leche para niños de 6 a 24 meses no amamantados

### **Pasos en proceso:**

- i. Desarrollo de un manual operativo, para que puedan ser incorporados los indicadores
- ii. Análisis de 50 encuestas de Demografía y Salud que se hacen actualmente
- iii. Desarrollo de un indicador de alimentación responsable
- iv. Traducción al español del documento de los nuevos indicadores

### **Resumen de la discusión plenaria**

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

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

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

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

Los participantes manifestaron su preocupación por la separación de lactancia materna y alimentación complementaria en los nuevos indicadores, porque de esa manera se podría contribuir a abrir la puerta a la industria de alimentos de reemplazo de la leche materna, cuando la recomendación es que se de hasta los 2 años. En algunos países, se define a la alimentación complementaria como todo alimento lácteo o no lácteo que se le da al niño, y también se estaría dejando de lado el Código que plantea la LM hasta los 2 años. La Dra. Lutter agradeció los aportes y precisó que había



presentado una traducción muy rápida de un documento que aún no ha sido traducido al español, que lo que se está trabajando son indicadores para ser medidos en encuestas grandes y que el propósito de los nuevos indicadores no es reemplazar acciones específicas que los países vienen realizando con encuestas particulares.

Brasil hizo un aporte particular: tienen un SISVAN que recoge información desde las municipalidades, que toma además de la antropometría, prácticas alimentarias en niños pequeños y a partir del 2007 han incluido indicadores de alimentación complementaria. Hoy tienen la información levantada, es de carácter público y contiene casi todos los indicadores que se han presentado en la propuesta.

## PROMOVIENDO LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO EN LA COMUNIDAD Y CON RESPETO A LA INTERCULTURALIDAD

### Intervenciones Comunitarias en Centro América

**Dra. Ivette Sandino**  
**UNICEF, Bolivia**

*El abordaje es desde la experiencia de intervenciones a nivel de la comunidad en Centroamérica, en diferentes programas comunitarios, de los cuales recojo la esencia de la metodología de los diferentes nombres que han tenido las intervenciones comunitarias y que inicia en Honduras en 1990.*

El programa de intervenciones comunitarias parte de una realidad en la que se tenía una serie de modelos de salud, el reto era como en un modelo de salud se incorporaría el tema de la participación comunitaria con un rol más protagónico. Teníamos una serie de elementos de planificación, normas, marco jurídico pero el tema era como hacerlo "aterrizar". Había fuertes inversiones en programas de asistencia alimentaria que no tenían impacto, y en estrategias de comunicación, pero el reto era como se obtenían los resultados que se esperaban.

La meta era como mejorar la salud y la nutrición en la región y en vez de conocimientos, nos planteamos cambios de comportamiento pero vinculados a salud y nutrición, retomando el abordaje multicausal de la desnutrición.

- Finalidad: Familias con niños y niñas con mejor salud y nutrición
- Propósito: Proporcionar habilidades y destrezas a la comunidad que permita el cambio de actitud y comportamiento hacia el cuidado de la salud y nutrición del niño y la niña menor de 5 años, potencializando los recursos a nivel local

Nos habíamos detenido mucho tiempo sólo en el conocimiento, en si conocen o no los signos de peligro, en grandes estrategias, pero no en las habilidades y destrezas de la familia para mejorar la salud y nutrición del niño, en casa, lo que representó un salto cualitativo en ese momento.



Puesto que el centro de las intervenciones era la familia, planteamos entonces empezar con una investigación operativa, la metodología partió de los hogares, se desplazó un equipo de investigadores para ver que se hacía en el hogar alrededor de la alimentación del niño, se hicieron observaciones y entrevistas a profundidad. Los investigadores se quedaron en las casas para ver cuales eran las habilidades y las prácticas reales.

En una segunda etapa, se entraba a un proceso de negociación de las prácticas consideradas erróneas y que impactaban en la salud y nutrición del niño, a partir de los recursos disponibles en el hogar, entre ellas fueron:

- Introducción temprana de alimentos y líquidos
- Poca cantidad de alimentos a los niños
- Baja frecuencia de alimentos
- Alimentos muy líquidos
- Resistencia a algunos alimentos nutritivos (se tuvo que trabajar el prestigio de algunos alimentos como los fréjoles)
- Automedicación
- Búsqueda tardía de la atención
- Baja estimulación
- Suspensión de la alimentación durante la enfermedad

El programa se implementó y se midió en todo Centro América. El proceso de consejería, incluyendo negociación con la madre, logró cambios importantes en el consumo de kilocalorías, como se aprecia en el cuadro con información de Nicaragua, según grupo etéreo:

Departamento	Aumento kilocalorías por edad		
	6 a 8 m	9 a 11 m	12 a 23 m
Madriz	+ 172	+ 302	+ 344
Chontales	+26	+ 220	+ 58
Masaya	+181	+ 334	+ 321
Matagalpa	+270	+ 228	+ 277
Jinotega			

Efectos de los programas comunitarios en Centro América:

- Se logró una mejor utilización de los recursos disponibles en el hogar
- Se direccionaron los mensajes de forma específica a cada familia a través de la consejería a nivel familiar
- Se desarrolló la habilidad para hacer cambios significativos
- Se potenciaron prácticas positivas

Significó también cambios de paradigmas, tanto para el personal de salud, para la red de servicios y para la comunidad: cambiar de hablar de estado nutricional a hablar de patrón de crecimiento. Hay brechas entre la capacidad del personal de aconsejar, y lo que la madre entiende. Esto no se había medido, pero en este programa se logró identificar. Focalizar en niños menores de 2 años y no en los de 5, y pasar de una estrategia de información, educación y comunicación a una estrategia por la que realmente se pudiera llegar a la comunidad con cambios de comportamientos.

Independientemente del nombre que tuviera la estrategia, se tomó parte de lo que es un AEIPI comunitario con la propuesta de Programa Integral de Salud y Nutrición con participación y gestión comunitaria, que se debía articular bajo un abordaje multicausal, en un solo paquete en cada hogar con las consideraciones siguientes:



- Es una nueva forma de cuidar a los niños
- Basado en el auto cuidado del niño en la familia
- Enfoque preventivo
- Sobre ello se agregan: vacunas, suplementación con micronutrientes, atención a la morbilidad y estimulación temprana
- Lograr el empoderamiento y el desarrollo comunitario real

Los componentes fueron dos: uno basado en el niño y el otro en la mujer. El del niño incluyó promoción del crecimiento: vigilancia, atención a la morbilidad y estimulación temprana. En la mujer: salud materna y perinatal. Se juntaron en un solo paquete y fue trabajado desde la comunidad.

Se organizaron y definieron los niveles con roles y competencias desde el nivel central hasta el nivel de la comunidad, donde el servicio de salud fuera eficiente para llegar y atender a la comunidad.

### Actividades:

- Formar líderes comunitarios, seleccionados por cada comunidad
- Cada establecimiento tenía que tener un educador comunitario para trabajar con la red de colaboradores de agentes comunitarios
- Capacitar a los líderes voluntarios
- Sesiones nutricionales - llevadas por un equipo de 3 personas responsable por 25 niños que realizaba visitas con una serie de actividades integrales y consejería nutricional con la madre; luego de esta sesión de aprendizaje, el líder de la comunidad hacía visitas domiciliarias sobre todo a quienes necesitaban una atención especial, reuniones comunitarias

Se desarrollaron instrumentos de seguimiento, para involucrar a las municipalidades, para que vean la evolución de cómo van los niños. Cada cuatro meses se llenaba una hoja de indicadores de evaluación. El cambio en el peso de los niños de la comunidad fue un instrumento que la madre y el líder de la comunidad podían entender y así llegaron a ser útiles para el análisis de la información desde la comunidad.

Esta información formó parte de un sistema de información que regresó al nivel central desde la comunidad y viceversa, para la toma de decisiones; hay problemas en el flujo aún, pero se está superando.

¿Qué elementos hicieron exitoso el programa?

- En base a evidencias, se partió de una investigación operativa, con conocimiento
- Enfoques básicos como el de la prevención: prevenir es más efectivo - atender nuevas generaciones para romper el círculo vicioso
- Enfoque de cambios de comportamiento, comunicación para el desarrollo
- Combate a la desnutrición crónica infantil
- Reconocer que la nutrición no es exclusivamente un asunto de alimentos
- Invertir en desarrollo de capacidades nacionales:
  - Destrezas
  - Abogacía
  - Toma de decisiones basadas en evidencias
  - Establecimiento de prioridades
  - Planificación
  - Evaluación
- Intercambio de experiencias comunales





**Resultados:**

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006
% niños asisten a las sesiones de pesaje	80.6	75.1	75.3	73	79.4
% niños con ganancia de peso satisfactorio	64.6	64.1	68.6	69	69.3
% niños con ganancia de peso insatisfactorio dos meses seguido	7.1	9.6	9.1	8	7.3
% niños con esquema de vacunación completa	94.6	96	97.3	97	95.3
% niños enfermos el día de la sesión	5.0	17.3	13.3	19	12
% niños referidos el día de la sesión	0	9.6	7.9	9	10
% niños sin estimulación temprana	0	0	0	5.4	3.5
% niños fallecidos en el mes	0	0.1	0.1	0.2	0.2

FUENTE: Información obtenida de una evaluación realizada por el Banco Mundial.  
Revisión del Programa AIN C en CA. L. Rawñing. BM

Hay indicadores de proceso y de impacto. El impacto más importante es de niños con ganancia de peso satisfactoria, es decir, niños que ganaban el peso de acuerdo a la tabla referencial. Como se ve, al inicio no se trabajó estimulación temprana, sino posteriormente.

Costo efectivo: Bajo costo al ser dirigido a madres y niños desde el nacimiento hasta los 2 años.

Costo anual: US\$6.82, 6.60 y 4.80 por niño, dependiendo del país. El más bajo es Nicaragua, porque fue el país que entró casi al final y ya había costos que no tuvieron que ser asumidos. Estos datos permitieron hacer mucha abogacía para hacer la expansión del programa a nivel nacional de una iniciativa que empezó a nivel local, que ya es ahora parte de políticas nacionales.

En Paraguay, ha habido una experiencia similar a la que se ha incorporando también el acceso al agua y saneamiento e higiene.

Las conclusiones son similares en Paraguay y son dos: la primera nos dice que para mejorar el estado nutricional de los niños/as es fundamental, esencial, que el programa se ajuste al estilo de vida de las familias y la comunidad; qué hacen, cómo lo hacen; qué piensan; qué sienten; qué les permite producir sus alimentos y valorar los recursos existentes y mejorar sus hábitos de higiene. Es importante partir de la familia y considerar al niño y niña como eje de intervención. Por otro lado, trabajar con comunidades indígenas es un desafío e implica tener en cuenta varios criterios y fundamentalmente el conocimiento de la realidad y de la cultura de cada etnia.

***“...lo bueno es que el niño puede comer lo que nosotros tenemos”***



## La experiencia de Buen Inicio

Lic. María Elena Ugaz  
UNICEF, Perú

*El modelo planteado, a diferencia del presentado de Centroamérica, surgió de abajo hacia arriba, desde la familia y la comunidad, por los derechos de todos los niños y niñas peruanos a tener un Buen Inicio en la Vida. Por ello, se llamó así el programa que se desarrolló entre 1999 y el 2006, en 6 comunidades rurales de 4 departamentos (regiones) de Perú.*

Lo primero que fue planteado es que había que entender por qué en el país no estábamos avanzando en mejorar el problema de la desnutrición, teníamos que hacer un análisis de lo que se estaba haciendo en ese año – 1999 -, de los programas y proyectos que tenían que ver con el tema, como se presenta a continuación:

Programas y Proyectos en 1999	Propuesta de Buen Inicio
Énfasis en edad tardía y desde el lado alimentario a niños mayores de 3 años y escolares	Énfasis en el período crítico: desde la gestación hasta los 3 años
Preferencia por actividades recuperativas, el indicador era desnutrición aguda	Énfasis en prevención y promoción, se posicionó el indicador de DCI como el indicador eje para el monitoreo a partir del mejoramiento de prácticas y uso de los recursos existentes
Énfasis en el estado nutricional, la entrada era parcial, alimentaria	Énfasis en el crecimiento y desarrollo temprano, se dio una entrada más integral
La familia como receptora de las acciones, con una participación muy débil	La responsabilidad se le dio a la familia y comunidad, como "parte de"

El objetivo no fue reducir desnutrición, sino promover el crecimiento y desarrollo temprano, no desde que nace el niño, sino desde el embarazo, en niños de comunidades rurales y pobres del país. Uno de los retos y dudas era si se lograría cambios sin entregar alimentos, si se podría mejorar el problema. Se inició como una experiencia de aprendizaje para entender mejor qué se estaba dando en contextos de pobreza y que sucedía en el entorno de los niños y a partir de allí definir que se requería, para aprender de manera conjunta y poder orientar mejor las políticas nacionales.

La cobertura total a 2004 alcanzó a 75,000 niños menores de 3 años y 35,000 gestantes, teniendo como socios implementadores<sup>42</sup> a las Diresas; 434 Establecimientos de Salud, cuatro ONGs: Kusi Warma, Solaris Perú, World Vision Perú, INCAPP y dos parroquias: Santa Rita de Castilla y San Felipe y Santiago en Loreto, 23 emisoras locales, todo ello con financiamiento de USAID. Los resultados se midieron al quinto año, y hubo mucha flexibilidad para desarrollar y aprender.

42 Hay que hacer un reconocimiento a los socios implementadores quienes fueron los que hicieron el trabajo, el día a día.



Aunque se tenía como indicadores de impacto la desnutrición crónica y la deficiencia de micronutrientes, la meta era promover el crecimiento y desarrollo temprano. Teníamos que promover los derechos del niño que estaban ligados a estos aspectos, porque los derechos humanos son indivisibles, por lo tanto el niño es único, no sólo para quienes trabajan derechos sino para la familia, porque los cuidados son para el niño, es la familia quien se los da. Los ejes temáticos fueron: salud, nutrición, higiene, estimulación psico afectiva<sup>43</sup>, desde los servicios que llegaban a las familias, por lo que se trabajó con ellos los cuidados y el uso de recursos, y por otro lado con la familia y la comunidad, quienes son responsables también.

#### Componentes programáticos:

- Investigación y evaluación, cuali, cuanti y participativa<sup>44</sup>, por la cual se recoge la información con la gente, se analiza y se toman decisiones con la gente
- Capacitación formativa: que no solo mejore conocimientos, sino que mejore habilidades, que mejore actitudes y comportamientos. En un proceso que demora, en promedio, 2 años para mejorar las actitudes, para lograr el compromiso unido a la acción
- Comunicación formativa e incidencia: que privilegiaba la comunicación visual, pues era población analfabeta o casi, entonces se combinaba medios y mensajes en un todo integrado
- Paquete básico mínimo para mejorar el enfoque del monitoreo a las gestantes y los niños en los servicios de salud, y fue con ellos con quienes se decidió que era lo necesario bajo el enfoque preventivo promocional. En ese momento, ningún establecimiento contaba con un tallímetro, lo que obligó a desarrollar la tecnología
- Vigilancia comunitaria, la comunidad no fue pasiva, cuando se comenzó – en un contexto donde siempre se había donado alimentos – preguntaban que iban a obtener, y se les dijo que nada y que la propuesta era trabajar juntos

La estrategia operativa se basó en identificar quienes eran los que estaban más cerca de los niños, y eran: el MINSA, MINEDU y MIMDES, pero de ellos sólo el MINSA llega a los niños a través de sus madres en la gestación, parto e infancia; los otros sectores llegan a los niños a partir de los 2, 3 o 6 años de vida. Así se empezó por fortalecer a los servicios de salud y a la comunidad a través de líderes comunitarios - no agentes comunitarios. No se quería agentes comunitarios que hicieran lo que se les dijera, se requería de líderes, que pudieran decirle al MINSA aquello que estaba bien o no. Para definir este aspecto se hizo un estudio cualitativo para entender como era visto el agente comunitario por él mismo y por el servicio de salud, resultando que el agente era de todo el mundo, menos de la comunidad. Tenía que haber un facilitador comunitario pues el servicio tiene un nivel bajo de alcance en la comunidad, de allí la importancia de estos lideres como facilitadores. En 2 zonas lo hizo el propio sector salud, pero el hacerlo directamente implicó un gran sacrificio para ese personal de salud.

Una lección aprendida es que es necesario un cambio en el como visualizar al niño. El niño era visto como responsabilidad sólo de la madre y dentro del establecimiento de salud, por ello hubo que sacarlo a un nivel público, ponerlo como responsabilidad colectiva, entonces en cada comunidad se comenzaron a generar espacios, locales de vigilancia comunal, donde asistía la familia con el niño, fue un espacio que ayudó a visibilizar al niño.

Otro reto era ayudar a que en las asambleas comunales se ponga en agenda el tema del niño, para que el líder pueda decir como iban los niños en la comunidad, por eso se trabajó la visualización de los resultados a partir de su propia forma de expresarse.

El alcance e impacto para llegar al niño depende de la integralidad de las intervenciones, intensidad, oportunidad y tiempo de exposición y calidad de las intervenciones. Una intervención que llegue una vez a la semana no puede funcionar, lo que hizo fue fortalecer a los que estaban junto al niño y fue recién ahí que comenzaron a notar los cambios, los resultados:

43 No se trabajó agua y saneamiento.

44 Metodología de Robert Chambers.



Indicador	Línea de base 2000	E. final 2004	Variación (puntos perceptuales)
D. Crónica	54.1%	36.9%	17.2
Anemia	76.0%	52.3%	23.7
Deficiencia de Vit. A	30.5%	5.3%	25.2

Fuente: External Evaluation, Aaron Lechtig, AISA, Enero 2007

Creemos que esta experiencia de “abajo hacia arriba” ha logrado resultados para el país desde el 2006. Los resultados alcanzados en las zonas de intervención generaron los siguientes efectos:

- Fuerte compromiso político a nivel nacional y regional, porque se demostró que se logró cambios, que no tiene que esperarse a que mejore la pobreza para mejorar la nutrición y el desarrollo infantil
- Con base en ese compromiso se desarrolla la Estrategia Nacional “CRECER” de lucha contra la desnutrición
- Reorientación de los programas nacionales sociales hacia resultados nutricionales.
- Asignación de recursos financieros de los gobiernos nacionales y locales
- Marco legal y normativo basados en evidencia técnica, que tiene poder transformador
- Evidencias iniciales de impacto (ENDES 2007)

### **Lecciones aprendidas:**

- La abogacía conjunta, es la alianza más efectiva, con información sólida y evidencias, hay que utilizar argumentos éticos, económicos y técnicos con soporte en la movilización social
- El compromiso político no tiene sentido si no es traducido en mejoras de la política pública
- El marco conceptual de UNICEF resulto una herramienta clave
- Para lograr impacto se deben tener intervenciones simultáneas y concurrentes; nutrición, salud, desarrollo infantil y cuidado (incluyendo saneamiento); al mismo tiempo; en el mismo lugar
- Los programas de transferencias condicionadas, pueden contribuir efectivamente.
- La descentralización representa una oportunidad para actuar y avanzar
- La evaluación y documentación apropiada con impacto local pueden influir en las políticas y presupuestos nacionales
- Es necesario aplicar un enfoque preventivo en el abordaje de la desnutrición infantil con énfasis en menores de 2 años y gestantes
- La vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil a nivel comunitario articulada a los servicios de salud con componente de estimulación temprana es la estrategia más efectiva para potenciar las capacidades de los niños/as

***“La riqueza de una nación se mide por las capacidades de su gente”***



## Una mirada desde la comunidad- protagonistas de la experiencia de Buen Inicio



**Sr. Godofredo Pedraza**

**Líder comunitario y hoy Coordinador de Promoción de la Salud de la Municipalidad Distrital de Santa María de Chicmo.**

*Trae el saludo del primer alcalde de Santa María de Chicmo, Sr. Herminio Ortiz que está apostando por la construcción del capital humano.*

“Voy a hablar de la experiencia de la Vigilancia Comunal, que busca desarrollar en las comunidades un sistema simplificado para vigilar el crecimiento y desarrollo temprano (CDT) de todas las gestantes y niños, que es operado y evaluado por la misma comunidad. Ellos son los responsables porque los hijos son de ellos, involucrando la participación activa de las autoridades comunales como promotores, consejeras y familias. Porque debe devolverse la responsabilidad a la familia y a la comunidad”.

Tenemos 20 centros de vigilancia comunitaria, 61 madres consejeras<sup>45</sup> para trabajar de mujer a mujer y 30 promotores varones para trabajar con los varones y que trabajan en las agendas comunales el tema del niño, el crecimiento y desarrollo temprano y la gestante. En los centros se aplica la metodología participativa de Robert Chambers y ha sido muy bonita. “Cuando a la gente la haces participar, cuando la gente iba a las reuniones y participaba la gente se sanaba de enfermedades, la gente se aliviaba, pues contaba sus problemas, se amanecían incluso, empezaban con el grupo de diálogo a las 7 de la noche y seguían aún después de la hora pactada para terminar. Fue nuestra gran fortaleza y no recibían nada a cambio, entonces la estrategia de la metodología participativa, donde la gente cuenta sus enfermedades, se sanaban y se iban a su casa”

“Nosotros sabemos que lo que le falta al país es la inteligencia, tenemos recursos, pero falta la capacidad intelectual, ahí está la extrema pobreza, porque hemos descuidado la parte inicial: la gestación y los primeros 3 años de vida, ahí está nuestro fracaso y seguramente de Latinoamérica también”.

En el Centro de Vigilancia, en un mapa se identifica donde está ubicada una gestante, un niño menor de 3 años, como está su estado nutricional, se registra sus medidas antropométricas, igual con la gestante, cada centro tiene un mapa, y se hacen reuniones para estimular a los niños.

Hemos encontrado con la experiencia que hablando, hablando se logra hacer cambiar a los esposos para que se den cuenta de la importancia del crecimiento y desarrollo de los niños priorizando su cuidado sobre las faenas comunales, por ejemplo.

Nos preocupaba la sostenibilidad, en este año se elaboró un proyecto de CDT por S/. 40,00 nuevos soles para el acabado e implementación del CVC, además se ha creado el Área de Promoción de la Salud Municipal donde se trabaja el área del niño y madre gestante y se ha contratado 3 profesionales de salud con el presupuesto participativo para realizar las actividades del sistema de vigilancia comunitaria. Para el año 2009, la Municipalidad Distrital de Santa María de Chicmo (MDSMCH) ha presupuestado S/. 211,000 Soles para el fortalecimiento y prevención de la desnutrición crónica infantil. Asimismo está articulando con todas las instituciones del distrito para reducir la desnutrición.

