



CONSEJO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION

COMITÉ TÉCNICO CONAN

PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICIÓN CERO

*ESTE DOCUMENTO ES RESULTADO DEL TRABAJO DE LOS FUNCIONARIOS
QUE CONFORMAN EL COMITÉ TÉCNICO DEL CONAN, CON EL FIRME
COMPROMISO DE BRINDAR A TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS DE BOLIVIA LA
OPORTUNIDAD DE MEJORAR SUS CAPACIDADES Y ACCEDER A UN FUTURO
DIGNO*

**DICIEMBRE, 2008
LA PAZ - BOLIVIA**

Contenido

Resumen Ejecutivo	1
1 Introducción.....	3
1.1 Diagnóstico de la Situación Alimentaria en Bolivia.....	9
1.2 Relación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMD-C), con el Plan Nacional de Desarrollo (PND)	11
2 Justificación.....	12
3 Objetivos.....	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 Resultados esperados.....	13
5 Actividades estratégicas del PMD-C.....	14
Componente N° 1. Fortalecimiento de los activos sociales y productivos.....	14
Componente N° 2. Mejoramiento de los hábitos de alimentación y prácticas de cuidado de la salud.	16
Componente N° 3. Establecimiento del marco normativo-legal y articulación interinstitucional.	17
Componente N° 4. Establecimiento del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.	16
6 Estrategia Comunicacional Integral del PMD-C.....	19
7 Monitoreo y Evaluación del PMD-C.....	20
Principales indicadores del PMD-C	20
8 Estrategia de implementación del PMD-C.....	21
8.1 Marco Institucional del PMD-C.	22
8.2 Cobertura del PMD-C	24
9 Presupuesto	25

Resumen Ejecutivo

La desnutrición afecta a uno de cada tres niños menores de cinco años en Bolivia y se constituye en la principal barrera para lograr el desarrollo social y económico, esperado en un marco de justicia y equidad.

Este problema alcanza niveles elevados en municipios con alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria o con elevados niveles de pobreza y afecta especialmente a menores cuya madre es analfabeta o con bajo nivel de instrucción. Adicionalmente, la población boliviana sufre de carencias nutricionales, principalmente hierro, vitamina A, yodo, calcio y otros elementos. Más de la mitad de los hogares de los municipios altamente vulnerables consume una dieta que cubre menos del 90% de las recomendaciones de energía y el 42% no cubre las necesidades de proteínas, pues su dieta no contiene alimentos de calidad.

Teniendo en cuenta los múltiples factores determinantes, la erradicación de la desnutrición requiere de una fuerte decisión política que el Gobierno Nacional ha expresado mediante la reposición del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN)¹, cuyo objetivo es el de promover la elaboración e implementación de la Política Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada al ejercicio del derecho humano a la alimentación adecuada y a la erradicación de la desnutrición.

El CONAN, presidido por el Presidente de la República y técnicamente liderado por el Ministerio de Salud y Deportes, está conformado por los siguientes Ministerios: Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Producción y Microempresa, Agua y Justicia.

El CONAN, a través de su Comité Técnico, ha elaborado el presente Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMD-C) que será ejecutado a nivel municipal con apoyo de los gobiernos departamentales y municipales, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional.

La operativización de las intervenciones se desarrollará a nivel municipal donde las redes sociales, las redes de salud, los establecimientos de educación y los centros PAN, serán la base estructural del Programa. Las actividades multisectoriales se priorizarán en los 166 municipios con mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.

Las Unidades de Nutrición Integral (UNI) creadas en cada Red de Salud y en lo posible, en cada municipio, concentrarán las actividades de promoción, prevención y tratamiento de la desnutrición y deficiencias de micronutrientes y articularán las actividades que realizan los sectores de educación, justicia, desarrollo rural, agropecuario y medio ambiente, producción y microempresa, agua y servicios básicos.

Si bien el programa se focaliza en niños y niñas menores de 5 años, gran parte de las actividades apuntan a cambios de hábitos y actitudes en forma permanente, lo cual redundará en mayores niveles de salubridad y bienestar beneficiando a todo el núcleo familiar y la comunidad.

¹ Decreto Supremo N° 28667 del 5 de abril de 2006; modificación del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN).

El objetivo general del PMD-C está orientado a erradicar la desnutrición, en niños y niñas menores de cinco años, implementando intervenciones integrales, fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial a niveles departamentales y municipales, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales y fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria.

Los 4 objetivos específicos pretenden; a) ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, nutrición, educación, agua y saneamiento, así como la disponibilidad de alimentos, fortaleciendo los activos sociales y productivos, b) Contribuir a la disponibilidad, acceso y uso de suficientes alimentos nutritivos, para reducir la desnutrición, a través del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria, c) Mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y d) contribuir a la realización del Derecho Humano a una Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales.

Los mismos serán cumplidos en la medida que se implementen las actividades estratégicas de los diferentes sectores de manera coordinada y oportuna y se logren los 13 resultados esperados por el programa.

Se ha planificado el seguimiento estrecho de las actividades, así como la evaluación del impacto que se alcanzará progresivamente en la reducción de la desnutrición. Adicionalmente, se harán los esfuerzos necesarios para lograr que municipios con alta vulnerabilidad, puedan mejorar sus condiciones de modo que suban a graduaciones que reflejen una mejoría en la seguridad alimentaria nutricional.

La erradicación de la desnutrición infantil será decisiva para permitir un desarrollo integral pleno de las capacidades físicas e intelectuales de las futuras generaciones, que constituirán el futuro capital humano que logrará para Bolivia mayores posibilidades de desarrollo en términos de generación de ingresos y riqueza y por ende bienestar para el país.

El desarrollo del Programa y su éxito dependerán del apoyo decidido del Gobierno Nacional, de los gobiernos departamentales y municipales, como también de la movilización de todos los actores sociales en cada comunidad.

1 Introducción

La desnutrición, particularmente en menores de cinco años, continúa como uno de los problemas de salud no resueltos en el mundo². Es consecuencia de la exclusión social, económica, política y cultural de segmentos de la población, que viven en condiciones de pobreza, sin servicios mínimos de agua potable y saneamiento, salud y educación y que carecen de seguridad alimentaria.

El Problema

- La **desnutrición crónica (talla baja)** afecta a 1 de cada 3 niños bolivianos y a 4 de cada diez niños en los municipios con mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.
- La **desnutrición crónica** deteriora el desarrollo cognoscitivo de los niños, reduce la productividad económica de los adultos e incrementa las probabilidades de que desarrollen males crónicos tales como afecciones cardíacas, accidentes cardiovasculares y diabetes, infligiendo elevados costos a la salud pública.

La desnutrición, particularmente la crónica, tiene un amplio abanico de consecuencias de salud, económicas y sociales. Pobre rendimiento escolar y reducida capacidad de trabajo son secuelas conocidas. Infortunadamente la desnutrición crónica cuando acontece en los dos primeros años de vida, es irreversible posteriormente. Datos de un estudio en Filipinas han estimado que por la disminución en 1% en talla, se ha asociado 1.4% de disminución en la productividad. Los efectos de la desnutrición sobre el desarrollo y aprendizaje en el niño y la productividad en el adulto son particularmente relevantes e importantes en áreas donde la mortalidad no es elevada.

La evidencia actual disponible, indica que la desnutrición afecta profundamente el crecimiento y desarrollo de la niñez desde el inicio del curso vital, compromete el desarrollo físico, mental y cognitivo y determina un mayor riesgo de enfermar y morir. Por otra parte, la desnutrición afecta la defensa inmunológica del cuerpo y como resultado, aumenta la incidencia, la severidad y la duración de enfermedades comunes en la niñez como diarreas, infecciones respiratorias agudas (IRAs) y sarampión. Paradójicamente, la desnutrición sufrida en el vientre materno puede llevar a una predisposición a la hipertensión, enfermedades coronarias y diabetes en la vida adulta.

En países en desarrollo, aproximadamente el 55% de la mortalidad en niños menores de 5 años está asociada a la desnutrición. Los niños severamente desnutridos tienen 8 veces más probabilidad de morir con relación a los niños bien nutridos. Por tanto, una buena nutrición contribuye a mejorar la eficiencia y los resultados de acciones para el desarrollo: mayor capacidad de aprendizaje, menores gastos para el cuidado de la salud, mayor productividad, entre otros. Es decir, la nutrición es la base para el desarrollo, pues está relacionada con la educación, salud, justicia, agricultura, agua y saneamiento, etc.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su informe panorama Social de América Latina 2002-2003, establece la relación estrecha existente entre el hambre, la pobreza extrema y la desnutrición, al señalar que en América Latina, el 18.5% de la población es extremadamente pobre, 14% esta subnutrida y, entre los niños menores de 5 años 7.9% están desnutridos (desnutrición global).

² De Onis 2000, De Onis 2004.

