

La Ruta de Aprendizaje “Fortaleciendo las Capacidades de los países SUN para Fomentar la Nutrición: un proyecto innovador en Perú”

Informe Final

Resumen Ejecutivo

En 2014, la Secretaría del Movimiento de Fomento de la Nutrición o SUN (Scaling Up Nutrition, por sus siglas en inglés) lanzó el programa piloto “Fortaleciendo las capacidades de los países SUN para fomentar la Nutrición a través de Rutas de Aprendizaje” con el objetivo de reforzar las iniciativas de intercambio y de aprendizaje entre los países miembros del Movimiento. Por ello, se asoció con la Corporación PROCASUR a fin de construir herramientas específicas para identificar un conjunto de experiencias exitosas y de buenas prácticas en nutrición y de facilitar su intercambio entre los representantes de las plataformas multiactor nacionales de los países SUN.

Como parte del programa, se realizaron dos Rutas de Aprendizaje: la primera en Senegal, del 26 de mayo al 1 de junio de 2014, bajo la coordinación de la Unidad de Lucha contra la Desnutrición (*Cellule de Lutte contre la Malnutrition* – CLM); la segunda en Perú, en donde las delegaciones visitantes fueron recibidas por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), del 8 al 14 de setiembre del mismo año. En total, participaron en ambas Rutas 40 representantes de las plataformas multiactor nacionales de 14 países SUN de África, Asia y América Latina¹.

El presente informe resume los resultados de las etapas de preparación y ejecución de la Ruta de Aprendizaje en Perú. En ésta participaron 20 representantes, entre los que estaban Puntos Focales SUN, funcionarios gubernamentales así como miembros de la sociedad civil y del sector privado que participan en las plataformas multiactor nacionales para el fomento de la nutrición de siete países miembros del Movimiento SUN (El Salvador, Guatemala, Laos, Madagascar, Senegal, Sri Lanka y Tanzania).

El objetivo general de la Ruta de Aprendizaje fue mejorar la comprensión y el conocimiento de las estrategias y los mecanismos puestos en marcha por Perú para combatir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI). También fue compartir conocimientos, buenas prácticas y experiencias exitosas en materia de nutrición, facilitar el acceso a las herramientas de trabajo para promover la nutrición en los países participantes y fortalecer las redes entre los actores miembros del Movimiento SUN.

El Estado peruano ha venido impulsando distintas acciones para la reducción de la DCI en las últimas décadas. A pesar de esto, en 2005 el índice de DCI en menores de 5 años aún se encontraba entre los más altos de América Latina. Tras este momento, el Estado peruano se puso manos a la obra y en tan solo 6 años el nivel de DCI en el país se redujo en más de 10 puntos; de 28,5%, en 2007, a 18,1% en 2012, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

¹ Los países seleccionados para participar a las dos Rutas fueron: El Salvador, Guatemala, Perú (América Latina); Benín, Burundi, Ghana, Guinea Conakry, Madagascar, Níger, Senegal, Sierra Leone y Tanzania (África); Lao PDR, Sri Lanka (Asia).

Algunas de las **claves de éxito** de la experiencia peruana pueden encontrarse en la conjunción de los siguientes factores:

- ✓ Alto compromiso político que ha trascendido gobiernos;
- ✓ Gestión orientada a resultados;
- ✓ Diseño de políticas públicas innovadoras basadas en evidencia científica;
- ✓ Compromiso en los tres niveles -central, regional y local- y los mensajes compartidos entre éstos;
- ✓ Esfuerzo de las organizaciones de la sociedad civil para impulsar en la agenda política y social el tema de la DCI;
- ✓ Implementación de acciones concretas, involucrando a múltiples actores gubernamentales y no gubernamentales (organizaciones internacionales para el desarrollo, agencias de las Naciones Unidas, sociedad civil, sector privado y academia) en la promoción y financiamiento de tareas conjuntas para enfrentar la DCI;
- ✓ Empoderamiento de la comunidad y las familias y uso de mensajes apropiados y materiales adaptados a nivel local para incentivar las prácticas saludables dentro de ellas.

A partir de estos factores de éxito identificados, se plantearon los **objetivos específicos** de la Ruta, referidos a los siguientes temas:

1. Promoción y articulación de políticas sociales intergubernamentales y multisectoriales para reducir la DCI, incluyendo el desarrollo de marcos legales y de política nacional.
2. Medidas de articulación e implementación de mecanismos de incentivos financieros para vincular el sistema de asignación de recursos públicos con metas y productos, a través de una modalidad de gestión basada en resultados, y la promoción de fondos de incentivos al desempeño y cumplimiento de metas sociales.
3. Organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas en colaboración con la sociedad civil, organizaciones internacionales para el desarrollo y el sector privado.
4. Estrategias para la operativización de programas sociales descentralizados mediante un enfoque territorial, donde los gobiernos regionales y locales juegan un rol propulsor.

