

# GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS NUTRICIONALES



SERGIO BRITOS  
AGUSTINA SARAVÍ  
NURIA CHICHIZOLA



AGOSTO 2014

---

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POLÍTICAS Y ECONOMÍA DE LA ALIMENTACIÓN  
CEPEA



## AGRADECIMIENTOS

---

Las empresas Danone, Molinos Río de la Plata y Nestlé han apoyado desde el inicio el proceso de elaboración de la Guía de autoevaluación de Buenas Prácticas Nutricionales.

Integrantes de la Red Nutrición 10 Hambre Cero (en adelante N10HCero) han apoyado la realización de la prueba piloto en el Municipio de Pergamino y la edición de la versión final de la Guía.

Centro Providencia, de Familia CONIN, integrante de N10HCero ha apoyado la realización de la prueba piloto en el Municipio de Pergamino, además de involucrarse con sus directivos y personal en forma proactiva en el diligenciamiento de la misma con las autoridades municipales.

## REVISIÓN DE LA PUBLICACIÓN

---

Una versión preliminar de esta publicación ha sido revisada por la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), así como también por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-Dietistas (AADyND), la oficina local del Banco Mundial y los expertos Eduardo Atalah (Facultad de Medicina, Universidad de Chile) y Juan Rivera (Centro de Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México). Sus comentarios han sido considerados y en lo posible incorporados a esta versión definitiva. También se agradece los aportes realizados por la Lic. Natalia Echegaray y el Lic. Mariano Godnic. Y la coordinación de la Lic. Mercedes Laguía en la experiencia piloto en el municipio de Pergamino.

Un reconocimiento especial a Ricardo Hara, incansable impulsor de este trabajo y de la Red N10HCero.



Introducción	3
Breve descripción de programas e intervenciones alimentario-nutricionales en Argentina	4
Ejes o Componentes de la Guía de autoevaluación de BPN	11
El proceso de aplicación de la Guía de autoevaluación de Buenas Prácticas Nutricionales	12
Guía de autoevaluación de BPN: Matriz de indicadores	15
Grilla de registro de indicadores de cada práctica	22
Grilla de totalización de puntajes de indicadores	27
Bibliografía consultada	28
Anexo: Experiencia piloto en Pergamino	29



## INTRODUCCIÓN

Las “Buenas Prácticas Nutricionales” (BPN) son un conjunto organizado de intervenciones, prácticas o cuidados alimentario-nutricionales, de higiene y de salud, cuya aplicación progresiva y articulada se considera un medio para alcanzar niveles crecientes de calidad en las intervenciones y resultados medibles en diferentes dimensiones del estado de la alimentación y nutrición.

Los indicadores de cumplimiento de BPN miden el estado o los avances en la gestión alimentario-nutricional. De esta forma, la Guía de autoevaluación de BPN constituye una herramienta que permite una mirada integral y la formulación o reformulación de intervenciones en los niveles locales.

La Guía en general y cada una de las prácticas seleccionadas fueron el resultado de una amplia revisión de la evidencia científica en relación con la eficacia de diferentes intervenciones. En particular se han examinado documentos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); el Instituto Internacional de Investigaciones en Políticas Alimentarias (IFPRI); una reconocida colección de papers de la revista *The Lancet* (2008) sobre desnutrición materno-infantil en que participaron las Universidades Johns Hopkins y Cornell, OMS y UNICEF; y diversos artículos de autores reconocidos en el campo de la nutrición.

También se revisaron documentos de diferentes programas e intervenciones de otros países, en particular EE.UU., México y Chile. En el caso de EE.UU. y Chile se realizaron sendos viajes de los que también se han extraído consideraciones que se han volcado a este trabajo.

Y se analizaron muy especialmente los documentos técnicos y antecedentes de los programas de mayor alcance en Argentina: el Programa Materno-Infantil, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) y el Plan Argentina Saludable.

El 1 de julio de 2011 y como primer producto de N10HCero se elaboró un documento de diagnóstico.

Sólo y a manera de apretada síntesis, se identifican de aquel documento, los principales problemas que afronta la Argentina por orden de magnitud:

1. Sobrepeso/Obesidad (en niños desde edades tempranas y en población general)
2. Anemia por deficiencia de hierro (especialmente en niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil y embarazadas)
3. Excesos en la ingesta de azúcares, sodio y grasa saturadas
4. Déficit de calcio en la población en su conjunto
5. Otras deficiencias nutricionales (vitaminas C y A, zinc, fibra, ácidos grasos omega 3), en niños y población general
6. Insuficiencia alimentaria (de tipo perceptual y medida por ingresos), en particular en hogares bajo la línea de pobreza
7. Desnutrición de tipo crónica (déficit de talla), en especial en niños
8. Desnutrición de tipo aguda (déficit de masa corporal), en especial en niños

Los estudios alimentarios reflejan también dos características típicas de la alimentación de los argentinos en general y de los hogares pobres en particular: monotonía alimentaria e inadecuada calidad nutricional de la dieta promedio. Ambas situaciones se verifican en la existencia de brechas alimentarias (diferencia entre el tipo y cantidad de alimentos

consumidos en relación a los recomendados) y nutricionales (diferencia entre el perfil nutricional de lo consumido en relación a lo recomendado).

En aquel diagnóstico inicial de N10HCero se identificaron diez compromisos u objetivos, cuatro de los cuales tienen una estrecha relación con intervenciones alimentario-nutricionales y son el marco de las BPN que se explicitan en esta publicación:

1. Erradicar (en un lapso de 5 años) la desnutrición aguda.
2. Priorizar programas efectivos de nutrición materno-infantil y estimulación del desarrollo en el período crítico de 1000 días que se extiende desde la concepción hasta los 24 meses de edad.
3. Promover la exclusividad de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y su continuidad posterior acompañada de una alimentación complementaria oportuna y de calidad.
4. Promover estilos de vida saludables, reconociendo que una alimentación saludable (diversificada y de buena calidad nutricional) es el nuevo paradigma de las políticas alimentarias.

## BREVE DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS E INTERVENCIONES ALIMENTARIO-NUTRICIONALES EN ARGENTINA

Argentina desarrolla programas e intervenciones nutricionales desde las primeras décadas del siglo XX. El Programa de Copa de Leche en las escuelas (comedores escolares más tarde) y las acciones de Maternidad e Infancia (distribución de leche a embarazadas y niños menores de 2 años en dispensarios o centros de salud, hoy conocidos como Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS-) son los programas pioneros y prácticamente los únicos hasta que en la década del '80 y con el advenimiento de la democracia y el reconocimiento de la desnutrición como problema, se inicia lo que bien podría denominarse la etapa de crecimiento y diversificación de la matriz de programas e intervenciones alimentario-nutricionales.

En 1984 se inicia el Programa Alimentario Nacional (PAN), un amplio programa de distribución de módulos alimentarios (cajas) a hogares pobres y se amplía y cobra mayor importancia el programa de comedores escolares.

A la vez, en la década del '80 se inicia el proceso de apertura de diferentes tipos de comedores comunitarios o infantiles, que hasta la actualidad, crecen de manera algo desorganizada en épocas de crisis económicas y disminuyen (sin desaparecer) en momentos de recuperación.

Tanto el PAN como los comedores escolares se financiaban con fondos presupuestarios de origen nacional. Los comedores de tipo comunitario tenían en



cambio un financiamiento mixto: por un lado a través de partidas presupuestarias también de origen nacional pero combinados con aportes inorgánicos o informales de la propia comunidad (donaciones).

En la década del '90 y luego de la crisis socioeconómica de 1988/89/90, la matriz de programas incorporó cuatro nuevos formatos: el Programa ProHuerta (en realidad iniciado en los '80 pero consolidado en los '90); el Programa Materno-Infantil y Nutrición (PROMIN); el Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA).

El ProHuerta fue y sigue siendo un programa a través del cual hogares pobres y con disponibilidad de terreno, reciben semillas y capacitación para producir verduras y productos de granja para autoconsumo.

El PROMIN fue un programa con financiamiento externo (Banco Mundial) que sumó recursos y contenidos al programa regular Materno-Infantil (en lo nutricional se sumaron refuerzos alimentarios a la tradicional dación de leche a madres embarazadas y niños menores de 2 años) y proporcionó capacitación y marcos normativos más específicos en relación con la prevención y la atención de la desnutrición.

También fortaleció, construyó y equipó Centros de Desarrollo Infantil (CDI), efectores que básicamente atendían las necesidades alimentarias (comedores) y de desarrollo de niños entre 2 y 5 años de edad.

