



Consejo Económico y Social

Distr. limitada
8 de noviembre de 2001
Español
Original: inglés

Adopción de medidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Segundo período ordinario de sesiones de 2001

10 a 14 de diciembre de 2001

Tema 5 del programa provisional*

Recomendación para la financiación con cargo a otros recursos sin una recomendación para la financiación con cargo a recursos ordinarios**

Programa de micronutrientes de la subregión andina y el Paraguay

Resumen

El presente documento contiene una recomendación relativa a la financiación, con cargo a otros recursos y sin que se haya solicitado la financiación con cargo a recursos ordinarios, del programa multinacional de micronutrientes para Bolivia, Colombia, el Ecuador, el Paraguay, el Perú y Venezuela. El programa propuesto está destinado a ampliar o complementar un programa en curso. La Directora Ejecutiva *recomienda* a la Junta Ejecutiva que apruebe la cantidad de 4 millones de dólares con cargo a otros recursos, a reserva de la disponibilidad de contribuciones para fines específicos, para el período 2002 a 2006.

* E/ICEF/2001/12.

** Las cifras que figuran en el presente documento son definitivas y tienen en cuenta los saldos no utilizados a fines del ejercicio de 2000 en concepto de cooperación para los programas. Estas cifras figurarán en el resumen de las recomendaciones para 2001 sobre programas financiados con cargo a recursos ordinarios y otros recursos (E/ICEF/2001/P/L.73).



Situación de los niños y las mujeres

1. Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, las carencias de micronutrientes afectan aproximadamente al 40% de la población total de la región de América Latina; en particular, 30 millones de personas presentan carencia de yodo y 95 millones carencia de hierro. En 2000, los cinco países andinos (Bolivia, Colombia, el Ecuador, el Perú y Venezuela) habían alcanzado el objetivo fijado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: la erradicación práctica de los trastornos causados por la falta de yodo como problema de salud pública. Para mantener el control de calidad de la producción y utilización de sal yodada y apoyar la erradicación de los trastornos por carencia de yodo, son precisos una supervisión y un control constantes y meticolosos de los procesos, ya que la incidencia de esos trastornos puede aumentar con facilidad si el sistema pierde en rigor y se reduce la supervisión eficaz. Tal es el caso de Bolivia, país en el que el nivel de yodación de la sal pasó del 90% en 1996 al 33% en 1998, para recuperarse en parte en 2001 hasta alcanzar el 66%.

2. En el Paraguay, los trastornos por carencia de yodo constituyen un problema endémico. El país carece de toda fuente de sal, por lo que importa el 100% de sus necesidades de la Argentina, el Brasil y Chile. Sin embargo, las importaciones se hacen en forma de sal cruda y el grado de yodación de la sal no basta para alcanzar el nivel que requiere el país. En 1998, un estudio efectuado en este país mostró que el 48,6% de la población presentaba al menos un tipo de trastorno causado por la carencia de yodo. En 1994, el Gobierno del Paraguay prescribió la yodación de toda la sal destinada al consumo humano y animal. Pese a la dificultad de supervisar una compleja cadena de importación y venta al por menor, el consumo de sal yodada pasó del 65% en 1995 al 82,6% en 2000. Una declaración presidencial fijaba en 2001 el plazo para lograr la práctica erradicación de los trastornos por carencia de yodo.

3. Según las estadísticas nacionales presentadas por los cinco países andinos en el examen anual del programa realizado en 2000, la anemia afecta al 40-60% de las mujeres embarazadas y hasta al 70% de los niños menores de 2 años de edad. La lucha contra la carencia de hierro no ha registrado grandes mejoras en los cinco últimos años en la subregión andina y el Paraguay. Las estadísticas nacionales dan cuenta de que la anemia afecta al 75,8% de los niños de entre 6 y 11 meses de edad en Bolivia (1998), al 36,7% de los niños de entre 12 y 23 meses en Colombia (1995), al 65% en el Ecuador (1997), al 78,6% en el Perú (1996) y al 52% de los niños de entre 6 y 36 meses de edad en Venezuela (1997). Entre las mujeres embarazadas, el 60% presentaba carencias de hierro en el Ecuador en 1997, el 33,7% en el Paraguay en 1994 y el 40,9% en Venezuela en 1997. La carencia de hierro es más difícil de paliar que los trastornos por carencia de yodo debido a la dispersión de los afectados en el conjunto de la población, mientras que los trastornos por carencia de yodo se caracterizan por su concentración geográfica, y a los deficientes métodos de vigilancia para detectar y localizar el problema. Ninguno de los cinco países de la subregión andina ha aprobado aún legislación relativa al enriquecimiento de los alimentos con hierro.

