



POLÍTICA ANDINA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS



Política andina de prevención y tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años

2020



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

POLÍTICA ANDINA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS: ORAS-CONHU; 2020.

50 Pág. Ilus.

POLÍTICA/DESNUTRICIÓN/SALUD/NIÑOS/Monitoreo/Líneas estratégicas, enfoques

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS – CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS - CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Cooperación Internacional y Líneas Estratégicas ORAS - CONHU

Dra. Ana María Aguilar Liendo, Consultora

Coordinación de publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada de Comunicaciones ORAS - CONHU

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2020

Av. Paseo de la República N° 3832, tercer piso. San Isidro, Lima, Perú

Teléfonos: (00-51-1) 611 3700

<http://www.orasconhu.org> contacto@conhu.org.pe

Primera edición, mayo 2020

Lima, Perú

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU).

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2020

Dra. Eydi Roca de Sangüeza

Ministra de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Dr. Enrique Paris Mancilla

Ministro de Salud de Chile

Dr. Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Juan Carlos Zevallos López

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dra. Pilar Mazzetti Soler

Ministra de Salud del Perú

Dr. Carlos Humberto Alvarado González

Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta

Contenido

| | |
|------------------------------------|----|
| Presentación | 5 |
| Resolución REMSAA XXXVIII/536..... | 4 |
| I. Introducción | 8 |
| II. Justificación | 10 |
| III. Enfoques..... | 17 |
| IV. Propósito de la Política..... | 19 |
| V. Alcance | 19 |
| VI. Objetivos..... | 19 |
| VII. Principios | 20 |
| VIII. Líneas estratégicas | 21 |
| IX. Financiamiento | 24 |
| X. Monitoreo y evaluación | 24 |
| XI. Anexos | 25 |
| XII Referencias | 50 |

Presentación

La desnutrición en cualquiera de sus formas repercute negativamente en el desarrollo general del ser humano y limita la realización de su potencial humano y productivo; lo que, a mediano y largo plazo produce consecuencias negativas en el desarrollo económico y social de los países. Las medidas de prevención y reducción son multidimensionales y tienen estrecha relación con la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y laboral que llevan a una falta de acceso pleno a la alimentación adecuada.

La desnutrición afecta de manera heterogénea a los seis países de la región andina. Por ejemplo, en Chile prácticamente no existen desnutridos carenciales, Colombia tiene prevalencias similares a la media de América Latina y Bolivia, Ecuador y Perú tiene prevalencias mayores. Es de notar que, en todos los países, además de la desnutrición ponderal existe deficiencia de micronutrientes, sobretodo de hierro, que causa elevados porcentajes de anemia carencial; y simultáneamente el sobrepeso y la obesidad de niños y adultos; condiciones que tienen como origen los mismos factores que llevan a una alimentación no adecuada y la falta de actividad física.

Se ha observado que estos avances han tenido una desaceleración en el último quinquenio lo que podría afectar la favorable tendencia lograda hasta el momento.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible constituyen una nueva oportunidad de trabajo conjunto e integrado entre los países de la región andina para retomar y fortalecer acciones iniciadas a partir del 2007.

En este contexto el Comité Andino para la Prevención y Erradicación de la Desnutrición Infantil consideró la elaboración de la presente Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años, la misma que fue elaborada en el marco del Plan Estratégico de Integración en Salud 2018 – 2022 a través de un proceso participativo, característica en la elaboración de documentos del ORAS - CONHU.

María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva
ORAS - CONHU



16 de abril de 2020

Resolución REMSAA XXXVIII/536

Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años

Los Ministros de Salud de los países miembros:

Considerando:

- Que, con Resolución REMSAA XXVIII/436, emitida en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, el 30 de marzo de 2007, los Ministros de Salud de Área Andina resolvieron "Establecer como de alta prioridad política, los programas nacionales para erradicar la desnutrición y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hasta el 2015, como parte central de la seguridad alimentaria y nutrición y del derecho humano a la alimentación adecuada".
- Que, en respuesta al mandato de los ministros de salud, a través de la REMSAA XXVIII/436, se creó el Comité Técnico conformado por los puntos focales para el tema de nutrición en cada país; elaborándose el Plan Regional de Erradicación de la Desnutrición Infantil.
- Que, con apoyo de UNICEF se realizó el análisis de la situación de la desnutrición infantil en los países andinos, realizada en el 2008; actualizada por el ORAS-CONHU en el 2018.
- Que, a pesar de los esfuerzos realizados en los campos de alimentación, nutrición y otros relacionados, convencidos de que los problemas nutricionales en la primera infancia son una limitante para el desarrollo humano, social y económico de cada país, aún subsisten brechas por rectificar y avances por consolidar en los países andinos.
- Que, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), identificó la necesidad de elaborar la Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años.



Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años.
2. Encargar al Comité Andino de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años, la implementación de la Política Andina, de manera conjunta con la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU y con apoyo de UNICEF y de otras instituciones de cooperación con experiencia en el tema.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada mediante videoconferencia, el 16 de abril de 2020.



PAULA DAZA NARBONA
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE
PRESIDENTA DE LA XXXVIII REMSAA



NILA HEREDIA MIRANDA
Secretaria Ejecutiva
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNZUE

I. Introducción

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), desde su creación en 1971 visualiza el rol de la salud en la integración regional y su incidencia en el desarrollo económico de los países.

Como parte esencial del Sistema Andino de Integración, tiene la misión de “armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, manteniendo la identidad andina a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud”.

Durante su accionar ha desarrollado acciones en temas de trascendencia que se expresan a través de 15 comités *funcionantes* que tocan temas centrales para el logro de su misión.

Los países andinos no han sido ajenos a la bonanza económica vigente en América Latina a inicios del tercer milenio, que –desafortunadamente- ha comenzado a declinar en el último quinquenio. En ese periodo se han logrado reducciones significativas de la pobreza y pobreza extrema, de la prevalencia de desnutrición crónica y ha existido una mejora importante de los determinantes sociales; como la educación, agua y saneamiento, además de la implementación de marcos legales basados en derechos y programas sociales de envergadura.

La región ha avanzado de manera sostenida en educación y salud. En el primer caso, se ha mejorado el acceso tanto a la enseñanza primaria como a la secundaria, se han incrementado los años de escolarización, aunque, en este tema, los jóvenes de poblaciones rurales han tenido menos oportunidades.

Uno de los puntos relevantes en materia de salud es la reducción de la tasa de mortalidad infantil. El promedio de 17 países, donde se incluyen los países de la región andina, la mortalidad infantil se redujo en más del 30% entre el 2000 y 2015; posiblemente debido a la existencia de programas materno infantiles mejor orientados y con mejores coberturas, los que además de la reducción de la mortalidad, tienen efecto positivo en el peso al nacer y en el estado nutrición en los primeros dos años de vida.

La desnutrición afecta de manera heterogénea a los seis países de la región andina. Es de notar que la mayoría de los países de la subregión andina, tiene elevados porcentajes de anemia carencial que afecta a niños y mujeres en edad fértil, incluyendo las embarazadas y la prevalencia de sobrepeso y obesidad de niños y adultos va incrementándose de manera dramática.

Desde la primera consulta regional en Noviembre 2006, el ORAS-CONHU ha visualizado a la desnutrición como uno de los problemas de salud y desarrollo de mayor trascendencia en la región; explicitando que “...los recursos dedicados a mejorar el nivel nutricional de una nación son una *inversión* a largo plazo, y que está directamente relacionada con la generación de capital social, constituido por ciudadanos con mayores posibilidades de participar en los retos que demanda el desarrollo; con el nivel de salud de la población que reduce la pesada carga socio económica del costo del hambre y la desnutrición; con el aumento de las capacidades

de la mano de obra que determinan la productividad de los países; y con una ampliación de los niveles educativos y culturales...” con la clara noción de que “..Combatir la desnutrición no sólo es un problema de cada país, sino que la región en su conjunto debe avanzar colectivamente en este sentido.” De esta manera ha volcado esfuerzos para apoyar y fortalecer el compromiso y los esfuerzos de los gobiernos de la región andina para la erradicación de la desnutrición infantil hacia el año 2015.

La pertinencia de una Política regional de prevención y tratamiento de la desnutrición se da al menos los siguientes aspectos: i) existe una renovación del compromiso internacional con metas hacia el 2030 con un plan de acción integral ii) los países de la región andina han desarrollado experiencias exitosas que ameritan ser difundidas iii) actualmente, se desarrollan en la región andina proyectos de inversión en temas relevantes para la reducción de desnutrición que requieren integrarse al objetivo común de reducción de la desnutrición. iv) se cuenta con una estrategia institucional de la región andina donde la reducción de la desnutrición está inscrita en la dimensión de prioridades andinas.

Toda política pública tiene como objetivo el resolver un problema público, reconocido como tal en la agenda gubernamental. Por lo tanto, en esencia, la política es, o debería ser, la respuesta organizada y coherente del sistema político-administrativo de un país frente a una situación que ha sido definido como inaceptable, en este caso la desnutrición de la niñez claramente es una situación problemática y que tiene una substancial y negativa repercusión en el desarrollo individual y de la sociedad.

La presente “Política Andina de Prevención y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años”, pretende ser una herramienta que brinde líneas de acciones concretas y coherentes que conduzcan a la erradicación de la desnutrición en los países de la región.

II. Justificación

La desnutrición en la niñez temprana, -fundamentalmente desde la concepción y hasta los dos años de vida (los 1000 días críticos), desde la perspectiva de salud pública, conlleva una amplia gama de consecuencias a corto, mediano y largo plazo que incluyen, mayor riesgo de mortalidad, mayor susceptibilidad hacia enfermedades infecciosas y a que sean de mayor gravedad, mayor riesgo a padecer enfermedades no transmisibles, compromiso del desarrollo físico y cognoscitivo que repercute en el aprendizaje, menores logros académicos, laborales y, finalmente, ingresos económicos reducidos y pobreza¹. Por lo cual, las acciones deben ser planteadas como un objetivo imperioso ya que permitirán al niño desplegar su potencial y tener equidad de oportunidades futuras.

Aun cuando se ha avanzado en la reducción del bajo peso al nacer (desnutrición), todavía hay países donde esto se observa en más del 10% de los niños y niñas y 5% de estos nacen con retardo de crecimiento intrauterino¹. Según datos de la OMS, los niños y niñas que pesan menos de 2,500 gramos al nacer tienen mayor riesgo de muerte.

Sin embargo, los problemas nutricionales abarcan un espectro más amplio, conocido como malnutrición, en el que se incluye a la deficiencia de micronutrientes como hierro, cuya deficiencia es responsable de al menos- la mitad de las anemias nutricionales en la niñez, y al sobrepeso/obesidad.

Estas condiciones, con frecuencia, pueden ser prevalentes simultáneamente en un país, lo que se conoce como la doble carga de la malnutrición; es decir la coexistencia de desnutrición (hambre oculta o deficiencia de micronutrientes) con el sobrepeso y obesidad; esta coexistencia; por ejemplo, la del retraso del crecimiento junto con el sobrepeso/obesidad y la anemia, pueden estar presente en un solo niño o niña.