En sus primeros siete años desde 1992, el PROMIN y el Programa Materno-Infantil regular funcionaron en forma simultánea y con cierta superposición de acciones; a partir de 1999-2000, el Programa regular fue incorporando algunos de los contenidos del PROMIN hasta la completa finalización de este hacia 2003.

El PRANI estableció dos tipos de prestaciones alimentarias a la población de niños entre dos y cinco años de hogares pobres: suministro de módulos alimentarios (cajas) y servicio de comida en Centros de Cuidado Infantil (CCI) más organizados y equipados que los tradicionales comedores comunitarios. Los CCI del PRANI funcionaban de un modo similar a como los hacían los CDI del PROMIN.

El Programa ASOMA fue un programa de distribución de módulos alimentarios a población de adultos mayores en condición de pobreza y sin cobertura del sistema de seguridad social, habiendo también sumado acciones de capacitación en nutrición.

Las cuatro experiencias tuvieron su auge hacia mediados de los '90 y luego y en particular en ocasión de la crisis socioeconómica del 2001 fueron decreciendo en cantidad y calidad de prestaciones.

Sin embargo, se fue consolidando en Argentina una matriz de programas e intervenciones caracterizada por la existencia de cinco tipos de prestaciones:

1. Distribución de módulos alimentarios a población pobre (niños, ancianos y familias)
2. Distribución de leche (y en el caso del PROMIN módulos alimentarios) en los CAPS (a embarazadas y niños menores de 2 años)
3. Desayunos y almuerzos escolares.
4. ProHuerta
5. Comedores de tipo comunitario, algunos más institucionalizados y formalizados y otros de características más precarias

A la vez, esta matriz de programas se consolidó en el marco de aportes presupuestarios de distinto origen (nacionales, provinciales, municipales, privados, de financiamiento externo), no necesariamente

coordinados entre sí, sin disposición de un padrón único de beneficiarios; y con marcos normativos (en materia de calidad y prácticas alimentario-nutricionales) diversos y con diferentes niveles (aunque genéricamente bajos) de seguimiento y supervisión técnica.

La crisis de 2001 determinó dos escenarios: por un lado un importante debilitamiento presupuestario de todos los programas (lo que se tradujo en un sensible deterioro de la cantidad y calidad de las prestaciones) y por otro lado la emergencia de un nuevo formato de asistencia: los programas de transferencia de ingresos. El primero de ellos fue el conocido como Programa Jefas y Jefes de Hogar, a través del cual los hogares pobres y tributarios de programas e intervenciones nutricionales, en su gran mayoría pasaron a recibir una transferencia mensual, sin carácter alimentario, pero que seguramente tuvo una fuerte propensión al gasto en alimentos.

En forma paralela, el Gobierno Nacional transfería fondos presupuestarios a las provincias para financiar los diferentes tipos de intervenciones listadas más arriba, a través de lo que se conoció como Programa de Emergencia Alimentaria (PEA).

Esta situación se mantuvo hasta mayo de 2003, momento en que se sanciona la Ley 25724, que crea el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA).

El PNSA se establece como el marco legal y normativo que organiza la política de garantía del derecho a la alimentación y la erradicación de la desnutrición; y es el marco para la implementación de la matriz de programas e intervenciones alimentario-nutricionales.

Entre sus múltiples disposiciones, la Ley 25724 estableció el funcionamiento de comisiones nacionales y jurisdiccionales de

implementación de la Ley. Estas Comisiones fueron concebidas como el instrumento que la Ley previó para descentralizar operativamente los programas y son además el ámbito de participación de organizaciones académicas y no gubernamentales. Su funcionamiento sin embargo es considerado muy débil por parte de múltiples actores del ámbito de la alimentación y nutrición. En la práctica las decisiones son adoptadas por el Ministerio de Desarrollo Social y ejecutadas según se acuerda en los convenios respectivos.

El PNSA también suponía una instancia superadora en relación con la articulación de la matriz de programas e intervenciones alimentario-nutricionales a nivel territorial. No hay hasta la fecha ninguna evaluación que verifique logros en este terreno.

La impresión de múltiples referentes y organizaciones es que aproximadamente los mismos tipos de programas e intervenciones listados más arriba continúan implementándose con pocas modificaciones sustanciales.

Aspectos en los cuales el PNSA ha representado una contribución son la atención de situaciones específicas (caliacos o pueblos originarios por ejemplo) o el fortalecimiento de algunos equipos técnicos provinciales.

En la actualidad el PNSA opera bajo dos modalidades centrales: una conocida como “abordaje federal”, consiste en la transferencia directa de fondos presupuestarios a las provincias y de estas a los municipios para que estos últimos implementen diferentes tipos de programas alimentarios, en acuerdo a lineamientos establecidos en un “Documento Técnico del PNSA”.

La evaluación de la implementación y resultados de los programas a nivel local parece



estar más bien reducida a la presentación de rendiciones del uso de los fondos.

La otra modalidad es conocida como “proyectos focalizados” y consiste en la transferencia de fondos a municipios u OSC’s que presentan “proyectos” con objetivos específicos, las más de las veces vinculados a refuerzos alimentarios o acciones tendientes a reducir la desnutrición.

Según los técnicos centrales del PNSA, los fondos de la modalidad “abordaje federal” son crecientemente utilizados para implementar una nueva modalidad de prestación a familias pobres: las “Tarjetas Alimentarias” (TA).

Las TA son tarjetas precargadas con dinero para que las familias las utilicen con carácter alimentario en una red de comercios habilitada o adherida a cada Plan provincial. Cada provincia emite sus propias tarjetas alimentarias y los fondos mensuales que recibe cada familia difieren según los fondos recibidos por cada provincia. Con excepción de la Ciudad de Buenos Aires, la impresión es que los fondos que las familias disponen a través de tarjetas alimentarias son escasos (alrededor de \$ 200 mensuales).

Las TA están convirtiéndose en la modalidad más frecuente de asistencia alimentaria a familias, reemplazando a la distribución de módulos alimentarios.

No existe a la fecha ninguna evaluación formalmente conocida sobre los resultados de la implementación de estas tarjetas, como por cierto tampoco de ninguno de los programas existentes desde la década del ‘80.

Si bien la Ley 25724 lo considera como parte del PNSA, el Programa Materno-Infantil sigue constituyendo en la práctica un programa del área de Salud (todos los anteriores son del

área de Desarrollo Social) y que se implementa a través de una red de 5500 CAPS (primer nivel de atención) en todo el país, más la red de Hospitales y otros establecimientos de segundo nivel de atención.

En los CAPS se desarrollan el conjunto de acciones de promoción, prevención y atención de la salud, con énfasis en lo materno-infantil.

Desde el punto de vista nutricional los CAPS son responsables del primer nivel de atención de la mujer en edad fértil, embarazada, de la promoción de la lactancia materna, de la consejería nutricional en relación con la alimentación en los primeros años de vida, de la vacunación, del control de crecimiento y desarrollo, de la detección de alteraciones de la nutrición (desnutrición y obesidad), de la educación alimentaria y de la dación de leche (fortificada con hierro, zinc y vitamina C) a mujeres embarazadas y niños menores de 2 años. Además de la atención de la morbilidad prevalente.

Teniendo en cuenta el objetivo prioritario de N10HCero en relación a los 1000 días críticos, los CAPS constituyen el efector más indicado para articular acciones a favor de la nutrición materno-infantil. Como se mencionó, el Programa Materno-Infantil y los CAPS son responsables del programa de suministro de leche a mujeres y niños.

El Plan Nacer, también del Ministerio de Salud, actúa en forma complementaria y concurrente, a través de su estrategia de fortalecimiento de la atención primaria de salud financiando el cumplimiento de objetivos de superación de brechas de calidad.

Hasta acá se mencionó al Programa Materno-Infantil (Salud) y a una variada matriz de programas bajo la órbita del PNSA (tarjetas,



apoyo a comedores de tipo comunitario, ProHuerta, módulos alimentarios remanentes, refuerzos alimentarios para proyectos focalizados).

Una tercera familia de programas son los comedores escolares. Se trata de programas provinciales (cada provincia administra sus comedores), que se financian con presupuesto propio al que suele sumarse una partida presupuestaria originada en el PNSA originalmente considerada como “refuerzo nacional” y que progresivamente y en muchas provincias se ha transformado en el aporte más significativo.

Existe una diversidad de modelos de gestión en las provincias; los mismos varían desde los absolutamente descentralizados (cada escuela recibe una partida y debe hacerse cargo íntegramente de la gestión del servicio) hasta otros en los que el Consejo Escolar, el municipio o aún la provincia se hacen cargo de centralizar algunas adquisiciones o la privatización íntegra del servicio.