45 Ese término nace el 7 de Noviembre de 2000, en Nueva Esperanza.



Municipalidad distrital promoviendo niños con condiciones de vida favorables:

- emocionalmente estables
- físicamente sanos
- socialmente competentes
- intelectualmente lúcidos

¿Qué me motiva? yo vivo en la pobreza, yo sufro bastante, he perdido la oportunidad con mis hijos, pero realmente me habló al corazón. El Programa Buen Inicio me ha hecho ver mi realidad y qué podemos hacer; ahora estoy muy motivado, “me pueden encarcelar, fusilar, pero seguiré hablando del tema del niño”. Me impulsa lo que puedo ver en mis consejeras, la gran metodología participativa, la gente me dice son tus hijos, son tus hijas. “Cuando los niños están mejores, me da más compromiso para trabajar para que sea de las autoridades y del Estado que se hable, ya no de la construcción, no de materiales, sino del capital social.”

### **“Cuidar a nuestros niños es responsabilidad de todos”**



**Sra. Edith Sayago**  
Consejera Comunitaria del  
Distrito de Santa María de  
Chicmo.

“Soy una madre consejera y voy a contarles como he vivido y ahora como estoy viviendo. Cuando yo era pequeña, crecí en un medio donde el niño, la niña, no eran importantes, los alimentos se distribuían en mayor cantidad al esposo, así a los padres les correspondía más comida que a los hijos, del cuye se le daba al esposo la mejor presa y al niño las patitas. Tal vez por eso yo soy de baja estatura y delgada”.

Cuando tuve a mi hijo, no he hecho lo mismo que mis padres, a pesar de ser sola. He logrado cuidarlo con Buen Inicio, lo he llevado al Centro de Vigilancia donde nos hablaban de la buena alimentación, nutrición, y está muy alto e inteligente. Ya no es tímido, es sociable, preguntón, conversa con todo el mundo. Doy gracias porque me nombraron consejera en mi comunidad, sigo trabajando con los niños para que la comunidad siga para adelante y yo me comprometo como madre consejera con mi comunidad para seguir trabajando por los niños para que salgan de la pobreza.

¿Qué me motiva?, a mi nadie me paga, trabajo por mi propia voluntad, por los niños, por mi hijo. No quisiera que otros niños estén con desnutrición crónica, con anemia; me gano el cariño de los niños, las mamás y la comunidad, me agradecen. Como yo recibo capacitaciones, les doy a las mamás, otras dicen que tal vez soy ociosa por eso participo, pero no, a mi me nace el deseo de participar, me gusta trabajar con los niños, con las mamás, me gano el cariño de las mamás y los niños, por eso trabajo”.

### **Resumen de la discusión plenaria**

Las preguntas se enfocaron en como se logró disminuir la anemia, los resultados con las gestantes, la sostenibilidad; si se midió cambios en desarrollo infantil; el significado del empoderamiento del profesional de salud; el aporte de la sociedad civil; y la interculturalidad, entre otros.



Sobre la experiencia en Centro América se explicó que los logros se dieron a través de los cambios de comportamiento en el consumo de alimentos. Una gran limitación en ese momento era la imposibilidad de contratar nutricionistas, personal clave para continuar con las acciones, así es que se optó por fortalecer al personal de salud. En cuanto al financiamiento, los municipios estaban empezando a financiar algunos pequeños gastos como el de transporte, mientras que el programa financió el material educativo, por lo cual ya no significan costos altos para los servicios de salud. En la región es difícil hablar de sostenibilidad, se necesita por lo menos institucionalizar los programas exitosos. En este aspecto ha colaborado la Red de Consejeras de los Hospitales y Puestos de Salud Amigos de los Niños, por otro lado se impulsaron reuniones entre los países para intercambiar experiencias y conocimientos; estos fueron foros de aprendizaje que ayudaron mucho.

En Perú, el control de la anemia se trabajó con el MINSA, se cambió el suplemento de hierro y al mismo tiempo se trabajó para lograr la inclusión diaria de un alimento de origen animal en la alimentación del niño, usando el alimento que tuvieran disponible en el hogar, porque el proyecto no incluyó seguridad alimentaria familiar.

El proyecto manejó desde el principio el enfoque intercultural, de lo contrario no se hubieran logrado resultados. Todo el equipo se despojó de su perfil técnico, donde la fotografía era un espejo solamente donde se miraban las prácticas. Como era complejo evaluar el desarrollo a una edad temprana, se tomó la desnutrición crónica como un indicador Proxy del contexto de pobreza en el que vivía el niño. Los pobladores, maestros mencionan muchas cosas pero aún se está trabajando en hitos que nos permitan trabajar la medición de ello.

Sobre la sostenibilidad, lo mejor es trabajar con las estructuras existentes, con el programa en marcha y con el conocimiento de la gente, fortalecer lo que ya existe, bajo otro enfoque.

Mucho de lo aprendido ya se encuentra incorporado en las normas del MINSA, por ejemplo en la Dirección General de Salud de las personas, el listado priorizado de intervenciones para reducir la desnutrición crónica y promoción de la salud que está desarrollando la norma de trabajo comunitario.



## MEJORANDO LA NUTRICIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Mejorando la nutrición infantil a través de una intervención educativa por los servicios de salud

**Dra. Hillary Creed**

*La presentación muestra los resultados de lo que fue un proyecto del Instituto de Investigación Nutricional y la Universidad de Johns Hopkins con la Dirección Regional de Salud de La Libertad. Su objetivo: Implementar y evaluar la consejería en nutrición para mejorar la lactancia materna y alimentación complementaria en Trujillo, mejorando los recursos actuales en los establecimientos de salud y la comunidad”, fortaleciendo sus capacidades e intervenciones educativas.*

El diseño del estudio contempló 2 grupos de intervención y dos grupos de control en 6 Establecimientos de Salud (EE SS), para medir si había diferencias entre las estrategias implementadas por el mismo establecimiento de salud, en zonas peri-urbanas de Trujillo. La selección de los Establecimientos de Salud la hizo la Dirección Regional de Salud (DIRESA) La Libertad

El proyecto se inició con una investigación formativa previa para conocer mejor la situación tanto de la población como del establecimiento de salud, para poder desarrollar las intervenciones educativas más pertinentes y relevantes para su realidad, su propia situación. Queríamos saber de las madres, sus motivaciones, su percepción sobre el desarrollo del niño, sobre asistir al CRED, asistir a los servicios de salud, sobre los atributos que le asignan a alimentos ricos en micronutrientes, específicamente alimentos de origen animal, así como atender los problemas al dar de comer, se exploró en la comunidad. Se organizaron grupos focales y - con base en la investigación formativa – se desarrollaron los mensajes y las prácticas más pertinentes; se hicieron pruebas en casa, pruebas de comportamiento: Trials for Improved Practices (TIPs) para ver cuales eran las prácticas más aceptables y factibles para las madres.

Asimismo, se entrevistó a los EE SS para saber que se hacía en nutrición y alimentación infantil, se entrevistó al personal médico, enfermeras, nutricionistas, se hicieron observaciones de la consulta y encuestas a las madres a la salida de la consulta, sobre lo que le habían dicho y hecho, qué recordaban de los mensajes dados por el personal y así identificar las áreas que era necesario fortalecer.

Como resultado de la investigación formativa dentro de los servicios de salud, se determinó que hay 3 actores principales que tienen que ver con la alimentación infantil: Pediatra o médico, algunas de las deficiencias encontradas con este recurso humano se relacionan con que tienen un tiempo limitado y están muy enfocados en la enfermedad y sin mucho conocimiento de la nutrición infantil. Aunque se enfocaban más en hablar sobre las alergias y sobre que alimentos no darle al niño, tenían una enorme influencia sobre las madres, las madres respetaban mucho lo que el medico les decía. En el CRED los mensajes que daban las enfermeras y las técnicas, eran muy generales, excelentes recomendaciones en lactancia materna, pero a partir de los 6 meses disminuye la asistencia (por término de las vacunaciones) y los mensajes ya eran muy generales. A las madres si les gustaba ese contacto y les gustaba el enfoque del niño sano. En algunos EE SS había una nutricionista que estaba dedicada más a la entrega de los alimentos y sus





consejos eran bastante técnicos y no enfocados en la alimentación específica, aislada del resto del personal, aunque si tenía muy buena información.

Entonces la madre salía del establecimiento, habiendo recibido diferentes mensajes, pero sin una idea concreta de lo que hacer en casa. Así con la Dirección de Salud y los establecimientos se desarrolló la canción de las 3 Cs: Consistencia, Calidad y Cobertura para mejorar el establecimiento de salud, que llevaría a cambios de comportamiento en el hogar; el enfoque fue más en el servicio que en individuos, se fortaleció a todo el personal del servicio, más allá de las personas, en cuanto a:

#### **Consistencia:**

- Mensajes estandarizados
- Mensajes clave (se seleccionaron 3)
- Todo el personal en contacto con niños daban consejos (incluso el portero)
- Materiales coordinados
- Los protocolos fueron desarrollados por el personal de salud

#### **Calidad**

- Mejorar la organización del servicio en alimentación y nutrición infantil
- Habilidades mejoradas, por ejemplo la antropometría
- Mejorar habilidades en consejería
- Mensajes específicos por edad del niño

#### **Cobertura**

- Se implementó demostraciones de alimentación complementaria
- Entrega de hojas de receta
- CRED grupal, a partir de una experiencia de una ONG en Lima (gustó a las madres porque no era solo una evaluación, sino se incluyó recomendaciones de estimulación y nutrición)
- Adecuado sistema de referencia
- Consejos de nutrición en todos los servicios con demostración
- Seguimiento de la madre

Los mensajes clave fueron 3 y todo el personal los conocía:

- Darle a sus hijos purés espesos
- Agregarle un alimento especial: hígado, huevo o pescado, y
- Enseñar a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor y seguir dando pecho hasta los 2 años

Puntos clave de la consejería

- Los 3 mensajes clave + mensajes adicionales
- Cada mensaje tenía: conducta esperada, vinculado a beneficio, pregunta de chequeo, felicitación y refuerzo final

Aspectos clave de la consejería:

- Todo el personal en contacto con madre-niño dar por lo menos uno de los mensajes clave
- El médico al mínimo comenta sobre la tendencia de la curva y da por lo menos un mensaje clave
- Uso de rotafolios simples con guía para el personal de salud
- Presencia de afiches simples, mensajes en diferentes ambientes del establecimiento de salud
- Incorporar mensajes en las sesiones grupales, aprender haciendo
- Reuniones del personal para asegurarse que todos conocen

Para disminuir los efectos que causa la constante rotación del personal, los establecimientos designaban a una persona que debía conocer todo y era la responsable de capacitar al personal nuevo (transferencia de los mensajes y habilidades).



Entonces a través de capacitación, organización y trabajo en equipo, se fortalecieron los establecimientos. Lo apreciado por los evaluadores externos fue que esto llevaba a una "cultura de nutrición". Finalmente, fueron acreditados como centros pioneros de la alimentación infantil, que fue un elemento motivador para el personal.

Evaluando: se logró comprobar que había mayor consumo de hígado el día anterior y un aumento de consumo de energía de fuente animal, comparado al grupo control.

Del grupo control, a los 18 meses el 15% tenía desnutrición crónica y en el grupo intervenido se evitó ese problema y solo llegó a 5%. Esto se logró con una intervención temprana y enfoque de prevención.

Conclusiones:

- Intervención educativa llevó a un cambio en los patrones de alimentación complementaria, y un incremento en la ingesta de nutrientes de origen animal y en el crecimiento
- La estrategia de trabajar a través de los establecimientos de salud logró cambios en la comunidad en general

## La nutrición en la atención primaria de salud

**Dra. Janine Coutinho**  
MINSA, Brasil

*El modelo de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil está organizado a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) que incluye a: médicos, enfermeras y agentes comunitarios de salud (ACS). Esta estrategia pretende atender a los individuos y la familia de manera integral y continua, bajo un enfoque territorial, desarrollando acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Cada equipo de la ESF, está integrado por 3 a 4 ACSs, un médico, una enfermera y un asistente, que acompaña a 1,000 familias y trabajan en las Unidades Básicas de Salud (UBS), haciendo visitas a las familias en los hogares y la comunidad, brindando atención integral y continua, desarrollando acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud.

A agosto del año 2008, había 28,865 Equipos de Salud de la Familia en 5,218 municipalidades de un total de 5,564. Asimismo cuentan con 222,754 agentes comunitarios de salud, inclusive en municipios donde no hay ESF. Paralelamente vienen desarrollando la Estrategia de Salud Bucal con una cobertura de 4,548 municipios. En los ESF sólo el 4.5% son nutricionistas.

Existen evidencias del impacto de la Salud de la Familia<sup>46</sup> que muestran que cada 10% a más de cobertura de la ESF disminuye en 4,5% la mortalidad infantil. Están trabajando para mejorar esta relación en términos de la desnutrición en el país.

---

46 Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil 1990 – 2002 – J. Epidemiology Community Health, 2006; 60:13-19 doi:10.1136/jech.2005.02.83.23, James Macinco, Frederico C Guanais and Maria de Fátima Marinho de Souza. (JECH on line).



Brasil, tiene un sistema único de salud y una Política Nacional de Alimentación y Nutrición desde 1999. El enfoque básico es el de la alimentación adecuada como un derecho básico y el alcance de la seguridad alimentaria para mejorar la salud y nutrición de la población. Esta Política se encuentra en el Ministerio de Salud dentro del departamento de atención básica y tiene entre otras, las siguientes directrices:

- Estímulo a las acciones intersectoriales con vistas al acceso universal a los alimentos
- Garantía de la seguridad y de la calidad de los alimentos y servicios de alimentación
- Monitoreo de la situación alimentaria y nutricional
- Promoción de prácticas alimentarias saludables
- Prevención y control de deficiencias y desórdenes nutricionales y enfermedades relacionadas con la alimentación y nutrición

Para la estrategia de salud de la familia, el agente comunitario es fundamental para llevar a cabo las acciones de nutrición en el territorio. Recibe un sueldo y es un miembro clave del equipo básico de salud. De acuerdo a este modelo, los agentes y el equipo caracterizan el perfil epidemiológico del territorio, identificando los riesgos, prioridades, potencialidades de actuación, reconocimiento de la situación de salud y alimentación y nutrición de las familias. Actuando muchas veces en situaciones contradictorias como desnutrición y obesidad en una misma familia y una misma comunidad.

Para la realización del diagnóstico local del territorio tienen el SISVAN que es la herramienta para el monitoreo del estado nutricional (peso, talla) y alimentario (prácticas alimentarias, lactancia materna, alimentación complementaria) de la población vigilada, con vistas a la identificación de riesgo precoz de las enfermedades nutricionales en determinado territorio.

En el sistema tienen implementadas las nuevas curvas de la OMS, desde el 2006 - 2007, las tarjetas de niños y adolescentes ya están con los patrones actuales. Se tiene datos en el sistema desde el 2002, por ejemplo se ha disminuido el bajo peso/edad en niños menores de 5 años en las grandes regiones del país desde el 2003 al 2008, igual se puede ver la disminución de baja talla y aumento de exceso de peso. En Brasil esta información llega a las grandes regiones, pero cada municipalidad, cada Unidad Básica de Salud tiene la posibilidad de acceder a esta información en la web.

Dentro de otras acciones existe suplementación de hierro universal a todos los niños hasta los 18 meses y en mujeres, se les brinda a las gestantes y a mujeres que han dado a luz hasta los 3 meses posparto y también a mujeres que han tenido abortos. La vitamina A se entrega sólo en el Nor Este del país y abarca a niños hasta 5 años y mujeres en posparto. Actualmente han realizado una encuesta nacional que podría cambiar las actuales prácticas de suplementación.

Han logrado:

- Introducción de la alimentación complementaria, intensificando acciones locales que promuevan la práctica de alimentación saludable en la población atendida por la red de alimentación complementaria junto con la red amamanta, que incluye capacitación al personal de salud, gestores locales en alimentación complementaria. Tienen un monitoreo de estas prácticas a través del SISVAN que incluye indicadores de proceso, en elaboración
- Rotulado nutricional obligatorio
- Reglamento de publicidad de alimentos
- Implementación de directivas de la alimentación saludable escolar. Los ESF trabajan con los niños el componente de nutrición y cuentan con materiales de apoyo para el trabajo en las escuelas y se monitorea el estado de salud y nutrición
- Educación alimentaria y nutricional en el servicio de salud, considerando las diferentes fases del curso de la vida y las condiciones de salud, a partir de las directivas alimentarias oficiales definidas en las guías alimentarias



Cuentan con una matriz de acciones de alimentación y nutrición en la atención básica que busca sistematizar e integrar todas las acciones de alimentación nutricional y cuidado nutricional desarrolladas por los profesionales de salud en la atención básica a nivel de las municipalidades.

Supuestos conceptuales de la matriz:

- Sujetos de las acciones: individuo, familia y comunidades
- Niveles de intervención:
  - Gestión de las acciones de alimentación y nutrición
  - Cuidado nutricional
  - Acciones de diagnóstico
  - Promoción de la salud
  - Prevención de enfermedades
  - Tratamiento, cuidado, asistencia
- Carácter de las acciones:
  - Universales y específicas (cuando aplicables a determinada(s) fase(s) de la vida

En la evaluación y monitoreo se trabaja con indicadores epidemiológicos (SISVAN, encuestas) e indicadores de acciones y servicios. Es un desafío y se está trabajando el desarrollo de indicadores de realización de las acciones en la promoción de prácticas de alimentación saludable, de prevención de carencias nutricionales). Esto es importante pues tienen pactos, compromisos con los niveles locales pues la meta es reducir la desnutrición crónica. En relación con la construcción de la matriz de acciones de alimentación y nutrición con apoyo de la Red Inter Agencial con apoyo de la OPS (RIPSA).

La concretización de las acciones de alimentación y nutrición en una agenda única puede ser potenciada en la APS. Es un espacio privilegiado para el desarrollo de las acciones de incentivo y apoyo a la adopción de hábitos alimentarios saludables y a la práctica regular de actividad física, garantizando la difusión de información y la reflexión colectiva sobre los factores individuales y colectivos que influyen las prácticas en salud y nutrición en la sociedad y estimulando la creatividad y el discernimiento de las personas.

[www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao)



## La estrategia AIEPI-NUT en el contexto del Programa Desnutrición Cero

**Dr. Gonzalo Mansilla**  
**Ministerio de Salud Pública y Deportes, Bolivia**

*La exposición pretende transmitir desde el punto de vista programático la experiencia de la movilización en Bolivia, para tratar de enfrentar un problema que en los últimos años ha sido creciente y preocupante. Les voy a presentar la estrategia AIEPI-Nut como parte de una propuesta más integral dentro de otras estrategias y medidas que se están desarrollando en el programa Desnutrición Cero, que es una política de salud que se está llevando a cabo en Bolivia.*

A partir de la evaluación de los cambios estadísticos observados en la comparación de los indicadores antropométricos, al hacer la adaptación bajo los patrones de la OMS, se tomó la decisión de cambiar el paradigma y posicionar el indicador talla/edad como uno de los parámetros más importantes en el seguimiento y evaluación nutricional de niños menores de 5 años. Comparando la curva de Bolivia con la del estudio multicéntrico, no hay mayores diferencias sino hasta los 4 meses, lo que refleja la falta de la lactancia materna exclusiva adecuada y la baja calidad de la alimentación de los niños durante el período de la alimentación complementaria. Se observa una pérdida de 8 centímetros en la población hasta 24 meses comparado con el patrón de la OMS.

Existe una ventaja política en el posicionamiento de la lucha contra la desnutrición, lo cual se tradujo en el desarrollo e implementación del Programa Nacional Desnutrición Cero, como uno de los programas más importantes del nuevo gobierno. Para coordinar acciones intersectoriales de este Programa, se formó una nueva estructura: el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), que lo preside el Presidente de la República y está integrado por un Comité Técnico con representación de los diferentes sectores. La secretaría técnica la tiene el Ministerio de Salud y Deportes y existen Consejos de Alimentación y Nutrición nivel de los 9 departamentos (CODAN) y de los municipios (COMAN).

Hay diferentes estrategias, destacando las de AIEPI-Nut, la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (IHAN) y las Unidades de Nutrición Integral (UNI), que tienen que ver también con otras estrategias como la promoción del alimento complementario fortificado a partir de los 6 meses de edad hasta los 2 años; las Unidades de Tratamiento del desnutrido agudo severo y el monitoreo para la vigilancia epidemiológica nutricional tanto institucional como la vigilancia comunitaria.

En el marco del AIEPI-Nut en la atención primaria de salud, promovemos prácticas nutricionales esenciales claves como la lactancia materna inmediata, lactancia materna exclusiva, y lactancia materna prolongada, alimentación complementaria, alimentación durante la enfermedad, identificación/tratamiento/referencia de la desnutrición crónica y aguda severa, así como el tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia

Desde el año 1996, el AIEPI clínico es la estrategia oficial para la atención de todo niño y niña menor de 5 años, de acuerdo al flujograma específico que existe en los servicios de salud para ese fin. Ha avanzado mucho en estos 12 años y en la actualidad, las adecuaciones principales que responden a las necesidades de atención del Programa Desnutrición Cero han sido:



- Fortalecimiento de la comunicación interpersonal; se capacita al personal de salud para que oriente eficazmente a la madre, padre o cuidador del niño
- Incorporación de los indicadores de Peso/Talla y Talla/Edad para la identificación y seguimiento del estado nutricional
- Incorporación de los nuevos estándares de la OMS
- Promoción de prácticas nutricionales adecuadas, sobre todo en momentos críticos. Antes para alimentación complementaria se tenían mensajes genéricos, ahora se hace orientación/consejería específica, desde la primera semana de los 6 meses cumplidos, tanto en variedad, frecuencia, cantidad, como consistencia, hasta los 12 meses de edad
- Diagnóstico y tratamiento adecuado de la desnutrición aguda moderada y leve
- Empleo de suplementos nutricionales como las Chispitas
- Empleo del alimento terapéutico listo para el uso en casos de desnutrición aguda severa, mientras el niño está en tratamiento en la unidad médica y para casos de desnutrición aguda moderada sin complicaciones
- Promoción del uso del alimento complementario fortificado a través de los gobiernos municipales

En los otros componentes que maneja el AEIPI-Nut, sobre anemia, diarrea y neumonía, se han actualizado sus conceptos:

- Zinc para el tratamiento de diarrea y baja talla
- Actualización del manejo de la diarrea
- Salud oral para la madre y niño
- Hitos del desarrollo
- Recomendaciones para referencia a hospital de referencia

Se cuenta con una batería de materiales de apoyo: Cuadro de Procedimientos, manuales, fichas, videos, cuadernillo para la madre, lineamientos de monitoreo y evaluación, fichas de monitoreo y base de datos.

La diferencia entre AIEPI-Nut con el anterior AEIPI es que el tema nutricional ha pasado de ser un capítulo más a ser un paquete nutricional que es transversal, para cada caso: niño sano o niño con problemas de salud. Tiene vínculo con otras estrategias como el AEIPI-Nut de la Familia y la Comunidad, que es una estrategia orientada al fortalecimiento de los diferentes actores sociales y sus redes, respetando su cultura y sus potencialidades, promoviendo el trabajo intersectorial, con participación social en la unidad básica. Se busca que la comunidad se apropie de lo que se está haciendo como AEIPI-Nut y desde el nivel local en una forma multisectorial.