4. Atendiendo a los niveles de carencia de vitamina A, que se clasifican como bajos cuando son inferiores al 10% y moderados cuando se sitúan entre el 10% y el 20%, los niveles correspondientes a la subregión andina no son elevados. Quizás debido al fácil acceso a los alimentos enriquecidos con vitamina A, y a su abundante disponibilidad, la avitaminosis A en Bolivia, Colombia y el Ecuador sólo alcanza

unos niveles entre bajos y moderados en los niños menores de 3 años de edad. Según el Ministerio de la Salud Pública de Bolivia, la incidencia de la avitaminosis A en los niños de entre 12 y 71 meses de edad fue del 11,3% en 1991, mientras que ascendió al 14,8% en los niños de entre 12 y 23 meses de edad en Colombia en 1996 y al 17,4% en el mismo grupo de edad del Ecuador en 1995. El Perú registra el peor porcentaje de los cinco países: el 37% de los niños menores de 5 años de edad.

5. Las autoridades nacionales de los seis países están decididas a proseguir el programa subregional de micronutrientes como medio para alcanzar el objetivo fijado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de erradicar los trastornos causados por la carencia de yodo. Los gobiernos de la subregión andina y el Paraguay asignan gran importancia a las intervenciones relativas a los micronutrientes, que es preciso apoyar especialmente ahora que estos países comienzan a arrojar resultados positivos en la lucha contra la carencia de hierro y la avitaminosis A. Es fundamental continuar el programa de micronutrientes en los seis países, habida cuenta de los efectos perniciosos que tienen tales carencias sobre el desarrollo mental e intelectual y el crecimiento físico saludable de los niños afectados.

6. La actual crisis económica de algunos de estos países podría comprometer la labor y la voluntad política de los gobiernos en pos de la erradicación de las carencias de hierro y vitamina A, dado que el programa no es aún autosuficiente. Todos los países cuentan con un marco jurídico favorable a la eliminación de las carencias de yodo, hierro y vitamina A, pero en casi todos ellos se deben satisfacer aún las necesidades financieras conexas. Es preciso prorrogar el programa de micronutrientes a fin de consolidar sus cuatro componentes, haciendo especial hincapié en el control de calidad de los procesos y la cobertura necesaria.

Cooperación prestada en el marco del programa, 1995-2001

7. El anterior programa multinacional de micronutrientes en los cinco países andinos se puso en marcha gracias a los fondos provistos por el Gobierno de Bélgica. El programa se centró en los problemas de carencia de yodo, hierro y vitamina A. El Paraguay se sumó al programa en 1997.

8. A lo largo de este período de cooperación, el programa concentró su labor de promoción en la industria de la sal para lograr su adhesión al objetivo de la yodación universal de la sal en los cinco países, brindó asesoramiento sobre la tecnología de yodación e impartió a los profesionales de la salud y al personal de la industria de la sal capacitación acerca de los beneficios que reporta el consumo de sal yodada. La participación constante de la industria de la sal en las reuniones anuales para examinar los progresos realizados y su adhesión al programa fueron objeto de reconocimiento con motivo de las evaluaciones externas que se llevaron a cabo durante 1996-1999 en relación con la lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo en los cinco países andinos. En una reunión sobre la sal celebrada en Colombia a finales de 1999, los cinco gobiernos y las industrias participantes se comprometieron a alcanzar este objetivo y elaborar un plan de sostenibilidad para erradicar los trastornos debidos a la falta de yodo.

9. El programa apoyó la vigilancia epidemiológica de la carencia de yodo, sobre todo en relación con la normalización de los métodos y materiales empleados en los laboratorios. Puesto que el control de calidad es un elemento clave para el éxito de un programa encaminado a erradicar los trastornos por carencia de yodo, se prestó

especial atención al proceso de ensayos entre laboratorios para detectar la presencia de yodo en la sal y la orina, que sirven de control para garantizar la calidad de los productos y la información recabada. Gracias a las reuniones anuales de los laboratorios, se creó en la subregión una red de laboratorios que está integrada en la actualidad por 69 laboratorios de los cinco países y el Paraguay. La red hace las veces de centro de referencia para la asistencia técnica y el intercambio de información entre los laboratorios.

