

INSTITUTO DE NUTRICIÓN
DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
-INCAP-

Plan Estratégico Institucional INCAP 2015-2019



PEI/2015

INCAP. Plan Estratégico Institucional INCAP 2015-2019. Guatemala:
INCAP, 2015. [en línea]

(Documento aprobado en LXV Reunión del Consejo Directivo del INCAP
realizada en Tegucigalpa, Honduras el 24 de abril de 2015, según
resolución IV)

tab, graf 74 p.

1. ADMINISTRACION 2.PLANES Y PROGRAMAS 3.PLANIFICACION

© Copyright 2015, INCAP. Guatemala.

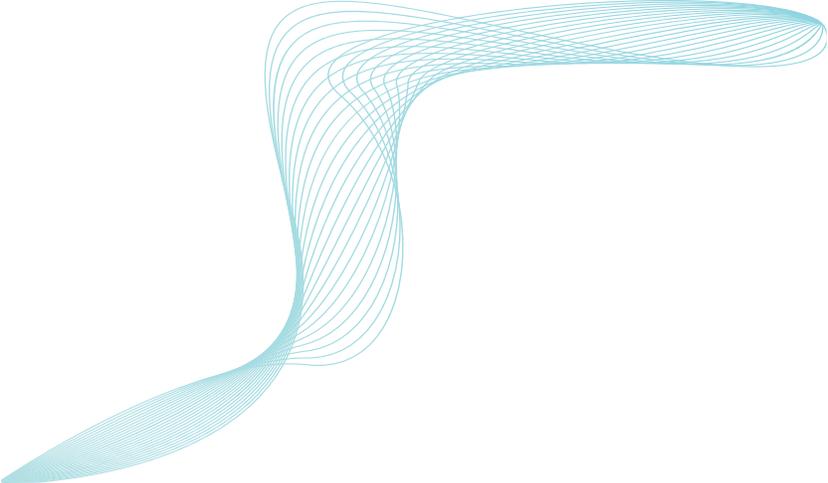
Este documento es de dominio público y su uso y reproducción es permitido.

Cualquier consulta:

INCAP

Calzada Roosevelt 6-25, zona 11, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Teléfono: 2315-7900, ext. 1191



CONTENIDO

I.	Introducción.....	2
	Marco Estratégico Institucional	3
	Misión.....	3
	Visión.....	3
	Funciones Generales del Instituto.....	3
	Valores Institucionales.....	4
II.	Análisis de situación.....	5
	Generalidades en cuanto a entorno económico, social y ambiental.....	6
	Determinantes de la nutrición según los pilares de la Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	10
	Situación Política y Programas Alimentarios y Nutricionales en la Región.....	29
III.	Objetivos del Plan Estratégico Institucional 2015-2019.....	31
IV.	Estrategia para el cumplimiento del plan estratégico institucional.....	32
V.	Prioridades Estratégicas	33
VI.	Ejes temáticos.....	38
	Eje temático: Nutrición y alimentación en el curso de vida.....	38
	Eje temático: Seguridad alimentaria y nutricional sostenible.....	40
	Eje temático: Vigilancia Alimentaria y Nutricional.....	42
VII.	Mecanismos de coordinación multisectorial.....	44
VIII.	Actores clave que se prevé participarán en el desarrollo del PEI 2015-2019.....	46
IX.	Desarrollo Institucional y análisis de competencias.....	47
X.	Plan de Monitoreo.....	50
XI.	Anexos	56
	Anexo 1: Metodología.....	56
	Anexo 2: Clasificación deficiencia micronutrientes	58
	Anexo 3: Datos Análisis de Situación	59
	Anexo 4: Prioridades por país.....	64
	Anexo 5: Acrónimos	72



I. INTRODUCCIÓN

Las prioridades identificadas en los países miembros y a nivel de la región, así como de los mandatos de sus Cuerpos Directivos y de las Cumbres de Presidentes del SICA, han sido desde hace más de seis décadas para el INCAP, el norte para el desarrollo de sus líneas estratégicas de acción. El proceso de elaboración del Plan Estratégico Institucional, requirió del análisis permanente de la situación de los países y del desarrollo institucional propio.

El proceso de desarrollo del INCAP, parte de reconocer que la seguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica y República Dominicana es un tema complejo por su carácter multisectorial y multidimensional, que requiere de soluciones integrales efectivas y sostenibles reflejadas en acciones horizontales, coordinadas entre los sectores involucrados.

Desde el punto de vista organizacional, la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional demanda evidencia científica, así como competencias para asegurar el óptimo manejo y transferencia de conocimientos, la abogacía en ámbitos de los sectores público y privado; y de la sociedad civil; y la traducción de acciones efectivas en políticas, planes y programas a nivel regional, nacional y local.

El Plan Estratégico Institucional del INCAP - PEI 2015-2019, representa el consenso de las prioridades identificadas en un proceso de consulta en los países, Consejo Consultivo del INCAP y de las instituciones del SICA; así como de los organismos internacionales de la región. El PEI tiene como propósito contribuir a la reducción de la malnutrición en todas sus formas a través de la promoción de alimentación, nutrición y estilos de vida saludables, y del fortalecimiento del sistema alimentario nutricional que garantice el acceso a una alimentación y nutrición saludable, suficiente y equilibrada durante el curso de vida.

El fortalecimiento de los sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación es clave para apoyar el cumplimiento de los compromisos de los países en relación al derecho de la alimentación y nutrición, promoviendo la sinergia de las acciones entre sectores a nivel nacional y regional a través de alianzas, con el involucramiento de la sociedad civil y de los organismos internacionales.

Desde el punto de vista organizacional, la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional demanda evidencia científica, así como competencias para asegurar el óptimo manejo y transferencia de conocimientos, la abogacía en ámbitos de los sectores público y privado; y de la sociedad civil; y la traducción de acciones efectivas en políticas, planes y programas a nivel regional, nacional y local.

MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Para la definición del Marco Estratégico del INCAP -MEI, se ha tomado la misión y visión aprobadas en el Convenio Básico del INCAP por el Consejo Directivo y refrendada en el año 1998. Estos son los elementos fundamentales de la Institución que definen el quehacer institucional.

MISIÓN:

El INCAP, institución especializada en alimentación y nutrición, tiene como misión apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, brindando cooperación técnica para alcanzar y mantener la seguridad alimentaria nutricional de sus poblaciones, mediante sus funciones básicas de Investigación, Información y Comunicación, Asistencia Técnica, Formación y Desarrollo de Recursos Humanos y Movilización de Recursos Financieros y No Financieros en apoyo a su misión.

VISIÓN:

El INCAP en el marco de la integración centroamericana es una institución líder, auto-sostenible y permanente en el campo de alimentación y nutrición en Centroamérica y más allá de sus fronteras.

FUNCIONES GENERALES DEL INSTITUTO:

Funciones sustantivas

Apoyar el desarrollo de la capacidad técnica y operativa de los Ministerios de Salud y del COMISCA para el ejercicio de las funciones rectoras en nutrición a nivel regional, nacional y local.

Apoyar instrumentalmente al COMISCA en el ejercicio de las funciones rectoras en nutrición a nivel regional.

Apoyar el desarrollo de la capacidad técnica y operativa de los actores sociales clave para la implementación de la agenda en nutrición y sus determinantes a nivel regional, nacional y local.

Generar y divulgar el conocimiento en nutrición y sus determinantes.

Funciones de apoyo

Liderar, articular y controlar el desarrollo institucional.

Garantizar los recursos financieros, humanos, tecnológicos, logísticos, de información e infraestructura requeridos para cumplir con sus funciones sustantivas.



VALORES INSTITUCIONALES

Espíritu integracionista

Desarrollamos nuestras acciones con un alto respeto por la diversidad. Impulsamos, interna y externamente entre todos los grupos humanos, la tolerancia, la concertación y el trabajo en equipo, porque estamos convencidos de las ventajas de la complementariedad y de las sinergias.

Ética y Transparencia

Nuestras intenciones, acciones y comportamientos son explícitos, claros, conocidos y consistentes entre sí, con apego a la legalidad, criterios científico-técnicos, principios universales y derechos humanos. Mantenemos una permanente comunicación asertiva y abierta con todas las personas con las que nos relacionamos y asumimos con responsabilidad las consecuencias de nuestros actos, decisiones u omisiones.

Equidad

Brindamos nuestros servicios de apoyo técnico, con enfoque de derechos, propiciando la toma de decisiones y la ejecución de acciones tendientes a la disminución de las injustas diferencias en la nutrición de los grupos poblacionales de los Estados Miembros, considerando objetivamente la dimensión y oportunidad de satisfacción de sus necesidades, a partir de sus condiciones políticas, económicas, geográficas, culturales, religiosas, de etnia y de género.

Solidaridad

Nos sentimos profundamente unidos y comprometidos con nuestros semejantes, por lo que brindamos nuestros servicios con empatía por sus necesidades, expectativas e intereses, participando de manera proactiva y desinteresada en el desarrollo de iniciativas de aprendizaje, cooperación y apoyo mutuo, en procura de mejores condiciones de vida y la generación del bienestar común.

Efectividad

Desarrollamos nuestras actividades enfocándonos en el logro de resultados confiables y oportunos que permitan alcanzar los objetivos con excelencia y de manera sostenible. Nos responsabilizamos por la calidad e impacto de nuestro trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulamos la creatividad, la innovación y la mejora continua como medio para superarse día a día.

II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La importancia que tiene la nutrición y la alimentación en la vida humana es indiscutible para el mantenimiento adecuado de la salud y bienestar de las personas. No obstante, los problemas nutricionales afectan tanto a países en desarrollo como desarrollados. El panorama mundial de los problemas por deficiencia nutricional refleja que 165 millones de niños menores de cinco años tienen retardo en el crecimiento y la emaciación afecta a más de 52 millones de niños en el mismo grupo de edad. Deficiencias de micronutrientes esenciales como vitamina A, hierro, folato y zinc afectan a mujeres y niños, donde más de dos mil millones están en riesgo. Otro problema son los excesos en el consumo de alimentos energéticamente densos que provocan sobrepeso y obesidad¹.

El sobrepeso y la obesidad es un problema que se ha incrementado a nivel mundial. Actualmente se estima que 1.4 billones de personas mayores de 20 años tienen sobrepeso o están obesas². Por otro lado, este problema de exceso nutricional afecta a 40 mil millones de niños menores de cinco años de edad. Los factores de riesgo más importantes son el consumo de dietas no saludables, uso nocivo de alcohol e inactividad física.

Ambas situaciones (deficiencia y exceso) tienen funciones de factor causal o de efecto. En el enfoque de curso de vida, una pobre nutrición y desarrollo desde la gestación y niñez tiene efectos a lo largo de la vida e incluso se asocia a la aparición de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles como el sobrepeso, diabetes, hipertensión y cardiovasculares, entre otras. Se ha generado suficiente evidencia para reducir los problemas de la malnutrición, a través de estudios de eficacia y eficiencia en países de recursos económicos bajos y medios. Para reducir la malnutrición por deficiencia, se han propuesto intervenciones específicas (focalizadas en determinantes inmediatos de la desnutrición) con impacto positivo si estas fuesen

universal y equitativamente distribuidas. Por otro lado, se han identificado intervenciones sensibles a la nutrición como la agricultura, seguridad social, estimulación temprana del niño, entre otras. Los costos para lograr coberturas eficientes de este conjunto de intervenciones a nivel mundial son altos, estimándose en \$ 9 mil millones anualmente, pero el retorno de esta inversión es mayor³.

Las acciones y respuestas para combatir los problemas de la malnutrición son variables entre los países del mundo. La mayoría de los países en la actualidad están enfrentando una creciente transición demográfica y epidemiológica donde la doble carga de la malnutrición (deficiencia y exceso) está prevaleciendo. Algunos países de la región del SICA han avanzado en la reducción de la desnutrición crónica y de las deficiencias de micronutrientes claves para el desarrollo fetal e infantil. La suplementación es importante en toda la vida, pero esencial durante la ventana de oportunidad de los 1,000 días, periodo que se extiende desde el embarazo en la mujer hasta el segundo año de vida de la niñez.

El panorama nutricional en la región está experimentando una transición nutricional, y datos recientes están evidenciando un crecimiento del sobrepeso y la obesidad, tanto en la edad temprana como en la edad adulta. Esto pone a la región en desafíos estratégicos para plantear prioridades y desarrollar agendas donde la nutrición tenga un rol clave en el desarrollo del ser humano, a través del curso de vida.

Los datos presentados en este diagnóstico situacional provienen en su mayoría de encuestas nacionales del último año disponible por cada país. Otras fuentes relevantes consultadas para complementar la información fueron OMS, OPS/OMS, ONU, UNICEF y FAO.

¹ Black RE, et al. Desnutrición y sobrepeso materno-infantil en países de ingresos bajos y medios. Lancet, 2013.

² Ng M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet, 2014.

³ Copenhagen Consensus. Center Copenhagen, Denmark 2012.



GENERALIDADES EN CUANTO A ENTORNO ECONÓMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL

El análisis de situación de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional y sus determinantes, incluye una síntesis del entorno económico, social y ambiental que condiciona las posibilidades reales de avanzar en mejorar la nutrición de la población. El entorno es producto de los estilos de desarrollo propios de los países y de los determinantes externos; ambos han dado como resultado un mosaico de situaciones y condiciones heterogéneas a nivel nacional, que permiten identificar en la sociedad, las ventajas y desafíos que se armonicen a nivel internacional y que permitan acelerar los avances estructurales hacia una seguridad alimentaria y nutricional.

DINÁMICA DEMOGRÁFICA: TENDENCIAS POBLACIONALES

La región experimenta un proceso de transición demográfica que se expresa en las tasas de crecimiento poblacional, baja fecundidad y mortalidad, dando como consecuencia un aumento en la esperanza de vida al nacer y un estado de bienestar de hombres y mujeres en búsqueda de un futuro con salud.

La mortalidad infantil es un indicador de la calidad de vida y bienestar de una población, que expresa y resume los avances en el derecho a la salud. Entre el 2000 y el 2012, la región ha experimentado una reducción de los índices de la mortalidad infantil que va desde 13.8 puntos en El Salvador hasta Costa Rica con 1.2 puntos⁴.

DESEMPEÑO ECONÓMICO

El crecimiento económico de la región, fue menor en la década del 2002-2012 en relación con decenios anteriores. Sin embargo, comparando entre países, Panamá ha aumentado su Producto Interno Bruto per cápita, seguido por República Dominicana, Costa Rica, El Salvador, Belice, Honduras, Nicaragua y Guatemala. Como resultado de un patrón de crecimiento económico más sostenido, Panamá y Costa Rica tenían, en 2012, un ingreso nacional mayor al promedio de la región de América Latina y el Caribe, con Nicaragua, Honduras y Guatemala en los últimos lugares, situación que no ha variado en los últimos 30 años^{5,6}.

4 Estado de la Región, 2011, y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Base estadística del Informe de Desarrollo Humano – el ascenso del sur, 2013

5 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - CEPALSTAT. Información revisada en 2014.

6 ICEFI, La Política Fiscal de Centroamérica en tiempos de Crisis, 2012

POBREZA, DESIGUALDAD, EXCLUSIÓN SOCIAL Y GÉNERO

Se reconoce que en los países de la región prevalencen problemas estructurales relacionados a la pobreza, la desigualdad y exclusión social, los cuales son determinantes de la inseguridad alimentaria y nutricional. El ingreso es uno de los factores que contribuye al acceso a alimentos nutritivos y saludables, y la exclusión social determina la capacidad de adquirir recursos que permitan mejorar la nutrición y calidad de vida en el hogar.

Los niveles de pobreza en Centroamérica y República Dominicana sobrepasan al 50% de la población en Guatemala, Honduras y Nicaragua; mientras que entre el 20% de los salvadoreños y el 45% de los dominicanos continúan siendo pobres a nivel nacional.

Los niveles de pobreza son mayores en las zonas rurales, donde los residentes enfrentan otras carencias básicas, como la falta de acceso a agua potable y saneamiento, educación, servicios de salud, energía eléctrica, y mercados de alimentos, en todas las dimensiones, que explican mejor el fenómeno de la pobreza.

Las desigualdades contribuyen a que el acceso a los alimentos no sea de manera justa entre la población con mayor necesidad nutricional. De acuerdo al índice de Gini (una medida de desigualdad económica) la mayoría de los países de la región presentaron índices de desigualdad por encima del 50%, con excepción de Nicaragua cuyo índice fue del 40%.

Como parte de las exclusiones sociales se incluye la discriminación de género y etnias, entre otros. El estatus de la mujer y su empoderamiento están íntimamente ligados con el desarrollo socioeconómico de los países y, fundamentalmente, con el mejoramiento de la situación de salud y nutrición de sus hijos e hijas, siendo el rol de la mujer clave para el desarrollo de

la familia. En la región, se ha reportado que el índice de desigualdad de género en relación al acceso de la educación secundaria de hombres y mujeres es mayor en Guatemala, Panamá y República Dominicana y menor en Costa Rica y Nicaragua en el 2013^{7,8}.

La región del SICA cuenta con una Política de Igualdad de Género⁹ y con un Plan Estratégico con perspectiva de Género para el 2014-2018, que presenta los mecanismos para garantizar una salud equitativa y universal en la región, a través de enfoques de derechos humanos y de curso de vida. El modelo de curso de vida para la nutrición, y como ejemplo más específico el modelo de los 1000 días (ventana de oportunidad) considera que la mujer antes, durante y después del embarazo, debe de gozar como derecho humano, de un estatus nutricional pleno, pues la evidencia ha comprobado que durante este período si se aprovecha la cobertura de intervenciones eficaces de manera universal y equitativa, ésta se vincula a una mejora de la nutrición, salud, calidad de vida y capital humano de ella misma, así como de sus generaciones¹⁰.

El embarazo en adolescentes es un reflejo del limitado acceso a servicios de salud y educación así como de garantía a los derechos de la igualdad de género. De acuerdo al UNFPA, entre el 2005 al 2010, por cada mil mujeres de 15 a 49 años existen entre 67 a 109 embarazos en adolescentes en la región y representan un quinto de los nacimientos en Honduras, Guatemala,

7 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Base estadística del Informe de Desarrollo Humano – el ascenso del sur, 2013

8 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Base estadística del Informe de Desarrollo Humano- Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia, 2014

9 Política de igualdad de género de Centroamericana y la República Dominicana.

10 Zulfi qar Bhuta, et al. Intervenciones basadas en evidencia para el mejoramiento de la nutrición materno-infantil: ¿Qué se puede hacer y a qué costo? Lancet 2013

Panamá y República Dominicana y aproximadamente un cuarto en El Salvador y Nicaragua, y de la mitad en población indígena¹¹. El embarazo en la edad adolescente se considera una situación de riesgo y más aún si las jóvenes se encuentran con una condición nutricional desfavorable, que aumenta el riesgo de nacimientos con bajo peso y problemas nutricionales del feto y recién nacido.

La seguridad alimentaria y la nutrición en la región debe enfocarse en el desarrollo de planes que promuevan

11 Propuesta SICA Plan Regional Embarazo Adolescentes.

GASTO PÚBLICO SOCIAL Y EN SALUD

El gasto público en salud es un indicador que expresa la prioridad otorgada por el Estado al derecho de la salud, dentro de otros derechos sociales. Los países desarrollados con niveles más altos de Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, suelen tener sistemas de seguridad social más completos que los países en desarrollo.

Los países invierten según su Producto Interno Bruto, en salud corresponde a: Costa Rica 8.7%, Belice 5.2%, Nicaragua 3.7%, Honduras 2.9%, El Salvador 2.1%, Panamá 2.0% y Guatemala 1.1%, lo que indica que hay una variabilidad marcada entre países. Costa Rica y Nicaragua presentan un ritmo de crecimiento en la inversión de salud por encima del crecimiento reportado en otros países, entre el 2000 al 2011.

VULNERABILIDAD CLIMÁTICA

La inseguridad ambiental interactúa con la inseguridad humana y ambas afectan las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en los países. La ubicación geográfica de Centroamérica hace que esta región esté expuesta a la incidencia de las amenazas naturales (sequías, huracanes, el fenómeno de ENOS, erupciones volcánicas, inundaciones, deslizamientos, terremotos, entre otros).

la sostenibilidad y que visualicen el apoyo directo a las mujeres y niños, principalmente en los hogares donde exista la doble carga de malnutrición, madres con sobrepeso u obesidad e hijo con desnutrición crónica. De acuerdo a estudios desarrollados por el INCAP, la doble carga de la malnutrición está presente en el 20% de los hogares en Guatemala, considerado uno de los más altos de Centroamérica.¹²

12 Ramirez-Zea M The double burden of malnutrition in indigenous and nonindigenous Guatemalan populations. Am J Clin Nutr. 2014

El Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) con sede en Guatemala, en un estudio elaborado para Plan Internacional, señaló que las inversiones públicas por niño, niña y adolescente en los países de Centroamérica, registran cada año entre USD 148.1 en Nicaragua, y USD 2,851.5 en Costa Rica. En relación con el producto interno bruto, Costa Rica destina una mayor proporción de sus ingresos nacionales en estos grupos poblacionales que el resto de países y el incremento en cuatro años ha sido también el más alto. En Honduras y Nicaragua se registra un retroceso cuando se comparan, en términos del PIB, las inversiones de 2007 y 2011.^{13,14}

13 ¹CEFI, Observatorio Fiscal, No. 10 y 15, 2013.

14 2014 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Base estadística del Informe de Desarrollo Humano – el ascenso del sur, 2013

Según el reporte German Watch del 2014, sobre índice de riesgo climático global (CRI por sus siglas en inglés); Honduras (primer lugar), Nicaragua (segundo lugar) República Dominicana (tercer lugar), y Guatemala (cuarto lugar) se encuentran entre los primeros diez países con alta vulnerabilidad a efectos del cambio climático (¹⁵ de 149 países valorados con eventos

15 Krefte, Sönke, Eckstein, David Germanwatch, V. Global Climate Risk Index 2014

climáticos severos y frecuentes). De acuerdo con la CEPAL no hay porción en la región que en los últimos 30 años no haya sufrido sequías, toda la región está cruzada por un corredor seco muy vulnerable a sequía, principalmente en la vertiente del pacífico. Además de los riesgos a los que está sometida la población ante

las inclemencias del clima, los países también se ven afectados en su agricultura, que junto a otros factores, como la variabilidad de los precios internacionales de los alimentos, aumentan la inseguridad alimentaria y nutricional para la mayoría de la población.

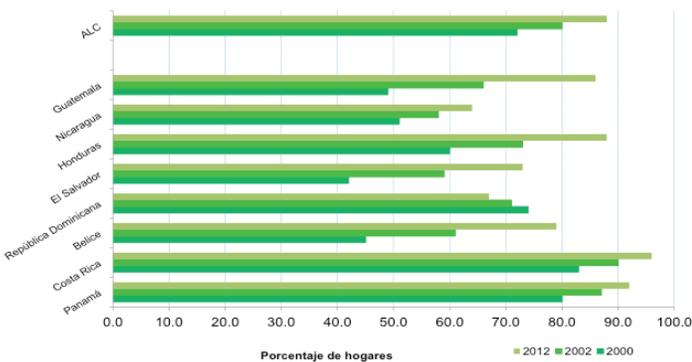
AGUA Y SANEAMIENTO

El acceso a agua segura y buenas condiciones de saneamiento son determinantes clave para una buena salud y nutrición de las poblaciones, ya que la ausencia de estos servicios promueven conductas limitadas en la inocuidad de los alimentos, pobres prácticas de lavado de manos o la propagación de enfermedades. En la región se observa un mejoramiento en las condiciones al acceso de agua potable a través de tuberías desde 1990 hasta el 2012. El incremento del acceso de los hogares al agua entubada en la vivienda (Gráfica 1), ha sido considerable y mayor en países en

los que la cobertura en 1990 era menor al 60% a nivel nacional, en el 2012 la cobertura varió entre un 65% en República Dominicana a un 95% en Costa Rica. En Centroamérica y República Dominicana, 48 millones de personas tienen acceso al servicio de alcantarillado y servicio de evacuación de excretas, el cual representa una cobertura del 92%. Aproximadamente un tercio de la población (32%) tiene acceso a un sistema de alcantarillado en los hogares, donde las áreas urbanas son las que tienen mejor cobertura de este servicio en relación a las áreas rurales. (Gráfica 2)

Gráfica 1

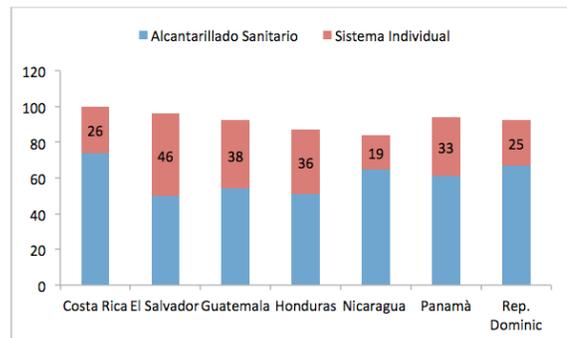
Acceso a agua entubada en los hogares, años 1990, 2000, 2012



Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Base estadística del Informe de Desarrollo Humano – el ascenso del sur, 2013

Gráfica 2

Porcentaje de la población que tiene acceso a servicios de alcantarillado sanitario y sistemas individuales de evacuación de excretas



Fuente: Foro Centroamericano y República Dominicana de agua potable y saneamiento. FOCARD-APS. Gestión de las excretas y aguas residuales en Centroamérica y República Dominicana. Diagnóstico Regional 2013.

