



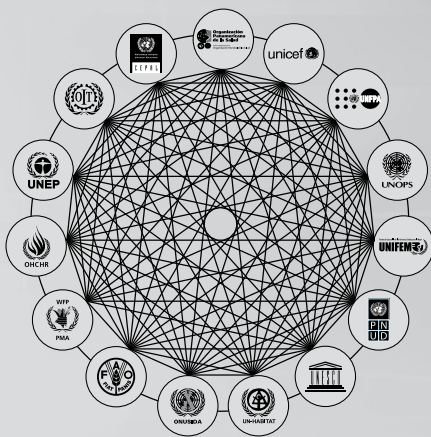


---

# Revisión y Actualización de las Premisas Conceptuales y Principios Estratégicos

---

2013



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**

Revisión y actualización de las premisas conceptuales y principios estratégicos 2013/ Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Lima: APND, 2013.

26 pág.

NUTRICIÓN EN SALUD PÚBLICA / ACCIÓN INTERSECTORIAL / PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN / PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA /

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

© Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo

Tiraje: 500 ejemplares

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

Jr. Huaraz 449 - Breña • Telf.: 433-5974 • [sincoeditores@yahoo.com](mailto: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

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo.  
Revisión y Actualización de las Premisas Conceptuales  
y Principios Estratégicos.

Prólogo	5
1. Antecedentes	7
2. Premisas conceptuales	8
3. Estructura, funciones y actividades de la Alianza	20
Referencias Bibliográficas	23



# Prólogo

En julio de 2008, en la sede de la OPS, en Washington D.C., se aprobó la conformación de la “Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo” (APND). Las tres premisas conceptuales básicas formuladas en el documento fundacional fueron: (1) la centralidad de la nutrición como foco de atención de las acciones; (2) el enfoque basado en los determinantes sociales; y (3) la promoción de intervenciones integradas con una estrategia intersectorial. En relación con la primera de las premisas, se ponía un énfasis especial en la desnutrición crónica, y en términos operativos, en el retardo en talla, que es su consecuencia y manifestación más visible. Aunque estas premisas mantienen plena vigencia, los debates sostenidos por el Equipo Técnico Regional (ETR) de la Alianza a lo largo de casi cinco años, la experiencia acumulada y la abrumadora evidencia contenida en la literatura científica, aconsejan actualizarlas, con algunos aportes complementarios y varios énfasis imprescindibles que deben consolidar las bases de los rumbos estratégicos de la Alianza en el futuro mediato e inmediato.

En esta revisión se ratifican las bases conceptuales enunciadas cinco años atrás, se reiteran los argumentos que refuerzan las buenas razones para su fundación, desarrollo y consolidación, y se exponen y fundamentan estos nuevos aportes conceptuales y estratégicos.





# Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo. Revisión y Actualización de las Premisas Conceptuales y Principios Estratégicos 2013

## 1. ANTECEDENTES

En la Reunión de Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas llevada a cabo los días 24 y 25 de julio de 2008 en la sede de la OPS, en Washington D.C., se aprobó la conformación de la “Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo” cuyo propósito es promover y apoyar programas integrales, intersectoriales, coordinados y sostenibles – con enfoque de derechos humanos, género e 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 [1,2]<sup>1</sup> y la salud en general son el resultado de la interacción de muchos factores, algunos de ellos de nivel individual, pero otros muchos directamente relacionados con las condiciones socioeconómicas en que vivimos [3,4]. A estos últimos se les denomina genéricamente determinantes sociales [5]. Los abordajes tradicionalmente empleados para encarar el problema de la malnutrición se han orientado hacia los factores individuales, a través de programas alimentarios y programas verticales de salud, restándole importancia, o simplemente ignorando, al conjunto de los determinantes sociales, que incluye, además de la seguridad alimentaria y nutricional, y el acceso a servicios de salud, otros tales como: las condiciones del ambiente físico y social, la educación, el acceso a la información, el estado de salud de la madre, 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 abordajes reduccionistas requiere la articulación entre distintos sectores y actores sociales, así como la coordinación entre las Agencias de Naciones Unidas y otros cooperantes, con el fin de actuar en forma simultánea y complementaria por el desarrollo y el bienestar de la población.

---

<sup>1</sup> Este término incluye los distintos tipos de desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad.

