

Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo
Para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

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 presente año 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” [Anexo 1], la cual tiene como propósito proponer e implementar programas integrales, intersectoriales, coordinados, y sostenibles dentro del marco de los derechos, 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 otros muchos, 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 institucional e 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 la evidencia 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 y el Programa “Rostros, Voces y Lugares”, Iniciativa “América Latina sin Hambre”, 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 la evidencia existente 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:

- 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,
- 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,
- se han esbozado los rasgos esenciales de las intervenciones que correspondería desarrollar e incentivar en correspondencia con un enfoque de causalidad basado en determinantes sociales, y por último,

- 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 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 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. 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

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.

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 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 del 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 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] [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

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

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. 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 eficientes, 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 último, las desigualdades son la expresión de una distribución no homogénea de los determinantes sociales entre grupos o estratos poblacionales.

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.

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’s)*

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’s) que resulten de la sinergia de intervenciones clásicas basadas en la evidencia, con dichas condiciones estructurales o contextuales específicas.

La “Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud 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 interinstitucional 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 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 (GDR o 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 ODMs. La composición de este ETR 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 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).

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.

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 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 equipos respectivos 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, su equipo técnico regional [ETR o 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 ETR 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.

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 crónica 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.

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 AECID-PNUD, que ha implicado un trabajo coordinado de los equipos de país 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.

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 área 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 del completamiento de 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 ODMs”.

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.

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

- 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 PNUD-Fondos Españoles 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.
- 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 Organización 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 1

Fragmentos del acta de la sesión de constitución oficial de Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud 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, OHCHR⁶ 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/ Espanol*). 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 2⁷

Resumen de notas conceptuales: Proyecto AEI-PNUD

País	Título del proyecto	Características	Ámbitos	Agencias de NNUU que participan
ARGENTINA	S/N	Apoyo a servicios de alimentación escolar y microemprendimientos escolares y familiares	Tres zonas seleccionadas de la provincia del Chaco	FAO, FNUAP, OPS, PNUD, UNESCO y UNICEF
BRASIL	S/N	Mejora de alimentación y nutrición de niños y mujeres indígenas a través de fortalecimiento de los servicios de salud y nutrición y mejora de las capacidades para la autoproducción de alimentos de las familias.	Alto Rio Solimões Y Dourado	FAO, ILO, OPS/OMS, PNUD y UNICEF
COLOMBIA	Comunidades indígenas y afrocolombianas de Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutrición	Mejora de alimentación y nutrición de menores de 5 años y mujeres gestante y puérperas de poblaciones indígenas y afectadas por la violencia armada a partir de mejora de SS, proyectos productivos, fortalecimiento de capacidades de las familias	9 municipios del departamento de Chocó	FAO, OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF
COSTA RICA	Fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional en poblaciones vulnerables	Generar capacidades en las instancias nacionales para que cumplan su responsabilidad en la garantía del derecho a la alimentación y nutrición	Nacional y local, rural y urbano-marginal, fronterizo	FAO, OIM, OPS/OMS, PMA, UNESCO y UNICEF
CUBA	Support for the fight against anemia in vulnerable groups in Cuba	Mejora de la producción y acceso a alimentos ricos en micronutrientes, en especial hierro	Municipios más vulnerables de 5 provincias del este y en la provincial de Pinar del Río	FAO, OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF
REPUBLICA DOMINICANA	Programa SANO: Una Infancia con futuro	mejoramiento de prácticas alimentarias y nutricionales, con énfasis en LM; fortalecimiento del sistema de vigilancia en seguridad alimentaria y nutricional; y reforzamiento de la articulación y coordinación de programas sectoriales existentes	Provincias de San Juan de la Maguana, Elías Piña, El Seybo y Santo Domingo	OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF
ECUADOR	Programa Integral de Lucha contra la Malnutrición Infantil	Apoyo a la implementación de políticas públicas nacionales y locales; inclusión económica de pequeños productores como proveedores de programas sociales; diversificación de la dieta de niños, niñas y sus familias para mejorar su estado nutricional, e implementación de un	Región 5 (Bolívar, Los Ríos, Guayas y Santa Elena)	FAO, ONUDI, OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF

⁷ Sólo se incluyen, a modo de ejemplo, los 12 países que habían enviado sus notas conceptuales en el momento de redactar este documento. Posteriormente se adicionaron Bolivia, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela.