10. Las actividades de información, educación y comunicación que promueven la demanda y la producción de sal yodada, así como una insistente voluntad política para erradicar los trastornos por carencia de yodo y otras carencias de micronutrientes, desempeñaron un papel decisivo en esta tarea. Dichas actividades se centraron principalmente en las zonas de montaña de alto riesgo de los cinco países y se valieron para ello de los medios de comunicación de masas, fundamentalmente radio y televisión, así como de una labor de promoción interpersonal a cargo de los profesionales de la salud. Las actividades centradas en la educación y el desarrollo apoyaron el incremento del consumo de sal yodada entre la población de los cinco países mediante la promoción de la consigna: “Sal yodada, la sal de la vida”.

11. En el Paraguay, el programa se centró en garantizar la disponibilidad de sal debidamente yodada en las zonas rurales situadas a gran altura y de alto riesgo. Las actividades de información, educación y comunicación subrayaron la importancia del consumo de sal yodada en dichas zonas, así como en las zonas con un elevado consumo de sal cruda, como San Pedro, en donde son escasas las muestras dadas para paliar la carencia de yodo.

12. Como se indica anteriormente, los cinco países de la subregión han alcanzado el objetivo fijado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: la erradicación práctica de los trastornos causados por la carencia de yodo. Este avance obedece al apoyo prestado por los gobiernos nacionales, los productores de sal y el UNICEF en el marco del programa multinacional de micronutrientes en la subregión, así como a la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Kiwanis International, la Iniciativa sobre micronutrientes del Canadá y los gobiernos de los países donantes. Bolivia fue el primer país en el que se certificó la práctica eliminación de los trastornos causados por carencia de yodo como problema de salud pública en 1996. Colombia y el Perú siguieron sus pasos en 1998, y el Ecuador y Venezuela en 1999. La producción de sal yodada para el consumo humano en el Ecuador aumentó del 90% al 95% entre 1990 y 2000 y del 35% al 95% en el Perú entre 1992 y 1999. En 1999, el 73,9% de la sal producida en Colombia estaba yodada y el porcentaje correspondiente a Venezuela era del 90%. La disponibilidad de sal yodada en los establecimientos paraguayos pasó del 43% en 1995 al 85% en 2000. El consumo de sal yodada en el Perú aumentó del 61% en 1994 al 96% en 1999, mientras que en el Paraguay pasó del 65% en 1995 al 82,6% en 1999. En Venezuela, el consumo de sal yodada representó el 94% en 1999 y en Colombia ascendió al 78,3% en 2000. La eliminación de los trastornos por carencia de yodo como problema de salud pública fue sumamente eficaz en función de los costos, ya que los estudios realizados muestran que el costo per cápita de la yodación de la sal en la región andina oscila entre 0,02 y 0,08 dólares anuales.

13. Aunque el problema sigue siendo grave, los países hicieron progresos sustanciales para paliar la carencia de hierro. Los cinco países andinos y el Paraguay enriquecen ahora la harina de trigo con hierro gracias al apoyo técnico y de promoción

prestado por el programa. Además, Venezuela también enriquece la harina de maíz, de consumo generalizado en el país. Los cinco países cuentan con un marco jurídico favorable al enriquecimiento en el que se definen los procesos de elaboración y la cantidad de hierro que debe añadirse. Por otra parte, se capacitó a los funcionarios de los ministerios de salud en las técnicas de control de calidad de la harina de trigo. Se emprendieron actividades especiales de información, educación y comunicación con el fin de promover la importancia de consumir alimentos enriquecidos con micronutrientes y se recabó el apoyo de importantes medios de comunicación de masas para la emisión gratuita de información sobre los micronutrientes.

14. En el marco de una estrategia complementaria, se administraron suplementos de hierro a mujeres embarazadas y niños de corta edad en las zonas rurales y las zonas urbanas marginadas de los cinco países y el Paraguay. Se forjaron alianzas con organizaciones no gubernamentales y grupos eclesiásticos locales para aumentar el número de personas atendidas mediante la administración de suplementos de hierro a través de sus redes sanitarias y sus sistemas de distribución y la difusión de información sobre las carencias de micronutrientes y la manera de combatirlas. Sin embargo, el alto costo de los suplementos y los problemas del sistema de distribución impidieron atender a un gran número de personas. Hubo que afrontar asimismo una resistencia de índole cultural, dado que los comprimidos de hierro eran percibidos como “medicamentos” que podían ser perjudiciales y provocar un aumento de peso en los niños no nacidos. Esta cuestión se está abordando mediante actividades de información, educación y comunicación con el fin de dar a conocer los beneficios que reporta el consumo de hierro y los efectos adversos de su carencia para la salud de la población, en particular mujeres y niños.