DETERMINANTES DE LA NUTRICIÓN SEGÚN LOS PILARES DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

DISPONIBILIDAD

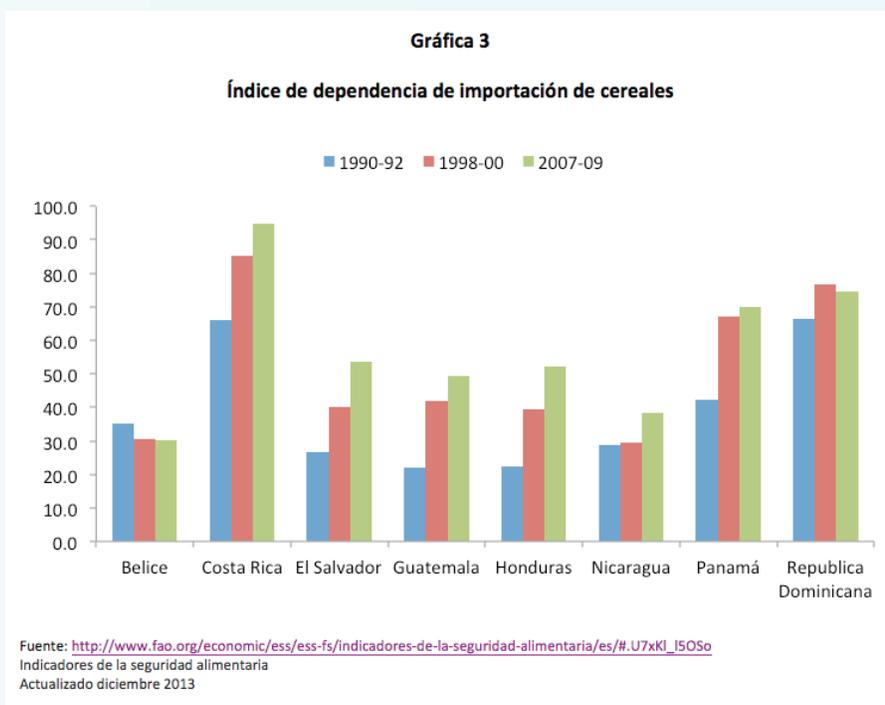
Superficie cosechada

Centroamérica y República Dominicana, al poseer grandes extensiones de tierras fértiles y una larga tradición agrícola, son países con un gran potencial agrario. En los últimos años el sector agropecuario se ha transformado, a partir de la globalización del comercio y proceso de incorporación a la economía internacional.

Los cultivos de consumo interno han cedido a la producción de productos no tradicionales de alta rentabilidad dirigidos a los mercados norteamericanos y europeos, principalmente. Como reporta la CEPAL, la superficie de los principales cultivos, ha cambiado en los países como Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana, donde los productos de consumo interno han sido desplazados por los no tradicionales, a excepción de Nicaragua, el cual aumentó la superficie de los productos de consumo interno y disminuyó en los cultivos de exportación.

Esto ha llevado a que los países se vuelvan más dependientes de importaciones de cereales y granos que constituyen la base de la alimentación en la mayoría de los países de Centroamérica y la República Dominicana, principalmente el maíz, el arroz, el trigo y, en cantidades menores, el frijol. Estos alimentos proveen el mayor aporte de energía (kilocalorías) en la dieta. En la Gráfica 3 se observa el índice de dependencia de importación de cereales. Honduras (trigo y arroz), Panamá (maíz, trigo y sorgo), República Dominicana (trigo, maíz y frijol) y Costa Rica (frijol, maíz y trigo) dependen de más del 50 por ciento de la importación de estos cereales¹⁶.

16 Superficie cosechada (distribución porcentual) por tipo de cultivo en Centro América y República Dominicana Fuente: CEPAL. Estadísticas e Indicadores. Accesible: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e



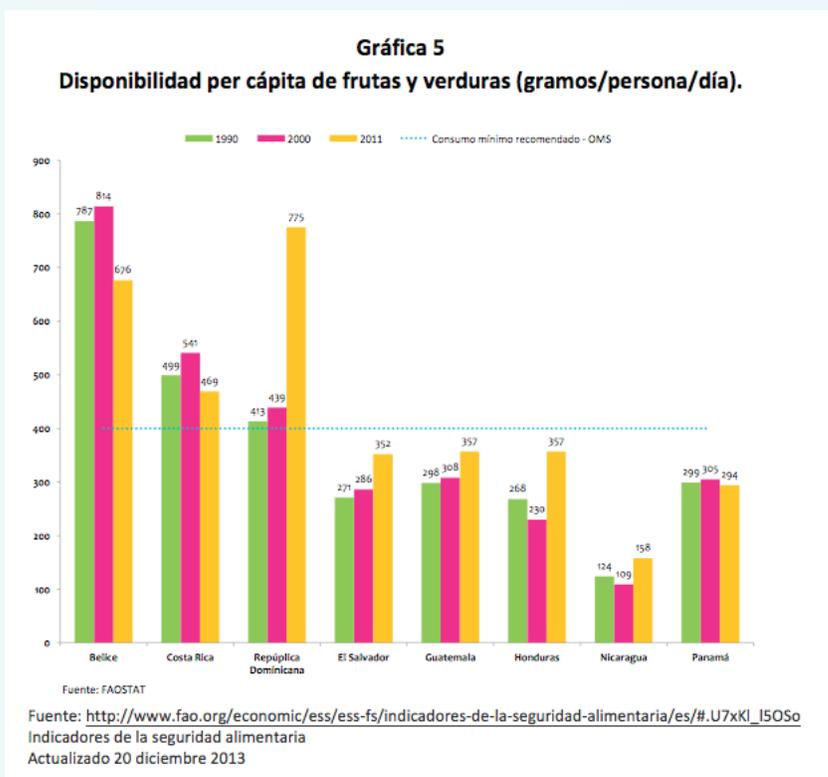
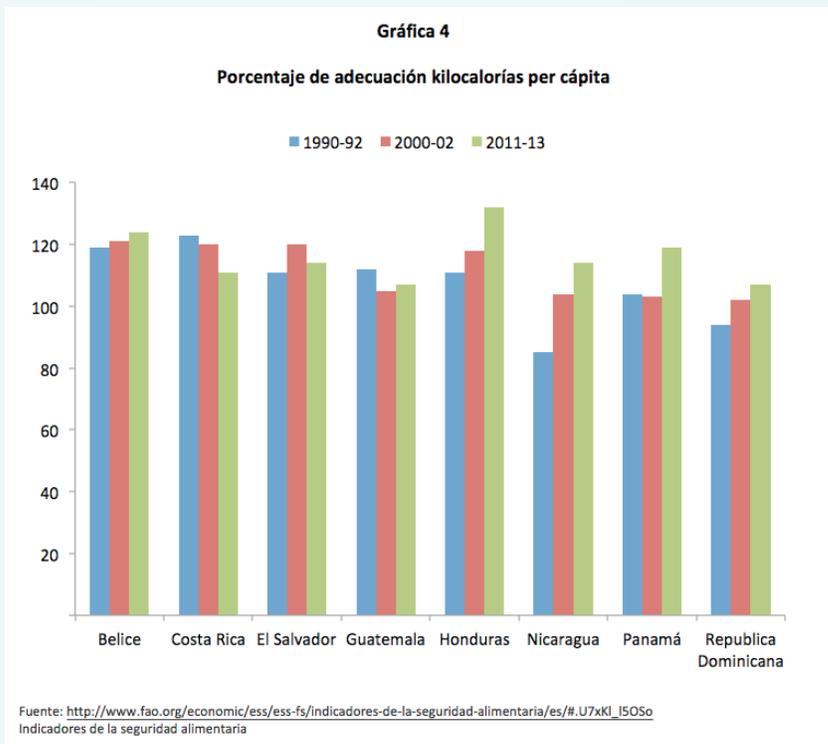
Suministro de energía alimentaria

La disponibilidad del suministro de energía per cápita, como se puede observar en la Gráfica 4, presenta incrementos en la mayoría de los países con una disponibilidad por arriba del 90% del porcentaje de adecuación a partir del periodo 1993 a 1995, con excepción de Guatemala y República Dominicana en el periodo comprendido entre 2011 y 2013. Los demás países tienen una adecuación de kilocalorías per cápita por arriba del 110%.

Disponibilidad per-cápita de frutas y verduras

La baja ingesta de frutas y verduras está asociada a las enfermedades no transmisibles. El consumo de frutas y verduras podría salvar alrededor de 1.7 millones de vidas al año según la OMS. Internacionalmente se recomienda un mínimo de 400 gramos diarios de ingesta de frutas y verduras (excluidas las papas y otros tubérculos).¹⁷

Dado a que el cálculo de disponibilidad per cápita de frutas y verduras, es sobre el suministro¹⁸ que en todos los países debería estar por arriba de la recomendación de la OMS, solamente Belice, Costa Rica y República Dominicana cuentan con esta disponibilidad; el resto de los países está por debajo del mínimo de consumo diario por persona. Esta situación es más preocupante si tomamos en cuenta que el hecho de estar disponible no garantiza el acceso y el consumo de frutas y verduras esenciales para la diversificación de la dieta.



17 OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2002

18 Suministro: incluye la producción nacional, más las importaciones, menos las exportaciones, más las variaciones de las existencias.

ACCESO

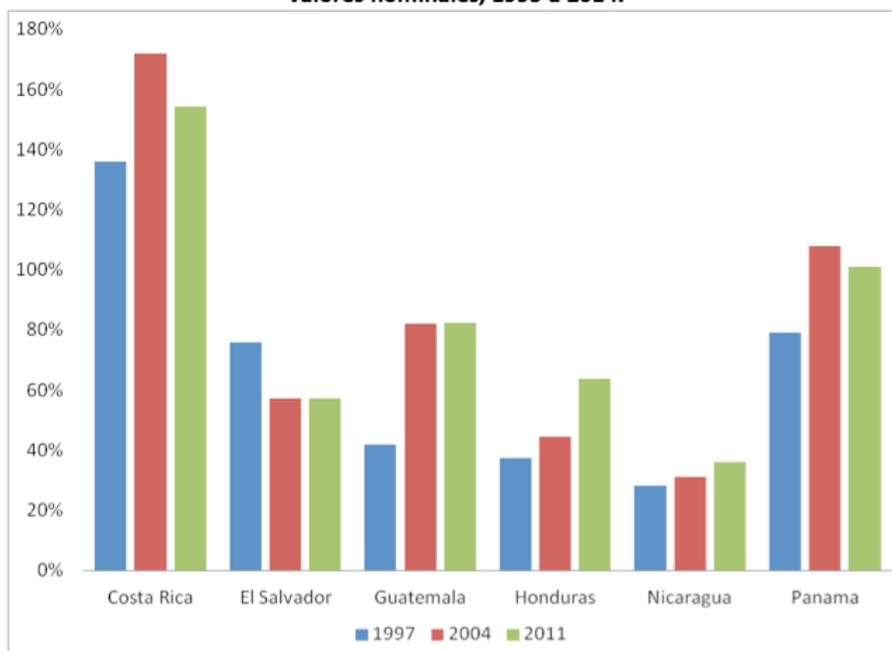
El acceso alimentario es el factor preponderante en la determinación del estado nutricional, datos recientes de la región indican que el costo de la canasta básica alimentaria ha aumentado y que los salarios reales han permanecido inalterados, fenómenos que constituyen una barrera de acceso a los alimentos, sobre todo en la población pobre de la región que está vinculada con el mercado laboral informal.

El acceso a los alimentos fue valorado utilizando el indicador de poder adquisitivo para la compra de alimentos. Este indicador relaciona el salario mínimo agrícola con el costo de la canasta básica alimentaria. En la Gráfica 6 se aprecia que los salarios mínimos del sector agrícola en Costa Rica y Panamá siempre han permitido adquirir la canasta básica alimentaria; en el resto de los países el poder adquisitivo alimentario de salario mínimo agrícola ha permanecido por debajo de 80%.

Esta brecha entre el costo de la canasta básica y el salario mínimo agrícola, puede implicar que las familias que perciben el valor de un salario mínimo agrícola no tienen la capacidad de adquirir toda la canasta básica alimentaria y por ende no está garantizada una seguridad alimentaria y nutricional.

Gráfica 6

Poder adquisitivo alimentario del salario mínimo agrícola, valores nominales, 1995 a 2014.



Elaboración: INCAP con datos de Bancos Centrales e Institutos Nacionales de Estadística.

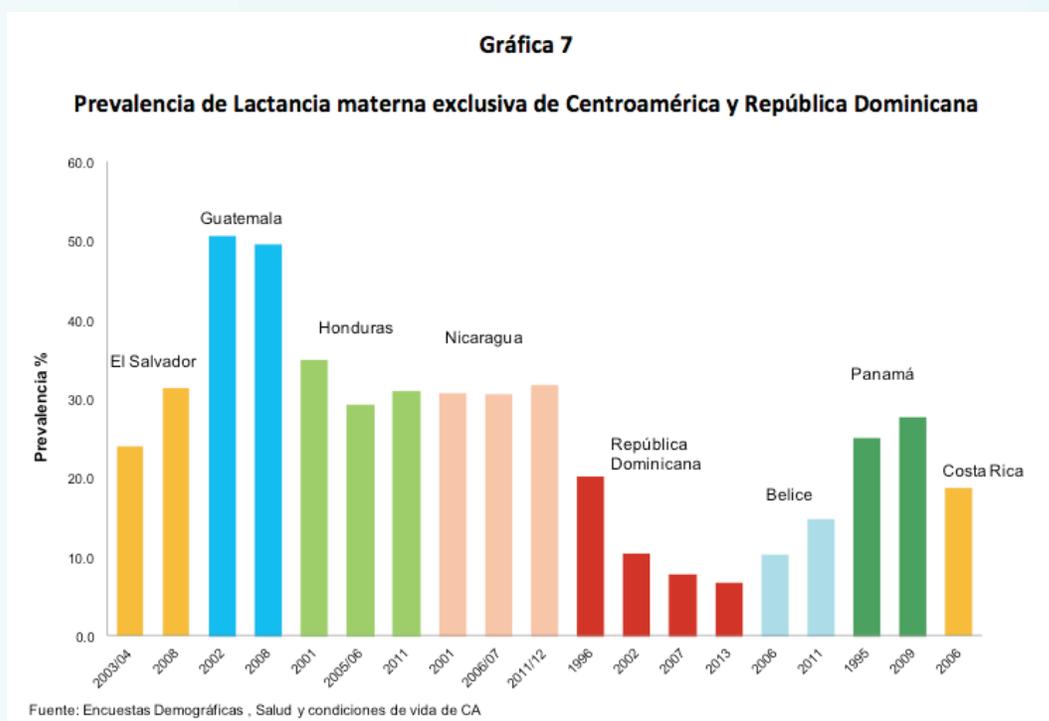
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Prácticas de lactancia materna

La lactancia materna óptima y la introducción adecuada de alimentos complementarios desde el sexto mes de vida ayudan al niño a alcanzar su potencial físico y mental.

La lactancia materna durante la primera hora después de nacido es un indicador de apego temprano asociado a una lactancia materna exitosa. En la región, los países con mayor prevalencia de lactancia materna en la primera hora son: República Dominicana 65%, Honduras 64% y Belice 61.5%. Los países con una prevalencia menor de 60% son Guatemala 56% y El Salvador 33%.

En términos de lactancia materna exclusiva (en menores de 6 meses), la prevalencia más alta se reporta en Guatemala, con un 50.6% y la prevalencia más baja se da en República Dominicana con un 6.7%; además, es preocupante el descenso en los últimos 15 años. La Gráfica 7 muestra que las intervenciones que se están realizando en los países no están modificando las prevalencias de lactancia materna exclusiva, como se esperaba, a pesar de la prioridad que se ha dado a su promoción.



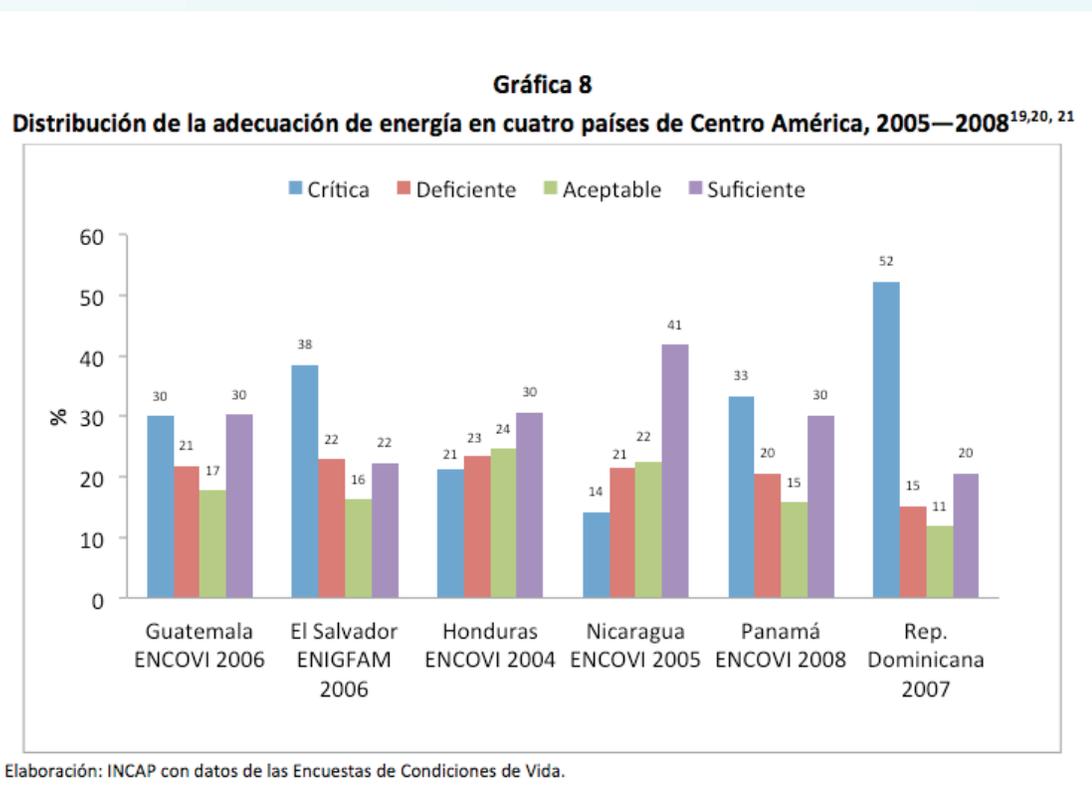
Los países que han realizado esfuerzos en la promoción y protección de la lactancia materna son Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, y han avanzado en institucionalizar esta práctica a través de una Ley de Lactancia Materna aprobada por los Congresos. Esta ley refuerza las diferentes iniciativas que han sido implementadas como Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Materna, la promoción, y la protección laboral a la mujer para amamantar.

Adecuación energética

De acuerdo al análisis realizado por el INCAP sobre los datos de las encuestas de condiciones de vida en seis países de Centro América y República Dominicana (Gráfica 8), el promedio de la disponibilidad energética en Nicaragua y Guatemala cubre el 93% de las necesidades. Sin embargo, tomando en cuenta que se trata de energía provista por los alimentos disponibles en los hogares, debería cubrir por lo menos el 110% de las necesidades de la población para asegurar una ingesta apropiada. En Nicaragua, alrededor del 40% de los hogares tienen suficiente adecuación energética, la

mayor proporción encontrada entre estos seis países de la región centroamericana. En Guatemala, El Salvador, Panamá y República Dominicana más del 50% de los hogares no llenan los requerimientos energéticos. Combinando la adecuación de energía crítica y deficiente, todos los países a excepción de Nicaragua y Honduras reportan más de la mitad de los hogares en esta situación, lo que significa que se encuentran en un estado de sub-alimentación. Belice y Costa Rica no tienen datos disponibles.

19,20, 21

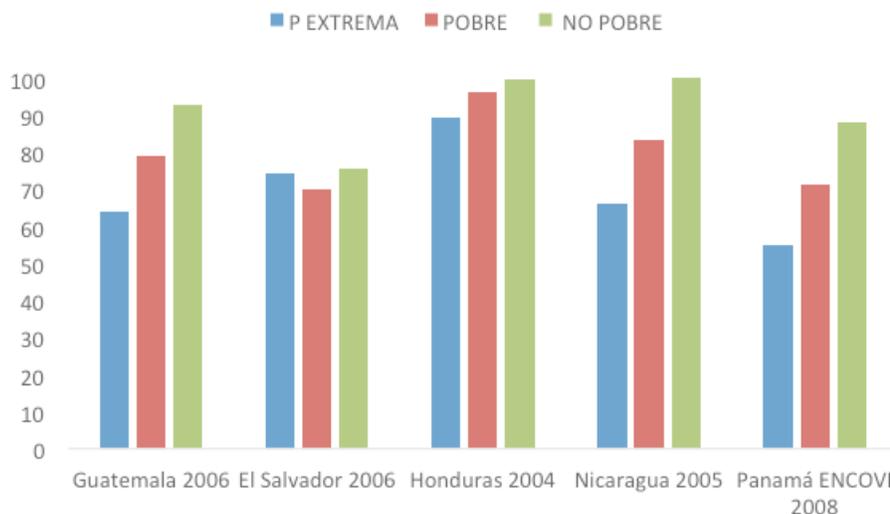


¹⁹ Este material es un consolidado de documentos preparados por Humberto Méndez y Ma. Teresa Menchú. Procesando las encuestas mencionadas y usando los datos de consumo aparente como indicación de la disponibilidad de alimentos en el hogar.

²⁰ Los datos provenientes de las encuestas de hogares no son apropiados para determinar consumos absolutos, pero sí permiten estimar la disponibilidad de energía y nutrientes a partir de las cantidades de alimentos adquiridas por el hogar en un periodo de tiempo determinado.

²¹ El porcentaje de hogares que se encuentra en situación crítica son los que satisfacen por debajo del 70% de su necesidad energética; deficiente satisfacen entre 70 y 89% de su necesidad energética; aceptable satisfacen entre 90 y 109% de la necesidad energética y suficiente al menos 110% de su necesidad energética cubiertas.

Gráfica 9
Porcentaje de adecuación de la cantidad disponible de energía por adulto masculino equivalente (AME) en 5 países de Centro América



Fuente: Análisis realizado por el INCAP sobre las Encuestas Nacionales de Hogares sobre Medición de Nivel.

De acuerdo al mismo estudio, fueron analizados los aportes energéticos de los diferentes alimentos (Gráfica 10). Tanto en el área urbana como en la rural, la mayor parte de la energía, entre 50% y 55%, proviene de los cereales, con excepción de Panamá 40%, República Dominicana 30% y el área urbana de Honduras 40%. Panamá y el área urbana de Honduras compensan este aporte energético con productos de origen animal. En el caso de República Dominicana esta compensación ocurre con mayor aporte energético de frutas y verduras y comidas preparadas.