## 2. PREMISAS CONCEPTUALES

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

La malnutrición que afecta, en especial, a niños, gestantes y otros grupos vulnerables, desempeña un papel cardinal entre las razones que fundamentan la constitución de la Alianza y la formulación de sus políticas y estrategias. Las razones que así lo justifican están estrechamente vinculadas al enfoque basado en las determinantes sociales, derechos humanos, a los modernos puntos de vista de la Epidemiología del curso de la vida, así como a las metas y compromisos internacionales. Dichas razones se resumen a continuación: [5,6]

- i. Si los espacios geo demográficos para las intervenciones se eligiesen en función de criterios de prevalencia de retardo en talla durante los dos primeros años de vida, y de obesidad y déficit de micronutrientes como hierro, vitamina A y yodo, a partir de los dos años y durante el período de la adolescencia, 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 malnutrición. El retardo en talla es un trazador óptimo de vulnerabilidades en un amplio horizonte retrospectivo con un alcance intergeneracional. La reducción en el 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 pretende incentivar y promover la Alianza.
- ii. El abordaje preventivo de la malnutrición, incluyendo sus componentes intergeneracionales, es clave en relación con una gran variedad 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 intergeneracional y con 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 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 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. A lo anterior se suma el impacto que la malnutrición tiene en la mortalidad y en otras áreas como la educación, el trabajo y la economía, resultando en sig-

nificativos costos directos y pérdidas de productividad que afectan tanto a las personas que la sufren como al conjunto de la sociedad [7; 8]. Esto la convierte en un verdadero estandarte o blasón político para ejercer abogacía y convocar a los tomadores de decisión a diseñar y ejecutar las políticas públicas integrales y estables que viabilicen su erradicación.

- iv. Por último, afrontar con éxito el problema de la malnutrición exige del concurso de cada agencia según su mandato, con lo cual la Alianza sería una oportunidad muy propicia para cristalizar en acciones concretas el espíritu de reforma en las organizaciones de las NNUU.

### 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] [9]*

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 discriminación, 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. Estos factores se instalan en niveles diferentes de una jerarquía. Su influencia no es aditiva: algunos actúan como causas básicas o factores estructurales y otros como causas intermediarias, y también están aquellos que modifican los efectos de otros, en una red causal cuyos mecanismos no son enteramente conocidos, pero que con toda certeza superan los viejos paradigmas de causalidad centrados en los factores de riesgo y en las influencias con horizontes temporales limitados. 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 baja escolaridad limitan el acceso al mercado laboral, con lo cual aumenta el riesgo de ser pobre y excluido, 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 jerárquicos o multinivel, ha permitido avanzar considerablemente en la comprensión de la influencia de los factores contextuales sobre la salud del individuo y, en particular, en 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 [10].

*c. Las estrategias intersectoriales en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones, programas y políticas*

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 eficientes, porque dejan intactos los mecanismos que generan la inseguridad alimentaria y nutricional 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 los individuos, sino el entorno físico y social que produce y reproduce su salud.

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 [11]. El entorno físico y social está estructurado jerárquicamente: al entorno más próximo al individuo o microsistema pertenecen el hogar, la familia, y el grupo o colectivo laboral; al entorno físico y social intermedio o ecosistema pertenecen la escuela, la comunidad y 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 indi-

viduo, 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 sólo en las características y estilos de vida individuales. Las concepciones centradas 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 desde una perspectiva más estructural considera que las acciones individuales están limitadas por restricciones o coacciones externas.

Difícilmente pueden concebirse políticas 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 políticas y programas que resulten de la sinergia entre los programas clásicos y los que atienden a los factores estructurales o contextuales específicos.

La APND aspira a constituir un marco interinstitucional e interagencial propicio para ejercer la cooperación técnica en la búsqueda, identificación, implementación y evaluación de programas e intervenciones que se adapten a las condiciones específicas de escenarios previamente elegidos, según 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 como línea de trabajo 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. Además, las acciones estructurales destinadas a superar la malnutrición deben cumplir con principios transversales del enfoque de derechos humanos, tales como la no discriminación, la transparencia y el acceso a la información, la participación de los titulares de derechos y la previsión de mecanismos de rendición de cuentas por parte de las autoridades [12].

#### *d. El enfoque del curso de la vida (ECV)*

Es imperativo considerarlo como uno de los principios estratégicos básicos que promueve la APND, no sólo porque representa un nuevo paradigma de causalidad en la epidemiología moderna que sería inexcusable ignorar, sino además porque es el único

modo de contrarrestar el monopolio de otras estrategias, con una limitada eficacia, que se desarrollan y ejecutan sólo en vecindades temporales próximas a los eventos de salud, incluyendo entre estos últimos a la abrumadora mayoría de los que se asocian a la alimentación y la nutrición, desde la etapa prenatal hasta la muerte.

El ECV proporciona las bases conceptuales que permiten entender la continuidad de la salud y sus determinantes a lo largo de la vida. Sus horizontes temporales expandidos constituyen el fundamento de la salud poblacional en todas las edades. Las políticas de salud basadas en los enfoques de derechos y determinantes sociales, que son piedra angular de las estrategias que promueve la APND, no pueden manifestarse sino como continuidad consistente de acciones en el curso de la vida. Ese rasgo esencial de continuidad de las estrategias, distingue el paradigma del curso de la vida de aquel basado en las etapas de la vida.

