

Centro de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana

HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD Y NUTRICIÓN

*Santa Magaly Jiménez Acosta*¹.

La cobertura universal de salud es un componente fundamental del desarrollo sostenible, la seguridad humana y la reducción de la pobreza, a la vez que un elemento clave de todo esfuerzo para reducir las inequidades sociales.¹⁻²

En el año 2005 todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal.³⁻⁴ En fecha tan reciente como de Junio del 2014, el Consejo Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su sesión número 154,⁵ señaló que la cobertura universal en salud significa que “todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida con calidad y sin dificultades financieras”, y debe fundamentarse en el valor central que significa el derecho que tiene toda persona al goce del grado máximo de la salud.

Para que un país pueda alcanzar la cobertura universal en salud es necesario actuar, entre otros ámbitos, sobre los determinantes sociales de la equidad en salud para así lograr que cada persona y comunidad tenga acceso a los servicios de salud para la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.⁶

Ocho de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODMs) tenían consecuencias para la salud. En tres de ellos la salud ocupaba un papel central.⁷ El primero de ellos declaraba la eliminación de la pobreza y el hambre. Pero los planes de acción adoptados globalmente revelaron adicionalmente las complejidades del abordaje de este problema. A la conclusión en el año 2015 del plazo establecido por las Naciones Unidas para la consecución de los ODMs, es oportuno recordar que este plazo de tiempo finalizó con 805 millones de personas crónicamente subnutridos (lo que representa el 11.3% de los habitantes de los países en desarrollo), 161 millones de niños menores de 5 años con retardo del crecimiento (lo que les impedirá que puedan aprovechar plenamente su potencial físico y cognitivo y así contribuir al desarrollo económico); y otros 51 millones de ellos padeciendo de emaciación.⁸ A todas las estadísticas anteriores se les suman cerca de 2 mil millones de personas que sufren carencias de micronutrientes fundamentales para la salud como el hierro, el yodo, el zinc y la vitamina A, y que hoy se recogen bajo el concepto del “hambre oculta”.⁹

¹ Profesora Titular. Investigadora Titular. Doctora en Ciencias Médicas.

Superpuesta sobre la situación epidemiológico-nutricional anteriormente descrita se encuentra la epidemia de obesidad que está afectando a todo el globo terráqueo. Preocupa cada vez más que la obesidad ha venido aumentando de manera muy rápida entre los niños y los adolescentes.¹⁰⁻¹¹ De la mano de la obesidad, la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta también se ha incrementado rápidamente en todo el mundo.¹² En la mayoría de los países coexisten fenotipos nutricionales polares (junto con otras carencias nutricionales), lo que obliga a las sociedades, los Estados y los Gobiernos a enfrentar esta carga dual en los diferentes niveles de atención en salud, pero con énfasis en la atención primaria, los hogares y las familias.¹³

Los cambios ocurridos en el estado nutricional de la población no pueden ser vistos como hechos aislados, sino más bien como una muestra de que cada vez se hace más evidente las interrelaciones que establecen (y sostienen) la pobreza, la salud y el desarrollo social. Entre las diferentes poblaciones de este mundo (y también al interior de cada una de ellas) existen grandes diferencias socioeconómicas, todas las cuales terminan por influir en el estado nutricional de los sujetos y comunidades, así como en la exposición a factores de riesgo alimentarios como el desplazamiento de los alimentos propios de las dietas tradicionales por otros “occidentalizados”, el excesivo consumo de alimentos ricos en energía pero pobres en otros nutrientes, y la inactividad física, entre otros.

Cobra gran importancia un enfoque más global de la nutrición, ahora desde la perspectiva de la cobertura universal de salud. El hecho de que la malnutrición sea un complejo problema interdisciplinario e intersectorial complica su abordaje, pero, por su influencia directa tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, no se puede obviar. Se debe,

por lo tanto, tratarla con la amplitud de miras y perspectivas como la que se merece.

En virtud de todo lo anteriormente dicho, en este trabajo, la autora intenta aportar algunas respuestas a los principales retos que la malnutrición presente le plantea a la atención primaria de los sistemas de salud, y en el proceso, valorar algunas alternativas dentro de la cobertura universal de salud.