15. En lo que respecta al componente de lucha contra la avitaminosis A, en los centros de salud del Ecuador, el Perú y Venezuela se distribuyeron suplementos de vitamina A en el marco de las operaciones periódicas de inmunización. En Bolivia, la distribución de suplementos se incluyó en las prestaciones básicas del seguro médico, lo que facilitó el suministro generalizado de suplementos de vitamina A a las mujeres y los niños necesitados. Estas actividades se compaginaron con iniciativas de promoción radiofónica y la distribución de panfletos, lo que permitió realizar progresos considerables. En Bolivia, entre 1996 y 1999, la administración de suplementos pasó del 35% al 52% entre las mujeres embarazadas y del 35% al 66% en los niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 5 años. Colombia no administró suplementos de vitamina A debido a que en 1998 prescribió el enriquecimiento del azúcar con vitamina A. No obstante, la legislación fue rechazada por la industria azucarera y quedó derogada en 2000. En el Ecuador, el alcance de la distribución de suplementos de vitamina A pasó del 60% al 93,8% entre los niños de 12 a 36 meses de edad de las 530 comunidades del país sumidas en una pobreza extrema, tanto rurales como urbanas marginadas. La situación de la carencia de vitamina A en Venezuela es confusa y se han emprendido estudios para evaluar la magnitud del problema y determinar las zonas beneficiarias.

16. La estrategia más general de enriquecimiento cosechó un menor éxito. Aunque Bolivia enriqueció el aceite con vitamina A y Venezuela hizo lo propio con la harina de maíz, el enriquecimiento del azúcar no se materializó a causa de los elevados costos del proceso, que motivaron el rechazo de la industria azucarera pese a la intensa labor de promoción llevada a cabo con el fin de recabar su apoyo. Otra razón fue la deficiente actividad de información, educación y comunicación destinada a

promover el consumo de alimentos enriquecidos con vitamina A. Esta cuestión será abordada en el programa propuesto.

Experiencia adquirida en la cooperación anterior

17. El ciclo de programación arrojó varios resultados positivos. En relación con la gestión, el programa demostró la posibilidad de poner simultáneamente en práctica los cuatro componentes en un solo proceso. La administración de suplementos a grupos de alto riesgo, el enriquecimiento de alimentos, la vigilancia epidemiológica y las actividades de información, educación y comunicación se llevaron a cabo conjuntamente gracias a la firme voluntad política demostrada. La coordinación subregional del programa fue satisfactoria a pesar de las dificultades inherentes a toda labor transfronteriza. Gracias a esta coordinación subregional, se intercambiaron experiencias y asistencia técnica en las reuniones anuales de examen, lo que fue de gran utilidad para todos los países afectados; se unificaron los contactos entablados con los donantes y la movilización de recursos; y se normalizó el control de calidad del proceso de yodación de la sal en los laboratorios de cada país. Gracias al firme compromiso contraído por los gobiernos en la consecución del objetivo fijado en la Cumbre Mundial de erradicar los trastornos por carencia de yodo, fue posible forjar alianzas con otros asociados decisivos en esta empresa, así como en apoyo de la eliminación de otras carencias de micronutrientes. Entre esos colaboradores clave, se incluyen: los productores de sal y trigo del sector privado; las autoridades nacionales y locales; las ONG locales; el sector de la educación; los medios de comunicación de masas; los organismos internacionales; y las organizaciones no gubernamentales. En el plano técnico, quedó validada la estrategia de enriquecimiento de los alimentos, ya que es eficaz en función de los costos al tiempo que garantiza un consumo masivo si se enriquecen los productos básicos adecuados. El enriquecimiento ha de estar vinculado a un plan de supervisión del control de calidad desde sus fases iniciales a fin de poder efectuar los ajustes necesarios.