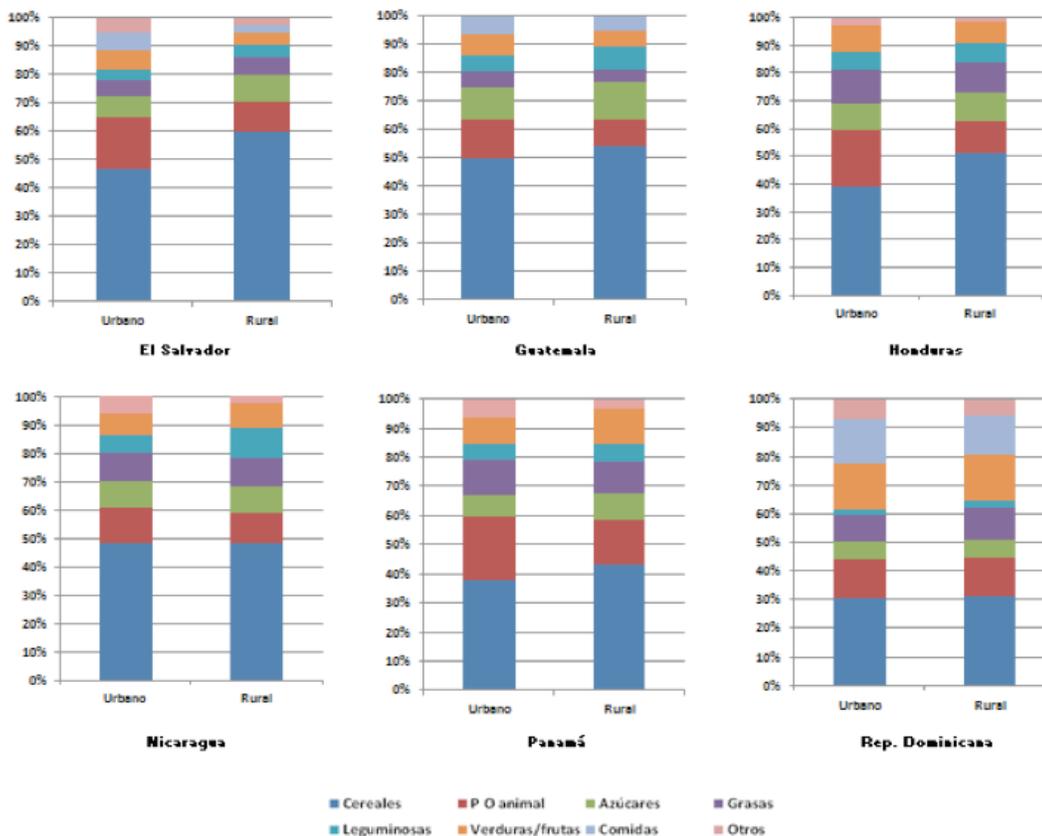
Se destaca que en el área rural de Guatemala el azúcar aporta más energía a la dieta que en cualquier otro país (13%). Además, el aporte energético de productos de origen animal es más alto en áreas urbanas de El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá que en áreas rurales, fenómeno que no sucede en Nicaragua y República Dominicana.

En Nicaragua el aporte de las grasas y del azúcar es aproximadamente 10% en ambas áreas de residencia. El aporte energético de leguminosas es mayor en el área rural (11%) en comparación con la urbana (6%).

En verduras y frutas no hay mayor diferencia entre las áreas de residencia. En El Salvador es importante señalar que el azúcar aporta cerca del 10% de la energía en el área rural, mientras que en el área urbana es 6%. En el caso de los alimentos de origen animal el aporte es mayor en el área urbana (16%) que en el área rural (10%). Por otra parte, el aporte energético de leguminosas es ligeramente mayor en el área rural (4.7%), y el de verduras y frutas es mayor en el área urbana. Llama la atención la contribución de los grupos de comida y otros alimentos, alimentos preparados adquiridos en puestos de distribución y listos para consumir, con un 22%, lo que significa que los hogares están recurriendo a la compra de alimentos ya preparados.

Gráfica 10

Aportes energéticos de diferentes alimentos consumidos en Centro América



Fuente: Análisis realizado por el INCAP sobre las Encuestas Nacionales de Hogares sobre Medición de Nivel.

La variedad de alimentos refleja la diversidad dietética en cada uno de los países. Los datos sugieren un menor número de productos en las zonas rurales, mientras una mayor variedad se encuentra en el área urbana, principalmente en las capitales. En cuanto al tipo de alimento, los hogares urbanos consumen más alimentos de origen animal que los hogares rurales. Los productos más consumidos son la carne de pollo y los huevos. Los frijoles son de uso común, independientemente del nivel de pobreza, donde el consumo está alrededor de una onza per cápita por día. La cantidad consumida de otros productos, tales como huevos, pollo, arroz, panes, azúcar y aceite varía según el nivel de pobreza. En el caso de la tortilla de maíz, las cantidades son mayores en los hogares más pobres.

UTILIZACIÓN BIOLÓGICA

La utilización biológica de los alimentos, se refiere al uso que hace el organismo de los nutrientes ingeridos en la dieta, la cual está condicionada por el estado nutricional y de salud de las personas, los servicios de salud, y la disponibilidad de adecuados servicios de saneamiento. Para lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional, la utilización biológica y el logro de la adecuación nutricional son un requisito para lograr un desarrollo humano integral y sostenible.

Estado Nutricional de la Niñez

La desnutrición global es un indicador de salud pública utilizado para monitorear el estado nutricional de la salud de las poblaciones. Los niños con desnutrición global (bajo peso para la edad, según lo patrones de crecimiento de la OMS) tienen más posibilidades de morir durante los primeros cinco años de vida o inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de la salud durante el curso de vida. Este es un indicador utilizado para monitorear la Meta del Milenio número uno, que consiste en reducir la desnutrición a la mitad entre 1990 a 2015. En los países de la región la mayor prevalencia de la desnutrición global en niños menores de cinco años ocurre en Guatemala 13%, seguido de Belice 7.5% y Honduras 7%, únicamente en Costa Rica la prevalencia está por debajo del 2.5%.

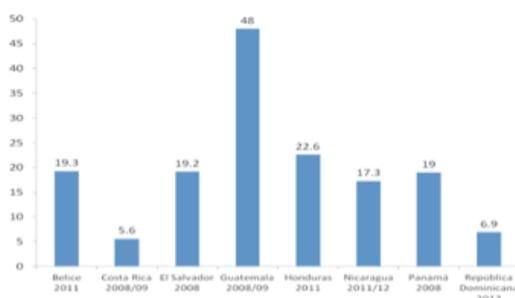
El retardo en el crecimiento, definido como baja talla y longitud para la edad en niños menores de cinco años, es el resultado de múltiples circunstancias y determinantes que incluyen una mala salud y nutrición durante el periodo antenatal, intrauterino y post natal. Este indicador

está asociado a un pobre desarrollo de capital humano, productividad e incluso ganancia de peso en edad adulta, incrementando el riesgo de ENT de acuerdo con estudios realizados por el INCAP. Según las últimas Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil de la región, la mayoría de los países han tenido una reducción en la prevalencia de retardo en talla (Gráfica 11). Costa Rica presenta una prevalencia de 5.6%, República Dominicana 7%, Nicaragua 17%, El Salvador 19%, y Honduras 23%. Guatemala es el país con la mayor prevalencia de retardo en talla en menores de cinco años (48%), nueve veces más alta que la menor prevalencia reportada en la región.

Las metas globales nutricionales proponen reducir el retardo en el crecimiento en un 50% para el 2025, este compromiso debe ser cumplido por la mayoría de los países de la región a través de políticas públicas y fundamentadas en la evidencia científica actual con intervenciones costo efectivas.

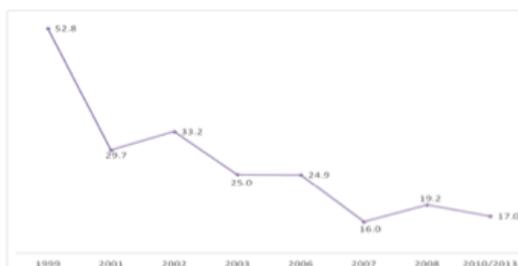
Gráfica 11

Prevalencia de retardo en talla para la edad en menores de 5 años



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud

Evolución de la prevalencia del retardo en talla para la edad en menores de 5 años en los países de la Región del SICA



Situación Nutricional del Adulto

El estado nutricional de la mujer condiciona el estado nutricional durante el embarazo así como el de sus hijos. Un estado nutricional inadecuado de la madre está asociado a efectos adversos a la salud y desarrollo de sus hijos (ej. bajo peso al nacer, mortalidad infantil).

Los datos más recientes sobre un índice de masa corporal menor de 18.5 kg/m², indicador de emaciación, muestran que este no es un problema de salud pública importante en esta población. La prevalencia del IMC en madres no embarazadas en Guatemala (2008), Honduras (2011) y Nicaragua (2001), fue de 2.4%, 5% y 2.3% respectivamente.

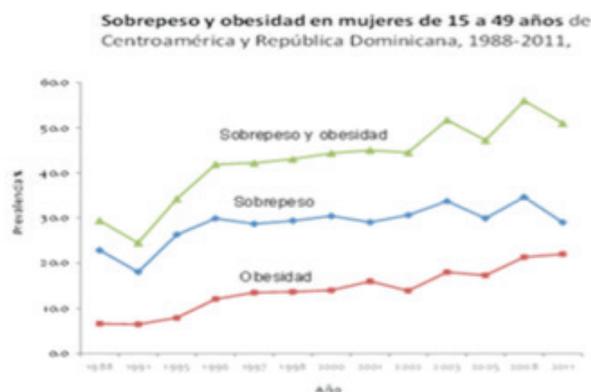
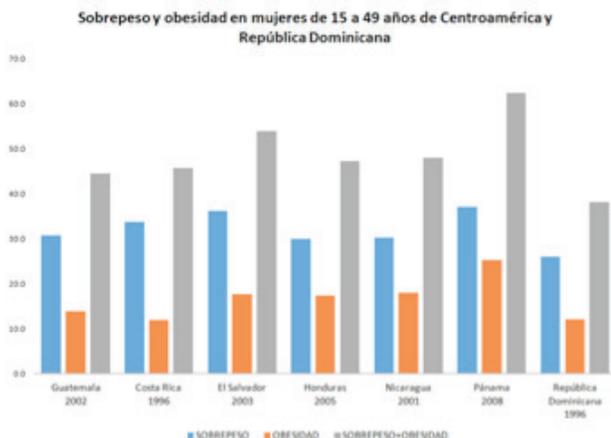
Otro indicador de estado nutricional inadecuado, es la prevalencia de talla baja (menor de 145cm en mujeres en edad fértil). El país que reporta la mayor prevalencia de talla baja en mujeres en edad fértil es Guatemala, con alrededor de 30%, seguido de Honduras con 8%.

Como se observa en la siguiente gráfica, en Centroamérica se ha triplicado el sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil en las últimas dos décadas, pasando de una prevalencia de 6.6% en 1985 a 17.6% en 2003; misma situación es verificada en República Dominicana donde para el año de 1991 era de 6.4% pasando para 12.2% en 1996.

En Guatemala, de acuerdo a la ENSMI 2008, la situación del sobrepeso y obesidad pueden presentarla las mujeres independientemente de su nivel de escolaridad así como su nivel socioeconómico. De acuerdo al grupo de edad, las que presentan 50% de prevalencia de sobrepeso son mujeres entre 40-44 años y las mujeres entre 45-49 años; en relación a la obesidad son las mujeres comprendidas de 35 a 44 años, las que presentan mayor prevalencia con valores de 22%.

Gráfica 12

Sobrepeso y obesidad en mujeres de 15 a 49 años de Centroamérica y República Dominicana, 1988-2011



Fuente: Encuestas Demográficas, Salud y condiciones de vida de CA.

Fuente: Encuestas Demográficas, Salud y condiciones de vida.

Debido a la falta de balance entre la dieta y actividad física, que se experimenta tanto en países de alto ingreso como los de mediano y bajo ingreso, se está dando un aumento del sobrepeso y la obesidad. Datos recientes de estimaciones globales de sobrepeso y obesidad, muestran que en la región este problema nutricional afecta a casi tres cuartos de la población en general.

Aunque hay avances en la genética de las enfermedades metabólicas, los estudios hasta ahora solamente pueden explicar alrededor del 10% de la variabilidad genética respecto a la obesidad. Los factores ambientales (dieta, estilo de vida, etc.) juegan un papel clave en el desarrollo de los factores relacionados a la obesidad. Los procesos epi-genéticos están relacionados a modificaciones de la expresión de los genes asociados a factores ambientales. La gestación y los primeros dos años de vida, son los períodos de mayor crecimiento longitudinal del individuo. Las condiciones adecuadas de alimentación e higiene y salud son clave para expresar todo su potencial genético; de lo contrario, pueden producir el retardo de crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer (menos de 2.5 Kg.) y retardo en la estatura durante la niñez o desnutrición crónica, que es un factor de riesgo importante para el desarrollo del sobrepeso y obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta.

El consumo de estos alimentos altamente energéticos, va acompañado de estrategias de mercado dirigido a grupos de población específicos como niños o adolescentes. Un claro ejemplo son los mensajes a la población infantil acompañados de juguetes en los productos de restaurantes de comida rápida, lo que causa una asociación por las preferencias de estos alimentos por los niños²²

22 Violeta Chacon et. al. Child-oriented marketing techniques in snack food packages in Guatemala, BMC Public Health 2013

La disponibilidad de alimentos y bebidas procesadas también está llegando a áreas rurales, así lo ha reportado un estudio local en un área rural y remota de Nicaragua donde ya al menos dos tercios de los niños de 12 a 35 meses de edad, habían consumido al menos un alimento altamente procesado, y más del 80% había consumido una o más bebidas azucaradas²³.

El proceso de la urbanización en Centroamérica y República Dominicana es acelerado e impone grandes desafíos para la población y los gobiernos.²⁴ A partir de los años 90 la región viene en un proceso acelerado de migración hacia las ciudades, dada la apertura económica, desarrollo de la industria y comercio. Este proceso de urbanización viene acompañado con la globalización y el desarrollo tecnológico, que influye tanto en la industria alimentaria como en el uso de medios de transporte y recreación tecnológica. En este sentido las poblaciones pasan a tener una vida más sedentaria con mayor uso de transporte motorizado y mayor recreación sedentaria para la familia. A su vez el proceso de urbanización no planificado conlleva a tener reducción de áreas verdes para la recreación y actividad física, con un crecimiento de la inseguridad ciudadana que obliga a los padres, a que sus hijos permanezcan dentro de casa sin poder salir a jugar al aire libre.

Por otra parte, los servicios sociales como salud y educación tienen limitada capacidad de ser fuente de educación integral y provocar cambios de conducta saludables, esto sumado a la baja calidad de servicios y el poco impulso de políticas en la promoción de ambientes saludables hace que se complete el panorama del ambiente obesogénico en el que está inmersa la población.

23 Contreras M, Zelaya Blandón E, Persson LA and Ekström EC. (August 19, 2014). Consumption of highly processed snacks, sugar-sweetened beverages and child feeding practices in a rural area of Nicaragua. *Maternal & Child Nutrition* doi: 10.1111/mcn.12144.

24 Fredy Miranda, Reformas Económica, Medioambiente y Urbanismo, Comisión Económica para América Latina – CEPAL, 2002

Situación de Micronutrientes

Utilizando estudios de análisis secundarios de encuestas de condiciones de vida llevados a cabo en la región, el mayor déficit de micronutrientes está en el calcio y zinc, ya que su disponibilidad per cápita es insuficiente para cubrir los requerimientos dietéticos necesarios. En el estudio se encontró que las deficiencias de calcio y hierro son afectadas por el nivel de pobreza y este último por el tamaño del hogar, mientras que la deficiencia de zinc no es afectada por el nivel socioeconómico, ni por el factor étnico.

Se reportó en el estudio que las vitaminas con mayor deficiencia fueron la vitamina C y la riboflavina, ambas

Vitamina A

A nivel poblacional, la deficiencia de vitamina A no se considera un problema de salud pública según clasificación de la OMS, cuando la prevalencia es menor de dos por ciento. (Anexo 2)

A partir de datos disponibles en encuestas nacionales o sistemas de vigilancia disponibles entre el 2008 y 2011 la deficiencia de vitamina A (retinol sérico < 0.70 umol/L) en niños entre las edades de 6 a 59 meses reportan que no es un problema de salud pública para Guatemala (0.3%) y Belice (1%). En El Salvador y Nicaragua la deficiencia es un problema leve con prevalencias de 5.3% y 3.1% respectivamente. República Dominicana

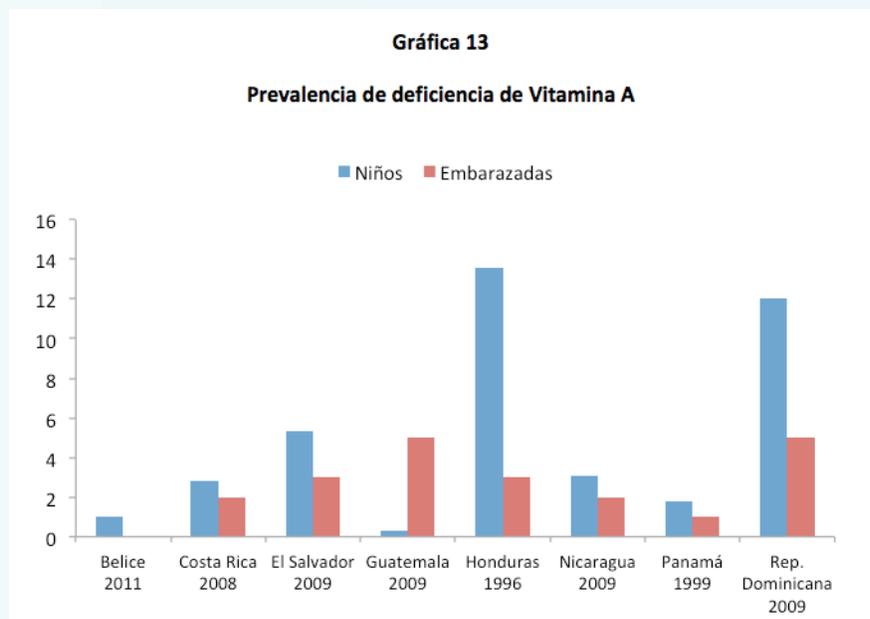
afectadas por el nivel de pobreza en el hogar. En el caso de la vitamina A, el azúcar fortificado es buen medio de esta vitamina, de manera que en promedio no se observa deficiencia. Sin embargo, en poblaciones indígenas y en extrema pobreza en Panamá, se ha encontrado deficiencia alta de vitamina A, la cual sólo cubre alrededor del 30% de los requerimientos dietéticos.

Para complementar el análisis se hace una referencia de las principales vitaminas y minerales que han medido a través de encuestas nacionales de salud y de micronutrientes:

reporta una deficiencia de vitamina A del 12% considerada un problema de salud pública moderado.

Por otro lado, en Honduras la prevalencia de deficiencia de vitamina A es del 14% (un problema de salud pública moderado) de acuerdo con la encuesta de 1996. En Panamá la encuesta realizada en el año 1999 reportó que la deficiencia de vitamina A no es un problema de salud pública, con una prevalencia de 1.8%.

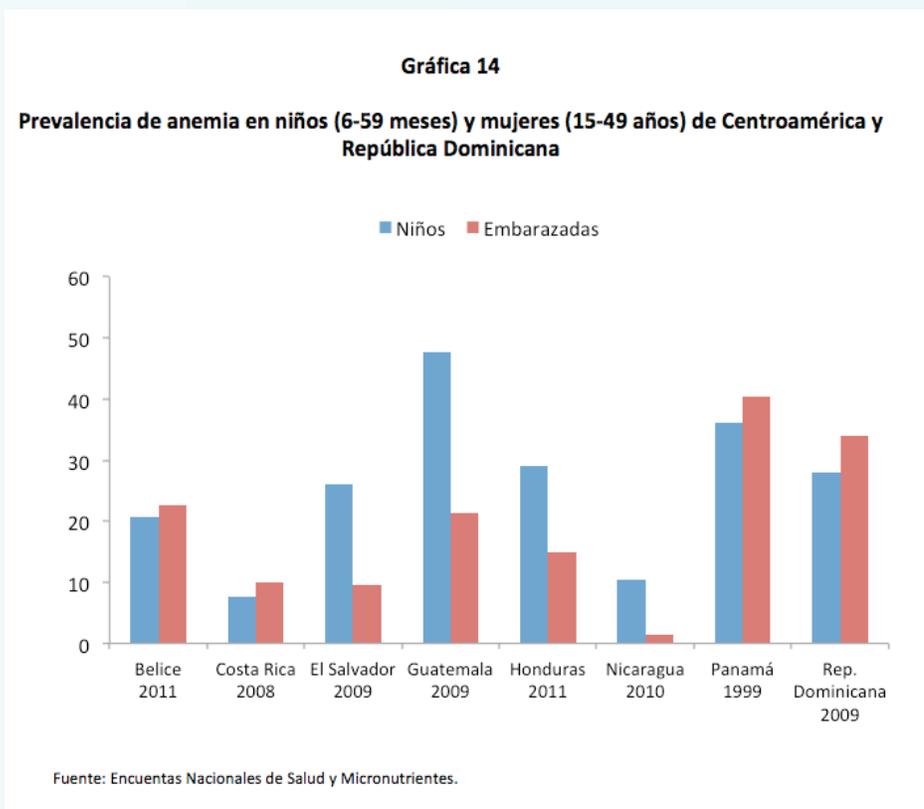
En las mujeres embarazadas, Guatemala y República Dominicana reportan la mayor prevalencia de deficiencia de este micronutriente equivalente al 5% en ambos países. (Gráfica 13) (Anexo 3)



Hierro

La prevalencia de anemia ferropénica en niños, mujeres embarazadas con hemoglobina menor a 110 g/L y mujeres en edad fértil con hemoglobina menor a 120 g/L, se considera un problema de salud pública a nivel de país, cuando su magnitud está por encima del 5%

de la población. En la región centroamericana y de República Dominicana, la deficiencia de hierro sigue siendo un problema de salud pública con excepción de Nicaragua en mujeres en edad fértil (Gráfica 14).



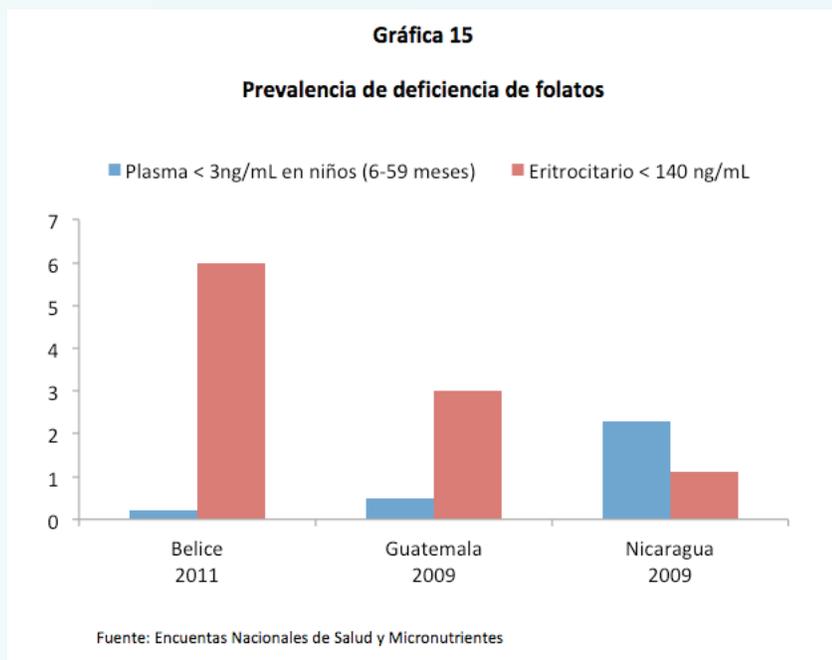
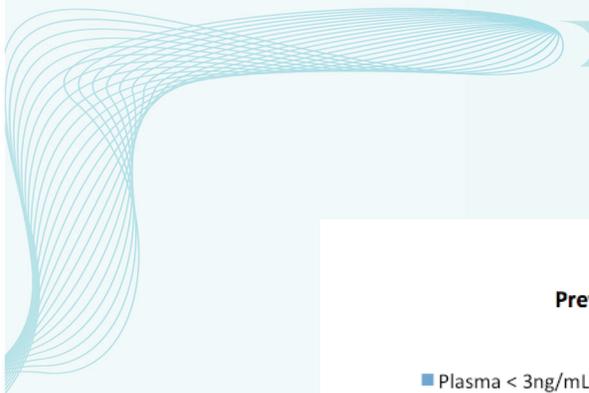
En niños entre las edades de 6 a 59 meses, el único país con un problema severo de anemia es Guatemala (47.7%). Los países con un problema moderado son: Honduras (29%), República Dominicana (28%), El Salvador (26%) y Belice (21%). En mujeres en edad

fértil (entre 15 y 49 años) el país con un problema severo es Panamá (40%). Los países con un problema moderado en mujeres son: República Dominicana (34%), Belice (23%) y Guatemala (21%).