País	Título del proyecto	Características	Ámbitos	Agencias de NNUU que participan
		<i>sistema integral de información y vigilancia. Énfasis en menores de 14 años.</i>		
EL SALVADOR	<i>Protecting children: towards a coordinated food security and nutritional programme for El Salvador</i>	<i>Fortalecimiento de las capacidades nacionales en seguridad alimentaria y nutricional, apoyo a la integración de sistemas de información, mejoras de las capacidades productivas de las familias, mejora del acceso a servicios de salud, promoción de consumo de agua segura en las escuelas y de alimentos fortificados</i>	<i>Nacional y local (3 municipios pobres del nordeste del país)</i>	<i>FAO, OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF</i>
GUATEMALA	<i>Alianzas para mejorar la situación alimentaria, la seguridad alimentaria y la nutrición</i>	<i>Fortalecimiento de la coordinación institucional a nivel nacional, mejora de la oferta y demanda de servicios de salud y nutrición a nivel municipal, y mejoramiento de la producción de alimentos para en autoconsumo y la promoción de entornos saludables a nivel familiar/comunitario</i>	<i>Nacional y 64 Comunidades, 8 Municipios de Totonicapán</i>	<i>FAO, OPS/OMS, PMA, UNFPA, UNICEF y VNU</i>
PARAGUAY	<i>Niñez Indígena en Paraguay, Nutrición y Seguridad Alimentaria</i>	<i>Fortalecer las políticas y planes nacionales, mejorar la eficacia y sostenibilidad de los programas sociales y mejorar al coordinación de los distintos actores a nivel local. Mejorar las condiciones de nutrición, soberanía y seguridad alimentaria de las comunidades Indígenas</i>	<i>Nacional/ local</i>	<i>FAO, OPS/OMS, PNUD, UNESCO y UNICEF</i>
PERU	<i>Improving Nutrition And Food Security For The Peruvian Child: A Capacity Building Approach</i>	<i>Fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales para la implementación de la estrategia nacional CRECER de lucha contra la desnutrición. Mejora e integración de los sistemas de información orientados a la toma de decisión. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y nutrición. Mejors de las capacidades familiares y comunitarias para la alimentació-nutrición, producción y cuidado del entorno</i>	<i>Nivel nacional, 4 Regiones y 80 distritos. Incluidas zonas cocaleras</i>	<i>FAO, ONUDD, OPS/OMS, PMA, y UNICEF</i>
URUGUAY	<i>Seguridad alimentaria y erradicación de la desnutrición infantil en contexto de pobreza</i>	<i>Diseñar e implementar un sistema de protección integral del embarazo y la primera infancia. Diseñar e implementar un sistema local de seguridad alimentaria. Construir acuerdos sobre un modelo de intervención replicable en otras áreas del Uruguay y de otros países.</i>	<i>Departamento de San José, zona oeste de Montevideo (áreas con altos niveles de pobreza)</i>	<i>PNUD, UNICEF, OPS/OMS, UNESCO, FAO, VNU</i>

Anexo 3

Intervenciones basadas en la evidencia (Elaboración en curso...)

3.1 Inocuidad de los alimentos

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios y observaciones</i>
Reducción de la vulnerabilidad mediante la educación en inocuidad, higiene alimentaria básica y programas de concientización.	Medidas sanitarias sencillas para tener alimentos y agua seguros. Puede ser eficaz cuando fracasan otras líneas de defensa contra las enfermedades transmitidas por alimentos.	Los programas de educación de inocuidad de los alimentos deben operar en el marco de las mejoras equivalentes y sostenidas en el ambiente de los medios de vida y en la infraestructura de la cadena alimentaria
Disminución de los riesgos a lo largo de la cadena alimentaria con énfasis en los eslabones más débiles	Medidas e intervenciones para el control de los riesgos debidos a fallas en la higiene ambiental primaria y entre los operadores a lo largo de la cadena alimentaria.	Se aplican metodologías desde la finca hasta la mesa como buenas prácticas agrícolas y buenas prácticas de fabricación
Reducción de la vulnerabilidad mediante adecuadas estrategias de comunicación	Su objeto es el consumidor, y su propósito es corregir las concepciones erróneas, mejorar la elección de los alimentos y las prácticas de manipulación y establecer la confianza en las intervenciones públicas y privadas.	La comunicación debe ir orientada a grupos de personas de mayor riesgo, en particular a grupos bajos de ingresos que tienen un reducido acceso a la educación y menor control en la inocuidad de los alimentos

Anexo 3 (continuación...)

Intervenciones basadas en la evidencia (Elaboración en curso...)

