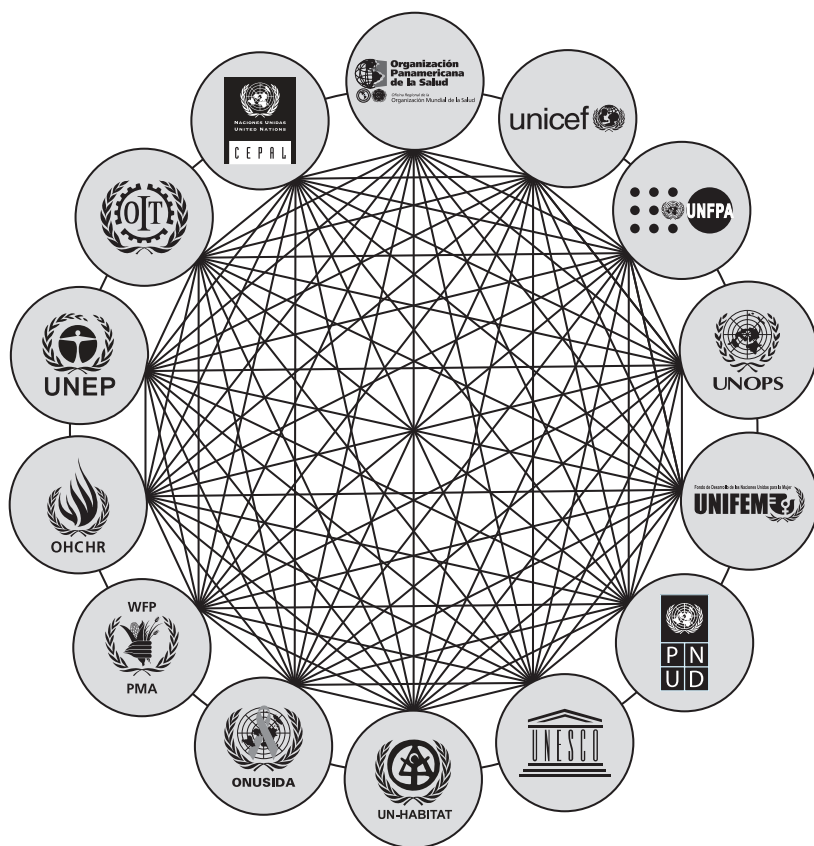

Documento básico, premisas conceptuales y principios estratégicos



**Alianza Panamericana por la
Nutrición y el Desarrollo**

Centro de Gestión del Conocimiento OPS/OMS Perú – Catalogación

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo
“Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Documento básico, premisas conceptuales y principios estratégicos”

Lima: Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, 2009

I. Título

1. Nutrición en Salud Pública
2. Políticas Públicas
3. Desarrollo
4. Determinantes Sociales

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2009-12100

© Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO Editores S.A.C.

Jr. Huaraz 449 - Breña • Telf.: 433-5974 • sincoeditores@yahoo.com

La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales. Los autores son responsables de las opiniones expresadas en este documento.

Contenido

Capítulo 1

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo
para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Documento básico	5
1. Antecedentes	5
2. Conceptos básicos	7
3. Definición y propósito	11
4. Estructura y organización	12
5. Productos y servicios	13
6. Canales para promover la cooperación técnica con los países	14
7. Tareas inmediatas	15
8. Consideraciones adicionales	16
Anexo 1	17
Anexo 2	19

Capítulo 2

Premisas Conceptuales y Principios Estratégicos	21
1. Introducción	21
2. Antecedentes	22
3. Premisas conceptuales	23
4. Elementos de política y estrategia	25
5. Referencias	27

Capítulo 1

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Documento básico

1. ANTECEDENTES

En la reunión de Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas llevada a cabo los días 24 y 25 de julio del año 2008 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington D.C., se aprobó la conformación de la “Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” [Anexo I], la cual tiene como propósito proponer e implementar programas integrales, intersectoriales, coordinados y sostenibles dentro del marco de los derechos humanos, del enfoque de género y del enfoque de la interculturalidad, para acelerar el proceso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La iniciativa para la conformación de la Alianza reconoce que la malnutrición y la salud en general son el resultado de la interacción de muchos factores, algunos de ellos con un nivel de anclaje individual, pero muchos otros, directamente relacionados con las condiciones socioeconómicas en que vivimos. [1,2] A estos últimos se les denomina genéricamente determinantes sociales. [3] Los enfoques tradicionales para encarar el problema de la malnutrición se han orientado hacia los factores individuales, a través de programas alimentarios y programas verticales de salud, restando importancia, o simplemente ignorando al conjunto de los determinantes sociales, que incluye entre otros: la seguridad alimentaria, las condiciones del ambiente físico y social, la educación, el acceso a la información y el estado de salud de la madre, la planificación familiar, el acceso a servicios de salud, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, los ingresos económicos de la familia y las condiciones laborales. El empeño por corregir estos enfoques reduccionistas requiere de la cooperación técnica coordinada, simultánea y complementaria de todas las Agencias de Naciones Unidas y de otros actores comprometidos con el desarrollo y el bienestar de la población.

La Alianza es una iniciativa interagencial que permitirá aunar y coordinar esfuerzos y recursos de la cooperación internacional para promover, acordar, implementar, monitorear y evaluar intervenciones multisectoriales e interprogramáticas efectivas y

basadas en datos probatorios que respondan a un enfoque multicausal de la malnutrición. Brindará la oportunidad de la planificación sobre las lecciones aprendidas y las experiencias vigentes en los países. No aspira a competir, ni mucho menos a derogar, sustituir o desconocer otras iniciativas como el Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe, Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y la Mortalidad Materna, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, el Programa “Rostros, Voces y Lugares”, la Iniciativa “América Latina sin Hambre”, la Iniciativa “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil” entre otras, sino antes bien, a reforzarlas o fortalecerlas, aportando el marco propicio para la integración y cristalización de esfuerzos y algunos valores conceptuales y estratégicos complementarios.

Las premisas conceptuales básicas de la Alianza son las siguientes:

- a) Desarrollar enfoques que pongan el acento fundamental en modificar los determinantes y no sólo en conjurar sus efectos, y en focalizar las acciones no sólo hacia individuos sino hacia ámbitos geodemográficos con alta vulnerabilidad.
- b) Sustituir el enfoque unisectorial por un enfoque multisectorial vertebrado sobre las determinantes sociales y las desigualdades.
- c) Construir un marco institucional adecuado para coordinar acciones conjuntas en los planos local, nacional, transnacional y regional.
- d) Identificar intervenciones integradas y sostenibles a partir de datos fiables existentes en las distintas áreas de acción, y desarrollarlas, monitorearlas y evaluarlas de modo unificado y no fragmentario.
- e) Identificar escenarios y espacios geodemográficos para el desarrollo de dichas intervenciones.