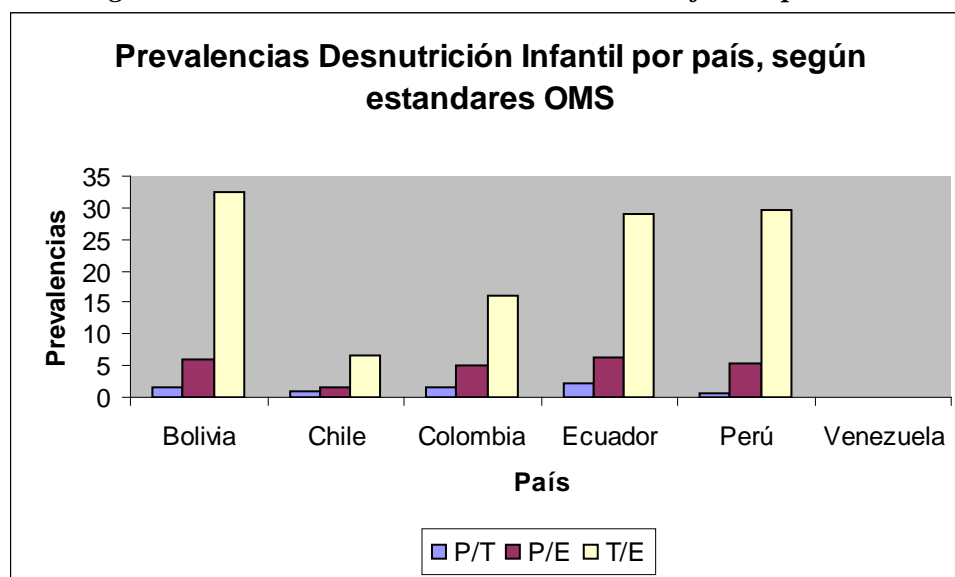
Por esta relación estrecha con la pobreza, el hambre y marginación, sus efectos resultan ser mayores y más notorios en las mujeres, en áreas rurales, en los pueblos indígenas y en las personas analfabetas o con poca educación.

Este daño ha sido reconocido por los dirigentes mundiales y las Naciones Unidas, marcando como el primer objetivo del milenio a cumplirse hasta el año 2015 la reducción de la pobreza y el hambre, cuyo logro deberá impactar de manera importante en la disminución de la desnutrición. Sin embargo si se realizan intervenciones en el marco de la desnutrición se contribuirá de varias maneras al logro de cada una de las seis primeras metas.

Para esto, tanto los gobiernos como la cooperación internacional, deben incrementar su inversión en nutrición en los países en desarrollo. Estas inversiones deben focalizarse en programas maternos e infantiles, comenzando desde antes del embarazo hasta los dos años de vida del niño, para aprovechar esta “ventana de oportunidad” crítica para prevenir el daño irreversible que provoca la desnutrición. Las acciones a gran escala tienen suficiente evidencia, y las intervenciones en nutrición son esenciales para una reducción acelerada de la pobreza. Estas acciones pueden mejorar de hecho la nutrición de la población más rápido que solamente el crecimiento económico. La nutrición mejorada puede conducir al crecimiento económico.

Las prevalencias de desnutrición en 6 países latinoamericanos se muestran en el gráfico 2. Las prevalencias de desnutrición aguda y global tienen una significancia baja en todos los países. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición crónica (T/E) es marcadamente mayor. Es notoriamente diferente la situación de Chile con prevalencias de baja significación, comparado con los otros cinco países.

Figura 1. Prevalencias de Desnutrición Infantil por País



Fuente: www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/index.html

Llama la atención la prevalencia de desnutrición crónica, 17% en Colombia (significancia baja), en Ecuador (29%) y Perú (29,5%) con significancias consideradas como media, muy cerca de ser alta, y Bolivia con significancia alta (32%), por lo que la desnutrición crónica o talla baja es el mayor daño

nutricional infantil en la región. La prevalencia de desnutrición crónica para la subregión andina, excepto Venezuela, es de 20.1% (significancia media).

Los países andinos tienen una gran riqueza sociocultural, y en cada uno de ellos existen marcadas diferencias regionales, sociales y económicas. Por lo que es imposible concebir la región y a los países como homogéneos, las cifras globales esconden realidades extremas dentro de cada país. Tabla 2. Para Venezuela anotamos solo las regiones mas extremas sin cifras, por no contar con valores basados en los estándares nuevos de crecimiento.

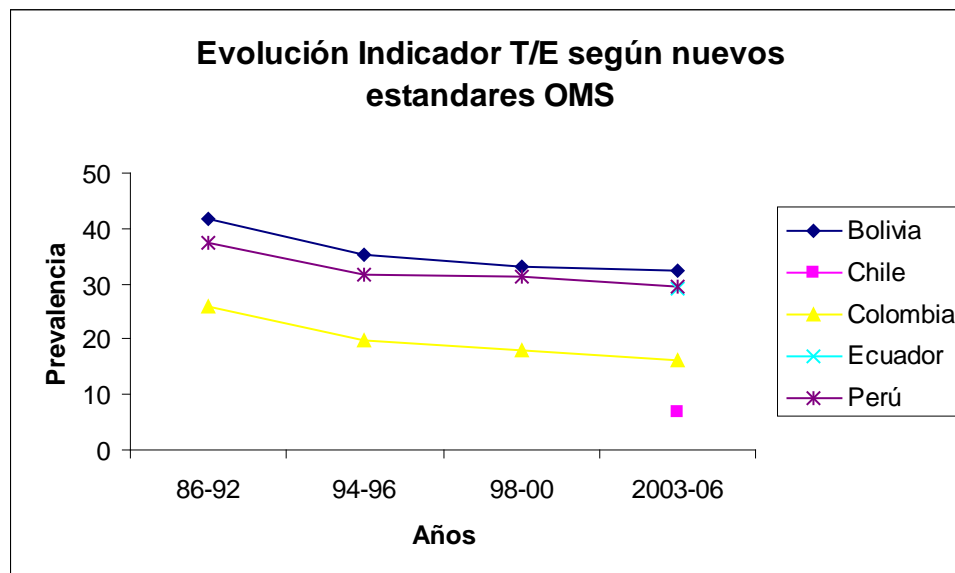
Cuadro 1. Regiones de mayor y menor prevalencia de desnutrición crónica (T/E), por país

País	Regiones con mayor prevalencia		Regiones con menor prevalencia	
Bolivia	48.5 %	Potosí	17.7 %	Santa Cruz
Colombia	25.3 %	Cauca/Nariño	8.6 %	Cali
Ecuador	38.2 %	Sierra	18 %	Insular
Perú	45.7 %	Sierra	4.9 %	Lima metropolitano
Venezuela	-----	Amazonas	-----	Nueva España

Fuente: www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/index.html

En lo que se refiere a desnutrición crónica, siguiendo a Bolivia, Colombia y Perú, si bien hubo una disminución en la prevalencia, no ha sido tan marcada, es probable que no haya disminuido la cantidad de casos. Figura 2.

Figura 2. Indicador T7E, según nuevos estándares de la OMS



Fuente: www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/index.html

La mayor relevancia de la desnutrición crónica en los países andinos refleja falta de alimentación y nutrición adecuadas durante los períodos más críticos del desarrollo físico y psicomotor de los niños.

Los efectos, como se señaló antes, son en gran medida irreversibles, según la CEPAL: “se convierte en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad”.

Análisis realizados en los países andinos, con valores de los anteriores estándares de crecimiento, corroboran que los primeros dos años de vida son clave para controlar el proceso epidemiológico de la desnutrición. Desde el nacimiento se inicia un proceso de deterioro continuo que alcanza valores máximos entre los 18 y 24 meses de vida, se ha visto que la desnutrición crónica muestra un crecimiento mayor, posteriormente una alta proporción de niños y niñas, entre dos y cinco años, recuperan un peso adecuado pero sin incrementos suficientes de talla, por lo que aumentar la ingesta de alimentos no recupera la pérdida en estatura de los primeros 24 meses de vida.

En nuestro país, la desnutrición crónica afecta a uno de cada tres niños menores de cinco años y se constituye en la principal barrera para lograr el desarrollo social y económico. La desnutrición en el país, tiene cara rural e indígena, pues la probabilidad de sufrir desnutrición para un niño en el área rural es 2,5 veces mayor que en el área urbana.

Adicionalmente, la población boliviana sufre de carencias nutricionales, principalmente de hierro, vitamina A, yodo, calcio y otros elementos. Más de la mitad de los hogares de los municipios altamente vulnerables consume una dieta que cubre menos del 90% de las recomendaciones de energía, y el 42% de los mismos, no cubre las necesidades de proteínas, pues su dieta no contiene alimentos de calidad.

Según el estudio de Línea de Base del Programa Desnutrición Cero (2007), la desnutrición crónica se inicia alrededor de los 6 meses y afecta especialmente a niños y niñas que viven en los municipios de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, en el altiplano y los valles, en hogares sin servicios básicos, de madres con baja instrucción, monolingües, ratificando la necesidad de priorizar las intervenciones con un enfoque multisectorial en los municipios con vulnerabilidad 4 y 5. La desnutrición crónica o el retardo de crecimiento sigue siendo la forma más prevalente e importante de desnutrición, con una prevalencia inaceptablemente alta (23.2%).

Entre los determinantes o marcadores de riesgo estudiados (servicios básicos, instrucción de la madre e idioma materno), dos destacan con mayor claridad: **el nivel de instrucción de la madre y la falta de saneamiento básico**. Es importante destacar el hecho de que poseer uno sólo servicio, es tanto o más grave que no poseer ninguno y entre las condiciones de la vivienda el baño es ostensiblemente el servicio más importante.