Cada tema fue objeto de una visita al sitio y/o reuniones de trabajo y, posteriormente, talleres de análisis y reflexión sobre los casos. Los talleres y las visitas de terreno se realizaron en Lima capital y en la región de Ayacucho, tanto en el área metropolitana como en las comunidades rurales en el distrito de Huamanguilla. En los talleres se conformaron grupos entre los miembros de distintos países. A través de éstos se buscó intercambiar opiniones entre los diferentes países invitados, analizando los principales factores de éxito y buenas prácticas de las experiencias visitadas, así como los desafíos todavía persistentes, con el objetivo de extraer lecciones con valor de uso para los participantes en sus contextos de origen.

Durante la Ruta, parte de los trabajos en grupo fueron dedicados al diseño y a la definición de Planes de Acción de las delegaciones nacionales (un Plan por equipo nacional). Esta actividad permitió a los participantes adoptar y adaptar las buenas prácticas y soluciones innovadoras aprendidas en Perú para fortalecer las estrategias e iniciativas implementadas por las instituciones y organizaciones a las que cada uno representa.

De todo lo visto y compartido en la Ruta de Aprendizaje en Perú, se pueden destacar las siguientes **lecciones aprendidas** para lograr la reducción de la DCI:

- ✓ La voluntad y compromiso político de poner a la nutrición infantil como una prioridad desde los más altos mandos del nivel central, regional y local que trascienda el gobierno de turno es un factor fundamental para reducir la DCI.
- ✓ La firma de acuerdos de gobernabilidad por los candidatos y la vigilancia de su cumplimiento por la sociedad civil articulada es una estrategia con resultados probados.
- ✓ La creación de un marco legal consistente con políticas sociales intergubernamentales e intersectoriales, bajo el liderazgo de una instancia del gobierno que convoque a los diferentes sectores y niveles, brinda la institucionalidad necesaria para la implementación de acciones.
- ✓ Tener un marco conceptual común, con identificación de estrategias e intervenciones clave basadas en evidencias y fijación de metas.
- ✓ La asignación presupuestal basada en resultados y mecanismos de incentivos financieros como el Plan de Incentivo Municipal (PI) y el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) vinculan la asignación de recursos a productos y resultados medibles y a intervenciones efectivas en el terreno.
- ✓ El contar con información accesible y transparente facilita fijar metas comunes y monitorear los avances.
- ✓ Los espacios de articulación multisectoriales, intergubernamentales, con participación de gobierno, sociedad civil, empresa con visiones y metas comunes son decisivos para un trabajo conjunto que logre resultados en la reducción de la DCI.
- ✓ El acceso al documento de identidad (DNI) desde el inicio de la vida favorece el acceso al seguro integral de salud y programas sociales.
- ✓ La priorización y focalización de intervenciones y programas para la reducción de DCI en el grupo etéreo de niños menores de 3 años y en la población más pobre y excluida, más aún en un contexto de escasez de recursos económicos.
- ✓ La implementación de acciones con enfoque territorial bajo el liderazgo de las autoridades locales y comunales le da la apropiación necesaria para la sostenibilidad y moviliza las capacidades locales.
- ✓ La organización y participación activa de la comunidad y de las familias es fundamental para el logro de prácticas saludables.
- ✓ Las plataformas fuertes de la sociedad civil en diversos niveles trabajando por la nutrición infantil contribuyen con abogacía, asistencia técnica y vigilancia de cumplimiento de los compromisos y presupuestos, lo que favorece el logro de los objetivos.
- ✓ Las estrategias de concientización y capacitación simples y adaptadas a la realidad y cultura de la población permiten su entendimiento lo que favorece el conseguir que se realicen las prácticas deseadas.
- ✓ La tecnología apropiada con materiales locales al alcance de las familias favorece que se realicen las prácticas propuestas (refrigeradora ecológica, cocina mejorada, juegos infantiles de madera, mallas para secado de carne etc.).