Son factores claves:

- Planificación participativa
- Gestión compartida y control social
- Mensajes clave

La comunidad es la que va a diagnosticar e identificar la posible solución a sus problemas, y va a llevar adelante esa planificación, con un sistema de seguimiento y monitoreo desde la planificación que tiene como impacto esperado, la reducción de la desnutrición y la mortalidad.

Esto se vincula a las Unidades de Nutrición Integral, que son centros de referencia del primer nivel, donde el 80% de su trabajo es preventivo promocional, orientador del manejo nutricional, con participación de la comunidad y personal del sector. Se vincula a la estrategia de hospitales amigos de los niños, se promueve la práctica de la LM y las Unidades de Manejo de desnutridos agudos severos. El modelo propuesto va desde la familia, comunidad y servicio del primer nivel vinculando todas las estrategias, con una Unidad de Nutrición Integral en el centro, ya no es el AEIPI-Nut independiente quien va a resolver los problemas, sino el enfoque es integral, que articula las diferentes estrategias y cuya unidad básica es el municipio. Del mismo modo se cuenta con una estrategia de información, educación y comunicación tanto para el nivel sectorial salud como multisectorial, priorizando mensajes educativos para la población para lograr la sostenibilidad de las acciones.



## Resumen de la discusión plenaria

Las experiencias de Brasil y Bolivia concitaron el mayor interés al tratarse de experiencias nacionales. En ese sentido, sobre la implementación de los nuevos patrones de la OMS, se mencionó que había que tener un periodo de transición en el que se manejarán los 2 patrones de manera paralela y que esta situación estaba prevista – caso Brasil – en el SISVAN por un periodo de 5 años.

La operativización en el terreno, para Bolivia gira en torno a la estrategia de Salud Familiar Comunal Intercultural (SAFCI) y en Brasil a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Ambas tienen carácter de acercar el servicio a la demanda y tienen agentes comunitarios como eslabón más cercano a la familia. En Brasil, le confieren un papel mucho más activo que en Bolivia, pero ambos son fortalecidos en sus capacidades de brindar consejería y articular con el establecimiento de salud. En ambos casos también hay un respeto básico a la diversidad cultural.

En Bolivia, la priorización de la talla/edad sobre peso/edad se vigila como política pública, sin embargo en el seguimiento individual se mantiene el uso del índice peso/edad. Las Unidades de Nutrición Integral son una experiencia nueva y pertenecen al primer nivel de atención, se está planteando que esta unidad esté integrada por médico, enfermera, nutricionista, trabajador social, auxiliar de enfermería y un profesional con experiencia en el desarrollo infantil con el apoyo de agentes comunitarios. Los temas logísticos tienen base municipal y es a través de ellos que se canalizan todos los insumos de las diversas estrategias.

Los mensajes – en el caso de la experiencia de La Libertad en Perú – fueron sólo 3, que los manejaba todo el personal de salud, el mensaje de calidad se mantuvo invariable y los secundarios cambiaban de acuerdo a dos edades: de 6 a 8 meses y de 9 meses en adelante, pero solo referido a la frecuencia y cantidad de comida, y se daban en las circunstancias donde había más tiempo, como en las consejerías de CRED o nutrición.

El número de contactos no está estandarizado en ninguna de las 3 experiencias, en el caso de La Libertad, en Perú una tesis estudió y probó la relación entre los contactos y los cambios de comportamiento. Pero el grupo de estudio mantuvo un número mayor de contactos pues asistían a CRED grupal y consejerías.



## UN EJEMPLO DE RESPUESTA INTERSECTORIAL PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO: CRECER EN EL PERÚ

**Dra. Milagro Núñez**  
**Secretaría Técnica – CIAS, Perú**

*Trabajar la voluntad política no es fácil, y mantenerla para que los temas de nutrición estén en primer lugar. Creo que no todos los países lo hemos logrado, aún en Perú estamos trabajando porque esto siga así, porque tenga un presupuesto adecuado y porque encontremos una ruta de inter sectorialidad pues los problemas de nutrición y pobreza no se resuelven desde un solo sector. La respuesta ante eso viene explicada a través de lo que voy a presentar.*

La incidencia de la pobreza en Perú de 1997 al 2007, ha disminuido, por lo menos aparentemente. Ha bajado tanto la pobreza total como la pobreza extrema, pasando de un 25% a un 13.7%, situación que nos alegra y que está paralela a un crecimiento de la economía que ha bordeado el 10% en los últimos 88 meses, pero estas tasas son diferenciadas, expresándose sobre todo en la zona rural de la sierra, donde si bien ha habido una disminución importante, el 40% de la población sigue aún en situación de pobreza extrema.

La primera infancia en el Perú, según el censo del 2007, llega casi a tres millones de niños menores de 5 años. El diagnóstico de la desnutrición en nuestro caso no se manifiesta sino alrededor de los 6 meses, de los 6 a 18 meses empieza un deterioro y se estabiliza más allá de los 18 meses lo que convierte la intervención antes de los 18 meses como prioritaria. Las metas han evolucionado, el Presidente ha dado un mandato de bajar la DCI en 9 puntos porcentuales pero tener una meta ha ayudado a convencer a los Presidentes Regionales por ejemplo. La anemia también constituye un problema que afecta a toda la población, independientemente del nivel social, a diferencia de la DCI donde las madres sin educación tienden a tener más hijos en desnutrición que aquellas que son educadas. La DCI para nosotros fue tratada fuertemente con acciones como papillas, suplementación, pero no tuvimos mucho éxito, porque no hemos sido consistentes y no lo hemos continuado, pero no solamente es el alimento, es el factor mujer, agua y saneamiento y esto ha servido mucho para hacer entender a los políticos que no es sólo el PRONAA quien requiere un presupuesto importante.

En este Gobierno – en alianza pública y privada – propone una nueva Política Social con Justicia Social e Inclusión Productiva, con prioridades muy claras, la primera – que lo asumen todos los Ministros – es la Lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil, Salud Preventiva para Todos, Educación de Calidad, Trabajo Digno, Infraestructura Social y Económica y que se ha planteado las siguientes metas al 2011:

- Reducir la pobreza del 50% (2005) al 30%
- Reducir la pobreza urbana del 37% (2005) al 20%
- Reducir la pobreza rural del 70% (2005) al 45%
- La desnutrición Crónica del 25% (2000) al 16%
- Acceso universal al Seguro Integral de Salud
- Mejorar en 30% los niveles de comprensión de lectura y razonamiento matemático en la escuela pública
- 2.5 millones personas alfabetizadas (fundamentalmente mujeres)
- 90% de hogares con agua y desagüe
- Aumentar el acceso a electricidad del 74% al 90%





Desde la Comisión Intersectorial de Asuntos Sociales (CIAS) se orienta una serie de acciones tratando de pensar no en sectores, sino en ámbitos de la vida de las personas y las familias que hay que mejorar, a las que hay que darles servicios desde el Estado, salud, educación, trabajo, justicia, agua, saneamiento, protección social, energía, desarrollo productivo mediante programas universales y complementarios, focalizados. El nuevo enfoque de la gestión social es hacer un tránsito del énfasis en lo sectorial a lo territorial, adecuando las entidades públicas de las áreas sociales fundamentalmente, con una coordinación y articulación horizontal entre los sectores y vertical con los gobiernos subnacionales, articulación que debe ser muy fuerte pero que debe respetar la participación comunal.

La prioridad estratégica de visión de conjunto es una atención integral que tiene dos instrumentos: la estrategia CRECER que busca integrar a todos los sectores y acciones para disminuir la pobreza y el Programa JUNTOS, de transferencias condicionadas - que está actualmente en rediseño – se está centrando fundamentalmente a reducir la desnutrición crónica infantil.

El abordaje intersectorial de la desnutrición crónica ha saltado de la preocupación de aliviar el “hambre” a través de la provisión de alimentos fortificados, a un planeamiento que considera los siguientes elementos:

- i. Multidimensional: Articulación de todos los programas que tengan una acción directa en la nutrición (para prevenir y enfrentar la multicausalidad, con un enfoque integral)
- ii. Multisectorial e Intergubernamental: Facilitada por la Estrategia Nacional CRECER: que aborda la problemática articulando los sectores (articulación horizontal) y los niveles de gobierno (articulación vertical)
- iii. Intertemporal: Gestión por Resultados, resultados en nutrición que esté expresado por un programa presupuestal con presupuesto explícito, que debe lograr en una secuencia de acciones complementarias y metas de corto, mediano y largo plazo, y priorizadas en el presupuesto nacional

CRECER tiene 3 ejes, el primero es desarrollo humano y desarrollo de capacidades y derechos fundamentales, que integra a todos los sectores y la cooperación técnica internacional, tiene la siguiente matriz de intervenciones basada en los problemas más importantes del país que tienen que cambiar:

	ACTIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIOS	PROBLEMAS A SOLUCIONAR	
CIUDADANIA (IDENTIFICACION)	EDUCACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL	HABITOS ALIMENTICIOS ADECUADOS	DIETA POBRE EN CANTIDAD Y CALIDAD	DESNUTRICION INFANTIL
	PROMOCION PRODUCTOS LOCALES			
	PROVISION ALIMENTOS FORTIFICADOS	COMPLEMENTACION NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA		
	SEGURIDAD ALIMENTARIA			
	TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS			
	PROVISION MICRONUTRIENTES	UPLEMENTO MICRONUTRIENTES		
	SANEAMIENTO BASICO	AGUA SEGURA	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	
	COCINAS MEJORADAS	PRACTICAS SALUDABLES	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	
	LETRINAS ADECUADAS		ENFERMEDADES PREVALENTES REGIONALES	
	ALFABETIZACION			
ASEGURAMIENTO SALUDA	TENCION INTEGRAL DEL NIÑO			
ASEGURAMIENTO SALUD	ATENCION PRENATAL DE CALIDAD	BAJO PESO AL NACER		
	ATENCION INTEGRAL DE LA MUJER			
<b>MONITOREO Y EVALUACION</b>				
	EDUCACION INICIAL	PADRES / CUIDADORES CON PAUTAS DE CRIANZA SOCIALIZACION NIÑO	RIESGOS QUE LIMITAN EL DESARROLLO PISCOSOCIAL Y COGNITIVO	



Esta matriz recoge los factores determinantes para garantizar un niño sano. En los últimos meses venimos tratando de avanzar en educación inicial, para incorporar pautas de crianza y socialización del niño que realmente ayude a tener un efecto más integrado en la vida y la salud del niño, dirigido a los padres y/o cuidadores/as, monitoreado y evaluado.

Para que un niño esté bien nutrido se requiere que esté bien alimentado y bien de salud, debe estar bien atendido, con padres informados, en vivienda saludable y comunidad que se preocupa por él. Con Asistencia Alimentaria, Suplementación con hierro, Atención en Crecimiento y Desarrollo, Vacunas, Sesiones Demostrativas: para cambiar hábitos, agua y saneamiento, con los Programas de Alfabetización a la mujer, Programa JUNTOS y Seguro Integral de Salud que tiene que financiar per capita la atención en CRED y ya se ha incluido en el financiamiento.

En el caso de los niños desnutridos existe un paquete individualizado garantizado que cubre:

- Vigilancia y monitoreo mensual de crecimiento: peso, talla y edad de niños y niñas de 0 a 12 meses de edad
- Vigilancia y monitoreo bimensual de niños 13 - 24 meses (si tienen algún grado o riesgo de desnutrición es mensual)
- Consejería nutricional (contenidos ad hoc)
- Sesiones demostrativas de alimentación, colectivas, a cargo de promotores comunitarios y personal de salud
- Provisión de micro nutrientes a todos los niños y niñas entre 6 y 24 meses y hasta 48 meses si tienen algún grado de desnutrición
- Derivar los casos de desnutrición aguda y moderada (según Norma)

El proceso prioritario es el sistema de monitoreo y evaluación desde la comunidad con trabajo directo del sector salud. El monitoreo nacional de indicadores en la articulación, está encargado al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), está haciendo un seguimiento especializado (cabe aclarar que el país continúa haciendo las Encuestas nacionales de Demografía y Salud), parte del sistema CRECER y su objetivo es: **“Presentación de un diagnóstico inicial y análisis preliminar de las actividades propuestas para reducir la desnutrición crónica infantil en el marco de la Estrategia Nacional CRECER”**, son varias rondas, pero la primera que finaliza en Marzo del 2008 va a estar más centrada en recoger los datos básicos – por donde inicia el cumplimiento de los derechos del niño – como es si cuenta o no con Código Único de Identificación (CUI), que ha significado trabajar, normar y facilitar presupuesto, con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), programas sociales en los cuales participa y posteriormente se medirá: lactancia materna, sesiones demostrativas, comidas espesas, suplementación con hierro, Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en el primer año de vida; servicios de agua y alcantarillado, agua segura, cocina mejorada, entre otros, todo lo cual supone el trabajo de varios sectores. Varios de los indicadores están en rojo aún, pero estamos avanzando, para que se puedan tomar decisiones mucho más informadas. Reasignar presupuestos no es fácil, lograr cambios en el Ministerio de Economía tampoco lo es pero se está avanzando.

Para reafirmar los compromisos a nivel de los Gobiernos Regionales y Locales se requiere información, mostrar como están los niños, mostrar evidencias sobre lo que si funciona, la Región Ayacucho es una muestra de ello, en estos días ha aprobado, con presupuesto su Plan de Lucha contra la Desnutrición Crónica, con orientaciones a nivel nacional pero adaptadas a su realidad, en el marco del proceso de descentralización, donde los recursos humanos, los presupuestos están pasando a las regiones, si cuentan con información las decisiones que se tomen serán mejor direccionadas. La brecha en los recursos humanos de salud, revisar y tratar sus motivaciones, la pertinencia, la exigencias del personal de salud de los últimos niveles de atención, está siendo evaluado por una comisión multisectorial, en espacios territoriales concretos, para fortalecerlos y corregir deficiencias que impidan que los servicios sean prestados eficientemente en el primer nivel de atención.



## Resumen de la discusión plenaria

Los participantes se enfocaron en obtener información sobre varios puntos, uno de ellos fue el de género, sobre ello se respondió que en los indicadores que se están siguiendo se tiene mucho cuidado en el cumplimiento y de acuerdo a ello se va dando el financiamiento, ello incluye identificación, paquete neonatal, etc. Es más difícil lograr cambios y tener avances en programas regulares nacionales, que en programas nuevos como el caso de la alfabetización donde se normó y cumplió la meta de priorización de las mujeres para alfabetizarlas.

Una ventaja en Perú es que existía un trabajo con las agencias de cooperación internacional de varios años, así como con el mundo académico y sectores como los de Economía y Salud y la Presidencia del Consejo de Ministros cuyos técnicos habían hecho incidencia conjuntamente con la sociedad civil durante la campaña electoral para tener como meta la Lucha contra la Desnutrición Crónica; entonces si bien cada gobierno viene con una propuesta de cambios (que en el caso de Perú la propuesta era cambiar JUNTOS por CRECER), se logró - apoyados en el marco legal existente también -, ganar la voluntad política hacia avanzar en aquello que el Programa JUNTOS no había hecho: incidencia sobre la oferta de servicios públicos y la articulación de los diferentes sectores del estado a nivel de normas y con enfoque territorial. Ahora bien en Perú existe también un Acuerdo Nacional que tiene políticas nacionales de largo plazo que cumple un rol de seguimiento en el día a día del avance, en términos de mantener las políticas de estado, hay que ser concientes de que los diseños pueden ir variando, pero un problema grave es como se enfrenta la alta rotación de personal, para lo que se desarrollan mesas de trabajo con la sociedad civil y la cooperación.

Contar con un sistema de monitoreo y evaluación con base comunal que priorice el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas con el servicio de salud, es muy importante pues ayuda en dos sentidos: para que los gobiernos subnacionales prioricen y expresen en presupuestos sus compromisos con la desnutrición y para mostrar las evidencias necesarias para ayudar a comprender a los políticos, a los sectores, los requerimientos presupuestales para mejorar la oferta de servicios del Estado y para focalizar, es muy importante demostrar que no es sólo el crecimiento económico, que es producto de la labor que se viene haciendo, que se están logrando los cambios.

CRECER tiene poco más de un año, ha nacido luego del esfuerzo de fusión de los 84 programas sociales que existían donde han subsistido algunos, que pese a no ser eficientes, pero por su peso político se mantienen, lo que se está intentando hacer es rescatar los aspectos positivos, en el caso del programa de Vaso de Leche en realidad este programa – que no es uno sino 1,832 programas porque es gestionado localmente – atiende a un sector frente al cual el Estado no tiene aún respuesta: los adultos, entonces viene a cumplir una función, a través de una gran movilización social.

La asociación con la industria farmacéutica y alimentaria no se ha enfrentado aún, con la primera se está tratando de avanzar en lo que a las responsabilidades funcionales compete al sector, y con relación a la segunda si bien en algún momento se trabajó muy bien con ellos, ahora ya no, el PRONAA ha perdido el paso, pero sí la industria alimentaria está trabajando con la cooperación en los medios de comunicación.

CRECER tiene tres ejes, la presentación sólo ha cubierto el Eje 1, pero también tiene un eje de Red de Protección Social y otro de Inversión Productiva, entonces dependiendo de la necesidad se convoca a la Comisión Interministerial de Asuntos Financieros (CIAF), y tiene una mirada integral que abarca la DCI y la pobreza por la fuerte relación que existe entre ambas. El marco jurídico es muy importante, contamos con una Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y se ha avanzado mucho en el marco jurídico de respaldo, como sabemos Perú está viviendo un proceso de descentralización y en ese contexto se ha logrado ya que 14 Gobiernos Regionales hayan sacado una ordenanza y destinado recursos para la implementación de CRECER Regionales.

Sobre el tema de género y el acompañamiento del niño, el Presupuesto por Resultados exige a salud que establezca cada actividad dentro de CRED que tenga que ver con desarrollo, que está incluyendo estimulación temprana, existen otras estrategias pero que tienen desarrollo más a nivel local y desde un solo sector.



## PROGRAMAS SOCIALES CON PRODUCTOS FORTIFICADOS PARA INFANTES, NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS



Angela Céspedes  
PMA Oficina Regional, Panamá

*La presentación cubrió los siguientes contenidos: situación nutricional en América Latina y el Caribe (ALC); importancia de la alimentación de los infantes, niñas y niños pequeños; programas sociales con productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños; tipos de productos fortificados; características de productos fortificados óptimos; y, programas efectivos con productos fortificados.*

La anemia es el problema nutricional más frecuente y más grave en prácticamente todos los países de la región. Incluso aquellos países con bajas prevalencias de retardo en talla tienen gravísimos problemas de anemia, a excepción de Chile que no tiene ninguno de los dos problemas a nivel de salud pública. Para los niños y niñas menores de 2 años, la situación de la anemia es mucho más grave, afectando en algunos países como Bolivia y Haití a cerca de 8 de cada 10 niños. Doce países de la región tienen alrededor del 40% de su niñez anémica.

De acuerdo a las guías y pautas de alimentación que se han generado en los últimos años a través de OPS/OMS y UNICEF, es importante garantizar la alimentación de las mujeres embarazadas en cantidad y calidad adecuadas para que los niños y niñas nazcan con un peso, talla y estado de micronutrientes adecuados; la lactancia materna exclusiva para todos los niños y niñas hasta los 6 meses y continuar con leche materna y alimentos complementarios adecuados en cantidad y calidad a partir de los 6 a 24 meses para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo.

Por qué es importante mejorar la alimentación y nutrición de los infantes y los niños pequeños? Existe un problema muy serio de acceso a alimentos con densidad energética y nutricional apropiada, sobretodo en el periodo de alimentación complementaria, junto con prácticas inadecuadas de alimentación y lactancia materna que derivan en problemas de desnutrición crónica infantil. Ligado a ello, existen también las deficiencias de micronutrientes causadas – entre otras razones – por la dieta basada principalmente en cereales con inhibidores de la absorción de micronutrientes. En nuestra región, el 50% de las muertes infantiles está ligado a la desnutrición. Es esencial reducir la desnutrición para reducir la pobreza; la desnutrición es causa y consecuencia de la pobreza.

Ahora bien, ¿qué son los **Programas Sociales con productos fortificados** para infantes y niños pequeños? Son programas que se utilizan generalmente para mejorar la situación nutricional, para prevenir y reducir anemia e incluso están diseñados para contribuir a la reducción de la pobreza. Estos programas deben ser conceptualizados con un enfoque integral, es decir, que además del producto fortificado, se acompañe de un refuerzo a la promoción y prevención de la lactancia materna; que incluyan acciones de comunicación, educación a la madre y participación comunitaria; un buen sistema de monitoreo y evaluación, tanto de la calidad y la utilización de los productos como del impacto que tiene este tipo de intervenciones en el mejoramiento de la situación nutricional de los niños.



**Los productos fortificados** tienen como función principal asegurar la densidad adecuada de micronutrientes. Son importantes para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes comunes en dietas basadas en cereales y son necesarios - además de la leche materna -, para satisfacer los requerimientos nutricionales de lactantes y niños pequeños a partir de los 6 meses. Estos productos deben diseñarse adecuadamente para evitar que se conviertan en sustitutos de la lactancia materna.

El diseño de los productos fortificados debe considerar varios factores: el primero debe ser la claridad sobre el problema que se quiere atacar, pues de ello dependerá el producto fortificado a elegir; los requerimientos según la edad del niño; si se está o no brindando leche materna; la interacción entre micronutrientes, los inhibidores. Además, debe considerarse la producción, el tipo de producto - especialmente porque debe preverse si será consumido de manera instantánea o requerirá ser cocinado - costos del producto, almacenamiento, vida útil, entre otros.

Los productos fortificados para infantes, niños y niñas pequeños buscan completar o mejorar el requerimiento nutricional tanto en vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales y/o proteínas. Hay tres tipos de productos fortificados: i) Alimento Complementario Fortificado, usado en reemplazo de las papillas tradicionales; ii) Suplemento Alimentario Fortificado Listo para utilizar (RUSFs) usado para ser añadido a los alimentos o en reemplazo de ellos; y, iii) Micronutrientes en polvo para ser añadidos a los alimentos como fortificantes caseros.

### Productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños

#### Alimento Complementario Fortificado

Todo alimento fortificado que contenga nutrientes, suministrado a infantes y niños pequeños durante el período de alimentación complementaria (> 6 meses). Usado como reemplazo / complemento de la papilla tradicional familiar.



#### Suplemento Alimentario Fortificado Listo para utilizar (RUSFs)

Productos alimentarios fortificados para agregarse a otros alimentos o para ingerirse solos, con el propósito de aumentar la ingesta de macro y micronutrientes, principalmente ácidos grasos esenciales y proteína de alta calidad.