Reconociendo la multicausalidad de la desnutrición, es posible entender las diferencias encontradas entre las regiones y niveles de vulnerabilidad. Los resultados del estudio muestran que hay un incremento en la desnutrición crónica, dos a tres veces mayor cuando se carece de servicios básicos en la vivienda (agua por cañería, baño o servicio higiénico y luz eléctrica). El mismo gradiente exhibe el retardo en talla para la edad en relación con el nivel de instrucción de la madre. Los niños cuyas madres no tienen instrucción (37.6%) o sólo tienen un nivel primario (29.3%), tienen una prevalencia mayor que los hijos de madres con instrucción secundaria (15.9%) o superior (8.8%).

De la forma en que los niños y niñas sean alimentados en sus primeros años de vida, depende su estado nutricional presente y futuro. Dos aspectos son fundamentales en la alimentación del niño pequeño; la lactancia materna y la alimentación complementaria. La lactancia materna en el país tiene aspectos positivos como: que existe un elevado porcentaje de niños que son alimentados con leche materna; que el inicio de la lactancia materna es temprano (en las primeras 24 horas después del nacimiento) y que el promedio de duración de lactancia materna es de 11 meses, más prolongada que en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, el problema radica en la falta de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la introducción temprana de otros alimentos complementarios.

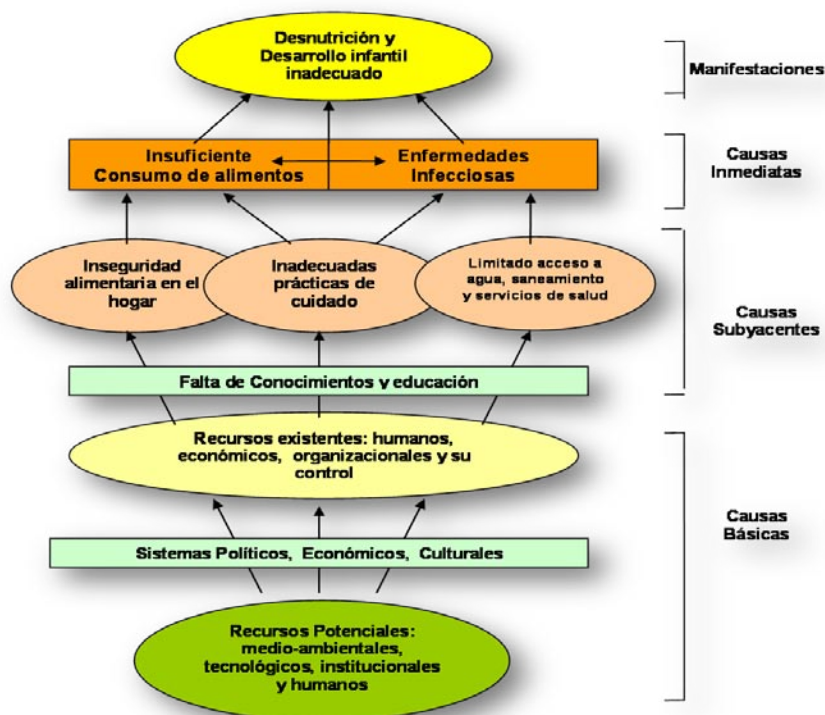
Con relación a la alimentación complementaria se han identificado varios problemas: más de la mitad de los niños y niñas recibe su alimentación en forma extemporánea, (antes o después de los 6 meses la edad), en promedio una comida menos a lo establecido en la norma nacional, la que es muy poco diversificada (basada en sopas, pan, té y cereales), haciendo que su alimentación resulte insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales en macro y micronutrientes, iniciándose de esta manera un déficit nutricional reflejado en la temprana aparición de desnutrición crónica.

La enfermedad diarreica tiene una alta prevalencia (38,2%) y su comportamiento es similar al de la desnutrición crónica. La prevalencia y la duración de los episodios diarreicos se incrementan a medida que se incrementa la vulnerabilidad habiendo un 8% de diferencia entre los municipios más vulnerables (4-5) con relación a los menos vulnerables (1). Algunos determinantes como la ausencia de agua, saneamiento y luz eléctrica en la vivienda, influyen directamente en el incremento de la prevalencia. Si bien en el país se ha incrementado la proporción de familias que disponen de agua por cañería, se debe poner mayor atención en vigilar la calidad del agua y especialmente acompañar este servicio con el saneamiento y disposición final de excretas (baño y letrina), factores con mayor influencia en la prevalencia de diarrea.

Entre las determinantes inmediatas de la desnutrición se encuentran el insuficiente e inadecuado consumo de alimentos y las enfermedades infecciosas (principalmente diarrea). Como causas subyacentes se consideran, la inseguridad alimentaria en el hogar, debido a la limitada disponibilidad y al limitado acceso físico y económico de los hogares a los alimentos. Influyen también el bajo nivel de educación e información, especialmente de las madres y la falta de acceso a agua potable y saneamiento, vinculados a prácticas inapropiadas de cuidado, alimentación e higiene.

Todas estas causas resultan de la influencia de factores estructurales del entorno macroeconómico adverso y reproducen un círculo vicioso de desnutrición y pobreza que se inicia en el vientre de las madres mal alimentadas o desnutridas, que dan a luz niños con bajo peso y alto riesgo de desnutrición y muerte. El esquema siguiente, presenta el marco conceptual de la desnutrición basado en determinantes, que muestran la relación entre causas básicas (estructurales), subyacentes, e inmediatas que provocan la desnutrición.

Fig.3 Marco Conceptual de la Desnutrición³



Es importante, conjuntamente la decisión política, el reconocimiento de la multicausalidad del problema y, que se haya adoptado un marco conceptual que justifica y favorece la acción intersectorial, que ha llevado a que se desarrollen en los países políticas públicas con esa visión y se busque además la sostenibilidad de las mismas, reconociendo el factor multiplicador favorable en todas las esferas que puede representar su éxito.

En el momento presente no se concibe la ejecución de ninguna intervención, sino está reconocida, mejor aún institucionalizada y apoyada la participación de la sociedad civil organizada en todos los niveles, como mecanismo de control de la ejecución pero sobretodo de la efectividad y de ser posible de la eficiencia de las acciones.

Es imperativo el desarrollo de estrategias de sensibilización, como de comunicación social, enfatizando en educación sanitaria y nutricional, no solo sumar lo que se viene haciendo en otros países, sino diseñar una estrategia multisectorial, constituyendo en un gran desafío, la interculturalidad, como respeto al derecho de ser diferentes, coincidiendo en la necesidad de que no hayan más niños desnutridos ni sus causas.

Paralelamente debe fortalecerse o asegurarse la seguridad alimentaria familiar y de las comunidades, promover la producción de alimentos locales, diversificación, acceso a mercados, cuidando de no restringir al ciudadano pobre del área rural la producción de alimentos para su consumo, cumpliendo con el derecho humano a la alimentación adecuada.

³ Promovido por UNICEF.

1.1 Diagnóstico de la Situación Alimentaria en Bolivia

En Bolivia, la pobreza rural es más marcada en el altiplano y los valles, aunque los pueblos indígenas de las tierras bajas están también entre los más pobres. Se ha identificado que cerca de 7.000 organizaciones comunitarias son vulnerables a la inseguridad alimentaria, representando el 16% de la población total del país⁴. En el año 2005, el 60% de los bolivianos vivían en pobreza, lo que corresponde aproximadamente a 5,6 millones de personas, y un 37% en pobreza extrema, representando a 3.4 millones de personas⁵. Así, la pobreza extrema se refleja en el consumo insuficiente e inadecuado de alimentos, la lactancia materna limitada y la inadecuada alimentación complementaria, que aumentan el riesgo de desnutrición en la población rural.

La contribución del sector agropecuario a la economía nacional es importante, situándose en alrededor del 15,8%. En ese contexto, la agricultura contribuye de manera significativa a la provisión de alimentos y la generación de ingresos y empleo vinculada a la producción agropecuaria. No obstante, esta contribución ha tendido a disminuir lentamente en el tiempo, porque el patrón de crecimiento económico implementado en el pasado, ha favorecido actividades primario exportadoras y relegado a la agricultura campesina y comunitaria.

Esta disminución se debe también a la crisis de los sistemas agropecuarios de las comunidades campesinas e indígenas debido a la confiscación de sus mejores tierras a la sobreexplotación de sus recursos, a la excesiva parcelación de la tierra, a políticas agrarias discriminatorias de la economía campesina e indígena, al agotamiento del modelo basado en el acceso a múltiples pisos ecológicos y al cambio climático, entre los factores más importantes. Como consecuencia, regiones que en décadas pasadas tenían una importante producción agropecuaria se han convertido paradójicamente en regiones con la mayor pobreza extrema del país⁶.

Ese patrón económico como consecuencia, desvalorizó el rol de los productores de alimentos y ha impulsado el significativo crecimiento de las superficies cultivadas y la producción de los productores agropecuarios medianos y grandes, o de la agricultura empresarial de las tierras bajas, orientada a los mercados de exportación, que constata con el relativo estancamiento de la agricultura campesina y comunitaria del altiplano y los valles.