Frente a este panorama, los países de la región andina han asumido los nuevos retos globales hacia el 2030 planteados en los objetivos de desarrollo sostenible.

La Cumbre Mundial de Salud del año 2015 (Resolución 65.6) en el objetivo 2 incluye explícitamente la reducción de la desnutrición crónica en el contexto de lograr la seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible para “Poner fin al hambre”; por su trascendencia estas metas deben ser alcanzadas al 2025².

El Plan integral sobre nutrición de la madre, el lactante y niño pequeño aprobado en la 65^{va} Asamblea Mundial de salud en el 2012 están incluidas seis metas mundiales al 2025, las mismas guardan relación con la desnutrición crónica, anemia, bajo peso al nacer, sobrepeso, lactancia materna exclusiva y desnutrición aguda (emaciación)³.

Esta nueva agenda de compromisos y metas explícitas se constituye en una oportunidad de trabajo conjunto e integrado entre los países ya que vincula aspectos cruciales como la erradicación de la pobreza extrema, la reducción de la desigualdad, búsqueda de un crecimiento económico con mayor inversión social y reducción de población excluida social y económicamente.

Si bien, los países de la región andina han realizado esfuerzos relevantes en los campos de alimentación, nutrición y otros relacionados, con la certeza de que los problemas nutricionales en la primera infancia son una limitante para el desarrollo humano, social y económico de cada país y se constituyen en una vulneración de los derechos humanos de la población que los sufre, aún subsisten brechas por rectificar y avances por consolidar.

¹ PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas OPS/OMS

El ORAS-CONHU ha realizado un trabajo sostenido a partir del 2007 para incorporar a la reducción de la desnutrición como uno de los objetivos centrales de la agenda de trabajo del Comité Andino para la Prevención y Erradicación de la Desnutrición Infantil y ha desarrollado varias acciones en este sentido.

La desnutrición crónica, o retraso del crecimiento, medida con el indicador de talla baja para la edad, es un problema que afecta a los países de la región, con diversa severidad, tal como fue presentado antes. El problema está claramente definido en cuanto a su magnitud. En los países andinos, Ecuador, Bolivia y Perú, tienen prevalencias aun importantes, aunque los dos últimos han logrado avances significativos durante la última década.

La trascendencia de la desnutrición crónica, en cuanto a sus efectos a corto, mediano y largo plazo, han sido establecidos y el carácter deletéreo de esta condición ha sido documentado y existe abundante evidencia científica sobre sus causas y efectos individuales y sociales.

La reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica requiere el abordaje de sus causas determinantes y estructurales, relacionadas con la inequidad, pobreza, inseguridad alimentaria, bajo nivel educativo, falta de acceso a servicios básicos de agua, saneamiento, pobre acceso a los servicios de salud y prácticas inadecuadas de cuidado de la niñez.

La experiencia de Perú y Bolivia, demuestra la factibilidad de la reducción de esta prevalencia.

Por lo tanto, los enfoques exitosos deben ser multi o (idealmente) intersectoriales. Las intervenciones deben llegar a la población más vulnerable, priorizando el momento más adecuado: los primeros 1000 días (desde la concepción hasta los dos años de edad).

Es importante reconocer que esta condición no puede ser abordada únicamente por un sector, por ejemplo, salud ya que, en definitiva, las elevadas prevalencias de desnutrición, responden a causas estructurales; por lo tanto, las respuestas también deben ser estructurales e intersectoriales.

En este sentido, el involucramiento de los niveles de decisión política, tomadores de decisiones y asignación presupuestaria, es un aspecto altamente relevante.

La prevención y el tratamiento del retraso del crecimiento o desnutrición crónica es un tema que debe ser mantenido en la agenda pública y ser materia de discusión y actualización continua. Además, se debe reconocer que esta condición, a diferencia de la desnutrición aguda, no tiene un abordaje médico puntual. Su manejo radica en la mejora de las prácticas nutricionales, adecuado aporte proteico, suplementación de micronutrientes y medidas generales. La utilidad del zinc, como suplementación en niños de 6 a 24 meses de edad, aún no cuenta con suficiente evidencia.

Definiciones, contexto e intervenciones

Inicialmente, es importante establecer ciertas definiciones que guardan relación con la temática de la malnutrición en la niñez

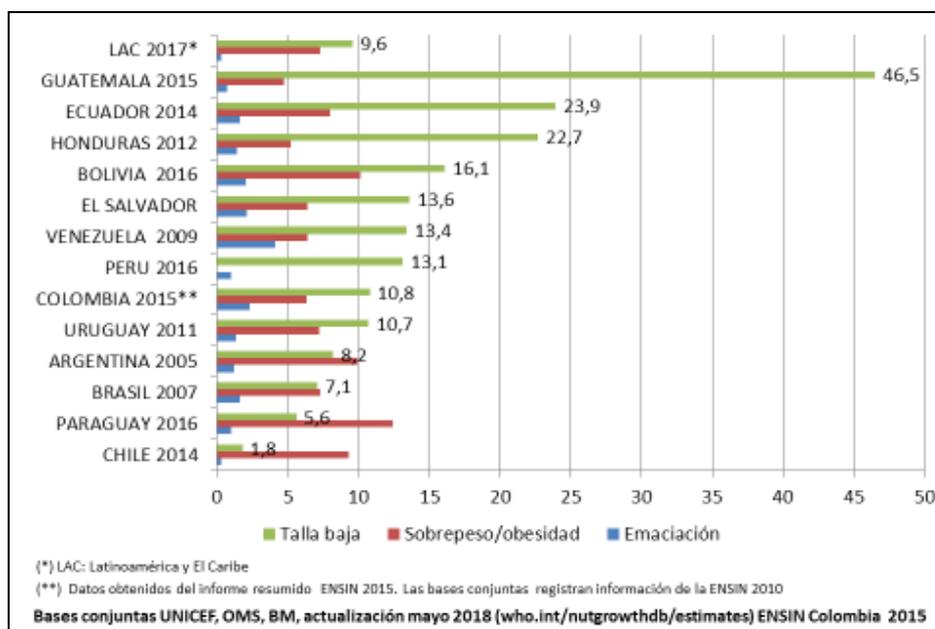
Definiciones

- **Talla baja para la edad** o retraso en el crecimiento lineal que es un reflejo de la desnutrición crónica; sin embargo, la desnutrición crónica no es la única causa de talla baja. El punto de la talla para la edad cae por debajo de la -2 Desviación Estándar (DE), según los patrones de la OMS (2006);
- **Peso bajo para la talla**, o emaciación o enflaquecimiento, que refleja la desnutrición aguda. El punto del peso para la talla cae por debajo de la -2 DE, según los patrones de la OMS (2006);
- **Peso bajo para la edad**, indicador poco útil al momento de desarrollar intervenciones en salud y nutrición públicas. Este indicador no discrimina si la desnutrición es aguda o crónica;
- **Sobrepeso y obesidad**, medida, en el caso de la niñez menor de cinco años con el indicador Peso para la talla. El punto de peso para la talla cae por encima de +2 DE para la talla o longitud (sobrepeso y obesidad) o por encima de +3 DE (sólo obesidad)

Para el año 2018, a nivel mundial, aproximadamente 151 millones de menores de cinco años o sea 22.2% de ese grupo etario presentaba talla baja para la edad y 51 millones tenían desnutrición aguda. Para el mismo año en la región de Latinoamérica y El Caribe (LAC) se estimó que 5.1 millones de niños y niñas presentaban talla baja para la edad (desnutrición crónica) que significa el 7,5% de la niñez en Sud América, 8% en el Caribe, 14.1% en Centro América y 2.3 % en América del Norte.

Las prevalencias de malnutrición en esta región son acentuadamente heterogéneas (**Figura 1**). Por ejemplo, en Chile la talla baja para la edad prácticamente es inexistente, ya que una prevalencia menor al 2% corresponde a una distribución normal de la población y la talla baja responde a otro tipo de problemas (por ejemplo, alteraciones hormonales o congénitas). En el otro extremo se encuentra Guatemala, donde cerca al 50% de los niños y niñas menores de 5 años tiene talla baja (desnutrición crónica); de los países con datos de 2014 adelante todos a excepción de Chile y Paraguay están por encima de la media latinoamericana de 9.6%.

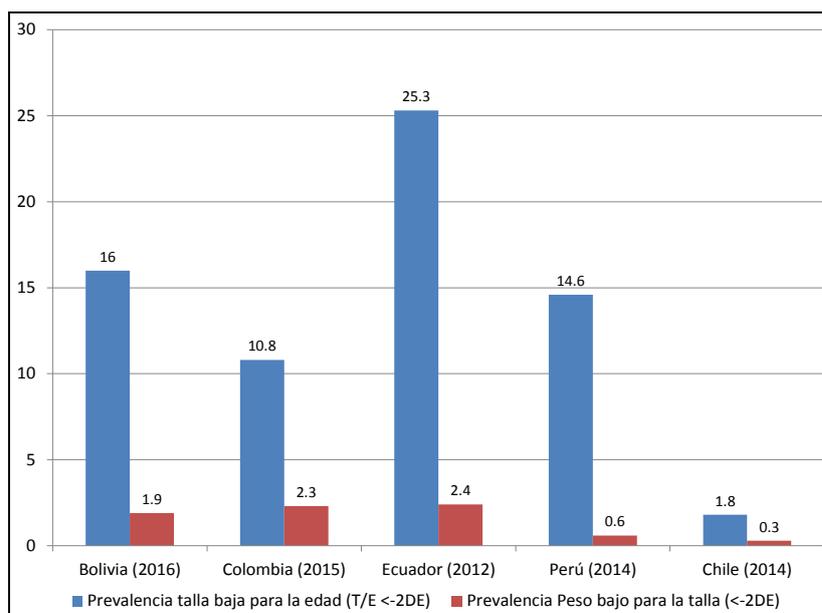
Figura 1. Prevalencias de malnutrición en países seleccionados de Latinoamérica, datos de la última encuesta disponible (porcentaje)



Es pertinente resaltar que el sobrepeso y obesidad en menores de cinco años se constituyen en un problema de magnitud pública en la región de Latinoamérica y el Caribe cuya tendencia es claramente ascendente.

La **Figura 2** muestra la situación de la desnutrición crónica y aguda de los países andinos² empleando la información actualizada disponible.

Figura 2. Prevalencia de desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años (talla/edad <-2DE) en países del área Andina (porcentaje)



² No se incluyen datos de Venezuela, dado que la información se encuentra desactualizada

En el último decenio o incluso en los últimos 20 años, los países andinos han desarrollado programas e intervenciones sensibles a la nutrición desde diferentes sectores, lo que ha permitido una reducción de la prevalencia de diferente magnitud, tal como se visualiza en la Tabla 1.