Folatos

En términos de deficiencia de folatos en plasma para niños entre 6 y 59 meses, los países que tienen datos disponibles son: Belice, Guatemala y Nicaragua (Gráfica 15). La deficiencia en estos tres países fue menor de 2.5%. En mujeres en edad fértil (15-49 años) en estos tres países con datos de folato eritrocitario, la deficiencia de este micronutriente (< 140 ng/mL) es mayor en

Belice (6%), seguido de Guatemala (3%) y Nicaragua (1.1%). En Costa Rica, datos de deficiencia de este micronutriente están en la forma folato sérico, cuya prevalencia de la deficiencia (< 6ng/mL) representa el 3.8% en mujeres en edad fértil y 1.4 en el adulto mayor.



Yodo

Los datos de prevalencia de deficiencia de yodo en mujeres en edad fértil o embarazada no siempre están disponibles en la mayoría de los países. Para aproximar la medida de deficiencia de yodo, se mide a nivel poblacional en grupo de escolares (de 6 a 12 años) utilizando muestras casuales de orina. En las encuestas realizadas en la región centroamericana, a principios de los años 90 el porcentaje de nivel bajo de yodo en la orina (< 100 µg/L) fue mayor en Nicaragua (37%), Honduras (31%) y Belice (26.7%), seguido de Guatemala (14%).

Desde un punto de vista poblacional, la deficiencia de yodo es un problema de salud pública cuando la mediana de su concentración en la orina está por debajo de 100 µg/L (Anexo 2). De acuerdo a datos de estimaciones globales de la OMS, solo en República Dominicana la deficiencia de yodo es un problema de salud pública, con

una mediana de concentración de yodo en la orina de 39 µg/L, según la encuesta de 1993.

República Dominicana y Costa Rica cuentan con encuestas nacionales recientes de yodo. En Costa Rica la mediana de concentración de yodo en orina en escolares fue de 340 µg/L. En República Dominicana 11.4% de escolares presenta niveles bajos de excreción urinaria de yodo y 47.4% presentan niveles altos de excreción de yodo en esta población, lo cual presenta un factor de riesgo para el hipertiroidismo. (Anexos 2 y 3)

Para el caso de yodo se recomienda que los países instalen un sistema de monitoreo sobre la disponibilidad de yodo en los alimentos procesados, que se considera una buena fuente de fortificación para evitar problemas de salud pública relacionados a este mineral.

Zinc

Datos de deficiencia de zinc en la niñez y en mujeres en edad fértil son escasos en la región. En Guatemala se reporta una deficiencia de este micronutriente ($< 70\mu\text{g/dl}$) del 34.9% en niños entre las edades de 6 a 29 meses y en Costa Rica, la deficiencia fue de 23.9% en casi un tercio en el grupo de preescolares de 1 a 6 años. (Anexo 3)

Selenio

La deficiencia de selenio es poco común y está relacionada con problemas cardiovasculares, en Costa Rica el promedio de selenio sérico fue $69.6\mu\text{g/dl}$, la prevalencia de la deficiencia de selenio ($<60\mu\text{g/dl}$) en la población adulta total fue de 35.0% siendo mayor en mujeres en edad fértil del 42% y menor en hombres adultos 29.0%.

Flúor

El flúor se considera un mineral necesario para la protección de la caída dental, Costa Rica realizó determinación de flúor en orina en el grupo escolar, los resultados mostraron que el 66.3% de escolares tenía concentraciones de flúor entre 0.5 y $1.2\mu\text{g/ml}$. Así mismo los valores de todas las muestras se ubicaron entre 0.1 y $2.9\mu\text{g/ml}$, lo cual indica que la ingesta de flúor es adecuada.

Debido a los problemas previamente descritos, en los países de la región se han desarrollado estrategias para prevenir y controlar las deficiencias por micronutrientes y entre las medidas más utilizadas en salud pública se recomiendan: dieta diversificada, fortificación y suplementación. La dieta diversificada se refiere al consumo de alimentos en calidad y cantidad y que provengan de fuentes naturales de micronutrientes como frutas, verduras, carnes, productos lácteos y otros. La fortificación de alimentos es una estrategia orientada en el uso de tecnologías disponibles a nivel local, para la adición de micronutrientes a alimentos que mayoritariamente son consumidos por la población. La suplementación con micronutrientes es una estrategia focalizada habitualmente a poblaciones específicas con vulnerabilidad nutricional (generalmente mujeres y niños), la cual consiste en la administración farmacológica de micronutrientes. El Cuadro 1 resume datos sobre los alimentos que están fortificados en cada uno de los países de la región.

Cuadro 1

Programas de fortificación de alimentos en los países de la región

País	Sal con yodo	Azúcar con vitamina A	Harina de trigo con hierro	Harina de maíz con micronutrientes	Arroz con ácido fólico y otros micronutrientes	Leche con vitamina D
Belice	X		X			
Costa Rica *	X	X	X	X	X	X
El Salvador	X	X	X	X		
Guatemala	X	X	X			
Honduras	X	X	X			
Nicaragua	X	X	X		**	
República Dominicana	X		X	voluntaria		
Panamá	X	X	X		X	

* Con yodo y flúor

** Propuesta y existe una propuesta regional

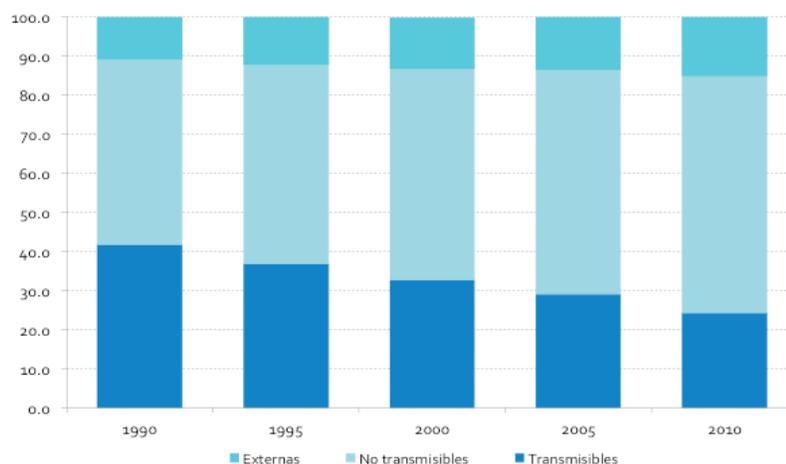
SITUACIÓN DE SALUD

De acuerdo con el informe sobre la carga global de las enfermedades de la OMS, la región está presentando cambios en las tendencias de las causas de muertes del periodo comprendido entre 1990 y 2010, mostrándose en la Gráfica 16, una disminución de las muertes por enfermedades transmisibles, a una tendencia en el aumento de muertes por enfermedades

no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, y cáncer, entre otros. A esta tendencia de aumento se le suman las muertes por causas externas como accidentes de tránsito, violencia, entre otros. Este fenómeno es conocido como transición epidemiológica.

Gráfica 16

Distribución de los decesos por grupos de causas, todos los grupos de edad, ambos sexos, en porcentajes, Centroamérica y República Dominicana, 1990-2010



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Cause Patterns*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2013. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/>. (Octubre, 2014)

Las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a los niños son las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias. Estas interactúan con el estado nutricional del niño provocando aumento de requerimientos y/o pérdidas de nutrientes importantes para su desarrollo.

En la región, el país con la mayor prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años es Guatemala 22.5% (ENSMI 2008-2009), seguido de República Dominicana 18% (ENDESA 2013); Costa Rica en donde se reporta la menor prevalencia de diarrea en niños 7% (MICS 2011), seguido de Belice

7.9% (MICS 2012). La prevalencia de enfermedades respiratorias que afectan a los niños en Guatemala fue de 20% (ENSMI 2008-2009) y en Belice del 3% (MICS 2012).

El sobrepeso y obesidad son factores de riesgo que permiten el desarrollo de enfermedades no transmisibles, siendo las más frecuentes las cardiovasculares, diabetes tipo 2, cerebrovasculares, osteoartritis y cáncer. Se estima que a nivel mundial se reportan alrededor de 3.4 millones de muertes al año, que equivalen 3.9% de años de vida perdidos y 3.8% de años ajustados por discapacidad²⁵.

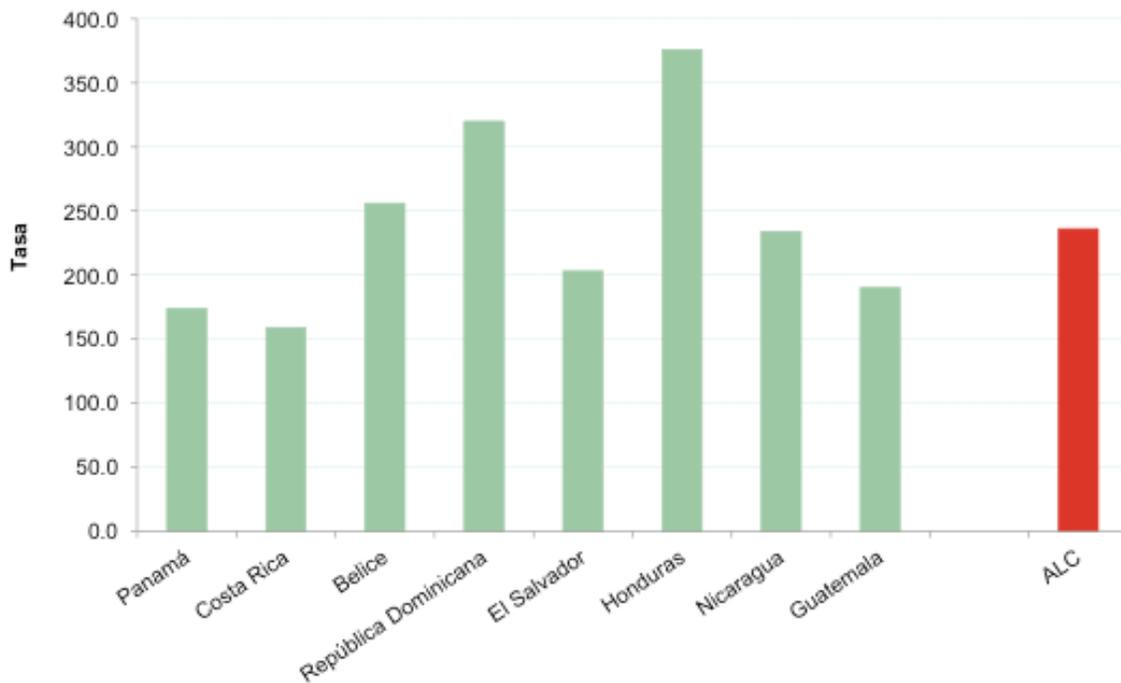
²⁵ DOHA, Strategic Action to Combat the Obesity Epidemic, Report of the Obesity Working Group, 2013, Profesor Shiriki Kumanyika, Dr. Kimberly Libman and Ms. Ana Garcia

En Centroamérica y República Dominicana las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables de una alta carga de morbilidad y mortalidad prematura. La mayoría de los países de la región reportan un 60% atribuible a muertes por ENT. En el caso de Costa Rica el 83% del total de muertes se deben a ENT y 47% en Guatemala.

En la Gráfica 17 se observan las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes en los países de la región. Panamá y Costa Rica tienen tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes más bajas que el resto de países de América Latina y Centroamérica, lo cual sugiere que las medidas de prevención y de atención a la morbilidad están teniendo un mayor impacto que en el resto de países.

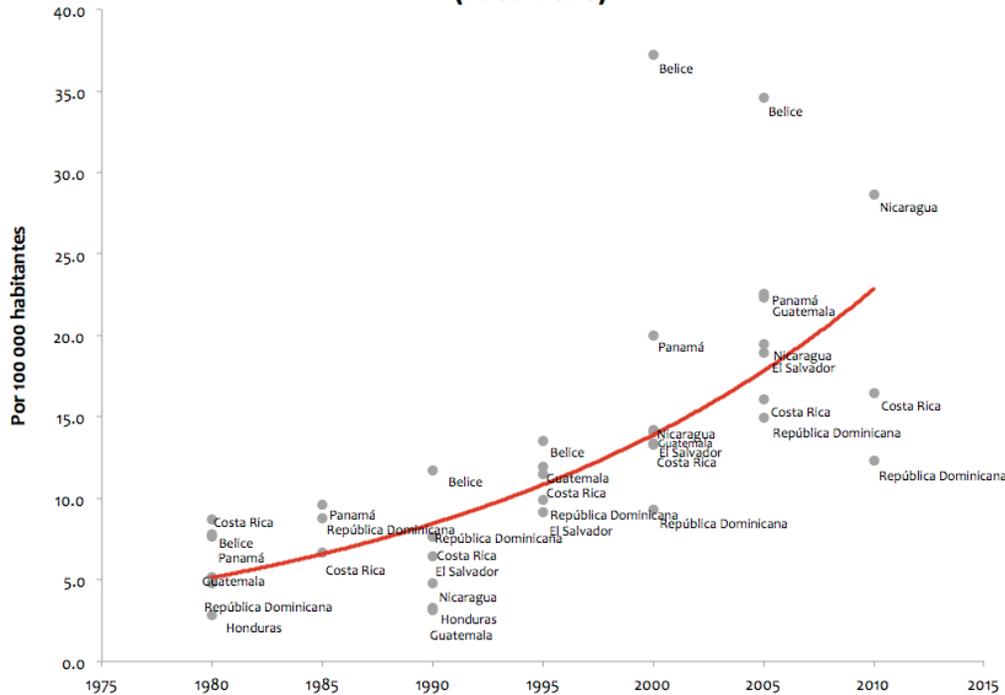
Gráfica 17

Tasa de mortalidad específica por causa: enfermedades cardiovasculares y diabetes (muertes x 1,000), año 2008



Gráfica 18

Mortalidad por Diabetes Mellitus en Centroamérica y República Dominicana (1980-2010)



La mortalidad por diabetes mellitus ha tenido un incremento considerable a partir de 1995, constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en la región (Gráfica 18).²⁶

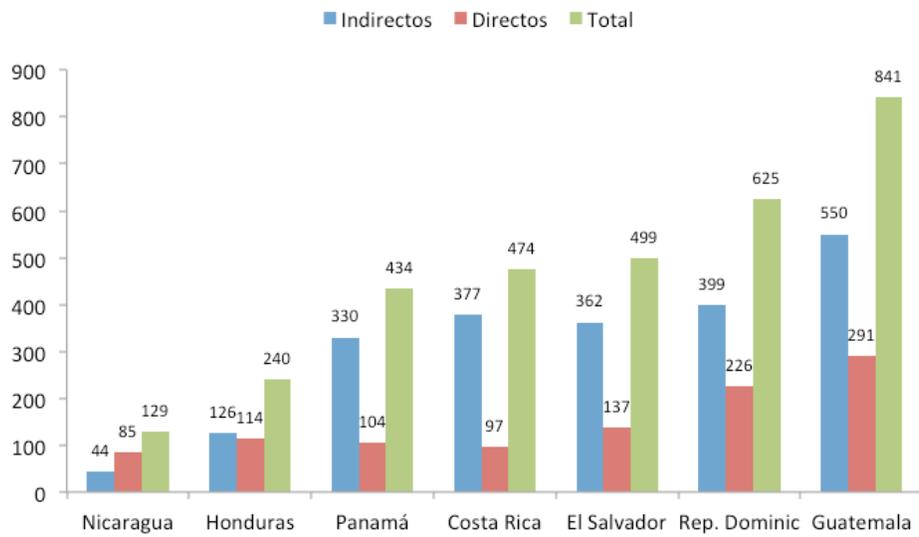
En el año 2000, un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud estimó que los costos directos (atención médica) e indirectos (muerte prematura y discapacidad) de la diabetes en ese año, para siete de los ocho países de la región, ascendieron a USD 1,054 y 2,187 millones, respectivamente. La Gráfica 19 muestra el detalle de esos costos por país. El costo directo anual por paciente osciló entre USD 590.00 dólares en Honduras y USD 888.00 dólares en República Dominicana.

Además, existen otros factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, como el tabaco, alcohol e inactividad física. En la región, la prevalencia de fumar tabaco es en promedio, casi cuatro veces mayor en hombres (22%), que en mujeres mayores de 15 años (5.8%). Para República Dominicana, la prevalencia de fumar tabaco es similar en ambos grupos de edad. En el grupo de mujeres la prevalencia es más alta entre todos los países, alcanzando una prevalencia del 16%. En adolescentes entre las edades de 13 a 15 años, el uso de tabaco se reporta en 19% en hombres y un 12.6% en mujeres.

El promedio regional del consumo de alcohol en personas a partir de 15 años de edad, es de 5.6 litros por persona al año. El consumo mínimo fue reportado en El Salvador con 3.2 litros y el máximo en Belice con 8.5 litros. (Anexo 3)

La estimación de la prevalencia de actividad física insuficiente ha sido definida como menos de 30 minutos diarios, en personas mayores de 15 años. En Guatemala la prevalencia de actividad física insuficiente es de 15.6% y en República Dominicana de 59.1%. (Anexo 3)

Gráfica 19
Costo de la diabetes por país (Millones de USD)



Fuente: Barceló A, et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bulletin WHO 2003

SITUACIÓN POLÍTICA Y PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES EN LA REGIÓN

Seis de los países de la región tienen implementadas políticas nacionales en Seguridad Alimentaria y Nutricional, con programas, proyectos y planes de acción, la mayoría focalizados en grupos nutricionalmente vulnerables, especialmente mujeres y niños, lo que refleja un compromiso político enmarcado en agendas mundiales o regionales (Cuadro 2).

Esto implica que los países deben de asegurar una infraestructura en términos de fortalecimiento de las capacidades técnicas, recursos financieros y coordinaciones multisectoriales, que maximicen los beneficios en alimentación y seguridad alimentaria con el manejo de recursos de forma eficiente.

Es clave que dentro de este marco de implementación de políticas, la existencia de sistemas de monitoreo que evalúen indicadores de procesos guíen de manera efectiva y eficiente la operatividad de las políticas, planes y programas, con un enfoque de buena

gobernanza, transparencia y liderazgo; que informen a los tomadores de decisiones sobre la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo a nivel comunitario, no solo en lograr impactos, sino en conocer aquellos procesos que pueden limitar la implementación adecuada. Las intervenciones deben ir acompañadas de evaluaciones costo-efectivas y rendición de cuentas.

Se requiere mayor divulgación de las políticas, estrategias y planes de acción dirigidos a la sociedad civil y sobre todo a las partes interesadas: sector público, sector privado y cooperantes. Compartir experiencias, conocimientos, herramientas y lecciones aprendidas es otra necesidad para la acción en cada país y a nivel regional. La regionalización de las soluciones facilitará la implementación de estrategias conjuntas que disminuyan los problemas alimentarios y nutricionales.²⁷

²⁷ Taller “Avanzando la Agenda de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los países de la región de Centroamérica” en la ciudad de San Salvador, El Salvador, 10 y 11 de Septiembre de 2014.

Cuadro 2

Políticas, Planes, Programas y Proyectos en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y República Dominicana

País	Política de SAN	Plan de Acción de la política de SAN	Número de Programas relacionados con SAN	Número de Proyectos relacionados con SAN
Belice	Formulada 2010	No tiene	18	11
Costa Rica	Aprobada 2011-2021	Implementado 2011-2015	7	Sin datos
El Salvador	Aprobada 2011-2015	Implementado 2005	6	8
Guatemala	Aprobada	Implementado 2012-2016	11	9
Honduras	Aprobada	Cuenta con estrategia	5	5
Nicaragua	Aprobada 2009	Implementado 2009	2	2
Panamá	No tiene	Implementado 2009-2015	14	4
República Dominicana	No tiene	Implementado 2013-2016	7	1

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por los países y datos de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032

Para concluir el análisis, la seguridad alimentaria y nutricional es un reto para los tomadores de decisión, debido a que deben cumplir con los compromisos internacionales y nacionales en la región del SICA, como la reducción del hambre y de la pobreza extrema reflejados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y post 2015.

Nicaragua ya alcanzó la meta del milenio número uno (Reducción de la pobreza y el hambre), al reducir a la mitad la proporción de la población por debajo del nivel mínimo del consumo de energía alimentaria, tomando como base el nivel reportado en 1990. En países como Guatemala, El Salvador y Costa Rica los avances en compromisos y acciones serán parte de la agenda post 2015, debido al poco progreso en esta meta.²⁸

La Seguridad Alimentaria y Nutricional requiere un enfoque integral, con la participación de múltiples sectores y actores, entre ellos económicos, sociales, políticos y ambientales, influenciada por el contexto internacional y movimientos de mercado así como los fenómenos climáticos que afectan a nivel global.

28 División Estadísticas de las Naciones Unidas. Indicadores de Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

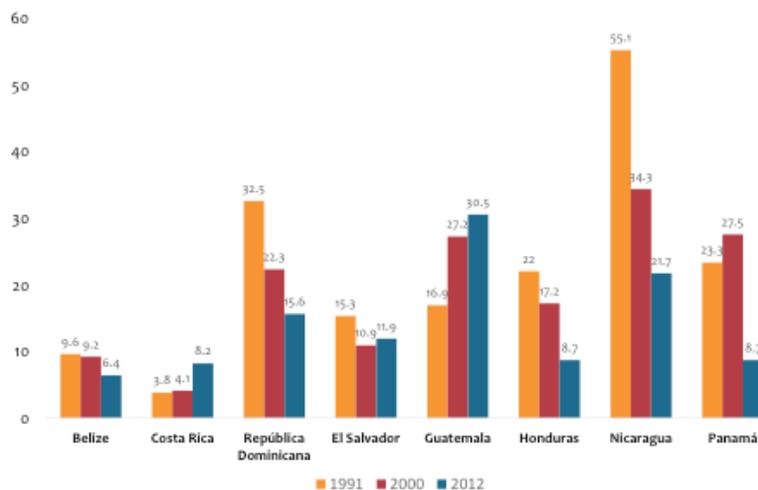
La baja capacidad adquisitiva de la población, comportamiento alimentario inadecuado, las deficientes condiciones sanitarias y ambientales, son causas subyacentes de la mala alimentación y nutrición, así como la presencia de infecciones y enfermedades no transmisibles. Por otra parte, la alta dependencia externa de alimentos e insumos, la comercialización deficiente, el bajo nivel educativo, entre otras, son factores que contribuyen a la inseguridad alimentaria y nutricional, que afecta el desarrollo humano.²⁹

Ante esta situación, el INCAP en conjunto con el Consejo Agropecuario Centroamericano -CAC- y el Consejo de Integración Social -CIS-, vienen desarrollando la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2013-2032, que tiene origen en los esfuerzos realizados por los Gobiernos Miembros y la Institucionalidad del Sistema de Integración Centroamericana, aprobada por tres Consejos de Ministros: Agricultura, Salud y Social a fin de garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población de Centroamérica y República Dominicana.