Sobre la seguridad alimentaria y la nutrición

Seguridad alimentaria significa “que todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana”.¹⁴ Si se analizan con detenimiento las implicaciones que tiene este concepto en relación con la salud, de inmediato se revela que, para lograr un estado de seguridad alimentaria, el Sistema de Salud debe tener una participación especial, al mismo tiempo que contribuye sobremanera a su desarrollo. Sirva lo siguiente de ejemplo. Hay grupos sociales que permanentemente sufren por el acceso precario e insuficiente a alimentos saludables y nutritivos, sobre todo las personas que viven en extrema pobreza. Existen otros que padecen de situaciones transitorias de inseguridad alimentaria. Todavía se pueden encontrar terceros que tienen limitado el acceso físico y/o económico a los alimentos. En muchos de estos casos, si el sistema de salud (o los servicios de salud) trabaja(n) de forma coordinada con los diferentes sectores, instituciones u organizaciones sociales, estatales o gubernamentales que son capaces de ofrecer ayuda alimentaria, protección social, u otras acciones en beneficios de estos grupos, la focalización de los mismos sería más efectiva, al igual que la motivación

para acometer las diversas intervenciones que puedan derivarse.

Extendiendo el concepto enunciado de seguridad alimentaria. Otro componente del mismo sobre el cual el sector de la salud puede influir de forma notoria es el que se relaciona con la inocuidad de los alimentos. La inocuidad es una condición necesaria para que exista seguridad alimentaria, y que el alimento cumpla su función original de nutrir y no la de provocar enfermedades (muchas de ellas incluidas dentro del término “transmitidas por los alimentos”). Le toca al sector de la salud exigir por el óptimo etiquetado de los alimentos de forma tal que se le brinde la máxima información nutricional al consumidor; hacer cumplir las normas del *Codex Alimentarius* en relación con la contaminación química y biológica de los alimentos. De igual manera, se relacionan estrechamente con la salud los aspectos de esta definición referidos al aseguramiento de las propiedades de los alimentos como entes nutritivos que sirvan para satisfacer las necesidades nutricionales del sujeto. Basta con estos 2 ejemplos. En fin, todos los elementos integrados dentro de la definición de seguridad alimentaria tienen una estrecha relación con la salud, y así deben ser vistos en el ámbito de la cobertura universal de salud.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, las distintas Cumbres Mundiales sobre la Alimentación celebradas en 1996 y el 2002, la Cumbre sobre Seguridad Alimentaria del 2009, y la Conferencia Internacional sobre Nutrición 2 (2014), la preocupación por la seguridad alimentaria y el hambre se han manifestado más claramente en las formulaciones de políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutricional. La cobertura universal de salud es un tema directamente relacionado con las diferentes acciones que se han propuesto para la mejoría de la nutrición de las poblaciones.

Como continuidad natural de estas magnas reuniones, se han llevado a cabo actividades de diversa índole que han contribuido efectivamente a cotas superiores de salud. Pero cabría preguntarse: ¿Han sido suficientes las acciones planteadas? ¿Qué más se puede hacer en pos de la seguridad alimentaria dentro de la cobertura universal de salud?

El perfil demográfico y epidemiológico de los diversos países del mundo ha cambiado radicalmente. En pocos años se ha pasado de una población predominantemente infantil a otra joven, y de un patrón generalizado de familias numerosas a otro de baja fecundidad. La enfermedad ha pasado de ser un evento de corta duración para convertirse en un padecimiento degenerativo y de larga duración. Las enfermedades no transmisibles constituyen un gran reto para las sociedades y los gobiernos. Los sistemas de salud invierten grandes cantidades de recursos para hacerles frente. En este contexto muy particular, si han de ser acertadas, las acciones que se adopten para la prevención y el control de muchas de estas condiciones crónicas estarán obligatoriamente ligadas a la inculturación de estilos de vida más saludables, y donde las adecuadas alimentación y nutrición, junto con la promoción de la actividad física, sirvan para modificar la carga global de morbilidad que comportan, a la vez que aseguran un óptimo potencial para la mejoría de las condiciones de salud.