Como parte de avances realizados desde la fecha de su aprobación oficial, en julio de 2008:

- a) Se ha realizado una amplia divulgación a nivel del grupo interagencial regional, de la racionalidad de la Alianza y se han refrendado las premisas anteriores;
- b) Se han conocido y debatido contribuciones específicas (en términos de instrumentos, intervenciones y buenas prácticas) basadas en la evidencia, para el logro de los objetivos de la Alianza;
- c) Se han esbozado los rasgos esenciales de las intervenciones que correspondrían desarrollar e incentivar en correspondencia con un enfoque de causalidad basado en determinantes sociales, y por último,

- d) Se han discutido y consensuado los principales criterios para identificar espacios de intervención en áreas nacionales o transfronterizas.¹

Estos avances han permitido crear las bases para la formulación de los términos de referencia y para la elaboración del presente documento.

2. CONCEPTOS BÁSICOS

a. *El sentido de centralidad de la nutrición en la conformación de la Alianza*

La malnutrición, y en particular la que se manifiesta en las poblaciones más vulnerables como los niños y las gestantes, desempeña un papel cardinal en la constitución de la Alianza y en la formulación de sus políticas y estrategias. Las razones que así lo justifican están estrechamente vinculadas al enfoque basado en las determinantes sociales y a los modernos puntos de vista de la epidemiología que toman en cuenta el curso de la vida. Dichas razones se resumen a continuación: [3,4]

- i. Si los escenarios o espacios geodemográficos a que alude el punto (e) de las premisas conceptuales de la Alianza se eligiesen, no en función de criterios de vulnerabilidad, sino de prevalencia de retardo en talla, la jerarquización resultante coincidiría con la que exhiben los mapas de pobreza y vulnerabilidad, y esto es un hecho que respalda una abrumadora evidencia en toda la Región (y fuera de ella). En otros términos, el mapa de la pobreza y de la vulnerabilidad se superpone con el mapa de la desnutrición, y en particular, del retardo en talla. Por consiguiente, si se opta por la focalización por escenarios –como lo concibe la Alianza– y no sólo por individuos, el retardo en talla es un trazador óptimo de las vulnerabilidades, o más precisamente, de la historia de dichas vulnerabilidades en un horizonte retrospectivo de varios años. Por este motivo, la reducción del retardo en talla, es un indicador sensible, aunque inespecífico, de cambios en la configuración de sus determinantes y este hecho puede aprovecharse como un recurso para monitorear y evaluar las intervenciones que la Alianza pretende incentivar y promover.
- ii. Si las intervenciones apuntasen a prevenir los problemas nutricionales, y de modo especial, el retardo en talla, **ellas también serían efectivas en relación con una gran pluralidad de eventos y condiciones de salud**, que se presentan a lo largo del curso de la vida. Estas intervenciones promoverían una mejor salud, con un efecto transgeneracional, que además tendría impacto sobre el desarrollo humano, por la conocida relación nutrición-salud-desarrollo. Tómese en cuenta, por ejemplo, que los niños que nacen pequeños para su

¹ Esos dos criterios son la vulnerabilidad, por razones obvias, y la homogeneidad, para hacer posible su evaluación mediante procedimientos clásicos en los estudios de campo.

edad gestacional, tienen un mayor riesgo de ser obesos en la adolescencia (si se presentan ciertas condiciones ambientales que prevalecen en la actualidad en muchos países pobres), y en consecuencia, una mayor probabilidad de ser obesos y de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. Esta propiedad no es privativa de la nutrición, pero ninguna otra condición como ella y ningún otro indicador como el retardo en talla, exhiben una intersección horizontal tan amplia y ostensible con la salud y el desarrollo y con sus determinantes.

- iii. Ninguna otra condición resulta tan atractiva como estandarte o blasón político para ejercer abogacía y convocar a los responsables de diseñar y ejecutar las políticas públicas.
- iv. Por último, afrontar con éxito el problema de la desnutrición exige el concurso de todas las agencias, con lo cual la Alianza sería una oportunidad muy propicia para cristalizar en acciones concretas el espíritu de reforma en las organizaciones de las NN.UU.

b. *El enfoque basado en las determinantes sociales*

“Las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan pueden ayudar a crear o a destruir su salud. Los bajos ingresos o la falta de ellos, las condiciones inapropiadas de la vivienda, los lugares de trabajo inseguros y la falta de acceso a los sistemas de salud son algunas de las determinantes sociales de la salud que conducen a las desigualdades.

...Factores tales como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión social y la discriminación, las malas condiciones de la vivienda, las condiciones poco saludables en la infancia y los status ocupacionales bajos, son importantes determinantes de la gran mayoría de las enfermedades y las muertes y de las desigualdades en salud entre y dentro de los países”.

Organización Mundial de la Salud, 2008 [5]

Hay un grupo de factores conocidos que operan como determinantes sociales de la salud: este grupo incluye el contexto socioeconómico, la pobreza y las desigualdades, la exclusión social, la posición socioeconómica, el ingreso², las políticas públicas, la educación, la calidad de la vivienda, el transporte, el entorno físico y social, y las redes de apoyo social y comunitario. Es fácil advertir que estos factores se instalan en

² Aunque ingreso, pobreza, posición socioeconómica y desigualdades son nociones afines y altamente asociadas, no significan lo mismo. El ingreso y la posición socioeconómica tienen una alta correlación, pero el primero es un indicador absoluto y el segundo es un indicador relativo, asociado a una jerarquía. La pobreza es una condición que se define a partir del ingreso y de un umbral más o menos arbitrario y por último, las desigualdades son la expresión de una distribución no homogénea de los determinantes sociales entre grupos o estratos poblacionales.

niveles diferentes de una jerarquía. Su influencia no es aditiva; algunos factores se comportan como causas básicas y otros como intermediarios, algunos modifican los efectos de otros, en una red causal cuyos mecanismos se conocen insuficientemente y son objeto de discusión. Cabe hacer notar, sin embargo que:

- a) Los determinantes sociales dan lugar a desigualdades en salud, no sólo en la sociedad en su conjunto, sino –mucho más importante– entre grupos sociales y ello sucede, básicamente, porque su distribución no es homogénea entre dichos grupos.
- b) Los determinantes sociales influyen sobre la salud tanto directa como indirectamente. Por ejemplo, el uso de biocombustibles en entornos inadecuadamente ventilados, es causa directa de trastornos respiratorios, mientras que el analfabetismo y la subescolarización limitan el acceso al mercado laboral, con lo cual aumenta el riesgo de ser pobre, lo que a su vez tiene un efecto adverso sobre la salud.
- c) Los determinantes sociales se interconectan. La pobreza se relaciona con la mala calidad de la vivienda, con el acceso a los servicios de salud y con la calidad de la dieta, todo lo cual a su vez, se relaciona con la salud.
- d) El desarrollo de los recursos analíticos y en especial, el empleo de modelos mixtos, ha permitido avanzar considerablemente en la comprensión de la influencia de los factores contextuales sobre la salud del individuo, y en particular, el modo en que éstos, a su vez, modifican la influencia de los factores individuales y de otros factores contextuales más próximos del individuo en la jerarquía estructural. [6]

c. Las intervenciones integradas con una estrategia intersectorial

Si un niño recibe estimulación, una alimentación adecuada y no se enferma, alcanzará muy probablemente todo su potencial biológico y genético de crecimiento y desarrollo. Que aquellas tres condiciones ocurran, depende a su vez de un denso entramado de otras condiciones que en su conjunto configuran los determinantes sociales de la nutrición y la salud, a los que se hizo ya referencia en este texto. Alimentar adecuadamente a un niño y proporcionarle los debidos cuidados a su salud son acciones inexcusables, pero aisladamente no son las más efectivas, porque dejan intactos los mecanismos que generan la inseguridad alimentaria y la mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Este hecho, cierto a nivel individual, lo es aún mucho más a nivel poblacional.

Por consiguiente, si se reconoce que la salud y la nutrición están socialmente determinadas, el objeto de las intervenciones tendrá que ser, no sólo en los individuos, sino el entorno físico y social que produce y reproduce su salud.

Es importante ir más allá de las intervenciones individuales, independientemente de la evidencia existente en relación con su éxito, y pensar en programas de intervención que las incluyan, pero que incorporen sus sinergias mutuas. A estos programas les llamaremos **“intervenciones modulares integradas” (IMI)**

Las intervenciones estructurales son intervenciones en salud pública que tienen un impacto en la salud de las personas alterando el contexto estructural en el que la salud se produce y se reproduce. [7] El entorno físico y social está estructurado jerárquicamente: al entorno más próximo al individuo o microsistema, pertenecen el hogar, la familia, el grupo o colectivo laboral; al entorno físico y social intermedio o “ecosistema” pertenecen la escuela, la comunidad, los servicios de salud; al entorno más distante del individuo o macrosistema pertenecen el sistema político y económico, la cultura y la sociedad. Las intervenciones estructurales, que trascienden al individuo, deben apuntar a uno o varios niveles del entorno físico y social o ecosistema, en función de algún modelo teórico y de circunstancias prácticas que son específicas de cada contexto o escenario.

Las intervenciones estructurales difieren de las intervenciones programáticas en salud pública, en el hecho de que ubican la causa de los problemas de salud en factores asociados al contexto, que influyen sobre la vulnerabilidad y los riesgos individuales y sobre otros determinantes de las enfermedades y de sus perfiles de riesgo, y no en las características de los individuos. Los enfoques centrados en los individuos asumen que la relación entre éstos y la sociedad deja un amplio margen de autonomía individual que permite que cada uno elija libremente entre sus opciones, en tanto que el enfoque estructural considera que las acciones individuales están limitadas por restricciones o coacciones externas.

Difícilmente pueden concebirse intervenciones estructurales puras o radicales. En la práctica, de lo que se trata es de incorporar las condiciones específicas del entorno (político, cultural, geográfico, económico, social) a la construcción de intervenciones modulares integrales (IMI) que resulten de la sinergia de intervenciones clásicas basadas en datos probatorios, con dichas condiciones estructurales o contextuales específicas.

La “Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo” aspira a constituir un marco interinstitucional e interagencial propicio para ejercer la cooperación técnica en la búsqueda, identificación, implementación y evaluación de intervenciones integradas, que se adapten a las condiciones específicas de escenarios previamente elegidos, de acuerdo a criterios de vulnerabilidad o algunos de sus *proxys*. La situación nutricional sería una de las variables de respuesta clave (no la única) para identificar las intervenciones y evaluarlas, por las razones ya apuntadas. En este sentido, la Alianza tiene el propósito de fomentar una cultura de evaluación que permita identificar las estrategias más efectivas y eficientes.

El mayor reto de la Alianza, no obstante, es conseguir el escalamiento de las intervenciones y su sostenibilidad, para que lleguen a alcanzar la dimensión de políticas públicas estables, lo cual presupone la voluntad política de los gobiernos, en el marco de la gobernabilidad democrática y de una estrategia de participación comunitaria.

3. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO

La Alianza es un marco interagencial de acción conjunta e integrada, para avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en especial, de aquellos con una relación más estrecha con la nutrición (objetivos 1, 4, 5 y 7). La Alianza se define, además, por su enfoque (basado en los determinantes sociales), su estrategia (intersectorial) y sus criterios de focalización (hacia espacios geodemográficos vulnerables).

En correspondencia con su esencia y en relación con sus propósitos, explícitos en el párrafo anterior, se considera que la Alianza, aportará una contribución sustancial para:

- Una mejor y más efectiva coordinación interagencial.
- Una mayor integración de mandatos y planes de trabajo.
- Identificación de intervenciones integradas y multisectoriales efectivas que respondan a los determinantes sociales y a la multicausalidad de la malnutrición y la salud, y que, consiguientemente promuevan el desarrollo.
- Reforzar y dinamizar los marcos estratégicos, programas e iniciativas vigentes.
- Movilizar recursos y optimizar la eficiencia de su uso.
- Promover una cultura de evaluación de las intervenciones.
- Generar información basada en la evidencia y contribuir a una mayor visibilidad, y un uso más amplio de las plataformas existentes dedicadas a nutrición, salud, desarrollo y sus determinantes.
- Construcción de un lenguaje, una estrategia y una voz comunes para un escalamiento de las intervenciones hacia la formulación de políticas públicas, por un lado mediante el ejercicio de una abogacía activa, y por otro, contribuyendo a encauzar los programas de los países hacia un enfoque multisectorial, basado en determinantes sociales y con amplia participación comunitaria (“*scaling-up / scaling down*”).

4. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

A escala regional, forman parte de la Alianza los Directores de las agencias de Naciones Unidas (PNUD, UNICEF, UNFPA, PMA, OPS/OMS, CEPAL, OCHA, UNIFEM, UNAIDS, OIT, PNUMA, OHCHR, UNOPS, UNCHR, UNESCO y UN-Hábitat) que para efectos ejecutivos y técnicos se apoyan directamente en un equipo técnico regional (RTT) cuyo secretariado lo ejercerá OPS/OMS. Este Grupo (RTT) además de actuar como órgano de consulta para el Grupo de Directores Regionales (RDT) brindará apoyo y asesoramiento a los equipos técnicos de países de las agencias de Naciones Unidas (UNCT),³ para fortalecer la coordinación técnica y financiera y así apoyar de manera más eficiente y efectiva los esfuerzos nacionales dentro de sus fronteras y en zonas transfronterizas para mejorar la nutrición y la salud y con ello promover el desarrollo y acelerar el logro de los ODM. La composición de este RTT deberá definirse en el más breve plazo posible.

A escala nacional, la Alianza contará con un secretariado técnico a cargo del UNCT, que será responsable de la coordinación y entrega efectiva de la cooperación técnica interagencial. Los representantes de cada agencia en los países deberán ser informados por las instancias regionales de las misiones de asistencia técnica, proyectos o acuerdos alcanzados a nivel regional para su programación de cooperación en el país.

En el plano local, los actores de la Alianza serán los responsables designados por los gobiernos locales de las zonas priorizadas, los miembros de los equipos de gestión local y los representantes de la comunidad que actuarán dentro del marco de programas o proyectos específicos, y que recibirán el apoyo coordinado de los equipos técnicos de países (UNCT).

Los equipos técnicos de la Alianza a nivel de país, designados por el UNCT, coordinarán su trabajo en los espacios transfronterizos, que la Alianza ha identificado como áreas de acción de especial interés.

Las actividades de la Alianza se desplegarán en tres direcciones: **la cooperación técnica propiamente** que incluye búsqueda, generación y divulgación de evidencias sobre buenas prácticas, e intervenciones efectivas, creación y explotación conjuntas de plataformas de conocimientos, bases de datos y otros recursos de información, sistematización de experiencias, diseño, ejecución y evaluación de intervenciones integradas de acuerdo al enfoque basado en determinantes sociales (esta cooperación tendrá un carácter técnico y sólo excepcionalmente un carácter operacional); **la gestión y movilización de recursos humanos y financieros** para fortalecer el apoyo al UNCT

³ A estos fines, las instancias regionales de cada agencia serán informadas y ellas se encargarán a su vez de informar a los países para efectos de la coordinación interagencial interna en cada país.

en la ejecución de programas y proyectos y la consolidación de asociaciones con el sector privado, el mundo académico y otras instancias de cooperación y financiación; y la acción política, principalmente ejerciendo abogacía, y promoviendo acuerdos y compromisos para el desarrollo de políticas públicas.

5. PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los resultados de la Alianza dependerán del esfuerzo conjunto, los compromisos y la elaboración de una agenda de trabajo del sistema de Naciones Unidas en Latinoamérica y el Caribe, y del uso y aplicación de las experiencias, capacidades y potencialidades de sus respectivos equipos en los países. En tal sentido, es tan crucial como urgente la realización de un inventario interagencial de recursos humanos calificados, así como un plan de formación y capacitación de dichos recursos en las áreas específicas de trabajo de la Alianza.

Como se expuso en el apartado anterior, el equipo técnico regional de la Alianza (RTT) tendrá la responsabilidad de proveer cooperación técnica a los equipos de los países (UNCT) (ya sea de manera directa o mediante la identificación de especialistas competentes) y actuar como grupo asesor para el RDT. Las líneas de asesoría y cooperación técnica serían:

- Generación de evidencias sobre nutrición, salud y desarrollo como base para ejercer abogacía en materia de políticas públicas.
- Identificación de intervenciones efectivas y sostenibles.
- Identificación de ámbitos de intervención dentro de los países y en áreas fronterizas, así como acciones para promover y facilitar la coordinación del trabajo en dichas áreas.
- Desarrollo e implementación de metodologías para el diagnóstico rápido de la situación en salud, nutrición y sus determinantes tomando en cuenta las necesidades sentidas a través de la participación comunitaria.
- Monitoreo y evaluación de las intervenciones.
- Explotación, utilización y desarrollo de plataformas de gestión del conocimiento para compartir información sobre intervenciones efectivas, herramientas para la gestión y bases de datos de interés común.
- Fortalecimiento de la cooperación interagencial a nivel regional.
- Monitoreo y evaluación de los avances en la implementación de la alianza.

Cabe acotar además, la imprescindible necesidad de la coordinación interagencial a los niveles regional y nacional. En el primer caso, para constituir un RTT capaz de ejercer la asesoría a los equipos de países (ya sea directamente o a través del contacto

horizontal con personal competente debidamente identificado); en el segundo caso, para configurar un equipo de país técnicamente competente, con un alto nivel de compromiso e imbuido de los principios conceptuales y estratégicos de la Alianza.

El tenor de las intervenciones integradas, ya argumentado en un apartado anterior, implica un enfoque territorial de las intervenciones, arraigado en el nivel local y con activa participación comunitaria, que no sería posible sin una estrecha articulación entre los niveles nacional y local. Por ello, la Alianza tiene que constituirse en un puente para promover otras alianzas y para coadyuvar en los esfuerzos de los países.⁴ Ello significa trabajar en pro de las políticas públicas y no sólo con visión programática o de proyecto.

Un punto aparte merece el tema de la sistematización y divulgación del conocimiento. En este sentido las agencias que integran la Alianza, se comprometen a compartir espacios virtuales para la gestión de la información y el conocimiento, aprovechando las experiencias existentes, tanto entre las agencias, como en otras redes o espacios de otros posibles aliados. Se considera como particularmente auspicioso el uso de la plataforma NUTRINET del Programa Mundial de Alimentos, y la creación de un “Share Point” dentro de ésta u otra plataforma para servicio específico de los fines de la Alianza.

6. CANALES PARA PROMOVER LA COOPERACIÓN TÉCNICA CON LOS PAÍSES

Se considera que una oportunidad especial para el inicio de la cooperación técnica con los países es la Ventana de Nutrición en el marco de los proyectos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el PNUD, que ha implicado un trabajo coordinado de los equipos nacionales de las agencias y con sus contrapartes de los países. Una vez constituidos los equipos regionales y nacionales de la Alianza, la cooperación técnica para la elaboración final de los proyectos (que hasta ahora se contraen a breves notas conceptuales) y para su ejecución será una de sus tareas prioritarias.