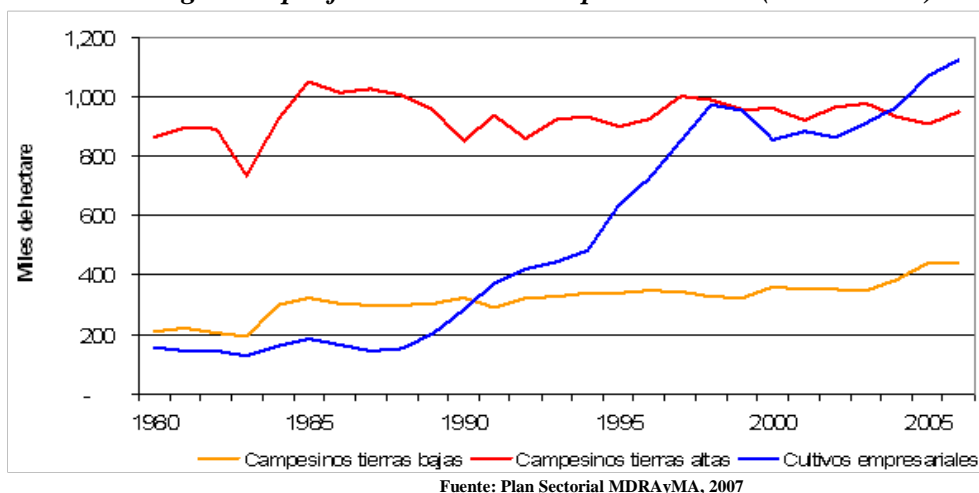
El valor bruto de la producción agropecuaria empresarial, ha subido de 17% respecto al total entre 1960-63 al 60% entre 2000 y 2002. Las superficies cultivadas de los campesinos de las tierras altas se han estancado históricamente constituyendo aproximadamente un millón de hectáreas, mientras que las superficies cultivadas por los campesinos de las tierras bajas se han incrementado hasta alcanzar cerca de 400.000 hectáreas. Sin embargo, las superficies cultivadas del conjunto de los pequeños productores se han reducido de 87% al 58% respecto al total en el período entre 1980 al 2004. Por otra parte, las superficies de cultivos empresariales en las tierras bajas han crecido de 158.000 hectáreas a más de un millón de hectáreas.

⁴ De acuerdo a datos del Mapa de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria por Organización Comunitaria. PMA, Comisión Europea, MDS-UPE, FAO y MACIA. La Paz, Bolivia. 2003.

⁵ De acuerdo a datos procesados por el Banco Mundial y presentados en los avances del estudio: Bolivia Protección Social (Mayo de 2007). Asimismo, se destaca que el año 2005 la línea de pobreza era de Bs. 336 persona/mes y la de pobreza extrema correspondía a Bs. 184 persona/mes.

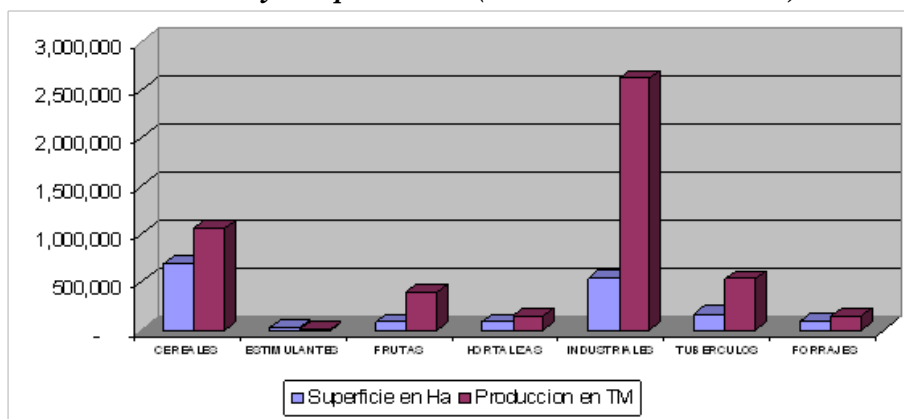
⁶ Plan Sectorial del Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente (MDRAyMA). Revolución Rural, Agraria y Forestal, Nov. 2007

Fig.4 Superficies Cultivadas por Actores (1980-2007)



Si bien las superficies cultivadas de los pequeños productores del occidente y oriente del país están destinadas a la producción de alimentos para el consumo de la población (cereales, frutas, tubérculos, y hortalizas), la mayor parte de los cultivos industriales son producidos por la agricultura empresarial. Del total del área cultivada en el oriente, las mayores superficies (aproximadamente entre el 60 al 70%) están destinadas a la producción de productos industriales de exportación.

Fig.5 Superficies Cultivadas y Producción en la Agricultura Familiar y Empresarial (Promedio 1980-2007)



De este modo, la agricultura familiar continúa con su rol de proveedora de alimentos, pese al éxodo rural que se origina principalmente en las áreas de agricultura tradicional más deprimidas donde se han producido procesos de erosión importante de los recursos productivos, se han debilitado las estructuras organizativas e instituciones locales, y la agricultura está atravesando una importante crisis de productividad. Una buena parte de esas migraciones se dirigen a las tierras bajas, aunque en mayor medida a las ciudades.

El problema es que las ciudades no pueden emplear productivamente a esa población y las migraciones alimentan un grupo de población flotante desempleada, o precariamente empleada que no tiene otra opción que mantener sus relaciones con el campo. Otros optan por la búsqueda de tierras en zonas de

presión de la colonización, lo que en algunos casos lleva a estrategias campesinas familiares de ocupación de múltiples parcelas en una variedad de pisos ecológicos. No obstante, pese a las dificultades que conlleva la migración para esas poblaciones, los colonos establecidos en zonas tropicales o subtropicales consiguen mejor calidad de vida en comparación con sus zonas de origen.

El consumo de alimentos en Bolivia, se concentra en pocos productos. En las ciudades intermedias del área rural por ejemplo, el consumo de trigo y derivados representa el 16% del total, la papa y tubérculos el 14%; el arroz el 4.9%, las carnes el 6,49%; mientras que el consumo de huevos, leche y derivados sólo alcanza al 0,74% y 1,9% respectivamente. Esa tendencia también se da en ciudades como Potosí, donde el consumo de papa y trigo (en forma de pan, fideos, harina, galletas y otros) representa el 18,7 y el 16,6% respectivamente, mientras el consumo de leche y derivados el 0,76%. El 50,1% del total de los municipios del país (166) son altamente vulnerables a la inseguridad alimentaria y concentran el 19% de la población que vive en condiciones adversas enfrentando no solo sequías y heladas sino también el agotamiento y degradación de sus tierras, la carencia de agua de riego, falta de créditos, semillas y asistencia técnica, inaccesibilidad a los mercados por la carencia de vías de comunicación, la desleal competencia de los productos extranjeros subsidiados y dificultades para acceder a servicios de salud y educación entre otros⁷.

1.2 Relación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMD-C), con el Plan Nacional de Desarrollo (PND)

Para poder comprender el alcance de lucha contra la pobreza, el antecedente inmediato de la nueva Política de Desarrollo Nacional está basada en un proceso de cambios estructurales económicos, políticos, sociales y culturales. El Gobierno Nacional ha decidido poner en práctica el Plan Nacional de Desarrollo, el cual da inicio a la construcción de una nueva sociedad y del Estado plurinacional y comunitario. En este proceso de construcción prevalece lo comunitario, la reciprocidad, la relación armónica hombre/mujer con la naturaleza y la visión holística de la realidad⁸.

La transformación del país en el largo plazo, configura una Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática, para que todos los bolivianos y bolivianas “vivamos bien”, este cambio se realizará con la implementación de 4 estrategias nacionales:

1. **Estrategia Socio-Comunitaria: Bolivia Digna**, cuyo objetivo es la erradicación de la pobreza y la inequidad, de manera de lograr un patrón equitativo de distribución y/o redistribución de ingresos, riqueza y oportunidades. Está conformada por los sectores generadores de **activos y condiciones sociales**; y por la política, estrategias y programas intersectoriales de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario.
2. **Estrategia de Relacionamento Internacional: Bolivia Soberana**, que contribuirá a constituir al Estado en un actor internacional, soberano, auto determinado, con identidad propia, mediante una política exterior que oriente la acción política y diplomática con presencia de los pueblos y defensa sostenible de los recursos naturales y de la biodiversidad. Está conformada por los sectores de Relaciones Exteriores y Relaciones Económicas Internacionales.
3. **Estrategia Económica: Bolivia Productiva**, orientada hacia la transformación, el cambio integrado y diversificación de la matriz productiva, logrando el desarrollo de los complejos productivos integrales, y generando excedentes, ingreso y empleo con la finalidad de cambiar el

⁷ PMA/FAO/SINSAAT/MDSP, 2002

⁸ Plan Nacional de Desarrollo: “Bolivia Digna, Productiva, Soberana y Democrática para Vivir Bien”, Ministerio de Planificación, 2006.

patrón primario exportador excluyente. Está conformada por los sectores: estratégicos generadores de excedentes y los sectores generadores de empleo e ingreso. De manera transversal se encuentran los sectores de infraestructura para el desarrollo productivo y de apoyo a la producción.

4. **Estrategia del Poder Social: Bolivia Democrática**, su objetivo es construir una sociedad y Estado plurinacional y socio-comunitario, donde el pueblo ejerza el poder social y comunitario y sea corresponsable de las decisiones sobre su propio desarrollo y del país. Está constituido por los sectores orientados a lograr una mejor gestión gubernamental, transparencia y construir del poder social comunitario.

