Globethics Repository



Estudio de los núcleos duros de la desigualdad y pobreza en el programa de lucha contra la anemia de grupos vulnerables en Cuba [Study of inequality and poverty in the program against anemia in vulnerable groups in Cuba]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Munster Infante, Blanca
Publisher	CLACSO
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-05 11:11:20
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/154798

Estudio de los núcleos duros de la desigualdad y pobreza en el programa de lucha contra la anemia de grupos vulnerables en Cuba

Blanca Munster Infante

i+c
Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

Resumen

La carencia de hierro es la deficiencia específica de nutrientes más frecuente en la población cubana. Este estudio de caso analiza la influencia de los factores de desigualdad y pobreza en la situación alimentaria de estos grupos vulnerables y el papel de los actores locales en la implementación del programa de lucha contra la anemia a nivel local.

Abstract

This article shows that anemia remains as one of the most frequent health problem for population in Cuba. This study case explores the links between food security and inequality in vulnerable groups and analyzes the answers from local actors through the implementation of measures against food insecurity in a local level.

i+c
Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

Study of inequality and poverty in the program against anemia in vulnerable groups in Cuba

Blanca Munster Infante

Licenciada en Economía Política en Universidad V.I. Lenin de Minsk, Belarús. Doctora en Ciencias Económicas. Investigadora Auxiliar en el Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). Docente e investigadora sobre ciencia y tecnología; globalización; desarrollo; temas sociales, género y economía. <bmunster9@yahoo.es>

Graduate in Politic Economy at the V. I. Lenin of Minsk University, Belarus. PhD in Economic Science. Auxiliary Researcher at the World Economy Research Centre (CIEM). Teacher and Researcher of science and technology; globalization; development; social, gender and economy issues. <bmunster9@yahoo.es>.

Palabras clave

1| Inseguridad alimentaria **2|** Políticas públicas **3|** Población vulnerable **4|** Desigualdad de ingresos **5|** Pobreza **6|** Programa local **7|** Actores locales

Keywords

1| *Food insecurity* **2|** *Public policy* **3|** *Vulnerable groups* **4|** *Income inequality* **5|** *Poverty* **6|** *Local program* **7|** *Local actors*

Cómo citar este artículo [Norma ISO 690]

MUNSTER INFANTE, Blanca. Estudio de los núcleos duros de la desigualdad y pobreza en el programa de lucha contra la anemia de grupos vulnerables en Cuba. *Revista latinoamericana de investigación crítica*, (1): 17-38, primer semestre de 2014.

i+c
Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

Estudio de los núcleos duros de la desigualdad y pobreza en el programa de lucha contra la anemia de grupos vulnerables en Cuba

BLANCA MUNSTER INFANTE

En Cuba, la situación de seguridad alimentaria se encuentra bajo tensión en medio de una crisis económica global. El país, que importa alrededor del 80% de los alimentos que se consumen, ha sido seriamente afectado por el rápido y continuo incremento del precio de los alimentos en el mercado internacional. En julio de 2008 se estimaba que para importar el mismo volumen de alimentos que en 2007, se requerían 1.100 millones de dólares más.

La anemia, en su mayor parte por deficiencia de hierro, está entre los problemas más prevalentes y costosos para la salud pública en el mundo. Dos mil millones de personas padecen anemia a nivel mundial, esto no sólo afecta su salud sino también el desarrollo social y económico de la humanidad (FAO, 2004).

La anemia, que puede comprometer el adecuado crecimiento y desarrollo en niñas y niños, ocasiona trastornos cognitivos y limita su capacidad de aprendizaje. Es un riesgo reconocido para la salud reproductiva, asociada a la mortalidad materna y perinatal cuando coexiste con hemorragias antes y después del parto, al parto prematuro y bajo peso al nacer. Se estima que uno de cada dos niños/niñas de hasta dos años en el planeta tienen anemia por deficiencia de hierro, lo que puede afectar adversamente y de manera irreversible el desarrollo psicomotor e intelectual de las niñas y niños.

La carencia de hierro es la deficiencia específica de nutrientes más frecuente en la población cubana. Esta representa la principal causa de anemia en mujeres en edad fértil, embarazadas, lactantes y niñas y niños hasta cinco años, en especial los menores de 24 meses. En septiembre de 2009 se aprobó el programa "Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba", que se ha planteado contribuir

a disminuir la prevalencia de anemia en niños y niñas de 0 a 5 años (con prioridad en los de hasta 24 meses) y en mujeres embarazadas. Se ha focalizado en 24 municipios vulnerables de seis provincias del país, ubicados en la región oriental y en la provincia de Pinar del Río al occidente de la isla. Este programa cuenta con la participación de varias agencias de las Naciones Unidas como FAO, OPS/OMS, PMA, PNUD y UNICEF.

Sin embargo, el programa de lucha contra la anemia de los grupos vulnerables se ha enfocado con relativo éxito en aspectos específicos del combate a la inseguridad alimentaria. Al entender la inseguridad alimentaria más como una categoría de ordenación, interesa más identificar y señalar quiénes son los grupos más afectados, que preguntarse por qué se encuentran en esa condición. Este tipo de análisis no considera a la inseguridad alimentaria (y a la anemia como una de sus manifestaciones) en su conexión con la desigualdad y la pobreza.

Este trabajo se plantea como objetivos:

1| Analizar al desarrollo del programa de lucha contra la anemia en Cuba y del estado de seguridad alimentaria de los grupos vulnerables con el fin de determinar la influencia de los factores de desigualdad y pobreza en su comportamiento.

2| Conocer las respuestas de los actores[1] locales a la implementación del programa de lucha contra la anemia a nivel local.

Crisis económica e inseguridad alimentaria

En la década de los noventa, el modelo económico y social cubano se vio sometido a los mayores retos desde su implantación, pues al desaparecer el campo socialista se produjo una reducción abrupta de los recursos disponibles, una severa crisis económica, agravada por el recrudecimiento del bloqueo unilateral impuesto al país por el gobierno de los Estados Unidos. Todo esto hizo que el país emprendiera un profundo proceso de transformaciones en el funcionamiento socioeconómico, para adecuarlo a las nuevas condiciones nacionales e internacionales.