La modalidad más extendida es la de gestión escolar (descentralización total), situación que da origen a una amplia heterogeneidad en la calidad de las prestaciones alimentarias.

En general, cada provincia o municipio establece normativas o muchas veces simplemente listas de menús, cuyo cumplimiento sin embargo no suele ser objeto de rutinas de seguimiento y supervisión o lo son en contados casos. Esto determina amplios márgenes de discrecionalidad en el uso de los recursos y en el funcionamiento del servicio.

Desde el punto de vista nutricional, las prestaciones de los comedores escolares en muchos casos son irregulares y la conformación de los menús es altamente dependiente de la oportunidad y disponibilidad presupuestaria y

de la voluntad y oficio de las cocineras.

Una parte de los fondos (modalidad “abordaje federal”) del PNSA también se distribuyen bajo la forma de apoyo a organizaciones sociales que ofrecen prestaciones alimentarias o de educación alimentario-nutricional. También a emprendimientos orientados a la seguridad alimentaria familiar.

Estos fondos son los que permiten el funcionamiento de un número indeterminado (algunos lo sitúan en unos 5000 en todo el país) de comedores de tipo comunitario. Estos comedores ofrecen prestaciones alimentarias diversas, ampliamente heterogéneas y poco se conoce acerca de su regularidad y calidad nutricional.

A la matriz de programas e intervenciones alimentario-nutricionales descripta, desde 2009 se ha sumado un nuevo esquema de transferencia de ingresos a las familias, conocido como “Asignación Universal por Hijo” (AUH). Se trata de una asignación directa de fondos a familias sin cobertura del sistema de asignaciones familiares y con hijos menores de 18 años. No tiene carácter alimentario, aunque se supone que tiene una alta propensión al gasto en alimentos.

Si bien no se trata de un programa alimentario, la regularidad de su recepción y el monto (\$ 644 mensuales por cada hijo hasta un máximo de cinco) lo convierten en la modalidad más importante de asistencia social para las familias beneficiarias.

Los fondos de la AUH se perciben bajo la modalidad de una tarjeta social (TS).

Por fuera de los programas asistenciales en alimentos, el PNSA también plantea la importancia de la Educación Alimentaria como parte de sus estrategias. En ese sentido y desde la sanción de la Ley, los Ministerios



de Salud y Desarrollo Social implementan un Programa articulado de formación de multiplicadores en Educación Alimentario-Nutricional (EAN). Profesionales de ambos ministerios capacitan a equipos provinciales y estos a la vez hacen lo propio con técnicos y voluntarios de los niveles locales, quienes a su vez son los últimos responsables de difundir los mensajes a la población.

En el Ministerio de Salud, además del Programa Materno-Infantil y por fuera del alcance de la Ley 25724, funciona el Programa Argentina Saludable. Sus acciones se orientan a la promoción de estilos de vida saludable (en las dimensiones de tabaquismo, actividad física y alimentación) y en los últimos años desde esta área se está trabajando en la formulación de consensos con la industria alimentaria para el mejoramiento de alimentos. Hasta el momento se ha trabajado en dos nutrientes: disminución de grasas trans y de sodio.

En el primer caso se ha incorporado al Código Alimentario Argentino una modificación que obliga a limitar el contenido de grasas trans al 2% del total de grasas en aceites y margarinas y 5% en el resto de los alimentos.

En el caso del sodio, recientemente se ha sancionado la Ley 26905 que fija valores máximos de sodio en distintas fuentes alimentarias.

Por último y también en el ámbito del Ministerio de Salud, desde 2001 funciona el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. Su propósito es promover y fortalecer el desarrollo de políticas públicas saludables a través de proyectos locales que aborden de manera integral los determinantes y condiciones de salud (modos de vida, sistemas y servicios de salud, socioeconómicos y ambientales).

En la actualidad alrededor de 500 municipios del país participan de la red. Cada proyecto de

municipio saludable es autónomo y elaborado a partir de sus características locales. El Ministerio de Salud es responsable de atender y orientar las demandas recibidas de cada municipio y articularlas con los diferentes programas nacionales; coordinar la asistencia técnica en temas específicos de promoción de la salud; monitorear y evaluar los procesos de desarrollo de la estrategia en los diversos municipios miembros de la Red.

*Intentando una muy breve síntesis* de la matriz de programas e intervenciones alimentario-nutricionales gubernamentales puede plantearse que el marco legal y normativo de las mismas está dado por la Ley 25724. La Ley crea el PNSA cuya principal estrategia es la transferencia de fondos a las provincias bajo las dos modalidades descriptas aunque con niveles insuficientes de normatización de las acciones y supervisión y seguimiento regulares y efectivos.

Las principales acciones son el suministro de alimentos, comidas en comedores o tarjetas con carácter alimentario. La composición de la oferta alimentaria y el poder adquisitivo de las tarjetas no están alineados con metas o estándares de alimentación saludable.

La garantía de una alimentación "básica" más que "saludable" es una lógica fuertemente instalada en los programas alimentarios derivados del PNSA.

Desde el área de Salud, la estrategia se basa en la acción de los CAPS. Si bien no se cuenta con una evaluación de su gestión y resultados en términos de la dimensión nutricional, una fuerte impresión es que no se verifica en terreno una estrategia decididamente orientada a garantizar una adecuada nutrición (se "atienden" los casos que llegan al CAPS pero no se despliegan suficientemente contenidos alimentario-nutricionales en el territorio). Los

CAPS realizan el seguimiento de peso y talla de quienes se acercan al Centro y consultan (es muy débil la búsqueda activa en la comunidad) y distribuyen leche fortificada. En los casos de niños desnutridos, los controles son más concentrados.

Las acciones alimentario-nutricionales de ambos ministerios parecen claramente orientadas a suministrar alimentos y concentrar controles y seguimiento en el caso de niños desnutridos.

Seguramente, la suma de programas de distribución de alimentos y transferencias de ingresos es uno de los determinantes de la baja prevalencia de desnutrición de tipo aguda (1,3% a nivel país). Sin embargo, la alta variabilidad e irregularidad y la superposición de programas con criterios no siempre comunes; el énfasis en la cantidad de alimentos más que en la calidad nutricional de las prestaciones; los problemas en la capacidad resolutoria y calidad de atención de los CAPS e insuficiente concentración de acciones en los 1000 días críticos, constituyen en su conjunto algunos determinantes de la persistencia de altas prevalencias de desnutrición crónica, deficiencias de nutrientes y preocupante crecimiento de sobrepeso y obesidad.

Los comedores escolares también reflejan más bien una estrategia claramente orientada a la seguridad alimentaria (ofrecer comida) más que al logro de metas claras de alimentación saludable.

Desde el ámbito de las OSC's y el sector privado a través de sus programas corporativos, también se llevan adelante un variado conjunto de acciones, que por supuesto tienen un alcance más acotado que los de la escala gubernamental.

En líneas generales, las acciones de las

OSC's están orientadas a la resolución del hambre y la desnutrición, mientras que muchos programas corporativos se focalizan en educación alimentaria y (últimamente) la promoción de estilos de vida saludable.

Entre los programas más reconocidos del sector no gubernamental se cuentan los de la Red CONIN, los Bancos de Alimentos, la acción de las CARITAS diocesanas o la experiencia de SOLIDAGRO. Las menciones a estas organizaciones y sus programas no excluyen a un amplísimo abanico de experiencias de decenas o cientos de organizaciones no gubernamentales a lo largo de los últimos años.

La crisis del 2001 fue probablemente el disparador de acciones por parte de las OSC's y programas corporativos de las empresas.

Es mucho más común que los objetivos y contenidos de las acciones estén orientados a la desnutrición que a la promoción de una nutrición saludable.

En este sentido, una primera impresión es que el accionar del sector no gubernamental es similar en filosofía y contenidos a los programas gubernamentales. Es común observar cierta superposición de acciones y aún -pasando al terreno de lo alimentario- cierta similitud en el perfil de calidad nutricional de las prestaciones.

La experiencia de CONIN se distingue del resto en el sentido que implementa un programa de Centros de Prevención y tratamiento de la desnutrición. Su foco exclusivo es la desnutrición y la extrema pobreza. En los centros CONIN se despliegan actividades nutricionales, de control pediátrico, de estimulación del desarrollo, de asistencia alimentaria, de educación alimentaria y de salud, además de actividades de alfabetización y capacitación laboral para padres.



Del mismo modo, la estrategia de los Bancos de Alimentos también es particular. Los Bancos tienen como misión principal recuperar alimentos que son aptos para el consumo pero que han perdido aptitud comercial y por lo tanto deben ser desechados por la industria.