Así, las estrategias nacionales: “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática”, desde la visión holística de la propuesta, están orientadas a conseguir el Vivir Bien en comunidad. Dentro la Estrategia Socio-Comunitaria “Bolivia Digna”, se establece la política estratégica de Protección Social y Desarrollo Comunitario, a través de la cual se busca atacar y erradicar la desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años.

2 Justificación

La situación nutricional en Bolivia sigue siendo crítica, pocos son los avances en este campo a pesar de los esfuerzos que se vienen desarrollando. Es conocido el hecho de que los logros en materia de nutrición requieren de acciones sostenidas que ataquen fundamentalmente la pobreza y a sus causas determinantes, los resultados no pueden apreciarse en el muy corto plazo y se requiere por ello mismo acciones de seguimiento y monitoreo constantes usando otros indicadores que muestren el desarrollo de las acciones sobre todo desde la comunidad, desde los centros de salud rurales y otros referidos a la seguridad alimentaria.

La desnutrición en todas sus formas, incluidas las carencias de micronutrientes compromete seriamente la eficacia de otras intervenciones médicas, sociales y económicas, debido a su repercusión directa sobre el sistema inmunitario y el mayor riesgo de enfermedades, discapacidad y muerte. El peso inferior al normal y el retraso del crecimiento lineal, son los principales factores determinantes de la mortalidad en los niños y los adolescentes, así como también puede tener repercusión en la etapa adulta el bajo peso al nacer, donde se puede ver afectado además del sistema inmunológico, otros como el cardiovascular y el endocrino metabólico, manifestados por enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial.

Lo anterior determina un círculo vicioso que profundiza la pobreza y la exclusión social y condena al país al subdesarrollo para las siguientes generaciones. El control y la erradicación de este problema son requisitos básicos de cualquier plan de desarrollo, mas aun en las actuales circunstancias en las que se pretende atender y rectificar las deudas históricas que el país tiene con una parte de su población.

La erradicación de la desnutrición es una meta ineludible del Gobierno, del estado boliviano y de su población, que debe ser llevada adelante para responder de manera concreta tanto al daño encontrado como a las determinantes que lo ocasionan dentro del marco de soberanía nacional y sustentabilidad financiera, es por ello que se propone un programa de interacción multisectorial donde cada uno de los sectores aporta con las competencias reconocidas, proponiendo acciones a ser desarrolladas en los ámbitos, nacional, departamental y municipal, con participación de la sociedad civil y la comunidad.

Las acciones están dirigidas a que la población valore su salud y nutrición, priorizando el bienestar de la familia y la comunidad, sobretodo de los miembros más vulnerables, que en este caso son los niños y niñas menores de dos años, edad en la cual los daños causados por la falta de una nutrición y

alimentación adecuadas se tornan irreversibles, lo que significa para Bolivia, que cada dos años, 120.000 futuros ciudadanos engrosarían la población disminuida en sus potenciales de desarrollo pleno, con menores posibilidades de lograr una educación adecuada, trabajo satisfactorio y con disminución de su calidad de vida debido a la alta propensión de contraer enfermedades crónicas no transmisibles.

El desarrollo de un programa multisectorial es la única alternativa que tiene el país de responder con seriedad a una problemática que se arrastra desde varias generaciones y cuya permanencia condena de manera permanente a un número importante de bolivianos en sus posibilidades de vivir bien con su familia y su comunidad.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

- Erradicar la desnutrición en menores de cinco con énfasis en menores de dos años mediante acciones multisectoriales.

3.2 Objetivos específicos

- Ampliar el acceso de la población a servicios de salud, nutrición, educación, agua potable y saneamiento, fortaleciendo los activos sociales.
- Contribuir a la disponibilidad, acceso y uso de suficientes alimentos nutritivos, para reducir la desnutrición, a través del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.
- Mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- Contribuir a la realización del Derecho Humano a una Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales.

4 Resultados esperados

Los resultados esperados, resultan de la implementación coordinada de un conjunto de actividades estratégicas. El reto del PMD-C, es lograr que estos resultados sean una realidad, los mismos que en conjunto deberán mostrar el impacto esperado que es erradicar la desnutrición infantil.

1. Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 5 años, son atendidos con calidad y en forma oportuna por los establecimientos de salud del sistema público, bajo el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural.
2. Mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, niñas y niños menores de 5 años, reciben y consumen los principales micronutrientes para evitar su deficiencia y enfermedades carenciales prevalentes.
3. Los miembros de la familia, saben leer y escribir y conocen los beneficios de una alimentación adecuada.
4. Las familias cuentan con agua segura y saneamiento básico.
5. Las familias consumen una dieta diversificada con alimentos de calidad provenientes de su producción agropecuaria.
6. Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, consumen una alimentación variada, nutritiva, oportuna e higiénicamente elaborada.

7. Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, reciben un cuidado adecuado por parte de la familia y la comunidad.
8. El marco normativo y legal para la realización del DHAA es conocido y complementado por instituciones públicas y organizaciones sociales.
9. Se ha fortalecido la articulación interinstitucional para la implementación de acciones multisectoriales del PMD-C.
10. El PMD-C, ha logrado el consenso a nivel nacional para ser propuesto como Ley de la República, orientada a erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años y garantizar su sostenibilidad.
11. Se ha apoyado a la implementación de la Política Nacional de Desarrollo Infantil Integral con enfoque de género e interculturalidad, en corresponsabilidad con los gobiernos departamentales, municipales, padres de familia y comunidad.
12. Se ha contribuido a la implementación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar con un enfoque multisectorial y su reglamentación a nivel nacional.
13. Se ha elaborado el Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

5 Actividades estratégicas del PMD-C

El PMD-C, propone la implementación de 4 componentes orientados a abordar los factores claves determinantes de la desnutrición. Los primeros 3 componentes, están enfocados a fortalecer los activos sociales y productivos, ampliando el acceso a servicios de salud, nutrición, educación, agua y saneamiento, así como la disponibilidad de alimentos; mejorando los hábitos de consumo y alimentación, y las prácticas de cuidado de la salud de los niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y finalmente; contribuyendo a la realización del DHAA, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales.

Componente N°1. Fortalecimiento de los activos sociales y productivos.

R1. Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 5 años, son atendidos con calidad y en forma oportuna por los establecimientos de salud del sistema público, bajo el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural.

Actividades estratégicas:

- Fortalecimiento de la capacidad institucional de los establecimientos de salud del sistema público para la atención en salud y nutrición a la población objetivo (niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia).
- Capacitación al personal de salud en la atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia con enfoque nutricional (AIEPI – NUT) clínico y comunitario y seguimiento a su aplicación.
- Sensibilización al personal de salud sobre las diferencias culturales, hábitos y preferencias de la población de su área de influencia.
- Implementación de los sistemas de vigilancia nutricional, institucional y comunitaria.
- Implementación de Unidades Nutricionales Integrales, UNI, con enfoque preventivo promocional.
- Coordinación con entidades formadoras de recursos humanos, para la realización de cursos de postgrado en nutrición dirigidos a profesionales y técnicos en salud.

R2. Mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, niñas y niños menores de 5 años, reciben y consumen los principales micronutrientes para evitar su deficiencia y enfermedades carenciales prevalentes.

Actividades estratégicas:

- Provisión de suplementos de micronutrientes a niñas y niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y lactantes, en los establecimientos de salud (chispitas nutricionales, sulfato ferroso, vitamina A y zinc).
- Distribución de un alimento complementario fortificado (NUTRIBEBE) a niños/as de 6 a 23 meses, por los gobiernos municipales.
- Distribución de un alimento complementario a mujeres embarazadas y en período de lactancia con desnutrición, a través del SUMI.
- Promoción del consumo de alimentos fortificados en la población.
- Control de calidad de los alimentos fortificados (harina de trigo, aceite vegetal, sal, leche, api y otros).
- Promover la producción y consumo de alimentos complementarios y suplementos locales.

R.3. Los miembros de la familia, saben leer y escribir y conocen los beneficios de una alimentación adecuada

Actividades estratégicas:

- Alfabetización y post alfabetización de la población adulta, priorizando mujeres en edad fértil.
- Inclusión de contenidos de alimentación, nutrición y derechos en la currícula de post alfabetización y en los diferentes niveles de educación formal.
- Implementación de la currícula escolar con contenidos de alimentación, nutrición y derechos apropiados para cada región.
- Elaboración de material de difusión integral en diferentes idiomas y capacitación para su uso adecuado.

R.4. Las familias cuentan con agua segura y saneamiento básico

Actividades estratégicas:

- Construcción y mejoramiento de infraestructura en agua segura y saneamiento de manera integral.
- Implementación del Desarrollo Comunitario a través de la capacitación y asistencia técnica en la operación, mantenimiento, administración, educación sanitaria e higiene de los sistemas de agua y saneamiento para la sostenibilidad del mismo en las etapas de preinversión, inversión y postinversión.
- Fortalecimiento Institucional de las EPSA (Entidad Prestadora de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario).

R.5. Las familias consumen una dieta diversificada con alimentos de calidad provenientes de su producción agropecuaria.