Una de las más notables implicaciones del ECV es que proporciona nuevos y sólidos fundamentos a las políticas de salud dirigidas a las edades tempranas (incluyendo las etapas prenatal y de preconcepción), poniendo un énfasis especial en sanear los ambientes físicos y sociales en los que nacen y crecen los niños, y en los determinantes sociales que configuran el marco de oportunidades para su desarrollo.

La posibilidad de que los niños alcancen condiciones óptimas de salud y nutrición y una educación a escala de sus potencialidades, depende de las oportunidades que les ofrezca la sociedad y de las capacidades, la actitud y el sentido de responsabilidad de los padres para tomar las decisiones mejor conducentes a su desarrollo. Las oportunidades vienen dadas por el entorno físico y social en que crecen y se desarrollan los niños, y por el macro contexto social, político y jurídico con arreglo al cual los padres pueden tomar o no las decisiones que atañen al bienestar de sus hijos [13]. Condiciones desfavorables en cualquiera de estos dos planos -el familiar y el social- limitan el logro de mejores cotas de bienestar y contribuyen a la transmisión intergeneracional de niveles subóptimos de desarrollo en los niños.

Los niños expuestos a un ambiente físico y social más desfavorable tanto en el hogar como en la escuela o en la comunidad, experimentan procesos más lentos de maduración fisiológica y psicológica. Esos entornos desfavorables tienen muy pocos cambios, persisten hasta la adultez y determinan los riesgos para la enfermedad y la disfunción. Esto explicaría porqué en muchos países, con una distribución equitativa del acceso a los servicios de salud, la condición socioeconómica en los primeros años después del nacimiento continúa siendo un buen predictor de la salud del adulto [14,15].

El ECV aporta un marco conceptual idóneo para el análisis de las desigualdades sociales en salud y sus causas, porque los efectos de las experiencias negativas en el curso de la vida se acumulan y generan desigualdades sociales que se hacen visibles

en los indicadores de morbilidad y mortalidad en la edad adulta. En América Latina y el Caribe (ALC) las desigualdades se acompañan de una baja movilidad intergeneracional que tiene su origen básicamente en los desniveles sociales que deben enfrentar los niños desde el nacimiento y las primeras etapas de su vida.

Si el logro de la equidad se incorpora como un objetivo normativo de las políticas públicas, incluyendo de modo especial las que la APND promueve en relación con sus objetos de atención prioritarios (la nutrición y el desarrollo), muchas áreas de intervención desatendidas o sin las prioridades suficientes adquieren especial relevancia, particularmente aquellas que deben desarrollarse en etapas tempranas de la vida, como el monitoreo de los embarazos, la atención calificada del parto, la nutrición, la estimulación y el desarrollo neurológico de los niños pequeños, la atención a la salud sexual y reproductiva, la calidad de la enseñanza, la prevención de la deserción escolar y otras que corresponden a derechos ciudadanos básicos.

Si los argumentos éticos y jurídicos no fuesen suficientes, el ECV proporciona el sustento científico para la totalidad, indivisibilidad y universalidad del enfoque de derechos y para confirmar la vigencia del enfoque de los determinantes sociales de la salud, así como de sus consecuencias económicas, y aporta igualmente las razones estratégicas para la intersectorialidad, que a su vez está en las bases programáticas de la cooperación técnica con los países a partir de la concertación interagencial.

Los pilares conceptuales de la APND, basados en los enfoques de derechos y determinantes sociales, se verían desprovistos de una de sus principales fortalezas, si se conciben como una sucesión de acciones aisladas en el tiempo y no bajo la óptica integral del ECV.

Reconocer al ECV como otro pilar conceptual y estratégico de la APND implicaría incorporar también, como un principio básico, al sobrepeso y la obesidad como foco de atención de sus políticas.

#### *e. El sobrepeso y la obesidad como foco prioritario de atención de la APND*

La obesidad debe ser también otro foco importante de atención de la Alianza. La pandemia global de sobrepeso y obesidad constituye una amenaza sin precedentes a la salud y el bienestar. La contribución del sobrepeso y la obesidad a la carga global de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los niveles altos de colesterol, la hipertensión y la osteoartritis es de tal magnitud, que no deja lugar a dudas acerca de la necesidad de tratar la obesidad conjuntamente con todas sus comorbilidades [16]. La alimentación y la nutrición durante el período prenatal, la infancia y la niñez temprana son factores clave de la salud en el curso de la vida [17]. La obesidad y sus comorbilidades durante la adolescencia y la adultez temprana son en gran medida la resultante del impacto de la alimentación y la nutrición durante el embarazo [18]. Esta influencia podría estar parcialmente me-

diada por un incremento de la adiposidad durante la niñez tardía y la adolescencia (especialmente en las niñas), que en la trayectoria causal que vincula a las privaciones tempranas de la vida con la salud del adolescente y del adulto joven, tiene como antecedente el deterioro en los patrones de alimentación y nutrición del niño [19].