18. También se pusieron de manifiesto algunas experiencias negativas. Un programa multinacional realizará progresos desiguales cuando las deficiencias institucionales y la inestabilidad política causen interrupciones en el suministro gubernamental de los recursos humanos y financieros necesarios. Desde el punto de vista de la programación y la gestión, la supervisión y evaluación del programa son difíciles de llevar a cabo cuando los datos presentan incoherencias y los indicadores relativos a la carencia de vitamina A y hierro no están debidamente actualizados, como el nivel de carencias de micronutrientes, el consumo cuantitativo per cápita de los alimentos que se vayan a enriquecer o la biodisponibilidad de los micronutrientes en la dieta. El primer paso que se ha de dar en el próximo programa de cooperación es actualizar los datos sobre la base de nuevas investigaciones con objeto de definir metas mensurables. Aunque acertada, la estrategia de enriquecimiento es compleja y se debe gestionar con sumo cuidado para alcanzar un equilibrio entre las cuestiones técnicas, los costos y la admisibilidad social. El micronutriente que vaya a utilizarse ha de ser compatible con el alimento para que no influya en su olor, sabor o apariencia. Como muestra el caso de la industria azucarera, los problemas de costo pueden suscitar el rechazo de los productores incluso cuando la viabilidad técnica y la aceptación social están aseguradas. El hierro plantea un problema diferente: al no existir una fuente alimentaria cuyo enriquecimiento pueda alcanzar el nivel de consumo masivo necesario, se han de hallar alimentos sustitutivos. La distribución de

suplementos para suplir o complementar el enriquecimiento también planteó dificultades en ocasiones, como en el caso del hierro, debido al costo y la resistencia cultural.

Cooperación recomendada, 2002-2006

Estimaciones de gastos anuales

(En miles de dólares EE.UU.)

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Otros recursos						
Enriquecimiento de los alimentos	70	70	70	70	70	350
Distribución de suplementos	100	130	170	155	145	700
Información, educación y comunicación	150	200	150	150	150	800
Vigilancia epidemiológica	320	300	270	250	250	1 390
Coordinación regional	155	155	150	150	150	760
Total	795	855	810	775	765	4 000

Metas y objetivos del programa

19. El objetivo del programa multinacional de micronutrientes es apoyar el empeño de los gobiernos de los cinco países andinos y el Paraguay por prevenir la malnutrición “oculta” de los niños y las mujeres causada por carencias de yodo, hierro y vitamina A. En este marco, el programa tiene por objeto combatir los trastornos por carencia de yodo y sustentar su erradicación; prevenir y reducir la anemia causada por falta de hierro en los niños de corta edad y las mujeres; y eliminar la avitaminosis A en los niños de las zonas urbanas y rurales de esos países sumidas en una pobreza extrema.

20. En la consecución de este objetivo, el programa subregional se propone contribuir a: a) la consolidación y la sostenibilidad de todos los procesos de yodación de la sal en los seis países, de modo que todos los productores de sal observen las normas de elaboración pertinentes, se consuma sal yodada en todos los hogares y el Paraguay logre erradicar los trastornos causados por la carencia de yodo; b) la administración de suplementos de hierro al 80% de todas las mujeres embarazadas y todos los lactantes de cada país, como mínimo, y la distribución de suplementos de vitamina A al 80% de los niños menores de 3 años de edad, como mínimo, en las zonas de alto riesgo de cada país; c) la divulgación al público en general de información sobre las carencias de micronutrientes como un importante problema de salud pública, velando por que al menos el 75% de las familias tengan conocimientos básicos de la importancia que reviste el consumo de micronutrientes vitales; y d) la efectividad de los sistemas de vigilancia epidemiológica y el control de calidad del enriquecimiento de los alimentos en al menos el 80% de los laboratorios de los seis países. Al mismo tiempo, proseguirá la labor de apoyo a los procesos de enriquecimiento de los alimentos a base de hierro.

Estrategias del programa

21. El programa propuesto mantiene los cuatro componentes principales del programa precedente.

22. **Enriquecimiento de los alimentos.** La prevención de los trastornos por carencia de yodo gracias a la yodación de la sal seguirá constituyendo el centro de interés estratégico y el apoyo se ampliará a la consolidación del proceso de yodación. En este sentido, se hará lo posible por mantener los vínculos y las relaciones de cooperación entablados con los productores de sal de la región andina. Algunos países deben reducir los costos del micronutriente enriquecedor mediante una disminución de la cantidad que se añade a la sal o de los impuestos aplicables a la importación de dichos micronutrientes. En algunos países, las normas nacionales requieren la adición de entre 30 y 100 partes por millón (ppm) de yodo, mientras que las normas internacionales sólo prescriben 15 ppm, y existe una norma internacional relativa a la presencia de yodo en la orina. Se seguirá impartiendo capacitación y prestando asistencia técnica a fin de que toda la sal yodada producida se atenga al nivel de calidad necesario para satisfacer las necesidades de la población. Se llevarán a cabo diversas actividades de información, educación y comunicación para potenciar la demanda de sal yodada y fomentar su consumo en los hogares. Se recabará en este proceso la activa participación de varios sectores gubernamentales, organizaciones cívicas, productores de sal, escuelas, medios de comunicación de masas, científicos y trabajadores agrícolas. Se pondrán en marcha actividades de investigación para determinar el alcance de los trastornos por carencia de yodo entre los escolares con objeto de mejorar la supervisión del nivel de yodo en la sal y erradicar dichos trastornos. El programa también abordará las cuestiones de envasado y comercialización, así como las necesidades conexas.