Actividades estratégicas:

- Promoción y fomento de la producción de alimentos locales de alto valor nutritivo.
- Apoyo a la producción agropecuaria y agroforestal de alimentos destinados al consumo familiar.
- Manejo, conservación y recuperación de suelos.
- Construcción y mejoramiento de sistemas de microriego.
- Construcción y mejoramiento de infraestructura básica de producción, almacenamiento y transformación de alimentos.
- Capacitación y asistencia técnica en producción agropecuaria y agroforestal; manejo y operación de sistemas de microriego; conservación, transformación, consumo y uso de alimentos.
- Promoción y apoyo a la comercialización de los excedentes de la producción familiar en los mercados locales y regionales.

Componente N° 2. Establecimiento del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

R.1 Se ha elaborado el Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

Actividades estratégicas:

- Establecimiento de la mesa de Seguridad y Soberanía Alimentaria en el marco del CONAN
- Identificación de rubros agropecuarios alimenticios para la seguridad alimentaria y nutricional por región.
- Elaboración del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.
- Formulación de Proyectos Estratégicos de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Componente N° 3. Mejoramiento de los hábitos de alimentación y prácticas de cuidado de la salud.

R.1. Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, consumen una alimentación variada, nutritiva, oportuna e higiénicamente elaborada.

Actividades estratégicas:

- Fomento a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y prolongada hasta los dos años e inicio oportuno de una alimentación complementaria adecuada.
- Educación y capacitación sobre hábitos alimentarios adecuados y de preparación y consumo de alimentos de alto valor nutritivo.
- Promoción del consumo de productos locales de alto valor nutritivo.
- Promoción en la familia y la comunidad sobre hábitos higiénicos personales y en la preparación de alimentos, priorizando el lavado de manos.
- Promoción y dotación de cocinas ecológicas para el uso eficiente de energía.

R.2. Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, reciben un cuidado adecuado por parte de la familia y la comunidad.

Actividades estratégicas:

- Promoción y educación sobre prácticas saludables de alimentación y cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.
- Revalorización de prácticas adecuadas de cuidado de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.

Componente N° 4. Establecimiento del marco normativo-legal y articulación interinstitucional.

R.1. El marco normativo y legal para la realización del DHAA es conocido y complementado por instituciones públicas y organizaciones sociales.

Actividades estratégicas:

- Socialización del Decreto Supremo sobre el DHAA, SOBAL y SAN que establece como órganos rectores y de coordinación interinstitucional en la temática de alimentación y nutrición al CONAN y a los CODAN y COMAN.
- Elaboración de normas complementarias al Decreto Supremo sobre el DHAA, SOBAL y SAN, para apoyar el funcionamiento regular del CONAN, los CODAN y COMAN.
- Promoción del respeto, protección y facilitación del Derecho Humano a una Alimentación Adecuada por el CONAN, los CODAN y COMAN.
- Capacitación a funcionarios públicos, organizaciones sociales y otros actores de la sociedad civil sobre seguridad alimentaria nutricional y DHAA.

R.2. Se ha fortalecido la articulación interinstitucional para la implementación de acciones multisectoriales del PMD-C.

Actividades estratégicas:

- Fortalecimiento y Asistencia Técnica a los CODAN y COMAN para apoyar la implementación a nivel departamental y municipal de las políticas referidas a la Seguridad Alimentaria Nutricional y en particular las estrategias del PMD-C.
- Generación de espacios de coordinación y articulación entre instituciones públicas y privadas, para promover la inclusión de proyectos y actividades relacionadas al PMD-C y al DHAA en las programaciones operativas anuales de ministerios, prefecturas y municipios.
- Diseño e implementación de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del PMD-C a nivel nacional, departamental y municipal.
- Elaboración de estudios e investigaciones referidos a seguridad alimentaria nutricional y DHAA.

R.3. El PMD-C, ha logrado el consenso a nivel nacional para ser propuesto como Ley de la República, orientada a erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años y garantizar su sostenibilidad.

Actividades estratégicas:

- Elaboración del Anteproyecto de Ley de Erradicación de la Desnutrición.
- Socialización y validación del Anteproyecto de Ley de Erradicación de la Desnutrición, con organizaciones sociales, instituciones públicas y sociedad civil en general.
- Gestión ante las instancias correspondientes para la elevación del PMD-C a rango de Ley de la República.
- Elaboración de la reglamentación de la Ley de Erradicación de la Desnutrición
- Difusión de la Ley de Erradicación de la Desnutrición y de la reglamentación correspondiente.
- Promoción de la exigibilidad de la aplicación de la Ley erradicación de la desnutrición a nivel nacional.

R.4. Se ha apoyado a la implementación de la Política Nacional de Desarrollo Infantil Integral con enfoque de género e interculturalidad, en corresponsabilidad con los gobiernos departamentales, municipales, padres de familia y comunidad.

Actividades estratégicas:

- Ajuste y socialización de la Política de Desarrollo Infantil Integral (PDII), para contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo de niños y niñas menores de seis años en áreas rurales y/o urbano marginales.
- Elaboración de la estrategia de implementación e intervención de la PDII.
- Impulsar la elaboración de reformas jurídicas, reglamentarias e institucionales que se requieran para instrumentar y ejecutar la Política Nacional de Desarrollo Infantil Integral.
- Seguimiento al cumplimiento de la normativa vigente relacionada a la prestación de servicios por parte de las prefecturas a través de los servicios departamentales de gestión social y de los municipios.
- Promoción de la atención integral⁹ eficiente de niños y niñas menores de 6 años que asisten a los centros PAN con la participación de la familia y la comunidad.
- Elaboración de un Plan de capacitación al personal de los centros PAN, sobre derechos, alimentación y nutrición, detección precoz y vigilancia de niños y niñas desnutridos.
- Diseño e implementación de un sub-sistema de información nacional, departamental y municipal del funcionamiento de los centros infantiles que atienden a niños, niñas menores de 6 años.
- Elaboración de los protocolos de atención en salud, educación y derechos orientados a los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes, respetando los valores culturales de cada región.

⁹ Que comprende estimulación temprana, alimentación, salud y protección.

R.5 Se ha contribuido a la implementación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar con un enfoque multisectorial y su reglamentación a nivel nacional.

Actividades estratégicas:

- Gestión ante las instancias correspondientes para la aprobación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar.
- Elaboración de la reglamentación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar y los mecanismos de exigibilidad.
- Socialización y validación de la reglamentación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar con organizaciones sociales, instituciones públicas y sociedad civil en general.
- Difusión de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar y de la reglamentación correspondiente.
- Seguimiento a la aplicación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar a nivel nacional.

6 Estrategia Comunicacional Integral del PMD-C

El diseño e implementación de una Estrategia de Comunicación son básicos en cualquier programa social y, especialmente, en un programa como el PMD-C, que requiere de una amplia difusión dirigida a tomadores de decisiones, actores del Programa de las diferentes instituciones estatales y no estatales a nivel local, departamental y nacional, personal de servicios de educación y salud, padres de familia, comunidad, así como agencias de cooperación nacional e internacional, a fin de desarrollar cambios hacia hábitos que favorezcan el cuidado integral, alimentación y nutrición de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y lactantes.

Las principales líneas de acción de la estrategia serán:

1. Información, capacitación y sensibilización
2. Desarrollo y fortalecimiento de capacidades
3. Movilización ciudadana
4. Abogacía

La implementación de las líneas de acción precedentes, está orientada a:

- Promover la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables en las familias, orientados a mejorar la salud y la calidad de vida.
- Promover actitudes, conocimientos y prácticas comunitarias adecuadas con la alimentación, nutrición y derechos.
- Promover la reducción de las deficiencias de micronutrientes que afectan a niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.
- Promover el abastecimiento de agua segura y saneamiento básico a nivel familiar y comunal.
- Promover el mejoramiento de los sistemas productivos y de alimentación adecuada e ingresos económicos a las familias
- Promover la implementación de acciones participativas a nivel municipal que contribuyan a la reducción de la desnutrición crónica
- Promover el conocimiento, el análisis y la reflexión de la importancia de reconocer el problema de la desnutrición crónica en Bolivia a través de la participación de la sociedad civil, el sector

privado, las organizaciones no gubernamentales y la Cooperación Internacional, involucrada en este campo de acción.

7 Monitoreo y Evaluación del PMD-C

El sistema de monitoreo y evaluación del PMD-C, servirá para hacer el seguimiento a las actividades planificadas, la verificación del cumplimiento de las metas programadas, la comprobación de la coherencia entre la ejecución física y financiera, la detección de problemas y/o cuellos de botella en procesos y procedimientos implementados, así como la adopción de medidas correctivas en casos necesarios.

Principales indicadores del PMD-C

Con la finalidad de medir el indicador de impacto del programa referido a la erradicación de la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años con énfasis en menores de 2, se han identificado los indicadores más relevantes que se muestran a continuación:

Indicadores de Impacto

- Prevalencia de desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años, a nivel nacional.
- Prevalencia de desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años, a nivel nacional y de municipios 4 y 5.
- Prevalencia de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años, a nivel nacional.
- Prevalencia de anemia en niños/as de 6 a 59 meses, a nivel nacional.
- Prevalencia de desnutrición en embarazadas, a nivel nacional.
- Prevalencia de anemia en mujeres fértiles a nivel nacional.