#### Micronutrientes en polvos

Mezcla en polvo (incluye tabletas) de múltiples micronutrientes (vitaminas y minerales) para ser añadida a los alimentos tradicionales como fortificantes caseros.



En varios países de la región, tales como Bolivia, Ecuador y Chile, se distribuyen **Alimentos Complementarios Fortificados** (ACF) sea en papillas como es el caso de los dos primeros países y leche fortificada en el caso de Chile. Pese a que la distribución de leche fortificada genera controversia -principalmente si ésta se destina a los infantes debido al riesgo de desplazamiento de la lactancia materna- en varios países está considerada como un alimento complementario.

**Los suplementos alimentarios fortificados listos para usar** (RUSFs, RTUF) suelen ser utilizados más para casos de emergencia y/o para el tratamiento/recuperación de niños con desnutrición aguda y desnutridos severos. Hay varios estudios de eficacia<sup>47</sup>; en Ghana, Malawi y Senegal se evidenció una clara reducción de anemia en los niños que participaron de programas con estos productos. Cabe anotar que sólo los niños que tomaron RUTFs ganaron talla. El costo es accesible, por ejemplo los Plumpy Nuts<sup>®</sup> tienen un costo de USD 0.06 centavos; un paquete de 92 g proporciona 500 calorías.

**Los micronutrientes en polvo, conocidos también como fortificación casera o suplementación múltiple:** **Sprinkles<sup>®</sup>**, Estrellitas, Chispitas, MixMe<sup>®</sup> (desarrollado por PMA y DSM) son presentados en sobres para ser añadidos a la comida del niño; también existen los Nutritabs como tabletas masticables. Son fortificantes que contienen micronutrientes incluyendo hierro micro encapsulado (fumarato ferroso). El encapsulado impide la disolución del hierro en las comidas y no cambia las características organolépticas del producto como el olor, color o sabor de los alimentos, por lo que son de gran aceptabilidad. Hay bastantes estudios con evidencias sobre la eficacia y/o efectividad del uso de las Chispitas, en Ghana, China, India, Haití, Guatemala y Canadá<sup>48</sup> en la reducción/el tratamiento de anemia. Su costo es económico también: USD 2 a 3 centavos por sobre de 1g. Las Chispitas o fortificantes caseros, tienen la ventaja de que es posible añadir –a la fórmula básica- micronutrientes según necesidad, sólo requiere de una ingesta al día en una dosis muy pequeña y su presentación elimina el riesgo de sobre dosis y facilita mucho la logística. Además no se requiere cuidados adicionales por parte de la persona que administre el producto al niño; evita riesgos de contaminación y elimina posibilidades de oxidación; tiene un bajo costo y un alto beneficio<sup>49</sup>.

OMS, UNICEF, PMA publicaron una Declaración sobre el uso de los micronutrientes en polvo para ser utilizados en situaciones de emergencias; estos productos contienen diversos micronutrientes. La composición de los micronutrientes puede variar de acuerdo a la necesidad. Por ejemplo, las chispitas de Bolivia contienen hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A y vitamina C.

**Todos los productos fortificados óptimos (ACF, Micronutrientes en polvo y RUSFs/RTUF) deben cumplir con lo siguiente:**

- Deben ser de preparación instantánea o precocidos, añadidos a alimentos de consistencia sólida o semi-sólida
- Deben cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, y con la Resolución de la Asamblea Mundial de Salud
- Deben respetar las normas del Codex Alimentario
- No pueden contener ácidos grasos trans
- Si pueden contener amilasa (pero debe ser monitoreada)
- Pueden utilizar productos fermentados o germinados (para proveer amilasa activa)
- Deben contener 20 micronutrientes, salvo cuando lo único que se requiera es reducir anemia, en cuyo caso pueden ser menos micronutrientes.
- Cada ración debe proveer entre el 50 al 100% del RNI diario de los micronutrientes, en el caso del hierro debe cubrir el 100%
- Debe incluirse micronutrientes de alta biodisponibilidad

47 Am J Clin Nutr 2007 86: 412-420; Am J Clin Nutr 2008; 87: 929-938.

48 Pediatr Child Health 2003; 8:89-90; Am J Clin Nutr 2001 74:791-795; Europ. J. Clin. Nutr 2007; WHO 2003;WHO, UNICEF, WFP 2007.

49 Pediatr Child Health 2003; 8:89-90; Am J Clinical Nutrition 2001 74:791-795; WHO 2003.



**Características de los Alimentos Complementarios Fortificados<sup>50, 51</sup>**

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

**Características de los Suplementos Alimentarios Fortificados listos para usar (RUSFs/RTUF)<sup>51</sup>:**

- Deben contener una fuente de proteína de alta calidad
- Deben suministrar ácidos grasos esenciales
- Relación de ácidos grasos linoleico (omega 6) : linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- Densidad energética proveniente de ácidos grasos esenciales
- Leche, si posible (en función del costo)
- Micronutrientes

Los programas efectivos con productos fortificados deben ser integrales, se tiene que considerar: una formulación nutricional adecuada; alianzas públicas y privadas; la participación directa de las comunidades; focalización en los grupos de población más vulnerable, en especial niños de 6 a 36 meses; monitoreo y evaluación, control de calidad; actividades de mercadeo social y comunicación social integrados, en especial consejería dirigida a las madres para que los productos sean proporcionados adecuadamente a los niños que los necesitan evitando que compitan con la lactancia materna.

50 PMA, OPS, INCAP. Informe de la misión de cooperación técnica interagencial. Panamá, marzo 2008.

51 IYCN Working group, 2008, Ten Year Strategy to Reduce Vitamin and Mineral Deficiencies.



## Chispitas Nutricionales

**Lic. Elizabeth Cañipa**  
**Dirección de Promoción de la Salud**  
**Responsable de Lactancia Materna de la Unidad de Nutrición,**  
**Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia**

*Bolivia tiene varios problemas de salud pública: desnutrición crónica infantil, anemias nutricionales, hipovitaminosis A, desórdenes por deficiencia de yodo, obesidad, bajo peso al nacer – malnutrición materna, lo que determinó que el Gobierno generara el Programa “Desnutrición Cero”, en el marco del cual se viene entregando desde el Ministerio de Salud y Deportes, a nivel nacional, las “Chispitas” con el objetivo de reducir la anemia que afecta a 8 de cada 10 niños menores de 2 años.*

El Programa “Desnutrición Cero” se ha trazado como metas:

- Mejorar las prácticas alimentarias y de cuidado de los menores de 5 años
- Promover la suplementación con micronutrientes, el consumo del alimento complementario fortificado, “Nutribebé”, y alimentos fortificados
- Fortalecer la capacidad institucional para la atención nutricional y de enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años

La estrategia de introducir las “Chispitas” inició en el 2002, cuando en una reunión de expertos en París se planteó la necesidad de desarrollar nuevas estrategias, nuevos productos para combatir la anemia. En el Hospital de los Niños de la Universidad de Toronto se hicieron los primeros estudios y luego se aplicó en países como Ghana, Indonesia y Bolivia. Los estudios de adherencia y eficacia resultaron positivos, además de demostrar la ventaja de ser un producto de fácil utilización y que logró reducir las prevalencias de anemia.

La ventaja principal del producto es que el fumarato ferroso está encapsulado lo que evita la interacción del hierro con otros alimentos, como el cambio de color, sabor y textura de los alimentos, y que es empaquetado en dosis única

Las Chispitas nutricionales son presentadas como pequeños sobres que contienen una combinación de micronutrientes en polvo y que puede fácilmente mezclarse con las comidas que preparamos en la casa fortificándolas instantáneamente”. La composición en Bolivia es:

- 12.5 mg de hierro microencapsulado
- 5 mg zinc como gluconato
- 300 mcg vitamina A como acetato de retinol
- 30 mg vitamina C
- 180 mcg ácido fólico

El costo es bajo; 60 sobres a un costo de compra 18 Bolivianos (aproximadamente USD 2.50 centavos) que son entregados a través de los servicios de salud a la madre una vez al año, para que las madres añadan un sobrecito en una comida del niño una vez al día.





La experiencia comenzó en el 2006 cuando se distribuyó a nivel nacional, a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en reemplazo del jarabe que se entregaba y que no demostró efectivo para reducir la anemia. El jarabe tenía sabor y olor metálico, (FERRASOL), teñía los dientes, provocaba dolores gastrointestinales, náuseas y vómitos y no lo consumían. Los costos son cubiertos por el municipio y se entrega gratuitamente.

<b>Chispitas Nutricionales (una sola entrega)</b>		
<b>Niños</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia de Entrada</b>
<b>6 a 23 meses</b>	<b>1 sobre cada día</b>	<b>60 sobres por cada año de vida</b>

Las normas de suplementación que se indican al personal de salud son:

- Entregar 60 sobres en una sola vez
- Entregarla a toda madre con un niño de 6 a 23 meses
- Recomendar que se debe tomar un sobre diario y que no se debe diluir en líquidos, pues la grasa puede flotar, quedarse en las paredes, por lo que sólo debe añadirse a comidas tibias
- A la madre se le recomienda que separe una pequeña porción de comida del plato del niño y allí le agregue el sobre y se asegure de que el niño lo consuma totalmente, a continuación debe continuar con el resto del plato de comida del niño

No existe peligro de sobre dosis, para que provoque toxicidad se requiere ingerir 20 sobres en un día. Se presenta en un sobre pequeño, de polietileno estañado que asegura la estabilidad, puede incorporarse más micronutrientes y su vida en anaquel es de 1 a 2 años almacenado adecuadamente.

Otras ventajas:

- costo de almacenaje y transporte reducidos
- bajo costo
- no se precisa tecnología sofisticada
- el país lo va a fabricar el próximo año

Resultados de la gestión 2007

- Se entregó a nivel nacional
- Se incrementaron las coberturas, de 27.1% a 44.1% (con el jarabe sólo incrementó de 22.3% a 29.61%)

Las dificultades en el primer año han sido: a) al inicio la estrategia de comunicación fue insuficiente porque no se proporcionó una buena orientación a la madre sobre la administración de las chispitas al niño; b) dependencia de la importación de los sobres desde la India ocasionando desabastecimiento del producto en un determinado momento; y, c) una insuficiente capacitación del recurso humano.

Proyección 2009:

- Bolivia producirá la Chispita
- Se ampliará la distribución al niño menor de 5 años
- La vigilancia y monitoreo se realizará a través de un sistema de vigilancia y monitoreo comunitario – SVINC



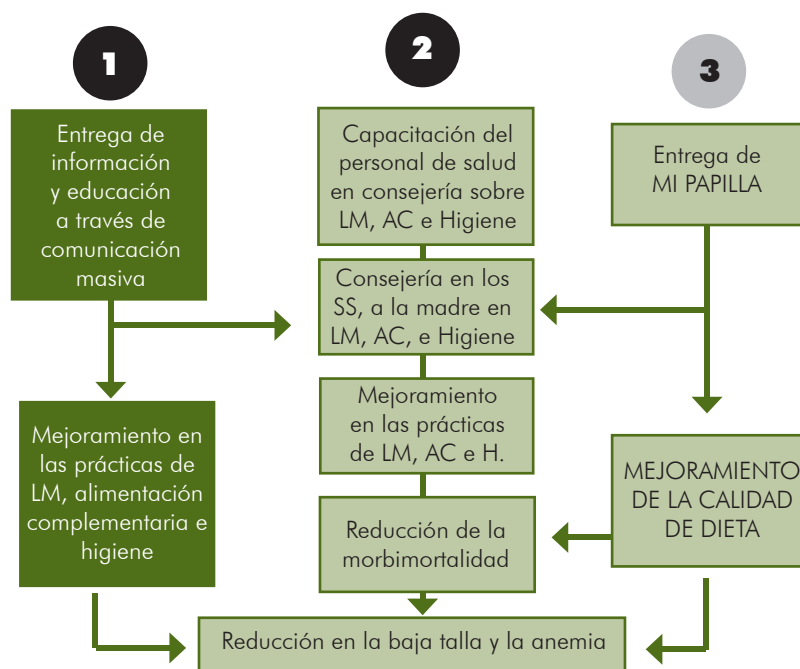
## Programa Nacional de Alimentación y Nutrición - PANN 2000

Dr. Julio Alvear  
Ministerio de Salud, Ecuador

La única información nacional sobre la situación nutricional data de 1986, luego de ello sólo se ha generado información, producto de un esfuerzo muy serio del Dr. Larrea et al.; en el año 2001. La desnutrición crónica en las zonas rurales de la Sierra alcanzó 41%. No obstante, si analizamos por etnias, en las poblaciones indígenas el indicador se eleva a 47% siendo la media nacional 23%. El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000), lanzado en el 2000, ha tenido diferentes esfuerzos y ha demostrado eficacia, por lo cual se presenta la experiencia, pese a que ahora tiene un nuevo enfoque bajo la actual gestión gubernamental.

La situación nutricional al 2001 indicaba que prácticamente 2 de 4 niños menores de 5 años padecía desnutrición crónica, el déficit de peso para la edad era de 15%. En el 2005, las cifras registraron igualmente inequidades; en la Sierra, la desnutrición crónica alcanzaba al 32.5% de menores de 59 meses, en la Amazonia 22.7% y en la Costa 15.8%, concentrándose en la Sierra Central el mayor problema. Con relación a los otros indicadores, se tiene que la anemia para niños menores de 1 año alcanza el 72% y la prevalencia total en menores de 5 años es de 22%. La deficiencia de vitamina A en menores de 5 años, medida en las parroquias más pobres, es del 18%.

Los objetivos del PANN son: **“Prevenir el crecimiento inadecuado, la anemia y otras deficiencias de micronutrientes en niños y niñas entre 6 a 24 meses de edad que viven en zonas de extrema pobreza; mejorar la calidad de la dieta de los niños en riesgo, entregando un alimento fortificado con micronutrientes, diseñado para cubrir las necesidades nutricionales de esta edad específica y promover la participación del sector privado mediante un proceso competitivo de contratación para la producción y distribución del alimento”**. La población objetivo fue identificada en función al grado de pobreza a través de las 230 parroquias más pobres, del quintil más bajo de pobreza y su implementación dependió del financiamiento que se asignó en cada año.



El marco conceptual tenía 3 pilares: comunicación, desarrollo de capacidades del sector salud y entrega del complemento alimentario, sobre éstos se diseñaron los componentes:

- Información, educación y comunicación
- Capacitación a personal de salud
- Entrega de un alimento complementario fortificado
- Participación comunitaria
- Monitoreo y Evaluación

1. El primer componente buscó mejorar el conocimiento de la población sobre las deficiencias nutricionales, proponer el diseño del paquete de la papilla, el manual operativo y diseñar los mensajes a ser difundidos. Difusión que se hizo en las diferentes lenguas que se hablan en el país, anuncios en radio diariamente, televisión, folletería y dos documentales sobre como preparar la papilla y promover su consumo.
2. Desarrollar capacidades en el personal de salud para mejorar sus destrezas de comunicación con las madres, líderes para la implementación del programa y facilitar los procesos educativos con los diferentes actores. Así como para mejorar la coberturas de los servicios de salud y consejería sobre lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, durante las visitas rutinarias al servicio de salud.
3. Entrega de un alimento complementario fortificado, que fue una combinación de cereales, leche, soya, grasas, vitaminas y minerales, con una presentación de paquete de 65 g/día en dos raciones que proporcionaba 275 kcal, respetando el Codex Alimentario. Su presentación es precocido, solo se añade agua y provee 10g proteína, 6g de grasa, y 100% requerimientos diarios de fierro (sulfato), ácido fólico, zinc (sulfato).
4. Se apoyó en una activa participación comunitaria, se crearon comités locales de padres de familia, para elegir puntos de distribución, identificación de lactantes y niños beneficiarios, que al inicio tuvo problemas en su conformación, pero actualmente se están corrigiendo.
5. Un sistema de monitoreo y evaluación que involucra i) la estructura: personal, establecimientos, recursos, equipos; ii) los procedimientos: organización, manejo y financiamiento; y iii) los resultados: cobertura, cumplimiento de normas, localización, calidad y proceso.

Conclusiones: representa un esfuerzo en la dirección correcta y una contribución importante en la solución de la malnutrición en sus manifestaciones sobre todo en el deficiente crecimiento en la talla y la anemia nutricional. Se hizo una evaluación de proceso e impacto que demostró efectividad para 3 indicadores críticos: talla, peso y hemoglobina.

En cuanto a su diseño, el PANN tomó experiencias ya realizadas, evidencia científica, buenas y malas experiencias de América Latina. El modelo aborda una serie de intervenciones coordinadas basado en que debían ser implementadas por un personal de salud capacitado, con participación activa de la comunidad. El supuesto era que el mejoramiento de las prácticas de la lactancia materna y la calidad de la alimentación complementaria como resultados de la educación y el consumo regular de alimento fortificado, tendrían un efecto significativo en la calidad nutricional de la dieta, el crecimiento y la hemoglobina de los niños.

En la implementación, tres de las 5 estrategias se cumplieron tal cual el diseño: capacitación, entrega de papilla y monitoreo y evaluación. Contó con gran aceptabilidad en las madres. Hubo un pobre desempeño de IEC y de la participación comunitaria, hubo varios factores, pero falta trabajar el compromiso del personal de salud, tienen demasiada carga de actividades. Debe incluirse la participación de otros actores que no son del sector salud. La evaluación de proceso no sustituye al sistema rutinario de información interna para monitoreo y evaluación permanente. Se establecieron acuerdos con el sector privado para garantizar la producción, disponibilidad y distribución oportuna.



La evaluación de proceso e impacto<sup>52</sup> permitió demostrar efectos en la talla, peso y hemoglobina, así como diferencias significativas en el puntaje Z para T/E, P/T, P/E y en la prevalencia de anemia. Según el estudio transversal, la talla mejoró tanto en el grupo de niños del programa como en el grupo control, aunque solo alcanzó significación estadística en el grupo control. Por el contrario, la prevalencia de desnutrición crónica se redujo un poco más en el grupo del programa (de 34.7 a 31.1%) que en grupo control (del 30.6% al 29.5%). La prevalencia de bajo peso para la edad se redujo significativamente, en 7.3 puntos porcentuales en comunidades donde el PANN 2000 había sido implementado; del 25% al 17.8% mientras que se mantuvo prácticamente igual en el grupo control. La prevalencia de anemia en el grupo control, disminuyó del 76% a 44 %, al final.

En el marco del nuevo gobierno se está proponiendo un programa similar pero bajo un enfoque territorial llamado Programa de Intervención Territorial Integral (PITI), se comenzará por los 3 cantones más afectados por la desnutrición y otros problemas sociales: Cotopaxi, Bolívar y Chimborazo. Si el modelo funciona, será extendido al resto del país. Existe el compromiso presidencial de impulsar la continuación del programa con este nuevo enfoque territorial.

### **Resumen de la discusión plenaria**

Los productos fortificados juegan un rol importante en el mejoramiento de la calidad de la dieta y densidad nutricional y contribuyen a mejorar la situación nutricional de niños pequeños y madres, cuando forman parte de programas sociales integrales que incluyen, además del producto, otras intervenciones educativas, de consejería a las madres, monitoreo y evaluación y participación directa de las familias y las comunidades. La práctica nos demuestra que en general estos programas son de alto costo y lamentablemente no se asigna presupuesto para el componente educativo, comunicacional y de consejería a las madres, tampoco para el monitoreo y evaluación. Es importante que su uso sea focalizado, en poblaciones vulnerables y zonas que realmente los necesiten.

Fue planteada una reflexión en relación a la participación del sector privado, es necesario vigilar su participación y garantizar el cumplimiento estricto de normas y leyes nacionales enmarcadas en el Codex Alimentario y en respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En realidad, lo óptimo sería no tener que depender de alimentos distintos a la dieta familiar. Ningún producto fortificado por si solo va a solucionar el problema nutricional, al igual que ninguna otra intervención aislada, pues se requiere de un abordaje mucho más integral, que incluye la participación de la comunidad y el monitoreo desde el inicio, desde el diseño del programa.

---

52 Lutter CK et al. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición: Evaluación de Proceso e Impacto. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 2007.



## COMUNICACIÓN PARA CAMBIOS DE COMPORTAMIENTOS EN ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

**Dra. Josefina Vásquez**  
UNICEF, Perú

*La comunicación para el desarrollo sigue siendo un cuello de botella, particularmente en un tema como alimentación y nutrición, vinculado a la historia de la humanidad desde siempre. Desde la era terciaria el hombre fue capaz de todo para conseguir fuego y cocinar, desde ahí, se da cuenta uno de su trascendencia. La comida y el amor mueven el mundo, un mito africano habla de que, " la sangre es la sumatoria de la cocción de los alimentos"; esa expresión resume la complejidad del tema.*

El cambio del comportamiento tiene tres aspectos relacionados:

- Aspecto Cognitivo: conjunto de ideas y esquemas-guiones mentales que influyen en como percibimos y nos apropiamos de los mensajes desde la primera infancia, como aprendemos, la forma como nos relacionamos con los discursos, con lo que escuchamos y de la forma como lo reproducimos
- Aspecto Afectivo: evoca nuestra infancia, pasado, a partir de los sabores, olores o colores de las comidas, lo afectivo es esa tendencia emocional hacia algo, incluyendo las acciones de los otros y de como éstas nos afectan
- Aspecto Conductual Cultural: las tendencias alimenticias se fijan en la fase más temprana de la vida y tienen un impacto en el futuro, tienen que ver con lo cotidiano, como se transmiten los comportamientos

Una estrategia para el cambio de comportamiento implica:

- el abordaje integrado de estas 3 dimensiones
- focalización en la familia, el peso de la mujer en la socialización es muy fuerte
- Incorporar el tejido social que contiene la familia, incorporar a la comunidad, con grupos de vigilancia y apoyo articulado al niño y la madre, con sistemas de servicios, recursos mejorados, técnicos capacitados y tomadores de decisiones en gobiernos locales, asignando recursos

Entender el proceso comunicativo como una imbricada red de tejidos sociales implica que más importante que los medios son los receptores y los procesos de recepción: los mecanismos, lineamientos, metodologías mediante los cuales las personas, reciben, se apropian y usan los mensajes como propios.

Surge entonces el concepto de mediaciones, una mediación es un factor, una influencia, que interviene en los procesos comunicativos y que transforma los procesos comunicativos, modificando los resultados y significados que surgen de ellos. Aquí la cultura es la principal mediación: de allí se desprende el cotidiano de la familia, como se toman las decisiones, la cohesión interna.

El lenguaje es el instrumento fundamental para negociar, para mediar, sobre todo en contextos donde la tradición oral es muy fuerte y hay dificultades grandes para leer.

Así llegamos a las premisas básicas de este modelo:

- 1° Los sistemas de regulación de la vida colectiva son inconscientes.
- 2° La realidad tal como la entendemos es una construcción social, los hombres hacemos que las cosas "hablen", les asignamos significados y para hacerlo disponemos del lenguaje.