3.2 Atención integral de la madre y el neonato

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios y observaciones</i>
Intervenciones preconcepcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del IMC previo al embarazo • Suplementación con ácido fólico • Prevención y tratamiento de anemia ferropénica. • Detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. • Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) 	<ul style="list-style-type: none"> • El IMC bajo previo al embarazo se asocia con restricción en el crecimiento fetal y bajo peso al nacer • La suplementación con ácido fólico reduce la incidencia de defectos de cierre del tubo neural.
Intervenciones durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Controles prenatales (5 comenzando en el primer trimestre) utilizando la historia clínica perinatal y el carnet perinatal. Vigilancia del incremento de peso de acuerdo al IMC • Inmunización con toxoide tetánico. • Detección y tratamiento de sífilis materna (la penicilina es el único antibiótico que cura al feto). • Detección y tratamiento de bacteriuria asintomática. • Prevención y tratamiento de pre-eclampsia y eclampsia. • Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (HTA y DM) • Desparasitación en zonas endémicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco controles son suficientes en un embarazo sin complicaciones. • Para prevenir el tétanos neonatal. • La eliminación de la sífilis congénita es una estrategia regional • Sin tratamiento las madres pueden desarrollar pielonefritis y desencadenar un parto prematuro • En regiones con consumo deficitario de calcio, la suplementación con 1 a 2 g. diarios puede prevenir la hipertensión. • La aspirina reduce la incidencia de preeclampsia en grupos de alto riesgo. • En áreas endémicas de helmintiasis, el tratamiento con albendazol reduce la prevalencia de anemia.

<p style="text-align: center;">Intervenciones durante el parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención del parto por personal calificado. • Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto. • Antibióticos si rotura prematura de membranas en pretérminos • Nifedipina o betamiméticos en amenaza de parto pretérmino • Corticosteroides para inducir maduración pulmonar • Antirretrovirales para reducir riesgo de transmisión vertical del VIH. • Manejo activo modificado del tercer período • Pinzamiento tardío del cordón umbilical • Reanimación neonatal con aire ambiental • Atención inmediata al recién nacido normal • Cuidado del cordón umbilical • Cuidado de la piel al nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Se reduce la frecuencia de complicaciones. • Se reduce la incidencia de cesárea y la necesidad de administrar analgésicos. • Disminuye la incidencia de corioamnionitis y lamorbilidad neonatal de causa infecciosa. • Se recomienda la administración de nifedipina para la amenaza de parto pretérmino • En partos prematuros, reduce el riesgo de síndrome de distrés respiratorio entre otros. • Reduce la transmisión vertical, al igual que la cesárea electiva y la suspensión de la lactancia materna. • Administrar ocitócicos después que haya dejado de latir el cordón y una vez expulsado el feto, disminuye el sangrado y la necesidad de transfusiones. • Aumenta el hematocrito neonatal sin efectos secundarios. • El aire ambiental es tan bueno como el oxígeno para la reanimación. • Secar al niño, limpiar la vía aérea y colocarlo junto a su madre tan pronto como sea posible. • La aplicación de solución antiséptica o alcohol al cordón previene un % alto de sepsis neonatal. • Debe evitarse el baño inmediato a prematuros o niños con bajo peso y nunca usar inmersión.
<p style="text-align: center;">Intervenciones después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de la hemorragia postparto • Tamizaje neonatal para hipotiroidismo 	<ul style="list-style-type: none"> • En las dos horas siguientes al alumbramiento. • El diagnóstico temprano y su tratamiento eliminan el riesgo de padecer la enfermedad.

Anexo 3 (continuación...)

Intervenciones basadas en la evidencia (Elaboración en curso...)

3.3 Nutrición del recién nacido y del niño pequeño

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios u observaciones</i>
Intervenciones para mejorar la nutrición del recién nacido y el niño pequeño	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementación prenatal con hierro y ácido fólico. • Pinzamiento tardío del cordón umbilical. • Contacto inmediato piel a piel. • Iniciación temprana de la lactancia materna. • Educación para incrementar la duración de la lactancia materna y la lactancia exclusiva. • Consejos y educación sobre prácticas de alimentación complementaria, incluyendo alimentación complementaria fortificada. 	<p>Aunque hay amplia documentación en cuanto a “qué hacer”, cómo hacerlo es mucho más controversial y se asocia al contexto.</p> <p>La atención primaria de salud es el marco en el que se materializan e implementan las intervenciones de salud.</p>

3.4 Mortalidad / Morbilidad

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios u observaciones</i>
Intervenciones para reducir la mortalidad/morbilidad neonatal, infantil y en el niño menor de cinco años	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de los nacimientos pretérminos y con bajo peso. • Disminuir la vulnerabilidad materna mediante una adecuada nutrición. • Vigilancia del incremento de peso durante el embarazo tomando como referente el IMC preconcepcional. • Reducir la incidencia de malformaciones congénitas, mediante la suplementación con ácido fólico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son responsables de entre 80 y 90% de la mortalidad neonatal y tienen efectos a largo plazo sobre el riesgo de enfermedad en el adulto. • Es necesario trabajar en la educación y capacitación de mujeres en edad fértil. • Las intervenciones en este aspecto involucran a todo el espectro de los determinantes sociales. • Un alto porcentaje de malformaciones, de causa no genética, se deben a la deficiencia de ácido fólico.