Tabla 1. Cambios de la prevalencia de la talla baja para la edad en niños menores de cinco años, en cinco países del área Andina (en porcentaje)

| PAIS | Último dato de encuesta | Penúltimo dato de encuesta | Cambio en puntos porcentuales entre encuestas | Porcentaje de cambio total entre ambas encuestas | Porcentaje de cambio anual |
|-----------------|-------------------------|----------------------------|---|--|----------------------------|
| Bolivia | 16 (2016) | 27,1 (2008) | -11.1 | -41 | -5.13 |
| Colombia | 10,8 (2015) | 13,2 (2010) | -2.4 | -18.2 | -3.64 |
| Ecuador | 25,3 (2012) | 33,5 (2004) | -8.2 | -24.5 | -3.06 |
| Perú | 14,6 (2014) | 23,8 (2009) * | -9.2 | -38.7 | -7.74 |
| Chile | 1.8 (2014) | 1.8 (2013) | 0 | 0 | 0.00 |

Como es conocido, los promedios ocultan diferencias patentemente definidas, por los “ejes de desigualdad”; que en términos de determinantes sociales de la salud son: la clase social, etnia, género, territorio, edad.

Los niños en el área andina, que viven en área rural, que pertenecen a pueblos originarios, que viven en situación de pobreza, cuyas madres tiene poca educación y otras condiciones determinantes negativas, tienen prevalencias claramente superiores de talla baja para la edad. Por lo tanto, la lucha contra la desnutrición crónica (talla baja para la edad) requiere importantes esfuerzos de focalización y priorización, basados en información adecuada, pertinente y actualizada, bajo un manto de equidad.

La anemia debida a carencias nutricionales, particularmente del hierro, es otro problema nutricional de elevada prevalencia en la región y de escaso éxito, pese a la implementación de programas de suplementación por más de dos décadas.

Los países andinos en conjunto no han sido ajenos a la bonanza económica imperante en América Latina a inicios del tercer milenio, que desafortunadamente ha comenzado a declinar en el último quinquenio. En ese periodo se han logrado reducciones significativas de la pobreza y pobreza extrema, de la prevalencia de desnutrición crónica y la mejora importante de determinantes sociales; como la educación, agua y saneamiento, además de la implementación de un marco legal basado en derechos y programas sociales de envergadura. El gasto público para el área social alcanzó, el 2016, el porcentaje más alto del PIB: 11.2%. Para Perú 10.4%; Bolivia 12.6%; Colombia 12.7%; Ecuador 9.3% y Chile 16.1%⁴.

Pese a ello, según el índice de desarrollo humano⁵ (actualización estadística del IDH), en la región andina únicamente Chile forma parte del grupo de desarrollo humano “muy alto” (puesto 44), lejos de Colombia (90), Ecuador (86), Perú (89) y Venezuela (78), que se encuentran en el grupo de desarrollo humano “alto”, Bolivia (118) continúa con un desarrollo humano “medio”.

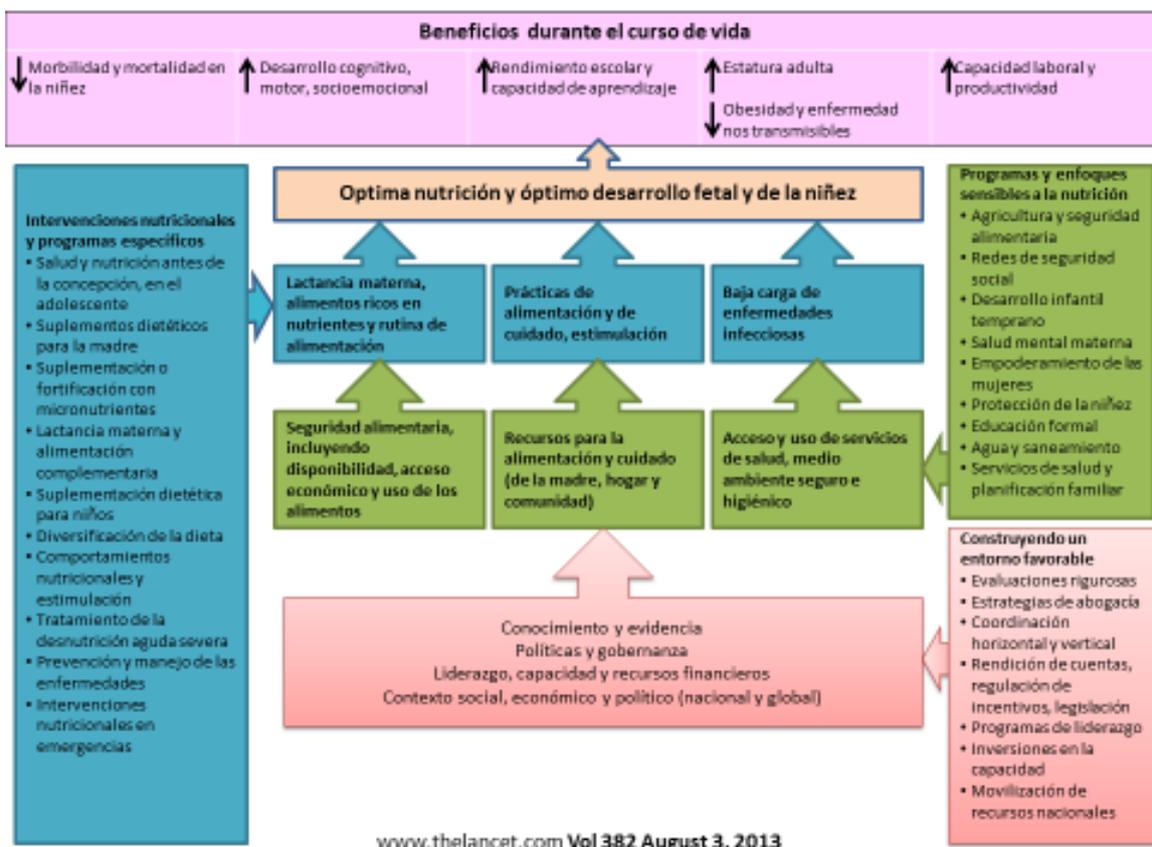
Todo lo mencionado comprende un complejo y desafiante panorama que requiere intervenciones a diverso nivel. En la **Figura 3** se muestra un Modelo Conceptual que integra

causas, consecuencias y principales intervenciones para lograr una óptima nutrición de la niñez⁶.

De manera que la desnutrición no implica, únicamente, la deficiente ingesta de alimentos nutritivos y variados, también tiene que ver con el entorno en el que el niño o niña vive; es decir de las condiciones de su comunidad y de su vivienda, acceso a servicios básicos (saneamiento, agua, salud y educación), seguridad alimentaria y nutricional, prácticas de cuidado y de alimentación (lactancia materna, vacunas y otras practica “clave”³).

Desde el punto de vista de salud y nutrición públicas, las intervenciones a favor de una buena nutrición de la niñez (lactancia materna, alimentación complementaria oportuna y adecuada, suplementación con micronutrientes, prevención y manejo adecuado de enfermedades infecciosas, higiene y saneamiento y otras) repercuten favorablemente sobre todas formas de la malnutrición.

Figura 3. Marco conceptual para una óptima nutrición y desarrollo fetal y de la niñez



Otro aspecto que viene ganando importancia desde hace algunos años, es el concepto de enteropatía ambiental, referido a la deficiencia de saneamiento básico e higiene, que expone a los niños a la ingesta de bacterias coliformes, lo que produce cambios inflamatorios en el intestino, con o sin diarrea, ocasionando a una verdadera disfunción entérica (intestinal), con alteración de la permeabilidad intestinal y de la absorción de nutrientes, provocando desnutrición e incremento de infecciones intestinales agudas. La mala absorción, junto con una reacción inflamatoria sistémica, mediada por factores humorales y celulares; esta

³ Otras prácticas son: lactancia materna inmediata, exclusiva y prolongada, alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, suplementación con micronutrientes vacunas, saneamiento, estimulación.

inflamación crónica inhibe el crecimiento óseo, siendo una de las causas de la talla baja asociada al medio ambiente(Humphrey, 2009).

El bajo peso al nacer (menos de 2,500 g), es otro problema que guarda relación con la prevalencia de desnutrición crónica (talla baja para la edad) y que podría ser causa directa de aproximadamente el 20% de los casos de desnutrición en la niñez(Christian, Sun, Donahue, & Adlair, 2013) y que generalmente está relacionado con la nutrición materna, es el bajo peso al nacer (menos de 2.500 g). Existe creciente evidencia que demuestra que el bajo peso al nacer, atribuido a la desnutrición *in útero*, es un factor de riesgo importante para el posterior desarrollo de desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad y enfermedades no transmisibles) .

Siguiendo esta línea de ideas, los primeros mil días de vida (desde el momento de la fecundación hasta los dos años de edad) constituyen el periodo más crítico para el crecimiento y desarrollo del ser humano y que es de particular sensibilidad hacia noxas de diverso tipo o frente a carencias nutricionales, que tendrán efectos de diversa gravedad en el posterior devenir del curso de la vida.

Existe un considerable interés internacional, y varios países han realizado grandes esfuerzos, hacia la reducción de la desnutrición de la niñez con notable éxito, como ser Perú y Bolivia, que merecen ser ampliamente difundidas y cuyas lecciones aprendidas deberían ser aprovechadas al máximo.

En resumen, la desnutrición en todas sus variedades es un problema vigente en la mayoría de los países del área andina; esta condición está empeorando con la incursión progresiva de sobrepeso y obesidad. Como en otras áreas de salud pública la inversión más efectiva es la prevención en las etapas más tempranas de la vida, con medidas específicas y concretas, que requieren ser sostenidas por una mejora de las condiciones de vida de la población que incluyen acceso a educación, agua, saneamiento, alimentación adecuada y atención de salud.

III. Enfoques

La presente política tiene como sustento los siguientes enfoques:

Enfoque de derechos humanos

La Política promueve la garantía del derecho a la alimentación para la población en general y, en particular, para los grupos poblacionales más vulnerables y que requieren atención particular

La buena nutrición y alimentación representan un factor decisivo para el desarrollo físico, cognitivo y emocional y para el ejercicio de otros derechos. El hambre y la desnutrición representan un atentado contra el ser humano, que justifica una política orientada a garantizar el derecho a los alimentos y a la prevención de la desnutrición.

Según las normas internacionales de derechos humanos, todo ser humano tiene derecho a una alimentación adecuada y a no padecer hambre; es decir, todo ser humano tienen el “derecho a la alimentación”. Este derecho comprende aspectos cuantitativos, cualitativos y de aceptabilidad cultural.

Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y concretar el derecho a la alimentación digna.

Enfoque de determinantes sociales de la salud y de reducción de brechas de desigualdad

Los resultados en salud (tasas de mortalidad, prevalencia de malnutrición y otros) son determinados por las condiciones en las que las personas nacen, viven y crecen y, claramente, existen los ejes de desigualdad que definen brechas, tales como el género, el sitio de residencia, el trabajo, el origen étnico y otros.