- 3° De este modo lo inconsciente es lo que funda la inteligibilidad y comunicabilidad de los fenómenos sociales: la cultura es inconsciente.
- 4° Estas estructuras de orden inconsciente podemos reunir las, reordenarlas, intervenirlas, mejorarlas, siempre y cuando descubramos como se relacionan entre ellas e inciden sobre las otras.

El reto era ¿cómo abordar entonces esta complejidad, dada una realidad socio cultural específica? Imposible abarcar todo, había que tomar una unidad básica de análisis: para nosotros<sup>53</sup> fue la fotografía, porque en los contextos en los que hemos trabajado nos habíamos dado cuenta de que la imagen - como instrumento - tiene una serie de bondades. Esta unidad básica de análisis cultural es la base mínima de lectura con sentido, en este caso es la imagen fotográfica, que permite fijar una franja de cultura que queremos estudiar, en este caso la alimentación y nutrición. Entonces las funciones del lenguaje escrito las trasladamos al lenguaje de la imagen: la función de la semántica se vuelve contenido, la sintáctica se vuelve expresión y la pragmática tiene que mantenerse para que la persona pueda decodificar la foto, si la foto es mía el impacto va a ser mayor.

¿Cómo analizamos la imagen?, primero con espacio y tiempo histórico: ¿quién está en la foto, dónde está, cuándo fue, qué está haciendo? En la comunidad, la gente sabe todos los detalles desde su imaginario. La fotografía es también la presencia de la ausencia, es un pretexto para recrear acciones de la vida cotidiana, es una provocación. Luego se hacen las distinciones: variaciones, combinación, significado social y cultural que tienen las variaciones. Por ejemplo, diferenciar por el tipo de sombrero si se trata o no de mi comunidad, de una mujer soltera, este análisis solo requiere de qué se conozca la cultura de uno. En un tercer nivel ya se establecen las relaciones, evidentes o no evidentes, cercanas o lejanas.

Luego asociar y disociar, la gente ordena las fotos de acuerdo a su propio guión, la idea es que la gente identifique buscando la complementariedad entre las fotos, el carácter interdependiente y la solución del problema o práctica o tema: introduce un nuevo concepto y una nueva mirada. Finalmente, se ha construido una nueva noción, es la etapa de síntesis, donde se mejora la práctica, donde se producen los cambios.

Determinantes de la intención de cambio:

- Atributos de la innovación
  - a. Debe brindar una ventaja relativa
  - b. Debe ser compatible con su cultura (o tal vez romperla)
  - c. Su replicabilidad: debe ser sencillo de aplicar
  - d. Debe ser posible de ser probado
  - e. Debe poder ser visualizado: ver como se hace
- El proceso de toma de decisiones, hay que considerar que mientras más participativo, más asertividad y menos sesgo, más cercano se estará del cambio
- Naturaleza del sistema social: definición de que constituye comida y que no, cuales son los alimentos deseables, las prácticas alimentarias, prohibiciones en gestantes y en edad reproductiva, niños pequeños
- Canales de comunicación: familiaridad de la población con medios, preferencias de horarios, idiomas, lenguajes, facilidad de reunirse
- Agente de cambio: fortalecimiento de capacidades en el: promotor, personal de salud, partera, educador, cura, facilitador

Condiciones para llevar a escala una estrategia de comunicación:

- Masa crítica operativa: técnicos, agentes de comunicación formados
- Transversalidad: temática, geográfica, intersectorialidad, redes formales o no
- Anclaje social: a través de políticas públicas, participación social: maltrato infantil, desnutrición

53 Se refiere a la experiencia en el Programa Buen Inicio de UNICEF, desarrollado en Perú.



- Coyuntura: marco legal, cultura política, existencia de recursos
- Poder difuso: alianzas estratégicas, trabajo Inter. Agencial, regionalización, enfoques interdisciplinarios

#### Reflexiones finales

- El lenguaje escrito es limitado y condicionante, es excluyente, para trabajar con enfoque intercultural hay que trascender los límites del lenguaje
- Re – reconocer nuestro propio ser y el de los otros nos da una visión comprensiva para entender procesos de cambio
- Tomar distancia de uno mismo sin separarse de uno, tener mirada interior
- Usar el pensamiento relacional, encontrar cosas comunes en cosas aparentemente diferentes
- Cierta disposición hacia la sospecha, preguntar ¿porqué?
- Manejo intercultural a partir del diálogo intercultural, combinar medios para decir lo mismo
- La imagen es fundamental para inferir elementos de la cultura
- La secuencia de imágenes permite construir, clasificar, describir, reordenar el mundo interno, narrar
- Integrar lo sensible con lo inteligible
- Abrirnos al riesgo y la libertad, desde lo más simple

***“No podemos erradicar la desigualdad pero será tanto más soportable cuanto más comunitariamente sea vivida”.***

### **Resumen de la discusión plenaria**

La exposición fue considerada como de suma importancia por los participantes y abrió una reflexión sobre la importancia de la especialización y del trabajo del comunicador social, no como un difusor en medios sino como un constructor de estrategias, entradas que faciliten el conocimiento de los móviles de las prácticas en las familias y que a partir del tratamiento de imágenes ayude a que reelaboren sus saberes y mejoren sus prácticas. Asimismo, se considera que este campo es una debilidad muy fuerte en las intervenciones, hay mucho que hacer aún, esta formación las Universidades tampoco la brindan a los profesionales del área de la salud; se planteó entonces que existen alternativas como trabajar con las Universidades, que puedan capacitar y/o incorporar en la currícula de las áreas de salud, un curso de Antropología Cultural mínimamente.

El tema de género fue explicado que no estaba dirigido exclusivamente a la mujer, sino que era tratado con ella para, en un proceso de legitimación entre las mujeres y la comunidad se incorpore al hombre, al cónyuge, la intervención es integral con enfoque intercultural y de género, pero no agresivo, sin hacer el esfuerzo de conocer cual es la pauta generacional, como funcionan los mecanismos de poder en la comunidad, la mujer puede terminar siendo objeto de más agresión, una vez que uno ha podido identificar como funciona el orden cultural, recién se podrá ingresar a negociar temas de carácter intercultural como género, desnutrición, alimentación del niño, etc.

Finalmente quedó que la pregunta debe ser “¿qué hago yo para entenderlo(a) a usted?” y no “¿qué hace usted para entenderme a mí?”.



## LOS RESULTADOS DE UN ESFUERZO COLECTIVO

### GRUPOS DE TRABAJOS



Hubo consenso en que no es posible mejorar la alimentación y nutrición de los niños pequeños si es que ésta no se convierte en una prioridad para los Gobiernos y se traduce en políticas públicas con efecto vinculante sobre el conjunto de sectores involucrados: Salud, Educación, Saneamiento, Trabajo, Desarrollo Social, que doten de una mejor calidad de vida y brinden el marco legal para el ejercicio del derecho a la lactancia materna exclusiva plena y alimentación apropiada para la madre y el niño.

Las agencias de Naciones Unidas están apoyando a los países en la ejecución de experiencias y haciendo abogacía a nivel de la sociedad civil y de los propios gobiernos. Se han obtenido resultados en la mayoría de los países presentes, cuyos Presidentes están haciendo suya la lucha por que todos los niños ejerzan su derecho a una buena alimentación y al goce de una buena nutrición, bajo cualquier sistema de gobierno.

En ese orden de ideas, se organizó a los participantes en cinco grupos de trabajo, integrados por los diferentes representantes de los países asistentes y de acuerdo al interés particular de cada uno, para un intercambio de experiencias y diseño de una Hoja de Ruta/Plan de Actividades para el año 2009.

Los siguientes ejes temáticos fueron desarrollados por los grupos organizados:

- Lactancia Materna
- Alimentación Complementaria
- Anemia
- Desarrollo Infantil
- Nutrición y cuidado del niño pequeño en la APS

La orientación principal para el trabajo grupal fue la de compartir experiencias, discutir y consensuar las principales barreras así como las oportunidades para la implementación – en términos de las necesidades y derechos de los niños y niñas y sus madres – de cada una de las intervenciones en el primer día de trabajo, y al día siguiente trabajar una propuesta de acción inmediata.





## GRUPO DE TRABAJO: LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna cuenta con una contundente evidencia que respalda y motiva a los profesionales a acentuar y continuar los esfuerzos en los países por mantener esta práctica, que va desde garantizar el inicio precoz de la misma hasta incidir en la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la lactancia materna continuada hasta los 2 años, bajo diferentes estrategias dentro de las cuales se inscribe la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños.



### Barreras

En este aspecto se coincidió en que la discusión sobre la lactancia materna tenía como base dos ejes transversales comunes a todos los países: i) es necesaria la existencia de voluntad política, y compromiso institucional e individual para lograr mejorar las prácticas de lactancia materna, esto compromete tanto a las altas esferas de gobierno, cuanto a los hospitales y servicios de salud periféricos, quienes deben a nivel individual y colectivo brindar el apoyo necesario a la madre para el inicio y mantenimiento de la lactancia; ii) lograr una lactancia materna exitosa depende mucho del apoyo que recibe la madre, del personal de salud.

A nivel de gobiernos no existe continuidad en las prioridades sanitarias, es necesario que brinden el marco regulatorio para que se convierta en política de Estado la promoción de la lactancia materna, que supone la generación de instancias intersectoriales que garanticen su implementación y una política de sanciones que impida que las multinacionales hagan una promoción engañosa de los sucedáneos de la leche materna.

En el día a día existen dificultades, sobre una base de limitaciones de acceso a servicios de salud de calidad. Se presenta una realidad contradictoria donde convergen servicios sobre saturados, con escasa infraestructura, escaso personal que trabaja en condiciones inadecuadas, que muchas veces pone en cuestión su compromiso. Por otro lado, la existencia de servicios a los que las madres no acuden por las brechas culturales y sociales de la región.

***...mi hospital, uno de los dos hospitales centrales atiende, sólo con dos camillas sin barandas, hasta 11 partos por hora, ¿cómo podríamos aplicar el apego precoz en esas condiciones?***

El mensaje también representa una barrera, la consejería en lactancia materna exclusiva tiene, en muchos casos, la limitación en el propio mensaje, que suele traducirse – por ejemplo - en una suspensión abrupta de la lactancia cuando el niño cumple 6 meses. El mensaje es interpretado que es solo por ese periodo que se debe lactar al niño, ocasionado porque los mensajes sobre lactancia materna extendida no se enfatizan. Esta diferencia no es explicada adecuadamente por los profesionales de salud, en la consejería que se brinda a las madres en los servicios públicos, en el sector privado esta situación si tiene una intencionalidad directa en el profesional: suspender la lactancia materna para que se incorporen sucedáneos de la leche materna por la influencia que tienen las empresas que venden estos productos en los profesionales de la salud.



Si bien en el interior de los países se constatan dificultades de acceso por parte de los establecimientos y de las propias madres, en las áreas urbanas, donde la mujer está ya incorporada al mercado laboral, se añade el problema de la ausencia de un marco legal que permita lograr una lactancia materna exclusiva exitosa, teniendo que cortar la lactancia por falta de una infraestructura (lactarios) para dar de lactar o para almacenar y mantener la leche adecuadamente, que le brinde el soporte necesario. Esto muestra la inconsistencia entre el esfuerzo que se hace desde los Ministerios de Salud y las políticas laborales emanadas de los Ministerios de Trabajo.

Se pudo concluir a la luz del intercambio, que las barreras de acceso a un parto y atención sanitaria que garanticen buenas prácticas de lactancia materna exclusiva no es vista por los gobernantes como un problema que tiene que ver con el desarrollo de capacidades, con el capital humano del país, que genera más gasto en salud, educación, atención médica, que los mismos estados deben asumir, la razón es que estos gastos no son muy visibles para los decisores de políticas, visibilización que constituye un reto en solitario para los diversos Ministerios de Salud y que constituye en realidad, una violación a los derechos humanos de la mujer y el niño.

Aunado a lo anterior se encuentra que existe un fuerte mercado de comercialización de sucedáneos de la leche materna que vende la idea de que sus fórmulas son muy eficientes nutricionalmente hablando, ante ello no se cuenta con el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna en vigencia con rango de ley en todos los países,<sup>54</sup> y donde existe, no necesariamente la ley es clara respecto al respeto del derecho del niño de gozar de lactancia materna exclusiva y/o no hay una política fuerte de sanciones sobre las empresas comercializadoras de sucedáneos que utilizan toda clase de medios de comunicación masiva, calando en el subconsciente colectivo, por ser la lactancia materna una actividad que ciertamente es muy demandante para una mujer que muchas veces es madre de varios hijos y está incorporada al mercado de trabajo.

### Oportunidades

El contexto del relanzamiento de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y su proceso de acreditación, brinda un marco favorable para – a través de implementar una estrategia de marketing social<sup>55</sup> – difundir las ventajas de dar a luz en un Hospital Amigo, donde la madre gozará de todo el soporte para el inicio de esta nueva etapa en su vida y la de su bebé.

Hay una buena experiencia en Uruguay que recoge las recomendaciones de la propia Iniciativa de adaptar a cada país, realidad y situación esta iniciativa, así, en el marco del nuevo Sistema Integrado de Salud, han retomado la IHAN, a través de su Programa Niñez, con otro formato, llamado “Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño”, que incluye la acreditación de servicios asistenciales privados (policlínicos) los cuales reciben el reembolso de sus atenciones bajo determinados condicionantes; una ley de acompañamiento del parto; el monitoreo de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria hasta los 24 meses y el control del embarazo, además han creado una Coordinadora Nacional de Lactancia semejante a la de Bolivia, liderada desde la más alta esfera del Poder Ejecutivo.

La celebración de los derechos de la mujer y el niño ha sido vista en Guatemala como la oportunidad de colocar, además de la lactancia materna el tema del parto y la necesidad de un marco legal que proteja ambos. Que debe basarse en el empoderamiento de la mujer y de su comunidad, para que tenga el respaldo social que requiere, donde no esté sola sino con la comunidad defendiendo su derecho a un parto que asegure el inicio precoz de la lactancia. El apoyo de las agencias internacionales debe continuar, contribuyendo en este tema y en asistencia técnica a nivel de los diferentes países.

54 Países que cuentan con Ley de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna: Brasil, Bolivia, Perú, Chile y Uruguay, en Argentina se aplica sin que haya Ley, igualmente en Ecuador.

55 Se hizo notar la originalidad de la Campaña “Amamanta Brasil” que resalta el rol de la abuela como apoyo a la LME exitosa.



La existencia de espacios comunitarios, de acuerdo a cada país, espacios de participación social, donde se puede hacer intervenciones educativas y empezar a trabajar los derechos humanos y a través de ello, los derechos del niño, de la mujer y así, formar la demanda, es otra oportunidad. La lactancia materna no es responsabilidad exclusiva de la mujer sino de su familia y comunidad, en esa medida estos espacios pueden ser grupos de apoyo a la madre que da de lactar, por comunidad con apoyo del sistema de salud.

### **Razones que explican las bajas tasas de LME**

- La condición de la mujer como trabajadora formal, que desconoce que la lactancia materna es un derecho, frente a una ausencia de cumplimiento de las medidas de protección. No le permite contar con espacios donde dejar a su hijo o guardar su leche, esto se une a causas de naturaleza cultural que deben ser entendidas en su real dimensión. Hay estudios de corte cualitativo que han encontrado que las razones por las que una mujer deja de dar de lactar en un 75% es por razones de orden cultural y sólo un 3.5% por razones de naturaleza laboral, por ello se debe comprender, qué es realmente lo que hace que muchas mujeres no quieran dar de lactar o que la corten demasiado temprano, explorando ellas dicen: “porque no es necesario ya”, “porque la leche ya es aguada”, “no me alcanza la leche”, etc
- Ausencia de una consejería permanente, de un grupo de apoyo, que se dedique a hacerle un seguimiento constante a la madre. Pues resulta como si la sociedad hubiese descargado toda la responsabilidad exclusivamente a la mujer, impidiéndole muchas veces manifestar sus dudas o temores, debería de adecuarse una estrategia parecida a la utilizada por organizaciones como alcohólicos o jugadores anónimos, esto es, tener una persona, una “madrina de la madre que da de lactar” que la llame constantemente para indagarle sobre como lleva su lactancia materna, apoyarla y ayudarla a resolver sus dudas
- El modelo de promoción de lactancia materna que es débil, no crea caminos para lograr cambios, para empoderar a la mujer y pueda contar con una matriz asistencial que sea menos informativa (promocional) y más “empoderativa”. El personal de salud debe ser más propositivo, buscar espacios no sólo para informar, sino para empoderar, para proveerla de los instrumentos para conocer y reclamar, ejercer sus derechos y darle soporte familiar, comunal empezando con los niños, las jóvenes, antes de que se conviertan en madres

Es fundamental que se pueda garantizar el apego precoz, es necesario generar el vínculo madre – niño al momento del parto, mantener este apego por lo menos una hora luego del nacimiento contribuye en mucho al desarrollo del niño

Se deben ofrecer mensajes muy sencillos – como en la experiencia de Bolivia, basados en la escala de Nelson Ortiz – para que la madre, en el momento de la lactancia, le cante al niño, le converse y/o lo acaricie, adaptándose a las limitaciones de trabajo o de actividad doméstica, ayudándola a encontrar los espacios para que lo implemente.

### **Plan de acción**

Insertar la lactancia materna en la macro política, como política de Estado, logrando que sea vista multisectorialmente, articulando a todos los sectores en una comisión multisectorial de carácter nacional, que cuente con presupuesto, cuyo paraguas sea la política de Estado de protección de la lactancia materna. De acuerdo a cada país, podría ser a nivel parlamentario.

Desarrollar un modelo para trabajar con la comunidad, construyendo ahí una propuesta tal cual se tiene para la IHAN, uno de nuestros países debería de comprometerse a desarrollar una propuesta de como trabajar en el primer nivel de atención con su comunidad, con su Municipio, la lactancia materna, no como extensión de la IHAN sino inspirado en ella, involucrar en el medio local a la madre, familia, comunidad, autoridades para proteger e incentivar la lactancia materna exclusiva, incluyendo su propio monitoreo.



Establecer un sistema de monitoreo y evaluación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, desde todos los sectores. El Ministerio de trabajo debe monitorear si existen lactarios, si se cumple la hora de lactancia materna; en las escuelas el docente debe ver si hay mujeres embarazadas; el Ministerio de educación debe monitorear que se estén haciendo control pre natal, es decir no le corresponde sólo al sector salud el monitoreo, la comisión podría lograr los acuerdos para lograr este tipo de monitoreo.

### ***Acciones prioritarias para evaluar la implementación de los programas de fomento la lactancia materna***

Una acción prioritaria es el sistema de monitoreo, al cual hay que identificarle los indicadores nacionales. Si bien no es tan sencillo tener indicadores que expresen la lactancia materna exclusiva, se sugiere que desde el diseño muestral se tenga cuidado para incorporar los grupos étnicos que permitan obtener la información exacta de lactancia materna exclusiva a los 5 y 6 meses, que es más real, la lactancia a la primera hora de vida, la continuación de la misma hasta los 2 años, entre otros.

### ***La lactancia materna en situaciones de emergencia o excepcionales***

La lactancia materna en situaciones excepcionalmente difíciles como son las emergencias; niños nacidos con bajo peso; niños desnutridos menores de 6 meses; niños prematuros; madres con VIH; madres que están en la cárcel; madres con estrés, entre otras situaciones. Se indicó que requería de un propio desarrollo según país, teniendo un tratamiento especial, siendo primordial ejercer una acción de control para impedir o disminuir la fácil utilización de sucedáneos de la leche materna que suelen llegar donados en grandes cantidades y que los gobiernos y otras instituciones distribuyen. En ese sentido, los grupos de apoyo, la consejería que se ha mencionado debe tener especial consideración en estos casos específicos.

### ***Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: Oportunidades y acciones prioritarias***

El Código fue establecido hace 27 años y aún varios países de la región no lo han convertido en Ley, lo cual debería lograrse en el plazo inmediato, por otro lado hay países quienes tienen la Ley, pero no la han reglamentado, por ello se hace necesario revisar el marco regulatorio en cada país y generar una masa crítica sobre la necesidad de su cumplimiento, específicamente en lo que a alimentos para menores de 2 años se refiere, asegurándose que no se distribuya a niños pequeños, ni que la publicidad confunda a las madres vendiendo la idea de que son productos incluso, mejores que la leche materna, que debe ir acompañado de un sistema de sanciones efectivas

Las recomendaciones incluyen:

- Implementar el Código de la Lactancia Materna en los países de la región
- Implementar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
- Acciones de sensibilización y difusión de ambos códigos dirigidas a autoridades nacionales, regionales y a la población general



## GRUPO DE TRABAJO: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria es una etapa de transición en la vida del niño en la cual la evidencia estadística nos refiere que hay una caída brusca en el estado nutricional adecuado de los niños pequeños; constituye una continuidad de la lactancia materna y representa un nudo crítico pues en esta etapa se instalan los hábitos alimentarios que marcarán la vida futura del niño pequeño.



### Barreras

Una barrera inicial es constatar que la alimentación complementaria ha perdido cierta visibilidad, debido al énfasis puesto en los últimos años a nivel internacional en la lactancia materna, pese a ser tan definitoria y contener varias aristas, siendo la principal su complejidad. Está fuertemente determinada por aspectos culturales, sociales, geográficos, económicos que influyen de diferente manera, con diferente peso, que no permite tener un solo discurso, una sola recomendación – como es el caso de la lactancia materna -, igual para todos los países, y en segundo lugar, es o debe ser un esfuerzo del cual los gobiernos no pueden excluirse.

El Estado, los gobiernos, así como los programas deben asumir que la alimentación complementaria no es un tema que se reduce a brindar alimentos al niño, sino que es un asunto de derecho al acceso al alimento especial para el niño pequeño. Hay una responsabilidad de los Estados, respetando los patrones culturales, en asegurar la disponibilidad de alimentos que pudiendo ser distintos en cada contexto, deben guardar la misma significancia como valor nutricional, para no excluir a ningún grupo social.

Otra barrera la forman los mensajes, esto explica que las estadísticas muestren que la alimentación complementaria no es buena, hay resistencia en la madre porque considera que ella sabe alimentar al niño y siente que el profesional de salud le quiere quitar su rol. A partir del sexto mes puede que las madres continúan amamantando más que dando alimentos sólidos, producto de la multiplicidad de mensajes que recibe, entonces el problema del mensaje debería de simplificarse y apuntar a una sola recomendación más sencilla: “de 6 a 8 meses debe dar dos comidas al niño pequeño y refrigerio si el niño lo desea, y seguir amamantándolo”, nada más, para efectos de indicaciones generales.