1 Entre los actores locales se encuentran organizaciones sociales de base territorial-local (Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Asociación de Combatientes), estructuras territoriales del Partido Comunista (núcleos zonales y comités municipales), los órganos locales del gobierno, instituciones ligadas a la política social con asiento en la comunidad (la escuela, la red de salud comunitaria y diferentes variantes del trabajo social y proyectos de transformación comunitaria).

Unos de los impactos más negativos de la crisis económica de los años noventa fue el incremento de la inseguridad alimentaria. Algunos datos refieren que entre 1988 y 1990 se reportaba una oferta de 3.130 calorías diarias para la población, que cubría el 137% de las necesidades nutricionales. En 1993, en apenas tres años, el consumo de energía se redujo a 1.863 calorías, lo que representaba el 78% de las necesidades medias (CIEM, 1997).

El impacto que la vulnerabilidad alimentaria provocó en el país se presentó al inicio del período, desatando la epidemia de la neuritis óptica y periférica[2]. El sistema de vigilancia epidemiológica instalado fue decisivo para su detección. En abril de 1993 se identificaron 25.959 casos, de los cuales la mayoría era del tipo óptico (Antelo, 2001: 163).

La vulnerabilidad alimentaria se reflejó también en el estado nutricional de varios grupos, de manera particular de las embarazadas y los recién nacidos. En 1990 la cantidad de nacidos vivos con bajo peso se había reducido hasta 7,6%, de 9,7% en 1980. A partir de esta fecha empezó a subir hasta llegar a un pico de 9% en 1993 y 8,9% en 1994. Desde entonces se observa una reducción hasta su valor actual de 5,3% (MINSAP, 2007: 122).

El sistema de vigilancia en salud detectó la situación de inseguridad alimentaria que sobre todo se creó en las provincias orientales[3]. El gobierno, junto con el Ministerio de Salud Pública, Planificación Física y la Cooperación Internacional, a través del Programa Mundial de Alimentos (PMA) promovió acciones específicas sobre los grupos más afectados, de incremento en cantidad y calidad de los alimentos que recibían gratuitamente para mejorar su estado de salud y se realizó un importante estudio que permitió tener un Mapa de la vulnerabilidad alimentaria del país, y en particular de la región oriental.

Desde 1962 se fueron creando los Hogares Maternos que se extendieron a lo largo del país hasta llegar a la cifra de 335 en 2008 (MINSAP, 2008: 159). Surgen con la finalidad de aumentar el indicador de partos institucionalizados de embarazadas que vivían en zonas ru-

2 La neuropatía epidémica cubana era resultado de un proceso infeccioso, exposición a uno o más agentes tóxicos, vinculada al déficit de uno o varios nutrientes o consecuencia de más de una de las causas anteriores y sus posibles interacciones.

3 La existencia en el país de 36 municipios que pueden ser considerados como los más deprimidos o críticos y todos ellos se localizaban en provincias de la región oriental del país. Tomando los indicadores de seguridad alimentaria, Santiago fue identificada como el territorio de mayor vulnerabilidad alimentaria, entre las cuales también se incluían Guantánamo y partes del territorio de Granma, esta última debido a la desertificación de sus suelos.

rales distantes y montañosas para facilitar su traslado al hospital materno. Durante los noventa estas instituciones asumieron la atención a todas las embarazadas que tenían déficit nutricional, lo cual era un riesgo para su salud y la del niño.

La infraestructura y el equipamiento de los Hogares Maternos se vieron afectados de manera sensible en los noventa. Durante los inicios de 2000, la estrategia de cooperación descentralizada entre el MINSAP y UNICEF para la región oriental contribuyó a dotarlos de equipamientos y a mejorar su estado constructivo. La innovación institucional acompañó a esa estrategia, con la creación de las Casas Maternas que protegían la salud de las madres desnutridas o con anemia sin necesidad de un ingreso en el Hogar. De esa manera se le garantizaba acceso a los alimentos, previendo, que en la situación de vulnerabilidad alimentaria, la madre repartiera la dieta que se le asignaba entre los miembros de su familia y subestimara su situación nutricional como embarazada. A través de estas instituciones se organizó la psicoprofilaxis a las embarazadas en lactancia, para mejorar su cultura en salud materna y se garantizó acceso gratuito a servicios médicos nutricionales y de diagnóstico (Fleitas, 2005).

A partir de 1994 el panorama económico-productivo del país comienza a mejorar paulatinamente. En 2000 y 2003 se rebasan los niveles de provisión de alimentos en términos de energía y proteínas per cápita diarios referidos por FAO como mínimos para una población como la cubana, respectivamente. Ya desde 2003 y 2004 se sobrepasan los correspondientes a 1989, medidos como energía y proteínas, respectivamente. Sin embargo, esta recuperación de los niveles nutricionales se logra, en buena medida, a partir de la importación de alimentos (García, 2009).

Cuba ha sido históricamente un país importador de alimentos, como resultado de una secular especialización azucarera y en otras agroexportaciones, cultivos que han representado una importante proporción del área agrícola nacional. Algunos estudios (García, 2009) refieren para el año 2007 la contribución de las importaciones a la provisión de energía se encontraba en un nivel similar al de los años cincuenta. La correspondiente a la proteína resultó mayor que la de los años cincuenta y también rebasó la de los ochenta.

A pesar de la dinamización de la producción de alimentos, todavía algunos renglones no recuperan su nivel de pre-crisis. Los déficits más importantes se ubican en la producción de arroz, que no logra despegar definitiva y establemente del nivel de los años ochenta y que constituye el cereal más importante en la dieta del cubano. También hay retrasos considerables en las producciones de la ganadería vacuna,

tanto en la carne como en la leche. Igualmente la producción de carne de ave se mantiene deprimida por su escasa competitividad, sobre todo después que se empiezan a importar alimentos desde Estados Unidos en 2001 (García, 2009).