29 Política Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032.

Gráfica 20

Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria



Fuente: Indicadores de Metas del milenio: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

III. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2015-2019

1. Contribuir a la reducción de la malnutrición en todas sus formas a través de la promoción de alimentación, nutrición y estilos de vida saludables en los países del SICA.
2. Apoyar el fortalecimiento del sistema alimentario nutricional que garantice su sostenibilidad para una alimentación y nutrición saludable, suficiente y equilibrada durante el curso de vida.
3. Fortalecer los sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación en el cumplimiento de los compromisos de los países en relación al derecho de la alimentación y nutrición.
4. Promover la sinergia de las acciones vinculadas a la alimentación y nutrición, nacionales y regionales a través de alianzas intersectoriales y multisectoriales con el involucramiento de los sectores público y privado, y los organismos internacionales.

IV. ESTRATEGIA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

A partir de la problemática reflejada en el análisis de situación, se ha identificado que la región está confrontando en la actualidad la coexistencia de problemas de deficiencias como de excesos alimentarios y nutricionales, lo cual es parte de la dinámica de una transición nutricional que se ha acelerado en las últimas décadas. Las intervenciones costo efectivas para responder a las problemáticas de la malnutrición en todas sus formas existen, y la factibilidad

para implementarlas o llevarlas a escala es todavía un importante desafío para los países en la región.

Los marcos políticos y legislativos existentes en la región en el tema de seguridad alimentaria y nutricional son una importante plataforma para la transformación de los compromisos en planes de acción concretos y con el respaldo financiero necesario para una implementación eficiente a nivel de los países.

El INCAP para la implementación del PEI 2015-2019 ha identificado las siguientes estrategias:

1. Incidencia política a nivel nacional o regional en coordinación con las instituciones del SICA para promover una buena alimentación y nutrición, basándose en la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.
2. Alianzas estratégicas multisectoriales e intersectoriales con instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, que aborden temas de seguridad alimentaria y nutricional para fomentar la cooperación, que promuevan la sinergia entre los compromisos nacionales, regionales y globales.
3. Experiencias innovadoras aplicadas en el campo de la SAN en los países, para su difusión e implementación en la región a través del intercambio de evidencia científico técnica.
4. Intercambio de experiencias para abordar los temas sobre nutrición y su relación con la agricultura y el cambio climático, transición nutricional y cambios de conductas en los hábitos alimentarios e interculturalidad.
5. Formación de recursos humanos para el fortalecimiento de las capacidades en áreas técnicas en nutrición humana y seguridad alimentaria y nutricional.
6. Uso de tecnologías avanzadas y eficientes aplicadas en el campo de la nutrición.
7. Generación de evidencia a través de investigaciones aplicadas en el campo de la nutrición, en coordinación con el sector académico y sectores afines.
8. Asistencia técnica para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de políticas, planes y proyectos nacionales en los países de la región para la generación de evidencia que apoyen a los tomadores de decisiones.
9. Gestión y movilización de recursos humanos y financieros, a través de la gestión de proyectos y programas en el campo de la nutrición.

V. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

El análisis de situación en nutrición y seguridad alimentaria incluye revisiones documentales, herramientas cualitativas (grupos focales y entrevistas) en los siguientes elementos:

- Prioridades a nivel global, regional y nacional
- Compromisos del INCAP (regional y en cada país)

PRIORIDADES A NIVEL GLOBAL, REGIONAL Y NACIONAL

La revisión documental se focalizó en una búsqueda de resoluciones de cumbres de presidentes de la región, asambleas mundiales y regionales de la salud, reuniones de alto nivel, planes de acción y estrategias mundiales y regionales.

A nivel global los temas prioritarios sobre nutrición se deben centrar en:

- Contar con políticas o estrategias en seguridad alimentaria y nutricional a nivel de país o región con recursos humanos y financieros necesarios³⁰.
- Las seis metas globales para el 2025 sobre el plan integral de nutrición materno-infantil y del niño pequeño³¹ para acelerar el compromiso político en nutrición son:
 - Meta 1: Reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de 5 años.
 - Meta 2: Reducir 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva.
 - Meta 3: Reducir 30% el bajo peso al nacer.
 - Meta 4: No aumento de sobrepeso en niños.
 - Meta 5: Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta al menos 50%.
 - Meta 6: Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación en niños
- La consulta de alto nivel sobre hambre, seguridad alimentaria y nutrición, declara la meta para el 2025 erradicar el hambre, la inseguridad alimentaria y malnutrición³³.
- A nivel global, se reconoce que es de prioridad que la implementación de políticas y programas sobre nutrición y seguridad alimentaria, sean de manera integral y multisectorial, que incluyan estrategias que aborden enfoque de curso de vida y periodos críticos (ventana de oportunidad de los 1000 días), equidad de género, productividad, derechos humanos entre otros³⁰.
- Es esencial que las políticas y planes nacionales nutricionales se fundamenten en intervenciones basadas en evidencia, con orientación en los determinantes y que se cuente con planes operacionales objetivos, que lleven a escalas (universal y equitativa) tales intervenciones³⁰.
- Para que la implementación de políticas y programas en nutrición (a nivel de país/región) sea exitosa, los compromisos políticos deben de ser mandatarios a través de leyes o regulaciones³⁰.

- Se ha reconocido a nivel internacional el aumento de las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y cáncer), así como la necesidad de implementar intervenciones focalizadas en la reducción de sus factores de riesgo (tabaco, alcohol, dietas no saludables, inactividad física) con 9 metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las ENT para el 2020³²:
 - Meta 1: Un 25% de reducción relativa en el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades crónicas respiratorias.
 - Meta 2: Al menos un 10% de reducción relativa en el uso nocivo de alcohol en el contexto nacional.
 - Meta 3: Un 10% de reducción relativa en la prevalencia de insuficiente actividad física.
 - Meta 4: Un 30% de reducción relativa en la media de consumo poblacional de sal/sodio.
 - Meta 5: Un 30% de reducción relativa en la prevalencia del consumo de tabaco en personas mayores de 15 años.
 - Meta 6: Un 25% de reducción relativa en la prevalencia de la presión arterial elevada o mantener la prevalencia de la presión arterial elevada de acuerdo a las circunstancias nacionales
 - Meta 7: No aumento de la diabetes y obesidad
 - Meta 8: Al menos 50% de las personas que lo necesiten, reciban farmacoterapia y consejería (incluyendo el control glicémico), para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cardiovasculares.
 - Meta 9: Al menos el 80% de las tecnologías básicas en medicinas esenciales, estén disponibles y asequible incluyendo genéricos que requieren para tratar las principales ENT, tanto en el sector público o privado.
- El abordaje de la doble carga de la malnutrición (desnutrición y sobrepeso/obesidad) y la implementación de programas de intervención, es de prioridad en todos los países del mundo.
- Se necesita un enfoque comprensivo de la SAN que incluya el rol clave del ambiente (cambio climático), agricultura, el desarrollo rural y gobernanza, en la eliminación de la pobreza, hambre y malnutrición³³.
- Los tomadores de decisiones deben de estar bien informados de los progresos de las políticas, planes, programas nutricionales y rendición de cuentas, con el apoyo de sistemas de monitoreo y evaluación con indicadores claves³².
- A nivel internacional, se insta a los gobiernos a desarrollar sistemas alimentarios sostenibles, que promuevan una diversificación en la producción de alimentos y dietas saludables, con el uso de tecnologías eficientes que reduzcan la pérdida y el desperdicio de alimentos y nutrientes³⁴

32 WHO 2013.66 Asamblea Mundial de la Salud. Global Action Plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013—2020

33 The Madrid high level consultation on hunger, food security and nutrition in the post-2015 development framework. Madrid, April 4th, 2013.

34 Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2). Documento final de la conferencia: Marco de acción. Roma, 19-21 de noviembre del 2014.

A nivel de la región de los países miembros del INCAP y del Sistema de Integración Centroamericana -SICA-, mediante reuniones de jefes de estado y de gobierno, acuerdos, mandatos e instrumentos regionales, se ha dejado en evidencia la voluntad política de ocuparse de manera prioritaria de la seguridad alimentaria y nutricional en los países miembros³⁵.

- A nivel de la región centroamericana, se han comprometido en la Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica 2010—2015, enfocándose en ³⁶:
 - Meta 1: Haber reducido en 5 puntos porcentuales la desnutrición crónica (TAZ < -2)
 - Meta 2: Haber reducido en 5 puntos porcentuales la prevalencia de anemia nutricional en embarazadas y en niños menores de cinco años.
 - Meta 3: Haber prevenido el incremento o haber reducido la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.
- En el tema de enfermedades crónicas no transmisibles, la región centroamericana y República Dominicana han dado prioridad en términos de salud pública a las ENT, a nivel de Cumbres de Presidentes, Sistema de Integración Centroamericana, RESSCAD y COMISCA, conformándose la Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer con un Plan de Crónicas y Cáncer para Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, con los siguientes desafíos:
 - Prevención de los factores de riesgo en población joven
 - Contar con un sistema de vigilancia para el monitoreo de indicadores nacionales de ENT y factores de riesgo
 - Reducir los riesgos de enfermedades no transmisibles
 - Promoción de consumo de frutas y vegetales
 - Ratificación e implementación del Convenio Marco del Tabaco
 - Políticas para la regulación de las grasas trans y la sal
 - Mejoramiento de la vigilancia y monitoreo de la calidad de atención integral de las enfermedades crónicas y la preparación de los recursos humanos para enfrentar estos desafíos
- La seguridad alimentaria es una prioridad en la región, y la implementación de la Política Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centro América y República Dominicana 2012-2032, es una oportunidad para avanzar en los procesos de cooperación regional, a través del desarrollo de un plan de acción efectivo y sostenible con resultados y productos definidos.³⁴

35 INCAP, SICA, COMISCA, CAC, SIS. Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centro América y República Dominicana. Guatemala 2013

36 OPS Octubre 2010. 50 Consejo Directivo, 62 Sesión del Comité Regional. Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica 2006--2015.

COMPROMISOS DEL INCAP (REGIONAL Y EN CADA PAÍS)

Se realizó una revisión documental de tres aspectos importantes en la definición de los compromisos del INCAP:

- Mandatos del Consejo Directivo: contenidos recomendados y a cumplir en los próximos años para ser priorizados en el PEI.
- Convenios y acuerdos regionales: entrevista a Secretarías afines a la nutrición del SICA determinando el progreso de convenios y acuerdos regionales.
- Convenios y acuerdos de proyectos en gestión y ejecución.

Dentro de los mandatos y resoluciones se determinó cuáles fueron de prioridad institucional y que aplican

para el período 2015-2019. A partir de la recolección de información de los mandatos y resoluciones, se identificaron dos grupos: el primero son las resoluciones del Consejo Directivo del INCAP y el segundo son los acuerdos emanados por el COMISCA.

Dentro de las resoluciones emitidas por el Consejo Directivo del INCAP, se seleccionaron temas específicos relacionados a micronutrientes, monitoreo y evaluación y certificado de calidad nutricional. Por el COMISCA, se identificaron mandatos en temas relacionados con desnutrición crónica, política de SAN, obesidad infantil, enfermedades crónicas y cáncer, micronutrientes y certificado de calidad nutricional

Los contenidos recomendados a cumplirse para el período 2015—2019 se refieren a:

- En el tema de deficiencias de micronutrientes, es prioridad llevar a cabo la implementación del Proyecto Centroamericano y de República Dominicana para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes. Segunda fase ^{37, 38, 39, 40}.
- En el tema de certificado de calidad nutricional, cumpliendo con las resoluciones por el Consejo Directivo del INCAP y estando el Plan aprobado para el 2015, la certificación deberá estar implementándose para el período 2015—2019 ^{41, 42, 43}.
- En enfermedades crónicas y cáncer, se debe continuar con el apoyo técnico a la CTCC, con énfasis en la aprobación, implementación y monitoreo de la estrategia para la prevención de la obesidad infantil y adolescente con un abordaje integral ⁴⁴.
- Continuar con el apoyo técnico en la elaboración e implementación de planes nacionales, para la prevención y control de las enfermedades crónicas que reflejen la multisectorialidad.
- En relación a la Política de SAN, ésta debe ser elevada a la Cumbre de Presidentes y avanzar en la elaboración de su Plan de Acción.

37 LXI Reunión del Consejo Directivo del INCAP República Dominicana 2011

38 LXII Reunión del Consejo Directivo del INCAP Belice 2012

39 LXII Reunión del Consejo Directivo del INCAP Belice 2012

40 XXXII (2010), XXXIII (2010), XXXVII (2012), XXXVIII (2013) Reunión de Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana

41 LXIII Reunión del Consejo Directivo del INCAP Guatemala 2013

42 LXIV Reunión del Consejo Directivo del INCAP El Salvador 2014

43 XXXVII Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana 2012

44 XXXII (2010), XXXVII (2012) Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana

En relación a los convenios y acuerdos de cooperación, INCAP tiene un total de 31 convenios, de los cuales 22 se encuentran vigentes y nueve están en proceso de negociación. Dentro de los convenios vigentes, la formación de recursos humanos y la investigación aplicada son las funciones básicas más solicitadas. En el caso de los convenios en negociación, todos abarcan las funciones básicas del INCAP. Estos convenios se suscribieron con instituciones académicas (8), asociaciones y fundaciones (4), agencias de cooperación (3), organismos gubernamentales (3) y con el SICA (2).

De los nueve convenios en negociación, ocho de ellos son a través de agencias de cooperación (con la oficina de país de OPS en cada uno de los países miembros del INCAP) y un convenio con el sector privado. Un total de 13 convenios finalizarán en el 2015, uno en el 2016, dos en el 2017, dos en el 2020 y cuatro convenios tienen un tiempo de vigencia indefinido.

VI. EJES TEMÁTICOS

El análisis de la situación alimentaria y nutricional evidencia avances en el estado nutricional de la población en todos los países, sin embargo, en la región coexisten problemas nutricionales por deficiencias (ej. desnutrición) y excesos (ej. sobrepeso). Las causas y determinantes sociales de estos problemas son complejos y múltiples, producto de un sistema alimentario que no garantiza el aspecto nutricional y acceso equitativo de los alimentos en cantidad, calidad y diversidad. Sumado a esto, existen factores externos como crisis económica, volatilidad de los precios de los alimentos y cambio climático que agudizan la problemática alimentaria y nutricional de la región.

A continuación se describen cada uno de los ejes temáticos, con sus objetivos, líneas estratégicas y resultados esperados:

EJE TEMÁTICO: NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL CURSO DE VIDA

DESCRIPCIÓN DEL EJE TEMÁTICO

Los principales problemas relacionados a la nutrición y la alimentación durante el curso de vida, tienen manifestaciones que afectan con mayor frecuencia a niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y embarazadas, expresándose en retardo del crecimiento, bajo peso al nacer, deficiencias en micronutrientes, sobrepeso y obesidad, que a su vez conllevan a baja productividad en lo económico y altos costos al sistema de salud.

Es fundamental contribuir a mantener el compromiso político a nivel de los países y de la región, a fin de garantizar la ejecución de políticas, planes y programas, que promuevan una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida, con prioridad en los 1,000 días y con un enfoque integral

En este sentido para contribuir y alcanzar los objetivos planteados en este plan estratégico, se definen tres ejes temáticos:

1. Nutrición y alimentación en el curso de vida
2. Seguridad alimentaria y nutricional sostenible
3. Vigilancia alimentaria y nutricional

El eje temático de vigilancia alimentaria y nutricional es considerado en este plan estratégico como un eje trazador, que apoya la generación de evidencia, desarrollo de recursos humanos y fortalecimiento institucional.

y de equidad de género, con el propósito de potenciar el papel de las mujeres y las niñas, garantizando su acceso a servicios de protección social.

A nivel institucional se deben fortalecer los sistemas de servicios, como el de salud, educación y protección social, que garanticen la promoción, educación y atención nutricional, y promuevan los cambios de estilos de vida saludables, así como en el fortalecimiento de los recursos humanos en la actualización y ejecución de guías metodológicas y protocolos de atención integral relacionados a la nutrición. Deberán fortalecerse ambientes que promuevan una dieta saludable y sostenible en centros preescolares y escolares, instituciones públicas y lugares de trabajo.

Reconociendo que las causas de la malnutrición son multidimensionales y complejas, se debe contribuir a fortalecer la colaboración y desarrollo de alianzas inter y multisectoriales a lo interno de los países y entre

los países, promoviendo plataformas de articulación intersectorial, programas e iniciativas transversales, en particular la protección social.

OBJETIVO DEL EJE TEMÁTICO

Contribuir a la reducción de la malnutrición en todas sus formas, a través de la generación de evidencia y de la implementación de acciones que prevengan y controlen factores de riesgo en salud, alimentación y nutrición durante el curso de vida, mejorando los hábitos y estilos de vida saludables, con énfasis en mujeres y niños,

en apoyo al alcance de metas nutricionales globales y regionales.

El eje temático se desarrollará en tres líneas estratégicas y a la vez cada línea estratégica tiene identificada sus resultados esperados.

Línea estratégica 1: Apoyar el compromiso político de los países, a través del fortalecimiento de las legislaciones, políticas, planes y programas nacionales en relación a la alimentación y nutrición.

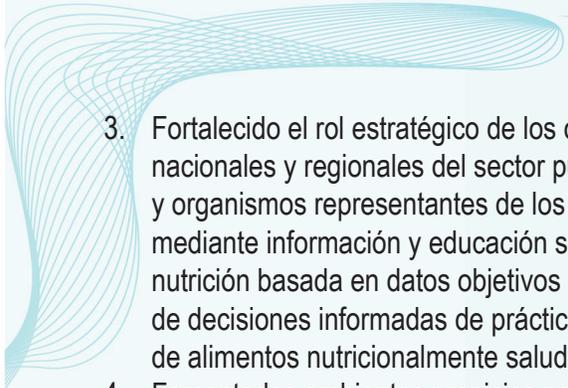
Resultados esperados:

1. Fortalecidas las capacidades de rectoría en alimentación y nutrición de los Ministerios de Salud de los países, y a nivel regional en coordinación con COMISCA.
2. Fortalecidas las coordinaciones multisectoriales con estrategias y planes para reducir la malnutrición en todas sus formas e influenciar en los determinantes sociales en grupos poblacionales vulnerables y ambientes específicos.
3. Elaborados e implementados Planes Nacionales relacionados a la Estrategia de Prevención del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia de acuerdo a las estrategias de COMISCA-INCAP y OPS/OMS.
4. Promovidas iniciativas sobre la regulación del consumo de alimentos y bebidas altamente energéticas y sodio.

Línea estratégica 2: Apoyar el desarrollo de intervenciones y programas de alimentación y nutrición de probada eficacia, con abordaje de malnutrición, tanto deficiencias como excesos.

Resultados esperados:

1. Apoyada la implementación de intervenciones costo-efectivas en alimentación y nutrición del niño pequeño y lactante, y mujeres embarazadas; utilizando las estrategias globales de probada eficacia, que incluyan: promoción de la lactancia materna, formulación e implementación de programas de alimentos complementarios y suplementación con micronutrientes, de acuerdo al perfil epidemiológico de los países.
2. Desarrolladas metodologías educativas para la promoción de la nutrición adecuada, a través de guías alimentarias por curso de vida, utilizando las recomendaciones dietéticas, campañas de promoción social con énfasis en dieta saludable, reducción del consumo de grasas trans, sodio y azúcar, y promoción de actividad física en niños y adultos.

- 
3. Fortalecido el rol estratégico de los organismos nacionales y regionales del sector público y privado y organismos representantes de los consumidores, mediante información y educación sobre salud y nutrición basada en datos objetivos para la adopción de decisiones informadas de prácticas de consumo de alimentos nutricionalmente saludables.
 4. Fomentados ambientes propicios para una buena alimentación y estilos de vida saludables con énfasis en la promoción del consumo de frutas y verduras, consumo de agua pura, la reducción de alimentos con alta carga de grasa, azúcar y sodio; y la promoción de actividad física en las escuelas, universidades y centros de trabajo.
 5. Fortalecidos servicios y centros nacionales de nutrición con metodologías y herramientas de servicios de alimentación institucionales, bancos de leche humana, soporte nutricional, equipos de nutrición hospitalaria, centros de recuperación nutricional, hospitales amigos de la lactancia materna, protocolos de atención nutricional en situaciones especiales, alimentación escolar y programas sociales.

Línea estratégica 3: Generación de evidencia relacionada al balance de energía, macro y micronutrientes en el curso de vida.

Resultados esperados:

1. Generada evidencia científico-técnica para la explicación y manejo de problemas relacionados al balance energético, macro y micronutrientes en el curso de vida. Además, realizadas investigaciones sobre la doble carga de la malnutrición y su relación con las enfermedades no transmisibles.
2. Desarrolladas metodologías e investigaciones para la identificación de estrategias que apoyen programas de fortificación de alimentos con micronutrientes y que incluyan métodos de evaluación en los programas ya existentes.
3. Apoyadas iniciativas para la protección de estrategias de salud pública frente al comercio y publicidad de alimentos no saludables especialmente la dirigida a grupos nutricionalmente vulnerables.

EJE TEMÁTICO: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SOSTENIBLE

DESCRIPCIÓN DEL EJE TEMÁTICO

Los sistemas alimentarios deben proporcionar el acceso permanente de alimentos nutricionalmente adecuados a las personas. Los agricultores y en especial la agricultura familiar desempeñan un papel importante en la producción de alimentos que asegure una disponibilidad suficiente a nivel local, contribuyendo a reducir la malnutrición en la población. Estos sistemas deben ser sostenibles, resilientes y eficientes de manera que proporcionen alimentos variados con la debida protección del

medio ambiente y que respondan al impacto del cambio climático.

Las catástrofes naturales, los brotes de enfermedades, las políticas socioeconómicas inadecuadas, así como la reducción de producción y consumo de alimentos tradicionales y locales, influyen en la inseguridad alimentaria donde las poblaciones más vulnerables se ven severamente afectadas, impactando el estado nutricional con carencias específicas.

Una de las formas para contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional sostenible, es a través de la capacitación y educación en la reducción de las pérdidas y desperdicios de alimentos, tanto en la producción, como en la distribución y consumo de los mismos.

Es clave generar evidencia para establecer un vínculo entre agricultura familiar, nutrición y salud. Para lograrlo se requiere del fortalecimiento en la implementación de políticas, planes, estrategias y programas sobre seguridad alimentaria y nutricional en la región que promuevan la difusión y aplicación de tecnologías agropecuarias apropiadas y sostenibles.

Para dar respuesta a la situación descrita previamente, el INCAP debe profundizar en la comprensión de la relación entre clima e indicadores de seguridad

alimentaria y nutricional, superar las demandas crecientes para la adaptación al cambio climático, y fortalecer la capacidad técnica de respuesta en situaciones de emergencia con el apoyo de sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, enfocados en metodologías y herramientas aplicables en los países. Para la promoción de la dieta saludable a nivel poblacional, es fundamental influir en la reducción de los precios de los alimentos más saludables, dado que estos últimos son más costosos en el mercado en comparación con las comidas rápidas o altamente procesadas. Un mecanismo importante para reducir los precios de estos alimentos es la definición de las canastas básicas, en las cuales se deberá promover la inclusión de una variedad de alimentos adecuados a la dieta saludable y de acuerdo con las características de cada país.

OBJETIVO DEL EJE TEMÁTICO

Apoyar el fortalecimiento del sistema alimentario nutricional de los países que vincule el rol de la agricultura familiar, alimentación, nutrición y salud, utilizando herramientas eco-tecnológicas y amigables

con el medio ambiente, que garanticen el acceso a una alimentación y nutrición saludable, suficiente, equilibrada y sostenible.

Línea estratégica 1: Apoyar en el diseño y seguimiento de políticas y estrategias basadas en la evidencia sobre alimentación y nutrición sostenible.

Resultados esperados:

1. Apoyada la implementación del componente estratégico de utilización biológica en la Política Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana, aprobada por COMISCA, CAC y SISCA.
2. Fortalecidas capacidades en la preparación de las medidas de mitigación ante desastres a nivel nacional y regional, para reducir el impacto de inseguridad alimentaria y nutricional en las poblaciones vulnerables.
3. Apoyada la coordinación de las instancias nacionales de SAN, integrando la SAN local como herramienta técnica para el desarrollo de planes, programas y proyectos.
4. Desarrollados lineamientos para la definición de la canasta básica de alimentos con un enfoque nutricionalmente adecuado, de acuerdo a la demanda de los países.

Línea estratégica 2: Impulsar estrategias que vinculen el rol de la agricultura, la nutrición y la salud, utilizando herramientas eco tecnológicas sostenibles y amigables con el medio ambiente.