Un estudio reciente de Schlüssel y colaboradores [20] da cuenta de la existencia de asociación de la inseguridad alimentaria y nutricional con el sobrepeso y la obesidad en personas adultas y adolescentes del sexo femenino, y en niños con menos de cinco años de edad. Sus resultados sugieren, no obstante, que la naturaleza de la relación varía según etapas del curso de la vida.

La asociación de la inseguridad alimentaria y nutricional con la desnutrición es un hecho con gran apoyo empírico, particularmente en países pobres con acceso deficitario al saneamiento básico y a servicios de salud de buena calidad. Mucho menos intuitiva es la asociación de la inseguridad alimentaria y nutricional con el sobrepeso y la obesidad, aunque dicha asociación no sea uniforme en el curso de la vida y parezca estar mediada por, o actuar en sinergia con, determinantes ambientales y factores biológicos, asociados a la cultura y a los estilos de vida.

Todo apunta en el sentido de que la desnutrición que acompaña a la pobreza y a otras privaciones durante las etapas tempranas de la vida postnatal constituye un marco conceptual biológicamente plausible para explicar las diferencias observadas en la distribución poblacional de la obesidad en diferentes grupos de edad, particularmente en las economías en desarrollo. El efecto a distancia que ejercen la pobreza, la marginación social y las desigualdades sobre el cuadro epidemiológico en la adultez, que explican los modelos de programación durante períodos críticos, está parcialmente mediado por el sobrepeso y la obesidad que se presentan en diversas etapas del curso de la vida y con patrones de género probablemente diferentes.

En todas las sociedades, de modo variable según su nivel de desarrollo, un porcentaje de los hogares carece de un acceso consistente a alimentos con la debida calidad nutricional. Los bajos ingresos, la pertenencia a minorías étnicas y a familias con un solo progenitor, así como los factores climáticos, son factores asociados a la inseguridad alimentaria y nutricional, que con frecuencia se acompañan de una mayor prevalencia de enfermedades asociadas con la nutrición, y de modo notable la obesidad.

En la aparente paradoja que vincula a la pobreza y la inseguridad alimentaria y nutricional con la obesidad hay moduladores de efecto de diversa naturaleza: individuales como el sexo y el estado civil, y contextuales como la participación en programas de apoyo alimentario [21] o la migración campo-ciudad [22], entre otras.



En un evento celebrado en Aruba en 2011, dedicado especialmente al debate de las políticas de salud pública para afrontar el problema de la obesidad [23], se formularon tres principios cardinales:

- Que la prevención primordial y primaria con enfoque de curso de vida debe ser el componente central de los programas nacionales para conjurar la epidemia de obesidad.
- Que dichos programas deben ser el resultado de esfuerzos multisectoriales concertados para modificar los ambientes “obesogénicos” que estimulan el balance energético positivo y la ganancia de peso excesiva.
- Que deben promoverse y desarrollarse habilidades de autocuidado en las familias, entendiendo como tales las actividades de prevención y promoción de la salud propia y la de los niños. En este sentido se reconoció a la educación como un componente crítico para la promoción de salud y para la prevención de la obesidad infantil.

Un modelo interesante que explicaría el modo en que la educación y la estimulación desde las edades más tempranas repercuten sobre la salud a lo largo del curso de la vida, se basa en el desarrollo de lo que algunos autores llaman “una conciencia propia y de los contextos relevantes” (CPCR). Este constructo actuaría a través de cadenas causales que incluyen el éxito o fracaso en la realización personal en el terreno social y económico, el evitamiento y neutralización de factores de estrés, la adquisición de conductas saludables y patrones de consumo sostenibles, la conciencia del riesgo y la consiguiente minimización de su exposición, y la actitud en el manejo de los síntomas y las enfermedades. Los mecanismos mediante los cuales CPCR se traduce en salud cambian a lo largo de la vida e involucran procesos específicos para sus diferentes etapas. El efecto de este constructo está modulado por una gran cantidad de factores contextuales estructurales y contingentes [24].

Entre las infinitas trayectorias posibles en el curso de la vida, una que entraña una gran carga de morbilidad y mortalidad para la mayoría de países de nuestra región se caracteriza, desde el punto de vista sanitario, por peso bajo o insuficiente al nacimiento, inseguridad alimentaria y nutricional en el hogar, retardo en el crecimiento y el desarrollo, exposición a ambientes inseguros y obesogénicos, sobrepeso y obesidad ya manifiestos desde la adolescencia, particularmente en las niñas, y el consiguiente incremento del riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Esta trayectoria típica coexiste y se nutre de circunstancias que en el plano socioeconómico tienen, por un lado, escasa movilidad y, por otro, altos niveles de persistencia intergeneracional, los que en su conjunto constituyen los determinantes de la salud y de su distribución desigual en los estratos sociales de la población.