Existen evidencias que indican que la alimentación complementaria no cubre los requerimientos nutricionales del niño pequeño, independientemente del grupo social al que pertenezca, debido a que existe falta y exceso de información por la publicidad, confusión generada desde los servicios de salud que tiene que ver con la brecha educativa que existe entre los profesionales de la salud en educación alimentaria, la falta de regulación sobre la información de las multinacionales de alimentos para niños, la cual impacta en las madres vendiéndoles la idea que sus fórmulas pueden reemplazar la lactancia materna y a una alimentación variada y culturalmente adaptada.



## Oportunidades

La investigación formativa puede ayudar a superar las limitaciones culturales, sociales, económicas, de los equipos de salud, investigando su comunidad, estudiando qué conocen, qué desconocen, cuáles son sus prácticas, creencias, hábitos y así podrían adaptar los materiales educativos a la realidad de cada comunidad, teniendo en cuenta los lineamientos generales nacionales, y no continuar haciéndose materiales para todo el país que no siempre pueden ser usados en todas las realidades. Sur América es un crisol de razas y realidades con patrones de conducta muy distintos entre sí, aun al interior de cada país.

La evidencia sobre la manera de cómo llegar a las madres y cambiar el comportamiento frente a la alimentación del niño pequeño debe aprovecharse, considerando con claridad que esto significa cambiar estilos de vida que no sólo involucran a ella sino a su comunidad. Para conseguirlo, lo más indicado es reducir los mensajes, hacerlos más claros, específicos, centrados en alimentos, no en nutrientes, para que pueda ser apropiado por ella y su comunidad. En los lugares donde no haya acceso a alimentos, habría que desarrollar otras estrategias en el marco de estudios o análisis específicos de las distintas realidades.

Para cambiar los comportamientos, es necesario dar a la madre los mensajes, las recomendaciones, que ella requiere, tener la capacidad de proporcionarle respuestas adecuadas y oportunas, tomar aquellos mensajes que la ayuden en el ¿cómo?, pues las madres tienen un buen conocimiento sobre los ¿qué? de los alimentos, pero no en el ¿cómo entregarlos al niño?. Si se logra dar respuestas desde el servicio, desarrollando las habilidades del equipo de salud, se logrará los cambios de comportamiento: despojándose el equipo de salud de la actitud de control sobre el niño que da inseguridad a la madre y ejerciendo un diálogo desde sus necesidades de información.

## Acciones prioritarias identificadas:

- Elegir un grupo de mensajes claros que deben estar dentro de los lineamientos a nivel de país y extraer los que se ajusten en cada comunidad, pero cada mensaje debe tener diseñada su operacionalización, su puesta en práctica en el contexto de la atención al niño pequeño y las demás responsabilidades que la madre tenga
- Implementar estrategias para contrarrestar la publicidad y mercadeo de mensajes de alimentación complementaria promovida desde el sector privado
- Reposicionar dos mensajes: el mensaje de lactancia materna hasta los 24 meses y que la alimentación complementaria no se contraponen a la lactancia materna.
- Promover el concepto de que la alimentación complementaria no tiene solamente el rol de brindar nutrientes, sino de formar hábitos alimentarios futuros
- Es importante rescatar y valorar los hábitos tradicionales, prácticas que se han perdido. Se debe explorar los condicionantes sociales y de mercadeo que penetran las comunidades provocando que se pierdan prácticas que son adecuadas. Los equipos que hacen consejería deben tener una adecuada capacitación y habilidades pedagógicas para adaptarse a la realidad cultural y nivel educativo de la familia, respondiendo a sus necesidades, adaptando los mensajes a este entorno y dando una consejería integral

***El gran desafío es hacer “universal” los lineamientos para la alimentación complementaria, incluyendo aspectos emocionales, nutricionales, y la consejería de modo integral, pero también práctica y específica a nivel de la comunidad. Se requiere un marco para actuar en esta aplicación.***



## **Sistema de monitoreo de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria**



### **Barreras y oportunidades**

Las principales barreras son la cantidad de puntos de control necesarios, en la recolección, digitación hasta el análisis, lo que produce pérdida de la información. Por otro lado se requiere, además, de personal idóneo y suficiente, lo cual es difícil en el sector salud por la sobrecarga de actividades que normalmente tiene el personal, que limita su participación en actividades adicionales y las pocas capacidades con que cuentan.

Debe aprovecharse la recolección rutinaria de información durante el control del niño, si es que existiera un sistema de crecimiento y nutrición, se podrían colgar otros indicadores sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, asimismo aprovechar la presencia de otros sistemas de monitoreo de la salud infantil donde podría incorporarse los indicadores propuestos por la OMS para institucionalizar la estrategia, contribuyendo a reducir el trabajo del personal que actualmente tiene que alimentar dos o más sistemas de monitoreo.

Si el sistema está implementado contribuye a mejorar la consejería y a evaluar las intervenciones locales, cuando la información es reportada oportuna e inmediatamente, lo cual es más factible de lograrse si se tienen pocos indicadores, pero específicos y sensibles, si esta información es desagregada y devuelta permitiría corregir las intervenciones locales y ser usada en los procesos de planificación local. Bajo estas condiciones el personal de salud vería que se valora su esfuerzo por recoger información como parte de sus actividades.

Debe considerarse el tema de la supervisión, capacitación y monitoreo del sistema, en forma permanente para el adecuado funcionamiento del mismo.



## GRUPO DE TRABAJO: ANEMIA

La anemia es un problema que trasciende el estatus social y económico de la población en la región. Existe un abordaje hasta cierto punto común sobre las estrategias de solución en los países de la región. Existe una diversidad de intervenciones para la prevención de anemia, como parte de las políticas nacionales. Las estrategias principales para solucionar el problema de la anemia al igual que otras deficiencias de micronutrientes son: la fortificación de alimentos de consumo masivo, la suplementación con micronutrientes dirigida principalmente a niños pequeños y gestantes; la diversificación de la dieta; la biofortificación (estrategia relativamente nueva); prácticas y servicios de salud como la lactancia materna, la desparasitación, la ligadura tardía del cordón umbilical y el control de las enfermedades prevalentes de la infancia. Todas estas estrategias deben ir acompañadas del componente educativo, informativo, de comunicación social y consejería directa a las madres y a las comunidades.

### **Barreras**

Una barrera fuerte es la “invisibilización” de la anemia como un problema de salud pública, lamentablemente no hay sensibilización frente a las dramáticas prevalencias de anemia desde las altas esferas de gobierno, ni sobre la necesidad de atender este problema nutricional con un enfoque intersectorial, mediante un conjunto de acciones. Existe un aparente conformismo frente a una deficiencia tan frecuente, a pesar de tener repercusiones en el desarrollo cerebral del niño pequeño, entre otros impactos negativos. El sector salud enfrenta esta situación y tiene que brindar respuestas en la mayoría de los países, como parte del paquete de atención integral del niño. Para solucionar el problema de la anemia y lograr cambios sostenibles, se requieren esfuerzos multisectoriales, por ejemplo dotar de agua y saneamiento a las poblaciones para evitar o disminuir las altas tasas de parasitismo.

Otra barrera son los altos costos de fortificar alimentos, frente a los cuales el Estado tiene dificultades para negociar con la empresa privada. Además de los costos, está la tecnología que se debe usar; los suplementos que tradicionalmente ha venido entregando el Estado, no logran la adherencia necesaria, requieren más investigación y tecnología sobre su presentación.

Hay una brecha y desconocimiento del valor de ciertas estrategias y prácticas que de aplicarse ayudarían mucho a la solución del problema. Por ejemplo, el equipo médico que recibe al recién nacido desconoce o hace resistencia al clampeo tardío del cordón umbilical, no aprecian esta práctica como fundamental para disminuir la anemia en el recién nacido y generar los depósitos de hierro necesarios, que garanticen un crecimiento y desarrollo armonioso del niño; la ligadura tardía del cordón no es una práctica común dentro de los protocolos de atención de los servicios asistenciales.

La presentación, sabor y efectos colaterales que producen los suplementos de hierro que son entregados a través de la red de salud, ocasionan el rechazo hacia el consumo por parte de los niños y de las mujeres y genera desconfianza sobre las políticas de salud para los sectores menos favorecidos. Se han probado sustitutos como ser las “Chispitas o Sprinkles®” pero aún no se han ampliado las coberturas de atención ni se ha llevado a mayor escala las intervenciones a nivel nacional, con excepción de Bolivia; aún este país carece de resultados finales.

En la región existe una gran dificultad de acceso y disponibilidad de alimentos ricos en hierro en las poblaciones alto-andinas e indígenas, que se combinan con prácticas inadecuadas de consumo y distribución intrafamiliar de los alimentos, principalmente de proteínas de origen animal, que son una fuente importante de hierro de alta biodisponibilidad.





La estrategia de educación y comunicación dirigida a la madre, familia y comunidad no ha sido bien trabajada, se han producido muchos materiales educativos que han terminado sin ser utilizados, por razones de acceso geográfico, así como también porque éstos no han respetado la diversidad cultural y étnica en los países de la región. Precisamente en esas áreas es donde existen prevalencias que evidencian que el 80% de los niños pequeños sufren de anemia. Por ello la consejería; la orientación “cara a cara” realmente se presenta como la alternativa más adecuada para lograr cambios sostenibles.

El monitoreo ha sido insuficiente, centrándose más en los aspectos logísticos que en la adherencia y cambio de las prevalencias, denotando un enfoque centrado en el cumplimiento de las actividades, del programa y no en generar cambios sostenibles.

## Oportunidades

Los avances tecnológicos en el campo de la adecuación de micronutrientes a alimentos y preparaciones amigables para un consumo masivo y efectivo, están permitiendo que se puedan implementar estrategias nacionales de fortificación y suplementación. Destaca la presentación de micronutrientes de dosis diaria para incorporarlo a cualquier alimento, para menores de 2 años, que Bolivia ya está implementando (Chispitas).

El posicionamiento de la lucha contra la desnutrición crónica en la región brinda un espacio desde el cual se puede incluir la temática de la anemia en una misma agenda y prioridad. Hay que asegurarse que las políticas nacionales tengan un enfoque integral y multisectorial para lograr cambios sustantivos y sostenibles.

Las evidencias sobre determinadas prácticas como la ligadura tardía del cordón umbilical pueden ser utilizadas para sensibilizar al personal profesional de salud para que – de acuerdo a sus condiciones y realidad – se comience a adoptar esta práctica en los servicios de salud.

La existencia de programas o estrategias nacionales contribuyen también a brindar espacios donde se pueden insertar intervenciones para disminuir la anemia como por ejemplo, condicionando la entrega de transferencias monetarias al consumo de los suplementos; llegar a acuerdos desde el nivel local para mejorar las condiciones de acceso a servicios públicos y participación en actividades educativas, entre otras.

## Plan de acción

- Generar información permanente pero confiable para poder tener un dimensionamiento lo más fino posible de la realidad en la región, que permita desarrollar abogacía con los decisores de políticas en las altas esferas del gobierno, para la formulación o fortalecimiento de programas de reducción de la anemia, así como para asegurar los recursos económicos necesarios. En ese marco, una medida que puede implementarse es la de incluir la recolección de datos sobre anemia en las encuestas nacionales de nutrición que se realicen en los países
- Abordar la formulación de políticas, bajo un enfoque de derechos humanos con un marco conceptual integral de la problemática, que esté ligado a los determinantes sociales que causan esta deficiencia, principalmente en niños y mujeres gestantes. Articular y generar sinergias con los diferentes sectores involucrados
- Replicar experiencias exitosas e innovadoras entre los países de la región, como la introducción de las chispitas nutricionales – caso Bolivia – o como los proyectos de biofortificación de alimentos con hierro que unidos a otras intervenciones ayudarán en la prevención, control y reducción efectiva de la anemia en la población objetivo más vulnerable



### **Establecer un sistema para monitorear con regularidad las prácticas o intervenciones para la reducción de la anemia:**

Esta parte del debate fue dividida en dos bloques:

- i. Evaluar los procesos de la implementación de las acciones a favor de la reducción de la anemia nutricional. El grupo priorizó la necesidad de realizar un monitoreo de las principales estrategias: fortificación, suplementación y diversificación alimentaria y dentro de cada uno, los principales puntos críticos, por ejemplo en suplementación se debería monitorear la producción, distribución y el consumo; en la diversificación alimentaria debería de monitorearse los cambios en hábitos de consumo de las poblaciones
- ii. El monitoreo. Este aspecto de vital importancia, es débil o inexistente en algunos países, por ello se plantea la pertinencia de crear una plataforma virtual para el intercambio de experiencias, presentar innovaciones de los países y monitorear y comparar los avances en cada uno de ellos. Los países que no tengan un sistema de monitoreo instalado podrían adherirse a esta plataforma para el diseño de un modelo propio

Finalmente, con relación a las pautas relacionadas con la alimentación y desarrollo del lactante y el niño pequeño que contribuyan a la reducción de la anemia en situaciones difíciles, el grupo señaló que toda acción en emergencia debe respetar la continuación de las acciones de los programas regulares como son los de lactancia materna, alimentación complementaria, suplementación con hierro, educación alimentaria y nutricional. Para contrarrestar esta posibilidad los países deben contar con protocolos de prevención de la anemia en casos de emergencia que incorporen lo expuesto.

Asimismo se cuenta con el aporte de las guías establecidas por la OMS, OPS, UNICEF, PMA, que incluyen VIH/SIDA, para elaborar planes de contingencia en situaciones de emergencias, las cuales son imprescindibles en una región que está expuesta a diferentes y frecuentes fenómenos naturales.

## **GRUPO DE TRABAJO: DESARROLLO INFANTIL**

El grupo estuvo de acuerdo en plantear como un marco general al problema del desarrollo infantil, las altas tasas de anemia por deficiencia de hierro en los niños pequeños, por la reconocida asociación entre carencia de micronutrientes como hierro y zinc y el desarrollo del cerebro. Si estos problemas no se resuelven a nivel de políticas públicas derivarán en la mantención de los graves problemas de desarrollo con los altos costos que ello implica para los países de la región. Esta situación debe tener un enfoque multisectorial, donde el sector salud asuma el liderazgo pues la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, no son temas que se resuelven exclusivamente desde el sector salud, requieren de un conjunto de intervenciones integradas, articuladas, que deben constituir parte de compromisos multisectoriales por las graves e irreversibles consecuencias en el capital humano de la región.

En ese orden de ideas, una de las principales barreras es la falta de visualización en la familia, sociedad y política del tema de desarrollo, no es visto como un problema que afecta al conjunto de la sociedad y en general, el único sector que lo reconoce como importante, es el sector educación, pero cuando el niño ingresa a la escuela, siendo ya muy tarde.

Una situación que es común en los países es la falta de continuidad en las políticas, cada gobierno asume sus prioridades, así, los programas nacionales de pronto son dejados sin financiamiento por priorizarse otro programa o estrategia. Esta situación tiene efectos no sólo en pérdidas de orden económico sino de capacidades pues los recursos humanos formados, entrenados se ven obligados a desarrollar otras acciones.



Falta de posicionamiento de la real trascendencia del desarrollo infantil. Lo que se quiere finalmente es el desarrollo social, sin embargo hemos posicionado el tema del crecimiento físico como central; se requiere precisar que el crecimiento es un medio para alcanzar el desarrollo humano. No se necesita invertir demasiado para alcanzarlo, éste es el corazón del problema. Por ello se encuentra mejor posicionado el tema de la desnutrición, porque no se ha logrado hacer visible el tema de desarrollo.

No ha habido muchos cambios en la mirada del desarrollo, ha tenido un enfoque muy individual y heterogéneo, con miradas muy variadas dentro de los equipos de salud, que lo ven además como un problema complejo pero de un individuo, sin una mirada de conjunto. Reflejo de ello es que no se lo ha estandarizado, ni normatizado, se lo ha tratado de manera muy "medicalizada"; como casos particulares, no desde un enfoque poblacional, preventivo y promocional. Las políticas nacionales tienen dificultades en su operacionalización.

En general no se dan los recursos suficientes para enfrentar este aspecto tan importante para el futuro del individuo. Por otro lado, las universidades tienen debilidad en la formación en desarrollo infantil, en enfoque de prevención, en enfoque de promoción de la salud; brindan un enfoque eminentemente curativo, por ello los profesionales no responden a las nuevas estrategias que se quieren implementar en cuanto a desarrollo infantil o atención primaria de salud.

A pesar de que el factor nutricional principal del fracaso escolar está vinculado a la deficiencia de micronutrientes, no existe la capacidad de actuar frente a ello, se le da un enfoque más desde educación que de determinantes como hábitos inadecuados de cuidado y alimentación infantil, educación de la madre, etc. que pudiera ser prevenido con una intervención preventiva en edades tempranas.

El apoyo de las agencias es muy importante, lamentablemente no siempre los gobiernos mantienen el financiamiento para la continuidad de las acciones, perdiéndose los acúmulos. Asimismo se ha podido sentir que en algunos países se ha dado demasiado esfuerzo al acompañamiento de estrategias promovidas por las agencias, descuidándose programas que incluso eran exitosos.

El sector salud ha tenido una mayor preocupación por detectar y evaluar los problemas de desarrollo, que en como intervenir, no hay competencias para trabajar el tema de la estimulación, para que puedan brindar consejería en crianza de los niños, quienes están cerca o en el primer nivel deberían de estar en la capacidad de dar consejería en aspectos de desarrollo muy ligados a la crianza, hasta ahora dan más consejos técnicos que la madre no sabe o no puede traducir en su cotidiano, lamentablemente también el personal de salud no considera la consejería como una necesidad de la población. Aunado a ello es cierto también que el personal casi siempre es insuficiente imposibilitándole el llegar a las áreas más alejadas, habiendo una brecha de inequidad en la atención, muy grande en determinados países.

Los aspectos culturales, las creencias en alimentación y crianza de los hijos, no tienen una respuesta adaptada culturalmente por el personal de salud, de ahí se deriva la resistencia a poner en práctica recomendaciones que las madres no entienden desde su cosmovisión del desarrollo de sus hijos.

Se constata que se está frente a problemas que tienen que ver con lo intercultural, con la formación de los recursos humanos de salud, que están formados para la recuperación y no para las acciones preventivas, promocionales, la acción educativa, la capacitación y organización de la comunidad y la abogacía. No hay habilidades desarrolladas en el personal, sin embargo el sector salud es el único que cuenta con la estructura, la red para llegar al conjunto de las comunidades. Pese a las deficiencias que pueda tener el equipo de salud, éste es el equipo con el que se cuenta, por ello debe ser formado, fortalecido en habilidades de trabajo con enfoque de atención primaria de salud.



## **Oportunidades**

Ha habido experiencias positivas a nivel de la región, experiencias promovidas generalmente por las agencias de cooperación que bien pueden ser rescatadas, adaptadas y diseñadas para intervenciones nacionales, con un enfoque desde el lado de la nutrición pero que sirven de plataforma para visibilizar el tema. Las sociedades científicas también se encuentran cooperando.

La rapidez con la que se pueden constatar, ver los cambios que se obtienen a nivel de desarrollo es rápida, es observable y está basada en un conjunto de pequeñas prácticas, lo que permite trabajar con la familia y la comunidad.

Se ha logrado un avance en cuanto que hoy ya se reconoce la relación entre el desarrollo individual y el desarrollo económico, que permite instalar el tema de infancia como una política en la región, el tema infancia vinculado a nutrición ya es visible en las últimas cumbres como AL – CUE, APEC, donde los Presidentes han hecho declaraciones en ese sentido, abre una puerta de entrada para agendar el tema de desarrollo. A su vez los países ya tienen programas propios como Hambre Cero en Bolivia y Brasil, Crecer en Perú, Ecuador está alargando su Programa de Erradicación de la Desnutrición Infantil, Guatemala con un enfoque intersectorial que dan el espacio para ello.

Los procesos de descentralización y la extensión de las redes de la estrategia de municipios saludables permiten hacer un trabajo local, distrital y hasta cierto punto más intersectorial en esos espacios, que permite el desarrollo e implementación de políticas locales y destinar recursos, con una participación efectiva de la comunidad y fuerte presencia del sector salud por lo extendida de su red de servicios de salud.

## **Cómo incorporar mensajes de desarrollo infantil en la APS**

El grupo estuvo de acuerdo con todos los mensajes que se han venido presentando durante el seminario, dentro de ello se considera que la estrategia de Hospitales Amigos de los Niños brindan la plataforma desde donde se puede hacer promoción de las prácticas de apego precoz; estimulación temprana; lactancia en la primera hora del nacimiento; interacción con el niño a la hora de comer; la comida en vínculo con el juego; e importancia de la palabra con apoyo de las redes sociales, familia y comunidad. Esta estrategia hay que fortalecerla en algunos países y por otro lado debe ser extendida a los servicios del primer nivel de atención y centros laborales en lo que corresponda, partiendo de la humanización de la lactancia materna.

Debe buscarse que los establecimientos de salud en todos los niveles de atención tengan un enfoque especial para los niños prematuros, con desnutrición severa o nacidos con bajo peso, que incorpore a la familia y la madre en la estimulación del niño.

## **Plan de acción**

Identificar indicadores, haciendo un levantamiento de los que ya existen para visibilizar el problema. Levantar esa información de manera sencilla, hay desconocimiento, no se entrena al personal de salud, a la madre para que pueda vigilar. Debemos recoger los estudios ya hechos sobre LM y desarrollo, las experiencias ya realizadas, tomarlas en cuenta, y complementarlas pues tienen limitaciones para medir desarrollo. Por otro lado los HAN ya vienen trabajando diferentes indicadores, hay avances en ese sentido, se debe recoger esa experiencia.



Revisión de las intervenciones en desarrollo, las cuales se pueden hacer independientemente del sector al que se le atribuya la responsabilidad, según ciclo de vida del niño pequeño, que incluya a la familia, de 0 a 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 5 o de acuerdo a los cortes que cada país desee hacer.

Las agencias de cooperación podrían recoger las experiencias llevadas a cabo en los diferentes países en una consulta, pero desde la perspectiva poblacional, pues el reto es cómo incorporar en todas las encuestas nacionales indicadores para medir desarrollo, para visibilizar el tema. Chile ha avanzado en ese tema incorporando indicadores en la encuesta de hogares.

Asimismo hay que evaluar cómo se están implementando las acciones de desarrollo en cada país, cómo se encuentran el sector educación y salud, hay consenso sobre que el desarrollo es materia para toda la vida, pero que es más importante en la primera infancia. Es necesario reconocer que el sector salud tiene una relación muy cercana al niño durante su primer año de vida, esta relación disminuye a los 2 años, y a los 3 años es muy esporádica, entonces tiene sentido el juntar esfuerzos desde otros sectores que si tienen o pueden tener vinculación con el niño y su familia.

Finalmente una tarea pendiente para el grupo es la revisión de material de educación que ya existe (sobre ello la Dra. Engle refirió la experiencia del Programa "Be Carefull" de capacitación a personal de salud y contiene ejemplos y prácticas muy sencillas de acuerdo a las necesidades de cada etapa del niño y las oportunidades perdidas; está articulado a nutrición). Es importante circular el material y evaluar si funciona o no para finalmente luego de adaptarlo pensar en hacer un foro regional.