El enfoque hacia la reducción de los determinantes que provocan las injustas desigualdades es un pilar fundamental para la presente Política.

Enfoque de interculturalidad

En la región de Latinoamérica y El Caribe, los países andinos se caracterizan por una importante diversidad étnica y cultural que es necesario reconocer e incorporar como enfoque transversal en todas las políticas sociales de manera que se promueva un continuo aprendizaje y colaboración entre culturas, en condiciones de legitimidad mutua e igualdad.

La interculturalidad, demanda el reconocimiento de la diversidad cultural dentro de sus fronteras por parte del Estado y promueve la creación de espacios en los que las distintas culturas puedan no solo coexistir, sino también respetarse, interactuar, conocerse, encontrarse, crear vínculos, interactuar y comunicarse, a fin de reconocer y aceptar la reciprocidad y aporte de la cultura del otro.

Enfoque de intersectorialidad

Problemas de gran trascendencia, como es la desnutrición, particularmente la crónica (baja talla para la edad) requieren abordajes intersectoriales amplios y orientados. Sin duda, el lograr objetivos comunes (por ejemplo, la reducción de la desnutrición de la niñez) es el primer

paso para avanzar en la intersectorialidad de las acciones, de manera que puedan compartirse recursos y talento humano. Un solo sector (por ejemplo, salud) no podrá hacer frente a la magnitud del desafío si trabaja de manera aislada.

Enfoque de género

La Política promueve la igualdad entre hombres y mujeres brindando las mismas posibilidades de acceso a las intervenciones de salud, nutrición, agua y saneamiento y otras relevantes. Este enfoque debe estar reflejado en los indicadores de monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Enfoque participativo

De manera que se fortalezca la construcción del tejido social, cultivando su derechos y obligaciones, fortaleciendo sus valores y el ejercicio de sus roles y funciones específicas. En salud la gestión participativa es un horizonte hacia que se transita de manera pausada.

IV. Propósito

La presente política tiene el propósito de brindar lineamientos estratégicos, por una parte, para contribuir a la reducción de la prevalencia de la desnutrición (crónica y aguda) en la región andina y, por otra, para consolidar los avances alcanzados y profundizarlos, en el marco del cumplimiento de las metas internacionales.

V. Alcance

Los contenidos de esta Política contribuirán a que los países de la subregión andina impulsen el desarrollo y/o fortalezcan las acciones a favor de la reducción de la desnutrición de la niñez, en todas sus formas, mediante acciones efectivas que afecten los factores determinantes.

VI. Objetivos

General

Establecer lineamientos estratégicos, para los países de la subregión Andina, orientados hacia la reducción de la prevalencia de la desnutrición en sus diversas formas, mediante la prevención, promoción de la salud y tratamiento, con enfoque de derechos, género, curso de vida, determinantes sociales e interculturalidad.

Específicos

1. Promover el desarrollo de entornos favorables e intervenciones sensibles a la nutrición para la prevención de la desnutrición en menores de cinco años, con énfasis en los primeros 1000 días (desde la fecundación a los dos años de edad).
2. Fomentar acciones orientadas al tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años.
3. Fortalecer las prácticas de alimentación y nutrición, higiene y suplementación con micronutrientes para la reducción de la prevalencia de la desnutrición y anemia en la niñez
4. Fortalecer los sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación para la toma de decisiones, relacionados con el estado nutricional de la niñez, sus causas y consecuencias
5. Promover la realización de estudios pertinentes (investigaciones operativas) que provean evidencia sobre modelos intersectoriales eficaces y eficientes implementados en contextos diferentes

VII. Principios

Integralidad

Se refiere a una visión global de los múltiples aspectos y dimensiones relacionados con la desnutrición de la niñez, sus causas y consecuencias individuales y sociales.

Calidad

La calidad de las intervenciones, así como el sólido sustento técnico (evidencia científica), son elementos de la más alta relevancia y que requieren ser monitorizados y ajustados de manera continua.

Equidad

La región de Latinoamérica se caracteriza por ser una de las más inequitativas del orbe, los lineamientos de la presente política, fundamentados en la reducción de desigualdades, se rigen por el principio de equidad, brindando un trato equivalente a los más vulnerables, para superar las desigualdades sociales.

Interculturalidad

La recuperación y promoción de los alimentos tradicionales, muchas veces sustentados por conocimientos ancestrales sobre la alimentación nutrición y la adecuación cultural de las estrategias e intervenciones a implementarse, pueden ser la clave del éxito de las intervenciones que requieren la participación y compromiso de la población de los países andinos, caracterizados por la diversidad cultural de sus habitantes.

Multisectorialidad

Ningún esfuerzo que vaya a ser desarrollado sólo por el sector salud tendrá éxito para la reducción de la malnutrición. Es imprescindible buscar la formación de alianzas estratégicas efectivas para el logro de resultados, que compartan recursos físicos, financieros y talento humano para el logro de un objetivo común.

VIII. Líneas estratégicas

1. Promover el desarrollo de entornos favorables e intervenciones sensibles a la nutrición para la prevención de la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años con énfasis en los primeros 1000 días.

Acciones sugeridas

- Abogacía a favor de la nutrición de la niñez y de las ventajas de inversión en nutrición en la niñez temprana con el objetivo de establecer metas y objetivos de nutrición en los planes nacionales (Ministerio de Planificación, Finanzas, Salud y otros pertinentes para cada país) y asegurar el financiamiento adecuado
- Conformación o fortalecimiento de instancias multi o intersectoriales, a diferente nivel, que consideren a la nutrición adecuada del niño o niña como el objetivo a alcanzar.
 - Los sectores que deberían participar son: Agua y saneamiento, educación, justicia y salud, agricultura y otros según necesidad
 - Los diferentes sectores deben establecer planes de trabajo conjuntos, con un objetivo general común, pero objetivos específicos diferenciados, según el sector
- Lograr la cobertura universal de la atención primaria de salud para:
 - Brindar atención pre y posta natal con calidad
 - Brindar atención del menor de cinco años fortaleciendo el manejo adecuado de las patologías prevalentes de la infancia, entre ellas (diarrea, deshidratación, infecciones respiratorias y otras)
- Promoción de acciones eficaces para la prevención del embarazo adolescente.
 - Facilitar la disponibilidad de programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.
 - Implementar en todos los servicios de maternidad, la aplicación de las prácticas integradas para la atención a la madre y al recién nacido (manejo activo del tercer periodo del parto, ligadura tardía del cordón umbilical, apego precoz y lactancia materna inmediata)
 - Acciones para mejorar los programas de alfabetización a la población y educación de padres y madres.
 - Acciones para la ampliación de la cobertura de agua segura y saneamiento básico.
 - Apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones
 - Apoyar la implementación o reforzamiento de la calidad y cobertura de los programas de estimulación inicial temprana

2. Fomentar acciones orientadas al tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años,

Acciones sugeridas

- Apoyo para asegurar la disponibilidad de alimentos terapéuticos listos para el uso para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en la comunidad y en unidades especializadas en atención del desnutrido agudo severo
- Actualización de los protocolos de diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda, en la comunidad y en los establecimientos de salud y capacitar al personal de salud en el cuidado de niños con desnutrición aguda moderada y severa.

- Instauración de programas de recuperación de desnutridos, ya sean ambulatorios u hospitalizados.

3. Fortalecer las prácticas de alimentación y nutrición, higiene y suplementación con micronutrientes para la reducción de la prevalencia de la desnutrición y anemia en la niñez

Acciones sugeridas

- Fortalecimiento de acciones que aseguren una alimentación y nutrición adecuadas en el embarazo, incluyendo suplementación con hierro y ácido fólico a la gestante.
- Fortalecimiento de acciones para la promoción continua y sistemática de la lactancia materna (inmediata, exclusiva y prolongada) por múltiples canales y medios y el monitoreo del cumplimiento del Código de Lactancia materna y control de la comercialización de sucedáneos de la leche materna
- Fortalecimiento al conocimiento y aplicación de las prácticas clave de alimentación complementaria adecuada, iniciada a partir de los seis meses, que incluyen:
 - Inicio oportuno y adecuado de alimentación complementaria
 - Promoción del lavado de manos en momentos clave y la correcta manipulación de alimentos e higiene en su preparación.
 - Alimentación con afecto y respuesta a señales del niño (hambre, saciedad)
- Fortalecimiento de los programas de suplementación universal con hierro y ácido fólico y de fortificación de alimentos
- Fortalecimiento de la promoción de la salud y nutrición en el sistema de salud, particularmente en el primer nivel de atención empleando estrategias exitosas (por ejemplo: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI-
- Promoción de la preparación adecuada de alimentos para niños de 6 a 24 meses y la orientación a la familia en alimentación saludable, higiene, y actividad física
- Promoción de la cobertura universal de intervenciones eficaces para la reducción de la anemia en madres y menores de cinco años; entre ellas:
 - Suplementación con hierro y ácido fólico en mujeres adolescentes, mujeres embarazadas.
 - Administración de suplementos de hierro a menores de cinco años, incluyendo la administración de polvos con múltiples micronutrientes
- Análisis de la pertinencia de acciones desarrolladas en algunos países de la región. tales como:
 - Inicio de suplementación con hierro a los 4 meses de edad
 - Medición rutinaria de hemoglobina a los 6 meses para descartar anemia.

4. Fortalecer los sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación para la toma de decisiones, relacionados con el estado nutricional de la niñez, sus causas y consecuencias

Acciones sugeridas

- Implementación de sistemas de información que incorporen la vigilancia nutricional en la población infantil
- Incorporación de indicadores multisectoriales consensuados y el seguimiento nominal de los niños, a través del Padrón nominal.

- Fortalecimiento de la calidad de los sistemas de información (variables adecuadas, toma de dato, oportunidad, recolección, flujo, almacenamiento y consolidación. procesamiento, análisis y toma de decisiones)
 - Incorporación de variables que permitan la discriminación de la información según género, pertenencia étnica, región y otros determinantes de desigualdades
 - Desarrollo de competencias del personal de salud y de otros sectores para el análisis de indicadores nutricionales e indicadores multisectoriales consensuados
 - Establecimiento de espacios de análisis de la información con la comunidad
 - Promoción del intercambio de experiencias y lecciones aprendidas entre países
- 5. Promover la realización de estudios pertinentes (investigaciones operativas) que provean evidencia sobre modelos intersectoriales eficaces y eficientes implementados en contextos diferentes**

Acciones sugeridas

- Identificación y establecimiento de fondos de recursos para investigaciones operativas y mecanismos de aplicación
- Definición de un listado de investigaciones fundamentales para cada país, relacionado con prevención de la desnutrición, promoción de la nutrición adecuada, adherencia a manejo de desnutrición (particularmente la aguda), y a la suplementación y tratamiento de anemia, aumento de coberturas y otras relevantes para la nutrición de la niñez.
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la investigación operativa en salud y la comunicación adecuada de resultados
- Promoción de la participación de la comunidad científica y de los profesionales de la salud en la toma de decisiones en políticas públicas.