Indicadores de Resultados

- Porcentaje de niños de 6-24 meses que tuvieron episodios de diarrea y enfermedades infecciosas las últimas 2 semanas.
- Porcentaje de niños y niñas de 0-6 meses con lactancia materna exclusiva.
- Porcentaje de niños y niñas de 6-24 meses que reciben alimentación complementaria (Nutribebé)
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben alimentación complementaria y control prenatal.
- Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años, que reciben y consumen suplementos de micronutrientes (chispitas nutricionales, sulfato ferroso, Vitamina A y Zinc).
- Tasa de analfabetismo, priorizando mujeres en edad fértil (15 a 49 años).
- Porcentaje de hogares con acceso agua segura.
- Porcentaje de hogares con acceso a saneamiento básico.
- Dieta de niños menores de 5 años (adecuadas en calorías, proteínas de alta calidad y micronutrientes), conteniendo alimentos de origen animal.
- Variedad alimenticia (mayor consumo de productos animales y de otros alimentos ricos en nutrientes).
- Porcentaje de la producción familiar destinada al autoconsumo.
- Porcentaje de familias que tienen acceso a riego.
- Porcentaje de familias con acceso a infraestructura de almacenamiento y/o transformación de alimentos.

- Porcentaje de familias capacitadas en producción agropecuaria y agroforestal, manejo y operación de sistemas de microriego, conservación y transformación de alimentos, etc.
- Porcentaje de familias con acceso a fogones mejorados.
- Porcentaje de municipios donde se realizó la promoción y apoyo a la comercialización de los excedentes de la producción.

Indicadores de Proceso

- Porcentaje de establecimientos de salud en los que ha sido fortalecida su capacidad institucional (equipamiento, recursos humanos, etc.)
- Cantidad de recursos humanos del área de salud capacitados y sensibilizados en la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque nutricional (AIEPI-NUT) y diferencias culturales, hábitos y preferencias de la población.
- Número de Unidades de Nutrición Integral implementadas y funcionando.
- Número de Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) implementados y funcionando.
- Número de municipios que compran el alimento complementario “NUTRIBEBE”
- Número de Comités Locales de Agua y Saneamiento conformados y funcionando.
- Número de sistemas de microriego, agua segura y saneamiento básico construidos.
- Área incremental de la superficie bajo riego.
- Área incremental de la superficie con manejo y conservación de suelos.

El impacto en el mediano plazo (cinco años) será cuantificado por una encuesta a nivel nacional, usando como referencia el estudio de Línea de Base, el cual será reforzado con información secundaria de los diferentes sectores que son parte de esta estrategia multisectorial. También se ha previsto utilizar los sistemas de monitoreo y evaluación de los diferentes Ministerios que conforman el CONAN, a fin de monitorear y evaluar las actividades e intervenciones de dichos sectores.

8 Estrategia de implementación del PMD-C

El PMD-C, plantea la erradicación de la desnutrición infantil, a través de la implementación de intervenciones integrales que enfrenten todas las causas de la desnutrición, articulando en el ámbito municipal, inversiones de diversos sectores e instituciones, orientadas a mejorar el acceso a salud, al agua potable, saneamiento, educación, mejoramiento de la producción agropecuaria, microriego, entre otras.

La estrategia contempla la introducción de la temática de la desnutrición en las agendas de los ministerios, prefecturas y municipios. La expansión de las intervenciones multisectoriales del PMD-C, requiere del apoyo de instituciones de cooperación, nacionales e internacionales, así como la articulación a nivel operativo de diversas entidades: Prefecturas, municipios, escuelas, centros PAN, establecimientos de salud, equipos móviles de salud (área rural dispersa), autoridades locales de salud, redes comunitarias, Entidades Prestadoras de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario, Defensorías de la Niñez y otras Organizaciones Sociales. Las redes sociales existentes en el nivel local, serán las responsables de garantizar el ejercicio del derecho a la alimentación de la población.

La estrategia implica la articulación de la oferta programática y presupuestal de las entidades involucradas (Ministerios, prefecturas, municipios), aprovechando sus propias capacidades y potencialidades; así como de sus herramientas operativas, conocimientos y prácticas innovadoras para el diseño y ejecución de acciones vinculadas a la lucha contra la desnutrición infantil. Para la implementación del programa, resulta clave formar equipos multidisciplinarios a todo nivel. Asimismo,

se plantea la coordinación estrecha con otras instituciones que realizan acciones contra la desnutrición a fin de lograr mayor eficiencia y evitar duplicidades.

Por lo tanto, se pretende movilizar a todo el país alrededor de este objetivo, que más allá de justo, es indispensable para alcanzar el desarrollo y un mejor futuro del país y tiene el potencial para convertirse en una causa común de todos los sectores y habitantes.

La multisectorialidad concebida como una estrategia que propicia el establecimiento de instancias para articular la gestión, la planificación, la negociación y la concertación de propuestas integrales, tendientes a atender la problemática de desnutrición en los niños, se convierte así, en un recurso de enorme importancia a la hora de abordar este problema, que tiene diferentes factores que la determinan y que requieren de un abordaje integral que resulte más costo efectivo.

La estrategia contempla un conjunto de programas y proyectos integrados para abordar los factores claves determinantes de la desnutrición. Estos programas y proyectos, están enfocados básicamente a ampliar el acceso de la población a los servicios de salud-nutrición, educación, agua y saneamiento, así como la disponibilidad de alimentos, fortaleciendo los activos sociales y productivos; el mejoramiento de los hábitos de alimentación y cuidado de la salud de los niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia y de esta manera, contribuir a la realización del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales.

Es importante a la vez, aclarar que no se trata de una estrategia de asistencia alimentaria o de apoyo con suplementos. El suministro de suplementos de micronutrientes, que ha sido ampliamente aplicado en Bolivia, no tiene eficacia para reducir la desnutrición crónica por sí solo; para ello, se requieren acciones complementarias que incrementen el acceso a los alimentos y a los servicios de salud, educación, agua potable y saneamiento e influyan en el comportamiento de la población, etc.

En resumen, la estrategia propuesta, pretende:

- Abordar las múltiples causas de la desnutrición crónica de un modo integrado.
- Enfocarse más en la prevención de la desnutrición que en la recuperación de los niños que ya la padecen.
- Orientarse a los municipios que presentan la prevalencia más alta de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.
- Implementarse de manera descentralizada para responder al máximo a las necesidades del ámbito local.
- Que las acciones sean monitoreadas constantemente y evaluadas regularmente, incorporando las lecciones aprendidas en el diseño de futuros programas y proyectos.

8.1 Marco Institucional del PMD-C.

El Gobierno Nacional, emitió el D.S 28667 el 5 de abril de 2006, para reposicionar al Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), que tiene el objetivo de impulsar y coordinar la participación entre las instituciones del sector público y sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Sectoriales de Alimentación y Nutrición, promoviendo la elaboración de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada al ejercicio del derecho humano a la alimentación adecuada y la erradicación de la desnutrición.

El CONAN, encabezado por el Presidente de la República está conformado por nueve Ministerios:

- Ministerio de la Presidencia
- Ministerio de Planificación del Desarrollo
- Ministerio de Hacienda
- Ministerio de Salud y Deportes
- Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente
- Ministerio de Educación y Culturas
- Ministerio de Producción y Microempresa
- Ministerio del Agua
- Ministerio de Justicia

Asimismo, son parte del CONAN, representantes de la sociedad civil y las Organizaciones Sociales. La Secretaría Técnica está a cargo del Ministerio de Salud y Deportes y de forma alterna el Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, que lideriza el trabajo del Comité Técnico del CONAN, conformado por delegados oficiales de los nueve ministerios.

Para alcanzar la meta “Desnutrición Cero”, las intervenciones se articularán en los tres niveles de gobierno; nacional, departamental y municipal.

El nivel nacional: El CONAN, se constituye en la instancia articuladora de los programas y proyectos de los 9 Ministerios que lo conforman, definiendo las alianzas estratégicas interministeriales para el trabajo coordinado de los programas y proyectos relacionados a la temática de alimentación y nutrición.

El nivel departamental: La instancia multisectorial es el Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición (**CODAN**), siendo su labor principal impulsar y coordinar a nivel departamental, la participación intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil para la implementación del Plan Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria Nutricional, así como los programas y proyectos relacionados con alimentación y nutrición.

Para efectos de la implementación del PMD-C, se considera importante contar con un(a) coordinador departamental de las actividades multisectoriales propuestas desde el CONAN para su ejecución a nivel municipal que además realice, el seguimiento y del avance de la implementación del Programa en el nivel departamental y municipal.