En general, los alimentos que han mostrado mejor desempeño productivo son aquellos con ventas autorizadas en el mercado agropecuario (entre ellos viandas, hortalizas, frijoles, maíz, frutales), así como aquellos que han gozado de programas particulares para su fomento. En este último caso destacan las producciones de carne de cerdo y huevos, que fueron beneficiadas con apoyos especiales por ser actividades de respuesta productiva rápida y por disponer de tecnologías eficientes.

En adición a la alta participación de las importaciones en la disponibilidad de alimentos, otro problema relacionado con la alimentación en Cuba está vinculado a su distribución y al alto nivel de precios de los alimentos en los espacios de mercado a los que hay que concurrir para completar la canasta que se obtiene a través de fuentes subsidiadas.

La canasta de alimentos a la que todos los cubanos tienen acceso a través del consumo racionado no satisface completamente los requerimientos nutricionales. Existen otras fuentes que son igualmente subsidiadas —como el consumo social, la alimentación pública y el autoconsumo[4]— a las que no todos tienen acceso. Dependiendo de los beneficios que se reciban de ese tipo de fuentes, habrá que recurrir en mayor o menor medida a los espacios mercantiles y ello tiene un impacto importante en el nivel y la composición del gasto en alimentos de las familias.

Estimados del gasto en alimentos de la población cubana urbana lo situaba en una proporción de 62 a 75% de los gastos totales para consumo (García y Anaya, 2006). Ferriol y otros (2004) informaban que los correspondientes a la población de Ciudad de La Habana en 2001 llegaban a 66,3% de los gastos totales. En la actualidad tal proporción podría ser mayor, dadas las tendencias de la producción (a la

4 El consumo social comprende el consumo de alimentos que se realiza en instituciones públicas como escuelas, hospitales, asilos de ancianos, instalaciones deportivas y otras entregas de ese tipo. La alimentación pública comprende las ventas de alimentos a través de la red gastronómica, así como las ventas gastronómicas que se realizan a la población como actividad secundaria fuera de esta red y las ventas en comedores obreros y merenderos. El autoconsumo se refiere a la producción para el consumo propio por las entidades productoras, destinada a abastecer los comedores de los trabajadores y socios, en los casos de las empresas y cooperativas que prestan ese servicio; y la producción que se destina para el consumo de la familia en el caso del sector privado.

baja) y los precios en el mercado (al alza). Tal dedicación de ingresos a la compra de alimentos es característica de economías con escaso nivel de desarrollo y representa una situación de stress máximo para la familia cubana (García, 2009).

Como parte del proceso de eliminación de subsidios y gratuidades en 2005-2008 se extrajeron de la lista de productos racionados para la población la carne de res, los tubérculos y la manteca; en 2009 le correspondió a las papas, los chícharos, el chocolate en polvo y los cigarros, y se redujo la cuota de sal a la mitad y la de frijoles negros a un quinto; en 2010 salieron el jabón, la pasta de diente y el detergente y se cortó la cuota de azúcar de cinco a cuatro libras al mes y más recientemente se eliminaron de la libreta de racionamiento los 5 huevos per cápita adicionales que recibía cada consumidor.

Según un estimado oficial, en 2010 los subsidios a los precios de racionamiento costaron 900 millones de dólares, y en 2011 el Estado subsidió el 88% del precio de los alimentos racionados. Los que tienen ingresos no laborales como remesas, se benefician del racionamiento, lo cual es costoso y regresivo.

Las dificultades para acceder a los alimentos fuera del circuito normado de una parte importante de la población ha sido una de las manifestaciones de ampliación de las brechas de desigualdad y pobreza en Cuba. Sin olvidar que en el país la pobreza tiene un significado particular si se compara con otras naciones de la región. Esta peculiaridad se utiliza el término de Pobreza con Protección por su mayor adecuación a la realidad cubana (Ferriol *et al*., 2005), reconociendo que la existencia de un segmento de la población con privaciones humanas diversas pero que cuentan con apoyos importantes del Estado que les llega por diversas vías, en particular los de la política social, previendo así situaciones extremas como el hambre, el analfabetismo o la mortalidad por enfermedades evitables.

Asimismo, la desigualdad medida por el Coeficiente de Gini, mostraba que si bien Cuba en la década de los ochenta contaba con uno de los más bajos en la región, 10 años más tarde, en 1996, la medida de desigualdad en la distribución de los ingresos casi se duplicó, partiendo de 0,22% para alcanzar el 0,39%.

Para el año 2011 esta situación empeora como consecuencia de la combinación de la contracción de los productos racionados —que ahora deben ser adquiridos en los mercados de "oferta y demanda"— con un incremento en los salarios y pensiones medios que no llega a compensar el incremento en el costo de la vida en Cuba. En 2012, de un total de 60 artículos con datos disponibles, el 17% se ofertaban por el racionamiento (cubriendo 10 días en el mes) y el restante 83%

por los mercados libres agropecuarios y las Tiendas de Recuperación de Divisas-TRD.

En estudios realizados por González-Corzo y Pérez (2009) se ha estimado que el número de días promedio de labor que necesita un trabajador para comprar una libra de alimentos es: leche en polvo 14; mantequilla 5,3; cerdo 2,6; pollo 2; queso 1,6; papa 1,1; frijol 0,7; arroz 0,4; y una docena de huevos 0,8 (González Corzo y Pérez, 2009). Basado en el salario promedio mensual de 448 CUP, para comprar en las TRD los productos siguientes es necesario: 11 meses de trabajo para un microondas, 13 para una cocina de gas, 13-19 para un televisor, y 27 para un refrigerador pequeño. Un galón de gasolina toma un tercio del salario medio mensual (Mesa-Lago, 2012).

Características del Programa Conjunto "Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba"

Aunque la desnutrición no es un problema de salud en Cuba, existen trastornos nutricionales por carencias de micronutrientes. La carencia de hierro es la deficiencia específica de nutrientes más frecuente en la población cubana. Esta representa la principal causa de anemia en mujeres en edad fértil, embarazadas, lactantes y niñas y niños hasta cinco años, en especial los menores de 24 meses.