IX. Financiamiento

Los países de la subregión andina, deben acordar comprometerse a la ejecución de esta política y sus componentes, adecuándola a sus necesidades y contextos.

Los países y los ministerios correspondientes, deben destinar el financiamiento necesario, oportuno y sostenido, para darle cumplimiento.

X. Monitoreo y evaluación

Las metas propuestas en el objetivo 2 de los objetivos de desarrollo sostenible, ratificadas en la Cumbre Mundial de Salud del año 2015 (Resolución 65.6) sirven de referencia a nivel regional y particularmente a cada uno de los países para establecer con precisión sus correspondientes y particulares metas, considerando como valores de línea de base los determinados mediante encuestas poblacionales, cuyos datos hayan sido obtenidos en el lapso de tiempo más cercano al 2015.

De manera general, el monitoreo consistirá en

- Implementación de las recomendaciones (líneas estratégicas) de la presente Política en los programas nacionales y asignación de presupuesto
- Monitoreo de indicadores nutricionales en la niñez, según estándares internacionales. ORAS-CONHU apoyará las acciones que los países se encuentra realizando, dirigida a la medición de las metas ODS relacionadas con la desnutrición de la niñez y solicitará a la OMS ser parte del grupo de monitoreo de los indicadores correspondiente

XI. Anexos

Anexo 1. Revisores de la versión preliminar de la Política

BOLIVIA

Dr. Yecid Humacayo Morales

Jefe de la Unidad de Alimentación y Nutrición

Teléfono : (591) 2-443957
Celular : (591) 72490136
Email : yecid_cayo@hotmail.com

Ministerio de Salud - Bolivia

CHILE

Dra. Francisca Aguirre

Jefa del departamento de nutrición y alimentos

Teléfono : (562- 2) 25740474
E-mail : francisca.aguirre@minsal.cl

Nut. MSc. Yilda Herrera

Profesional Departamento de Nutrición y Alimentos

Teléfono : (562- 2) 25740820
E-mail : yilda.herrera@minsal.cl

COLOMBIA

Dra. Elisa Maria Cadena

Dirección de Promoción y Prevención

Teléfono : (571) 3305000 anexo 1251
Celular :
E-mail : ecadena@minsalud.gov.co

PERU

Lic. Julie Mariaca Oblitas

Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)

Teléfono : 3156600 anexo
Celular :
E-mail : jmariaca@minsa.gob.pe

Anexo No 2. Recomendaciones de la Cumbre Mundial de Alimentación

| Medidas | Recomendación |
|--|--|
| Medidas recomendadas para crear un entorno favorable a una acción eficaz | 1. Potenciar el compromiso político y la participación social para mejorar la nutrición en los países mediante el diálogo político y la promoción. |
| | 2. Elaborar —o revisar, según sea apropiado— planes nacionales de nutrición, presupuestarlos y armonizar las políticas de los distintos ministerios y organismos que inciden en la nutrición, así como fortalecer los marcos jurídicos y la capacidad estratégica en la esfera nutricional. |
| | 3. Establecer y fortalecer, según sea apropiado, mecanismos nacionales entre distintos ámbitos gubernamentales, intersectoriales e integrados por múltiples partes interesadas relativos a la seguridad alimentaria y la nutrición a fin de supervisar la aplicación de políticas, estrategias, programas y otras inversiones en nutrición. Esas plataformas pueden necesitarse en diversos niveles y deben contar con salvaguardias firmes contra los abusos y conflictos de interés. |
| | 4. Aumentar la inversión responsable y sostenible en nutrición especialmente en los países, con financiación nacional; generar recursos adicionales mediante instrumentos de financiación innovadores; conseguir que los asociados en el desarrollo aumenten la asistencia oficial para el desarrollo relacionada con la nutrición, y fomentar las inversiones privadas, según proceda. |
| | 5. Potenciar la disponibilidad, la calidad, la cantidad, la cobertura y la gestión de sistemas de información multisectoriales relacionados con la alimentación y la nutrición con miras a mejorar la elaboración de políticas y la rendición de cuentas. |
| | 6. Promover la colaboración entre los países, por ejemplo, la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, así como el intercambio de información sobre la nutrición, la alimentación, la tecnología, la investigación, las políticas y los programas. |
| | 7. Fortalecer la gobernanza de la nutrición y coordinar las políticas, las estrategias y los programas de los organismos, los programas y los fondos del sistema de las Naciones Unidas en el ámbito de sus respectivos mandatos. |
| Medidas recomendadas para lograr sistemas alimentarios sostenibles que | 8. Revisar las políticas e inversiones nacionales, e incorporar objetivos nutricionales en la política alimentaria y agrícola, así como en la formulación y aplicación de los programas, a fin de potenciar una agricultura que tenga en cuenta la nutrición, garantizar la seguridad alimentaria y posibilitar dietas sanas. |

| | |
|--|--|
| <p>promuevan dietas saludables</p> | <p>9. Reforzar la viabilidad de la producción y la elaboración de alimentos escala local, especialmente por parte de los pequeños agricultores y los agricultores familiares, prestando especial atención al empoderamiento de la mujer y teniendo en cuenta a la vez que un comercio eficaz y eficiente es fundamental para la consecución de los objetivos nutricionales.</p> <p>10. Promover una diversificación de los cultivos que abarque cultivos tradicionales infrautilizados, una mayor producción de frutas y hortalizas y una producción adecuada de alimentos de origen animal según sea necesario, aplicando prácticas sostenibles tanto en la producción alimentaria como en la gestión de los recursos naturales.</p> <p>11. Mejorar las tecnologías de almacenamiento, conservación, transporte y distribución y las infraestructuras para reducir la inseguridad alimentaria estacional, así como la pérdida y el desperdicio de alimentos y nutrientes.</p> <p>12. Crear y fortalecer instituciones, políticas, programas y servicios para aumentar la resiliencia del suministro de alimentos en las zonas expuestas a sufrir crisis, incluidas las afectadas por el cambio climático.</p> <p>13. Elaborar, adoptar y adaptar, cuando sea apropiado, directrices internacionales sobre dietas saludables.</p> <p>14. Fomentar la reducción gradual del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal o sodio y grasas trans a través de los alimentos y las bebidas para prevenir una ingesta excesiva por parte de los consumidores, y mejorar el contenido de nutrientes de los alimentos, según sea necesario.</p> <p>15. Estudiar instrumentos de regulación y de carácter voluntario —como políticas de comercialización, publicidad y etiquetado nutricional e incentivos o desincentivos económicos de conformidad con las reglas del Codex Alimentarias y de la Organización Mundial del Comercio (OMC)— para promover dietas saludables.</p> <p>16. Establecer normas alimentarias o centradas en los nutrientes con miras a brindar acceso a dietas saludables y agua potable sana en instituciones públicas como hospitales, guarderías, lugares de trabajo, universidades, oficinas gubernamentales y cárceles, y fomentar la creación de instalaciones para la práctica de la lactancia materna.</p> |
| <p>Medidas recomendadas en materia de comercio e inversión internacionales</p> | <p>17. Alentar a los gobiernos, los organismos, programas y fondos de las Naciones Unidas, la OMC y otras organizaciones internacionales a que determinen oportunidades de alcanzar las metas mundiales en materia de alimentación y nutrición por medio de políticas sobre comercio e inversión.</p> <p>18. Aumentar la disponibilidad y el acceso del suministro de alimentos por medio de acuerdos y políticas comerciales apropiados, y comprometerse a garantizar que esos acuerdos y políticas no vayan en detrimento del derecho a una alimentación adecuada en otros países.</p> |

| | |
|---|--|
| Medidas recomendadas en materia de educación e información nutricional | 19. Poner en práctica intervenciones de educación e información nutricional basadas en las directrices dietéticas nacionales y en políticas coherentes en materia de alimentación y dieta, mediante mejoras en los planes de estudio escolares y a través de la educación nutricional en los servicios sanitarios, agrícolas y de protección social, de intervenciones en el ámbito comunitario y del suministro de información en el punto de venta, incluido el etiquetado. |
| | 20. Potenciar los conocimientos especializados sobre nutrición y la capacidad para emprender actividades de educación nutricional especialmente entre los trabajadores de primera línea, los trabajadores sociales, el personal de extensión agrícola, los docentes y los profesionales sanitarios |
| | 21. Emprender campañas de comercialización social y programas de comunicación sobre cambios en el estilo de vida que promuevan la actividad física, la diversificación dietética y el consumo de alimentos ricos en micronutrientes tales como frutas y hortalizas, con inclusión de alimentos locales tradicionales y tomando en cuenta las consideraciones de índole cultural, así como mejoras en la nutrición materno infantil, prácticas de cuidado apropiadas y la lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas, orientadas y adaptadas a los diversos públicos y grupos de interesados dentro del sistema alimentario. |
| Medidas recomendadas en materia de protección social | 22. Incorporar objetivos de nutrición en los programas de protección social y en los programas de redes de seguridad aplicados en el contexto de la asistencia humanitaria. |
| | 23. Usar transferencias de efectivo y alimentos, en concreto programas de alimentación escolar y otras formas de protección social de la población vulnerable, para mejorar las dietas ampliando el acceso a alimentos que se ajusten a las creencias, la cultura, las tradiciones, los hábitos alimentarios y las preferencias de las personas de conformidad con las leyes y obligaciones nacionales e internacionales y que sean nutricionalmente adecuados en aras de una dieta sana. |
| | 24. Incrementar los ingresos de las poblaciones más vulnerables creando empleo digno para todos, incluso mediante la promoción del empleo autónomo. |
| Medidas recomendadas para que los sistemas de asistencia sanitaria sean sólidos y resistentes | 25. Fortalecer los sistemas de asistencia sanitaria y promover la cobertura sanitaria universal ⁷ , en particular por conducto de la atención primaria, para que los sistemas sanitarios nacionales puedan hacer frente a la malnutrición en todas sus formas. |
| | 26. Mejorar la integración de la nutrición en los sistemas de asistencia sanitaria mediante estrategias apropiadas para fortalecer los recursos humanos, el liderazgo y la gobernanza, la financiación de dichos sistemas y la prestación de sus servicios, así como el suministro de medicamentos esenciales, información y seguimiento. |