Como tema pendiente de discusión queda la eventual selección de países en circunstancias especiales (como lo es, por ejemplo, Haití en el momento actual) o de países prioritarios por diversas razones, como por ejemplo, su retraso en la marcha hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es origen y brújula de la Alianza.

⁴ Es oportuno mencionar en este punto, los proyectos conjuntos de envergadura nacional desarrollados en una docena de países de la Latinoamérica y el Caribe, en el marco de la Ventana de Nutrición AECID -PNUD, y la Iniciativa para la Reducción de la Desnutrición Infantil que tuvo un importante hito con la firma del Acta de Lima, que compromete al gobierno nacional a mantener el problema de la nutrición y sus determinantes como un tema permanente de su agenda pública.

De particular interés como objetivo de trabajo son las áreas transfronterizas, que se han identificado y elegido por razones de especial vulnerabilidad, hecho corroborado por un reciente estudio del grupo de Análisis de la Situación de Salud de la OPS/OMS, utilizando un índice de vulnerabilidad ad hoc, que se presentó y debatió en las reuniones de Panamá de octubre y noviembre.⁵ Tan pronto como sea posible (en función de completar la plantilla técnica de la Alianza a nivel regional y de países), se iniciarán contactos con las oficinas de los países involucrados para evaluar acciones, estrategias y costos de oportunidad, así como la armonización con los intereses, programas, y políticas de los países.

7. TAREAS INMEDIATAS

Todas se subordinan a la tarea básica de “desarrollar un plan de acción conjunto (interagencial) para fortalecer una respuesta nacional, subnacional y transnacional integrada con el objetivo de acelerar el logro de los ODM”.

En función de las premisas compartidas y de los avances realizados en las reuniones previas, se han identificado las siguientes tareas para el corto plazo:

- Definir y completar las estructuras regionales y nacionales de la Alianza en términos de sus recursos humanos.
- Divulgar la Alianza, su razón de ser, su racionalidad y sus premisas conceptuales, en primer lugar, entre los equipos técnicos de países, luego en las oficinas nacionales de cada una de las agencias integradas en la Alianza, y finalmente, entre las contrapartes nacionales.
- Realizar contactos para iniciar la cooperación técnica con el fin de promover y facilitar el enfoque intersectorial basado en determinantes sociales y en intervenciones integradas, en el marco de los proyectos de la Ventana Temática: “Niños, seguridad alimentaria y nutrición AECID-PNUD para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.
- Realizar contactos igualmente, para identificar otras áreas de cooperación para impulsar y activar proyectos o programas en curso en los países, en armonía con las premisas conceptuales de la Alianza.
- Identificar y divulgar a la mayor brevedad un inventario de buenas prácticas e intervenciones en las respectivas áreas de competencia de las agencias, así como de experiencias previas de trabajo conjunto en los países, vinculadas al tema de salud, nutrición y desarrollo.

⁵ Una de esas áreas es el Chaco paraguayo-argentino.

- Establecer un marco y una estrategia comunes de monitoreo y evaluación de las acciones e intervenciones fomentadas por la Alianza, tanto en lo conceptual como en lo operativo, para los países y entre países.

8. CONSIDERACIONES ADICIONALES

La Secretaría de la Alianza se ha encomendado a OPS/OMS. Su carácter –rotatorio o permanente- quedará a la consideración de los Directores Regionales.

Cada agencia participará en línea con sus mandatos pero aportará al equipo técnico regional interagencial el valor agregado basado en sus fortalezas y competencias específicas, sin renunciar a promover y estimular en el futuro mediato el fortalecimiento de alianzas existentes y el establecimiento de otras nuevas con la sociedad civil, el sector privado, las universidades y el ámbito académico.

El RTT realizará reuniones dos veces al año de manera presencial. Se convocará a otras sesiones extraordinarias cuando sea necesario, explotando para ello todos los recursos tecnológicos disponibles con ese fin. Se conformarán grupos ad-hoc de trabajo según los temas a considerar.

En consulta con los miembros del RTT, la secretaría preparará la agenda para las reuniones y coordinará la preparación de cualquier documentación requerida.

Cada agencia cubrirá los costos de la participación en reuniones y otras actividades de su punto focal. Cada agencia continuará financiando sus actividades según sus mandatos. El RTT promoverá esfuerzos para movilizar recursos en apoyo a la implementación de actividades conjuntas a nivel nacional.

El RTT preparará anualmente un informe de progreso basado en el Plan de Acción de la Alianza que será presentado al RDT para su aprobación. El RTT funcionará en base a un plan de trabajo anual. Las reuniones servirán como mecanismos de monitoreo y evaluación del funcionamiento de la Alianza.

Anexo I

Fragmentos del acta de la sesión de constitución oficial de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo para el Logro de los ODM



Regional Directors' Team
Latin America and the Caribbean

LAC RDT Workshop on MDGs
24-25 July 2008, Washington DC, PAHO Headquarters
Summary & Action Points/Agreements

Overview:

On July 24 and 25 2008 The Regional Directors of 13 agencies (UNDP, UNFPA, UNICEF, WFP, PAHO/WHO, ECLAC, UNIFEM, UNAIDS, ILO, UNEP, UNOPs, OHCHR and UNODC) met at PAHO and discussed progress, trends and obstacles in achieving the MDGs in the region and developed a common strategy for their achievement of the General Assembly targets. The RDT identified linkages across thematic areas, identified groups and places needing further assistance and agreed on key actions for collaborative work, summarized in a work plan (see annex table of key agreements/action points English/ Español). The RDT also discussed raising food price and energy crises, their impact on the Region and the need for a common approach. They also considered the afro-descendent people's situation with the participation of an Afro-descendent group leader. For further information and to see the presentations and documents presented, see LAC RDT Meeting on MDGs.

Key result = Development of an agreed work plan on MDGs (key areas, actions, timeframe)

Important agreed actions include:

- To harmonize information and data on the region and use it for advocacy and awareness raising
- To further develop and use the Atlas tool developed by PAHO and ECLAC and complement it with other key information, in particular the HDI, to map municipalities and areas with low indicators in development, and focus on those identified (eg in study of Rostros, Voces y Lugares/Faces, Voices, Places)
- To target vulnerable groups such as indigenous, afro-descendent, youth, women, and migrants;
- To establish a Regional Technical Team (RTT) on Nutrition and Development to support UNCTs; and
- To collaborate on MDG 7 on Sustainable Environment, including developing and launching the next regional inter-agency report thereon.
- To act together to support strategies and programs defined by the UN Countries teams within these frameworks.