Resultados esperados:

1. Impulsadas metodologías sobre promoción de diversificación de cultivos de alto nivel nutricional, que incluyan producción de frutas, verduras y hortalizas aplicando prácticas sostenibles en el proceso de producción en la gestión de recursos naturales.
2. Desarrolladas y transferidas tecnologías y metodologías agrarias renovables, huertos demostrativos familiares y escolares con alto valor nutritivo, y técnicas de almacenamiento de alimentos en el hogar, así como el rol de las mujeres.
3. Transferidas tecnologías de fortificación y bio-fortificación de alimentos con micronutrientes, y programas regulados, monitoreados y evaluados.

EJE TEMÁTICO: VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

DESCRIPCIÓN DEL EJE TEMÁTICO

El fortalecimiento de la capacidad técnica de los países para el seguimiento de los compromisos en nutrición, requiere del desarrollo de sistemas de monitoreo, vigilancia y evaluación alimentaria y nutricional, que incluyan indicadores tanto de la producción, distribución y consumo de los alimentos así como de la implementación e impacto de los programas.

Un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es un proceso sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de información que apoya de manera efectiva la toma de decisiones a nivel nacional o local.

En este eje, se trabaja la vigilancia epidemiológica nutricional y de seguridad alimentaria para desarrollar estrategias que fortalezcan el rol de la nutrición y alimentación adecuada durante el curso de vida con un enfoque de sostenibilidad.

Los sistemas de vigilancia de los países deben fortalecerse a través de la difusión y aplicación de metodologías y herramientas técnicas de apoyo, así como de métricas sobre consumo y seguridad alimentarias nutricionales sostenibles, que sean factibles

y de bajo costo y que generen información válida y precisa. Se debe promover el uso de nuevas tecnologías que sean validadas en el campo, para recolectar información dietética y nutricional, usando los medios conocidos como mhealth (mobile health), las cuales se apoyan en el uso de celulares y tablets durante las entrevistas de encuestas nutricionales y alimentarias.

A través de este eje se fortalecen las capacidades locales de los países en el uso de instrumentos aplicados a los sistemas de vigilancia, durante los procesos de diseño, recolección de información y análisis de datos para la efectiva toma de decisiones.

En este eje a nivel político se monitorea el compromiso de los países en las metas globales en nutrición y alimentación, así como durante el proceso de implementación e impacto de planes nacionales, de manera que permita tener un panorama de aquellas barreras que limitan la conducción de los programas para llevarla a escala de forma eficiente; así como de aquellas medidas que permiten un logro efectivo de las acciones y puedan ser trasladadas las experiencias a otros países.

OBJETIVO DEL EJE TEMÁTICO

Fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación con metodologías y tecnologías que apoyen

el cumplimiento de los compromisos de los países en relación al derecho de la alimentación y nutrición.

Línea estratégica 1: Fortalecer con metodologías y procedimientos técnicos a los tomadores de decisiones para la mejora de la vigilancia epidemiológica nutricional de intervenciones.

Resultados esperados:

1. Países utilizando herramientas técnicas para el monitoreo y evaluación del progreso de acciones orientadas a alcanzar metas globales nutricionales del 2025.
2. Introducidos en encuestas de carácter nacional, indicadores trazadores sobre consumo de alimentos, que permitan actualizar el perfil nutricional de la población (ENCOVI, DHS, MICS).
3. Actualizadas metodologías y herramientas operacionales para el desarrollo del Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional, que sirvan para
4. apoyo en los países en la definición de canasta básica, censos de talla, patrones de crecimiento, evaluaciones nutricionales entre otros.
4. Validadas metodologías para la recolección de información alimentaria y nutricional y de condiciones de vida, a través de tecnologías informáticas (mhealth).
5. Desarrolladas métricas e indicadores que vinculen las acciones de la agricultura con la nutrición.

Línea estratégica 2: Generar evidencia utilizando los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de seguridad alimentaria y nutricional.

Resultados esperados:

1. Actualizado el análisis de situación nutricional regional y nacional, utilizando la información disponible e integrando los determinantes de la SAN con énfasis en el consumo de micronutrientes de la población.
2. Asesoría técnica brindada a organizaciones e instituciones afines, relacionadas a evaluaciones nutricionales en proyectos específicos en intervenciones en alimentación y nutrición.
3. Generada evidencia sobre consumo de alimentos ultra-procesados, etiquetado nutricional y publicidad, para la definición de intervenciones.

VII. MECANISMOS DE COORDINACIÓN MULTISECTORIAL

Las causas de la malnutrición son múltiples así como las acciones para reducirlas. En este sentido, tomando como principio que todos tenemos responsabilidad en la mejora de la alimentación, nutrición y salud de las poblaciones, se deben desarrollar las plataformas y vías para construir un compromiso en intención y acción multisectorial focalizadas a la reducción de la malnutrición por deficiencias y excesos.

El sector salud y agricultura han tenido un papel relevante en sus ejes de trabajo para cumplir con el principio anterior, su vínculo intersectorial debe darse en el trabajo, en la alimentación y la nutrición humana sostenible. Además, existen otros sectores (ej. educación, economía, sociedad civil, entre otros) a nivel de país y región, que comparten un entendimiento, visión y colaboración que contribuyen a reducir problemas de salud pública en términos de nutrición en la región.

La serie de The Lancet 2013 sobre la nutrición materno-infantil, ha remarcado tres plataformas de acciones para promover una exitosa incidencia nutricional: la primera es sobre las intervenciones específicas, caracterizadas por abordar las causas subyacentes de la malnutrición (ej. cobertura de vacunación); las intervenciones con incidencia nutricional o intervenciones sensibles a la nutrición (ej. agricultura) la cual aborda aquellas causas intermedias de la malnutrición y el compromiso político.

El principio de la coordinación interinstitucional y multisectorial para mejorar la nutrición, implica la identificación de mecanismos que permitan converger las acciones en conjunto con las Secretarías de Instituciones del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), al igual con organismos internacionales (OPS/OMS, PMA, UNICEF, FAO),

sociedad civil, donantes, academia, sector privado, entre otros, que también apoyan la nutrición. Ejemplos recientes desarrollados a nivel mundial son la Iniciativa Fomento a la Nutrición (Scaling Up Nutrition –SUN-), el cumplimiento de los objetivos post-2015 y metas nutricionales 2025 de la OMS.

Con los nuevos desafíos para el próximo quinquenio 2015-2019, el INCAP en sus ejes temáticos de trabajo, promoverá la colaboración multisectorial como un instrumento clave para llevar y ampliar la cobertura de intervenciones de probada eficacia, y políticas de manera universal y equitativa.

A nivel de los países se trabaja principalmente con instituciones gubernamentales y se coordina con organismos e instituciones afines a la alimentación y nutrición. Los Ministerios de Salud y la OPS/OMS se constituyen en instituciones que dirigen y apoyan las intervenciones relacionadas principalmente al aprovechamiento biológico. Se coordina con las instancias o consejos nacionales de SAN, comisiones nacionales de micronutrientes y comisiones nacionales de ENT.

Para el desarrollo del Eje de la Nutrición Humana, se hace necesario establecer estrecha relación con organismos no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud y la nutrición y con organismos internacionales como OPS/OMS, PMA y UNICEF, en el desarrollo de intervenciones nutricionales específicas como la fortificación y suplementación con micronutrientes, alimentación complementaria para las poblaciones más vulnerables y en situaciones de emergencia provocadas por el hombre o el ambiente. Así mismo se establecerán vínculos con otros organismos en relación a proyectos dirigidos

a poblaciones nutricionalmente vulnerables como son los programas de transferencia condicionada. La implementación de la Estrategia de Prevención de Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes será un mecanismo de integración de acciones entre organismos gubernamentales y organismos interesados en el tema, así como la sociedad civil. El compromiso de Antigua Guatemala sobre prevención y control de ENT se sumará a los compromisos de la OPS/OMS en relación a las metas 2020, en las que el INCAP trabajará en el campo de la investigación, formación de recursos humanos e implementación de intervenciones para el control de las enfermedades no transmisibles sensibles a la nutrición.

Para el desarrollo del Eje de Seguridad Alimentaria y Nutricional Sostenible, se deberá trabajar de forma articulada con las iniciativas de FAO, IICA y CAC, en relación a la agricultura sostenible y el desarrollo de la agricultura familiar para dar el enfoque nutricional y establecer el vínculo entre agricultura y nutrición; y en relación al cambio climático y las situaciones de emergencia alimentaria provocadas por efectos del clima se trabajará con transferencia de metodologías como eco tecnologías y biofortificación conjuntamente

con IFPRI, CCAD y CEPREDENAC, Iniciativa Harvestplus y el desarrollo del componente nutricional en las cadenas de valor agrícola.

Para el Eje Vigilancia Alimentaria y Nutricional, se trabajará en coordinación con los ministerios de salud, institutos nacionales de estadística y otras instituciones internacionales como OPS/OMS, CDC, FAO, UNICEF, PMA, entre otros, que llevan el monitoreo de los compromisos internacionales de los países en el tema de alimentación y nutrición, así como organismos internacionales para fortalecer la vigilancia, monitoreo y evaluación de las metas, planes y políticas a nivel nacional. El INCAP trabajará con análisis secundarios de fuentes de información de encuestas nacionales sobre ingreso y gasto, salud, nutrición, consumo, producción alimentaria para generar evidencias que apoyen las políticas y planes nacionales relacionados a la alimentación y nutrición. En conjunto con las autoridades nacionales que tienen establecidos sistemas de vigilancia con indicadores, y en conjunto con OPS/OMS, UNICEF, FAO y PMA se optimizará la cobertura y la gestión de los sistemas de información con el propósito de mejorar la elaboración de políticas, planes estratégicos y rendición de cuentas.

VIII. ACTORES CLAVE QUE SE PREVÉ PARTICIPARÁN EN EL DESARROLLO DEL PEI 2015-2019

Eje temático	Línea estratégica	Institución/Organismo	Función/rol en la cooperación
1. Nutrición y alimentación en el curso de vida	1.1 Apoyar el compromiso político de los países, a través del fortalecimiento de las legislaciones, políticas, planes y programas nacionales en relación a la alimentación y nutrición.	A. Jefes de Estado	<ul style="list-style-type: none"> Definición de prioridades políticas
	1.2 Apoyar el desarrollo de intervenciones y programas de alimentación y nutrición de probada eficacia, con abordaje de malnutrición, tanto deficiencias como excesos.	B. Instancias de seguridad alimentaria y nutricional y Ministerios/Secretarías	<ul style="list-style-type: none"> Prioridades Funciones estratégicas del INCAP El cuerpo de funcionarios requeridos por el Instituto
2. Seguridad alimentaria y nutricional sostenible	1.3 Generación de evidencia relacionada al balance de energía, macro y micronutrientes en el curso de vida.	C. Agencias y organismos de cooperación internacional	<ul style="list-style-type: none"> Creación de proyectos colaborativos Orientar al cumplimiento de los mandatos globales y regionales
	2.1 Apoyar en el diseño y seguimiento de políticas y estrategias basadas en la evidencia sobre alimentación y nutrición sostenible.	D. Organizaciones no gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de intervenciones Intercambio de experiencias en la implementación de intervenciones
3. Vigilancia Alimentaria y Nutricional	2.2 Impulsar estrategias que vinculen el rol de la agricultura, la nutrición y la salud, utilizando herramientas eco tecnológicas sostenibles y amigables con el medio ambiente.	E. Academia	<ul style="list-style-type: none"> Intercambio de experiencias en la generación e implementación de proyectos Respaldo de programas de formación y desarrollo de recursos humanos
	3.1 Fortalecer con metodologías y procedimientos técnicos a los tomadores de decisiones para la mejora de la vigilancia epidemiológica nutricional de intervenciones.	F. Sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> Demanda de cooperación para el país Viabilidad del ajuste de la cooperación a las necesidades de los países
	3.2 Generar evidencia utilizando los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de seguridad alimentaria y nutricional.		

IX. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ANÁLISIS DE COMPETENCIAS

En el período del 2015 al 2019, a fin de fortalecer el equipo institucional se implementará el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos, para el fortalecimiento de las competencias del personal y mejoramiento del clima laboral y ambiente institucional. Se analizará y replanteará la presencia y el rol de la Cooperación Técnica en los países, para armonizar la cooperación con los planes de salud de cada país. Además se actualizará el Plan de Sostenibilidad que

incluye la movilización de recursos, nuevas fuentes de financiamiento y de socios estratégicos, que permita alcanzar la sostenibilidad del Instituto y el cumplimiento del presente Plan Estratégico Institucional.

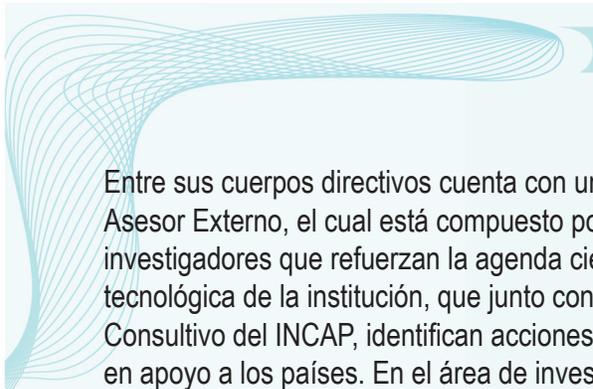
Se actualizará el Plan de Comunicación Institucional (interno y externo), el cual incluye la implementación del plan de mercadeo y el plan de medios como parte del plan de visibilidad institucional.

ANÁLISIS DE COMPETENCIAS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL

Los mandatos, metas globales y prioridades de país, son de gran importancia para que el INCAP apoye a los países en la armonización y adaptación de las prioridades para alcanzar las metas establecidas de acuerdo con el perfil nutricional y tomando en consideración la distribución de determinantes sociales, el acceso a servicios primarios como salud, educación, agua y saneamiento de manera universal y equitativa en las poblaciones. El avance en términos de alimentación y nutrición entre y dentro de los países, es variado, esto depende de su capacidad en materia de beneficios sociales y económicos. En tal sentido, algunos países han demostrado avances significativos en la reducción de la desnutrición crónica (Costa Rica y República Dominicana) y en su conjunto, la región ha avanzado en la reducción de la desnutrición aguda en la niñez. En tal sentido, el INCAP dará apoyo técnico y científico a los países de la región para identificar factores de riesgo y su evolución; así como planificar y gestionar planes de acción e intervenciones costo efectivas y factibles de llevar a escala a nivel nacional, para el cumplimiento de metas y compromisos globales, regionales y nacionales. El INCAP apoyará a los países

en la definición de metas específicas de acuerdo a los recursos disponibles, orientando las acciones en los países, en programas e intervenciones sostenibles en términos económicos, sociales y culturales que a su vez sean integrales y con responsabilidad multisectorial. Para dar respuesta a las demandas nacionales y regionales, el INCAP como institución especializada del SICA, cuenta con representación en los ocho países de la región, potencializando el trabajo de asistencia técnica en el área de alimentación y nutrición conjuntamente con la OPS/OMS.

Durante los últimos años ha establecido convenios y articulado trabajos multisectoriales con diferentes organizaciones internacionales, locales y regionales; con otras instituciones del SICA; con el sector académico contando con vínculos estrechos con la CTCAP, las universidades del CSUCA y privadas, así como universidades de otros países, entre ellas Emory, John Hopkins, Michigan en Estados Unidos, McGill en Canadá, Bristol en Inglaterra y otras, con quienes se ha fortalecido la investigación científica y la formación de recursos humanos.



Entre sus cuerpos directivos cuenta con un Comité Asesor Externo, el cual está compuesto por investigadores que refuerzan la agenda científica y tecnológica de la institución, que junto con el Consejo Consultivo del INCAP, identifican acciones estratégicas en apoyo a los países. En el área de investigación el Instituto está respaldado por un Comité Institucional de Ética reconocido a nivel internacional para la regulación de todos aquellos aspectos éticos relacionados a la alimentación y nutrición humana.

El INCAP forma parte de redes nacionales, regionales e internacionales entre ellas, CTCC, RIIEC, SLAN, LATINFOODS/MESOCARIBEFOODS, Red de Laboratorios de Bioquímica Nutricional y de Alimentos de Centroamérica y República Dominicana, CORMAF, Red GRAND South, Red de Nutrición y Cambio Climático (NUTCC), Red ICEAN entre otras, lo que permite la incidencia del INCAP a través de foros y acciones nacionales, regionales e internacionales. Para la capacitación y formación de recursos humanos, el INCAP cuenta con un portal educativo, aula virtual y recurso humano especializado que ha desarrollado programas en la modalidad de educación a distancia y presencial y capacitado a más de 3000 personas en los últimos cinco años, en temas sobre seguridad alimentaria y nutricional. Se cuenta con una biblioteca virtual en salud y en seguridad alimentaria y nutricional, articulada con centros de documentación de la OPS/OMS, FAO, el sistema de información y documentación agropecuaria de América Latina-IICA, University Research Center y bibliotecas en SAN en los países miembros.

Se cuenta con un centro de investigación de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo relacionados a la nutrición, el cual en los últimos cinco años ha trabajado en el desarrollo de las capacidades de la región en la formación de investigadores y generación de evidencia científica en esta área. En alianza con el CSUCA ha desarrollado una red de investigadores a nivel regional conjuntamente con las universidades de los países miembros, a fin de enfrentar el problema de sobrepeso y obesidad.

En el área de micro y macronutrientes, el INCAP tiene capacidad técnica para el desarrollo de tecnologías en apoyo a los procesos legislativos, regulatorios y normativos de la fortificación de alimentos y la mejora de la calidad nutricional de los alimentos. Se dispone del Centro Analítico Integral –CAI-, el cual se ha fortalecido con recurso humano y tecnologías actualizadas para el análisis de bioquímica nutricional y composición de alimentos para apoyar a los países en los análisis de situación nutricional, inocuidad de alimentos, etiquetado nutricional y análisis sensorial de alimentos. Ha impulsado la Comisión Regional de Micronutrientes y Alimentos Fortificados, la Red Regional de Laboratorios Nacionales de Alimentos y está implementando la certificación de calidad nutricional de alimentos como respaldo para la confianza del consumidor.

En relación al fortalecimiento de iniciativas o programas de mejoramiento de la nutrición a nivel local, el INCAP ha desarrollado metodologías y herramientas de apoyo para la educación nutricional en las familias del sector rural, en el cual se ha establecido el vínculo entre agricultura y nutrición con enfoque de equidad de género.

Durante 65 años, el INCAP ha venido actualizando instrumentos para la evaluación dietética y el consumo de los alimentos a través de las recomendaciones dietéticas diarias, guías alimentarias basadas en alimentos, métodos para el análisis de consumo poblacional, tablas de composición de alimentos, metodologías para la formulación de la canasta básica con enfoque nutricional, lo que ha permitido a los países contar con metodologías técnicas adaptables a las necesidades de los países.

Uno de los aspectos esenciales para la implementación de las intervenciones, ha sido el fortalecimiento del sistema de vigilancia alimentario y nutricional, en el cual el INCAP ha venido trabajando en el desarrollo de metodologías y herramientas para que los países perfeccionen su sistema y obtengan información necesaria para la toma de decisiones.

El INCAP ha desarrollado una plataforma tecnológica informática que contiene su propio data center para brindar servicios tecnológicos publicados a través de la web, biblioteca virtual y el repositorio de bases de datos. En resumen se puede mencionar que las funciones básicas del INCAP son:

- **Asistencia Técnica Directa:** La cual consiste en fortalecer la capacidad operativa de las instituciones nacionales, mediante nuevos enfoques metodológicos y de evaluación, a fin de promover la aplicación y transferencia de tecnología, educación alimentaria a nivel comunitario, y a su vez desarrollar modelos para evaluar los productos y efectos de dicha cooperación.
- **Formación y Desarrollo de Recursos Humanos:** En este eje se identifican necesidades, se desarrollan programas y se apoyan procesos de formación y capacitación de recursos humanos en alimentación y nutrición, en los Estados Miembros y otros países que lo solicitan.
- **Investigación Aplicada:** Este eje consiste en realizar investigaciones a todo nivel, con énfasis en investigaciones operacionales, en búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios, promoviendo las relaciones mediante redes de cooperación científico-técnica, para establecer o fortalecer

la capacidad de investigación de los Estados Miembros, mediante la realización de actividades de capacitación en universidades y centros de investigación.

- **Información y Comunicación:** Este eje consiste en sistematizar, organizar, difundir y transmitir información científico-técnica en salud, alimentación y nutrición a los diferentes niveles y sectores de los Estados Miembros y la comunidad internacional, con el objeto de apoyar la toma de decisiones y fortalecer los centros de documentación, así como los procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones en alimentación y nutrición a nivel nacional y subregional.
- **Mobilización de Recursos Financieros y No Financieros:** Promover las acciones necesarias destinadas a la recaudación y manejo de recursos financieros, tecnológicos, humanos e institucionales, para asegurar una fuente de ingresos diversificada y permanente; promover la venta y mercadeo de servicios, y transferencia de tecnologías en alimentación y nutrición.

X. PLAN DE MONITOREO

Para el seguimiento, monitoreo y evaluación del PEI 2015-2019 se elaborará un plan, el cual tiene como propósito monitorear y evaluar el seguimiento de los indicadores de proceso focalizados en el alcance de las metas, al igual que los indicadores de impacto. Las evaluaciones se realizarán de forma periódica contemplando una evaluación de medio término que permitirá hacer los ajustes necesarios para el cumplimiento del plan; se realizará una evaluación final

en el último año, que será insumo para la elaboración del siguiente PEI. Se espera el cumplimiento del 90% de los resultados esperados, así como los medios de verificación pertinentes.

En relación al monitoreo y seguimiento se establecen indicadores de proceso de los cuales se extraerán los indicadores trazadores señalados en el Cuadro 3:

Eje temático	Líneas estratégicas	Indicadores de proceso	Meta
1. Nutrición y alimentación en el curso de vida	1. Apoyar el compromiso político de los países, a través del fortalecimiento de las legislaciones, políticas, planes y programas nacionales en relación a la alimentación y nutrición.	Número de países con planes nacionales elaborados e implementándose, relacionados a las estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia. (trazador)	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de países que han dado seguimiento al proceso de armonización de la ley marco sobre alimentación escolar.	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Política pública regional formulada basada en evidencia para la deficiencia de hierro presentada a los países.	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
	2. Apoyar el desarrollo de intervenciones y programas de alimentación y nutrición de probada eficacia, con abordaje de malnutrición, tanto deficiencias como excesos.	Número de países que han implementado acciones para promover actividad física en niños y adultos.	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de países con organismos representantes de los consumidores capacitados en conocimientos y prácticas sobre consumo de alimentos nutricionalmente saludables. (trazador)	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de países que han impulsado la promoción de ambientes de estilos de vida saludable en escuelas, centros educativos, universidades y en el trabajo.	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de países aplicando normas organizacionales relacionadas a los servicios de nutrición y que aplican metodologías y herramientas de servicios de nutrición. (trazador)	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.