	<ul style="list-style-type: none"> • Educación a mujeres en edad fértil y a trabajadores de la salud sobre la necesidad de erradicar el consumo de tabaco, alcohol y otros hábitos tóxicos. • Capacitación a parteras tradicionales en la identificación de signos de peligro en las embarazadas y en niños menores de 2 meses. • Capacitación a todo el personal de salud de la red de atención de mujeres en edad fértil, embarazadas y niños pequeños, en las intervenciones basadas en la evidencia que reducen el riesgo de mortalidad neonatal precoz y tardía. • Inmunizaciones en niños menores de 5 años. • Sales de rehidratación oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Los hábitos tóxicos se asocian a un mayor riesgo de bajo peso al nacimiento, malformaciones congénitas y muerte súbita del lactante. • De este modo aumentan las referencias de embarazadas y niños a las unidades de salud y disminuyen la mortalidad fetal, perinatal y neonatal. • Entre estas intervenciones se cuentan: salud oral, aspirina y/o calcio a embarazadas con alto o mediano riesgo de pre-eclampsia. • La vacuna anti Hib reduce 4 % mortalidad en < 5 años. La vacuna antineumocócica puede reducir 7% anual la mortalidad en niños entre 3 y 29 meses. • Las SRO pueden reducir hasta en 15% la mortalidad en menores de 5 años.
--	---	---

Anexo 3 (continuación...)

Intervenciones basadas en la evidencia (Elaboración en curso...)

3.5 Implementación de programas y creación de redes de protección social

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios u observaciones</i>
Esquema de transferencias condicionadas en especies	Consiste en la entrega de una canasta de alimentos bajo la condición del cumplimiento de ciertos requisitos (controles de salud y otros)	Suelen tener impacto en indicadores objetivos de salud (eg. mejorar la situación nutricional) y generar demandas por parte de la población lo cual mejora la correspondencia entre entregas y necesidades y estimula la evaluación y el monitoreo de los programas.
Esquema de transferencias condicionadas en dinero	Consiste en la entrega de incentivos financieros condicionados al cumplimiento de ciertos requisitos (eg. asistencia a controles, a talleres de educación y capacitación, escolarización de los niños y otros)	Tienen impacto en indicadores objetivos en el área de la salud y la educación, generan demandas, promueven un apoyo político sostenido y atraen la cooperación internacional

3.6 Salud ambiental

<i>Tipo o nombre de la intervención</i>	<i>Descripción</i>	<i>Comentarios u observaciones</i>
Ambiente externo	Saneamiento ambiental externo y eliminación de vectores. Instalación de tanques sépticos	Varias evidencias recientes demuestran que el saneamiento ambiental tiene tanta capacidad explicativa en relación con la nutrición como casi cualquier otro factor.
Ambiente interno	<p>- <i>Disposición de excretas:</i> Módulos sanitarios. Letrinas en medio rural</p> <p>- <i>Provisión de agua limpia y segura a nivel domiciliario</i> Desarrollo de prototipos. (bomba manual, perforadora manual, cloración, hervido, desinfección, floculación y filtración).</p> <p>- <i>Calidad de aire en la vivienda.</i> Empleo de cocinas mejoradas "Inkahuasi" y otras.</p> <p>- <i>Regulación de la temperatura interior de la vivienda.</i> "Muros Trombe", calentador solar ¿? – - <i>Disposición de residuos sólidos.</i> Manejo de basura mediante reciclaje, compostaje o rellenos manuales.</p> <p>- <i>Iluminación en la vivienda.</i> Utilización de botellas solares para la iluminación.</p> <p>- <i>Higiene.</i> Sustitución de pisos de tierra por pisos de "cemento económico".</p>	<p>Todas las tecnologías deben satisfacer los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avenirse a los patrones culturales y a las pautas sociales de la población. • Deber ser de fácil manejo en términos de su uso, operación y mantenimiento autónomo. • Deben ser ecológicamente inocuas, y si fuese posible proporcionar beneficios al medio ambiente. • Deben ser económicas, eficientes, seguras y de calidad.

Anexo 5

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.