Los alimentos son recuperados, clasificados y distribuidos a redes de comedores, en donde constituyen en algunos casos hasta el 20% de la disponibilidad de alimentos. A través de diferentes programas, los Bancos de Alimentos también ofrecen capacitación en temas de alimentación, higiene y preparación de alimentos al personal de sus redes de comedores.

## EJES O COMPONENTES DE LA GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE BPN

Las BPN (26 en total) se han organizado en cuatro componentes o ejes de implementación, siguiendo la línea de los programas o tipos de intervenciones más frecuentes:

**A.** Intervenciones dirigidas a las mujeres y niños pequeños, también identificables como intervenciones en la nutrición materno-infantil (7 BPN)

**B.** Intervenciones en alimentación escolar (12 BPN)

**C.** Intervenciones con foco en la seguridad alimentaria familiar (programas basados en entrega de alimentos, comedores de tipo comunitario o tarjetas sociales y alimentarias) (2 BPN)

**D.** Intervenciones orientadas a la promoción de una alimentación saludable (5 BPN)

En cada eje o componente se definieron objetivos estratégicos o relevantes para las intervenciones, los que fueron seleccionados en base a la revisión de la literatura mencionada en la Introducción.

### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL EJE NUTRICIÓN MATERNO-INFANTIL

- Asegurar en la población materno-infantil acceso efectivo en todo momento a la red de centros de atención primaria de salud (CAPS) y al paquete prestacional establecido por el Programa Materno-Infantil del Ministerio de Salud.
- Asegurar la captación de mujeres en edad fértil en su etapa preconcepcional y promover en forma activa en ellas las condiciones de salud y nutrición adecuadas a la preparación para el embarazo
- Asegurar la detección temprana del embarazo y la realización mínima de cinco controles en su transcurso
- Promover una ingesta adecuada de nutrientes críticos en la población materno-infantil (en particular hierro, ácido fólico, calcio, zinc, vitamina A, C y ácidos grasos esenciales)
- Vigilar y promover un incremento de peso saludable en embarazadas bajo control
- Promover de manera activa la práctica y exclusividad de lactancia en los primeros seis meses y su continuidad posterior hasta los 2 años
- Promover de manera activa la introducción oportuna de alimentos de buena calidad, diferentes a la leche materna, a partir de los seis meses
- Asegurar acciones de consejería alimentaria a madres de niños pequeños por parte

del equipo de salud de los CAPS y otros efectores comunitarios

- Promover de manera activa entornos ambientales higiénicos, libres de parásitos y disponibilidad de agua segura

#### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL EJE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

- Asegurar controles periódicos del estado nutricional de los escolares
- En las escuelas que ofrezcan prestaciones alimentarias, asegurar el cumplimiento de metas saludables, en particular la existencia de desayunos saludables y la promoción activa del consumo de agua, frutas, hortalizas y leche o yogur.
- Organizar los modelos de gestión de las prestaciones alimentarias de manera que aseguren el cumplimiento de las metas saludables y faciliten su evaluación
- Promover de manera activa entornos escolares saludables, favoreciendo la implementación de proyectos de kioscos saludables, huertas, incorporando contenidos de alimentación saludable en los proyectos pedagógicos y maximizando oportunidades de estilos y espacios activos

#### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL EJE SEGURIDAD ALIMENTARIA FAMILIAR

- Promover estrategias que favorezcan la comensalidad hogareña e incentiven de manera diferencial el consumo de alimentos de alta densidad de nutrientes, como hortalizas, frutas y lácteos

#### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL EJE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA POBLACIÓN

- Promover estrategias comunitarias que favorezcan un mayor consumo de agua, hortalizas, frutas, lácteos y una disminución en el consumo de sodio y azúcar
- Promover de manera activa estrategias que favorezcan mayores grados de actividad física y movimiento

#### EL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS NUTRICIONALES

La Guía para la autoevaluación de BPN consta de tres instrumentos: una matriz de indicadores de cada práctica; una grilla de registro individual (por efector) de cada indicador y una grilla de totalización de los indicadores para el conjunto de efectores de cada área o eje.

Las BPN que se evalúan a través de esta Guía son un total de 26, de las cuales 7 corresponden al eje de nutrición materno-infantil, 12 al de alimentación escolar, 2 al de seguridad alimentaria familiar y 5 al de promoción de la alimentación saludable.

Como se describió anteriormente, una característica propia de la política nutricional en Argentina es que en los niveles locales, municipios, confluyen recursos de múltiples programas y de diferentes orígenes presupuestarios (nacional, provincial, local) que se organizan en distintos programas e intervenciones ejecutados a través de una red



de efectores: centros de atención primaria de salud (CAPS), centros comunitarios o de desarrollo infantil, escuelas, comedores, puntos de distribución de alimentos, etc.

En muchos casos, los municipios gestionan recursos provinciales o nacionales sobre los cuales no suelen tener previsibilidad garantizada. Esto configura niveles disímiles de capacidad resolutive en cada jurisdicción. También es conocido el hecho que entre municipios y provincias hay capacidades de gestión diferentes, lo que también incide en la calidad y resultados de las intervenciones.

Del mismo modo que los niveles locales gubernamentales, los programas de las OSC's en muchos casos no suelen tener asegurados montos o flujos presupuestarios estables y en ocasiones muestran capacidades de gestión similares a las de los programas gubernamentales.

Esta diversidad determina la existencia de capacidades diferenciadas para el logro de objetivos y resultados de calidad en intervenciones alimentario-nutricionales; lo cual debe ser contemplado al momento de interpretar los resultados de la aplicación de esta Guía, planteando por ejemplo escenarios ideales en algunos casos y posibles (o mínimos) en otros, dependiendo de la capacidad resolutive de cada municipio.

El propósito de aplicar la Guía de autoevaluación de BPN es disponer de una evaluación del conjunto de intervenciones que se desarrollan en un municipio desde la perspectiva de su efectivo cumplimiento de acuerdo a estándares o normativas.

Se trata de una mirada global y de conjunto, que debe guiar una necesaria reflexión sobre "cómo se están implementando" un conjunto de 26 intervenciones que según el estado

de conocimiento se consideran claves en el camino hacia resultados e impacto positivos en alimentación y nutrición.

Es recomendable que el Equipo responsable de aplicar la Guía esté coordinado por alguien externo a la gestión de las intervenciones y que su perfil sea el de un Nutricionista experimentado en la formulación, implementación y evaluación de políticas nutricionales.

Este coordinador puede estar acompañado en la tarea por un pequeño equipo (dos o tres personas, dependiendo de la extensión territorial y cantidad de efectores que deban ser evaluados) que puede (o no) pertenecer a la gestión municipal y cuyos perfiles deben ser similares o como mínimo asegurar experiencia en los temas que serán objeto de evaluación.

Las autoridades municipales deberán estar convencidas de la utilidad del proceso de autoevaluación como un paso necesario para el mejoramiento de las intervenciones. Y conforme a ello deberán reunir a los responsables de programas de los cuatro ejes que se desarrollen en el municipio.

El objetivo de esa reunión es que el equipo de gestión conozca al de aplicación de la Guía, los propósitos de la evaluación a realizar y la necesidad de que el equipo disponga de la información necesaria para cada indicador, pueda realizar las visitas observacionales correspondientes a cada efector y verificar toda la documentación o registros respaldatorios necesarios.

El primer resultado de esa reunión será la conformación de un mapa o listado de efectores a evaluar (tipo de efector, nombre, dirección, responsable, población a cargo).

Es importante que las autoridades y el equipo de gestión municipal comprendan que las BPN



deben evaluarse in situ, en cada uno de los efectores correspondientes y no a nivel central (excepto en algunos indicadores específicos que se identifican en la grilla). Ninguna información registrada en el nivel central, por buena o fidedigna que sea, reemplaza la visita observacional y registro en cada efector.

La matriz de indicadores y su grilla de registro individual deben ser explicadas en detalle por el equipo evaluador al equipo de gestión municipal, para que este comprenda la necesidad y utilidad de las mismas.

La matriz de indicadores identifica y describe brevemente cada práctica o intervención clave. La mayoría de ellas son muy simples, comunes y conocidas por todos los equipos de gestión municipal. En algunos casos, cuando es necesaria alguna especificidad técnica en la descripción de una práctica o cuando es necesaria una referencia (bibliográfica) para entender cómo evaluarla, se lo consigna en la misma matriz.

Finalmente, la matriz de indicadores identifica, para cada práctica, su estándar de cumplimiento correspondiente. El estándar es el mejor resultado esperado en relación con el cumplimiento de cada práctica. Ya sea porque las normas del programa en cuestión así lo definieron o porque tal definición es la aconsejada por la revisión de la literatura científica realizada para elaborar esta Guía de autoevaluación de BPN.