Sobre la cobertura universal de salud y las brechas que todavía persisten para la mejoría de la atención nutricional en la atención primaria de salud

La atención primaria de salud es el eslabón clave para el desarrollo de acciones nutricionales, por el vínculo con la comunidad y los actores locales que sostienen los proveedores de asistencia

médica, los grupos básicos de trabajo, y las instituciones; y que sería clave en la implementación y la conducción de actividades de prevención, promoción, y apoyo a las estrategias de control del riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El derecho a la alimentación y el derecho a la salud están estrechamente relacionados entre sí y cada uno de ellos es importante para la realización del otro. Es poco factible que, sin un adecuado soporte nutricional, el componente preventivo sea capaz de reducir la incidencia de estas enfermedades crónico-degenerativas y la consecuente aparición de discapacidades; y que, desde el punto de vista curativo, sea capaz de seguir (mejor dicho: acompañar) a afecciones significativas como la Diabetes, el exceso de peso (en sus dos vertientes de sobrepeso y obesidad), la hipertensión arterial, y las dislipidemias, entre otras.

Está bien definido que para el mejor desarrollo del estado nutricional y un adecuado bienestar de salud, los primeros 1000 días (período que corre desde el comienzo del embarazo hasta los 2 años de edad del niño) son claves.¹⁵ De no intervenir proactivamente, se puede ocasionar un daño permanente a la salud de las mujeres, y trastornos físicos y cognitivos de por vida al niño. La nutrición materno-infantil influye determinante en el crecimiento del feto y el desarrollo del cerebro. Las afectaciones nutricionales post-natales conllevan graves trastornos del desarrollo físico y motor del recién nacido. La deficiencia de hierro en esta etapa vital puede repercutir incluso irreversiblemente en el desarrollo cognitivo. Por lo tanto, la promoción de una buena nutrición desde las edades más tempranas de la vida es crucial, y requiere de intervenciones atinadas relacionadas con la promoción de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria, la vacunación, el seguimiento del crecimiento y

desarrollo del niño hasta los 5 años de edad, y la atención de la nutrición materna.

Éste es el momento de reflexionar sobre cómo mejorar lo que se hace, y lo que se pudiera hacer, para lograr a cambio una mejor cobertura de las intervenciones que se llevan a cabo actualmente en la nutrición y la salud de la madre y del niño, y la prevención de las enfermedades no transmisibles (así como también de las transmisibles).

La estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) constituye actualmente en muchos de los países de América Latina, una herramienta esencial para la mejoría de la salud de la niñez al centrar su atención en el estado de salud de los menores de cinco años antes que en las enfermedades que ocasionalmente puedan afectarlos.¹⁶⁻¹⁷ De este modo, se reducen las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades que pudieran pasar inadvertidas para madres y padres, otros familiares, e incluso los prestadores de salud en la comunidad. Además, la estrategia AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la asistencia médica, con lo cual se contribuye a mejorar el conocimiento de los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles, y por extensión, las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como la protección de su crecimiento y desarrollo saludables.

Para lograr una efectiva cobertura universal que garantice a todos, de manera equitativa, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad, la nutrición debe estar representada de manera concreta por su relación directa tanto con las enfermedades transmisibles como con las no transmisibles. Se deben brindar elementos de juicio a fin de que los profesionales de la salud estén capacitados para orientar a las familias cuando en un mismo hogar concurren casos

de desnutrición y/o carencias nutricionales específicas (como la anemia ferripriva) y cuadros de sobrepeso y obesidad. El reto de la doble carga de morbilidad que deben enfrentar la salud y la nutrición hoy en día requiere una preparación teórico-práctica adecuada como para ofrecer soluciones científicas y a la vez llevaderas y sostenibles.