23. En relación con el enriquecimiento de los alimentos a base de hierro, el programa se centrará en la consolidación del proceso de enriquecimiento de la harina de trigo en los cinco países andinos y de la harina de maíz en Venezuela. Además, se determinará qué tipos de alimentos sustitutivos se enriquecerán en los seis países, ya que el enriquecimiento de un solo alimento es insuficiente para toda la población destinataria prevista. El alimento sustitutivo ha de tener bajo costo y una disponibilidad suficiente para satisfacer un consumo masivo. Sobre la base de la satisfactoria experiencia de Venezuela, se hará lo posible por enriquecer la harina de maíz en los demás países y se prestará apoyo a esta iniciativa. Se llevarán a cabo actividades de investigación para examinar las posibilidades de enriquecer el arroz.

24. Proseguirán los esfuerzos destinados a enriquecer el azúcar con vitamina A y Bolivia seguirá enriqueciendo el aceite. Se llevarán a cabo investigaciones para evaluar el nivel de avitaminosis A en cada país. En función de los resultados, el programa prestará ayuda a cada país para determinar qué tipos de alimentos se prestan a un enriquecimiento a base de vitamina A.

25. **Distribución de suplementos.** Este programa se centrará en el hierro y la vitamina A. La distribución de suplementos se utilizará como medida de emergencia a corto plazo para los grupos de alto riesgo y con graves carencias de micronutrientes. Las zonas de alto riesgo y los grupos de población beneficiarios de las intervenciones se determinarán una vez se hayan efectuado estudios sobre las carencias de hierro y de vitamina A en los seis países y se hayan actualizado los datos correspondientes. Se tratarán de reforzar los vínculos entre la administración de suplementos

de vitamina A y las campañas de inmunización en el Ecuador, el Perú y Venezuela y se hará lo posible por incluir la distribución de suplementos de vitamina A en el servicio básico de salud, como ya ocurriera en Bolivia. Colombia determinará cuáles son sus zonas de actuación prioritarias y administrará suplementos a las mujeres y los niños propensos a la avitaminosis A.

26. **Información, educación y comunicación.** Pese a los intentos realizados en el anterior programa por crear conciencia de las carencias de yodo, hierro y vitamina A y sus efectos sobre la situación de salud de la población, en especial las mujeres y los niños, el nivel de sensibilización del público en general acerca de las carencias de micronutrientes como problema prioritario de salud pública sigue siendo bajo en esos países. Se pone así de manifiesto la necesidad de intensificar las actividades de información, educación y comunicación durante el período del programa. Es asimismo necesario sustentar el compromiso político y las alianzas existentes, a la vez que es preciso crear otras nuevas a modo de estructura nacional de sensibilización y comprensión de los peligros y efectos adversos de las carencias de micronutrientes y los compromisos contraídos para solventar esos problemas en cada país.

27. Las intervenciones de información, educación y comunicación se verán fortalecidas en su función fundamental de provocar cambios en las actitudes y los hábitos de alimentación. El mensaje fundamental será la importancia de diversificar la dieta, haciendo especial hincapié en el consumo de sal yodada y alimentos enriquecidos con hierro y vitamina A. Se prestará especial atención a las actividades de información, educación y comunicación encaminadas a fomentar el consumo de suplementos de hierro entre las mujeres embarazadas, las parturientas recientes y los lactantes en situación de riesgo. Se procurará identificar a los destinatarios, como dirigentes políticos, responsables de la adopción de decisiones, sectores gubernamentales competentes, profesionales de la salud y la medicina, profesores, padres, escolares y productores de sal. En su calidad de importantes colaboradores, se recurrirá a los medios de comunicación de masas con miras a una difusión generalizada de los mensajes, incluido el servicio público de emisión provisto por los medios nacionales de cada país. Se efectuarán estudios sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas con el fin de evaluar las repercusiones de las actividades de información, educación y comunicación a la hora de crear conciencia sobre las carencias de micronutrientes y la importancia de consumir sal yodada y alimentos enriquecidos. El programa apoyará la formulación de una estrategia centrada en la comercialización social de la sal yodada, la administración de suplementos de micronutrientes y los alimentos aptos para su enriquecimiento.