Pan American Alliance for Nutrition and Development

Dr. Roses presented a proposal for the *Pan America Alliance for Nutrition and Development*

- *See presentation with recommendations (Click here).*
- The Proposal was developed based on experience and recommendations of regional coordination groups in health MDGs (4, 5, & 6).
- She recommended the RDT establish a regional technical group to support and develop guidance for UNCTs.
- She proposed that each country (UNCT) form an inter-sectoral high-level committee to coordinate efforts and strengthen capacity of health and not health sectors.

RDT AGREEMENT/ACTION POINTS:

- Nominate a group of advisors per agency to be a *Regional Technical Team* to support UNCTs.
- It was agreed that there would be a Chair and Vice Chair/Co-Chair which rotates. For 2008, PAHO would chair this RTT.

This team would support UNCTs in the development of projects for nutrition and development

Anexo 2

Referencias:

1. De Henauw S, Matthys C, de Backer G. Socioeconomic status, nutrition and health. *Arch Public Health* 2003; 61: 15-31.
2. Smith GD, Brunner E. Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. *Proceedings of the Nutrition Society* 1997; 56: 75-90.
3. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts: the social determinants of health* (2nd. Ed). Denmark. World Health Organization. 2003.
4. Horsley K, Ciske SJ. From neurons to King County neighborhoods: partnering to promote policies based on the science of early childhood development. *Am J Public Health* 2005; 95: 562-567.
5. OMS. Informe final de la comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra 2008.
6. Greenland S. A review of multilevel theory for ecologic analysis. *Statistics in Medicine* 2002; 21: 389-395.
7. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *Bull New Y Acad Sci* 2006; 21: 59-72.
8. Peña, M. , Bacallao , J. Malnutrition and poverty. *Annu Rev Nutri* 2002; 22: 241-253

Capítulo 2

Premisas Conceptuales y Principios Estratégicos de la Alianza

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición (en especial desnutrición crónica y la anemia) es un problema grave de salud pública en América Latina y el Caribe que refleja la pobreza y la falta de equidad en el ingreso y en el acceso a servicios básicos que padecen millones de personas en nuestra Región. La pobreza y las inequidades también contribuyen a la coexistencia de deficiencias específicas de un micronutriente o a la deficiencia de varios de ellos en forma simultánea, como es el caso de las deficiencias de vitamina A, yodo, hierro, cinc, ácido fólico y vitamina B12.

Cerca de 9 millones de niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica; (1) 22,3 millones de niños preescolares, 33 millones de mujeres en edad fecunda y 3,6 millones de embarazadas sufren de anemia. (2) La distribución de estos males no es homogénea entre los países ni dentro de ellos, sino que afecta particularmente a las poblaciones rurales y a los pueblos autóctonos, como expresión de las inequidades que caracterizan a nuestra Región. El sobrepeso y la obesidad son problemas crecientes en la Región, que en muchos países como parte de la transición epidemiológica conviven con la desnutrición crónica y la pobreza. Sin embargo, si se enfocan las acciones en la desnutrición crónica y en sus determinantes, ello contribuirá grandemente a reducir la prevalencia de obesidad y el riesgo de enfermedades crónicas que ocurren en la vida adulta. Desnutrición, sobrepeso y obesidad son en muchos casos, y de manera cada vez más ostensible, las manifestaciones de una causa común fundamental: la pobreza y las inequidades.

En América Latina la prevalencia de la baja talla para la edad varía entre 3% (Chile) y 54% (Guatemala). (3) Ese mismo indicador, muestra prevalencias de 20%, 22% y 20% entre los niños/as menores de 5 años no indígenas de Bolivia, Ecuador y Perú, respectivamente; y de 40%, 50% y 45% entre los niños/as indígenas de esos mismos países. (4) En el Perú, las Encuestas de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés) de los años 1992 al 2006, muestran que las prevalencias de la baja talla para la edad en zonas rurales duplican a las de las zonas urbanas. (5)

La prevalencia de anemia en niños/as menores de 5 años varía entre 14% y 64% con un promedio regional de 39,5%, mientras que en las mujeres en edad fecunda y embarazadas varían entre 20 y 64%, con un promedio regional de 23,5% y 31,1%, respectivamente. (6) En los países en desarrollo se considera que la deficiencia de hierro es la causa principal de anemia.

La desnutrición crónica está estrechamente relacionada con la pobreza.(7) Datos de 9 países de la región muestran que 33% de los niños menores de 5 años en hogares que pertenecen al quintil más bajo del ingreso sufren de desnutrición crónica en comparación con 4,6% en el quintil más alto. (8) La educación de la madre “explica” alrededor de 40% de la desnutrición de los niños; por otra parte, sólo 32,5% de las mujeres de 15 a 49 años del quintil más bajo de ingreso terminan el quinto grado de educación primaria. (8,9)

Junto con la pobreza se observa un acceso limitado a un ambiente saludable, a la vivienda adecuada, al agua segura, al saneamiento básico y a servicios de salud oportunos y de buena calidad. Estudios realizados con datos de Demographic Health Services (DHS) muestran que las intervenciones combinadas para el mejoramiento de la nutrición, el suministro de agua segura y de saneamiento básico y la utilización de combustibles no contaminantes, pueden reducir en 14% la mortalidad de los niños menores de 5 cinco años. (10) En algunos países del Caribe, el VIH/SIDA está estrechamente relacionado con la pobreza y las inequidades y frecuentemente actúa como causa de desnutrición.

2. ANTECEDENTES

La iniciativa para la creación de la Alianza reconoce que la desnutrición y la salud en general son el resultado de la interacción de muchos factores, algunos de ellos con un nivel de anclaje individual pero, muchos otros, relacionados directamente con las condiciones socioeconómicas en que vivimos. (11,12) A estos últimos se les denomina genéricamente determinantes sociales. (13) Los enfoques tradicionales para encarar el problema de la desnutrición se han orientado hacia los factores individuales, a través de programas alimentarios y programas verticales de salud, restando importancia, o sencillamente pasando por alto, el conjunto de los determinantes sociales, que abarca entre otros: la seguridad alimentaria, las condiciones del ambiente físico y social, la educación, el acceso a la información, el estado de salud de la madre y el niño, el acceso a servicios de salud, la planificación familiar, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, los ingresos económicos de la familia y las condiciones laborales. El empeño por corregir estos enfoques reduccionistas requiere de la cooperación técnica coordinada, simultánea y complementaria de todos los organismos de las Naciones Unidas y de otros actores comprometidos con el desarrollo y el bienestar de la población.