La calidad de los servicios médicos que se brinden a las personas que los requieran es clave en estos propósitos. La realización de un seguimiento efectivo (esto es: útil y también seguro) del crecimiento y desarrollo del infante, y la educación alimentaria y nutricional de los familiares en base a los datos resultantes de este seguimiento, se convierten en elementos que permiten, desde la temprana edad, prevenir afectaciones ulteriores a la salud del niño y la madre. Sobre la base de la información revelada durante los ejercicios de evaluación nutricional se pueden (se deben) elaborar instrumentos prácticos de acceso universal que le faciliten a las madres (o en su defecto: los cuidadores del niño) que cubran e incorporen nociones al menos básicas para los adecuados cuidados en la alimentación del niño.

Tensiones existentes en la dinámica de la atención primaria de salud pueden hacer del seguimiento del crecimiento infanto-juvenil una tarea rutinaria en aras de que alcancen a todos los niños domiciliados en un área de salud, pero si se acepta (y se permite) proceder de esta manera, aquellos niños más necesitados de intervención alimentaria y nutricional serían excluidos de análisis epidemiológicos (por fuerza) más profundos y exhaustivos para delimitar los factores causales cuando se constaten fallas en el crecimiento y desarrollo. Sea este ejemplo al calzo. Muchos profesionales de la salud aceptarían que el pesaje del niño es una acción que beneficia su salud. Si bien es cierto que la obtención del peso corporal del niño es una acción nutricional importante, ella, por sí sola, no beneficia a la salud si no

se acompaña de una adecuada educación nutricional de los familiares responsables de la alimentación del infante. El seguimiento nutricional del niño forma parte (y se integra dentro) de un “paquete” que contemplaría otras medidas asistenciales como la promoción de la lactancia materna y la implementación adecuada de la alimentación complementaria. Todos estos elementos deben ser valorados como parte de la calidad de la asistencia brindada de salud.

Actualmente los servicios de salud disponen de medios y recursos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la desnutrición detectada en el niño. No ocurre lo mismo en relación con el sobrepeso y la obesidad infanto-juveniles. El exceso de peso se ha convertido en una epidemia mundial, y Cuba no es la excepción.¹⁸ Las necesidades de salud del niño obeso no se atienden de forma efectiva, con lo que ello implica para la evolución ulterior del mismo. La carga dual de la malnutrición obliga entonces a considerar el papel vital que la madre y la familia tienen en la recuperación, el mantenimiento, y la protección de la salud del niño en el hogar, como vía para la reducción de la mortalidad y la morbilidad en esta etapa vital. Por consiguiente, urge adoptar las medidas necesarias para paliar esta situación, entre ellas, rellenar con acciones de educación continuada y capacitación las lagunas existentes en el conocimiento sobre temas de alimentación y nutrición que tiene el personal médico y paramédico de la atención primaria de salud que debería jugar el papel fundamental en el aseguramiento de la cobertura universal de salud y de nutrición.

El paquete de salud relativo a los cuidados de nutrición debe ampliarse, sobre todo en lo que se refiere a las actividades de prevención. De esa forma, el sistema de salud puede satisfacer las nuevas demandas que se van revelando de los acuerdos de las diferentes cumbres y eventos globales sobre la alimentación y la nutrición, y

evolucionaría para brindar una gama de servicios de calidad no solo en lo curativo sino también en lo preventivo. Ello ayudaría al mayor empoderamiento de las personas, y la asimilación de conocimientos superiores y sólidos sobre nutrición y salud. En este sentido, la difusión de las guías alimentarias nacionales y la implementación de las mismas en la atención primaria de salud deben jugar un papel fundamental como instrumento educativo. Muchos países han elaborado guías alimentarias de alcance nacional, pero se conoce poco sobre el nivel de implementación de las mismas. Ésta se convertiría entonces en una de las áreas en la que tanto los proveedores de salud como otros sectores relacionados con la alimentación y la nutrición de la población pueden trabajar de forma coordinada e intersectorialmente, a los fines de mejorar los hábitos alimentarios, informar adecuadamente a la ciudadanía sobre la preparación y consumo de alimentos más saludables, ayudar a los consumidores en la toma de decisiones sobre compras saludables para una mejor nutrición, y mejorar la distribución intrafamiliar de alimentos.

La revista "The Lancet" publicó en el año 2008 aquellas acciones que han demostrado su efectividad en la disminución de la desnutrición materno-infantil,¹⁹⁻²⁰ a la vez que reconoció que solo unas pocas de ellas están siendo implementadas en algunas áreas de la atención materno-infantil. Otras (muchas) ni siquiera han sido implementadas, aún en aquellos países donde las intervenciones alimentarias y nutricionales se incluyen dentro de políticas estatales y programas nacionales. Como ejemplo de programas exitosos que deben continuar, "The Lancet" ha señalado la suplementación con hierro durante el embarazo, la yodación universal de la sal, la suplementación con vitamina A de los niños con edades entre 6 y 59 meses, la iniciación temprana de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva hasta los 6

meses de edad, y la ligadura oportuna del cordón umbilical.¹⁹⁻²⁰ De acuerdo con estos nuevos análisis, los autores han calculado que la cobertura universal de salud donde se incluya el paquete completo de las intervenciones antes mencionadas (asegurando el nivel observado corrientemente de efectividad) podría prevenir cerca de un cuarto de la mortalidad infantil en los niños menores de 36 meses de vida; así como reducir la prevalencia del retardo del crecimiento observado a los 36 meses de vida en cerca de un tercio, evitando así la pérdida de alrededor de 60 millones de vidas ajustadas en función de la discapacidad. Luego, la consecución de la cobertura universal de salud debe prestar atención al fortalecimiento de estas intervenciones, y la implementación de las mismas.

La implementación plena de las intervenciones nutricionales cuyo impacto ha sido demostrado requiere de cambios de paradigmas y modelos de actuación dentro del sector de la salud, y la incorporación de nuevos actores y servicios. Se requieren nuevos perfiles profesionales y técnicos en función del conjunto universal de prestaciones, como sería el caso del nutricionista. La consejería nutricional sería un nuevo servicio que se incluiría dentro de las prestaciones de la atención primaria de salud a fin de diseminar dentro de la población radicada en el área de salud contenidos de alimentación y nutrición que sean tan sólidos como de inmediata incorporación.²¹⁻²²

Acerca de la vigilancia del estado nutricional materno-infantil en la atención primaria de salud

Las causas de la malnutrición son complejas y multidimensionales, y la disponibilidad de alimentos, y el acceso a los mismos, son factores determinantes en este fenómeno. Es por eso que la alimentación y la nutrición deben abordarse transversal-

mente por varios sectores, entre ellos, la agricultura, la industria, la salud, el bienestar social, y la educación; y convertirse en metas de todas las políticas de desarrollo.

La cobertura universal de salud y nutrición implica la adopción de acciones que deben tener un impacto cuantificable como para juzgar sobre la efectividad de las mismas. Ello justifica el diseño, implementación y gestión de los correspondientes sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional a través de sitios-centinelas que emitan continuamente datos sobre el estado nutricional de sujetos, comunidades y poblaciones.²³⁻²⁵ La información decantada de la observación en los sitios-centinelas debe servir para cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de comportamiento de los indicadores seleccionados del estado de salud y nutricional, entre ellos, las deficiencias nutricionales, el sobrepeso y la obesidad, las enfermedades tanto agudas como crónicas (sobre todo si se relacionan con la alimentación y la nutrición), las lesiones y discapacidades; así como los factores de riesgo conocidos de estas condiciones, en los diferentes ámbitos nacional, regional, y local; y por igual en las zonas urbanas y rurales.

La actividad de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional debería ser tan sensible como para detectar a nivel local aquellas familias donde se concentran los problemas más graves de malnutrición para que, de forma oportuna, se creen los mecanismos que ayuden a guiar la respuesta comunitaria a los mismos, y concentrar los recursos en pos de paliar la situación encontrada.

La vigilancia nutricional es el instrumento operacional que contribuye al aseguramiento de la seguridad alimentaria (sin demeritar otras) al hacer posible la rendición de cuentas y la demostración de la efectividad de las intervenciones, lo que ciertamente redundará en una mejor

formulación de las políticas de alcance nacional. En este particular, la ejecutoria del sector de la salud es determinante. A éste le compete la operación de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, y con ello, la provisión de información confiable sobre el estado nutricional de la población, y sobre todo, de los grupos vulnerables de la misma de forma tal que se puedan establecer prioridades y asignar efectivamente los recursos de los que se dispongan. De esta manera, se demostrará la influencia de los trastornos alimentarios y nutricionales en las enfermedades que distinguen el cuadro de salud de salud, se colocarán ante los decisores y gerentes datos exactos para la formulación de políticas, y se logrará la toma de conciencia sobre el imperativo de asegurar la cobertura universal de salud y nutrición.

De más está decir que la información recaudada de un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional es tan buena como el diseño del propio sistema.²⁶ Se hace necesario invertir en estos sistemas, al igual que en la rigurosa evaluación de la operación de los mismos, y la continua reingeniería.

Sobre la investigación en alimentación y nutrición

El logro de la cobertura universal en salud y nutrición genera múltiples retos e interrogantes para los equipos de salud, los que, a su vez, se convierten en razones válidas para la actividad investigativa.²⁷ La investigación permitiría revelar los determinantes del cuadro epidemiológico alimentario-nutricional de la población, así como verificar el impacto de las acciones adoptadas.

La actividad investigativa puede también generar las evidencias requeridas para sustentar las acciones interinstitucionales que impacten en la salud y la nutrición de las personas y las comunidades; y aportar datos sobre las

estructuras financieras que permitan ofrecer servicios nutricionales superiores en calidad a costos razonables y buscando un punto de equilibrio entre las metas de efectividad, calidad y equidad del sistema de salud para que todos los ciudadanos puedan beneficiarse del mismo. Estudiar la cobertura, focalización y calidad de los programas y servicios de salud y nutrición, junto con la satisfacción de los usuarios, deberían constituirse en objetivos de la actividad investigativa; y brindaría información útil para la actuación.

Siendo como es un objetivo intersectorial, el logro de la cobertura universal en salud y nutrición abre la oportunidad (única, hay que añadir) para la investigación con un enfoque en las ciencias sociales. La asimilación de técnicas investigativas y diseños experimentales propios de las ciencias sociales podría abrir nuevas oportunidades en la interpretación de los datos recabados para la medición de los progresos en la cobertura nutricional.²⁸

En un mundo inmerso en una transición epidemiológica, demográfica y nutricional, muchos países comparten los mismos problemas alimentarios y nutricionales; y también deberían proponerse la cobertura universal en salud y nutrición como forma de proteger su capital humano y asegurar su desarrollo económico y tecnológico. Por ende, la cooperación entre investigadores en la conducción de investigaciones multinacionales se vuelve instrumental para encaminar esfuerzos e igualar acciones entre países con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico pero igualados en los problemas a enfrentar y las tareas a resolver.

CONCLUSIONES

La cobertura universal de salud es clave para que todas las personas tengan acceso a servicios de salud que se distinguen tanto por las prestaciones que ofrecen como

por la calidad intrínseca de las mismas. Se hace importante entonces contemplar a la nutrición como parte importante de un servicio de salud de calidad, así como un componente esencial para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible, por la influencia demostrada de la misma en la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Se hace también necesario implementar localmente las intervenciones nutricionales probadas como efectivas por las evidencias científicas acumuladas. La vigilancia alimentaria y nutricional debe integrarse fluidamente en todos estos esfuerzos para la elaboración de la información que pueda ayudar a los decisores, gerentes y administrativos en la toma de acciones concretas orientadas a disminuir la malnutrición y las carencias nutricionales específicas. No debe soslayarse el rol central que tiene la investigación científica y la cooperación multinacional en la solución de los problemas y retos que impone la consecución de la cobertura universal en salud y nutrición.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible plantean hacer frente a una nueva agenda de desarrollo social. La salud se convierte en una prioridad, y por ello cobran cada vez más fuerza las estrategias para abordar eficazmente los determinantes sociales de las distintas formas de la malnutrición. La actuación intersectorial, el fortalecimiento del vínculo entre la salud y la comunidad a nivel local, el seguimiento y la evaluación continua de los aspectos nutricionales y alimentarios del estado de salud, y la formación del recurso humano calificado en este campo, son ejes importantes que no deben obviarse para el logro de la cobertura universal de salud en los programas de alimentación y nutrición, y con ello, garantizar la seguridad y la inocuidad alimentarias, promover alimentación y nutrición saludables, controlar primero y prevenir después las deficiencias de micronutrientes y las distintas formas de la

malnutrición, y promover en última instancia estilos saludables de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet* 2012;380(9845):861.
2. Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bull World Health Org* 2008;86:857-63.
3. World Health Organization. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. World Health Assembly Resolution 58. Geneva: 2005.
4. Carrin G, James C, Evans D. Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical briefs for policymakers. World Health Organization. Geneva: 2005.
5. PAHO Comité Ejecutivo. Strategic Plan 2014-2019. Washington DC: Septiembre del 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/166706>. Fecha de última visita: 13 de Noviembre del 2016.
6. Etienne CF. Los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 34:377-8.
7. Wagstaff A. The Millennium Development Goals for health: Rising to the challenges. World Bank Publications. World Bank. Geneva: 2004. Disponible en: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US2014606403>. Fecha de última visita: 13 de Noviembre del 2016.
8. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: 2014. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20153093363>. Fecha de última visita: 13 de Noviembre del 2016.
9. Bailey RL, West Jr KP, Black RE. The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Ann Nutrition Metabolism* 2015;66(Suppl 2):22-33.
10. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C; *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384(9945):766-81.
11. Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM; *et al.* National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics* 2012;10(1):1.
12. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P; *et al.* Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011;377(9775):1438-47.
13. Shrimpton R, Rokx C. Double burden of malnutrition. World Bank Publications. World Bank. Geneva: 2013. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/905651468339879888/pdf/795250WP0Doub00Box037737900PUBLIC0.pdf>. Fecha de última visita: 13 de Noviembre del 2016.
14. United Nations Food and Agriculture Organization. The state of food insecurity in the world 2014. Geneva: 2014. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/sofi/2014/en/>. Fecha de última visita: 13 de Noviembre del 2016.
15. Gillespie S, Haddad L, Mannar V, Menon P, Nisbett N; for the Maternal and Child Nutrition Study Group. The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress. *The Lancet* 2013;382(9891):552-569.

16. Benguigui Y. Perspectivas en el control de enfermedades en los niños: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2001;1(1):7-19.
17. Díaz Cárdenas S, Arrieta K, Ramos K. AIEPI: Una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. *Rev Clin Med Fam* 2012;5:147-8.
18. Acosta Jiménez SM, Rodríguez Suárez A, Díaz Sánchez ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23: 297-308.
19. Maternal and Child Nutrition. Executive summary of *The Lancet* Maternal and Child Nutrition Series. *The Lancet* 2013. Disponible en: http://thousanddays.org/wpcontent/uploads/2013/06/Nutrition_execsumm_final.pdf. Fecha de última visita: 28 de Noviembre del 2016.
20. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; for the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008;372(9650): 1661-69.
21. Soltesz KS, Price JH, Johnson LW, Tellijohann SK. Family physicians' views of the preventive services task force recommendations regarding nutritional counseling. *Arch Family Med* 1995;4:589.
22. Jiménez S, Rodríguez A, Pita G, Zayas G, Díaz ME, Castanedo R, Rodríguez-Ojea A, Morejón P, Cardona M. Consejería en alimentación y nutrición. Manual de Apoyo. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2011.
23. Soekirman K and Darwun K. Nutrition surveillance: A planners's perspective. *Food Nutrition Bull* 1995;16:112-4.
24. Gay J. Vigilancia alimentaria y nutricional en Cuba. Su aplicación. En: Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Ciudad México: 1989. Pp. 137-144.
25. Grillo M, Jiménez S, Zulueta D. Vigilancia alimentaria y nutricional en Cuba. Situación actual y perspectiva. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Roma: 1994.
26. Jiménez Acosta S. Errores en que se puede incurrir en los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2001; 15:68-73.
27. Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: Towards an international cooperative agenda for health-systems research. *The Lancet* 2004;364(9438):997-1003.
28. Rudan I. The complex challenge of setting priorities in health research investments. *Indian J Medical Res* 2009; 129:351-4.