| | |
|--|--|
| | <p>27. Promover el acceso universal a todas las medidas nutricionales directas y las medidas sanitarias pertinentes que repercuten en la nutrición por conducto de los programas de salud.</p> |
| | <p>28. Aplicar la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, el Plan integral de aplicación 2012-2025 sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de la OMS y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS por medio de financiación suficiente y políticas adecuadas.</p> |
| Medidas recomendadas para promover, proteger y sostener la lactancia materna | <p>29. Adaptar y aplicar el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.</p> |
| | <p>30. Aplicar políticas y prácticas, incluidas reformas laborales según sea apropiado, para promover la protección de las madres que trabajan.</p> |
| | <p>31. Aplicar políticas, programas y medidas para velar por que los servicios sanitarios promuevan, protejan y respalden la lactancia materna, en particular la iniciativa de hospitales amigos de los niños.</p> |
| | <p>32. Alentar y promover —mediante actividades de promoción, educación y aumento de la capacidad— un entorno favorable a que los hombres, en particular los padres, tomen parte activa en el cuidado de los lactantes y niños pequeños, y compartan dichas responsabilidades con las madres, y al mismo tiempo empoderar a las mujeres y mejorar su salud y su estado nutricional a lo largo de toda la vida.</p> |
| | <p>33. Velar por que las políticas y prácticas adoptadas en situaciones de emergencia y crisis humanitarias promuevan, protejan y respalden la lactancia materna.</p> |
| Medidas recomendadas para hacer frente a la emaciación | <p>34. Adoptar políticas y medidas, y movilizar fondos para mejorar la cobertura del tratamiento de la emaciación a partir de un enfoque de gestión comunitaria de la malnutrición aguda y mejorar la atención integrada de las enfermedades de la infancia.</p> |
| | <p>35. Incorporar la preparación para los desastres y emergencias en los programas y políticas pertinentes.</p> |
| | <p>36. Promulgar políticas y fortalecer intervenciones con el objeto de mejorar la nutrición y la salud de las madres, empezando por las adolescentes y siguiendo con el embarazo y la lactancia.</p> |
| | <p>37. Establecer políticas, programas y estrategias sanitarias para promover la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños, en particular la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad seguida de un periodo de alimentación complementaria adecuada (de los seis a los 24 meses).</p> |

| | |
|---|---|
| Medidas recomendadas para abordar el sobrepeso y la obesidad en la niñez | 38. Brindar asesoramiento dietético a las mujeres durante el embarazo para que tengan un aumento de peso saludable y una nutrición adecuada. |
| | 39. Mejorar el estado nutricional y el crecimiento de los niños, en particular abordando la exposición de las madres a la disponibilidad y la comercialización de alimentos complementarios, y mejorando los programas de alimentación complementaria de los lactantes y niños pequeños. |
| | 40. Regular la comercialización de los alimentos y las bebidas no alcohólicas que va dirigida a los niños, de conformidad con las recomendaciones de la OMS. |
| | 41. Crear un entorno propicio que promueva la actividad física a fin de combatir el estilo de vida sedentario desde las primeras etapas de la vida. |
| Medidas recomendadas para hacer frente a la anemia en mujeres en edad reproductiva | 42. Mejorar el aporte de micronutrientes gracias al consumo de alimentos ricos en nutrientes y especialmente en hierro, cuando sea necesario, mediante estrategias de enriquecimiento o fortificación y complementación, de la dieta y promover dietas sanas y diversificadas. |
| | 43. Proporcionar suplementos diarios de hierro y ácido fólico y otros micronutrientes a las mujeres embarazadas como parte de la asistencia prenatal, y brindar intermitentemente suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres en fase de menstruación en las zonas con prevalencia de anemia del 20 % o superior, así como tratamiento antiparasitario cuando proceda. |
| Medidas recomendadas en el ámbito de los servicios sanitarios para mejorar la nutrición | 44. Aplicar políticas y programas para garantizar el acceso universal a mosquiteros tratados con insecticidas y su uso, y ofrecer tratamiento preventivo de la malaria a las embarazadas en las zonas donde la transmisión de la enfermedad va de moderada a alta |
| | 45. Ofrecer desparasitación periódica a todos los niños en edad escolar de las zonas endémicas. |
| | 46. Aplicar políticas y programas para mejorar la capacidad de prestación de servicios sanitarios con el objeto de prevenir y tratar las enfermedades infecciosas ⁹ . |
| | 47. Suministrar suplementos de zinc para reducir la duración y gravedad de los episodios de diarrea, y prevenir episodios sucesivos en los niños. |
| | 48. Suministrar a los niños en edad preescolar suplementos de hierro y vitamina A, entre otras, para reducir el riesgo de anemia. |
| | 49. Aplicar políticas y programas para garantizar que las mujeres dispongan de información completa y tengan acceso a servicios integrales de atención de la salud que proporcionen apoyo adecuado para el embarazo y el parto seguros. |

| | |
|--|--|
| <p>Medidas recomendadas en materia de agua, saneamiento e higiene</p> | <p>50. Aplicar políticas y programas que utilicen enfoques participativos para mejorar la gestión del agua en la producción agrícola y alimentaria¹⁰.</p> |
| | <p>51. Invertir en la mejora del acceso universal al agua potable, así como comprometerse al respecto, con la participación de la sociedad civil y el apoyo de los asociados internacionales según proceda.</p> |
| <p>Medidas recomendadas en materia de inocuidad de los alimentos y resistencia a los antimicrobianos</p> | <p>52. Aplicar políticas y estrategias que adopten enfoques participativos para asegurar el acceso universal a un saneamiento adecuado¹¹ y promover prácticas higiénicas seguras, como lavarse las manos con jabón</p> |
| | <p>53. Desarrollar, establecer y fortalecer sistemas nacionales, y asegurar su cumplimiento según sea apropiado, en particular mediante la revisión y modernización de la legislación y los reglamentos nacionales sobre inocuidad de los alimentos, para garantizar la actuación responsable de los productores y abastecedores de alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.</p> |
| | <p>54. Tomar parte activa en la labor de la Comisión del Codex Alimentarias centrada en la nutrición y la inocuidad de los alimentos, y aplicar a escala nacional, según corresponda, las normas adoptadas en el plano internacional.</p> |
| | <p>55. Participar en redes internacionales de intercambio de información sobre la inocuidad de los alimentos y contribuir a ellas, en particular por lo que se refiere a la gestión de las emergencias¹².</p> |
| | <p>56. Sensibilizar a las partes interesadas pertinentes sobre los problemas que plantea la resistencia a los antimicrobianos y aplicar medidas multisectoriales apropiadas para afrontarla, incluido el uso prudente de los antimicrobianos en veterinaria y medicina.</p> |
| | <p>57. Elaborar y aplicar directrices nacionales sobre el uso prudente de los antimicrobianos en los animales productores de alimentos, con arreglo a las normas reconocidas internacionalmente adoptadas por organizaciones internacionales competentes para reducir el uso no terapéutico de antimicrobianos y suprimir su empleo como agentes promotores del crecimiento en ausencia de análisis de riesgos según lo previsto en el Código de prácticas CAC/RCP61-2005 del Codex.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>58. Se alienta a los gobiernos nacionales a que fijen objetivos y resultados intermedios en materia de nutrición conformes con el plazo establecido para la aplicación (2016-2025) y con los objetivos mundiales establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición y enfermedades no transmisibles. Se les invita asimismo a que incluyan en sus marcos de seguimiento nacionales los indicadores acordados de los resultados nutricionales (para controlar los progresos en el cumplimiento de los objetivos nacionales), de la ejecución de los programas nutricionales (incluida la cobertura de las intervenciones) y del entorno normativo de la nutrición (con inclusión de las disposiciones institucionales, las capacidades y las inversiones en la esfera nutricional) ¹³. El seguimiento deberá llevarse a cabo, en la medida de lo posible, mediante mecanismos existentes.</p> |
| | <p>59. La FAO y la OMS compilarán conjuntamente informes sobre el cumplimiento de los compromisos de la Declaración de Roma sobre la Nutrición, en estrecha colaboración con otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas y con otras organizaciones regionales e internacionales pertinentes según sea apropiado, sobre la base de autoevaluaciones de los países e información disponible por conducto de otros mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas (como los informes de autoevaluación de la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición, otros informes presentados a la Conferencia de la FAO y la Asamblea Mundial de la Salud y el Informe mundial sobre la nutrición).</p> |
| | <p>60. Se solicita a los órganos rectores de la FAO y la OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes que examinen la inclusión de los informes sobre el seguimiento general de la CIN2 en el programa de los periodos de sesiones ordinarios de los órganos rectores de la FAO y la OMS, incluidas las conferencias regionales de la FAO y las reuniones de los comités regionales de la OMS, posiblemente una vez por bienio. Se pide asimismo a los Directores Generales de la FAO y la OMS que transmitan dichos informes a la Asamblea General de las Naciones Unidas según sea apropiado</p> |

Anexo 3. Reuniones y documentos del ORAS-CONHU con el tema desnutrición/malnutrición

| Lugar y Fecha | Titulo | Acuerdos/ resoluciones |
|--------------------------|--|---|
| Santa Cruz Marzo 2007 | Resolución REMSAA XXVIII/436 Erradicación de la desnutrición infantil en la región andina. | Establecer como de alta prioridad política los programas nacionales para erradicar la desnutrición y lograr los objetivos de Desarrollo del Milenio, hasta el 2015, como parte central de la seguridad alimentaria y nutrición, y del derecho humano a la alimentación adecuada. Fortalecer articulación entre sectores clave Creación de un Comité Técnico Convocar a Organizaciones internacionales Reuniones de seguimiento para ver avances. |
| La Paz Julio 2007 | I Reunión Técnica de la Comisión Andina para la Erradicación de la Malnutrición Infantil. La Paz, Julio de 2007 | Conformación del Comité subregional andino para la erradicación de la malnutrición infantil. |
| Caracas Marzo 2009 | II Reunión Técnica de la Comisión Andina para la Erradicación de la Malnutrición Infantil | Presentar plan de trabajo en XXX REMSAA |
| La Paz Agosto 2009 | III Reunión Técnica de la Comisión Andina para la Erradicación de la Malnutrición Infantil | Acuerdos en “Respuesta del Sector Salud frente a la crisis financiera, ambiental y nutricional en los países andinos”. Ejecutar actividades de Plan 2009 -2010 |
| Lima Octubre de 2010 | IV Reunión Técnica de la Comisión Andina para la Erradicación de la Malnutrición Infantil. | Mostrar resultados de avance de estudios: 1. Evaluación de la capacidad instalada para la determinación de micronutrientes. 2. Evaluación de la capacidad instalada de la industria con fortificación de alimentos y potencial determinación de necesidades de asistencia técnica y crediticia 3. Elaboración de inventario de políticas, legislaciones, reglamentos y normas nacionales regionales vigentes relativas a la fortificación de alimentos. 4. Estimación de la brecha entre el sistema de vigilancia epidemiológica actual |
| Lima, Mayo 2012 | V Reunión Técnica de la Comisión Andina para la Erradicación de la Malnutrición Infantil. | No se encuentra acta |

Anexo 4. Leyes, Políticas y Programas relacionados con nutrición y alimentación en la Región Andina