Se ha generado expectativas sobre el grupo que viene trabajando hace más de un año en el tema de indicadores del desarrollo infantil. Este grupo está buscando identificar los hitos del desarrollo con cierto valor predictivo, de carácter poblacional, para instalar el tema en la agenda política.

## **GRUPO DE TRABAJO: INTEGRACIÓN DE LA NUTRICIÓN Y EL CUIDADO DEL NIÑO PEQUEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Hacer el análisis considerando la perspectiva de la atención primaria de salud (APS) colocó al grupo en un marco de reflexión sobre los contenidos de la APS que se deben tener presentes: multisectorialidad, niveles de atención, participación social, promoción, rectoría e inversión. Sobre ello se plantearon las principales barreras, compartiendo que las realidades sanitarias de APS son bastante similares en el conjunto de países presentes. La excepción la hacen Brasil y Uruguay por contar con sistemas únicos de salud que han reorientado las bases sobre las cuales se brindaba la atención de salud, en un modelo más equitativo, inclusivo e integral, modelo hacia el cual los demás países están caminando con las diferentes decisiones y acuerdos políticos que se van tomando en países como Ecuador o Venezuela.



## Barreras

Contrariamente a lo que se podría pensar, la principal barrera son los propios servicios de salud y la manera como están organizados; cómo funcionan. En general, no están organizados para atender a la comunidad bajo un modelo de APS, lo que impide que se puedan integrar las acciones de nutrición, incluso se incorporan enfoques preventivos, de promoción que no van amarrados con un sistema de financiamiento. Se le pide al personal que haga un trabajo integral, con mayor promoción y por otro lado se le mide por su productividad en el área asistencial, entonces el propio sector genera una contradicción pues el personal termina por no hacer los cambios ya que tienen que responder a los requerimientos presupuestales y a sus indicadores de productividad. En ese contexto la participación y control social carece de sentido pese a su importancia pues no existen bases sobre las cuales crearla o fortalecerla.

Los lineamientos y políticas de salud que llegan a los niveles locales, carecen de enfoques sobre multisectorialidad y abordaje integral del niño, esta situación está generada por la visión asistencialista del operador del primer nivel de atención, que ven el tema niño más como salud pero no como desarrollo, como una unidad que requiere atención integral.

A lo anterior contribuye el sistema universitario donde se forman los profesionales de la salud, que no les brinda una formación académica en el marco de una conceptualización integral, sobre los determinantes de la salud, el rol de la comunidad, la importancia de la prevención. Hay intentos de cambio, pero aún no son asumidos por los académicos formalmente, así el profesional egresa sin mayor visión considerando como prioritario el aspecto recuperativo, con un enfoque "biologisista", sin nociones de un trabajo articulado con su comunidad o localidad.

Esta situación tiene que ver con la importancia que los propios gobiernos le dan al tema, que se traduce en las limitadas asignaciones presupuestales al sector salud; es poco probable que pueda tener un rol rector fuerte si carece de los recursos que le permitan invertir en todas las necesidades derivadas de un enfoque de APS. Esta situación se agrava por los cambios constantes de gobierno que generan falta de continuidad, a lo que se suma que cada Ministro del sector que debe ver al niño (educación, salud, saneamiento, trabajo), se maneja como un estanco privado, donde si bien están en un espacio multisectorial, cada uno establece sus prioridades de acuerdo a su propia planificación. No se produce un encuentro entre las necesidades del niño, porque subsiste la lógica sectorial, sustentada en un juego de poder.

Falta de conciencia sobre la importancia del niño, no se conoce el problema y eso tiene que ver con la falta de información sobre la anemia, la desnutrición, y sobre las consecuencias de los problemas para el país, razón por la que tampoco hay un acuerdo social, que involucre a la sociedad civil, sector empresarial y sector público. En realidad no se visualiza el tema de infancia; los niños tienen muy poco valor social.

Los cambios de modelo son factibles. Uruguay acaba de hacer una reforma con enfoque de derechos, integral, donde la promoción y la prevención son prioritarias. La APS atraviesa los tres niveles de atención: nacional, regional y local, donde la concepción de la APS no es una atención para pobres, donde el MINSA recupera su papel rector y se crean programas que normatizan la atención tanto pública como privada<sup>56</sup>, sobre la base de acuerdos multisectoriales y participación social de los diferentes actores.

Existe otra barrera muy importante en la región que es la diversidad de culturas, razas, y etnias existentes, se habla de

---

56 La normatización exige un pago de la cápita a las instituciones y las primeras metas prestacionales son indicadores vinculados a la atención del niño y la embarazada, con indicadores de calidad y ligados a controles del niño, vacunas, controles de embarazo, sífilis (trazador de la mala calidad de atención) y la creación de la estrategia nacional de la infancia y adolescencia hasta el 2010 y 2030, que nació en el Comité de Coordinación Estratégica donde van todos los Ministros que tienen relación con el tema (liderado por el Ministerio de Desarrollo Social) y se ha trabajado el respaldo de los diferentes actores sociales y políticos.



ello, pero no se asume ni acepta esta realidad. Se requiere replantear el concepto de interculturalidad y salud integral que es muy importante para el tema de APS en todos los recursos humanos del sector.

La APS carece también de cierta especificidad que permite que se mantengan viejos criterios, debe dejar claro – por ejemplo - que el médico más que especialidad debe tener la capacidad de identificar los determinantes de la salud de las familias, de las comunidades, de su región; estos aspectos deberían ser retomados en la formación de los recursos humanos.

## **Oportunidades**

El grupo hizo como una declaración de principio, en el sentido de estar de acuerdo en que la APS en sí misma es una oportunidad para tener intervenciones a bajo costo y de gran impacto, porque intervenir en la infancia tiene un costo beneficio mayor frente a intervenir en etapas más tardías.

La APS desde su enfoque plantea la necesidad de trabajar desde la multisectorialidad, de manera descentralizada, en promoción de la salud, articuladamente y desde un abordaje de determinantes. En ese sentido el proceso de descentralización que vive Perú es una oportunidad y las experiencias de otros países como Argentina donde se ha logrado vencer el desafío de crear instancias donde haya una efectiva articulación, que deja como lección aprendida que a nivel súper estructural es difícil lograrlo, pero que en términos de APS es factible lograrlo en los niveles locales. En esos espacios el personal realiza diferentes funciones y en un territorio pequeño se encuentran constantemente, siendo más sencillo llegar a acuerdos, por lo que se debería de fortalecer entonces los niveles locales.

Se está advirtiendo un cambio en algunos países de América Latina que están decidiendo priorizar la inversión en salud, en lo social y en los niños bajo un enfoque de protección de capital humano y de reducción de las inequidades y exclusiones de toda naturaleza, acompañados de iniciativas desde la sociedad civil que ha ganado espacio en ejercer vigilancia social sobre los compromisos de los gobiernos.

El derecho a la alimentación y la salud se está reposicionando a nivel región. En ese marco se debe aprovechar para mostrar intervenciones basadas en evidencias, promover iniciativas como la Alianza Panamericana de Nutrición y el uso de estudios como el de la OPS sobre los determinantes de la salud, que se constituyen en herramientas para hacer gestión pública en beneficio del niño, dentro de la estrategia de APS.

Aprovechar la dinámica comunitaria y la estructura social que normalmente existe en nuestros países. Tenemos una cultura que tiene muchísima fuerza como para poder hacer un trabajo comunitario, hay que re-acercar o acercar la comunidad a los servicios y viceversa. Tiene su propia riqueza que debe ser utilizada por los profesionales de salud, ellos manejan mecanismos de gran valor que facilitan el trabajo comunitario como son la reciprocidad, la coparticipación.

El rol de las agencias de cooperación para lograr continuidad en contextos de inestabilidad política, así como el liderazgo que están ejerciendo para actuar en el campo de la reducción de las disparidades e inequidades por razas, etnias, género en áreas de mayor vulnerabilidad, donde las políticas nacionales no siempre llegan o logran resultados.

## **Plan de acción**

Generar y fortalecer espacios de coordinación entre los sectores concernidos (salud, educación, hacienda, agricultura, etc.) para la implementación de la APS con énfasis en la lactancia materna, alimentación complementaria y desarrollo del lactante y niño pequeño de acuerdo a cada realidad de las regiones o países.



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

Priorizar el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en nutrición, salud y desarrollo del lactante y niño pequeño.

Realizar acciones de sensibilización, abogacía a nivel de los gobiernos para asegurar los recursos económicos de inversión en salud, basados en evidencias.

Fortalecer y/o desarrollar la corresponsabilidad de la población en el cuidado de la nutrición y desarrollo del lactante y del niño pequeño.

***Nutrición en casos especiales***

Se planteó que en situaciones de emergencia se debe:

- Activar permanentemente los Comités de Emergencia nacionales y regionales.
- Asegurar un paquete mínimo nutricional y de salud para los niños y apoyo efectivo
- Generar espacios de atención permanente

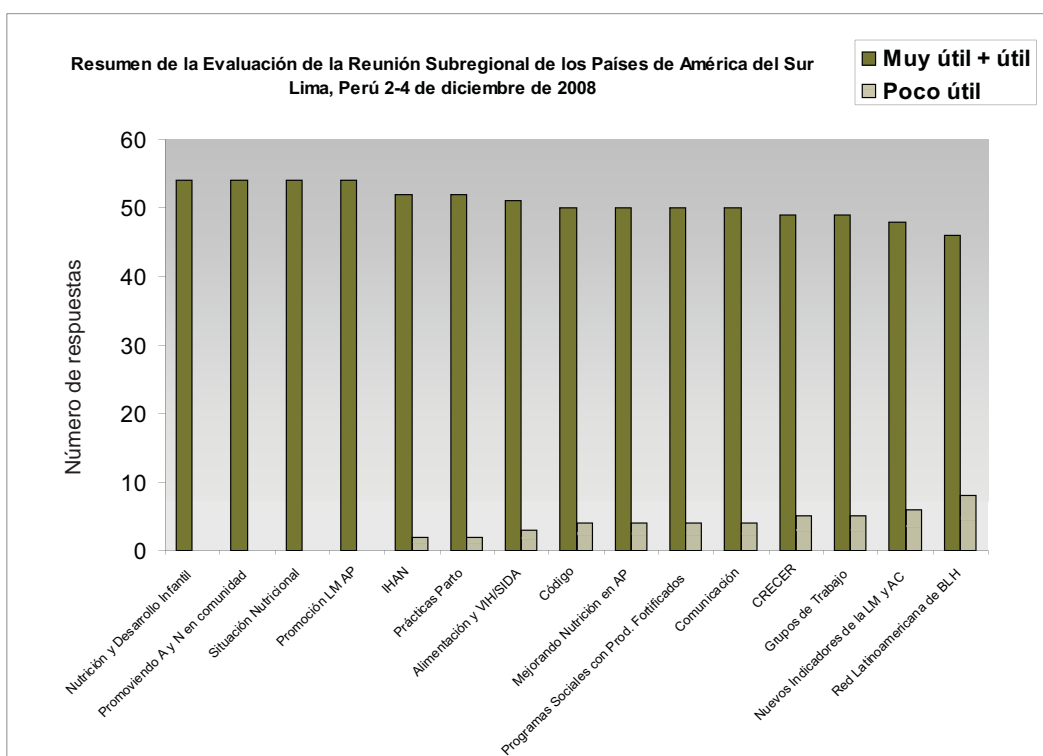




## RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

A continuación se presenta un resumen de los resultados de la evaluación de la reunión. Como se puede observar, de un total de 54 participantes que respondieron el cuestionario de evaluación, la gran mayoría (93.7%) calificó el contenido del evento como de gran utilidad (muy útil y útil). Las sesiones que obtuvieron mayores calificaciones fueron: El efecto sinérgico de la nutrición y el desarrollo temprano del niño; Promoviendo la alimentación y nutrición en la comunidad; Situación nutricional del niño pequeño; y, Promoción de la lactancia materna en la atención primaria de salud.

Con relación a otros aspectos de la reunión, la mayoría de los participantes valoraron positivamente el intercambio de información y experiencias. Como parte de los compromisos asumidos, los participantes consideraron reforzar en sus trabajos el componente de desarrollo del niño de manera sinérgica con otras intervenciones de nutrición y salud. Por último, los participantes realizaron algunas sugerencias sobre el contenido de la reunión, como por ejemplo brindar mayor espacio para presentar y discutir temas de nutrición y desarrollo infantil; estas sugerencias serán tomadas en cuenta para la realización de las próximas reuniones en Centroamérica y el Caribe.



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO



## ANEXOS

### ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAISES DE AMERICA DEL SUR DICIEMBRE 2-4, 2008. LIMA, PERÚ



#### OBJETIVOS DE LA REUNIÓN:

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

#### RESULTADOS ESPERADOS:

1. Conocimientos actualizados en alimentación y nutrición del niño pequeño
2. Conocimiento de los mecanismos y experiencias para integrar acciones de nutrición en la atención primaria y la comunidad
3. Planificación de actividades para 2009 en lactancia materna, alimentación-nutrición del niño pequeño

#### PERFIL DE PARTICIPANTES:

- Responsables de Salud del Niño
- Responsables de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño
- Responsables de Nutrición
- Puntos focales de nutrición y/o salud del niño/familia de UNICEF, OPS-OMS y PMA



**PRIMER DÍA, MARTES 2 DE DICIEMBRE**

- 8:00-8:30 Registro
- 8:30-8:40 *Palabras de bienvenida*  
Dr. Milton Arce, Vice-Ministro de Salud de Perú
- 8:40-8:45 *Presentación de objetivos de la reunión y metodología de trabajo*  
Dr. Enrique Paz, Asesor Regional, UNICEF
- 8:45-10:00 *La situación del niño pequeño: Desafíos y oportunidades*  
Moderador: Dr. Enrique Paz, Asesor Regional UNICEF  
Ponente: Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional OPS/OMS  
Comentaristas:  
Dr. Manuel Peña - Representante OPS-OMS Perú  
Dr. Guido Cornale - Representante UNICEF Perú  
Lic. Angela Céspedes – Asesora Regional PMA Panamá
- 10:00-10:30 Discusión
- 10:30-11:00 Café
- Moderador: Dr. Mario Tavera, UNICEF Perú
- 11:00-11:20 *Revitalización de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño*  
Ponente: Dra. Constanza Vallenias, Asesora OMS, Ginebra
- 11:20-11:40 *Promoción de la lactancia materna en la atención primaria*  
Ponente: Dra. Elsa Giuliani, Directora, Salud del Niño, Ministerio de Salud de Brasil
- 11:40-12:00 Discusión
- 12:00-12:20 *Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana*  
Ponente: Dr. Joao Aprigio, Coordinador Bancos de Leche Humana, Brasil
- 12:20-12:40 *Prácticas esenciales de nutrición durante el parto*  
Ponente: Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional, OPS
- 12:40-13:00 Discusión
- 13:00-14:30 Almuerzo
- 14:30-14:50 *Alimentación infantil en el contexto de VIH/SIDA*  
Ponente: Dra. Constanza Vallenias, Asesora OMS, Ginebra



- 14:50-15:10 *Código Internacional de los Sucédanos de la Leche Materna*  
Ponente: Dr. Fernando Vallote, IBFAN Argentina
- 15:10-15:40 Discusión
- 15:40-15:50 Orientación del primer Grupo de Trabajo, Dra. Constanza Vallenias, Asesora OMS
- 15:50-16:10 Café
- 16:10-18:00 Trabajo en Grupos sobre lactancia materna en el contexto de la atención madre-niño

### SEGUNDO DÍA, MIÉRCOLES 3 DE DICIEMBRE

Moderador: Dr. Adrian Diaz, OPS/OMS Perú

- 8:30-9:00 *Nutrición y desarrollo temprano del niño pequeño*  
Ponente: Dra. Patrice Engle, Profesora Universidad Politécnica de California
- 9:00-9:30 Discusión
- 9:30-10:40 Presentación de los Trabajos de Grupo
- 10:40-11:00 *Guías de la alimentación complementaria y nuevos indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria de la OMS/UNICEF*  
Ponente: Dra. Chessa Lutter, OPS Oficina Regional
- 11:00-11:30 Discusión
- 11:00-11:30 Café
- 11:30-13:00 Mesa redonda: *Promoviendo la alimentación y nutrición del niño pequeño en la comunidad y con respecto a la interculturalidad*  
Ponentes:  
Lic. María Elena Ugaz, UNICEF Perú  
Dra. Ivette Sandino, UNICEF Bolivia  
Sr. Godofredo Pedraza, Coordinador Promoción de la Salud Municipalidad Santa María de Chicmo Apurímac  
Sra. Edith Sayago, Consejera comunitaria del distrito Santa María de Chicmo.



**MEMORIA**

REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

- 13:00-14:15 Almuerzo
- Moderadora: Lic. Angela Céspedes, Asesora Regional, PMA
- 14:15-15:15 Mesa redonda: *Mejorando la nutrición en la atención primaria*  
Ponentes:  
Lic. Hillary Creed de Kanashiro, Alimentación complementaria, Instituto de Investigación Nutricional, Perú  
Dr. Mansilla, AIEPI-Nut, Bolivia  
Lic. Janine Coutinho, Implementación de los Nuevos Patrones de Crecimiento, Ministerio de Salud, Brasil
- 15:00-15:10 Orientación del segundo Grupo de Trabajo
- 15:10-17:00 Trabajo en Grupos
- Alimentación complementaria
  - Integración de la nutrición del niño pequeño en la atención primaria
  - Mejorando la nutrición del niño pequeño en la comunidad
- 16:00-16:30 *Café*
- 17:00-18:00 Presentaciones de los Grupos de Trabajo

---

**TERCER DÍA, JUEVES 4 DE DICIEMBRE**

Moderadora: Lic. María Elena Ugaz, UNICEF Perú

- 8:30-9:15 *CRECER: Respuesta intersectorial para mejorar la nutrición del niño pequeño*  
Ponente: Dra. Milagro Núñez Rivera, Comisión Interministerial de Asuntos Sociales de Perú
- 9:15-9:45 Discusión
- 9:45-10:45 Mesa redonda: *Programas sociales y alimentación complementaria*  
Ponentes:  
Lic. Angela Céspedes, Programas sociales con productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños, Asesora Regional, PMA Oficina Regional  
Lic. Elizabeth Cañipa de Arana, Chispitas Nutricionales, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia  
Dr. Julio Alvear Molina, Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000, Ministerio de Salud, Ecuador



10:45-11:00	Discusión
11:00-11:30	Café
12:00-12:30	<i>Comunicación para cambios de comportamientos en alimentación del niño pequeño</i> <u>Ponente:</u> Dra. Josefina Vásquez, UNICEF Perú
12:30 – 12:45	Discusión
12:45 -14:00	Almuerzo
	Moderadora: Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional, OPS
14:00-14:10	Orientación para el tercer Grupo de Trabajo
14:10-16:00	Trabajo en Grupos Tema: <i>Situación actual y perspectivas de trabajo 2009 sobre lactancia materna y alimentación-nutrición del niño pequeño en el marco de la cooperación Sur-Sur</i>
16:00-16:30	Café
16:30-17:30	Presentación de los trabajos de grupos
17:30-18:00	Evaluación y clausura de la reunión



**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO  
REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA**

**Lima, Perú, 02 a 04 de Diciembre del 2008**

**Lista de Participantes**

Nº	Apellidos y Nombres	Institución	Cargo	Dirección	Teléfono	E-mail	País
1	Abeyá Gilardon Enrique	Dirección Nacional Materno Infantil Ministerio de Salud	Profesional Técnico Nutrición	Av. 9 de julio 1925 piso 11 C 1073 ABA Buenos Aires		<a href="mailto:abeya@ucmisalud.gov.ar">abeya@ucmisalud.gov.ar</a>	Argentina
2	Mangialavori Guadalupe	Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud	Profesional Técnico Nutrición	Av. 9 de julio 1925 piso 11 C 1073 ABA Buenos Aires	54-11-4379-900	<a href="mailto:gm@ucmisalud.gov.ar">gm@ucmisalud.gov.ar</a>	Argentina
3	Rodriguez Mario Gustavo	UNICEF - Argentina	Consultor en Salud	Junin 1940	953-7100	<a href="mailto:marodriguez@unicef.org">marodriguez@unicef.org</a>	Argentina
4	Vallone Fernando	IBFAN América Latina y el Caribe	Miembro Comité de Políticas	Av. E. Financiero 436 - 9º piso Buenos Aires (1143)	54-911-516-22884	<a href="mailto:fervallone@gmail.com">fervallone@gmail.com</a>	Argentina
5	Azad Bucett María Leda	UNICEF - Bolivia	Oficial Salud Comunitaria	Calle 20 Calacoto . La Paz Bolivia	2-22770222	<a href="mailto:lazad@unicef.org">lazad@unicef.org</a>	Bolivia
6	Baltazar Rosmery	UNICEF - Bolivia	Especialista Nutrición	Trinidad - Bolivia	346- 22818	<a href="mailto:laynustos@hotmail.com">laynustos@hotmail.com</a>	Bolivia
7	Cañipa Quiroz Elizabeth	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia	Responsable de Lactancia Materna	Calle Capitán Ravelo 2199 Sopocachi	591-2-2443957 / Fax 591-2-2443957	<a href="mailto:ecanipa@yahoo.com">ecanipa@yahoo.com</a>	Bolivia
8	Fernández Camacho Ruth Vivian	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia	Responsable de Nutrición Municipio de Riberalta - Beni	Calle Juan Carlos Menini Palmeiro n°. 953 Riberalta - Beni - Bolivia	385-22259 / Fax. 385-22287	<a href="mailto:vivian_rvfc@hotmail.com">vivian_rvfc@hotmail.com</a>	Bolivia
9	Jiménez Rodolfo	UNICEF - Bolivia	Médico - Pediatra	Calle 20 Calacoto . La Paz Bolivia	7200-3094	<a href="mailto:chuajimenez@hotmail.com">chuajimenez@hotmail.com</a>	Bolivia
10	Mansilla Canelas Gonzalo	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia	Responsable Programa Sectorial Desnutrición Cero		Telefax (591) (2) 2443957	<a href="mailto:gmansilla@sns.gov.bo">gmansilla@sns.gov.bo</a> / <a href="mailto:gmansilla@walla.com">gmansilla@walla.com</a>	Bolivia
11	Roncal Virginia	Programa Mundial de Alimentos PMA	Consultora IGC	Ed. Barcelona 4º piso Plaza España La Paz Bolivia	241- 4646	<a href="mailto:virginia.roncal@wfp.org">virginia.roncal@wfp.org</a>	Bolivia
12	Sandino Ivette	UNICEF - Bolivia				<a href="mailto:isandino@unicef.org">isandino@unicef.org</a>	Bolivia
13	Velásquez Oscar	Ministerio de Salud y Deportes	Responsable de Salud Infantil, Escolar y Adolescente	Calle Capitán Ravelo 2119		<a href="mailto:evelas21@yahoo.es">evelas21@yahoo.es</a>	Bolivia
14	Aprigio Joao	Coordinador de Bancos de Leche Humana				-	Brasil
15	Cordova do Espirito Santo Lilian	Ministerio de Salud - Brasil	Coordinadora del Programa Nacional de Lactancia Materna	Esplanada dos Mnerios Bloco G Ed. Sede 6º Andar sala 625	55-61 33153101	<a href="mailto:lilian.santo@saude.gov.br">lilian.santo@saude.gov.br</a>	Brasil