Según los datos obtenidos de estudios nacionales o locales se estima que, aunque la anemia puede considerarse entre ligera y moderada, su elevada frecuencia hace que esta sea un grave problema de salud pública. Esta situación tiene una influencia negativa en la calidad de vida de los que la padecen, afectando a los grupos de mayor riesgo, como son los niños y niñas pequeños y la mujer en edad fértil.

Alrededor del 50% de lactantes entre 6 y 11 meses de edad y el 30% de los niños y niñas de 6 a 23 meses padecen de anemia. La misma está también presente en el 30% de las mujeres en edad fértil, y en el 24% de las embarazadas en su tercer trimestre; el 12% de este último grupo poblacional se encuentra además afectado por una insuficiente ganancia de peso. En números absolutos, de una población de alrededor de 11,2 millones habitantes, aproximadamente un millón de cubanos padece anemia (UNICEF, 2009).

Entre las causas de la anemia por deficiencia de hierro en Cuba hay un predominio del factor alimentario: la dieta es insuficiente en hierro tanto cuantitativa como cualitativamente. El alimento de mayor consumo en el país es el arroz pulido. De acuerdo a los hábitos alimentarios, puede considerarse la mezcla de arroz y frijoles como el alimento básico en Cuba, al que se incorporan viandas (principalmen-

te papa, boniato, yuca, malanga, plátano y calabaza), huevo y en menor cuantía productos cárnicos y muy poco pescado, lo que significa un aporte insuficiente de micronutrientes a la dieta.

Un incremento de la disponibilidad, un mayor acceso físico y económico, y la utilización adecuada de los alimentos ricos en hierro son elementos claves en la lucha contra la anemia en Cuba. Otros factores, adicionales a la dieta, que pudieran contribuir a la deficiencia de hierro como es el parasitismo, las infecciones o la deficiencia de otros nutrientes no puede considerarse que en la actualidad jueguen un papel determinante en la ocurrencia de anemia en la población cubana.

Las diversas investigaciones relacionadas con el desarrollo humano nacional y territorial llegaban a la conclusión que las provincias orientales y Pinar del Río presentan de manera general menor desarrollo relativo, teniendo en cuenta el Índice Territorial de Desarrollo Humano y Equidad (ITDH)[5].

Adicionalmente el análisis de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, apoyado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y publicado en 2001, encontró que las cinco provincias orientales son las más vulnerables y dentro de sus municipios hay diferentes grados de vulnerabilidad. Asimismo, estudios realizados en la última década por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos han demostrado que en Cuba la anemia por deficiencia de hierro constituye el problema nutricional más frecuente, principalmente en niñas y niños de 6 a 24 meses de edad predominando las provincias orientales y un alto porcentaje de municipios de la provincia Pinar del Río.

En las provincias orientales, resultaron ser anémicos alrededor del 39,8% de las niñas y niños de 6 meses a dos años, independientemente de la zona de residencia rural/urbana y el sexo. Los mayores porcentajes se encontraron en Santiago de Cuba (42,7%), Holguín (42,1%) y Guantánamo (41,1%)[6].

5 Índice calculado en los Informe de Desarrollo Humano de Cuba (1999, 2003), incluye dimensiones como: Desarrollo económico (volumen de inversiones per cápita), consumo personal (valor de la circulación mercantil minorista per cápita), Nivel de educación (tasa de escolarización de 6 a 14 años), estado de la salud (esperanza de vida al nacer), acceso a servicios básicos (porcentaje de la población con acceso a agua potable), acceso a la energía (porcentaje de población con acceso a electricidad), calidad de la vivienda (porcentaje de viviendas en buen estado), la participación política (porcentaje de votantes en las últimas elecciones).

6 Investigaciones realizadas (Ferriol, IPF 1998) revelaron que el efecto de la contracción de la economía cubana se manifestaba con mayor intensidad en las provincias orientales con una población urbana en situación de riesgo de un 22%.

En el caso de las embarazadas, ellas presentan como promedio el 15,6% de anemia en el primer trimestre del embarazo. Por provincias la prevalencia es: Santiago de Cuba 32,4%; Guantánamo 20,6%; Granma 17,9%; Las Tunas 12,4% y Holguín 8,8%. En el tercer trimestre del embarazo, las tasas de prevalencia se incrementan, siendo como promedio para la región oriental el 23,2%, y por provincias, Santiago de Cuba 55,1%; Granma 30,4%; Las Tunas 18,4%; Holguín 15,2% y Guantánamo 14%.

La provincia de Pinar del Río presentó niveles de anemia en niños y niñas entre 6 y 35 meses de edad de un 43,07%.

El Programa Conjunto (de ahora en adelante "PC") "Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba" inició el 28 de octubre de 2009, con el objetivo de disminuir la prevalencia de anemia en niños y niñas de 0 a 5 años (con prioridad en los de hasta 24 meses) y en mujeres embarazadas.

El PC tuvo una duración prevista de tres años y un presupuesto total de 8,5 millones de dólares. Las instituciones nacionales más directamente involucradas son el Ministerio de la Industria Alimenticia (MINAL), el Ministerio de la Agricultura (MINAG), el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Comercio Interior (MINCIN). El Ministerio del Comercio Exterior y la Inversión Extranjera (MINCEX) participa en su rol de coordinador de la cooperación internacional a nivel de país. Del lado de la ONU participan cinco organizaciones, siendo la UNICEF la Agencia líder del Programa.

El análisis situacional sobre el cual se fundamenta la propuesta del PC refleja que, aunque la desnutrición no es un problema de salud en Cuba, existen trastornos nutricionales por carencias de micronutrientes, particularmente hierro, lo cual representa la principal causa de anemia en mujeres en edad fértil, embarazadas, lactantes y niñas y niños menores de cinco años. Estudios nacionales y locales estiman que, aunque la anemia puede considerarse entre ligera y moderada, su elevada frecuencia hace que esta sea un grave problema de salud pública.