El modo tradicional de interpretar la doble carga de enfermedad [25] como la coexistencia de las infecciones y las enfermedades transmisibles con las enfermedades crónicas no transmisibles como principales componentes del cuadro epidemiológico poblacional, cada uno afectando a subpoblaciones diferentes con sus perfiles de riesgo y vulnerabilidad propios, es claramente reduccionista en el sentido de que ignora la continuidad de ambos perfiles a lo largo del curso de la vida. En esta transición temporal, el sobrepeso y la obesidad podrían desempeñar, al menos parcialmente, un importante papel mediador.

*f. Las políticas públicas para afrontar la obesidad y el sobrepeso y promover la alimentación saludable en la niñez*

Un tema de acuciante vigencia y relevancia que debe afrontarse con el esfuerzo concertado de los gobiernos, las agencias de cooperación técnica y la sociedad en su conjunto es el de las tácticas de autorregulación y promoción encubierta que forman parte de una estrategia global de supervivencia y confrontación, con la que la industria y el mercado han hecho frente a los intentos de frenar su contribución al incremento del sobrepeso, la obesidad y la alimentación no saludable.

En términos bien directos y explícitos, así lo afirma una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [26], en la que ubica en términos de absoluta igualdad a las industrias del alcohol, los refrescos y la comida, con la industria del tabaco. Un elemento común a todas es el rechazo a la regulación y el control, y el tenor de las tácticas que emplean para enfrentarlos.

El espectro de esas tácticas es muy variopinto, pero incluye componentes legales como la conformación de “lobbies” y las demandas judiciales por perjuicio; mediáticos, como las promesas de autorregulación; tecnológicos, como la engañosa reformulación y mimetización de sus productos; e incluso pseudocientíficos, como la deslegitimación o el cuestionamiento de las evidencias existentes, o la introducción de sesgos en las investigaciones para sembrar la duda y el escepticismo en la población. Todas estas tácticas se ejecutan y promueven con una retórica seductora que estigmatiza al individuo por la irresponsable elección de sus estilos de vida y alimentación, a la vez que presenta a las políticas de los gobiernos como una invasión de la autonomía y un atentado a su libre elección.

Se trata –subraya el documento– de un obstáculo formidable, debido a los poderes del mercado para transformarse en poder político y a la comprensible tensión entre sus intereses y las prioridades de salud, que suelen ubicarse en extremos antagónicos o conflictivos. La publicación recuerda el fracaso global en afrontar la pandemia de obesidad; lo atribuye, no a la falta de voluntad individual, sino a la insuficiente voluntad política para enfrentar los poderes de la industria y el mercado; y termina sentenciando que, en la visión de la OMS, las formulación de

las políticas sanitarias debe protegerse de las distorsiones, a menudo encubiertas, que generan estos poderes.

También recientemente un nutrido grupo de técnicos, directivos, investigadores y consultores de agencias de cooperación, reunidos en el Distrito Federal de México, suscribieron la Declaración de la Ciudad de México [27] que reconoce la existencia de una crisis de envergadura sistémica (en directa referencia a las epidemias de mala alimentación y sedentarismo que forman parte de los cimientos etiológicos de las enfermedades crónicas, las cuales constituyen la primera causa de hospitalización, discapacidad y muertes evitables en el hemisferio) y que exige un liderazgo de las autoridades públicas para garantizar el derecho a la salud, la alimentación y la información apropiada, y el uso de mecanismos políticos y legales, en igual o mayor medida (aunque con recursos innovadores a partir de las lecciones aprendidas), que lo que se ha hecho para enfrentar las epidemias de tabaco y alcohol, y otras como el dengue y la malaria.

Invocando la evidencia científica reciente sobre las causas de la obesidad, los participantes del mencionado cónclave sugieren un grupo de acciones para controlar la epidemia. Desde la óptica de curso de vida que la APND desea promover, revisten particular interés las que se orientan a los ambientes escolares que hacen énfasis en garantizar el acceso y disponibilidad de alimentos saludables, con baja densidad energética y mínimamente procesados, en restringir la disponibilidad, venta y publicidad de bebidas azucaradas y de productos de baja calidad nutricional, y la educación y formación de los escolares en adecuados hábitos nutricionales y en el conocimiento de las tradiciones locales y nacionales.

Cabe subrayar también dos recomendaciones, emanadas del propio documento, que se alinean con los planteamientos de este apartado. En una de ellas se sugiere la creación de un órgano para la protección de la salud de la niñez y contra la obesidad, para promover acciones reguladoras concertadas, y la protección de los gobiernos frente al cabildeo de las empresas para eludir las regulaciones a la producción y a las campañas mediáticas, o para asumirlas por su cuenta.