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|-----------|--|--|--|--|---|---|
| CPE | Nueva Constitución Política del Estado, Artículo 16, 75, 82, 255, 309, 321, 375, 402, 405. | En la Constitución la alimentación y nutrición como un derecho de todos, artículos: 13, 23,32,42, 281, 363 | Colombia en la Constitución Política de 1991 reconoce el derecho a la alimentación, aplicable sólo a categorías poblacionales específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Es un derecho fundamental de los niños la alimentación equilibrada (Artículo 44). • Durante el embarazo y después del parto la mujer goza de especial asistencia y protección del Estado, y recibe de éste un subsidio alimentario si se encuentra desempleada o desamparada (Artículo 43). • El Estado garantiza a las personas de la tercera edad un subsidio alimentario en caso de indigencia | Ultima Constitución Política del Perú 1993 | A partir de 1999 la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela , en su artículo 305, eleva la Seguridad Alimentaria como un asunto de Estado y le confiere entonces cualidad de derecho. ⁷ . | La Constitución Política de 1980 da un reconocimiento implícito al derecho a la alimentación, estableciendo en su artículo 5 que " <i>el ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana</i> " y que " <i>es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes</i> ". Del mismo modo, el artículo 19 del texto constitucional reconoce en sus incisos 1 y 9 " <i>el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona</i> " y " <i>el derecho a la protección de la salud</i> ". |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|-------------|--|--|---|---|--|--|
| | | | (Artículo 46). (https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm) | | | |
| Marco legal | <ul style="list-style-type: none"> • DS 28667 Reconstrucción del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), Consejo Departamental, de Alimentación y Nutrición (CODAN) y creación de los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN); • DS 1254 amplia cobertura del CONAN. • DS 2167 Aprobación de la Política de Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica de Salud (2008). Artículos: 12, 13, 69, • Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria 2009. Artículos 5, 9, 22, 27, 28, 29, 30 y 31. | <ul style="list-style-type: none"> • Documento CONPES Social No.113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 31 de marzo 2007 crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN. • Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 • CONPES 113 2008 que Ley 1355 de 2009 que establece disposiciones en relación con la referida Comisión Intersectorial, en cuanto a la definición, funciones e integración. • Decreto 1115 de | <p>Artículo 1º. Listado priorizado de intervenciones sanitarias priorizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal.</p> <p>6. prevención de deficiencia de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes según normas del MINSA. ⁸</p> <p>Reglamento de Alimentación Infantil Decreto Supremo N° 009-2006-SA. República del Perú. Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA ⁹</p> <p>Declaran prioritaria la ejecución de proyectos de inversión pública</p> | <p>Artículo 9o. El Estado reconoce, garantiza y protege los derechos de la productora y el productor nacionales como protagonistas de la producción para la satisfacción de las necesidades agroalimentarias del país y el derecho de todas las ciudadanas y los ciudadanos a alimentarse de manera preferente con productos nacionales, como ejercicio pleno de Soberanía Agroalimentaria del pueblo venezolano. (Ley Orgánica de Seguridad y Soberanía Alimentaria)¹¹</p> | <p>Ley 18.450, Aprueba normas para el fomento de la inversión privada en obras de riego y drenaje</p> <p>Ley N° 20.670, Crea el Sistema Elige Vivir Sano</p> <p>Ley Número 20.606, Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad</p> <p>Ley 20.379 Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”.</p> <p>Ley 20.595, Crea el Ingreso Ético Familiar que Establece Bonos y Transferencias Condicionadas para las Familias de Pobreza Extrema y Crea el Subsidio al Empleo de la Mujer.</p> <p>Decreto 977, que aprueba el reglamento sanitario de los alimentos.</p> <p>Decreto 83, Crea Comisión Asesora Presidencial Denominada Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria.</p> <p>Decreto 977, que aprueba el reglamento sanitario de los alimentos.</p> <p>Decreto 83, Crea Comisión Asesora Presidencial Denominada Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria.</p> |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|-----------|---|---------|---|------------------------|-----------|-------|
| | y Nutrición <ul style="list-style-type: none"> • Ley 3460 Ley de Fomento de Lactancia Materna. • Ley 144 Revolución productiva comunitaria agropecuaria • DS 0066 (2009), Bono Juana Azurduy • DS 2480, Subsidio Prenatal Universal “por la vida” • Ley N° 144/2011 de Revolución Productiva Comunitaria Agropecuaria • Ley N° 338/2013 de Organizaciones Económicas Campesinas, Indígena Originarias - OECAS y de Organizaciones | | 2014, por el cual se integran disposiciones en cuanto a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional- CISAN. (http://plataformacelac.org/es/derecho-alimentacion/col) | sociales ¹⁰ | | |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|-----------|---|---------|----------|------|-----------|-------|
| | <p>Económicas Comunitarias -OECOM para la Integración de la Agricultura Familiar Sustentable y la Soberanía Alimentaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 3007/2012 Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien • Ley N° 337/2013 de Apoyo a la Producción de Alimentos y Restitución de Bosques • Ley N° 3525/2006 de Regulación y Promoción de la Producción Agropecuaria y Forestal No Maderable Ecológica • Ley N° 622 | | | | | |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|-----------|--|---------|----------|------|-----------|-------|
| | de Alimentación Escolar en el marco de la Soberanía Alimentaria y la Economía Plural <ul style="list-style-type: none"> • Ley 775/2016 de Promoción de Alimentación Saludable • Ley N° 204 de Creación del fondo de Apoyo al Complejo Productivo Lácteo • Ley N° 1.732 de Pensiones • Ley N° 3.785 de Trabajadores Estacionales y Pensión Mínima • Ley N° 3791 de la Renta Universal de Vejez • Ley 1.333 Ley de Medio Ambiente • Ley 300 Ley | | | | | |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|--|---|---|--|---|-----------|-------|
| | <p>marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para vivir bien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Vida Silvestre, Parques Nacionales, Caza y Pesca (Ley 12301) • Ley Forestal (Ley 1700) • Ley General de la Coca (Ley 906) <p>Ley de gestión de riesgos (Ley 602)</p> | | | | | |
| Instancia de coordinación multisectorial | <p>Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), Consejo Departamental, de Alimentación y Nutrición (CODAN) y creación de los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN); encabezado por el Presidente Evo Morales, es en la</p> | <p>Comité Interinstitucional del Plan Toda una Vida, delegado por el Presidente de la República, Consejo Técnico Intersectorial de Misión Ternura – PIANE, el cual estará conformado por el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Comunicación, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Agricultura y Ganadería, el Ministerio</p> | <p>Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) Web: http://www.osanocolombia.gov.co/es-es/inicio.aspx</p> | <p>Estrategia Nacional CRECER¹² La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil es un esfuerzo colectivo de 20 instituciones que trabajan para el desarrollo del país y que han hecho causa común la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú. http://www.iniciativacotradesnutricion.org.pe/</p> | | |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|---|---|---|---|--|-----------|---|
| | <p>actualidad una instancia de coordinación interinstitucional de vital importancia para la realización del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) y es sin duda el eje central para llevar adelante las políticas de alimentación y nutrición en el marco de la soberanía alimentaria del país, garantizando la seguridad alimentaria con respeto de los derechos humanos, integralidad y multisectorialita.</p> | <p>de Acuicultura y Pesca, Senagua, Senescyt y, los Gobiernos Autónomos Descentralizados. La misma estructura que se trasladará a los Gabinetes Zonales y Comités Técnicos Distritales de Nutrición, con el propósito de desconcentrar y descentralizar las acciones del PIANE.</p> | | | | |
| Plan de nutrición y alimentación multisectorial | <p>Plan multisectorial de alimentación y nutrición (PMUAN) aprobado mediante Resolución Multiministerial 0001/2017</p> | <p>Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) 2017 -2021</p> | <p>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 – 2019</p> | <p>Estrategia Nacional de Seguridad Alimentación y nutrición 2013 -2021 Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional</p> | | <p>Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN): Plan para la Seguridad Alimentaria, la Nutrición y Erradicación del Hambre de la CELAC 2025 Decreto Núm. 145.- Santiago, 9 de junio de 2003CREA CONSEJO ASESOR EN ALIMENTACION Y NUTRICION</p> |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Plan específico de erradicación de la desnutrición | Programa Multisectorial Desnutrición Cero 2016 – 2020. Programa Multisectorial de Alimentación y Nutrición en el Curso de Vida (PMAN CV), aun en proceso de inicio del programa Programa Bono Juana Azurduy (transferencia condicionada) -Subsidio Universal prenatal por la vida -Subsidio económico condicionado post parto. | Plan Nacional de Buen Vivir PNBV 2013 -2017 Plan toda una vida Misión Ternura | La reducción de la malnutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad y otros) es parte del componente 7.4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional del Plan Decenal de Salud Pública 20112-2021 El Conpes Social No. 113 del 31 de marzo de 2008, Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2016 | Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016. ¹³ | Proyecto Nutrición para la Vida, 2007 ¹⁴ | Intervenciones nutricionales en el Continuo de Atención al curso de vida, MS 2013 Programa de Alimentación y Nutrición en el Curso de Vida (PAMN CV), aun no lanzado |

| Documento | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA | PERU | VENEZUELA | CHILE |
|----------------------------------|--|--|---|------|-----------|--|
| Programas de Desarrollo infantil | <p>Desarrollo infantil temprano “Crecer bien para vivir bien”</p> <p>El Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Crecer bien para Vivir bien” del Ministerio de Salud se implementó en 35 municipios priorizados de Chuquisaca y Potosí a partir de la gestión 2013, para contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural, el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños y niñas menores a 4 años.</p> <p>Actualmente el programa viene trabajando su extensión a todo el territorio nacional</p> | <p>PRONEPE Programa Nacional de Educación Preescolar</p> <p>IINFA Instituto Nacional del Niño y la familia</p> <p>PDI Programa de Desarrollo Infantil</p> <p>CNH Programa creciendo con nuestros hijos</p> <p>ORI Operación rescate infantil</p> <p>“Nuestros niños” Programa de atención integral a menores de 6 años</p> | <p>Es parte del Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016 (documento no accesible por web)</p> | | | <p><u>Chile Crece Contigo</u> es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Sus principales componentes son un Programa Educativo Masivo sobre cuidado infantil, un Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (acceso garantizado a servicios de salud para controles preventivos), Programa de Apoyo al Recién Nacido (transferencia de especies) y un conjunto de Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas. http://www.crececontigo.gob.cl</p> |