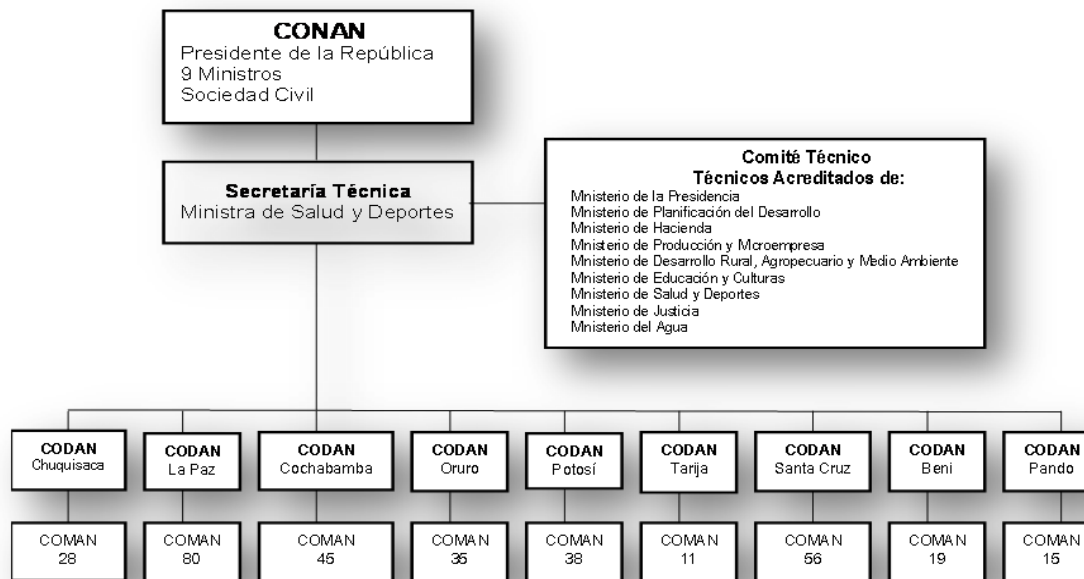
El nivel municipal/local: El contexto de trabajo operativo lo constituye el municipio a través del Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición (**COMAN**), comprendiendo una perspectiva incluyente de la diversidad de actores sociales que lo componen.

El COMAN será la instancia mínima de gestión de las acciones intersectoriales, presidida por el Alcalde Municipal y conformada por representantes de organizaciones sociales, civiles, instituciones públicas y privadas, iglesia, etc. Una de las principales atribuciones de los COMAN, será impulsar y coordinar la participación intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil del nivel municipal, para operativizar las acciones, optimizando los recursos de programas y proyectos, orientados hacia la meta del Programa.

Este nivel engloba todas las acciones que se realizan directamente con las comunidades y familias beneficiarias y que inciden directamente sobre el problema de la desnutrición infantil. A su vez, se divide en dos ámbitos; el territorial (municipal y local) y el familiar, en los cuales las acciones a desarrollar serán distintas. A nivel territorial se llevarán a cabo acciones de planificación, coordinación, fortalecimiento organizativo, capacitación y sensibilización, mientras que a nivel de hogar se

desarrollarán acciones concretas con las familias más vulnerables a la inseguridad alimentaria, referidas a incrementar la disponibilidad de alimentos, a mejorar su acceso a servicios de agua segura, saneamiento, educación, salud, etc.

Fig.6 Estructura del CONAN



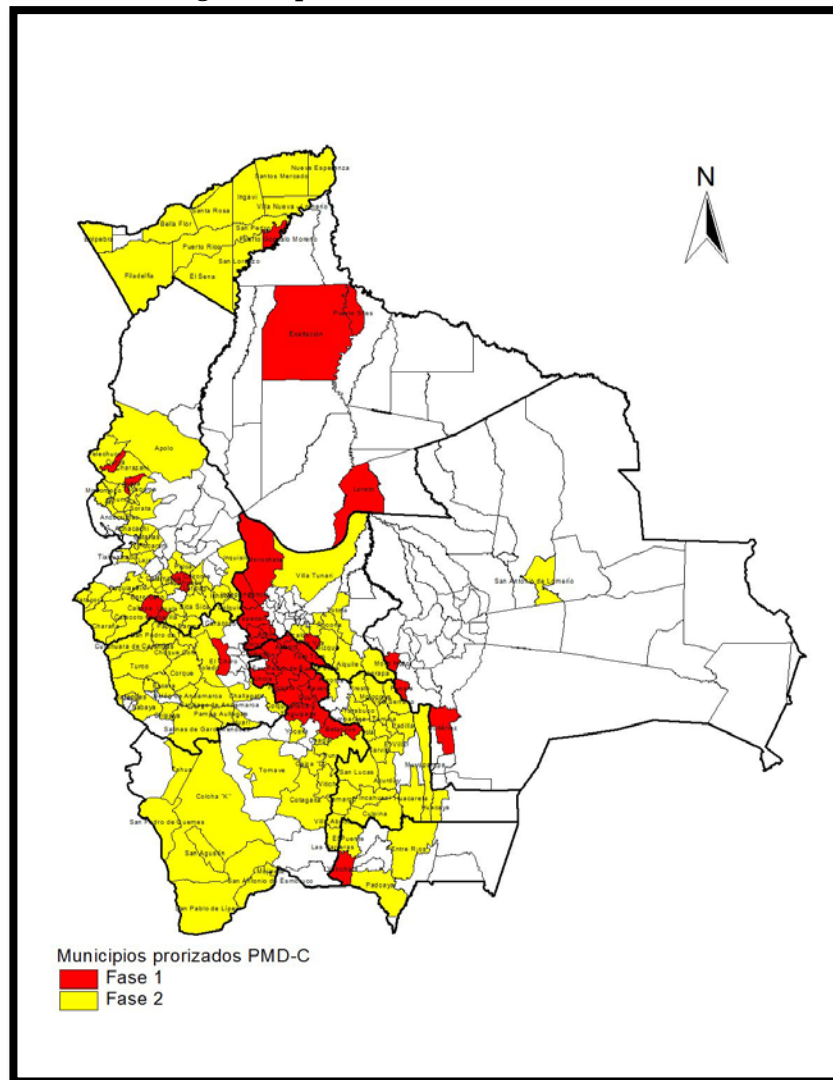
Los diferentes niveles promoverán la coordinación para la obtención de recursos, aplicación de normas, elaboración de los POA departamentales y municipales que tengan como meta la erradicación de la desnutrición.

8.2 Cobertura del PMD-C

El PMD-C tiene alcance nacional, sin embargo se han priorizado 166 municipios del país con alta y muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. La categorización de los municipios más vulnerables abarca, aproximadamente dos millones de habitantes, un 58% vive en extrema pobreza y de estos la gran mayoría presenta necesidades básicas insatisfechas¹⁰, con 8.540 comunidades dispersas que tienen en promedio una población de 212 personas por comunidad.

¹⁰ INE, 2001.

Fig.7 Mapa de Cobertura del PMD-C



La implementación del PMD-C, será iniciada en 52 municipios del país priorizados por su alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional. En la segunda fase se continuará con los 114 municipios vulnerables restantes.

9 Presupuesto

El Presupuesto multisectorial para erradicar la desnutrición en menores de cinco años cuenta con programas y proyectos sectoriales cuyo monto asciende a \$us. 666.096.698.

Cuadro 2. Presupuesto Programa Multisectorial Desnutrición Cero

PRESUPUESTO GENERAL SECTORIALIZADO							
Programa Multisectorial Desnutrición Cero - PMDC							
Gestión Fiscal 2007 - 2011							
(En Bolivianos)							
CATEGORIA PROGRAMÁTICA	DESCRIPCION	PRESUPUESTO					TOTAL PRESUPUESTO
		2007	2008	2009	2010	2011	
00 00 00 01	GASTOS DE ADMINISTRACION GENERAL DEL PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO - PMDC			0,00	0,00	0,00	0,00
				0,00	0,00	0,00	0,00
	INVERSION SECTORIAL DEL PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO - PMDC						
00 00 00 02	MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES		23.054.383,00	211.533.337,00	202.181.757,00	177.476.250,00	614.245.727,00
00 00 00 03	MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA		3.518.400,00	4.951.728,00	13.519.368,00	174.660,00	22.164.156,00
00 00 00 04	MINISTERIO DE DESARROLLO RURAL, AGROPECUARIA Y MEDIO AMBIENTE			782.061.932,00	552.845.790,00	52.915.320,00	1.387.823.042,00
00 00 00 05	MINISTERIO DEL AGUA		23.617.190,00	955.492.027,00	1.525.654.842,00	1.352.723,00	2.506.116.782,00
00 00 00 06	MINISTERIO DE PRODUCCION Y MICROEMPRESA			29.715.565,00	39.607.640,00	59.411.460,00	128.734.665,00
00 00 00 07	MINISTERIO DE JUSTICIA			1.029.000,00	15.000,00	13.000,00	1.057.000,00
00 00 00 08	MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA	114.000,00	114.600,00	117.100,00	198.300,00	188.700,00	732.700,00
00 00 00 09	MINISTERIO DE PLANIFICACION DEL DESARROLLO			432.860,00	721.720,00	648.240,00	1.802.820,00
TOTAL PRESUPUESTO GENERAL PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO - PMDC (EXPRESADO EN BOLIVIANOS)		114.000,00	50.304.573,00	1.985.333.549,00	2.334.744.417,00	292.180.353,00	4.662.676.892,00
TOTAL PRESUPUESTO GENERAL PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO - PMDC (EXPRESADO EN DOLARES AMERICANOS)		16.285,71	7.186.367,57	283.619.078,43	333.534.916,71	41.740.050,43	666.096.698,86

Fuente: Comité Técnico del CONAN, 2008. Considerando los presupuestos de inversión de los programas y proyectos sectoriales de apoyo al Programa Multisectorial Desnutrición Cero.