En otra se exhorta a las instituciones de Naciones Unidas y a los gobiernos a evitar los conflictos de intereses en el desarrollo de las políticas públicas y se sugiere que, para evitar la confrontación con los intereses empresariales que se rigen por las leyes del mercado, los representantes de estos intereses en las industrias vinculadas con la producción de alimentos participen en la fase de implementación de las políticas públicas, pero no –taxativamente– en los ámbitos de análisis y debate en los que se diseñan dichas políticas junto a las medidas regulatorias, esto último también con clara intención profiláctica frente a las tentativas de autorregulación y promoción encubierta.

g. *La evaluación de impacto*

El texto fundacional de la Alianza mencionaba explícitamente la necesidad de fomentar una cultura de evaluación. Es importante que esta evaluación no se restrinja a los componentes operativos de los procesos que acompañan a las políticas, programas e intervenciones, sino que los trascienda y se esfuerce por extenderla a las variables de respuesta directamente medibles en las poblaciones. En eso consiste básicamente la evaluación de impacto, que debe además establecer claros criterios de atribución, que permitan deslindar los efectos reales de las políticas de otros efectos contextuales o contingentes.

Hay incuestionables barreras que superar para promover esta cultura abarcadora de la evaluación. Una de ellas es que cuando los programas e intervenciones escalan al nivel de políticas públicas, como es lógicamente deseable, el número de factores a controlar y el número de actores se multiplican en una medida que escapa a las posibilidades de cualquier diseño encaminado a aislar y atribuir adecuadamente los efectos, aun cuando se identifiquen claramente estos actores y se establezcan los indicadores objetivos para la evaluación.

Hay también barreras de índole práctica, debido a la reticencia natural por parte de los encargados de implementar las políticas de salud a admitir periodos largos de tiempo para poner de manifiesto los efectos de sus intervenciones. Sin embargo, en el terreno de la nutrición –no tanto en el del desarrollo– hay indicadores que, además de tener gran visibilidad y convocatoria política, son sensibles a las intervenciones en plazos mucho más cortos. Es el caso, por ejemplo, del retardo en talla, en relación con el cual varios países del hemisferio [28,29] han experimentado reducciones significativas en las tendencias poblacionales y disminuciones discretas en las brechas sociales. Según los modelos de curso de la vida, las políticas y programas que son propios de los ámbitos de acción de la Alianza para mejorar la nutrición, repercuten en otros indicadores de salud en la infancia y la niñez temprana, y tienen también impacto a largo plazo, si se dirigen a los determinantes básicos y estructurales de la salud.

En la Figura 1, tomada y adaptada de Mínujín y Delamónica, 2003 [30] se califica el desempeño de las políticas en términos de los dos ejes que la OMS considera esenciales en la formulación de las metas programáticas en salud: la salud promedio de la población y las brechas sociales relativas. El resultado ideal es aquel que combina una mejoría de la salud poblacional con una reducción de las brechas. No es ésta, sin embargo, la tendencia que exhibe la mayoría de los países del mundo. Las inequidades en salud se hacen sentir en todos los países, más allá de su nivel de desarrollo. Aun en países que exhiben mejoría de sus indicadores poblacionales de salud, las brechas sanitarias entre algunos subgrupos poblacionales se han incrementado o se han mantenido, pese a lo cual importantes iniciativas de desarrollo en salud como los Objetivos de Desarrollo del Milenio no incluyen mediciones, y mucho menos análisis, de la equidad sanitaria.