La grilla de registro individual (por efector) es una planilla (una por cada efector) que identifica cada práctica y define dos o tres opciones posibles (por orden creciente de adecuación o calificación) de estado o nivel de cumplimiento. El equipo de aplicación de la Guía, en ocasión de la visita observacional a cada efector, deberá requerir la información o registros respaldatorios y completar, en cada práctica, el puntaje correspondiente.

La planilla o grilla de totalización es una planilla que consolida, por efector y para el conjunto de efectores de cada eje, el puntaje correspondiente a cada práctica.

Existen siete indicadores que están identificados en la primera parte de la Matriz, cuyo registro no se realiza en cada efector sino a nivel central municipal.

Finalmente, la lectura de los resultados de la autoevaluación admite distintas opciones. La que este equipo que desarrolló la Guía aconseja es una mirada reflexiva y del conjunto de la misma. No necesariamente una mirada con foco en el puntaje alcanzado.

Aquella mirada reflexiva y del conjunto permitirá identificar cuáles efectores, de qué ejes están "haciendo mejor las cosas"; en cuáles, pequeños cambios o decisiones de gobierno pueden en el corto plazo mejorar el cumplimiento de una práctica; en cuáles es necesario una decisión gubernamental que excede los límites de la gestión municipal; en éstos últimos casos, la planilla o grilla de totalización de indicadores puede ser un insumo en la negociación con la gestión provincial o nacional demostrando de qué manera se pueden mejorar los indicadores.

Por último, esta mirada reflexiva y del conjunto permitirá identificar nudos críticos en la gestión nutricional del municipio e iniciar el proceso de formulación de proyectos locales en las áreas que la Guía haya identificado como debilidades.



## GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE BPN: MATRIZ DE INDICADORES

### 1RA PARTE : INDICADORES QUE DEBEN REGISTRARSE A NIVEL CENTRAL MUNICIPAL

1. Extensión de la red cloacal y de agua potable en el municipio
2. % de mujeres embarazadas totales captadas antes del 3er mes de embarazo
3. % de mujeres embarazadas totales que al finalizar su embarazo tuvieron 5 o más controles
4. % de mujeres embarazadas totales que al finalizar su embarazo tuvieron 5 o más mediciones de estado nutricional (según normas de evaluación establecidas en el Manual de evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría ([www.msal.gov.ar/promin](http://www.msal.gov.ar/promin)))
5. % de cobertura de cada vacuna integrante del calendario
6. % de partos en los que se verificó la práctica de ligadura oportuna de cordón umbilical
7. Existencia de mecanismos institucionalizados de articulación entre CAPS, escuelas, Centros Comunitarios o de Desarrollo Infantil o similares (en caso afirmativo, extensión de los mismos)



2DA PARTE : INDICADORES QUE DEBEN REGISTRARSE A NIVEL DE CADA EFECTOR

- EJE NUTRICION MATERNO-INFANTIL

PRÁCTICA	DESCRIPCIÓN	ESTÁNDAR
1. Suplementación con micronutrientes en embarazadas	Suministro de suplementos de hierro y ácido fólico, contemplando una calificación superior en los casos en que el CAPS o municipio dispongan de alguna norma explícita de suplementación con multimicronutrientes (3 o más nutrientes) (evidencia de impacto en prevención de anemia, riesgo de bajo peso de nacimiento y preeclampsia)	Suplementación regular de embarazadas con multimicronutrientes
2. Promoción activa de la lactancia materna	Implementación de los 10 pasos para el apoyo a la lactancia materna (1)	Cumplimiento programado de por lo menos 8 de los 10 pasos de apoyo a la lactancia materna
3. Suministro de alimentos fortificados a madres y niños	Suministro de leche fortificada según normas del Ministerio de Salud de la Nación, contemplando una calificación superior en los casos en que el CAPS o municipio dispongan de alguna norma explícita que supere la norma nacional por contemplar (además de la leche) otros alimentos especialmente fortificados con nutrientes deficitarios	Suministro regular de alimentos especialmente fortificados con nutrientes deficitarios además de la distribución de leche fortificada (según norma)
4. Evaluación del estado nutricional en niños	Evaluación del estado nutricional de niños practicado según la norma establecida en el Manual de evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría ( <a href="http://www.msal.gov.ar/promin">www.msal.gov.ar/promin</a> )	Cumplimiento según normas y adecuado registro y flujo de información de las actividades de evaluación del estado nutricional
5. Promoción de la alimentación complementaria oportuna a partir del 6to mes de vida	Actividades de consejería en relación con la alimentación complementaria oportuna (ACO), según lineamientos de las "Guías Alimentarias para la población infantil" del Ministerio de Salud. ( <a href="http://www.msal.gov.ar/promin">www.msal.gov.ar/promin</a> )	Existencia de normas internas o dispositivos (ej: derivación a nutricionista) que aseguren un cumplimiento proactivo y programado de actividades en relación con ACO



6. Estrategias de estimulación o desarrollo infantil

Actividades de consejería en relación con la estimulación o desarrollo infantil, según lineamientos y material de referencia disponible en la sección de Publicaciones de salud integral del niño en el sitio [www.msal.gov.ar/promin](http://www.msal.gov.ar/promin)

Existencia de normas internas o dispositivos que aseguren un cumplimiento proactivo y programado de actividades en relación con estimulación o desarrollo infantil

7. Sistema de referencia y contrareferencia

Existencia formal y protocolarizada de los procedimientos de referencia y contrareferencia entre el CAPS y los efectores de mayor complejidad (maternidades, hospitales, laboratorios y centros de diagnóstico)

Cumplimiento efectivo y formalizado de los procedimientos de referencia y contrareferencia

(1) Diez pasos para el apoyo a la lactancia materna

1. Disponer de una política escrita sobre lactancia materna
2. Capacitar al equipo de salud
3. Informar a las mujeres embarazadas y madres en lactancia acerca de los beneficios de la lactancia materna y las habilidades para su práctica
4. Incluir sistemáticamente información sobre lactancia y examen de mamas en la consulta obstétrica
5. Apoyar en todo momento la práctica de la lactancia materna
6. Brindar especial apoyo a madres con riesgo de abandono precoz o con dificultades para el sostenimiento de la lactancia
7. Fomentar la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses, incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la lactancia hasta los dos años o más
8. Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a las que trabajan y/o deban separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen
9. Respetar el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" en todos sus aspectos
10. Estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y vincular a las madres con los mismos



- EJE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

PRÁCTICA	DESCRIPCIÓN	ESTÁNDAR
1. Disponibilidad de agua potable en la escuela	Disponibilidad de agua potable en la escuela	Disponibilidad asegurada
2. Disponibilidad de heladera	Disponibilidad de heladera	Disponibilidad asegurada
3. Suministro de desayunos escolares saludables	Suministro regular de un desayuno compuesto por una base láctea (leche o yogur) no inferior a 200 cc; con un límite máximo de 10 gr de azúcar (en todas sus formas) y en los que la fracción de panificados no supere 10% de kilocalorías originadas en grasas saturadas	Suministro regular de desayunos adecuados a la descripción
4.- Suministro de almuerzos saludables	Suministro regular de un almuerzo que responda a la descripción y procedimiento de cálculo de puntaje explicitados en (2)	Suministro regular de almuerzos con puntaje = 10
5.- Supervisión y control de las prestaciones	Cumplimiento de rutinas de supervisión y control de las especificaciones de menús e insumos y calidad de los alimentos utilizados	Registros verificables que documenten la realización de actividades de supervisión y control de calidad
6.- Capacitación de personal de cocina	Cumplimiento de actividades de capacitación para el desempeño del personal de cocina	Registros verificables que documenten la realización de actividades de capacitación



<p>7.- Accesibilidad a agua potable</p>	<p>Existencia de fuentes gratuitas de consumo de agua potable por parte de los escolares</p>	<p>Existencia de bebederos o dispensers de agua potable en correcto estado de funcionamiento</p>
<p>8.- Kioscos saludables</p>	<p>Cumplimiento de normas en relación con el acceso a alimentos de buena calidad nutricional (3) en los kioscos</p>	<p>Existencia de algún programa regular y formalizado que asegure la existencia de al menos 5 variedades de alimentos de buena calidad nutricional y restricción a la presencia de bebidas azucaradas</p>
<p>9.- Enseñanza de alimentación saludable en los proyectos pedagógicos</p>	<p>Incorporación explícita de la enseñanza de alimentación saludable en los proyectos pedagógicos, entendiendo por tal la enseñanza y promoción de las Guías Alimentarias para la población argentina</p>	<p>Incorporación efectiva de alimentación saludable en los proyectos pedagógico en forma programada</p>
<p>10.- Promoción activa del movimiento y la actividad física</p>	<p>Es estándar de esta BP es una mayor frecuencia e intensidad de movimientos y actividad física a partir de acciones educativas programadas que superen la carga horaria y las actividades convencionales de la asignatura Educación Física y que se realicen preferencialmente como parte de las actividades curriculares de participación obligatoria para los escolares</p>	<p>Incorporación efectiva de actividades de promoción según la descripción</p>
<p>11.- Programas de huertas escolares</p>	<p>Existencia y utilización de programas de huertas escolares</p>	<p>Existencia de programas de huertas vinculadas al proyecto educativo y al abastecimiento de las prestaciones alimentarias</p>
<p>12.- Programas de salud escolar</p>	<p>Existencia de controles regulares de control de salud escolar</p>	<p>Existencia de controles regulares de salud escolar articulados con dispositivos correctivos de la morbilidad detectada</p>