La Alianza es una iniciativa interagencial que permitirá aunar y coordinar esfuerzos y recursos de la cooperación internacional para promover, acordar, ejecutar, vigilar y evaluar intervenciones multisectoriales e interprogramáticas eficaces y basadas en datos probatorios que respondan a un enfoque multicausal de la desnutrición. La Alianza brindará la oportunidad de planificación sobre la base de las lecciones aprendidas y las experiencias actuales en los países. La Alianza no aspira a competir, ni mucho menos a derogar, sustituir o desconocer otras iniciativas, sino antes bien, a reforzarlas o fortalecerlas, aportando el marco propicio para la integración y cristalización de esfuerzos y de algunos valores conceptuales y estratégicos complementarios.

En la actual coyuntura internacional, caracterizada por una crisis financiera y económica sin precedentes, la salud y la nutrición pueden sufrir un grave impacto. En tal sentido, la acción conjunta de la comunidad de las Naciones Unidas en el apoyo a los países y gobiernos puede aportar una gran contribución para preservar en la medida de lo posible las bases del desarrollo. En este sentido, la constitución de la Alianza y su orientación explícita hacia los problemas contextuales y estructurales será un recurso invaluable para superar el enfoque tradicional que incluye sólo los determinantes inmediatos.

3. PREMISAS CONCEPTUALES

La baja talla para la edad es la resultante de múltiples factores (prácticas inadecuadas de cuidado y crianza del niño, cuidados de salud insuficientes, falta de acceso al agua segura y al saneamiento básico, infecciones repetidas a lo largo del curso de la vida, el bajo nivel de instrucción, sumados a condiciones de inseguridad alimentaria entre otros) que actúan de manera simultánea y por períodos prolongados. (10) Es, además, un indicador fácil de medir y fiable, y su medición forma parte de las prácticas regulares de los servicios de salud y del sector de la educación. Por todo ello, se le considera un trazador de las condiciones de vida de la población y un indicador útil para evaluar, a largo plazo, políticas y programas destinados a la lucha contra la pobreza.

El mapa de la pobreza y de la vulnerabilidad se superpone con el mapa de la desnutrición y, en particular, de la desnutrición crónica. En la focalización por escenarios —como lo concibe la Alianza, como alternativa a la focalización por personas— la baja talla para la edad es un trazador óptimo de la historia de vulnerabilidades en un horizonte retrospectivo de varios años. La reducción de la desnutrición crónica, es un indicador sensible, aunque no específico, de cambios en la configuración de sus determinantes.

Las intervenciones que apunten a prevenir los problemas nutricionales, y de modo especial, la desnutrición crónica, son eficaces en relación con una amplia gama de eventos y condiciones que se presentan durante el embarazo, los primeros dos años y a lo largo del curso de la vida, porque tienen un impacto sobre la salud y el desarrollo humano

(por la conocida relación nutrición-salud-desarrollo) y un efecto transgeneracional. (14,15) Esta propiedad no es privativa de la nutrición, pero ninguna otra condición y ningún otro indicador como la baja talla para la edad, presentan una intersección horizontal tan amplia y ostensible con la salud y el desarrollo y con sus determinantes.

Por otra parte, ninguna otra condición resulta tan atractiva como blasón político para ejercer la promoción de la causa y convocar a los responsables de diseñar y ejecutar las políticas públicas.

Por último, afrontar con éxito el problema de la desnutrición exige del concurso de todos los organismos, con lo cual la Alianza sería una oportunidad muy propicia para cristalizar en acciones concretas el espíritu de reforma en las organizaciones de las Naciones Unidas.

Hay un grupo de factores conocidos que funcionan como determinantes sociales de la salud: este grupo incluye el contexto socioeconómico, la pobreza y las desigualdades, la exclusión social, la posición socioeconómica, el ingreso, las políticas públicas, la educación, la calidad de la vivienda, el transporte, el entorno físico y social, y las redes de apoyo social y comunitario. Es fácil advertir que estos factores se instalan en niveles diferentes de una jerarquía. (16) Su influencia no se acumula; algunos factores se comportan como causas básicas y otros como intermediarias, algunos modifican los efectos de otros en una red causal cuyos mecanismos no se conocen bien y son objeto de discusión.

Si un niño recibe estimulación, una alimentación adecuada y no se enferma, alcanzará muy probablemente todo su potencial biológico y genético de crecimiento y desarrollo. Que esas tres condiciones se cumplan dependerá a su vez de un denso entramado de otras condiciones que en su conjunto configuran los determinantes sociales de la nutrición y la salud. Alimentar adecuadamente a un niño y proporcionarle los debidos cuidados a su salud son acciones indispensables, pero aisladamente no son las más eficientes, porque dejan intactos los mecanismos que generan la inseguridad alimentaria y la mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Este hecho, que es cierto a nivel individual, lo es aun mucho más a nivel poblacional. El objetivo principal de la Alianza es contribuir a reducir la desnutrición a través del enfoque basado en sus determinantes. Sin embargo, en virtud del espectro común de causalidad, las acciones e intervenciones sobre los determinantes de la desnutrición crónica tendrán un efecto favorable en la reducción del sobrepeso y la obesidad, y debido a la conocida relación causal entre nutrición temprana y la salud del adulto, contribuirán a reducir la prevalencia de enfermedades crónicas.

Por consiguiente, si se reconoce que la salud y la nutrición están determinadas por factores sociales, el objeto de las intervenciones tendrá que ser, no solo la persona, sino el entorno físico y social que produce y reproduce su salud. Es importante ir más

allá de las intervenciones individuales, independientemente de las pruebas que existan en relación con su éxito y pensar en programas de intervención que las incluyan, pero que incorporen sus sinergias mutuas

En consideración de los argumentos anteriores, las premisas conceptuales de la Alianza son:

- a) Formular enfoques que asignen particular importancia a la modificación de los determinantes y no solo a conjurar sus efectos, y a concentrar las actividades no solamente en las personas sino en los ámbitos geodemográficos con alta vulnerabilidad, incluyendo áreas transfronterizas y poblaciones vulnerables a lo largo del curso de vida.
- b) Sustituir el enfoque unisectorial por un enfoque multisectorial que se apoye en los determinantes sociales y en las desigualdades.
- c) Establecer un marco institucional adecuado para coordinar las actividades conjuntas en las esferas local, nacional, transnacional y regional.
- d) Identificar intervenciones integradas y sostenibles a partir de los datos probatorios existentes en las distintas esferas de actividad, para luego formularlas, vigilarlas y evaluarlas de modo unificado y no fragmentado.
- e) Identificar situaciones y espacios geodemográficos para la ejecución de esas intervenciones.