El Programa se basa en tres ejes claves directamente asociados a la causa de la anemia en Cuba, son: 1) disponibilidad; 2) acceso y; 3) utilización de alimentos ricos en micronutrientes, principalmente hierro.

La combinación de cada uno de estos ejes permite en el caso cubano una efectiva lucha contra la anemia. Para lograr que la dieta sea cuantitativamente y cualitativamente adecuada con respecto al hierro, no solo es necesario incrementar la producción de alimentos

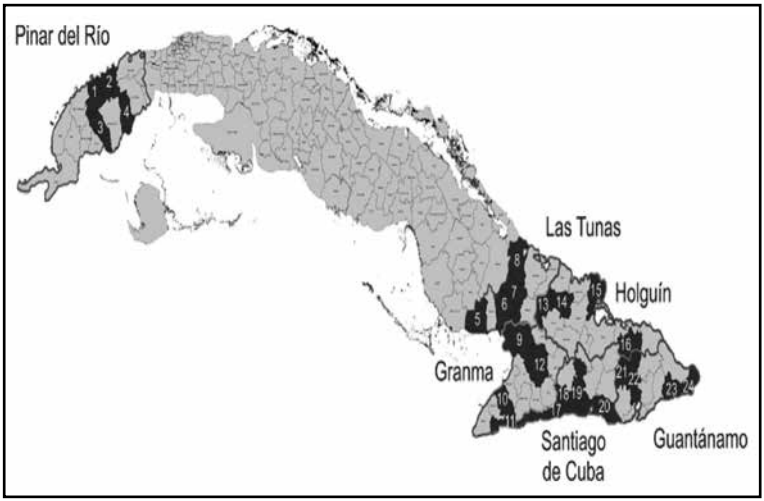
ricos en este micronutriente. Es imprescindible que los alimentos ya producidos puedan ser asequibles tanto física como económicamente para los grupos metas. Una buena cultura y educación alimentaria y nutricional son un elemento clave para lograr una adecuada utilización de los alimentos, que de otra forma, aunque se tuviese el acceso, no serían aprovechados apropiadamente. Por último, para poder actuar de manera efectiva es necesario complementar las acciones anteriores con el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo, vigilancia y control de la calidad.

Desde su concepción, el Programa pretende reforzar las acciones que a nivel local y nacional se realizan para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El programa incide directamente en el ODM 1, el ODM 4 y el ODM 5, e indirectamente en el ODM 3 y el ODM 8. Al mismo tiempo se enmarca directamente en una de las cinco áreas de cooperación priorizadas en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD, 2008-2012) que es seguridad alimentaria, en particular respondiendo al efecto directo que se enuncia "disminuidos los niveles de anemia en relación con los niveles registrados actualmente en embarazadas, lactantes y niños hasta 5 años". Otras dos áreas del MANUD, Salud y Desarrollo Humano Local y sus efectos directos, también respaldan la base para la elaboración de este programa conjunto (PNUD, 2011: 15).

Dentro del marco de política nacional el PC apoya varias estrategias y planes. En especial contribuye al "Plan Integral para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro". También apoya el "Programa Materno Infantil", que abarca varios programas entre los que se encuentra el "Programa Nacional de Control de Bajo Peso al Nacer y el Programa Nacional de Lactancia Materna".

El PC se focaliza en 24 Municipios vulnerables de 6 Provincias del país, ubicados en la región oriental y la Provincia de Pinar del Río en el occidente del país, las cuales tienen menor desarrollo relativo. Los beneficiarios directos son las embarazadas y los /as niños y niñas de los 24 Municipios que ascienden a un total de 13 991 y 147 745 respectivamente.

Figura 1. Mapa de cobertura de Programa Conjunto



Cuadro 1. Listado de Municipios Cubiertos por Provincia

Provincias	Municipios
Pinar del Río	1. Viñales; 2. La Palma; 3. Pinar del Río; 4. Los Palacios
Las Tunas	5. Amancio Rodríguez; 6. Jobabo; 7. Las Tunas; 8. Manatí
Granma	9. Río Cauto; 10. Campechuela; 11. Pilón; 12. Bayamo
Holguín	13. Calixto García; 14. Holguín; 15. Banes; 16. Sagua de Tánamo
Santiago de Cuba	17. Guamá; 18. Tercer Frente; 19. Palma Soriano; 20. Santiago de Cuba
Guantánamo	21. El Salvador; 22. Guantánamo; 23. Imías; 24. Maisí

Principales avances sustantivos y limitaciones del programa sobre los avances alcanzados por el programa, teniendo en cuenta los 4 efectos separados

Efecto 1: Aumenta la disponibilidad de alimentos ricos en hierro y otros micronutrientes

El Programa se ha concretado hasta la fecha en un flujo de productos y servicios de capacitación y asistencia técnica y en la entrega de algunos insumos para la producción agrícola, además de la importación de alimentos fortificados. En particular, se están apoyando un total de 15 fincas de semillas y 239 unidades productivas en los 24 municipios cubiertos.

En este marco, se han producido y distribuido instructivos, guías técnicas y manuales de procedimiento para la producción de diferentes cultivos y la producción de abono orgánico; además, se están llevado a cabo capacitaciones a productores locales en técnicas de pro-

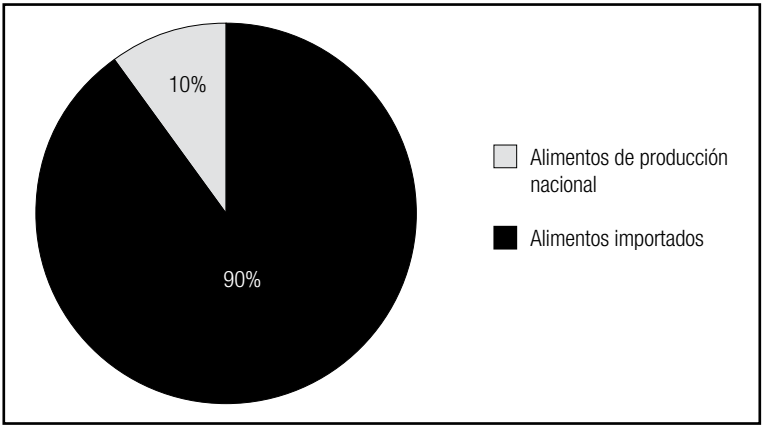
cesamiento de alimentos, mini-industrias, manejo agroecológico de plagas, producción y conservación de semillas, técnicas de cría animal, operación de equipos de riego y maquinaria agrícola. También, se han realizados procesos de formación en gestión de cooperativismo, y desarrollado manuales para las promotoras de igualdad de género.