16	Coutinho Janine	Ministerio de Salud - Brasil		Esplanada dos Mnerios Bloco G Ed. Sede 6º Andar sala 625		-	Brasil
17	Justo Giugliani Elsa Regina	Ministerio de la Salud	Coordinación Area del Niño	Esplanada dos Mnerios Bloco G Ed. Sede 6º Andar sala 625	55 61 33152866	<a href="mailto:elsa.giugliani@saude.gov.br">elsa.giugliani@saude.gov.br</a>	Brasil
18	Buscaglione Astudillo Roxana	Ministerio de Salud de Chile	Asesor	Mac Iver 541 Santiago de Chile	56-2- 5740474	<a href="mailto:rbuscaglione@minsal.cl">rbuscaglione@minsal.cl</a>	Chile
19	Pinto Lopez Carmen Marcela	Ministerio de Salud de Chile	Asesora	Mac Iver 541 Santiago de Chile	574-0328	<a href="mailto:mpinto@minsal.cl">mpinto@minsal.cl</a>	Chile
20	Corredor Nohora	UNICEF	Oficial de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil	Calle 7210ª 10-71 Piso 11 Bogotá Colombia	(57-1) 312-0090 ext. 434 Fax 321-0620	<a href="mailto:ncorredor@unicef.org">ncorredor@unicef.org</a>	Colombia
21	Alvear Molina Julio	Ministerio de Salud Pública	Coordinador Salud Integral	Av. República de El Salvador s/n y Suecia Quito - Ecuador	593-238-14400	<a href="mailto:julioalvearm@gmail.com">julioalvearm@gmail.com</a>	Ecuador
22	Gutiérrez Ricardo	Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social	Asesor en Salud y Nutrición	Santa María E 4 - 333 y Av. Amazonas	(593-2) 231750 / Fax (593-2) 2909189	<a href="mailto:ricardog@mcds.gov.ec">ricardog@mcds.gov.ec</a>	Ecuador
23	Torres Izquierdo Walter	Ministerio de Salud Pública - Ecuador	Jefe de Salud de la Niñez	Av. República de El Salvador s/n y Suecia Quito - Ecuador	593-2-3814400	<a href="mailto:wsatorres@yahoo.com">wsatorres@yahoo.com</a>	Ecuador
24	Engle Patrice	Cal Poly University	Profesor	Dpto. Psicología Cal Poly San Luis Obispo , CA 93402	1-805- 756-2914 Fax 1-805- 756-1134	<a href="mailto:pengle@calpoly.edu">pengle@calpoly.edu</a>	Estados Unidos
25	Lutter Chessa	OPS Washington	Asesora Regional		202974-3874	<a href="mailto:lutterch@paho.org">lutterch@paho.org</a>	Estados Unidos
26	Chavarría de Maza Irma (Mimi)	Ministerio de Salud Pública - Guatemala	Responsable del Componente Lactancia Materna IHAN Bancos de Leche Humana	5 Ave. 11-40 zona 11 Guatemala	Telefax: 502-2440- 660	<a href="mailto:mimimaza@hotmail.com">mimimaza@hotmail.com</a>	Guatemala
27	Fischer Maggie	OPS / INCAP	Coordinadora Cooperación Técnica INCAP	Fave 12-23-9	(502) 2332-2032	<a href="mailto:fischer@gut.ops-oms.org">fischer@gut.ops-oms.org</a>	Guatemala
28	Tezagüic Pérez Sandra	Hospital Nacional de Guatemala . Hospital Roosevelt	Enfermera Jefe en Función	Calzada Roosevelt Zona 11 de Guatemala	527-75936 / 243-90968	<a href="mailto:stesaguic@hotmail.com">stesaguic@hotmail.com</a>	Guatemala
29	Hernández Santana Adriana	INCAP / OPS	Coordinadora Cooperación Técnica INCAP/ OPS en Honduras	Tegucigalpa Edificio Imperial 7º piso Col. Palmera	(504) 226091 al 98 ext. 2114 / Fax (504) 221-6099	<a href="mailto:heradri@hon.ops-oms.org">heradri@hon.ops-oms.org</a>	Honduras
30	Cespedes Angela	Oficina Regional del Programa Mundial de Alimentos	Asesora Regional en Nutrición	Edif. Claytón 128 Ciudad del Saber Panamá	(507) 317 3950	<a href="mailto:angela.cespedes@wfp.org">angela.cespedes@wfp.org</a>	Panamá
31	Francischi Rachel	Programa Mundial de Alimentos	Nutricionista	Ciudad del Saber, Ed. 128 Panamá, Panamá	305-3814 (507)	<a href="mailto:rachel.francischi@wfp.org">rachel.francischi@wfp.org</a>	Panamá
32	Paz Enrique	UNICEF	Asesor Regional de UNICEF para Latinoamérica y el Caribe			<a href="mailto:epaz@unicef.org">epaz@unicef.org</a>	



## MEMORIA

## REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

33	Butterworth Elsie	UNICEF - Paraguay	Oficial de Proyectos	Saraví esq. Mcal. López Edif. NNUU . 1er. Piso	595-21-61100718 fax 595-21-611015	<a href="mailto:ebutterworth@unicef.org">ebutterworth@unicef.org</a>	Paraguay
34	Aguilar de Almada Miriam	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Médico Pediatra Hospital Materno Infantil Trinidad	Av. Sacramento c/ Itapúa - Asunción	595 - 021 611147	<a href="mailto:miriancac@gmail.com">miriancac@gmail.com</a> / <a href="mailto:miriancac@hotmail.com">miriancac@hotmail.com</a>	Paraguay
35	Recalde Espinola Sandra	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Coordinadora Nacional de Lactancia Materna	Pettirossi y Brasil	(595) 021-681244 / (595) 021-201807	<a href="mailto:sandrarecalde65@hotmail.com">sandrarecalde65@hotmail.com</a> / <a href="mailto:srecaldeespinola@yahoo.com">srecaldeespinola@yahoo.com</a>	Paraguay
36	Redondo Juana Valentina	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Directora Dirección Programa en Nutrición	Itapúa y Trinidad	206- 874	<a href="mailto:inanpy@hotmail.com">inanpy@hotmail.com</a> / <a href="mailto:gvredondo@hotmail.com">gvredondo@hotmail.com</a>	Paraguay
37	Albán Márquez Wendy	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza	Asistente de la Secretaría Ejecutiva	Calle Ureta 147 Miraflores	Telefax 447-2006	<a href="mailto:walban@mesadecocertacion.org.pe">walban@mesadecocertacion.org.pe</a>	Perú
38	Azaña Torreblanca Patricia Elizabeth	Asociación Solaris Perú	Asesora en Crecimiento y Desarrollo Infantil	Natalio Sánchez 220 Edificio Plaza piso 14 Jesús María	613-5050	<a href="mailto:pazana70@hotmail.com">pazana70@hotmail.com</a> / <a href="mailto:pazana@solaris.org.pe">pazana@solaris.org.pe</a>	Perú
39	Calderón Navarro Rubén Abilio	Micro Red de Salud Vilcashuamán	Coordinador del Area de Promoción de la Salud de la Micro red	Av. Vilcas Raymi s/n Vilcashuamán	966- 969293	<a href="mailto:qfracn@hotmail.com">qfracn@hotmail.com</a>	Perú
40	Carrasco Sanéz Nair	CEPREN Red Peruana de Lactancia Materna	Directora	Av. Pardo 1335-302	445- 1978	<a href="mailto:cepren@amauta.rcp.net.pe">cepren@amauta.rcp.net.pe</a>	Perú
41	Cetraro Cardó María Delfina	Sociedad Peruana de Pediatría	Coordinadora Capítulo Gastroenterología y Nutrición	Los Jazmines 489	9979- 25822	<a href="mailto:finacetrarocardo@yahoo.es">finacetrarocardo@yahoo.es</a>	Perú
42	Cisneros Ramón	Programa Mundial de Alimentos	Oficial de Programa	Los Cipreces 245 San Isidro	440- 4000	<a href="mailto:ramon.cisneros@wfp.org">ramon.cisneros@wfp.org</a>	Perú
43	Córdova Arango Romeo	DIRESA Apurímac II	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	Av. Perú s/n Andahuaylas	083- 421161 / 083-422358	<a href="mailto:romeocordova@hotmail.com">romeocordova@hotmail.com</a>	Perú
44	Creed - Kanashiro Hilary	Instituto de Investigación Nutricional	Investigadora Titular	Av. La Molina 1885 La Molina	349- 6023 Fax 349-6025	<a href="mailto:hmcreeed@iin.sld.pe">hmcreeed@iin.sld.pe</a>	Perú
45	Cruz Vilcarromero Norma Llenny	DIRESA Amazonas	Directora Regional de Promoción de la Salud	Jr. Triunfo s/n Chachapoyas	Telefax 041-477446	<a href="mailto:normacruz55@hotmail.com">normacruz55@hotmail.com</a>	Perú
46	Changana Bazalar María Rosario	Red II Chíncha Pisco	Responsable Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable	Pedro Moreno s/n Chíncha alta	Telefax 26-0758 Celular 9659 6612	<a href="mailto:mariachanganabazalar@yahoo.es">mariachanganabazalar@yahoo.es</a>	Perú
47	Chávez Villanueva Napoleón	Ministerio de Salud	Equipo del Area Niño	Av. Salaverry 801 Jesús María	615- 6600	<a href="mailto:frynap@telefonica.net.pe">frynap@telefonica.net.pe</a>	Perú
48	Chiang Echenique Marilú	PRISMA	Directora de Desarrollo Humano	Carlos Gonzáles 251 San Miguel	616-5000 / 9964 37871 Fax 616-5501	<a href="mailto:mchiang@prisma.org.pe">mchiang@prisma.org.pe</a>	Perú



## REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

49	Dávila Dávila Miguel	Organización Panamericana de la Salud OPS / OMS	Consultor en Salud Infantil y AIEPI	Los Pinos 251 La Molina	319-5700	<a href="mailto:mdavila@paho.org">mdavila@paho.org</a>	Perú
50	Delgado Pérez Doris Hilda	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición	Consultor	Tizón y Bueno 276	988- 424575	<a href="mailto:ddelgadol@yahoo.es">ddelgadol@yahoo.es</a>	Perú
51	Díaz Adrián	OPS / OMS		Los Pinos 251 La Molina	319-5700	<a href="mailto:adiaz@per.ops-oms.org">adiaz@per.ops-oms.org</a>	Perú
52	Dueñas Alvarez Luz	UNICEF	Consultora	Parque Melitón Porras Barrenechea	213-0707	<a href="mailto:luzdua@yahoo.es">luzdua@yahoo.es</a>	Perú
53	Flores Ramírez María Elena	Dirección General de Promoción de la Salud Ministerio de Salud	Equipo Técnico / Responsable Eje Temático Nutrición y Lactancia Materna	Av. Salaverry 801 Jesús María	01-315-6600 anexo 2556 Fax 315-6600 anexo 2714	<a href="mailto:mfloresr@minsa.gob.pe">mfloresr@minsa.gob.pe</a> / <a href="mailto:elenita614@hotmail.com">elenita614@hotmail.com</a>	Perú
54	García Julio César	Dirección de Salud I Callao	Responsable de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	Bellavista - Callao	9987- 31820	<a href="mailto:juliocg_67@hotmail.com">juliocg_67@hotmail.com</a> / <a href="mailto:juliocg_67@yahoo.com">juliocg_67@yahoo.com</a>	Perú
55	García Luna Nancy	PRONAA / UGASKA	Equipo Técnico	Jr. De la Unión 264 Cercado - Lima	426-2224	<a href="mailto:ngarcia@mimdespronaa.gob.pe">ngarcia@mimdespronaa.gob.pe</a> / <a href="mailto:nancygarcialuna@yahoo.es">nancygarcialuna@yahoo.es</a>	
56	Guerra Cerrón Jesús Alberto	UNICEF	Consultor	Parque Melitón Porras 350 Miraflores	213-0707	<a href="mailto:bi_ayacucho@yahoo.com">bi_ayacucho@yahoo.com</a> / <a href="mailto:jguerra@unicef.org">jguerra@unicef.org</a>	Perú
57	Guerra Motta Karla	DIRESA Apurímac I	Nutricionista PROMSA	Av. Alcides Carrión s/n	( 083 ) 983 685129	<a href="mailto:karliux51@hotmail.com">karliux51@hotmail.com</a>	Perú
58	Higa Ana María	UNICEF	Consultora	Parque Melitón Porras 350 - Miraflores	213-0707	<a href="mailto:amhigay@yahoo.com">amhigay@yahoo.com</a>	Perú
59	León Alegría Virgilio	DIRESA Ayacucho	Técnico enfermero	Ayacucho	96666- 7627	<a href="mailto:lavival@hotmail.com">lavival@hotmail.com</a>	Perú
60	Lévano Mariela	Asociación Benéfica PRISMA	Jefe Area Salud	Carlos Gonzáles 251 San Miguel	616-5000 anexo 231	<a href="mailto:mlevano@prisma.org.pe">mlevano@prisma.org.pe</a>	Perú
61	Marull Espinoza María Victoria	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social Programa Nacional Wawa Wasi	Coordinadora de Nutrición	Edificio H1 Dpto. 302 Urb Antonia Moreno de Cáceres Primer Sector Ventanilla - Callao	999 449319 / Fax 553-9565	<a href="mailto:mvmarull2210@hotmail.com">mvmarull2210@hotmail.com</a>	Perú
62	Montalvo Alvarez Flor de María	Asociación SOLARIS Perú	Asesora de Capacitación - Programa Salud para el Desarrollo	Natalio Sánchez 220 Jesús María Edificio Plaza piso 14	613- 5050 anexo 162	<a href="mailto:fmontalvo@solaris.org.pe">fmontalvo@solaris.org.pe</a>	Perú
63	Muguruza Minaya Aurora Amparo	Programa Wawawasi MINDES	Directora Ejecutiva	Calle San Martín 685 Pueblo Libre	261- 2400	<a href="mailto:amuguruza@mimdes.gob.pe">amuguruza@mimdes.gob.pe</a>	Perú
64	Niño de Guzmán Jessica	Dirección General de Promoción de la Salud Ministerio de Salud	Directora Ejecutiva de Vida Sana	Av. Salaverry 801 Jesús María	995 333385 / 3156600 anexo 2665	<a href="mailto:jesin1@terra.com.pe">jesin1@terra.com.pe</a> / <a href="mailto:jninodeguzman@minsa.gob.pe">jninodeguzman@minsa.gob.pe</a>	Perú
65	Núñez Milagros	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales de Perú	Equipo Técnico			-	



## MEMORIA

## REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

66	Pachas Quispe Rina Nancy	CEPREN / Red Peruana de Lactancia Materna	Consultora en Lactancia (IBCLC)	Calle Carlos Saco 283 Urb. Apolo La Victoria	325- 5916 / 9987- 32930	<a href="mailto:rinapq@yahoo.mx">rinapq@yahoo.mx</a>	Perú
67	Palomino Hamasaki Carmen Liliana	UNICEF	Consultora	Parque Melitón Porras 350 - Miraflores	213-0707	<a href="mailto:hamasakic@unicef.org">hamasakic@unicef.org</a>	Perú
68	Pareja Joaquín Marlene	Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica - PREDECI Cajamarca	Coordinadora General	Jr. Eten 136 Cajamarca	01- 989434401	<a href="mailto:marpareja@hotmail.com">marpareja@hotmail.com</a>	Perú
69	Parisaca Mamani Daniel Esteban	DIRESA Apurímac I	Nutricionista de la Estrategia Sanitaria de alimentación y Nutrición	Av. Alcides Carrión s/n	054- 95957 0836	<a href="mailto:daespm_nut@hotmail.com">daespm_nut@hotmail.com</a>	Perú
70	Pedraza Mesones Godofredo	Municipalidad de Santa María de Chicmo	Coordinador de Promoción de la Salud Municipalidad	Santa María de Chicmo	983 60833	<a href="mailto:goditopm@hotmail.com">goditopm@hotmail.com</a>	Perú
71	Penny Mary	Instituto de Investigación Nutricional	Directora	Av. La Molina 1585	349-6023	<a href="mailto:mpenny@iin.sld.pe">mpenny@iin.sld.pe</a>	Perú
72	Pérez Lastra Fernando	Instituto de Investigación Nutricional	Investigador	Av. La Molina 1585	349- 6023	<a href="mailto:fperez@iin.sld.pe">fperez@iin.sld.pe</a>	Perú
73	Quiroz Fabiola	UNICEF	Directora Técnica	Parque Melitón Porras 350 Miraflores	213-0707	<a href="mailto:fquiroz@unicef.org">fquiroz@unicef.org</a>	Perú
74	Raffo Neyra Milagro Aurora	UNICEF - MINSA Iniciativa HAN CEPREN - Red Peruana de Lactancia Materna	Consultora de Lactancia (IBCLC)	Calle 46 - 290 Córpac - San Isidro	225-8340 / 999-577711	<a href="mailto:mraffo@usa.net">mraffo@usa.net</a>	Perú
75	Rivera Cadillo Alex	Programa Nacional Wawa Wasi Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano	Especialista en Nutrición	Cordillera Blanca c-4 Asoc Roardi La Molina	999-540075	<a href="mailto:arivera@mimdes.gob.pe">arivera@mimdes.gob.pe</a>	Perú
76	Rodríguez Herrera Ana	PMA	Consultor	Av. Angamos Oeste 770 Miraflores	990- 205663	-	Perú
77	Rodríguez Ríos Juana Francisca	Hospital San Juan de Dios - Pisco	Nutricionista	Av. San Juan de Dios 350	056- 532332	-	Perú
78	Sanchez - Griñán Caballero María Inés	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición	Dirección General	Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María	261- 1131 / 460 0316	<a href="mailto:msanchez@ins.gob.pe">msanchez@ins.gob.pe</a>	Perú
79	Saona Yarmas Rosa Victoria	CEPREN	Consultora Nacional de Lactancia Materna	José Pardo 1335 - 302	445-1978 / 999-669565	<a href="mailto:rsaona@yahoo.com">rsaona@yahoo.com</a>	Perú
80	Sayago Gutierrez Edith	Municipalidad de Santa María de Chicmo	Consejera	Santa María de Chicmo			Perú
81	Soto Vásquez Segundo Víctor	Municipalidad Distrital de Belén	Gerente de Desarrollo Social y Económico	Miraflores s/n Belén Maynas Loreto	065- 269047	<a href="mailto:visot06@yahoo.com">visot06@yahoo.com</a>	Perú
82	Ugaz María Elena	UNICEF - Perú		Parque Melitón Porras 350 Miraflores	213-0707	-	Perú



## REUNIÓN DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

83	Valenzuela Vargas Rocío Silvia	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición	Equipo Técnico	Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María	461- 0800 / 99936- 7184	rsvalez@hotmail.com / rvalenzuela@ins.gob.pe	Perú
84	Vásquez Gardini Ana	CESIP / IBFAN	Directora	Jr. Coronel Zegarra 722 Jesús María	471- 3410 /	<a href="mailto:ana@cesip.org.pe">ana@cesip.org.pe</a>	Perú
85	Vasquez Josefina	UNICEF - Perú	Comunicación Social en el área de Salud	Parque Melitón Porras 350 Miraflores	213-0707	<a href="mailto:jovasquez@unicef.org">jovasquez@unicef.org</a>	Perú
86	Velásquez Quispe Yolanda	Dirección Regional de Salud Ica	Nutricionista - Atención Integral de Salud	Urb. San Miguel I 223	056- 235481 / Fax 056- 235123	yovelan@hotmail.com / yovely98@yahoo.es	Perú
87	Vilca Bengoa Rosa Luz	Ministerio de Salud	Directora Sectorial - DAIS DGSP	Av. Salaverry 801 Jesús María	315-6600 anexo 2707 Fax 3156600 anexo 2705	rvilca@minsa.gob.pe / tamigar@viabcp.com	Perú
88	Vilchez Dávila Walter	CARE - Perú	Asesor de Nutrición Pública	Av. Gral Santa Cruz 659 Jesús María	417- 1185 Fax 433- 0492	<a href="mailto:wvilchez@care.org.pe">wvilchez@care.org.pe</a>	Perú
89	Villagomez Izaguirre Marisa	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria	Coordinadora Nacional del Programa Integral de Nutrición	Aromas 350, Dpto 202 Urb. Sirius La Molina	365- 4631 / 9962- 08277 Fax. 428- 8216	<a href="mailto:mwillagomez@pronaa.mimdes.gob.pe">mwillagomez@pronaa.mimdes.gob.pe</a>	Perú
90	Vallenas Constanza	OMS Ginebra	Asesora Médica	20 Avenida Appia 1211 Ginebra 27 - Suiza	41- 227914143 / 41-22 7914853	<a href="mailto:vallenasc@who.int">vallenasc@who.int</a>	Suiza
91	Arroyo Alvaro	UNICEF	Oficial Salud y Nutrición	Bal. Artigas 1659 piso 12 Montevideo Uruguay	(5982) 4030308 n° 109	<a href="mailto:aarroyo@unicef.org">aarroyo@unicef.org</a>	Uruguay
92	Castro Mara	Ministerio de Salud Pública	Coordinadora Nacional de Lactancia		203- 4256 Fax 0059 827 066050	<a href="mailto:maramay@montevideo.com.uy">maramay@montevideo.com.uy</a>	Uruguay
93	Luskemberg Cristina	Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE) Ministerio de Salud Pública	Encargada Area Niñez y Adolescencia de ASSE	18 de julio esq. E Acevedo - Montevideo Uruguay	099- 137754 / 401 1893 ext. 146 Fax 401 9034	<a href="mailto:mlustemberg@msp.gub.uy">mlustemberg@msp.gub.uy</a>	Uruguay
94	Santoro Anabella	Programa Nacional Salud de la Niñez Ministerio de Salud Uruguay	Asistente de Dirección	Adolfo Berro 1203	Telfax : 0059- 82336 4234	<a href="mailto:anisantoro@gmail.com">anisantoro@gmail.com</a>	Uruguay
95	Ximena Moratorio	Red de Atención del Primer Nivel - ASSE	Nutritionista	Cerro Largo 1726 bis, Montevideo	02 - 4001896	<a href="mailto:ximena.moratorio@gmail.com">ximena.moratorio@gmail.com</a>	Uruguay







**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

**unicef**   
únete por la niñez



**Naciones Unidas  
Programa  
Mundial  
de Alimentos**