(2) El siguiente procedimiento de cálculo (puntaje para el indicador “almuerzos saludables”) forma parte de los indicadores de calidad definidos por CEPEA en el marco de su programa “Observatorio de Buenas Prácticas Nutricionales”

1. Al menos 80% de los almuerzos ofrecidos contienen hortalizas (sin contar papa) (2 puntos)
2. Se ofrecen al menos 5 variedades de hortalizas (excluyendo papa) semanalmente (1 punto)
3. Al menos 80% de los almuerzos se acompañan de frutas como postre y sin agregado de azúcar (2 puntos)
4. Se ofrecen al menos 3 variedades de frutas semanalmente (1 punto)
5. Al menos un 75% de las ocasiones en que se ofrece carne se utilizan cortes magros (1 punto)
6. Al menos 3 veces por mes se ofrecen legumbres (1 punto)
7. El agua es la única bebida de elección (1 punto)
8. El aceite es el cuerpo graso de elección en las preparaciones (1 punto)

(3) Alimentos de buena calidad nutricional: Existen en la literatura varias definiciones y criterios sobre el concepto de alimentos de “buena calidad nutricional”; hay antecedentes en varios países sobre su utilización en el marco de acciones de kioscos o colaciones saludables en escuelas. En general, el área en que se verifica mayor acuerdo es un criterio limitativo en la energía (kcal) por porción, que suele hallarse entre 150 y 200 kcal. En algunos casos, el criterio se extiende al contenido de grasas, sodio o azúcares y al tamaño de porciones. También en ocasiones, las normativas se acompañan de listados positivos de alimentos que se sugieren incorporar con mayor frecuencia, o por el contrario, listados negativos de productos (bebidas azucaradas por ejemplo) que se sugiere restringir.

Para esta Guía y este indicador, se considerará como criterio de calidad nutricional el límite de 200 kcal por porción y como ejemplos los siguientes: frutas frescas (sin agregado de azúcar), desecadas o secas, leche, yogur, agua, bebidas sin calorías, cereales inflados o laminados, cereales de desayuno (sin azúcar agregado), galletitas con menos de 15% de grasa (ejemplo: vainillas, bay biscuit, galletitas tradicionales “de leche”, algunas variedades de galletitas con cereales y granos, algunas variedades de galletitas no rellenas, mayoría de galletitas tipo crackers) y algunas barras de cereal.

---



• EJE SEGURIDAD ALIMENTARIA FAMILIAR

PRÁCTICA	DESCRIPCIÓN	ESTÁNDAR
1.- Comensalidad hogareña	Existencia de programas que favorezcan la comensalidad hogareña y promuevan objetivos de alimentación saludable en su diseño	Estrategias que promuevan efectivamente la comensalidad o consumo hogareño de alimentos de alta densidad o calidad de nutrientes (4)
2.- Educación Alimentaria	Existencia de programas o proyectos de educación alimentaria como componente de las estrategias de seguridad alimentaria	Acciones programadas de educación alimentaria basadas en las Guías Alimentarias de la población argentina

(4) El estándar de densidad o calidad de nutrientes (o las condicionalidades sobre la calidad nutricional) se define como la existencia de metas o condiciones nutricionales que prioricen atributos saludables de las prestaciones alimentarias, lo que debe reflejarse en una cobertura significativa de nutrientes típicamente deficitarios en la población, como calcio, hierro, zinc, vitaminas A, C, D, B y ácidos grasos esenciales y a la vez se minimice la cantidad de nutrientes habitualmente en exceso, como azúcares agregados, sodio y calorías de baja densidad de nutrientes.

• EJE PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

PRÁCTICA	DESCRIPCIÓN	ESTÁNDAR
Promoción de la alimentación saludable a nivel comunitario	Existencia de alguna normativa gubernamental o disposición administrativa de algún nivel de gobierno que alcance o involucre a la comunidad en su conjunto en relación a cada una de las siguientes áreas de prácticas saludables:  1.- Disminución del consumo de sodio/sal 2.- Promoción del consumo de agua / restricción al consumo de bebidas azucaradas 3.- Promoción del consumo de frutas u hortalizas 4.- Promoción de ambientes libres de humo / restricción al consumo de tabaco 5.- Promoción de actividad física / movilidad o arquitectura urbana saludable	Existencia verificable de estrategias o programas en las cinco áreas de prácticas



## GRILLA DE REGISTRO DE INDICADORES DE CADA PRÁCTICA

- EJE NUTRICIONAL MATERNO INFANTIL

PRÁCTICA	INDICADOR	PUNTAJE
1.- Suplementación con micronutrientes en embarazadas	<p>1.- Inexistencia de la práctica 2.- Existencia pero limitada a hierro o ácido fólico 3.- Existencia y además extendida a suplementación con multimicronutrientes</p> <p>La calificación suma un punto adicional en el segundo y tercer caso si se verifica un cumplimiento regular según la norma</p>	
2.- Promoción activa de la lactancia materna	<p>1.- Cumplimiento mínimo de actividades de apoyo a la lactancia materna 2.- Cumplimiento de los 10 pasos en forma no programada o parcial (menos de 8 pasos) 3.- Cumplimiento programado y de por lo menos 8 de los 10 pasos</p>	
3.- Suministro de alimentos fortificados a madres y niños	<p>1.- No existe suministro de leche fortificada 2.- Solo existe suministro de leche fortificada 3.- Además de la leche fortificada hay alguna norma o disposición local de suministro de alimentos especialmente fortificados con nutrientes deficitarios</p> <p>La calificación suma un punto adicional en el segundo y tercer caso si se verifica un cumplimiento regular del suministro, según la norma</p>	
4.- Evaluación del estado nutricional	<p>1.- Cumplimiento mínimo y no programado de las actividades de evaluación del estado nutricional así como de su registro y flujo de información hacia niveles centrales 2.- Cumplimiento según normas pero se verifican inadecuaciones en su registro 3.- Cumplimiento según normas y adecuado registro y flujo de la información</p>	



5.- Promoción de la alimentación complementaria oportuna a partir del 6to mes de vida

- 1.- Cumplimiento mínimo de actividades en relación con ACO
- 2.- Cumplimiento no programado
- 3.- Existencia de normas internas o dispositivos (ej: derivación a nutricionista) que aseguren un cumplimiento proactivo y programado de actividades en relación con ACO

6.- Estrategias de estimulación o desarrollo infantil

- 1.- Cumplimiento mínimo de actividades en relación con estimulación o desarrollo infantil
- 2.- Cumplimiento no programado
- 3.- Existencia de normas internas o dispositivos que aseguren un cumplimiento proactivo y programado de actividades en relación con estimulación o desarrollo infantil

7.- Sistema de referencia y contrareferencia

- 1.- Inexistencia de sistema de referencia y contrareferencia
- 2.- Cumplimiento mínimo y/o informal de los procedimientos de referencia y contrareferencia
- 3.- Cumplimiento efectivo y formalizado de los procedimientos