28. **Vigilancia epidemiológica.** Este componente seguirá desempeñando un papel crucial en el programa propuesto. Se seguirá prestando apoyo para afianzar los sistemas de control del nivel de yodo en la sal y de supervisión biológica. Se garantizará así la efectividad del proceso de yodación y la consecución del nivel de yodo recomendado con miras al control permanente de los trastornos debidos a la falta de yodo. La nueva fase se iniciará con la actualización de los indicadores básicos, como la incidencia de las carencias de yodo, hierro y vitamina A en cada país entre las mujeres embarazadas, las parturientas recientes y los lactantes. Otros indicadores fundamentales serán: el consumo de alimentos enriquecidos; los niveles cuantitativos del micronutriente enriquecedor en los alimentos; y el alcance de la administración de suplementos de hierro y vitamina A entre la población destinataria. Durante el primer año del programa, se prestará apoyo a la labor de vigilancia epidemiológica de cada país para controlar el yodo en la sal y en la orina y el consumo de sal

yodada. Se impartirá capacitación al personal de los laboratorios, así como al personal de los gobiernos y las ONG que se ocupan de cuestiones de nutrición, para analizar los problemas y concebir, aplicar y supervisar intervenciones destinadas a paliar las carencias de micronutrientes. La actualización de la información permitirá la cuantificación de los objetivos, una supervisión eficaz durante la aplicación y evaluaciones comparativas y de los efectos. Por último, el establecimiento de una red de comunicación electrónica entre los laboratorios fomentará la capacidad necesaria para intercambiar datos, así como para recabar y prestar asistencia.

Colaboración con los asociados

29. Las alianzas estratégicas son decisivas para el éxito del programa. Son fundamentales los grupos que ejercen gran influencia sobre las comunidades de riesgo y que gozan de credibilidad ante ellas. Tal es el caso de la Iglesia en el Ecuador, en donde las alianzas forjadas con grupos estratégicos contribuirán a superar la resistencia cultural que aún se observa con los suplementos de hierro. Los medios de comunicación de masas son también importantes colaboradores cuya capacidad para elaborar y difundir mensajes y supervisar sus efectos contribuirá a crear conciencia sobre las carencias de micronutrientes y sus efectos adversos para la salud de mujeres y niños.

30. Los productores de sal y otras empresas de transformación de alimentos son también colaboradores fundamentales. Se mantendrán los sólidos vínculos existentes con la comunidad productora de sal y se tratarán de revitalizar los contactos con la industria azucarera con miras al enriquecimiento a base de vitamina A. El programa colaborará con asociados gubernamentales decisivos en cada uno de los seis países, como los ministerios de salud, industria, comercio, agricultura y educación o los centros científicos y de investigación, a fin de garantizar la ejecución de las disposiciones normativas, reglamentarias y legislativas y la aplicación y supervisión efectivas de los componentes del programa.

31. El UNICEF colaborará estrechamente con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos causados por la Carencia de Yodo y la Iniciativa sobre micronutrientes del Canadá en la aplicación de este programa. El proyecto de lucha contra la carencia de yodo será evaluado de nuevo por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos causados por la Carencia de Yodo. El programa subregional seguirá recibiendo la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la Iniciativa sobre micronutrientes del Canadá y los miembros de la evaluación externa de la situación de los trastornos por carencia de yodo en los diferentes países. El Programa Mundial de Alimentos desempeñará un papel de importancia en el apoyo de las actividades de capacitación y distribución de suplementos, como en Bolivia, particularmente en lo que respecta a la carencia de hierro. Se prevé que Kiwanis International siga brindando su apoyo a la erradicación sostenible de los trastornos causados por carencia de yodo.

Vigilancia y evaluación

32. El alcance de los sistemas nacionales de vigilancia y los datos disponibles para medir los progresos en la consecución de los objetivos del programa: práctica

erradicación de los trastornos por carencia de yodo y la avitaminosis A en los niños, y de la anemia causada por falta de hierro en las mujeres embarazadas, varían considerablemente en la subregión andina y el Paraguay.