Eje temático	Líneas estratégicas	Indicadores de proceso	Meta
1. Nutrición y alimentación en el curso de vida	2. Apoyar el desarrollo de intervenciones y programas de alimentación y nutrición de probada eficacia, con abordaje de malnutrición, tanto deficiencias como excesos.	Número de países que implementan metodologías armonizadas para evaluar indicadores de deficiencia de hierro, yodo, vitamina A y otros micronutrientes en la población.	8 países BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
	3. Generación de evidencia relacionada al balance de energía, macro y micronutrientes en el curso de vida.	Número investigaciones difundidas, relacionadas a la doble carga de la malnutrición y de las enfermedades no transmisibles relacionadas a la nutrición, al balance energético, macro y micronutrientes (alimentos ultra-procesados, etiquetado nutricional y publicidad), en los diferentes países de la región. (trazador)	Al menos dos investigaciones por país.
		Un inventario de normativa vigente de regulación de publicidad de alimentos que ha implementado estrategias para mejorar su cumplimiento.	Participación de los ocho países. BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
2. Seguridad alimentaria y nutricional sostenible	1. Apoyar en el diseño y seguimiento de políticas y estrategias basadas en la evidencia sobre alimentación y nutrición sostenible.	Número de países que han incorporado dentro de sus planes de salud, el componente de utilización biológica de la política regional de SAN. (trazador)	Participación de los ocho países. BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de recursos humanos por país capacitados en el abordaje de desastres naturales en relación a la alimentación y nutrición a través de cursos.	Al menos cinco personas por país. BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de países que han adaptado metodologías actualizadas para la elaboración de la canasta básica con un enfoque nutricional. (trazador)	2 países ELS, HON

Eje temático	Líneas estratégicas	Indicadores de proceso	Meta
2. Seguridad alimentaria y nutricional sostenible	2. Impulsar estrategias que vinculen el rol de la agricultura, la nutrición y la salud, utilizando herramientas eco tecnológicas sostenibles y amigables con el medio ambiente.	Número de investigaciones que demuestran la eficacia y efectividad de la bio-fortificación de cultivos. (trazador)	Una investigación con participación de dos países.
		Número de países que han adaptado metodologías relacionadas con las eco-tecnologías en ambientes familiares o escolares con cultivos de alto valor nutritivo.	Al menos tres países. GUA, HON, NIC.
3. Vigilancia Alimentaria y Nutricional	1. Fortalecer con metodologías y procedimientos técnicos a los tomadores de decisiones para la mejora de la vigilancia epidemiológica nutricional de intervenciones.	Número de países que han actualizado sus metodologías y análisis para la vigilancia epidemiológica nutricional.	8 países: BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
		Número de guías técnicas validadas en apoyo a evaluación nutricional en encuestas a través de instrumentos electrónicos como <i>tablets</i> o celulares.	2 guías técnicas.
	2. Generar evidencia utilizando los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de seguridad alimentaria y nutricional.	Número de países que han incorporado en sus análisis de situación las autoevaluaciones y cumplimiento de metas y compromisos internacionales en alimentación y nutrición. (trazador)	8 países: BEL, GUA, HON, ELS, NIC, COR, PAN, COR.
Número de investigaciones operacionales o científicas realizadas, sobre consumo de alimentos procesados, publicidad, micronutrientes, implementación de programas o etiquetado nutricional		Al menos tres investigaciones	

El 2015-2019 a través de su implementación espera aportar al cumplimiento de los siguientes indicadores de impacto y sus metas correspondientes para el 2019, en consideración con las metas globales de nutrición 2025:

1. Prevalencia en el retardo de crecimiento (Reducir 40%)
2. Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil (Reducir 50%)
3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva (Aumentar al 50%)
4. Prevalencia de sobrepeso en la niñez (No aumento)
5. Prevalencia de la emaciación (Reducir y mantener por debajo del 5%)
6. Prevalencia de insuficiente actividad física (Reducir 10%)

Los datos se obtienen a partir de fuentes de información oficiales como encuestas nacionales de hogares, escolares y sistemas de vigilancia.

A continuación se presentan las tendencias esperadas.

Meta: Reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de 5 años¹.

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019 en base a la meta global OMS 2025
Retardo en el crecimiento lineal en niños menores de cinco años	Prevalencia de desnutrición crónica (Talla para la edad < -2DE en relación estándares OMS)	BEL	19	2011	22	2006	17.1	13.3
		COR	5.6	2008	8	1996	4.9	3.8
		ELS	19.2	2008	25	2003	14.9	13.3
		GUT	48	2008	54	2002	43.7	27.3
		HON	22.6	2011	30	2006	18.5	16.0
		NIC	17.3	2011	23	2006	14.2	13.2
		PAN	19	2008	22	2003	16.5	12.1
		DOR	6.9	2013	10	2007	5.9	5.4

Meta: Reducir 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva.

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Anemia en mujeres en edad reproductiva	Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva	BEL	22.7	2011				14.8
		COR	9.9	2008				5.5
		ELS	9.6	2008	8.8	2002	10.3	5.3
		GUT	21.4	2009	20.2	2002	22.2	12.5
		HON	15	2011				9.8
		NIC	4.7	2009	8.7	2007	mantener	mantener
		PAN	24.8	2011				16.2
		DOR	34	2009				19.9

Meta: No aumento de sobrepeso en niños

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Sobrepeso en niños menores de cinco años	Prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años	BEL	7.9	2011				≤7.9
		COR	8.1	2008	8.9	1996	7.8	≤8.1
		ELS	6	2008				≤6
		GUT	5	2008	5.6	2002	4.6	≤5
		HON	5.1	2011	5.8	2005	4.7	≤5.1
		NIC	6.9	2011	6.9	2006	6.9	≤6.9
		PAN	8.8	2008	11.1	2003	7.0	≤8.8
		DOR	7.3	2013	8.1	2007	7.0	≤7.3

1 La proyección de acuerdo a la tendencia pasada fue obtenida de últimas encuestas recientes y midiendo la tasa de reducción anual (AARR por sus siglas en inglés), donde t_f y t_i corresponden a los años de encuestas final e inicial respectivamente. El valor P_f y P_i representan las prevalencias en los años de encuesta para construir tendencia.

La meta ideal consideró la tasa de reducción anual para la meta 2025 proyectada al 2019. Para las metas globales se tomó como AARR las reportadas en OMS en Global targets tracking tool y se usó la siguiente fórmula:

$$P_f = P_i * (1 - AARR)^{2019 - t_i}$$

Meta: Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta al menos 50%.

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses	Prevalencia de lactancia materna exclusiva.	BEL	14.7	2011	10.2	2006	18.9	≥50
		COR	32.5	2011	18.7	2006	47.3	≥50
		ELS	33.6	2008	24	2003	46.1	≥50
		GUT	50.6	2008	50.6	2002	50.6	≥50
		HON	31	2011	29.2	2005	32.1	≥50
		NIC	31.7	2011	30.6	2006	32.5	≥50
		PAN	27.7	2009	25	1995	28.6	≥50
		DOR	6.7	2013	7.8	2007	6.3	≥50

Meta: Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación en niños

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Emaciación en menores de cinco años	Prevalencia de emaciación (peso para la edad < -2DE en relación a estándares OMS)	BEL	3.3	2011	1.9	2006	4.8	≤ 5
		COR	1	2008				≤ 5
		ELS	1.6	2008	1.3	2003	1.9	≤ 5
		GUT	1.1	2008	1.8	2002	0.7	≤ 5
		HON	1.4	2011	1.4	2006	1.4	≤ 5
		NIC	2.1	2011	1.5	2006	2.6	≤ 5
		PAN	1.2	2008				≤ 5

Meta: Un 10% de reducción relativa en la prevalencia de insuficiente actividad física.

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base*			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Obesidad en mayores de 20 años	Prevalencia de obesidad en mayores de 20 años (IMC ≥ 30 kg/m ²)	BEL	32.5	2013	ND	ND	ND	≤ 32.5
		COR	22.1	2013	ND	ND	ND	≤ 22.1
		ELS	19.6	2013	ND	ND	ND	≤ 19.6
		GUT	14.2	2013	ND	ND	ND	≤ 14.2
		HON	17.8	2013	ND	ND	ND	≤ 17.8
		NIC	20.5	2013	ND	ND	ND	≤ 20.5
		PAN	15.1	2013	ND	ND	ND	≤ 15.1
		DOR	15.6	2013	ND	ND	ND	≤ 15.6

Calculado en base al promedio de las prevalencias entre hombres y mujeres mayores de 20 años [Lancet 2013; <https://secure.jbs.elsevierhealth.com/action/getSharedSiteSession?redirect=http://3A%2Fwww.thelancet.com%2Fjournals%2FLancet%2Farticle%2FPIIS0140-6736%2814%2960460-8%2Fabstract&rc=0&code=lanct-site>]

Meta: No aumento de obesidad

Titulo del indicador	Nombre del indicador	Linea base			Prevalencia penúltimo año disponible		Proyección de acuerdo con la tendencia de años anteriores	Meta ideal 2019
Sobrepeso en mujeres	Prevalencia de sobrepeso en mujeres de 15-49 años (IMC ≥ kg/m ²)	BEL	32.5	2013	ND	ND	ND	32.5
		COR	22.1	2013	ND	ND	ND	22.1
		ELS	19.6	2013	ND	ND	ND	19.6
		GUT	14.2	2013	ND	ND	ND	14.2
		HON	17.8	2013	ND	ND	ND	17.8
		NIC	20.5	2013	ND	ND	ND	20.5
		PAN	15.1	2013	ND	ND	ND	15.1
		DOR	15.6	2013	ND	ND	ND	15.6

ANEXOS

ANEXO 1: METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización del Plan Estratégico Institucional 2015-2019 fue la aprobada durante la XXXIX Reunión del Consejo Consultivo el 8 de noviembre del 2013 en la Ciudad de Guatemala.

Esta metodología contiene lo siguiente:

Componente	Descripción	Metodología
Análisis de situación	Definición del enfoque del análisis situacional en Seguridad Alimentaria Nutricional y sus determinantes	Revisión documental
Marco Normativo	Componentes del PEI Prioridades de los gobiernos Mandatos del Consejo Directivo Convenios y acuerdos regionales Convenios y acuerdos de proyectos en gestión y ejecución Política de seguridad alimentaria y nutricional Plan de sostenibilidad	Revisión documental Grupos focales con actores claves en cada uno de los países miembros
Contexto y el INCAP	Alcances del PEI 2010-2014 Actualización del FODA y elaboración de objetivos estratégicos	Revisión documental Grupos focales (SEDE-profesionales, SEDE-Coordinadores de Unidades, Cooperación Técnica)
Estructura del plan estratégico	Componentes del PEI Componentes programáticos	Revisión documental
Monitoreo y Evaluación	El monitoreo debe cubrir dos elementos principales: el monitoreo de implementación que se realiza a través de indicadores orientados a resultados con énfasis en los efectos y los cambios.	Revisión documental

Análisis de situación:

Para el análisis de situación se llevó a cabo una revisión documental que permitió identificar los principales problemas y desafíos que enfrenta la región para alcanzar la Seguridad Alimentaria Nutricional.

Se identificaron indicadores macros en la FAOSTAT vinculados a los pilares de la SAN (ej. disponibilidad,

acceso, consumo). Para indicadores de utilización biológica se revisaron informes sobre encuestas recientes con representatividad nacional sobre el estado nutricional materno infantil así como Encuestas de Consumo Aparente realizadas por el INCAP. Los indicadores fueron agrupados por: deficiencia de micronutrientes, estado antropométrico del niño y la mujer en edad fértil y sobrepeso/obesidad.

Marco Normativo:

En este componente, se realizó una revisión documental para resumir la información concerniente a convenios ejecutados y en proceso de ejecución por parte de INCAP. Además, se elaboraron grupos focales con actores clave en cada uno de los países con representatividad del Ministerio de Salud y agencias internacionales para estructurar cuáles son las prioridades de cooperación técnica que el INCAP puede brindar al país miembro. También se llevaron a

cabo entrevistas a profundidad con representantes de instituciones del SICA.

Estas actividades fueron conducidas por funcionarios de la Sede del INCAP, los Coordinadores de la Cooperación Técnica del INCAP en los países y la participación activa de OPS/OMS. Los instrumentos para el registro de la información fueron diseñados por profesionales de las Unidades Técnicas del INCAP.

Contexto del INCAP:

Para el estudio del contexto del INCAP se desarrollaron dos actividades. La primera consistió en la actualización del avance del PEI 2010-2014 y sus indicadores. En esta actividad participaron profesionales de las unidades técnicas del INCAP sede y de la cooperación técnica del INCAP, para revisar y registrar indicadores que estaban en proceso o que no habían sido alcanzados durante la evaluación de medio término del PEI 2010-2014 elaborada en el año 2013. Los indicadores se encuentran organizados por objetivos y resultados esperados, y cada indicador fue categorizado como:

superado, alcanzado, en proceso, no completado. La segunda actividad consistió en la elaboración de un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) en tres niveles. El primero con profesionales de INCAP sede, el segundo con Coordinadores de la Cooperación Técnica del INCAP en los países; y el tercero con los coordinadores de las Unidades Técnicas de la sede del INCAP, incluyendo el nivel de Dirección. La información fue recopilada y consensuada como insumo para el desarrollo de estrategias institucionales.

Estructura del Plan Estratégico:

A partir de la información obtenida en los componentes mencionados, la estructura del plan estratégico es la siguiente: a) Análisis de situación, b) Definición de Ejes temáticos, c) Plan de Monitoreo, d) Análisis de Actores, y e) Indicadores de proceso y de impacto.

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DEFICIENCIA MICRONUTRIENTES

Clasificación de la OMS para la prevalencia de la deficiencia y exceso de micronutrientes.

Clasificación de la prevalencia de deficiencia de vitamina A (OMS)

Prevalencia	Clasificación
≤ 4.9%	No es problema de salud pública
5-19.9%	Problema de salud pública leve
20-39.9%	Problema de salud pública moderada
≥ 40%	Problema de salud pública severa

Clasificación de la prevalencia de deficiencia de hierro (OMS)

Prevalencia	Clasificación
< 2%	No es problema de salud pública
2-10%	Problema de salud pública leve
11-19%	Problema de salud pública moderada
≥ 20%	Problema de salud pública severa

Clasificación de la deficiencia y exceso de yodo (OMS)

Mediana	Consumo	Clasificación
< 20	Insuficiente	Deficiencia severa
20-49	Insuficiente	Deficiencia moderada
50-99	Insuficiente	Deficiencia leve
100-199	Adecuada	Óptimo
200-299	Más que adecuado	Riesgo de hipertiroidismo
≥ 300	Excesivo	Riesgo a consecuencia adversas a la salud (hipertiroidismo, enfermedades autoinmune a la tiroides)

ANEXO 3: DATOS ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Datos Completos por país: A continuación se presentan los datos completos de Centroamérica y República Dominicana seguidos de sus respectivas referencias.

Situación Nutricional de la Niñez									
	BELIZE	COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMA	REPUBLICA DOMINICANA	
Prevalencia de retardo de talla en niños (Talla para la edad Z < - 2SD)	22	5,6	19,2	48	22,6	17,3	19	6,9	
Prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD)	3,3	1	1	1	1,4	2,1	1	2	
Prevalencia de bajo peso para la edad (Peso para la edad Z- 2SD)	7,5	1,1	5,5	13	7	5	4	3,8	
Bajo peso al nacer (< 2,500 g)	11,1	7	8,3	11	9	8,7	8,8	11	
Prevalencia de la lactancia materna en la primera hora	61,5	59,6	32,8	55,5	64	54		65	
Prevalencia de lactancia materna exclusiva	14,7	32,5	33,6	50,6	31	31,7	27,7	6,7	
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD)	7,9	8,1	6	5	5,1	6,9	11,1	7,3	
Disponibilidad y Acceso									
Prevalencia de anemia en mujeres (15-49 años)	22.7	9.9	9.6	21.4	15	1.5	40.3	34	
Prevalencia de deficiencia de VA en niños (6-59 meses)	1	2.8	5.3	0.3	14	3.1	1.8	12	
Prevalencia de deficiencia de VA en embarazadas	0	2	3	5	3	2	1	5	
Acido fólico en plasma < 3ng/mL en niños (6-59 meses)	0.2			0.5		2.3			
Acido fólico eritrocitario < 140 ng/mL	6			3		1.1			
Prevalencia de folato serico < 6ng/mL en mujeres de 15-49		3.8							
Prevalencia de nivel bajo de yodo en orina en escolares(< 100ug/L)*	26.7	8.9	4.6	14.4	31.3	37.3	8	12.4	
Mediana de excreción de yodo en la orina en escolares (ug/L)	184	233	150	222	240	271	235	39	
Zinc (< 70µg/dl)		23.9		34.9					
<i>*En el caso de Nicaragua la medición fue en madres o cuidadoras (15-49 años)</i>									
Prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD)	3.3	1	1	1	1.4	2.1	1	2	

Situación Nutricional de la Niñez			
P prevalencia de retardo de talla (Talla para la edad Z < - 2SD) en menores de 59 meses		BELIZE	COSTA RICA
P prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD) en menores de 59 meses			
P prevalencia de bajo peso (Peso para la edad Z- 2SD) en menores de 59 meses		2011: Belize multiple indicator cluster survey 2011: Final Report	2008-2009: Encuesta nacional de nutrición Costa Rica
Bajo peso al nacer (< 2,500 g) del recién nacido			
P prevalencia de la lactancia materna en la primera hora			
P prevalencia de lactancia materna exclusiva			
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses			
Enfermedades no Transmisibles Relacionadas a la Nutrición			
Mortalidad por (ECNT x 100 000 habitantes)		BELIZE	COSTA RICA
P prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Hombres)		2012 WHO: World Health Statistics	2012 WHO: World Health Statistics 2014
P prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Mujeres)			
P prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Hombres)		2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
P prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Mujeres)			
P prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Hombres)			
P prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Mujeres)			
P prevalencia de diabetes mellitus > 20 años (glucosa en ayuna \geq 126 mg/dl) + diabéticos previamente con diagnóstico)			
P prevalencia de hipertensión > 20 años en ciudad capital			
P prevalencia de sobrepeso (IMC \geq 25 y IMC < 30) en > 20 años en ciudad capital			
C onsumo de alcohol en adultos \geq DE 15 años (litros de alcohol puro por año)			
P prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Hombres)		2010 WHO: World Health Statistics 2014	2010 WHO: World Health Statistics 2014
P prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Mujeres)		2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
P prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 13-15 años (Hombres)			
P prevalencia de tabaquismo en adolescentes 13-15 años (Mujeres)		2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
P prevalencia de actividad física insuficiente (< 30 minutos diarios)			
P prevalencia de sobrepeso en mujeres (15-49 años)			
P prevalencia de obesidad en mujeres (15-49 años)			
			1996: Encuesta Nacional de nutrición
		2011: Belize multiple indicator cluster survey 2011: Final Report	2008-2009: Encuesta nacional de nutrición Costa Rica
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses			
Situación de Micronutrientes			
P prevalencia de anemia en niños (6-59 meses)		BELIZE	COSTA RICA
P prevalencia de anemia en mujeres (15-49 años)		2011-2012: Report on prevalence of anemia and deficiency of ferritin, retinol, serum folate, red blood cell folate and vitamin B12 in women of childbearing age (15-49 years of age) and children 6 to 59 months, Belize	2008-2009: Encuesta Nacional de nutrición 2008-2009. Fascículo Micronutrientes, Costa Rica 2012
P prevalencia de deficiencia de VA en niños (6-59 meses)			
P prevalencia de deficiencia de VA en embarazadas			
Acido fólico en plasma < 3ng/mL en niños (6-59 meses)			
Acido fólico eritrocitario < 140 ng/mL			
P prevalencia de folate sérico < 6ng/mL en mujeres 15-49			2008-2009: Encuesta Nacional de nutrición 2008-2009.
P prevalencia de nivel bajo de yodo en orina en escolares (< 100ug/L)		1995: Iodine status worldwide. WHO global database on iodine deficiency	1996: Iodine status worldwide. WHO global database on iodine deficiency
Mediana de excreción de yodo en la orina (ug/L)			
P prevalencia de deficiencia de yodo			
Zinc (< 70ug/dl)			2008-2009: Encuesta Nacional de nutrición 2008-2009.



Situación Nutricional de la Niñez		EL SALVADOR	GUATEMALA
Prevalencia de retardo de talla (Talla para la edad Z < - 2SD) en menores de 59 meses		2008: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FE SAL 2008	2008-2009: Encuesta nacional de salud materno infantil, Guatemala
Prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD) en menores de 59 meses		2012: Informe de labores 2012-2013. Ministerio de Salud, El Salvador	
Prevalencia de bajo peso (Peso para la edad Z- 2SD) en menores de 59 meses		2008: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FE SAL 2008	
Bajo peso al nacer (< 2,500 g) del recién nacido			
Prevalencia de la lactancia materna en la primera hora			
Prevalencia de lactancia materna exclusiva			
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses			
Enfermedades no transmisibles relacionadas a la nutrición			
Mortalidad por (ECNT x 100 000 habitantes)		EL SALVADOR	GUATEMALA
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada ≥ de 25 años (Hombres)		2012 WHO: World Health Statistics 2014	2012 WHO: World Health Statistics 2014
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada, ≥ de 25 años (Mujeres)			
Prevalencia presión arterial elevada ≥ de 25 años (Hombres)		2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	
Prevalencia presión arterial elevada ≥ de 25 años (Mujeres)			
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Hombres)			
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Mujeres)			
Prevalencia de diabetes mellitus > 20 años (glucosa en ayuna ≥ 126 mg/dl + diabéticos previamente con diagnóstico)			
Prevalencia de hipertensión > 20 años en ciudad capital			
Prevalencia de sobrepeso (IMC ≥ 25 y IMC <30) en >20 años en ciudad capital			
Consumo de alcohol en adultos ≥ DE 15 años (litros de alcohol puro por año)		2010 WHO: World Health Statistics 2014	
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Hombres)		2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Mujeres)			
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 13-15 años (Hombres)		2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes 13-15 años (Mujeres)			
Prevalencia de actividad física insuficiente (< 30 minutos diarios)			2008: WHO: Country estimates on NCD
Prevalencia de sobrepeso en mujeres (15-49 años)			
Prevalencia de obesidad en mujeres (15-49 años)			
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses		2008: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FE SAL 2008	2008-2009: Encuesta nacional de salud materno infantil, Guatemala
Situación de Micronutrientes			
Prevalencia de anemia en niños (6-59 meses)		EL SALVADOR	GUATEMALA
Prevalencia de anemia en mujeres (15-49 años)		2008: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FE SAL 2008	
Prevalencia de deficiencia de VA en niños (6-59 meses)		2009: Encuesta nacional de Vitamina A. El Salvador, 2009	2009-2010: Encuesta Nacional de micronutrientes
Prevalencia de deficiencia de VA en embarazadas			
Acido fólico en plasma < 3ng/mL en niños (6-59 meses)			
Acido fólico eritrocitario < 140 ng/mL			
Prevalencia de folate sérico < 6ng/mL en mujeres 15-49			
Prevalencia de nivel bajo de yodo en orina en escolares (< 100ug/L)			1995: Iodine status worldwide. WHO global database on iodine deficiency
Mediana de excreción de yodo en la orina (ug/L)			

Situación Nutricional de la Niñez		HONDURAS	NICARAGUA
Prevalencia de retardo de talla (Talla para la edad Z < - 2SD) en menores de 59 meses		2011: ENDE SA: Encuesta nacional de demografía y salud 2011-2012	2011-12: Encuesta Nicaraguense de demografía y salud. Informe preliminar
Prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD) en menores de 59 meses			
Prevalencia de bajo peso (Peso para la edad Z < - 2SD) en menores de 59 meses		2006-07: ENDESA: Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud.	2010: Compendio de estadísticas vitales 2007-2010. Instituto Nacional de
Bajo peso al nacer (< 2,500 g) del recién nacido		2011: ENDE SA: Encuesta nacional de demografía y salud 2011-2012	2011-12: Encuesta Nicaraguense de demografía y salud. Informe preliminar
Prevalencia de la lactancia materna en la primera hora			
Prevalencia de lactancia materna exclusiva			
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses			
Enfermedades no transmisibles Relacionadas a la Nutrición			
Mortalidad por (ECNT x 100 000 habitantes)		HONDURAS	NICARAGUA
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Hombres)		2012 WHO: World Health Statistics 2014	2012 WHO: World Health Statistics 2014
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Mujeres)			
Prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Hombres)		2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
Prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Mujeres)			
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Hombres)			
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Mujeres)			
Prevalencia de diabetes mellitus > 20 años (glucosa en ayuna \geq 126 mg/dl + diabéticos previamente con diagnóstico)		2004: País completo. Iniciativa centroamericana de diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgos de enfermedades crónicas, Belize, San Jose, San Salvador (Santa Tecla), Ciudad de Guatemala (Villanueva), Managua y Tegucigalpa	
Prevalencia de hipertensión > 20 años en ciudad capital			
Prevalencia de sobrepeso (IMC \geq 25 y IMC < 30) en > 20 años en ciudad capital		2010 WHO: World Health Statistics 2014	
Consumo de alcohol en adultos \geq DE 15 años (litros de alcohol puro por año)		2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Hombres)			
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Mujeres)			
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 13-15 años (Hombres)		2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes 13-15 años (Mujeres)			
Prevalencia de actividad física insuficiente (< 30 minutos diarios)			
Prevalencia de sobrepeso en mujeres (15-49 años)			
Prevalencia de obesidad en mujeres (15-49 años)		2011: ENDE SA: Encuesta nacional de demografía y salud 2011-2012	2011-12: Encuesta Nicaraguense de demografía y salud. Informe preliminar
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses			
Situación de Micronutrientes			
Prevalencia de anemia en niños (6-59 meses)		HONDURAS	NICARAGUA
Prevalencia de anemia en mujeres (15-49 años)		2011-2012: Encuesta nacional de demografía y salud, ENDE SA 2011-2012	2010: Sistema Integrado de Vigilancia de las intervenciones nutricionales, Julio 2011
Prevalencia de deficiencia de VA en niños (6-59 meses)			2009: Sistema Integrado de Vigilancia de las intervenciones nutricionales, Julio 2011
Prevalencia de deficiencia de VA en embarazadas			
Acido fólico en plasma < 3ng/mL en niños (6-59 meses)			
Acido fólico eritrocitario < 140 ng/mL			
Prevalencia de folate sérico < 6ng/mL en mujeres 15-49			
Prevalencia de nivel bajo de yodo en orina en escolares (< 100u/L)		1999: Iodine status worldwide. WHO	