• EJE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

PRÁCTICA	INDICADOR	PUNTAJE
1.- Disponibilidad de agua potable en la escuela	1.- No 2.- Si	
2.- Disponibilidad de heladera	1.- No 2.- Sí	
3.- Suministro de desayunos escolares saludables	1.- Incumplimiento del estándar en todas sus dimensiones 2.- Cumplimiento al menos de la porción láctea 3.- Cumplimiento del estándar en todas sus dimensiones  La calificación suma un punto adicional en el segundo y tercer caso si se verifica un cumplimiento regular según la norma	
4.- Suministro de almuerzos saludables	Puntaje resultante luego del análisis de los menús:  1.- al menos 80% de los almuerzos ofrecidos contienen hortalizas (sin contar papa) (2 puntos) 2.- se ofrecen al menos 5 variedades de hortalizas (excluyendo papa) semanalmente (1 punto) 3.- al menos 80% de los almuerzos se acompañan de frutas como postre y sin agregado de azúcar (2 puntos) 4.- se ofrecen al menos 3 variedades de frutas semanalmente (1 punto) 5.- al menos un 75% de las ocasiones en que se ofrece carne se utilizan cortes magros (1 punto) 6.- al menos 3 veces por mes se ofrecen legumbres (1 punto) 7.- el agua es la única bebida de elección (1 punto) 8.- el aceite es el cuerpo graso de elección en las preparaciones (1 punto)	
5.- Supervisión y control de las prestaciones	1.- Inexistencia de actividades de supervisión y control de calidad 2.- Cumplimiento mínimo o no verificable en registros 3.- Existencia de registros verificables de actividades de supervisión y control de calidad	



<p>6.- Capacitación de personal de cocina</p>	<p>1.- Inexistencia de actividades de capacitación 2.- Cumplimiento mínimo o informal 3.- Cumplimiento bajo programación</p>	
<p>7.- Accesibilidad a agua potable</p>	<p>1.- Inexistencia de agua potable o acceso solo en sector de baños 2.- Existencia de bebederos o dispensers en condiciones de funcionamiento inadecuadas 3.- Existencia de bebederos o dispensers en correcto estado de funcionamiento</p>	
<p>8.- Kioscos saludables</p>	<p>1.- Inexistencia de algún programa regular que asegure el acceso a alguna modalidad de kiosco saludable 2.- Existencia de algún programa regular que asegure la existencia de al menos 5 variedades de alimentos de buena calidad nutricional 3.- Existencia del enunciado anterior y además restricción a la presencia de bebidas azucaradas</p>	
<p>9.- Enseñanza de alimentación saludable en los proyectos pedagógicos</p>	<p>1.- Incorporación mínima 2.- Incorporación en forma parcial y/o no programada 3.- Incorporación y enseñanza programadas y verificables</p>	
<p>10.- Promoción activa del movimiento y la actividad física</p>	<p>1.- No se alcanza el estándar 2.- Se alcanza</p>	
<p>11.- Programas de huertas escolares</p>	<p>1.- Existencia de huertas sin ninguna vinculación con el proyecto educativo ni con las prestaciones alimentarias 2.- Existencia de huertas vinculadas al proyecto educativo pero no con las prestaciones alimentarias 3.- Existencia de huertas vinculadas a ambos</p>	
<p>12.- Programas de salud escolar</p>	<p>1.- Inexistencia de programas regulares de salud escolar 2.- Existencia de los mismos pero sin articulación con dispositivos correctivos 3.- Existencia de los mismos junto con dispositivos correctivos</p>	

- EJE SEGURIDAD ALIMENTARIA FAMILIAR

PRÁCTICA	INDICADOR	PUNTAJE
1.- Comensalidad hogareña	1.- Suministro de comidas en cualquier formato de comedores de tipo comunitario o estrategias de distribución de alimentos 2.- Transferencia de ingresos (NO) sujeta a algún tipo de condicionalidad sobre la calidad nutricional de los alimentos adquiribles con los ingresos transferidos 3.- Transferencia de ingresos (SI) sujeta a algún tipo de condicionalidad sobre la calidad nutricional de los alimentos adquiribles con los ingresos transferidos	
2.- Educación Alimentaria	1.- No se realizan regularmente o en forma programada intervenciones de Educación Alimentaria en base a las Guías Alimentarias para la población argentina 2.- Se realizan	

- EJE PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

PRÁCTICA	INDICADOR	PUNTAJE*
Promoción de la alimentación saludable a nivel comunitario	1.- Limitación al consumo de sodio/sal 2.- Promoción del consumo de agua / restricción al consumo de bebidas azucaradas 3.- Promoción del consumo de frutas u hortalizas 4.- Ambientes libres de humo / restricción al consumo de tabaco 5.- Promoción de actividad física / movilidad o arquitectura urbana saludable	

\* (un punto por cada intervención)



## GRILLA DE TOTALIZACIÓN DE PUNTAJES

(Solo se muestra, a manera de ejemplo, la correspondiente al Eje Nutrición materno-infantil; una igual, con tantas columnas como efectores existan, debe hacerse para cada uno de los restantes Ejes)

PRÁCTICA	EFECTOR 1	EFECTOR 2	PUNTAJE EFECTOR 3	EFECTOR 4	EFECTOR N
1.- Suplementación con micronutrientes en embarazadas					
2.- Promoción activa de la lactancia materna					
3.- Suministro de alimentos fortificados a madres y niños					
4.- Evaluación del estado nutricional en niños					
5.- Promoción de la alimentación complementaria oportuna a partir del 6to mes de vida					
6.- Estrategias de estimulación o desarrollo infantil					
7.- Sistema de referencia y contrareferencia					

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. N10HCero, Documento de Diagnóstico, julio 2011 (disponible en <http://n10hcero.nutried.org/>)
2. O'Donnell A.; Britos S.; CESNI, la crisis, el hambre y el mañana, Boletín CESNI vol 12, 2002
3. Britos S.; O'Donnell A.; Iniciativa Cuchara, tenedor y cuchillo ... en casa, Boletín CESNI vol 13, octubre 2003
4. Documentos afines a la seguridad alimentaria, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, documento no publicado, 2012
5. Recopilación de Documentos y normas del Programa Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, disponibles en [www.msal.gov.ar/promin](http://www.msal.gov.ar/promin), (consultado en el transcurso de 2012)
6. Recopilación de Documentos del Plan Nacional Argentina Saludable, Ministerio de Salud de la Nación, disponibles en [www.msal.gov.ar/argentina-saludable/plan/docs.html](http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/plan/docs.html)
7. World Bank, Independent Evaluation Group, (2010). Lessons from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries. What can we learn from nutrition impact evaluations ? Washington, World Bank
8. Bhutta Z y col.; What works ? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet. 2008. (371): 417-440
9. Bryce J y col.; Maternal and child undernutrition: effective actions at national level. Lancet. 2008. (371) 510-526
10. Victora c. y col.; Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008. (371) 340-357
11. Koletzko B. y col.; Early nutrition and its later consequences: new opportunities. N York, Springer Publishers, 2005
12. Barker D. y col.; Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life and mortality from cardiovascular disease. BMJ. 1989 (298), 564-567
13. De Onis M y col.; The WHO multicentre growth reference study: planning, study design and methodology. Food Nutr Bull. 2004 (25): S15-26
14. Allen L. ; Gillespie S.; What works ? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. 2001. United Nations Administrative Committee on Coordination Sub Committee on Nutrition (ACC/SCN)
15. World Bank. What can we learn from nutrition impact evaluations ?, 2010, The World Bank
16. Galvan M.; Amigo H.; Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. Arch Latin Nutrición. (57) 4: 316-326
17. Normas técnicas del Programa de alimentación escolar en EE UU, 2012 (sitio web del USDA)
18. Bases técnicas del acuerdo nacional para la salud alimentaria. Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) (consultado en junio 2012)
19. Estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de Salud de Chile, 2010
20. Maceira D.; Stechina M.; Intervenciones de política alimentaria en 25 años de democracia en Argentina; CIPPEC, 2010
21. Buamden S. y col.; Proyecto Encuesta a los servicios alimentarios de comedores escolares estatales (PESCE); alcance de las metas nutricionales de las prestaciones alimentarias de los comedores escolares del Gran Buenos Aires, DIAETA, 2010. (28) 130: 21-30
22. Britos S.; Saraví A.; Chichizola N.; Vilella F.; Hacia una alimentación saludable en la mesa de los argentinos. Programa de Agronegocios y Alimentos UBA. Buenos Aires, mayo 2012
23. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados, Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2007
24. Uauy R.; Carmuega E.; Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el cono sur, INTA, CESNI, Fundación Danone, 2012
25. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas; Serie de Informes Técnicos 916, OMS, 2003
26. Dietary guidelines for americans 2010, USDA, 2011
27. Guías alimentarias para la población argentina. Manual de multiplicadores, Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, Buenos Aires, 2006
28. Britos S.; Saraví A.; Chichizola N.; ¿ Dónde están y porqué son importantes las calorías dispensables en la revisión de guías alimentarias argentinas ? Mimeo presentado en las Jornadas de Nutrición, AADyND, 2011
29. Britos S. y col.; Programas Alimentarios en Argentina. Publicación CESNI, Buenos Aires, 2003
30. Textos de las Leyes 25724, 25630 y análisis de diferentes proyectos de legislación sobre kioscos escolares
31. Resultados de la Encuesta a hogares del Observatorio de la Deuda Social de la UCA 2011, UCA
32. Diaz Langou G.; Bezem P.; Aulicino C.; Canoy E.; Sánchez B.; Los modelos de gestión de los servicios de comedores escolares en la Argentina; Documento de trabajo 121; CIPPEC; 2014



## ANEXO

### EXPERIENCIA PILOTO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE BPN EN EL MUNICIPIO DE PERGAMINO

Mercedes Laguía, Nuria Chichizola

#### INTRODUCCIÓN

Una vez elaborada la primera versión de la Guía de BPN (2013) se consideró necesaria su aplicación en el marco de al menos una prueba piloto en algún municipio.