4. ELEMENTOS DE POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Las intervenciones estructurales son intervenciones de salud pública que tienen efectos en la salud de las personas debido a que modifican el contexto estructural en el que se produce y se reproduce la salud. (17) El entorno físico y social está estructurado jerárquicamente: al entorno más próximo a la persona o microsistema, pertenecen el hogar, la familia, el grupo o colectivo laboral; al entorno físico y social intermedio o “ecosistema” pertenecen la escuela, la comunidad, los servicios de salud; al entorno más distante de la persona o macrosistema pertenecen el sistema político y económico, la cultura y la sociedad. Las intervenciones estructurales, que van más allá de la persona, deben apuntar a uno o varios niveles del entorno físico y social o ecosistema, en función de algún modelo teórico y de circunstancias prácticas que son propias de cada contexto o escenario.

Las intervenciones estructurales difieren de las intervenciones programáticas en salud pública porque ubican la causa de los problemas de salud en factores asociados con el contexto, que influyen sobre la vulnerabilidad y los riesgos individuales y sobre otros determinantes de las enfermedades y de sus perfiles de riesgo, y no en las características de las personas. Los enfoques centrados en las personas suponen que la relación entre ellas y la sociedad deja un amplio margen de autonomía individual que

permite que cada persona elija libremente entre sus opciones, mientras que el enfoque estructural considera que las acciones individuales están limitadas por restricciones o coacciones externas. (17)

Difícilmente pueden concebirse intervenciones estructurales puras o radicales. En la práctica de lo que se trata es de incorporar las condiciones específicas del entorno (político, cultural, geográfico, económico, social) a la creación de intervenciones modulares integradas (IMI) que resulten de la sinergia de intervenciones clásicas basadas en datos probatorios, con dichas condiciones estructurales o contextuales específicas.

La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo aspira a constituir un marco interagencial propicio para prestar cooperación técnica en la búsqueda, identificación, ejecución y evaluación de intervenciones integradas, que se adapten a las condiciones específicas de situaciones elegidas previamente, de acuerdo a criterios de vulnerabilidad o a algunos de sus sustitutos. La situación nutricional será una de las variables clave de la respuesta (no la única) para identificar las intervenciones y evaluarlas. En este sentido, la Alianza tiene el propósito de fomentar una cultura de evaluación que permita identificar las estrategias más eficaces y eficientes.

La Alianza es un marco interagencial de acción conjunta e integrada, para avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en especial, de los que tienen una relación más estrecha con la nutrición (Objetivos 1, 4, 5 y 7). La Alianza se define, además, por su enfoque (basado en los determinantes sociales), su estrategia (intersectorial) y sus criterios de focalización (hacia espacios geodemográficos vulnerables).

De conformidad con su esencia y en relación con sus propósitos expuestos en el párrafo anterior, se considera que la Alianza, aportará una contribución sustancial para:

- Una mejor y más eficaz coordinación interagencial mejor y más eficaz.
- Una mayor integración de los mandatos y los planes de trabajo.
- Identificación de intervenciones integradas y multisectoriales eficaces que respondan a los determinantes sociales y a la multicausalidad de la desnutrición y la salud y que, por consiguiente, promuevan el desarrollo.
- Reforzar y dinamizar los marcos estratégicos, los programas y las iniciativas en curso.
- Movilizar recursos y optimizar la eficiencia de su uso.
- Promover una cultura de evaluación de las intervenciones.
- Generar información basada en datos probatorios y contribuir a una mayor visibilidad, así como a un uso más amplio de las plataformas existentes dedicadas a nutrición, salud, desarrollo y sus determinantes.

- Establecimiento de un lenguaje, una estrategia y una voz comunes para ampliar las intervenciones hacia la formulación de políticas públicas; por un lado, mediante el ejercicio de una defensa de la causa activa, y por otro, contribuyendo a encauzar los programas de los países hacia un enfoque multisectorial, basado en los determinantes sociales y con amplia participación comunitaria (“scaling-up/scaling down”).
- Establecer barreras que reduzcan al mínimo o mitiguen los efectos de la crisis financiera y económica mundial sobre una esfera tan sensible como la nutrición, que repercute en la salud a corto, mediano y largo plazo y que es clave como garantía de continuidad para el desarrollo.

5. REFERENCIAS

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; 19: 243-260.
2. McLean, E. Egli, I. Cogswell M. de Benoist, B. Wojdyla, D. Worldwide prevalence of anemia in preschool aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age. In: Badman, J, Kraemer, K and Simmermann, MB. *Nutritional Anemia. Sight and Life Press. Switzerland. 2007.*
3. Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world. United Nations Development Programme (UNDP). New York, 2007.
4. Martínez, R, Fernández, A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos. *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio* 2006; 2: 4-7.
5. Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2008.
6. WHO Global database on Anaemia. Disponible en <http://www.who.int/vmnis/anaemia/en/>. Consultado el 18 junio del 2008.
7. Peña, M., Bacallao, J. Malnutrition and Poverty. *Annual Review of Nutrition* 2002; 22: 241-253.
8. Gwatkin, DR., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A., Amouzou, A. Country Reports on HNP and Poverty. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries - An Overview. HNP. World Bank, September 2007.

9. Gakidou E, Oza S, Vidal Fuertes C, Li AY, Lee DK, Sousa A, Hogan MC, Vander Hoorn S, Ezzati M. Improving child survival through environmental and nutritional interventions: the importance of targeting interventions toward the poor. *JAMA* 2007; 298:1876-1887.
10. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 854. Ginebra 1995.
11. De Henauw S, Matthys C, de Backer G. Socioeconomic status, nutrition and health. *Arch Public Health* 2003; 61: 15-31.
12. Smith GD, Brunner E. Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. *Proceedings of the Nutrition Society* 1997; 56: 75-90.
13. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts: the social determinants of health* (2nd. Ed). Denmark. World Health Organization. 2003.
14. Huang RC, Burke V, Newnham JP, Stanley FJ, Kendall GE, Landau LI, Oddy WH, Blake KV, Palmer LJ, Beilin LJ. Perinatal and childhood origins of cardiovascular disease. *Int J Obesitu* 2007; 31: 236-244.
15. WHO/NMH/HPS 00.2. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Ginebra 2000.
16. Berkman LF, Lochner KA. Social determinants of health: meeting at the crossroads. *Health Affairs* 2002; 21: 291-293.
17. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *Bull New Y Acad Sci* 2006; 21: 59-72.