Situación Nutricional de la Niñez		
Prevalencia de retardo de talla (Talla para la edad Z < - 2SD) en menores de 59 meses	PANAMA 2008: Republica de Panama. Encuesta de Niveles de vida 2008	REPUBLICA DOMINICANA 2013: Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2013. Informe
Prevalencia de emaciación (Peso para la talla Z < - 2SD) en menores de 59 meses	2010: Indicadores basico de Panama 2009-2010. Contraloría general de la	2007: Encuesta Demografica y de Salud. Republica Dominicana. Centro de Estudios Sociales y Demograficos, Santo Domingo,
Prevalencia de bajo peso (Peso para la edad Z- 2SD) en menores de 59 meses	2009: Encuesta de Salud Reproductiva	2013: Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2013. Informe preliminar
Bajo peso al nacer (< 2,500 g) del recién nacido	PANAMA	REPUBLICA DOMINICANA
Prevalencia de la lactancia materna en la primera hora	2012 WHO: World Health Statistics 2014	2012 WHO: World Health Statistics 2014
Prevalencia de la lactancia materna exclusiva	2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2008 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses		
Enfermedades no transmisibles Relacionadas a la Nutrición		
Mortalidad por (ECNT x 100 000 habitantes)		
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Hombres)		
Prevalencia de la glucosa preprandial elevada \geq de 25 años (Mujeres)		
Prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Hombres)		
Prevalencia presión arterial elevada \geq de 25 años (Mujeres)		
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Hombres)		
Prevalencia de obesidad en adultos > de 20 años (Mujeres)		
Prevalencia de diabetes mellitus > 20 años (glucosa en ayuna \geq 126 mg/dl + diabeticos previamente con diagnóstico)		
Prevalencia de hipertensión > 20 años en ciudad capital		
Prevalencia de sobrepeso (IMC \geq 25 y IMC < 30) en >20 años en ciudad capital		
Consumo de alcohol en adultos \geq DE 15 años (litros de alcohol puro por año)	2010 WHO: World Health Statistics 2014	2010 WHO: World Health Statistics 2014
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Hombres)	2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2011 WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
Prevalencia de tabaquismo en adultos > 15 años (Mujeres)	2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014	2006-2012: WHO: Risk Factors. World Health Statistics 2014
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 13-15 años (Hombres)		
Prevalencia de tabaquismo en adolescentes 13-15 años (Mujeres)		
Prevalencia de actividad física insuficiente (< 30 minutos diarios)		2008: WHO: Country estimates on NCD
Prevalencia de sobrepeso en mujeres (15-49 años)		
Prevalencia de obesidad en mujeres (15-49 años)	2008: Encuesta de Niveles de vida	2013: Republica Dominicana Encuesta Demografica y de Salud 2013. Informe preliminar
Sobrepeso (peso para la talla Z > +2SD) en niños menores de 59 meses		
Situación de Micronutrientes		
Prevalencia de anemia en niños (6-59 meses)	PANAMA	REPUBLICA DOMINICANA
Prevalencia de anemia en mujeres (15-49 años)	1999: Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005	2009: Encuesta Nacional de Micronutrientes
Prevalencia de deficiencia de VA en niños (6-59 meses)	1999: Encuesta nacional de vitamina A y anemia	
Prevalencia de deficiencia de VA en embarazadas		
Acido fólico en plasma < 3ng/mL en niños (6-59 meses)		
Acido fólico eritrocitario < 140 ng/mL		
Prevalencia de folate sérico < 6ng/mL en mujeres 15-49		2013: Encuesta nacional de

ANEXO 4: PRIORIDADES POR PAÍS

Informe de consolidado de los ocho países miembros: Análisis de prioridades de cooperación técnica en alimentación y nutrición

Para este ejercicio, a nivel de país se generaron dos grupos focales.

Lo grupos focales fueron conducidos por los Coordinadores de Cooperación Técnica de cada país. Se identificaron informantes clave tanto a nivel de los ministerios de salud como de organizaciones internacionales.

Cuadro 1. Organizaciones participantes por cada grupo focal para identificar prioridades de cooperación técnica, INCAP 2014

Grupo focal 1 – Ministerio de salud	Grupo focal 2-Organismos nacionales e internacional
Responsable materno infantil o personal técnico.	Programa Mundial de Alimentos
Responsable Nutrición	UNICEF
Responsable de Enfermedades Crónicas (No transmisibles)	FAO
Responsables de Instancias Nacionales de SAN.	Escuelas de Salud Pública
Otros que tengan responsabilidad en Nutrición.	Universidades

Fase 1

Durante la sesión, se presentó a los participantes la metodología acompañada de un instrumento de recolección de información desarrollado en Microsoft Excel.

El instrumento consistía en dos partes. La primera parte contenía una lista propuesta de 11 temas relacionados al área de alimentación y nutrición y cada uno de los temas, contenía a su vez una lista de subtemas. Estos once temas fueron obtenidos a partir de una consulta con personal de la cooperación técnica y personal profesional de la sede.

En esta fase, cada participante revisó los 11 temas propuestos y con un puntaje ordinal de manera ascendente priorizó los temas en base al criterio de relevancia donde se requiere la cooperación técnica del INCAP. Un puntaje de 1 correspondió al tema de mayor prioridad y así en secuencia el resto de temas. La suma total de manera ascendente priorizó los temas. En algunos países, el consenso de los temas se desarrolló de manera grupal y no individual, es decir que el grupo consensuó el orden de los mismos.

Cuadro 2. Listado de temas propuestos para el ejercicio prioridad de cooperación técnica de INCAP hacia los países miembros

Tema
Alimentación del niño pequeño
Micronutrientes
Alimentación de la Embarazada
Sistema de Vigilancia en Alimentación y Nutrición
Políticas Públicas - Programas - Proyectos
Seguridad alimentaria y nutricional
Tecnología de alimentos
Enfermedades Crónicas no Transmisibles Relacionadas a la Nutrición
Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS)
Alimentación del adolescente
Alimentación del adulto mayor
Otro tema

Fase 2

Una vez priorizada la lista de temas para la cooperación técnica, se clasificó por subtemas, es decir si la cooperación técnica debiera ser brindada a través de dos grandes dominios de cooperación; y cada uno de estos dominios a su vez está dividido en subdominios:

Política: Formulación, Implementación, Monitoreo & Evaluación, Otros

Asistencia técnica: Asesoría, Formación y capacitación de recursos humanos, Monitoreo, Gestión, Investigación, Otros

Fase 3

Se elaboró un informe por cada país con los instrumentos completos. La consolidación de la información y del informe fue desarrollada en la sede.

RESULTADOS

Un total de 141 informantes claves participaron en el ejercicio de prioridades en cooperación técnica en cada uno de los países miembros. En algunos de los países (Costa Rica, Belice, Nicaragua).

País	Número de informantes claves
El Salvador	19
República Dominicana	26
Honduras	16
Panamá	13
Costa Rica	14
Nicaragua	27
Guatemala	26
Belice	10
Total	141

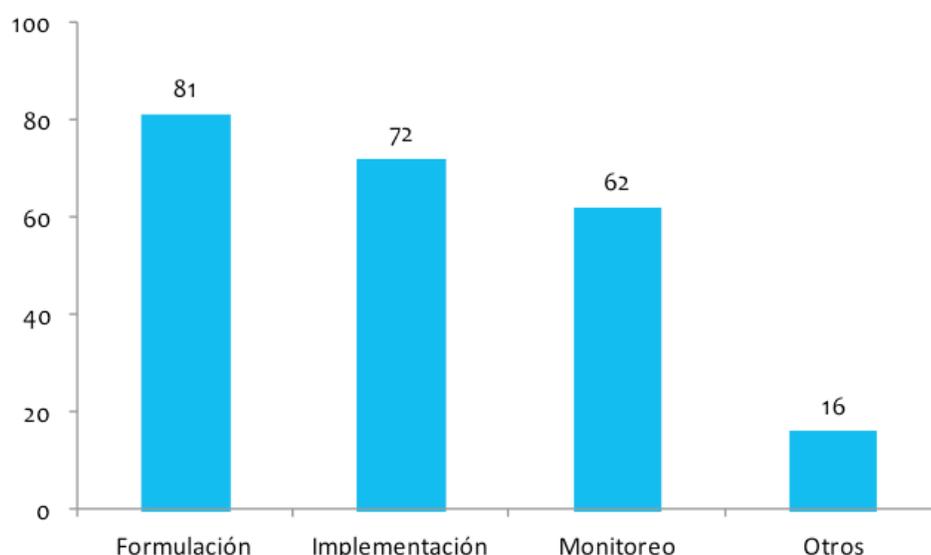
En el siguiente cuadro, se muestra la distribución de los temas, que de manera general los grupos focales en los países miembros reflejaron como prioridad para la demanda de cooperación técnica por parte del INCAP. El ordenamiento de los temas fue basado en la priorización de cada país y ponderados utilizando el método de agregación de Borda².

Cuadro 3. Temas de prioridad para cooperación técnica (temas sombreados corresponden a propuestos en los grupos focales de algunos países, Panamá y Guatemala)

Posición	Tema
1	Alimentación del niño pequeño
2	Alimentación de la embarazada
3	Micronutrientes
4	Enfermedades crónicas no transmisibles
5	Sistemas de Vigilancia en Alimentación y Nutrición
6	Políticas, programas, proyectos
7	Seguridad Alimentaria y Nutricional
8	Guías alimentarias basadas en alimentos
9	Alimentación del adolescente
10	Tecnología de alimentos
11	Alimentación del adulto mayor
12	Los 1,000 días
13	Promoción de la salud y nutrición
14	Abordaje del neonato con bajo peso al nacer
15	Alimentación del preescolar y escolar
16	Cultura Alimentaria tradicional

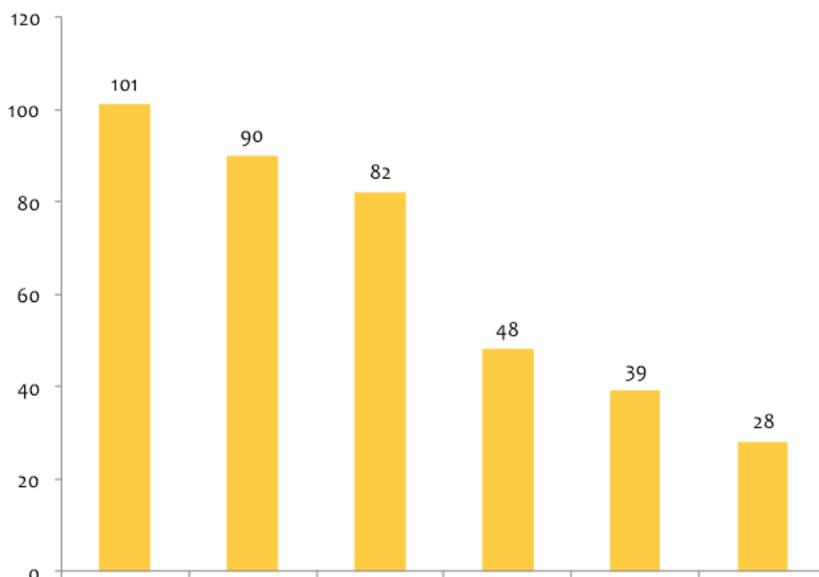
En la consulta sobre el tipo de cooperación técnica, ya sea a través del tema político o sobre la asistencia técnica, se muestra que la mayor frecuencia de subtemas está enfocada en la necesidad de cooperación en el campo de formulación de políticas y la asesoría, campos que han sido resaltados como la asistencia técnica de mayor frecuencia entre los subtemas (Figura 1 y 2).

Figura 1. Número de subtemas para cooperación técnica por el área de políticas



2 OECD. Weighting and aggregation In: Handbook on constructing composite indicators. Methodology and user guide. 2008. Available at: www.oecd.org/publishing/corrigenda

Figura 2. Número de subtemas para cooperación técnica por el área de asistencia técnica



Los subtemas mencionados por los países están resumidos en el Cuadro 3. Estos están organizados en tres grupos de países. Cada grupo representa la frecuencia del número de países que reflejaron alguna cooperación en temas políticos o asistencia técnica.

Cuadro 3 Distribución de los subtemas por grupo de frecuencia, de países que reportaron algún tipo de cooperación (políticas o de asistencia técnica)

Grupo 1 de Subtemas (De 6 a 8 países)

Promoción de buenas prácticas de alimentación
Sistema Integrado de Vigilancia de intervenciones nutricionales
Lactancia materna
Alimentación suplementaria de la embarazada
Promoción de buenas prácticas de alimentación para el adulto mayor
Sobrepeso y obesidad
Alimentación complementaria
Promoción de buenas prácticas de alimentación para el adolescente
Alimentación suplementaria para el adulto mayor
Estudios de deficiencias de micronutrientes
Fortificación de alimentos en la industria
Alimentación para la población nutricionalmente vulnerable
Factores de riesgos de crónicas
Promoción de actividad física y alimentación saludable
Sitios centinelas
Políticas de SAN

Grupo 2 de Subtemas (De 3 a 5 países)

Códigos sucedáneos de la lactancia materna

Alimentación suplementaria del adolescente

Malformaciones congénitas relacionadas con micronutrientes

GABAS para situaciones especiales en ENT

GABAS para menores de dos años

Protocolo de atención relacionado a la alimentación

Alerta temprana

Patrones de crecimiento

Censo de talla

Determinantes de SAN

Inocuidad de alimentos

Códex alimentario

Grasas trans

Monitoreo de la política regional de SAN

Marco de políticas de alimentación escolar

Monitoreo de estrategia y plan de acción de sobrepeso y obesidad

GABAS para situaciones especiales (enfermedades transmisibles, tuberculosis, VIH-SIDA, etc)

Sala situacional de SAN

Plan nacional de nutrición

Tecnologías relacionadas con el medio ambiente

Alimentos ultra procesados

Políticas y estrategias de enfermedades crónicas

Encuesta de consumo aparente

Eco-tecnologías

Grupo 3 de subtemas (De 1 a 2 países)

GABAS en el ciclo de vida

Sistemas de información geográfica

Biblioteca virtual en seguridad alimentaria y nutricional

Encuesta de diversidad dietética

Recomendaciones dietéticas diarias

Aflatoxinas

Alimentos genéticamente procesados

Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia

Alimentación escolar

Banco de leche

El método del canguro como parte de la estrategia de niño con bajo peso al nacer



Cultura alimentaria tradicional

Suplementación de micronutrientes

Escuelas saludables

Estudios de helmintiasis

Inocuidad de alimentos

Fortalecimiento de la SEPAN

Semillas fortificadas

Resumen de prioridades por país

Belice

El costo de implementación de algunas actividades junto con las prioridades del país fue el criterio utilizado para la priorización de temas y subtemas.

Al discutir cada tema se observó que los diferentes subtemas no coincidieron con el mismo rango de prioridad. Áreas en relación a servicios a niños y mujeres se reflejaron con un rango alto. Áreas en relación a promoción, que incluyen actividades con los medios de difusión y reproducción de material, quedaron en un punto medio. Actividades concernientes encuestas o estudios obtuvieron un rango con menor valor.

Es necesario fortalecer y consolidar los esfuerzos y los procesos ya existentes ya que esto servirá de base a muchas prioridades. Una de las áreas fundamentales, es el sistema integrado de vigilancia en nutrición, pudiendo ser la plataforma que facilitaría la determinación de muchas decisiones políticas y administrativas.

Costa Rica

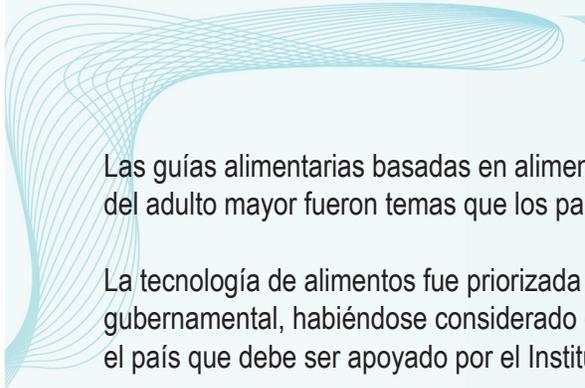
En plenaria, los participantes reflexionaron en relación al orden de los temas priorizados, considerando que la Seguridad Alimentaria y Nutricional debe ser el marco de acción para el resto de los temas.

- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Enfermedades No Transmisibles relacionadas a la Nutrición
- Sistemas de Vigilancia en Alimentación y Nutrición
- Materno Infantil (agrupa alimentación del niño pequeño y de la mujer embarazada)
- Micronutrientes

Es necesario rescatar y fortalecer la Secretaría Nacional de la Política de Alimentación y Nutrición (SEPAN) si se desea que el Ministerio de Salud tenga éxito en su función rectora de la salud, para la coordinación de acciones intersectoriales que realmente puedan provocar un impacto positivo en los problemas que enfrenta el país en alimentación y nutrición.

El Salvador

Como resultado global de las consultas realizadas, los cuatro primeros temas priorizados fueron: alimentación del niño pequeño, micronutrientes, alimentación de la embarazada y sistema de vigilancia en alimentación y nutrición. De estos cuatro temas, dos de ellos, micronutrientes y sistema de vigilancia en alimentación y nutrición.



Las guías alimentarias basadas en alimentos (GABAS), alimentación del adolescente y alimentación del adulto mayor fueron temas que los participantes ubicaron en las últimas posiciones de prioridades.

La tecnología de alimentos fue priorizada con el mayor puntaje por el grupo de funcionarios del sector gubernamental, habiéndose considerado que la inocuidad de alimentos es un subtema de interés para el país que debe ser apoyado por el Instituto.

Nicaragua

Se reconoce el liderazgo del INCAP en el diseño metodológico y en la producción de materiales educativos propios para las necesidades del país, en materia de alimentación y nutrición materno infantil y determinantes de la SAN.

El tema de sobrepeso y la obesidad, es un tema de actualidad y es demandado por la cooperación en su abordaje, tanto a nivel del fortalecimiento de capacidades de personal docente e institucional, como en la investigación.

Se detecta la necesidad de refuerzo de parte de las Unidades específicas en metodología didácticas, diseños de formatos electrónicos para registro y análisis de datos, diseño de materiales técnicos, propuestas innovadoras para identificar experiencias positivas en la región, sobre temas que han presentado dificultades de aplicación en otros, mayor presencia en comunicación social y en redes como YouTube, y cursos a distancia de la sede del INCAP, para dar respuesta a la demanda de cooperación.

Panamá

Los técnicos que asistieron a las reuniones opinaron que si bien Panamá invierte en intervenciones de alimentación y nutrición, se requiere mayor inversión en un sistema de vigilancia permanente integrado con información oportuna, así como evaluar y adecuar las políticas existentes. Otros aspectos señalados fueron la falta de integración, coordinación intra e intersectorial, monitoreo y evaluación con miras a medir el impacto de manera más objetiva.

República Dominicana

Se incluyó un nuevo tema al listado inicial, el de investigaciones nutricionales, que no se trabajó en la reunión, pero se discutió posteriormente ya que con el apoyo que ha dado el INCAP a la formación de investigadores, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD se creó la oficina de investigaciones en salud y este aspecto se ha incluido en el nuevo convenio de cooperación con la UASD.

Uno de los grupos sugirió que se integraran los 4 temas de alimentación sugeridos ya que la alimentación es una continuación desde la gestación hasta el adulto mayor, que debe tener las mismas características de: saludable, inocua, nutritiva y balanceada.

Guatemala

Los participantes indicaron como ejes transversales que abarcan todos los temas, a la investigación, la seguridad alimentaria y nutricional y las políticas públicas. Los temas sugeridos fueron el abordaje del neonato con bajo peso al nacer, la estrategia de los mil días, alimentación del preescolar y escolar, y promoción de la salud y nutrición.

Honduras

Los primeros cinco temas prioritarios identificados fueron los siguientes:

1. Alimentación del niño pequeño
2. Alimentación de la embarazada
3. Enfermedades crónicas no transmisibles
4. Sistema de vigilancia en alimentación y nutrición
5. Micronutrientes

Entre los nuevos temas sugeridos durante la sesión de grupos focales están: temas curriculares de nutrición para educaciones formales como diplomados, maestrías, doctorados y políticas de control de alimentos.

Conclusiones

A través de este ejercicio en el cual se contó con la participación de distintos informantes claves representando al sector salud, organismos internacionales, tales como el Sistema de Naciones Unidas, se identificaron temas de interés para el desarrollo de la cooperación técnica entre INCAP y los países. Los cinco primeros temas estuvieron enfocados en la alimentación del niño pequeño y la embarazada, micronutrientes y enfermedades crónicas no transmisibles.

La región en términos de políticas indicó que se requiere cooperación en la formulación de políticas ligados a los temas de alimentación y nutrición, así como la asesoría técnica en formación de recursos humanos, monitoreo y evaluación. La investigación fue identificada como una función transversal del quehacer técnico científico de la cooperación hacia los países.

ANEXO 5: ACRÓNIMOS

AARR	Reducción de la Tasa Media Anual.
AME	Adulto Masculino Equivalente.
BEL	Belice.
BMC	Moldeo por Compuesto a Granel.
CAC	Consejo Agropecuario Centroamericano.
CCAD	Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo.
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
CEFI	Centro de Estudios para el Fomento de la Investigación.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CEPALSTAT	Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CEPRENAC	Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central.
CIS	Consejo de Integración Social.
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana.
COR	Costa Rica.
CORMAF	Comisión Regional de Micronutrientes y Alimentos Fortificados de Centroamérica y la República Dominicana.
CRI	Índice de Riesgo Climático.
CSUCA	Consejo Superior Universitario Centroamericano.
CTCAP	Comisión para el Desarrollo Científico y Tecnológico de Centro América y Panamá.
CTCC	Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer.
DHS	Departamento de Servicios Humanos.
ELS	El Salvador
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida.
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud.
ENOS	El Niño - Oscilación Sur.
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud. Materno Infantil.
ENT	Enfermedades No Transmisibles.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
FAOSTAT	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
FOCARD-APS	Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas.
GABAS	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.
GUT	Guatemala.
HON	Honduras.
ICEAN	Información, Comunicación y Educación Alimentaria y Nutricional para América Latina y el Caribe.
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales.

IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
IHME	Instituto de Medición y Evaluación Sanitaria.
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.
IMC	Índice de Masa Corporal.
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
LATINFOODS	Red Latinoamericana de Composición de Alimentos.
MEI	Marco Estratégico Institucional.
MESOCARIBEFOODS	Centro de Mesoamérica y República Dominicana de Composición de Alimentos.
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados.
NIC	Nicaragua.
NUTCC	Nutrición y Cambio Climático.
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAN	Panamá.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PIB	Producto Interior Bruto.
PMA	Asociación de Mercadeo de Productos.
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana.
RIIEC	Red de Instituciones de Investigación en Enfermedades Crónicas.
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional.
SEPAN	Secretaría Nacional de la Política de Alimentación y Nutrición.
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
SLAN	Sociedad Latinoamericana Nutrición.
SUN	Fomento a la Nutrición.
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
WHO	Organización Mundial de la Salud.