Anexo 5. Intervenciones nutricionales en los países de Área Andina

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA¹⁵ | PERU^{16 17} | VENEZUELA | CHILE¹⁸¹⁹ |
|--|---|--------------------------|---|--|------------------|-----------------------------|
| Mujeres en edad fértil, adolescentes y embarazadas²⁰ | | | | | | |
| Suplementos Fe y Ac fólico | Si a embarazadas y en periodo de lactancia. | Si a embarazadas | h) Suplementación con vitaminas y minerales en el control prenatal y crecimiento y desarrollo. | Promover el consumo de hierro en madres gestantes y lactantes. Garantizar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante y mujer que da de lactar | | Si a embarazadas |
| Múltiples micronutrientes | No | No | | | | No |
| Yodo | Si, fortificación de sal | Si. fortificación de sal | Regulación en el consumo de sal yodada. Revisada en 2015 mediante la estrategia para reducir consumo de sal. ^{21 22} | Promover el consumo diario de sal yodada en zonas de sierra y selva | | - |
| Ca durante el embarazo | No | No | h) Suplementación con vitaminas y minerales en el control prenatal y | | | Si |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|---------------------------|--|--|--|---|--|--|
| | | | crecimiento y desarrollo. | | | |
| Reducción consumo tabaco | Si, continuo de atención | Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo 2011, | Si ²³ | Evitar la ingesta de cigarrillo y el uso de alcohol y otras drogas durante la gestación y la lactancia | | Si (Hay Leyes para control del tabaquismo) |
| Recién nacidos | | | | | | |
| Promoción y fomento de LM | Si, promoción de LM inmediata y exclusiva, continuo de atención Ley 3460, de Fomento a la Lactancia Materna DS 115 Reglamento específico de sanciones, Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez, Bancos de leche humana, componente educativo en | Si | 2.2. Prevenir y reducir la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes. d) Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Consiste en dar información y educación oportuna a las madres y sus familias sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo desde la primera hora de nacimiento para | Objetivo Especifico 3. Asegurar el consumo adecuado de alimentos inocuos y nutritivos, respetando los hábitos alimenticios y la interculturalidad de cada región. Línea de acción 3.2.2: Promover y difundir la lactancia materna a nivel nacional. Promover la práctica de la lactancia materna, | Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna: LME 6 meses ²⁴ | Promoción de LM inmediata y exclusiva |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|---|-------------------------------------|---|--|--|---------------------------|-----------------------|
| | establecimientos de salud | | su práctica exitosa. | alimentación complementaria y la suplementación con micronutrientes | | |
| Pinzamiento tardío del cordón umbilical | Protocolos del continuo de atención | Pinzamiento oportuno del cordón umbilical | c) Pinzamiento diferido del cordón umbilical. En el momento del parto retrasar el pinzamiento del cordón umbilical entre uno y tres minutos o hasta que deje de latir. Es una práctica tan sencilla como beneficiosa para favorecer las reservas de hierro en el recién nacido y evitar la anemia del lactante. Se realiza en los servicios de salud en partos normales con recién nacidos | La presente ley tiene por objeto declarar de interés superior del recién nacido la práctica del Clampeo Tardío del Cordón Umbilical en la atención del parto natural, en los establecimientos de atención de salud públicos y privados a nivel nacional. ²⁵ | Recomendada ²⁶ | Si |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|--|--|---------|--|---|---|-----------------------|
| | | | sanos. | | | |
| Lactantes y niños | | | | | | |
| Fomento de LM | Documentos de acreditación de establecimientos de salud | | d) Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna: - Información, educación y comunicación (incluyendo personal de salud) - Instituciones amigas de la mujer y la infancia - bancos de leche humana - participación comunitaria - monitoreo de implementación del Código - apoyo a mujer trabajadora | Línea de acción 3.2.2: Promover y difundir la lactancia materna a nivel nacional. Promover la práctica de la lactancia materna, alimentación complementaria y la suplementación con micronutrientes | LME 6 meses, LM prolongada hasta los 2 años | Si |
| Comunicación y cambio de comportamiento AC | Estrategias de comunicación de lactancia materna, suplementación con | - | e) Promoción y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación complementaria y alimentación de la | Línea de acción 3.2.2: Promover y difundir la lactancia materna a nivel nacional. Promover la | Promoción de AC ²⁷ | Si |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|--------------|--|---------|--|---|-----------|-----------------------|
| | micronutrientes y alimentación saludable | | <p>familia. Significa orientar y apoyar a las madres, padres, familias y cuidadoras/es en la aplicación de los diez principios de alimentación recomendados por la OMS, en el fomento de la alimentación de la familia y en familia a partir del año de edad y en la construcción de hábitos y estilos de vida saludable.</p> <p>i) Suministro de alimentos complementarios fortificados- ACF.</p> <p>j) Fortificación casera de alimentos con micronutrientes en polvo para niños entre los 6 y los 23 meses de</p> | práctica de la lactancia materna, alimentación complementaria y la suplementación con micronutrientes | | |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|-------------------------------|--|-----------|---|---|-----------|-----------------------|
| | | | edad. | | | |
| Tratamiento de diarrea aguda | Si, actualizado en continuo de atención | Si | Si ²⁸ | Si ²⁹ | | Si |
| Manejo de diarrea con zinc | Si | Si | Si | Si | | Si |
| Suplementación con hierro | Si | CHIS PAZ | h) Suplementación con vitaminas y minerales en el control prenatal y crecimiento y desarrollo. Consiste en prevenir o tratar las deficiencias de micronutrientes en la primera infancia, como la anemia de las gestantes y las niñas y niños menores de cinco años, o las deficiencias de vitamina A, zinc y calcio, conforme a lo establecido en las normas vigentes. La | Línea de acción 3.2.2: Promover y difundir la lactancia materna a nivel nacional. Promover la práctica de la lactancia materna, alimentación complementaria y la suplementación con micronutrientes | | Si |
| Suplementación con zinc | Si, para talla baja para la edad y manejo de diarrea | No | | | | - |
| Suplementación con vitamina A | Si, niños de 6 a 59 meses y puérperas | Megadosis | | | | - |

| INTERVENCION | BOLIVIA | ECUADOR | COLOMBIA ¹⁵ | PERU ^{16 17} | VENEZUELA | CHILE ¹⁸¹⁹ |
|--------------|---------|---------|--|-----------------------|-----------|-----------------------|
| | | | <p>suplementación se suministra en los servicios de salud durante los controles prenatales a las gestantes, a las madres en lactancia que estén desnutridas, y en el control de crecimiento y desarrollo infantil a las niñas y niños a partir de los seis meses y hasta los cinco años.</p> | | | |
| Higiene | SI | Si | <p>b) Fomento de hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludable desde la gestación y en todas las etapas del ciclo vital humano.</p> | Si ³⁰ | | Si |

XII Referencias

- ¹ UNICEF 2013 Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress. www.unicef.org/publications/index.html
- ² Comisión de Estadística E/CN 2016 47º de sesiones. Informe del Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- ³ Organización Mundial de la Salud 2014; Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño WHO/NMH/NHD/14.1
- ⁴ CEPAL 2018 Panorama Social de América Latina. ANEXO III. A1 Cuadro III.A1.1 Gasto social del Gobierno 2016 en base a información oficial de los países.
- ⁵ PNUD 2018 <http://hdr.undp.org/en/countries>
- ⁶ Black et al Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries The Lancet 2013 (382);427-451
- ⁷ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html (accedida 4 de diciembre de 2017)
- ⁸ Decreto Supremo No. 003-2008 SA. Perú. http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol_Direc/DS-003-2008-SA-EP.pdf (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ⁹ Reglamento de Alimentación Infantil Decreto Supremo N° 009-2006-SA. Republica del Perú. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/UNICEF-MINSA-RAILactarioscompaginadoWEB.pdf> (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ¹⁰ DECRETO SUPREMO N° 006-2008-EF. Republica del Perú. <https://mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-supremo/1158-d-s-n-006-2008-ef/file> (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ¹¹ LEY ORGÁNICA DE SEGURIDAD Y SOBERANÍA AGROALIMENTARIA. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.891 de fecha 31 de julio de 2008 http://www.fao.org/pgrfa-gpa-archive/ven/ley_soberania.pdf (accedida 4 de diciembre de 2017)
- ¹² Decreto Supremo No 080-2007 PCM. Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional CRECER. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/DS080-2007-PCM.pdf> (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ¹³ Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016: documento técnico / editado por el Instituto Nacional de Salud -- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2014. http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/005_plan_reduccion.pdf (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ¹⁴ PROYECTO NUTRICIÓN PARA LA VIDA Abordaje Social desde la Avanzada Comunitaria y la Red de Servicios de Salud. Documento Preliminar Octubre 2007 <http://www.inn.gob.ve/pdf/PNV.pdf> (accedido el 4 de diciembre de 2017)
- ¹⁵ Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019. Gobierno Nacional de Colombia, 2013. <http://www.osacolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf#page=1&zoom=auto,-14,780> (accedido el 5 de diciembre de 2017)

-
- ¹⁶ *Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú*. Ministerio de Salud del Perú, 2004.
- ¹⁷ Plan Nacional de Seguridad Alimentaria Y Nutricional 2015-2021. Ministerio de Agricultura y Riego, Perú. 2015. <http://minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/planacional-seguridad-2015-2021.pdf> (accedido el 5 de diciembre de 2017)
- ¹⁸ Gestación y nacimiento: Chile crece contigo. <http://www.crececontigo.gob.cl/temas-y-recomendaciones/gestacion-y-nacimiento/>
- ¹⁹ Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 4ª Edición. 2015.
- ²⁰ Controles prenatales: Chile crece contigo. <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/controles-prenatales/>
- ²¹ Decreto 547 - sal yodada. Ministerio de Salud y Presidencia de la Republica de Colombia. 1996.
- ²² Estrategia Nacional Para La Reducción del consumo De Sal/Sodio en Colombia 2012 – 2021. Ministerio de Salud de Colombia, 2015.
- ²³ Rivera, DE, Niño, AB. ABC de la ley antitabaco (ley 1335 de 2009). *Hechos & Acciones*, 2009; 2(2), 1–8.
- ²⁴ Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. Gaceta Oficial N° 38.763 del 6 de septiembre de 2007. Venezuela. <http://www.fundacionbengoa.org/lactancia/legal/ley.asp> (acceso el 4 de diciembre de 2017)
- ²⁵ COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2013-2014 Pre Dictamen - 2013-2014/CSP-CR . Pre dictamen recaído en el Proyecto de Ley 1605/2012 -CR, con un Texto Sustitutorio por el cual se propone la Ley Del Clampaje Tardío del Cordón Umbilical. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf/0/979c713fc0196aae05257c13005ea46e/\\$FILE/PRE_DICT_PL1605_Clampaje.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf/0/979c713fc0196aae05257c13005ea46e/$FILE/PRE_DICT_PL1605_Clampaje.pdf) (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ²⁶ Protocolos de atención integral en salud a niñas y niños en el período neonatal. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS, Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2014. http://www1.paho.org/ven/images/stories/VEN/neonatal/PROTOCOLO_NEONATAL.pdf?ua=1 (acceso el 4 de diciembre 2017)
- ²⁷ Alimentación complementaria: una aliada para la lactancia continua. <http://www.inn.gob.ve/innw/?p=16799> (acceso el 4 de diciembre de 2017)
- ²⁸ Florez, I. D., Contreras, J. O., Sierra, J. M., Granados, C. M., Lozano, J. M., & Lugo, L. H. Guía de la práctica clínica: para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. *Pediatría*, 2015; 48(2), 29–46
- ²⁹ Gonzales SC, Bada MC, Rojas GR, Bernaola AG, Chávez BC. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú – 2011. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n3/a09v31n3.pdf> (accedido el 7 de diciembre de 2017)
- ³⁰ Documento técnico modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú. Acciones a desarrollar en el eje temático de higiene y ambiente saludable. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/147.pdf> (accedido el 7 de diciembre de 2017)



© Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú
(00 51 - 1) 422-6862 ; 611-3700
contacto@conhu.org.pe
<http://orasconhu.org/>