33. En todos los casos, sin embargo, es necesario establecer sólidos indicadores de referencia con miras a la supervisión de los trastornos por carencia de yodo a mediano y largo plazo y la incidencia de las carencias de hierro y vitamina A y sus consecuencias tanto en el plano nacional como en las zonas y comunidades más afectadas en cada país. La proporción de lactantes y niños en edad preescolar con bocio endémico (mediante palpación y volumen tiroideo) y los niveles de yodo en la orina entre la población infantil constituirán los principales indicadores de resultados clínicos y bioquímicos para evaluar los progresos realizados en la lucha contra los trastornos por carencia de yodo y las repercusiones del programa. También se supervisarán los indicadores de procesos relacionados con la concentración de yodo (al menos 15 partes por millón de yodo), sobre la base de los niveles de producción, distribución y consumo (hogares), con objeto de garantizar la yodación universal de la sal.

34. La proporción de niños menores de 6 años con xeroftalmia y vitamina A en el suero (por debajo de 10 mg/100 ml) serán los principales indicadores de resultados a fin de evaluar los progresos realizados en la lucha contra la avitaminosis A, mientras que la proporción de niños (de 6 a 59 meses de edad) y mujeres (que hayan dado a luz en los 12 últimos meses) que recibieron elevadas dosis de suplementos de vitamina A (en los seis últimos meses y antes de que el lactante cumpliera los 8 meses, respectivamente) constituirán los indicadores básicos para evaluar el alcance del programa. Por otra parte, la incidencia de la anemia en los lactantes, las mujeres embarazadas y las mujeres en edad reproductiva con unos niveles de hemoglobina inferiores a 10 mg/dl se supervisará periódicamente para evaluar los progresos realizados en la reducción de la anemia causada por falta de hierro.

35. Se hará uso de diversos medios de verificación y mecanismos de supervisión para elaborar, analizar e interpretar los indicadores mencionados. Los indicadores de resultados tendrán como principales fuentes de datos las encuestas domésticas periódicas, los puestos de vigilancia a nivel de comunidad y distrito y las pruebas clínicas y bioquímicas de los centros de salud de ámbito local. Los puestos de vigilancia se utilizarán para supervisar la anemia y la incidencia de la carencia de yodo en los niños de edad escolar. La supervisión sistemática del enriquecimiento y el contenido de yodo, vitamina A y hierro en la producción, importación, venta al por mayor y al por menor será responsabilidad de las diferentes autoridades gubernamentales (ministerios de salud, agricultura, comercio o las oficinas nacionales de normalización).

36. Para reforzar la adopción de decisiones en el seno del programa, la eficacia en función de los costos y la calidad garantizada de los servicios, se establecerá un mecanismo interno de supervisión en los planos nacional, regional y local. La supervisión subregional y los exámenes anuales del programa formarán parte de las actividades de supervisión y evaluación.

Gestión del programa

37. Las instituciones gubernamentales designadas por los países participantes en el anterior programa multinacional de micronutrientes serán los principales asociados en la ejecución a nivel nacional. Esas instituciones velarán por que los gobiernos

respectivos asuman compromisos con miras al seguimiento y la aplicación de un marco jurídico favorable al enriquecimiento de los alimentos, la administración de suplementos y la vigilancia epidemiológica. También garantizarán la asignación de los recursos financieros y humanos necesarios. Las organizaciones no gubernamentales involucradas en la lucha contra las carencias de micronutrientes en los países participarán en la ejecución y supervisión del programa.

38. Tomando como base la experiencia adquirida en la aplicación del programa multinacional, se mantendrá la dependencia de coordinación subregional del UNICEF a fin de garantizar la gestión y supervisión de la aplicación del programa propuesto, con el apoyo del centro coordinador de las oficinas del UNICEF en cada país. Además, la dependencia prestará asesoramiento, canalizará la asistencia técnica a los países, garantizará la movilización de recursos, organizará las reuniones técnicas, la formación y las reuniones anuales de examen con los asociados del programa para evaluar los progresos en la aplicación del plan anual de acción y preparar el plan del próximo año. La dependencia seguirá haciendo las veces de centro de referencia tanto para los países participantes como para los donantes. La dependencia de coordinación subregional, conjuntamente con sus homólogos gubernamentales, organizará en 2004 el examen de mediano plazo, de carácter más exhaustivo, en el que también participarán otras entidades colaboradoras. Se creará un comité consultivo técnico, integrado por representantes de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos causados por la Carencia de Yodo y la Iniciativa sobre micronutrientes, con el cometido de supervisar el programa y prestarle apoyo técnico y asesoramiento.