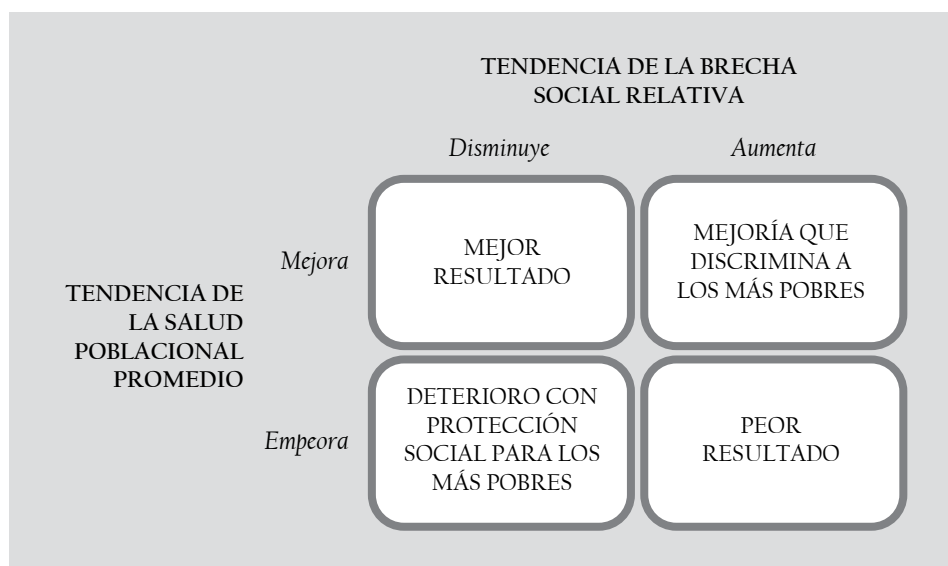


Figura 1. Descripción y calificación de los cambios según los ejes de salud poblacional promedio y brecha social relativa.

Sin dejar de reconocer estas complejidades para llevar adelante un proceso de monitoreo y evaluación de programas y políticas, se considera esto como un elemento central para identificar y orientar las acciones. De ahí, la necesidad de asegurar los recursos y capacidades para la identificación de indicadores, el recojo, análisis y diseminación de la información y los resultados obtenidos, así como la toma de decisión a partir de la evidencia generada.

Bajo un enfoque de derechos la reducción de las inequidades es un imperativo ético [20]. Sólo un compromiso explícito hacia la equidad puede garantizar que los grupos más pobres y vulnerables tengan acceso pleno a servicios de salud de calidad, e igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo de sus potencialidades de salud y desarrollo [31,32]. Por este motivo, cuando en el marco de la APND se formula el enfoque de derechos como uno de sus sustentos prioritarios, es inadmisibles que la evaluación, que tiene como objeto tanto los procesos como los indicadores de salud, nutrición y desarrollo, se contraiga sólo a la medición de las tendencias y no incluya el análisis de su distribución social.

Hace ya más de una década, el tema de las desigualdades quedó definitivamente incorporado en la agenda de los salubristas, y en las metas de las políticas públicas en gran cantidad de países [33-36]. El impacto negativo sobre la salud, en interacción con el que ejercen las privaciones económicas, las contracciones en el desarrollo social y las políticas de salud ineficientes o excluyentes, implica que las desigualdades

sociales trasciendan al campo de la salud pública y no queden confinadas a los planos ético y político. Esta visión tiene que ser incorporada a los principios de la APND.

### 3. ESTRUCTURA, FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LA ALIANZA

La Alianza es un marco interinstitucional de acción conjunta e integrada, que promueve el avance de los países en sus compromisos internacionales para el logro de sus objetivos y metas de desarrollo y, en especial, de aquellos con una relación más estrecha con la nutrición.

A escala regional, integran la Alianza los Directores y las Directoras de las agencias de Naciones Unidas (FAO, OCHA, OHCHR, OIT, ONU Mujeres, OPS/OMS, PMA, PNUD, PNUMA, UNAIDS, UNCHR, UNFPA, UNICEF, UNOPS, y UN Hábitat) y la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL.

Para efectos ejecutivos y técnicos se apoyan directamente en un Equipo Técnico Regional (RTT por sus siglas en Inglés) designado por cada una de las Agencias Regionales. Este RTT, además de actuar como órgano de consulta para el grupo de directores regionales (GDR, o RDT por sus siglas en Inglés), brinda apoyo y asesoramiento a los equipos técnicos de países de las agencias de Naciones Unidas (UNCT por sus siglas en Inglés), 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 ODMs.

Desde su creación en 2008, la Alianza ha orientado sus esfuerzos en cuatro direcciones: a) **abogacía e incidencia** para la formulación de políticas públicas; b) **cooperación técnica** a los UNCT de países priorizados; c) **gestión del conocimiento** a través del fortalecimientos de redes y comunidades de prácticas, la diseminación de información científico-técnica y la generación de evidencias; c) **movilización de recursos humanos y financieros** para el desarrollo de las acciones priorizadas por el RTT.

En base al análisis de lo realizado hasta el momento, el Equipo Técnico Regional, reunido en el mes de mayo de 2013, identificó tres líneas prioritarias para el período 2013-14:

- **Armonización**, buscando fortalecer la integración de las agencias que conforman la Alianza en cuanto a sus mandatos relacionados al tema de la nutrición, así como contar con documentos de posicionamiento basados en las mencionadas premisas de la APND.
- **Incidencia en políticas públicas**, procurando promover y apoyar la formulación de éstas para el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional,

facilitar la cooperación sur-sur en alimentación y nutrición, y contar con una instancia o mecanismo de observación de las políticas en torno a la nutrición y el desarrollo.

- **Gestión del conocimiento**, incluyendo la identificación, sistematización y difusión de información científico-técnica sobre nutrición y desarrollo, que oriente la toma de decisiones de programas y políticas en los países de la región; y el mantenimiento de comunidades de práctica sobre alimentación y nutrición con enfoque de determinantes y derechos.