Como los testimonios de los participantes muestran, la Ruta de Aprendizaje en Perú ha demostrado ser una herramienta eficaz para facilitar el intercambio de conocimientos, la difusión de buenas prácticas en el tema de nutrición y la consolidación de redes e intercambios entre los países participantes. Al mismo tiempo, proporcionó a los participantes con una plataforma de aprendizaje personalizada en la que pudieron generar nuevas ideas e intercambiar conocimientos. En este contexto, el estrecho intercambio entre los países francófonos, anglófonos e hispanohablantes de África, Asia y América Latina ha sido particularmente exitoso y valorado por los participantes. La Ruta ha permitido a diversos países conocer e intercambiar buenas prácticas sobre un tema crucial, como es la nutrición infantil, que se traducirán en acciones, iniciativas y nuevos intercambios en el futuro cercano.

Movimiento SUN (Scaling Up Nutrition, Fomento de la Nutrición). Fundado en 2010, es un movimiento que reúne a representantes de los gobiernos, la sociedad civil, las Naciones Unidas, a donantes, empresas e investigadores en un esfuerzo colectivo para fomentar la nutrición. En la actualidad tiene como miembros a 54 países comprometidos en priorizar los esfuerzos para abordar la desnutrición. www.scalingupnutrition.org

MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social). Creado en 2011, el Ministerio del Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), genera los lineamientos de articulación intersectorial e intergubernamental para reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), en el marco de las políticas de Desarrollo e Inclusión Social, garantizando la acción coordinada de las diversas entidades del sector público, del sector privado y de la sociedad civil que contribuyan a reducir las brechas en favor de la población en pobreza y exclusión. Parte prioritaria de estos esfuerzos está orientada a la reducción de la DCI. www.midis.gob.pe

Corporación Procasur. Es una organización internacional especializada en la capitalización y escalamiento de innovaciones locales. Su misión es fomentar el intercambio de conocimientos locales para terminar la pobreza rural. A través de plataformas de aprendizaje –basadas en diferentes herramientas y metodologías para la gestión del conocimiento local- la organización conecta instituciones globales con talentos locales, y proporciona plataformas estructuradas de aprendizaje necesarias para difundir y escalar innovación. www.procasur.org

Índice

1. Introducción.
2. La Ruta de Aprendizaje en Perú
3. Perú: Indicadores generales de desarrollo y la situación nutricional del país.
4. Políticas y programas en la lucha contra la desnutrición en Perú.
 - 4.1 Promoción y articulación de políticas sociales intergubernamentales y multisectoriales para reducir la DCI, incluyendo el desarrollo de marcos legales y de política nacional.
 - 4.1.1. Creación de Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
 - 4.1.2. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”
 - 4.2 Medidas de articulación e implementación de mecanismos de incentivos financieros para vincular el sistema de asignación de recursos públicos con metas y productos, a través de una modalidad de gestión basada en resultados, y la promoción de fondos de incentivos al desempeño y cumplimiento de metas sociales.
 - 4.2.1. Presupuesto por Resultados
 - 4.2.2. Plan Articulado Nutricional
 - 4.2.3. Incentivo a la Gestión
 - a) EURO-PAN
 - b) Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal
 - 4.2.4. Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales
 - 4.3 Organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas en colaboración con la sociedad civil, organizaciones internacionales para el desarrollo y el sector privado.
 - 4.3.1 Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza
 - 4.3.2 Iniciativa contra la Desnutrición Infantil
 - 4.4 Taller de Análisis 1
 - 4.5 Estrategias para la operativización de programas sociales descentralizados mediante un enfoque territorial, donde los gobiernos regionales y locales juegan un rol propulsor.

4.5.1 Gobierno Municipal de Huamanguilla

- a) Centro de Salud
- b) Comité de Desarrollo Comunal

4.5.2 Programa Sociales implementados por el MIDIS

- a) Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”
- b) Programa Cuna Más

4.5.3 Intervenciones promovidas por el Ministerio de Salud

- a) Centros de Promoción y Vigilancia Comunal
- b) Padrón Nominal
- c) Programa de Municipios y Comunidades Saludables

4.6 Taller de Análisis 2

5. Planes de Acción

6. Lecciones aprendidas

7. Conclusiones

8. Sugerencias y recomendaciones

9. Referencias

Acrónimos y abreviaturas

CIAS: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales

CODECO: Comité de Desarrollo Comunal

CRED: Control de Crecimiento y Desarrollo

CPVC: El Centro de Vigilancia Comunal

DIT: Desarrollo Infantil Temprano

DCI: Desnutrición Crónica Infantil

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

ENDIS: Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”

FED: Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales.

IDI: Iniciativa contra la Desnutrición Infantil

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

IRA: Infección Respiratoria Aguda

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

MINCUL: Ministerio de Cultura

MINEDU: Ministerio de Educación

MINSA: Ministerio de Salud.