Luego de diferentes gestiones, se acordó que la misma se realizara en Pergamino, cuyas autoridades políticas recibieron a integrantes del Nodo promotor de N10HCero en los primeros meses de 2013 y se acordó el inicio de la experiencia en el mes de agosto de ese año.

Resultó estratégica la colaboración e impulso y el involucramiento por parte de la ONG local Centro Providencia Red CONIN, a través de sus autoridades Cecilia Buteler y César Belloso.

En agosto de 2013 se llevó a cabo la primera reunión de trabajo y presentación de la Guía de BPN entre el equipo de CEPEA a cargo de la elaboración de la Guía, autoridades y técnicos de los diferentes programas nutricionales ejecutados en el municipio y quien luego coordinaría el trabajo local (Lic. Mercedes Laguía).

En esa reunión se establecieron las necesidades de información que el equipo local debía reunir para realizar la autoevaluación de BPN en el municipio y se identificaron 35 efectores a evaluar, los que terminaron siendo (de acuerdo a los ejes de la Guía):

- Nutrición Materno Infantil: 12 CAPS urbanos
- Alimentación escolar: 5 escuelas urbanas con comedor, de un total de 7 urbanos y 10 rurales; a ellos se sumaron 4 escuelas de gestión privada
- Seguridad alimentaria Familiar: 4 centros de desarrollo comunitarios (CDC), de un total de 10 CDC (6 urbanos, 3 rurales) + un hogar de día (para ancianos).
- Promoción de Hábitos Saludables: se evaluaron diferentes acciones/programas/normativas del municipio.

En un inicio se consideró que el proceso de autoevaluación se desarrollaría en un tiempo aproximado de seis meses. Lo cierto es que diferentes motivos, cambios de autoridades y equipos municipales, sumados al receso de verano, llevaron a una duración total de prácticamente un año.

Finalmente, a fin de junio se realizó la reunión de cierre, que congregó aproximadamente a los mismos participantes de la primera reunión de trabajo (agosto 2013) para presentar y discutir los resultados de la prueba piloto.

#### RESULTADOS

La Guía de BPN que se aplicó en la experiencia piloto Pergamino fue la primera versión de la misma, que estaba compuesta por 38 BPN o intervenciones clave (la versión definitiva se redujo a 26).

A continuación se describen los resultados, por eje de evaluación:

## A. Nutrición materno-infantil

1. Suplementación con micronutrientes durante el embarazo: 100% de las embarazadas reciben los suplementos normatizados (hierro y ácido fólico), aunque el abastecimiento es regular solo en el 58% de los efectores

2. Promoción activa del hábito de no consumo de tabaco y drogas durante el embarazo: 75% de los efectores no realizan esta BPN o lo hacen de manera informal

3. Promoción activa de la lactancia materna y su exclusividad hasta los seis meses: solo 16% de los efectores manifiesta cumplir con los diez pasos de apoyo a la lactancia materna y en el 8% de los mismos se cumplen solo acciones mínimas

4. Suministro de alimentos fortificados a embarazadas, madres en lactancia y niños entre 6 y 24 meses: 66% de los efectores suministran el alimento normatizado (leche fortificada), aunque un 16% manifiesta que el abastecimiento no es regular

5. Evaluación del estado nutricional en niños menores de 2 años: en la mitad de los efectores esta actividad no se cumple de acuerdo a las normas y en un 33% de efectores la información no integra sistemas de flujo de información hacia niveles provinciales. Por otra parte, 83% de los efectores manifiesta que realiza acciones de vigilancia sensible del crecimiento

6. Promoción de la ACO a partir de los 6 meses de edad: dos tercios de los efectores manifiesta cumplir con esta BPN en forma activa, aunque existe un 8% en los que solo se realizan acciones mínimas

7. Estrategias familiares de estimulación y desarrollo infantil: solo una cuarta parte de los efectores realiza en forma explícita estas acciones; en el resto se realizan de manera

informal o bien en forma mínima

8. Lavado de manos e higiene personal: prácticamente en el total (92%) de efectores no se trabaja el concepto de la importancia del lavado de manos e higiene personal

9. Sistema de referencia y contrareferencia: esta práctica no se encuentra formalizada en el 75% de los efectores

10. Articulación local entre efectores: Una cuarta parte de los efectores manifiesta que existen y están formalizados los mecanismos de articulación, aun cuando en un tercio los mismos son mínimos.

## B. Alimentación escolar

1. Disponibilidad de agua potable, cadena de frío y dispositivos de control de plagas: todos los comedores escolares tienen disponibilidad de agua potable y cadena de frío; 55% dispone de procedimientos de control de plagas

2. Desayunos escolares saludables: aún cuando en todas las escuelas se ofrecen desayunos, el 100% de los mismos no cumple con los requisitos de calidad establecidos por la Guía de BPN

3. Menús escolares saludables: todas las escuelas ofrecen almuerzos regularmente; sin embargo, la calidad de esta práctica no fue registrada conforme a lo establecido por la Guía de BPN por lo que no puede evaluarse

4. Supervisión y control de calidad de las prestaciones: en el 62,5% de los efectores no se realizan supervisiones

5. Capacitación para el desempeño del personal dedicado a las tareas de manipulación y servicio de comidas: En el 75% de los efectores se realizan en forma adecuada



6. Kioscos saludables: en el 80% de las escuelas no existen kioscos saludables o bien se realizan algunas actividades voluntarias no sujetas a ninguna formalización
7. Incorporación de temas de alimentación saludable en los proyectos pedagógicos: los mismos se tratan en todas las escuelas
8. Promoción activa del movimiento y la actividad física: en el 78% de las escuelas la práctica no se realiza
9. Programas de Salud Escolar: no existen en el 100% de las escuelas

### C. Seguridad alimentaria familiar

En este eje se cumplen de manera satisfactoria las prácticas referidas a disponibilidad de agua potable, cadena de frío, control de plagas, adecuación nutricional de las prestaciones y capacitaciones realizadas al personal de los centros comunitarios.

La excepción es la práctica de supervisión, que no se efectúa en ningún efector.

### D. Promoción de alimentación saludable

De las seis prácticas sometidas a evaluación (iniciativas relacionadas con: disminución de la ingesta de sodio, bebidas azucaradas, tabaco y promoción del consumo de hortalizas, frutas, legumbres, agua, actividad física y porciones individuales de alimentos), solo se registraron acciones en relación al hábito de tabaquismo y la promoción del movimiento.

## CONCLUSIONES

En relación a los resultados de la aplicación de la Guía de BPN, dos áreas o prácticas relevantes que han mostrado debilidad en su gestión (% de efectores que no se ajustan al estándar) en el eje de nutrición

materno-infantil son la promoción activa de la lactancia materna y la evaluación del estado nutricional en niños. En relación a la primera parece necesario formalizar actividades que en algunos casos se realizan pero de manera no sistemática y por lo tanto con dificultad para ser evaluadas.

Por otra parte, los mecanismos de referencia y contrareferencia se encuentran debidamente formalizados en un porcentaje bajo de efectores.

Por último, es muy alta la inadecuación en prácticas muy simples de incorporar y formalizar como el lavado de manos e higiene personal y el no consumo de tabaco durante el embarazo.

En el eje de alimentación escolar es muy alta la inadecuación en la calidad de los desayunos escolares y en la práctica de supervisión de las prestaciones alimentarias. La presencia de leche en los desayunos muchas veces obedece a los propios hábitos de los escolares, lo que sugiere la necesidad de que se trabajen formas alternativas de mejorar la aceptación y finalmente su ingesta efectiva.

Asimismo, son escasas las acciones de promoción de actividad física en las escuelas y llama la atención la inexistencia de controles de salud.

El eje Seguridad alimentaria familiar ha resultado el de mejores resultados, aunque del mismo modo que en el caso de alimentación escolar, la práctica de supervisión de las prestaciones se encuentra muy débilmente formalizada.

Por último, en el eje de promoción de hábitos saludables, solo se destacan las acciones en materia de disminución del consumo de tabaco y promoción del movimiento.