Asimismo, se realizó un ejercicio de concreción de la misión y visión de la Alianza, el cual queda resumido como sigue:

**Misión** - La Alianza se propone optimizar la efectividad del CT del SNU en el tema de Nutrición, a través de abogacía y cooperación técnica en la implementación de programas multisectoriales y generación de bienes públicos regionales en LAC.

**Visión** - Ser una instancia de apoyo al SNU para generar intervenciones integrales y multisectoriales basadas en DDHH y determinantes de la situación nutricional.





## Referencias Bibliográficas

1. WHO. Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action? Geneva, 2013.
2. FAO. The state of food and agriculture 2013. Food Systems for Better Nutrition. Rome, 2013.
3. De Henauw S, Matthys C, de Backer G. Socioeconomic status, nutrition and health. Arch Public Health 2003; 61: 15-31.
4. Smith GD, Brunner E. Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. Proceedings of the Nutrition Society 1997; 56: 75-90.
5. Wilkinson R, Marmot M. The solid facts: the social determinants of health (2nd. Ed). Denmark. World Health Organization. 2003.
6. 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.
7. Martínez, R y Fernández, A. El costo del Hambre: Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. CEPAL/PMA, 2007; LC/W.144;
8. Martínez, R y Fernández, A. El costo del Hambre: Impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay y el Perú. CEPAL/PMA, 2009; LC/W.260.
9. OMS. Informe final de la comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra 2008.
10. Greenland S. A review of multilevel theory for ecologic analysis. Statistics in Medicine 2002; 21: 389-395.
11. 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.
12. FAO. Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria. Roma 2005.
13. Samman E, Santos ME, Yalonetzky G. Agencia de los padres y logros de los hijos. Nueva York. DRALC. PNUD. 2009

14. Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adult socioeconomic condition on cause specific mortality: the Oslo mortality study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 40-45.
15. Hemmingsson T, Lundberg I. How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalization, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behavior in adolescence? *Int J Epidemiol* 2005; 34: 260-267.
16. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999; 282: 1523-1529
17. Forrest CB, Riley AW. Childhood origins of adult health: a basis for life-course health policy. *Health Aff (Milwood)* 2004; 23: 155-164.
18. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med* 2008; 359: 61-73.
19. Bronte-Tinkew J, Zaslow M, Capps R, Horowitz A, McNamara M. Food insecurity works through depression, parenting and infant feeding to influence overweight and health in toddlers. *J Nutr* 2007; 137: 2160-2165.
20. Schlüssel M, Moura A, Pérez-Escamilla R, Kac G. Household food insecurity and excess weight/obesity among Brazilian women and children: a life-course approach. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 219-226.
21. Franklin B, Jones A, Love D, Puckett S, Macklin J, White-Means S. Exploring mediators of food insecurity and obesity. *J Community Health* 2012; 37: 253-264.
22. Viswanathan M., Mohan D. El síndrome metabólico en los países en desarrollo. *Diabetes Voice*, Mayo 2006, Volumen 51, Número especial.
23. Visser R, Atkinson RL. Proceedings of the Second Pan American Conference on Obesity with special attention to childhood obesity and the Workshop "Education for childhood obesity prevention: a life-course approach. Aruba 2011.
24. Shanahan MJ, Hill PL, Roberts BW, Eccles J, Howard S. *Developmental Psychology* 1912.
25. OMS. Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Serie de informes técnicos 916, 2003.
26. Dr Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland. 10 June 2013.
27. Declaración de la Ciudad de México. "Legislación, normas y políticas públicas para detener la obesidad y promover alimentación saludable entre los niños de Latinoamérica: avances, obstáculos y posibilidades". Ciudad de México, 26 de noviembre del 2012.

28. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009. OPS7HSD/HA/09.01.
29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Progreso para la Infancia. Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. UNICEF No. 9. 2010.
30. Minujin A, Delamónica E. Equality matters for a world fit for children: lessons from the 90's. UNICEF Staff Working Papers. Division of Policy and Planning Series (Draft. Number DPP-03). New York. UNICEF, 2003.
31. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull World Health Organ 2003; 81: 539-545.
32. Wagstaff A, Watanabe N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. Policy Research Working Papers. Washington DC: World Bank, 2003.
33. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, Axelsson H. Inequalities in child health: Are we narrowing the gap? HNP Discussion Paper. Washington DC. World Bank, 2003.
34. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health 2000; 54: 923-929.
35. Marmot. M. Does money really matter? Or is it a marker for something else? Health Aff 2002; 21: 31-46.
36. Subramanian SV, Belli P, Karachi I. The macroeconomic determinants of health. Annu Rev Public Health 2002; 23: 287-302.





Con el apoyo de:

