

**PERÚ****TÉRMINOS DE REFERENCIA****FIRMA ENCUESTADORA****LEVANTAMIENTO DE DATOS DE LÍNEA DE BASE Y EVALUACIÓN FINAL****I. ANTECEDENTES**

- 1.1 América Latina ha tenido importantes avances en la reducción de la desnutrición crónica<sup>1</sup>. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años que viven en las zonas más pobres o indígenas es aún muy elevada. Si bien la desnutrición crónica es un problema de salud pública en la región, la prevalencia de obesidad ha aumentado aceleradamente en todos los grupos poblacionales. El aumento acelerado de la obesidad en todos los países de la región y la todavía presente desnutrición crónica son problemas graves de salud pública que afectarán importantemente el desarrollo económico de América Latina y la calidad de vida de sus habitantes<sup>2</sup>.
- 1.2 A pesar de que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública en la región, la implementación de estrategias para prevenir la obesidad en los primeros años de vida es muy limitada. La mayoría de los recursos y esfuerzos han sido dirigidos a la implementación de intervenciones para combatir la desnutrición, la cual aún tiene retos que no han podido ser superados. El rápido aumento de la obesidad y la persistente desnutrición presenta una doble carga de enfermedad que afecta a los sectores más vulnerables de la población Latinoamericana y por lo tanto debe ser atendida de una manera integral. Los países de la región tienen urgencia de contar con nuevos enfoques para mejorar las estrategias de nutrición actualmente implementadas y consecuentemente mejorar el estado de nutrición de la población de acuerdo a sus compromisos internacionales.
- 1.3 Uno de los determinantes principales de la desnutrición y la obesidad es el crecimiento en los primeros años de vida. Por lo tanto, acciones dirigidas a modificar de una manera integrada las causas del crecimiento infantil inadecuado reducirán la presencia de estas dos condiciones<sup>3</sup>. El crecimiento óptimo en los primeros años de vida está directamente relacionado con las prácticas de alimentación infantil y la cantidad y calidad de la dieta<sup>4</sup>. Estrategias innovadoras para mejorar las prácticas de alimentación han tenido gran impacto en diversos países. Los suplementos SQ-LNS<sup>5</sup> son productos de fortificación en casa en forma de pasta lista para consumir que se adicionan a la comida habitual de los niños pequeños, mejorando la calidad de la dieta<sup>6</sup>. Estos productos han

---

<sup>1</sup> Pan American Health Organization (2008). Malnutrition in infants and young children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals. Washington, D.C.: PAHO.

<sup>2</sup> Rivera et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2013. Published Online December 13, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6).

<sup>3</sup> Swinburn et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.

<sup>4</sup> Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013 Aug 3;382(9890):427-51.

<sup>5</sup> Small Quantity Lipid-based Nutrient Supplements por sus siglas en inglés

<sup>6</sup> Arimond M. Considerations in developing lipid-based nutrient supplements for prevention of undernutrition: experience from the International Lipid-Based Nutrient Supplements (iLiNS) Project. *Matern Child Nutr*. 2013 May 6.

tenido un impacto en crecimiento en talla nunca antes observado con un suplemento infantil<sup>7</sup>.

- 1.4 El proyecto CUCHARA tiene como objetivo evaluar la efectividad de una estrategia integral para prevenir la desnutrición crónica y la obesidad en el estado de nutrición de niños de 0 a 24 meses de edad que habitan áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala, México y Perú.
- 1.5 El proyecto implementará una estrategia integral para la prevención de la desnutrición y la obesidad en niños de 0 a 24 meses de edad que viven en áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala, México y Perú. Incluye cuatro áreas principales de acción para alcanzar un crecimiento y desarrollo infantil óptimo: (i) distribución de SQ-LNS a niños de 6 a 24 meses de edad como producto de fortificación en casa para mejorar la calidad de la dieta; (ii) entrega de mensajes clave para mejorar las prácticas de alimentación infantil<sup>8</sup> que respondan a las aspiraciones y motivaciones de los padres a través de consejería individualizada, participativa y lúdica y canales de comunicación masiva; (iii) integración de los servicios de nutrición con los servicios de salud existentes dirigidos a mujeres embarazadas, lactantes y niños de 0 a 24 meses de edad; y (iv) establecimiento de mecanismos de supervisión, monitoreo, evaluación y gestión que aseguren una ejecución e implementación adecuada y permitan evaluar el impacto de la intervención.
- 1.6 Con el fin de evaluar el impacto de la estrategia en el estado de nutrición infantil se desarrollará una evaluación de impacto en Perú. Las actividades específicas del proyecto se describen a continuación.
- 1.7 **Componente 1. Aseguramiento de la disponibilidad permanente de SQ-LNS.** El objetivo de este componente es asegurar la disponibilidad permanente del suplemento SQ-LNS en los servicios de salud y asegurar la entrega oportuna del producto a los niños beneficiarios del proyecto. Este componente financiará las siguientes actividades: (ii) desarrollo de empaque del suplemento SQ-LNS de acuerdo a las prácticas de alimentación locales y reglas de comercialización de cada país; (iii) adquisición del suplemento SQ-LNS; (iv) costos del proceso de importación y desaduanaje; (iv) distribución y almacenamiento del suplemento a nivel local; y (v) diseño e implementación de un sistema de control y monitoreo de la cadena logística y entrega de suplemento a los niños beneficiarios.
- 1.8 **Componente 2. Estrategia de cambio de comportamiento para mejorar las prácticas de alimentación infantil.** El objetivo de este componente es implementar en cada país una estrategia de cambio de comportamiento para prevenir la desnutrición y la obesidad a través del mejoramiento de prácticas de alimentación en niños de 0 a 24 meses de edad. La estrategia incluirá el diseño de mensajes específicos para la creación de demanda del suplemento SQ-LNS y para la modificación de prácticas de alimentación infantil. Estos mensajes y la plataforma de entrega, así como las metodologías utilizadas en la capacitación serán diseñados de manera general para los cuatro países y posteriormente adaptados al contexto de cada país utilizando datos de investigación formativa. La implementación de la estrategia también incluye la conformación de

---

<sup>7</sup> Small-quantity lipid-based nutrient supplements together with malaria and diarrhea treatment improve growth and neurobehavioral development in young Burkinabe children. Abstract submitted to the 20th International Nutrition Congress. Granada, Spain. September 2013.

<sup>8</sup> Incluyendo lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses edad.

plataformas comunitarias para la entrega individualizada de consejería y el desarrollo de capacidades de consejería a través de capacitación continua, participativa y estandarizada. Adicionalmente, los mensajes desarrollados serán entregados a través de canales masivos de comunicación a nivel local. La implementación de esta estrategia debe estar integrada a la provisión regular de servicios de salud, este componente financiará la reorganización de los servicios en base a los requerimientos de cada país. En este componente serán financiadas las siguientes actividades: (i) adaptación de la estrategia de cambio de comportamiento al contexto de cada país utilizando datos provenientes de investigación formativa; (ii) contratación y capacitación de personal; (iii) implementación de plataformas comunitarias; (iv) integración de la estrategia a los servicios regulares de salud; (v) adquisición y diseño de material de comunicación para consejería; y (vi) entrega de mensajes clave a través de canales masivos de comunicación a nivel local.

- 1.9 **Componente 3. Supervisión, monitoreo y gestión.** El objetivo de este componente es apoyar la ejecución física y financiera del proyecto. Los recursos de este componente financiarán: (i) gastos de monitoreo y supervisión; (ii) auditorías; y (iii) los gastos operativos y costos de administración para la implementación del proyecto.
- 1.10 El estudio de evaluación de impacto evaluará la efectividad de la estrategia integral para prevenir la desnutrición y la obesidad en el estado de nutrición de niños de 0 a 24 meses de edad. Con el fin de evaluar la efectividad del suplemento SQ-LNS y la estrategia de cambio de comportamiento en el estado de nutrición de los niños beneficiarios de manera independiente se implementará un diseño aleatorizado por conglomerados.
- 1.11 Se seguirá a una muestra de niños de 0 a 12 meses de edad asignados aleatoriamente por área de salud a tres grupos:
1. SQ-LNS + estrategia CUCHARA para cambio de comportamiento
  2. SQ-LNS + servicios regulares de salud
  3. Servicios regulares de salud (grupo control)
- 1.12 El tamaño de muestra calculado es de 75 áreas de salud con un total de 1.500 niños por grupo (20 niños por área de salud). Este tamaño de muestra fue calculado para maximizar el poder estadístico tomando en cuenta los requisitos operativos de la intervención. El área de salud fue seleccionado como el nivel de aleatorización con el fin de minimizar la propagación de información entre hogares experimentales y controles en las áreas de intervención. Como ensayo de efectividad, la evaluación también busca identificar los impactos bajo condiciones de implementación reales en el nivel de los centros de salud.

## II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

- 2.1 El objetivo de esta consultoría es recolectar datos primarios en 4.500 hogares pertenecientes a 225 áreas de salud del área metropolitana del lima Perú, previamente seleccionadas (Ver anexo con lista de áreas de salud).

### III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA

- 3.1 Tipo de consultoría: Firma consultora
- 3.2 Fecha de inicio y duración: 1 de mayo del 2015 con duración de tres meses en cada encuesta (línea de base y evaluación final).
- 3.3 Lugar de trabajo: Ciudad de Lima, Perú
- 3.4 Requerimientos del consultor: Firma con amplia experiencia y probada capacidad en la aplicación de encuestas en zonas rurales de Perú.

### IV. ACTIVIDADES

- 4.1 La firma encargada de la consultoría será responsable de las actividades que se describen a continuación. El equipo técnico de evaluación del BID proporcionará a la firma los insumos necesarios para desarrollar las actividades requeridas y entregar los productos solicitados según las especificaciones definidas en el presente documento.
- 4.2 El Equipo técnico de evaluación del BID (ET) suministrará a la firma los siguientes insumos:
  - a) Listado de áreas de salud
  - b) Primera versión del cuestionario a ser aplicado en la encuesta
  - c) Lineamientos del programa de captura de datos
  - d) Documentos descriptivos de la intervención
- 4.3 La firma será responsable de pilotear y entregar versiones finales de los instrumentos y materiales relevantes listados en esta sección y de aquellos no listados que sean requeridos para entregar los productos finales.
- 4.4 **Principales actividades a realizar por la firma consultora.** La firma deberá acordar con el ET todas las actividades relacionadas con la consultoría desde la adecuación y prueba de cuestionarios y manuales, hasta la entrega de las bases de datos y reportes solicitados, siguiendo los procedimientos y requerimientos establecidos para ello.
  - 1) Plan de Trabajo
    - Desarrollar un detallado Plan de Trabajo acompañado de un cronograma de tipo diagrama de Gantt, preferiblemente en MS Project e incluyendo calendario y áreas a cubrir con un plan de levantamiento de datos de acuerdo con los lineamientos de la evaluación de impacto, las especificaciones de los TDR y las negociaciones realizadas con el ET.
    - El Diagrama de Gantt deberá ser actualizado y remitido mensualmente al ET junto con un informe de acciones preventivas y correctivas aplicadas o determinadas como necesarias para evitar y/o corregir atrasos en la ejecución de la consultoría.
  - 2) Preparación y pruebas piloto de cuestionarios, manuales y programas de ingreso de datos
    - Adaptar y validar los cuestionarios, manuales y programas de ingreso y transmisión de datos a las características específicas del área a realizar la

encuesta. La firma será responsable por la edición, el formateo final y la impresión de los documentos para su uso en el terreno.

- Seleccionar y capacitar personal idóneo para el uso de cuestionarios, manuales y programas para la prueba piloto de los mismos, así como el proceso de estandarización en la medición de peso, talla y hemoglobina.
  - Ejecutar pruebas piloto para validación de los cuestionarios, manuales y programas con el fin de garantizar que éstos sean comprendidos por la población a encuestar (incluyendo al personal de salud y población general) no tengan errores, y para determinar la calidad de los encuestadores a seleccionar, así como de los procesos de capacitación requeridos para el trabajo de campo.
  - Adaptar el programa de entrada de datos de acuerdo a los requerimientos y lineamientos del ET.
  - Digitar el 100% de los cuestionarios aplicados en las pruebas piloto y presentar un informe de las mismas.
- 3) Contratación y capacitación de encuestadores
- Contratar a los(as) encuestadores(as) en función de su desempeño durante la capacitación y las pruebas piloto.
  - Capacitar en recolección, ingreso y transmisión de datos del cuestionario a encuestadores(as) y supervisores(as) en cantidad suficiente para asegurar que los que finalmente participen sean de calidad óptima.
  - Capacitar y estandarizar adecuadamente a los equipos que realizarán las mediciones antropométricas y de hemoglobina de acuerdo con los lineamientos internacionales acordados con el ET.
- 4) Selección de hogares
- 5) Recolección de datos
- Implementar todos los aspectos del plan de trabajo de campo para lograr la cobertura deseada, según protocolos establecidos con el ET.
  - Realizar la captura, el ingreso y la transmisión de datos de encuesta de acuerdo con los lineamientos acordados con el ET.
  - Realizar la georeferenciación de cada hogar encuestado. La firma será responsable de contar con los instrumentos necesarios (GPS u otro tipo de georeferenciación) según especificaciones acordadas con el ET.
  - Establecer un protocolo de control de calidad de recolección y entrada de datos.
  - Asegurar la correcta implementación y el perfecto funcionamiento del programa de entrada de datos.
  - Digitar el 100% de los cuestionarios aplicados a la muestra de hogares beneficiarios(as) y del grupo control, en paralelo con el trabajo de campo.
- 6) Entrega de Bases de datos e informes
- Acordar con el ET el contenido del Informe de Pruebas Piloto que recoja el desarrollo de los procesos realizados y la calidad de los mismos.
  - Entregar el Informe de Pruebas Piloto y ajustarlo de acuerdo con los comentarios y las correcciones obtenidos del ET.

- Acordar con el ET el contenido de los Informes de Actividades de Campo que recojan el desarrollo de los procesos realizados y la calidad de los mismos.
- A partir de la segunda semana de trabajo de campo, entregar al ET semanalmente, junto con los Informes de Actividades de Campo, las bases de datos de los(as) entrevistados(as) en un programa acordado con el ET.
- Acordar con el ET el contenido del Informe de Línea de Base y Evaluación Final.
- Entregar la Base de Datos Final con todas las variables, indicadores y especificaciones acordadas con el ET, así como los manuales, las claves y demás documentos anexos que sean necesarios.
- Entregar y ajustar el Informe de Línea de Base y Evaluación de Impacto, la Base de Datos Final y sus documentos anexos de acuerdo con los comentarios y las correcciones obtenidos del ET.

## **V. PRODUCTOS E INFORMES**

- 5.1 Producto 1. Propuesta técnica detallada y plan de trabajo
- 5.2 Producto 2. Informe y conclusiones de la prueba piloto
- 5.3 Producto 3. Materiales utilizados en el trabajo de campo. Esto incluye cuestionarios, manuales de capacitación y manuales operativos.
- 5.4 Producto 4. Bases de datos y manual de codificación.
- 5.5 Producto 5. Informe final del trabajo de campo.

## **VI. CONDICIONES DE PAGO**

- 6.1 Los pagos se realizarán de la siguiente manera conforme avance el proyecto, a la recepción y revisión de manera satisfactoria por parte del equipo del BID.
- 6.2 Primer pago: A la firma del contrato 30%
- 6.3 Segundo pago: Entrega de productos 1 y 2: 20%
- 6.4 Tercer pago: Entrega de productos 3, 4 y 5: 50%

## **VII. COORDINACIÓN**

- 7.1 El trabajo de la firma consultora será coordinado por: Ana Pérez Expósito (SCL/SPH); y Sebastián Martínez (SPD/SDV).

## PERÚ

### TÉRMINOS DE REFERENCIA

### FIRMA ASISTENCIA TÉCNICA

## **Diseño, adaptación e implementación de una estrategia de cambios de comportamiento para prevenir la desnutrición crónica y la obesidad a través del mejoramiento de prácticas de alimentación infantil y el uso de SQ-LNS<sup>1</sup> en Colombia, Guatemala, México y Perú**

### I. ANTECEDENTES

- 1.1 En las últimas dos décadas América Latina (AL) ha avanzado en la reducción de la desnutrición crónica disminuyendo la prevalencia en 10 puntos porcentuales en la mayoría de los países<sup>2</sup>. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición crónica (baja talla para la edad<sup>3</sup>) en los niños menores de cinco años que viven en las zonas más pobres o indígenas es aún muy elevada. Por ejemplo en Perú la prevalencia de desnutrición crónica a nivel nacional es del 18%, pero entre el quintil más pobre de la población es del 38%<sup>4</sup>. En poblaciones indígenas de Guatemala, la desnutrición crónica llega al 70%<sup>5</sup>. Adicionalmente, la prevalencia de anemia en niños menores de dos años, el período más importante para el crecimiento y desarrollo, es mayor al 40% en los quintiles más pobres de Colombia, Guatemala, México y Perú<sup>6,7</sup>.
- 1.2 Mientras que la región sigue enfrentando retos para reducir la desnutrición crónica, la prevalencia de obesidad ha aumentado aceleradamente. En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres aumentó un 78% entre 1980 y 1998<sup>8</sup>. A los cinco años de edad casi 4 millones de niños en Latinoamérica ya tienen sobre peso u obesidad y en adolescentes esta cifra llega a 22 millones<sup>9</sup>. Conforme ha aumentado el producto nacional bruto (PNB) de los países en desarrollo, se ha observado también un aumento en la prevalencia de obesidad en los grupos de menor ingreso económico<sup>10</sup>. En áreas pobres de Colombia el porcentaje de niños menores de cinco años que presentan exceso de peso es del

---

<sup>1</sup> Small Quantity Lipid-based Nutrient Supplements, por sus siglas en inglés

<sup>2</sup> Pan American Health Organization (2008). Malnutrition in infants and young children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals. Washington, D.C.: PAHO.

<sup>3</sup> Desnutrición crónica: talla para la edad menor a dos desviaciones estándar debajo de la media utilizando la referencia de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011). Perú, 2011.

<sup>5</sup> Martorell R. 2012. Intervenciones y opciones de política para combatir la desnutrición en Guatemala. Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>6</sup> National Demographic Surveys of LA countries. Internal analyses. IDB.

<sup>7</sup> Datos específicos sobre la situación nutricional de Colombia, Guatemala, México y Perú se encuentran descritos con mayor detalle en el documento de Perfiles de País adjuntos a este documento como enlace opcional.

<sup>8</sup> Gutiérrez JP et al.2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

<sup>9</sup> Rivera et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. Lancet Diabetes Endocrinol 2013. Published Online December 13, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6).

<sup>10</sup> Monteiro et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. Bull World Health Organ 2004 Dec;82(12):940-6.

38%<sup>11</sup>. En poblaciones indígenas de Guatemala la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres es del 47%<sup>12</sup>.

- 1.3 A pesar de la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región, la implementación de estrategias para prevenir la obesidad en los primeros años de vida es muy limitada. La mayoría de los recursos y esfuerzos han sido dirigidos a la implementación de intervenciones para combatir la desnutrición. El rápido aumento de la obesidad y la persistente desnutrición presenta una doble carga de enfermedad que afecta a los sectores más vulnerables de la población Latinoamericana y por lo tanto debe ser atendida de una manera integral<sup>13</sup>.
- 1.4 **Desnutrición y obesidad: dos padecimientos relacionados.** Existe suficiente evidencia que demuestra que la ganancia de peso y talla durante el período que comprende desde la concepción hasta los primeros dos años de vida juega un rol crítico en el crecimiento infantil y en la presencia de obesidad a lo largo de la vida<sup>14</sup>. Por un lado, el peso y la talla inadecuados producen desnutrición en la infancia y aumentan el riesgo de obesidad en la edad adulta. Por otro lado, la ganancia de peso acelerada durante los primeros dos años de vida aumenta el riesgo de padecer obesidad en edades tempranas. Sin embargo, el crecimiento en talla, reduce este riesgo<sup>15</sup>. Es decir, un adecuado crecimiento en peso y talla en los primeros años de vida no solamente previene la desnutrición crónica sino que reduce el riesgo de obesidad a lo largo de la vida. Por lo tanto, acciones dirigidas a modificar de una manera integrada las causas del crecimiento infantil inadecuado reducirán la presencia de estas dos condiciones relacionadas con la mala nutrición<sup>16</sup>.
- 1.5 **Determinantes del crecimiento óptimo.** El crecimiento óptimo en los primeros años de vida está directamente determinado por las prácticas de alimentación infantil y la cantidad y calidad de la dieta. Otros factores importantes son el cuidado, la estimulación y la exposición a infecciones<sup>17</sup>.
- 1.6 Solamente 37% de los niños latinoamericanos son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad<sup>18,19</sup>. No obstante, la región

---

<sup>11</sup> OSAN Colombia 2013, según datos SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>12</sup> Martorell R. 2012. Intervenciones y opciones de política para combatir la desnutrición en Guatemala. Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>13</sup> El patrón epidemiológico de prevalencia de desnutrición crónica persistente junto con el rápido aumento de la obesidad que se observa en AL es el resultado de una transición nutricional caracterizada por: (i) transición demográfica (urbanización, envejecimiento de la población); (ii) cambios en el perfil epidemiológico (tasas menores de enfermedades infecciosas y aumento en las tasas de enfermedades crónicas y violencia); (iii) cambio en los patrones de consumo y prácticas de alimentación; y (iv) disminución de la actividad física.

<sup>14</sup> Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013 Aug 3;382(9890):427-51.

<sup>15</sup> Adair LS et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *The Lancet* 2013; S0140-6736(13):60103-8.

<sup>16</sup> Swinburn et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.

<sup>17</sup> Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013 Aug 3;382(9890):427-51.

<sup>18</sup> Lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses de edad es la recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud para un crecimiento óptimo.

<sup>19</sup> UNICEF. Percentage of infants under the age of 6 months who are exclusively breastfed, 2007–2011. UNICEF Global Databases 2012. Available at: [http://www.childinfo.org/breastfeeding\\_status.html](http://www.childinfo.org/breastfeeding_status.html)



presenta una gran variabilidad en este indicador. Países como Perú tienen una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 61% y esta prevalencia disminuye en Guatemala a 33%<sup>20,21</sup>. En Colombia 64% de los niños son alimentados con leche materna hasta los dos meses, pero a los cinco meses de edad solamente 24%<sup>22</sup>. En México la prevalencia de lactancia materna exclusiva no es solamente baja sino que se ha reducido de 22% a 14% en los últimos seis años<sup>23</sup>.

- 1.7 En AL la cantidad de alimento consumido por los niños una vez han cumplido 6 meses de edad no es un problema, sin embargo la calidad de la dieta es pobre debido al bajo contenido de micronutrientes y ácidos grasos esenciales y al alto contenido de carbohidratos, azúcar y grasa saturada<sup>24,25,26</sup>.
- 1.8 Diversas intervenciones efectivas para obtener un crecimiento infantil óptimo han sido recomendadas a nivel internacional. La mayoría de éstas relacionadas con la fortificación de alimentos o la suplementación, el acceso a los servicios de salud, la educación de la madre y las estrategias de cambio de comportamiento<sup>27</sup>. Adicionalmente, existen estrategias innovadoras con potencial para mejorar las prácticas de alimentación infantil y la calidad de la dieta de los niños pequeños.
- 1.9 **Estrategias innovadoras para cambio de comportamiento en prácticas de alimentación infantil.** En Bangladesh, por ejemplo, una estrategia de cambio de comportamiento cuidadosamente diseñada para mejorar las prácticas de alimentación infantil ha sido implementada a través de plataformas comunitarias con una cobertura de 126 millones de habitantes. La estrategia incluye el diseño de mensajes clave, consejería individualizada, medios de comunicación masiva, capacitación intensiva y movilización social. Esta intervención ha incrementado la prevalencia de lactancia materna exclusiva de 43% a 64% en 5 años<sup>28,29</sup>. Una campaña de medios masivos de comunicación desarrollada en Viet-Nam ha aumentado la prevalencia de lactancia materna exclusiva en 20 puntos porcentuales

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011). Perú, 2011.

<sup>21</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 2008 (ENSMI-2008/2009). Guatemala, 2010.

<sup>22</sup> Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Colombia, 2011.

<sup>23</sup> Gutiérrez JP et al.2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

<sup>24</sup> Martorell R. 2012. Interventions and policy options for combating malnutrition in Guatemala. Inter-American Development Bank

<sup>25</sup> Michaelsen KF et al. Food sources and intake of n-6 and n-3 fatty acids in low-income countries with emphasis on infants, young children (6-24 months), and pregnant and lactating women. *Matern Child Nutr.* 2011 Apr;7 Suppl 2:124-40.

<sup>26</sup> Gutierrez JP et al.2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

<sup>27</sup> Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2013 Aug 3;382(9890):427-51.

<sup>28</sup> Alayón S. Data driven design of an IYCF SBCC campaign in Bangladesh. Presentation given at the event “Del Qué al Cómo”. Guatemala, 2013. Available at: <http://events.iadb.org/calendar/eventDetail.aspx?lang=en&id=4125>

<sup>29</sup> Haque R et al. Alive & Thrive: Expanding Community Interventions to Improve Nutrition in Bangladesh. Focus 19. Brief 10, June 2012. Available at: <http://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/file-attachments/Bangladesh%20scaling%20up%20brief%20IFPRI%20June%202012.pdf>.

en 1 año de exposición<sup>30</sup>. El uso de metodologías participativas y lúdicas en la consejería ha mostrado resultados muy positivos a pequeña escala en Perú<sup>31</sup>.

- 1.10 Adicionalmente, la utilización de herramientas provenientes de las ciencias del comportamiento para el desarrollo de mensajes que estimulan factores cognitivos y emocionales tienen un gran potencial para influir la toma de decisiones en alimentación infantil<sup>32,33</sup>. Este conocimiento ha sido utilizado exitosamente durante años por la industria de alimentos. Sin embargo, ha sido muy poco aprovechado para cambios de comportamiento y creación de demanda de productos y servicios relacionados con la salud.
- 1.11 **Estrategias innovadoras para mejorar la calidad de la dieta de los niños pequeños.** Además de cambios de comportamiento para lograr prácticas adecuadas, la mejora de la calidad de la dieta en niños pequeños requiere de la disponibilidad de nutrientes clave para promover el crecimiento y desarrollo. Cubrir las recomendaciones de nutrientes en los niños pequeños es un gran reto debido a que los requerimientos a esta edad son elevados y la capacidad gástrica reducida<sup>34</sup>. Por esta razón, se han desarrollado estrategias de fortificación en casa que mejoran la calidad de la dieta a través de adición de un suplemento a la dieta habitual del niño<sup>35</sup>.
- 1.12 Los suplementos LNS (Lipid-based Nutrient Supplements por sus siglas en inglés) son productos de fortificación en casa en forma de pasta lista para consumir que se adicionan a la comida que normalmente reciben los niños pequeños. Estos productos mejoran la calidad de la dieta de los niños entre 6 y 24 meses de edad al aumentar el contenido de micronutrientes y ácidos grasos esenciales. Los micronutrientes están incorporados en una base compuesta por grasa vegetal, pasta de maní, leche en polvo y azúcar<sup>36,37</sup>.
- 1.13 En estudios de eficacia realizados en Ghana y en Malawi, la utilización de LNS para prevención de la desnutrición crónica (SQ-LNS<sup>38</sup>) demostró un impacto positivo en crecimiento en talla, reducción de anemia y mejora del desarrollo

---

<sup>30</sup> Alayón S. Alternatives to RCTs: Evaluation of A&T's national mass media campaign, lessons from Viet Nam. Presentación realizada en el 20th International Congress on Nutrition. España, 2013.

<sup>31</sup> Bhutta ZA. Interventions to address deaths from childhood pneumonia and diarrhoea equitably: what works and at what cost? *Lancet*. 2013 Apr 20;381(9875):1417-29.

<sup>32</sup> Just DR. Could Behavioral Economics Help Improve Diet Quality for Nutrition Assistance Program Participants? Economic Research Report No. (ERR-43). United States Department of Agriculture (USDA). June 2007.

<sup>33</sup> Cardello Av et al. (1992) Effects of disconfirmed consumer expectations on food acceptability. *Journal of Sensory Studies* 1992;7:253-277.

<sup>34</sup> Dewey KG, Brown K.H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003; 24: 5-28.

<sup>35</sup> Dewey, KG et al. Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2009; 5(4):283–379.

<sup>36</sup> Arimond M. Considerations in developing lipid-based nutrient supplements for prevention of undernutrition: experience from the International Lipid-Based Nutrient Supplements (iLiNS) Project. *Matern Child Nutr*. 2013 May 6.

<sup>37</sup> La incorporación de las vitaminas y los minerales en la grasa aumenta la vida útil del producto y enmascara el sabor desagradable de algunos micronutrientes. Además, la matriz grasa permite la adición de micronutrientes clave para el crecimiento infantil como el calcio.

<sup>38</sup> Small Quantity LNS para prevención de la desnutrición crónica.

motor<sup>39,40,41,42</sup>. En un estudio recientemente realizado en Burkina Faso los niños que consumieron SQ-LNS tuvieron una prevalencia de desnutrición crónica seis puntos porcentuales menor que los niños que no lo consumieron. Este importante efecto se observó en solamente nueve meses de intervención<sup>43</sup>. Esta es la primera vez que con un suplemento infantil se demuestra un impacto en crecimiento en talla de esta magnitud y en tan corto plazo.

- 1.14 La aceptabilidad de SQ-LNS ha sido exitosamente probada en dos contextos en Guatemala. Además, un estudio de eficacia en el contexto de un programa de ayuda alimentaria está siendo actualmente realizado en Alta Verapaz<sup>44,45</sup>. Sin embargo, su efectividad no ha sido demostrada en la región<sup>46</sup>.
- 1.15 Las condiciones en las que los estudios mencionados en el párrafo 1.14 fueron llevados a cabo son muy similares al contexto latinoamericano por lo que se espera que el uso de SQ-LNS en AL tenga impacto en crecimiento en talla<sup>47</sup>. Por su impacto en talla, existe el potencial de que SQ-LNS tenga efecto sobre la reducción del riesgo de obesidad. Además, el contenido de grasa en la dieta infantil es muy importante, particularmente aquella que contiene ácidos grasos esenciales. El alto contenido de ácidos grasos en SQ-LNS podrían afectar el metabolismo de grasas de manera positiva. No obstante, estas son hipótesis que deben ser cuidadosamente evaluadas en el contexto de AL.
- 1.16 **Relevancia del proyecto.** La talla inadecuada durante los primeros años de vida limita la sobrevivencia, la capacidad de trabajo y la toma de decisiones en la edad adulta<sup>48,49,50</sup>. La obesidad es un factor de riesgo para enfermedades crónicas

<sup>39</sup> Adu-Afarwuah, S. et al. 2007. "Randomized comparison of 3 types of micronutrient supplements for home fortification of complementary foods in Ghana: effects on growth and motor development." *Am J Clin Nutr* 86(2): 412-420.

<sup>40</sup> Adu-Afarwuah, S. et al. (2008). "Home fortification of complementary foods with micronutrient supplements is well accepted and has positive effects on infant iron status in Ghana." *Am J Clin Nutr* 87(4): 929-938.

<sup>41</sup> Phuka, J. C., K. Maleta, et al. (2008). "Complementary feeding with fortified spread and incidence of severe stunting in 6- to 18-month-old rural Malawians." *Arch Pediatr Adolesc Med* 162(7): 619-626.

<sup>42</sup> Phuka JC, Maleta K, Thakwalakwa C, et al. Postintervention growth of Malawian children who received 12-mo dietary complementation with a lipid-based nutrient supplement or maize-soy flour. *Am J Clin Nutr* 2009; 89: 382–90.

<sup>43</sup> Hess SY. Small-quantity lipid-based nutrient supplements together with malaria and diarrhea treatment improve growth and neurobehavioral development in young Burkinabe children. Abstract submitted to the 20th International Nutrition Congress. Granada, Spain. September 2013.

<sup>44</sup> Matías SL et al. Acceptability of a Lipid-Based Nutrient Supplement among Guatemalan Infants and Young Children. FANTA. Food and Nutrition Technical Assistance. Washington, DC. 2011.

<sup>45</sup> Olney D et al. Report of Formative Research Conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to Help Inform the Health- Strengthening Activities and the Social and Behavior Change Communication Strategy That Will Be Implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA. Food and Nutrition Technical Assistance. Washington, DC. 2012.

<sup>46</sup> Olney D et al. A Process Evaluation of the PROCOMIDA "Preventing Malnutrition in Children under 2 Approach" in Guatemala. Food and Nutrition Technical Assistance. Washington, DC. 2013.

<sup>47</sup> La prevalencia de desnutrición crónica en las áreas de los estudios fue de 39% y aunque es posible que el tratamiento para la malaria y la diarrea hayan tenido un impacto en crecimiento, la prevalencia de estos padecimientos en la población intervenida no fue muy elevada.

<sup>48</sup> Haas, J. D., S. Murdoch, et al. (1996). Early nutrition and later physical work capacity. *Nutr Rev* 54(2 Pt 2): S41-8.

<sup>49</sup> Hoddinott, J., J. A. Maluccio, et al. (2008). "Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults." *Lancet* 371(9610): 411-6.

<sup>50</sup> Martorell, R., P. Melgar, et al. (2010). The nutrition intervention improved adult human capital and economic productivity. *J Nutr* 140(2).

como diabetes, enfermedades cardíacas y cáncer que aumentan la mortalidad y reducen la productividad. Adicionalmente, estas enfermedades aumentan significativamente el costo de la atención en salud<sup>51</sup>. Para el 2030, más del 50% de los hombres y el 60% de las mujeres de Latinoamérica tendrán sobrepeso u obesidad, afectando el desarrollo económico de la región<sup>52,53</sup>. Los países de la región tienen urgencia de contar con nuevos enfoques para mejorar las estrategias de nutrición actualmente implementadas sobre todo aquellas que se dirigen a los segmentos más pobres de la población. El diseño de este proyecto responde a estas necesidades<sup>54</sup>.

- 1.17 **Innovaciones.** Este proyecto incluirá diversos elementos que lo hacen una estrategia innovadora y única en la región: (i) integración de intervenciones para la prevención de la desnutrición crónica y la obesidad; (ii) estrategia de cambio de comportamiento implementada a nivel comunitario a través de consejería individual participativa y lúdica y canales masivos de comunicación; (iii) desarrollo de mensajes utilizando herramientas combinadas de etnografía y ciencias del comportamiento; (iii) utilización de SQ-LNS como parte de una estrategia integral para prevención de desnutrición crónica y obesidad por primera vez en América Latina; e (v) implementación de una asociación público-privada integrada por la Fundación PepsiCo, los Ministerios de Salud, los organismos ejecutores y el Banco.
- 1.18 El proyecto CUCHARA tiene como objetivo evaluar la efectividad de una estrategia integral para prevenir la desnutrición crónica y reducir los riesgos de obesidad futura en niños de 0 a 24 meses de edad que habitan áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala, México y Perú.
- 1.19 El proyecto propuesto implementará una estrategia integral para la prevención de la desnutrición y la obesidad en niños de 0 a 24 meses de edad que viven en áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala, México y Perú. Incluye cuatro áreas principales de acción para alcanzar un crecimiento y desarrollo infantil óptimo: (i) distribución de SQ-LNS a niños de 6 a 24 meses de edad como producto de fortificación en casa para mejorar la calidad de la dieta; (ii) entrega de mensajes clave para mejorar las prácticas de alimentación infantil<sup>55</sup> que respondan a las aspiraciones y motivaciones de los padres a través de consejería individualizada, participativa y lúdica y canales de comunicación masiva; (iii) integración de los servicios de nutrición con los servicios de salud existentes dirigidos a mujeres embarazadas, lactantes y niños de 0 a 24 meses de edad; y (iv) establecimiento de mecanismos de supervisión, monitoreo, evaluación y gestión que aseguren una ejecución e implementación adecuada y permitan evaluar el impacto de la intervención.

---

<sup>51</sup> Swinburn et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.

<sup>52</sup> Webber et al. High Rates of Obesity and Non-Communicable Diseases Predicted across Latin America. *PLOS ONE* 2012; 7(8).

<sup>53</sup> Rivera et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2013. Published Online December 13, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6).

<sup>54</sup> Un ejemplo de la relevancia de este proyecto para los países es el interés del Gobierno de Colombia en financiar una evaluación de esta intervención. Actualmente el aporte de US\$750.000 para esta actividad está en proceso de aprobación por las autoridades nacionales.

<sup>55</sup> Incluyendo lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses edad.

- 1.20 **Componente 1. Aseguramiento de la disponibilidad permanente de SQ-LNS.** El objetivo de este componente es asegurar la disponibilidad permanente del suplemento SQ-LNS en los servicios de salud y asegurar la entrega oportuna del producto a los niños beneficiarios. Este componente financiará las siguientes actividades: (ii) desarrollo de empaque del suplemento SQ-LNS de acuerdo a las prácticas de alimentación locales y reglas de comercialización de cada país; (iii) adquisición del suplemento SQ-LNS; (iv) costos del proceso de importación y desaduanaje; (iv) distribución y almacenamiento del suplemento a nivel local; y (v) diseño e implementación de un sistema de control y monitoreo de la cadena logística y entrega de suplemento a los niños beneficiarios.
- 1.21 **Componente 2. Estrategia de cambio de comportamiento para mejorar las prácticas de alimentación infantil.** El objetivo de este componente es implementar en cada país una estrategia de cambio de comportamiento para prevenir la desnutrición y la obesidad a través del mejoramiento de prácticas de alimentación en niños de 0 a 24 meses de edad. La estrategia incluirá el diseño de mensajes específicos para la creación de demanda del suplemento SQ-LNS y para la modificación de prácticas de alimentación infantil. Estos mensajes y la plataforma de entrega, así como las metodologías utilizadas en la capacitación serán diseñados de manera general para los 4 países y posteriormente adaptados al contexto de cada país utilizando datos de investigación formativa. La implementación de la estrategia también incluye la conformación de plataformas comunitarias para la entrega individualizada de consejería y el desarrollo de capacidades de consejería a través de capacitación continua, participativa y estandarizada. Adicionalmente, los mensajes desarrollados serán entregados a través de canales masivos de comunicación a nivel local. La implementación de esta estrategia debe estar integrada a la provisión regular de servicios de salud. Este componente financiará la reorganización de los servicios en base a los requerimientos de cada país. En este componente serán financiadas las siguientes actividades: (i) adaptación de la estrategia de cambio de comportamiento al contexto de cada país utilizando datos provenientes de investigación formativa; (ii) contratación y capacitación de personal; (iii) implementación de plataformas comunitarias; (iv) integración de la estrategia a los servicios regulares de salud; (v) adquisición y diseño de material de comunicación para consejería; y (vi) entrega de mensajes clave a través de canales masivos de comunicación a nivel local.
- 1.22 **Componente 3. Supervisión, monitoreo y gestión.** El objetivo de este componente es apoyar la ejecución física y financiera del proyecto. Los recursos de este componente financiarán: (i) gastos de monitoreo y supervisión; (ii) auditorías; y (iii) los gastos operativos y costos de administración para la implementación del proyecto.

## II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

- 2.1 El objetivo de esta consultoría es diseñar y apoyar la implementación a pequeña escala de una estrategia de cambio de comportamiento para prevenir la desnutrición crónica y la obesidad a través del mejoramiento de prácticas de alimentación infantil y el uso de SQ-LNS en Colombia, Guatemala, México y Perú.

### **III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA**

- 3.1 Tipo de consultoría: Firma consultora
- 3.2 Fecha de inicio y duración: Octubre del 2014 con duración de 36 meses no consecutivos.
- 3.3 Lugar de trabajo: Ciudad donde se encuentre ubicada la firma y viajes a Colombia, Guatemala, México y Perú
- 3.4 Requerimientos de la firma: Firma con amplia experiencia internacional en el diseño de intervenciones innovadoras para mejorar el estado de nutrición, particularmente en países en desarrollo. Por lo menos 5 años de experiencia en la implementación de estrategias de fortificación en casa en diversos países. Capacidad técnica y experiencia comprobada en el desarrollo de estrategias de cambio de comportamiento. Experiencia en estrategias integrales para la prevención de la desnutrición y la obesidad es deseada. Experiencia en implementación de programas en América Latina y posibilidad de trabajar en los idiomas inglés y español. La experiencia en el establecimiento de alianzas colaborativas con Gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado será tomada en cuenta. Voluntad para colaborar con diversos actores.

### **IV. ACTIVIDADES**

- 4.1 La firma encargada de la consultoría será responsable de las actividades que se describen a continuación. El equipo técnico de evaluación del BID proporcionará a la firma los insumos necesarios para desarrollar las actividades requeridas y entregar los productos solicitados según las especificaciones definidas en el presente documento.
  - 1) Desarrollar un plan de trabajo detallado basado en la revisión de los documentos de proyecto. El plan de trabajo deberá ir acompañado de un cronograma de tipo diagrama de Gantt, preferiblemente en MS Project e incluyendo calendario. El Plan de trabajo será validado por el equipo del BID y los organismos ejecutores del proyecto.
  - 2) Revisión de experiencias exitosas e innovadoras para el cambio de comportamiento y la utilización de LNS. Incluyendo las actualmente implementadas por el Banco en Bolivia y la implementada por la organización Fundazucar en Guatemala.
  - 3) Apoyar el Banco en el desarrollo del empaque de SQ-LNS. El empaque será desarrollado por la empresa Nutriset, quien producirá el suplemento, en base a investigación formativa realizada en cada país.
  - 4) Realizar una profunda revisión de la investigación formativa sobre prácticas de alimentación infantil realizada en las áreas de intervención del proyecto, el contexto de cada área y los programas de nutrición implementados, identificando oportunidades y debilidades para la implementación de la intervención.
  - 5) Realizar estudios de investigación formativa utilizando técnicas etnográficas y de mercadeo para el diseño de mensajes clave para el mejoramiento de las

prácticas de alimentación infantil y la utilización de SQ-LNS. Los mensajes deben responder a que respondan a las aspiraciones y motivaciones de los padres. Se deberán identificar los principales canales de comunicación masiva a nivel local con potencial para la entrega de mensajes en nutrición y la creación de demanda del suplemento SQ-LNS.

- 6) Revisar los mensajes clave con el equipo del Banco y del Fundación PepsiCo.
- 7) En base a las actividades 2 a 6, diseñar una estrategia de cambio de comportamiento para reducir la desnutrición y la obesidad en Colombia, Guatemala, México y Perú. La estrategia se entregará a través de consejería individualizada utilizando metodologías lúdicas y participativas. También se utilizarán los canales de comunicación masiva a nivel local identificados en la actividad 5 para la entrega de mensajes clave. El diseño de la estrategia deberá incluir la metodología para la capacitación estandarizada del personal de consejería y deberá estar integrada a los servicios de salud.
- 8) Desarrollar el Manual Operativo para la implementación de la estrategia diseñada en la actividad 7. Incluyendo metodología, tipo de material, estrategia de capacitación, manuales de capacitación, cronogramas, etc.
- 9) Desarrollar el Marco Lógico del Proyecto para cada país en conjunto con el equipo del Banco, los Ministerios de Salud y los organismos ejecutores.
- 10) Acompañar la primera capacitación de personal que se realice en un país.
- 11) Acompañar la implementación de la estrategia durante la duración del proyecto de manera puntual.
- 12) Asesorar al Banco en temas puntuales sobre la evaluación de la estrategia.

## **V. PRODUCTOS E INFORMES**

- 5.1 Producto 1. Propuesta técnica detallada y plan de trabajo.
- 5.2 Producto 2. Informe y conclusiones de la investigación formativa en cada país.
- 5.3 Producto 3. Mensajes clave para la estrategia de cambio de comportamiento.
- 5.4 Producto 4. Estrategia de cambio de comportamiento para prevenir la desnutrición y la obesidad diseñada para cada país.
- 5.5 Producto 5. Manual Operativo para la implementación de la estrategia.
- 5.6 Producto 6. Marco Lógico del proyecto consensuado en cada país.
- 5.7 Producto 7. Revisión cuatrimestral de avances del proyecto.

## **VI. CONDICIONES DE PAGO**

- 6.1 Los pagos se realizarán de la siguiente manera conforme avance el proyecto, a la recepción y revisión de manera satisfactoria por parte del equipo del BID.

- 6.2 Primer pago: Entrega del producto 1: 20%
- 6.3 Segundo pago: Entrega de productos 2 y 3: 20%
- 6.4 Tercer pago: Entrega de productos 4 y 5: 30%
- 6.5 Cuarto pago: Entrega del producto 6: 10%
- 6.6 Quinto pago: Entrega del producto 7: 20%

## **VII. COORDINACIÓN**

- 7.1 El trabajo de la firma consultora será coordinado por: Ana Pérez Expósito (SCL/SPH) en colaboración con los organismos ejecutores del proyecto en Colombia, Guatemala, México y Perú.