Las acciones de formación y capacitación son las más avanzadas de este componente, y están dando lugar a sinergias positivas con otros programas que se están desarrollando en el país por parte de la cooperación internacional (ejemplos, el Programa de Descentralización y Estímulo Productivo y el Programa de Apoyo Local a la Modernización del Sector Agropecuario, PALMA).

Hasta el momento el avance más visible del programa ha sido el incremento en términos de disponibilidad de 541 toneladas de alimentos fortificados para niños, niñas y embarazadas. Según las estimaciones reportadas en los informes de avance del PC, esta cantidad cubre las necesidades de suministro para un promedio de 89 días, a 97.709 niñas y niños y 13.311 embarazadas de los 24 municipios. De las 541 toneladas entregadas, 55 toneladas son de producción nacional y 486,5 toneladas se adquirieron en el mercado internacional (PNUD, 2011).

Un elemento de vulnerabilidad se ilustra en la Figura 2, cuando se analiza la proporción entre alimentos fortificados de producción nacional e importados, evidenciando el importante peso relativo que ha tenido la importación facilitada por el PC, pero también una situación de fuerte dependencia del mercado internacional.

Figura 2. Proporción entre alimentos fortificados de producción nacional e importados



Fuente: PNUD, 2011.

Un tema de gran importancia estratégica para reducir esta dependencia es la construcción de la planta procesadora de leche en polvo en la provincia occidental de Pinar del Río. Dicha Planta está siendo construida por una empresa de la India y debía estar en plena capacidad de producción durante el segundo semestre de 2012.

Con relación a lo anterior hay dos puntos que un reciente informe de evaluación (PNUD, 2011) identificó como potenciales riesgos. Por un lado, el poco tiempo que habrá disponible para concluir la planta y consolidar la cadena de producción y distribución de los alimentos fortificados antes del cierre formal del PC, previsto para finales de octubre de 2012. Además persiste un riesgo vinculado a la inestabilidad de la producción agropecuaria en la región, debido esencialmente a la vulnerabilidad a factores climáticos.

Los riesgos vinculados con la eventual insuficiencia de materia prima de producción nacional, fundamentalmente leche, podría generar desafíos de sostenibilidad al tener que pagar la importación de materia prima en divisas y vender los productos acabados en moneda nacional y a un precio asequible para la población.

Efecto 2 Mejorado el acceso físico y económico a alimentos ricos en hierro y otros micronutrientes

Hasta la fecha el PC ha apoyado 181 círculos infantiles distribuidos en los 24 municipios de las seis provincias cubiertas. El apoyo consistió en procesos de capacitación para el personal docente para que pueda actuar como multiplicador y transmitir a los niños y a las niñas las nociones y la práctica de una alimentación saludable, particularmente de vegetales y otros alimentos ricos en micronutrientes.

Además, se han creado vínculos con cooperativas de campesinos y pequeños productores de agricultura urbana, que a su vez reciben apoyo para facilitar la disponibilidad de alimentos. En esta línea, las acciones realizadas están contribuyendo de manera directa a la prevención de la anemia en los niños y niñas menores de cinco años, aunque en una escala y con una cobertura reducida.

Sin embargo, hay ciertos puntos neurálgicos del sistema de distribución y acceso a los alimentos ricos en hierro, vinculados con el hecho de que no todos los municipios cuentan con círculos infantiles, y donde estos existen, no siempre llegan a cubrir la totalidad de la población meta. De acuerdo a datos proporcionados por la UNICEF, en 2009 el 17% de los niños y niñas tenía acceso a los círculos infantiles.

Otros espacios institucionales que el PC está apoyando son los hogares maternos, que atienden a las mujeres embarazadas en si-

tuación de riesgo, debido a la anemia u a otras complicaciones durante el embarazo. Al igual que los círculos infantiles, los hogares maternos no siempre llegan a cubrir el 100% de la población meta.

Las bodegas del Ministerio del Comercio Interior también son un nudo estratégico para el acceso a la canasta básica y a los alimentos fortificados, y están recibiendo apoyo del PC con equipamientos como pesas, frigoríficos y otros insumos, y con la capacitación de su personal para que pueda orientar a la población sobre la utilización más adecuada de los alimentos. Respecto a este último punto cabe destacar que durante la visita a una de las bodegas, se pudo constatar que, aunque los frigoríficos estén instalados, se encuentran prácticamente vacíos, ya que la disponibilidad de alimentos a refrigerarse es todavía muy limitada.

Efecto 3: Mejorada la utilización adecuada de los alimentos

Aquí es donde se manifiesta el mayor grado de avance. En las evaluaciones realizadas se ha podido constatar el apoyo brindado por el PC a la producción de materiales didácticos e informativos sobre alimentación saludable y a la realización de programas de capacitación al personal de salud sobre diferentes temas, como la importancia de la lactancia materna exclusiva y el consumo adecuado de vegetales y otros alimentos ricos en micronutrientes.

Además se ha apoyado una campaña de comunicación social sobre alimentación saludable y nutrición que incluye spot televisivos, cuñas radiales y otros materiales divulgativos. En este marco, las cuñas radiales representan una acción de alto valor estratégico ya que permiten llegar a toda la población, incluyendo los sectores que por diferentes razones no tengan acceso a la televisión o a información divulgada con soporte informático o en papel.

En general, los avances en las campañas de información están creando condiciones propicias para que al progresivo incremento en la disponibilidad y acceso a los alimentos corresponda un aumento de la demanda y una utilización óptima de los mismos. Un dato que vale la pena reportar se relaciona con el progresivo aumento en la lactancia materna exclusiva. La evaluación no cuenta con suficientes elementos para determinar una correlación estadística entre las campañas de información y esta tendencia positiva. Sin embargo, cabe mencionar que desde el inicio del Programa hasta el 31 de junio de 2011 la tasa de lactancia materna exclusiva pasó del 26,7% al 38% en la región occidental del país y del 34,8% al 41% en la región oriental (PNUD, 2011).

Efecto 4: Fortalecidos mecanismos de vigilancia y monitoreo

El avance más significativo bajo este componente consiste en haber contribuido a crear las condiciones para medir la tasa de prevalencia de la anemia en niños y niñas menores de cinco años, a nivel municipal, provincial y nacional. Este resultado deriva directamente del trabajo realizado para la definición de los indicadores de impacto del Programa y el levantamiento de su línea de base. En estrecha coordinación y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), se definieron tres indicadores fundamentales, medidos en términos de tasa de prevalencia de la anemia en los siguientes grupos: a) mujeres embarazadas; b) niños y niñas de 0 a 24 meses; c) niños y niñas de 24 meses a cinco años. Para levantar la línea de base se seleccionaron muestras aleatorias de hemoglobina de los tres grupos poblacionales en los 24 Municipios cubiertos por el PC. Esto permitió extrapolar datos provinciales referenciados a los cuatro municipios cubiertos en cada una de ellas.

A partir de esta experiencia, el MINSAP institucionalizó la medición de la hemoglobina a través de estadísticas continuas, basadas en datos relevados en las consultas de puericultura de todos los niños y todas las niñas a los 6, 36 y 60 meses de edad, agregados a nivel municipal, provincial y nacional. La creación de este sistema de información representa una medida fundamental para desarrollar e implementar políticas de prevención, más allá de la duración del PC. En este marco, cabe destacar que el hecho de poder contar con mediciones en todas las provincias del país genera condiciones óptimas para un futuro análisis de impacto del Programa (PNUD, 2011).

Para tal efecto, se podrán establecer grupos de control y medir la contribución específica del Programa comparando las provincias donde este intervino, con las otras provincias que no fueron cubiertas por el mismo. Además del apoyo brindado en el desarrollo de la metodología y en el levantamiento de la línea de base, el Programa está apoyando con la adquisición de fotómetros y con la capacitación para su utilización, lo cual contribuye a incrementar la capacidad diagnóstica del MINSAP, aunque hay que mencionar que la adquisición y entrega de estos insumos todavía no se ha completado; por otro lado, cabe destacar que mientras los instrumentos de medición son importados del exterior, los reactivos son de producción nacional lo cual constituye un importante elemento de sostenibilidad. El contrapunto de este proceso es el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), que el Programa está apoyando con talleres de capacitación de vigilancia sanitaria al

personal de salud de los 24 Municipios cubiertos. Además se están dotando 24 centros municipales con equipos de informática para el registro estadístico y el análisis del estado nutricional y prevalencia de la anemia (PNUD, 2011).

Finalmente, el Programa está apoyando el fortalecimiento de los mecanismos de control de calidad de los productos alimentarios enriquecidos, proporcionando equipos, reactivos y utensilios. También en este caso, el proceso de adquisición y entrega de los insumos todavía no se ha terminado y se prevé que pueda terminarse durante el primer trimestre de 2013.

Reflexiones finales

El Programa se ha caracterizado por lo ambicioso de sus metas y por abarcar a través de sus diferentes ejes de acción, modalidades de intervención que recorren toda la cadena alimentaria desde la disponibilidad hasta el consumo final de la población meta.

Sin embargo, la influencia del Programa sobre los factores que inciden en las brechas de pobreza y desigualdad de la población meta es limitada. Entre las razones que pudieran explicar esto, encontramos lo siguiente: aunque el PC se propuso el fortalecimiento de los espacios y mecanismos institucionales para la distribución y acceso a los alimentos, no ha logrado cubrir a toda la población meta que se encuentra fuera de los espacios y que no cuentan con suficientes ingresos para acudir a los segmentos de mercado liberados de oferta-demanda.

Este es un reto que se plantea para la sostenibilidad de este programa, cómo se puede facilitar el acceso económico a los alimentos ricos en micronutrientes para la población meta no institucionalizada, debido a la cobertura limitada de espacios institucionales como los círculos infantiles o los hogares maternos. En efecto, la distribución de alimentos, más allá de los espacios institucionales, se da en buena medida a través de los mercados liberados. Aunque el PC pueda contribuir a incrementar la producción agrícola y, por ende, la oferta de alimentos en los mercados liberados de los municipios cubiertos, su posibilidad de incidencia en la accesibilidad económica a través de estos mercados es limitada.

Aunque el PC establece como condición la incorporación del enfoque de género desde su diseño inicial, es una cuestión que no se logra en la práctica en la gran mayoría de las acciones implementadas. Estos elementos pueden ser alcanzados con mayor eficacia si se contribuye a reducir las brechas de género que como resultado de factores socioculturales (estereotipos y normas sexistas) que pudieran estar influyendo negativamente en cada uno de ellos.

Al respecto, acercamientos empíricos muestran que en la dinámica familiar: a) las mujeres priorizan la alimentación de otros miembros de la familia (parejas, personas adultas mayores y niños y niñas) en detrimento de su nutrición; b) en la convivencia con hijos, nietos, etc. de diferente sexo, a los varones se les ofrece mayor cantidad de alimentos durante la adolescencia y desde antes, porque se considera que sus necesidades son mayores que las de las niñas y muchachas de su edad; a la vez que no se prioriza con las muchachas la satisfacción de sus específicas necesidades de hierro y micronutrientes.

La necesaria coordinación entre los actores locales, especialmente las relaciones horizontales que se deben establecer en el ámbito municipal no está plenamente consolidada y enfrenta el desafío de articularse con las relaciones verticales entre cada delegación local y sus respectivas instancias nacionales. Esto implica la necesidad de seguir acompañando estos procesos para evitar que al terminar el PC se pierda la lógica de integralidad con la cual se está trabajando actualmente.

Finalmente, el desfase presente entre los ejes de disponibilidad, acceso y utilización de alimentos ricos en micronutrientes y, dentro de ello, el desfase entre los procesos de sensibilización, formación y asistencia técnica, por un lado, y los procesos de adquisición y entrega de insumos por el otro, afectan la sostenibilidad y los impactos a largo plazo del programa.

Bibliografía

Antelo, Jorge 2001 "Discurso pronunciado por el Viceministro de Salud Pública de Cuba, ante el plenario de la 46ª Asamblea Mundial de la Salud que se efectuó en Ginebra, el 4 de mayo de 1993" en Márquez, Miguel *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Cuba 1989-1996* (Ecuador: Universidad de Cuenca).

Añé, Lía 2000 "La reforma económica y la economía familiar en Cuba" en *Reforma económica y social en América Latina y Caribe. Cuatro casos de estudio: Colombia, Costa Rica, Cuba, México* (Bogotá: Tercer Mundo).

Artiles, Leticia 2012 "Incorporating a Gender Perspective into Cuba´s Health Sistem: Realities and Challenges" *en Review Medic*, 2.

Arriagada, Irma 2006 "Dimensiones de la pobreza y política desde una perspectiva de género" en *Revista de la CEPAL*. Santiago de Chile, N° 85, abril.

Bonet, Mariano 2000 "Neuropatía epidémica cubana: algunos factores de riesgo en la población" en *Revista Cubana de Medicina Tropical,* 2.

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 1997 *Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996* (La Habana: Caguayo).

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 2000 *Investigación sobre Desarrollo Humano y equidad en Cuba 1999* (La Habana: Caguayo).

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial 2003 *Investigación sobre Ciencia, Tecnología y Desarrollo Humano en Cuba 2003* (La Habana: Caguayo).

Cuba 2005 *Primer Informe de Cuba. Objetivos de desarrollo del Milenio* (Ciudad Habana: INIE).

Cuba 2010 *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe* (Cuba: Palacio de las Convenciones).

Espina, Mayra 2004 *Política de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana. Informe de investigación* (La Habana: CLACSO/CROP).

Espina, Mayra 2010 *Desarrollo, Desigualdad y políticas sociales. Acercamientos desde una perspectiva compleja* (La Habana: Publicaciones Acuario).

García, Anicia 2009 "Sustitución de importaciones de alimentos en Cuba, una década después" en *CD XX Aniversario del CEEC, Seminario sobre economía y gerencia empresarial en Cuba* (La Habana: CEEC).

García, Anicia 2008 "Sustitución de importaciones de alimentos en Cuba, una década después" en *CD XX Aniversario del CEEC, Seminario sobre Economía y Gerencia Empresarial en Cuba* (La Habana: CEEC).

González-Corzo, Mario y Pérez, Susel 2009 *Análisis comparativo del poder adquisitivo en Cuba* (Miami: Cuba Study Group y University).

Ferriol, Angela 1997 *Efectos de política macroeconómica y social sobre los niveles de pobreza. El caso de Cuba en los 90* (La Habana: INIE/CIEM).

Ferriol, Angela 1998 *Pobreza en condiciones de Reforma económica: El Reto a la Equidad en Cuba.* Ponencia al XXI Congreso de Lasa (La Habana: INIE).

Ferriol, Angela 2001 "El modelo social cubano: Una aproximación a tres temáticas" en *Revista Cuba: Investigación económica.* Nº 1.

Ferriol, Angela 2003 "Ingresos y desigualdad en la sociedad cubana actual" en Menéndez, Manuel (comp.) *Los cambios en las estructuras socioclasistas* (La Habana: Ciencias Sociales).

Ferriol, Angela 2004 *Reforma económica y población en riesgo en Ciudad Habana*. Informe de investigación (La Habana, Instituto de investigaciones Económicas, Centro de Estudios de Población y Oficina Nacional de Estadísticas).

Ferriol, Angela 2005 *Política social: el mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia* (La Habana: INIE).

Fleitas, Reina 2001 "Género y salud reproductiva en la Cuba de los años noventa" en Lundy Collen y Vasallo Norma (eds.) *Mujeres Cubanas. Historia, contradicciones y cambios contemporáneos* (Canadá: Carleton University).

Fleitas, Reina 2005c *Informe de Evaluación de la Estrategia de Cooperación descentralizada de UNICEF para la región oriental* (Cuba: UNICEF).

Fleitas, Reina (comp.) 2010 *Sociología y Políticas de Salud. Selección de Lecturas* (La Habana: Editorial Felix Varela).

Fleitas, Reina 2010 "Salud y mujer en Cuba: Equidad vs Iniquidad" en Proveyer Clotilde *50 años después: mujeres en Cuba y cambio social* (Ciudad Habana: Oxfam Internacional).

Giordana, Emanuele 2007 *Cooperación e Innovación. El Programa de Desarrollo Humano Local* (La Habana: PNUD).

Mesa-Lago, Carmelo 2012 S*istemas de protección social en América Latina y el Caribe: Cuba* (Santiago de Chile: CEPAL).

Oficina Nacional de Estadísticas 2010a *Panorama Territorial de Cuba 2009* (La Habana: ONE).

Programa Mundial de Alimentos (PMA) e Instituto de Planificación Física (IPF) 2001 *Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria en Cuba* (Bogotá: Intergráfica LTDA).

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2011 *Evaluación Intermedia del Programa. Apoyo a la lucha contra la anemia en Grupos Vulnerables en Cuba* (La Habana: PNUD).

(Recibido el 4 de junio de 2014)
(Evaluado el 17 de junio de 2014)