MCLCP: Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza

PAN: Programa Articulado Nutricional

PpR: Presupuestal por Resultados

PI: Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal

SIS: Seguro Integral de Salud

SUN: Scaling Up Nutrition

1. Introducción

América Latina y el Caribe han tenido importantes logros en la erradicación del hambre. La proporción de personas subalimentadas pasó de 17.7% en 1990 a 7.9% en 2013 y la DCI pasó de 13.7 millones en 1990 a 7.1 millones en 2011. Si bien los niveles de pobreza se han ido reduciendo, la pobreza extrema no ha disminuido en la misma proporción y persisten aún importantes brechas y situaciones de exclusión que no han sido superadas en la región. Un indicador de esta realidad es la situación de la población indígena, para quienes la inseguridad alimentaria es tres veces más alta respecto al resto de la población. En algunos países de la región, hasta el 90% de la población indígena es pobre y el 70% vive en pobreza extrema (FAO 2014).

La FAO señala que para combatir el hambre y la pobreza es necesario un compromiso político, y un conocimiento sobre la problemática que atraviesan los grupos más vulnerables a la inseguridad alimentaria. Además, la implementación de un mecanismo de gobernanza y coordinación, así como la alineación y articulación de políticas, programas e inversiones. Los países de la región han tenido diferentes avances en cada uno de estos componentes. En el caso de Perú se puede ver que a la par que existen compromisos internacionales asumidos, se ha logrado que la erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) se convierta en una política de Estado que ha sido respaldada por los dos últimos gobiernos.

Este hecho se ha expresado en la prioridad que se le ha dado a la política de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) dentro del presupuesto público. Asimismo, a la formulación de estrategias, políticas y programas específicos orientados a la primera infancia, cuya implementación se da a través del trabajo articulado entre los distintos ministerios, y entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales.

En los últimos años el Perú ha mostrado una mejora significativa en el estado nutricional de la población. El ejemplo más llamativo es representado por la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Es a partir de esta observación que es interesante entender cuáles fueron los aspectos más destacados, las acciones y las decisiones tomadas por el gobierno peruano que explican este éxito. Por esta razón, es importante identificar las buenas prácticas en la lucha multisectorial y de múltiples actores contra la DCI en tanto tiene un potencial de réplica en otros contextos.

2. La Ruta de Aprendizaje en Perú

La **Ruta de Aprendizaje** en Perú es el resultado de una colaboración activa entre la Secretaría del Movimiento SUN, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social de Perú (MIDIS) y la Corporación Procasur. Su objetivo es contribuir al conocimiento de los países SUN sobre las buenas prácticas y experiencias exitosas en materia de nutrición del país, facilitando el acceso a herramientas prácticas de trabajo para fomentar la nutrición en sus países y fortalecer alianzas y redes entre ellos.

Una Ruta de Aprendizaje es una herramienta para la creación de capacidades, para el intercambio de conocimientos y el desarrollo de soluciones locales innovadoras, en este caso, la lucha contra la desnutrición infantil. Una Ruta es un viaje planificado con objetivos específicos en el que se crean oportunidades para el intercambio, el análisis y la reflexión a lo largo de un proceso de formación
--

continua. A través de este, los participantes adquieren conocimientos significativos y comparten sus experiencias y conocimientos. El objetivo es desarrollar la capacidad de identificar innovaciones potencialmente útiles que pueden ser adaptadas y aplicadas dentro de las organizaciones de los participantes y en sus contextos originales.

La Ruta de Aprendizaje contó con tres fases: (i) preparación de la visita; (ii) visita formal de la Ruta; (iii) seguimiento a los Planes de Acción realizados por los equipos de los países participantes².

Durante la fase inicial, se identificaron los principales ejes temáticos y se estructuraron los contenidos específicos del viaje a partir de las propuestas elaboradas por los mismos países participantes en la Ruta. Se realizaron dos visitas preparatorias, en Lima capital y en la región de Ayacucho, en las cuales se recogieron los aportes de varios sectores y organizaciones involucrados en los esfuerzos por la reducción de la DCI.

Los ejes temáticos que estructuraron los contenidos de la Ruta en Perú fueron: i) la coordinación institucional -tanto a nivel intersectorial e intergubernamental como entre el Estado y la sociedad civil- con el fin de concretar el diseño y la articulación de políticas sociales para enfrentar la DCI, involucrando activamente a la población, y ii) la implementación de mecanismos financieros que permiten vincular el sistema de asignación de recursos públicos con metas y resultados que estén al servicio al ciudadano.

Durante la fase de implementación de la Ruta (8-14 setiembre de 2014) se realizaron reuniones con funcionarios del gobierno a nivel central y regional, visitas de campo en la región de Ayacucho, presentaciones de expertos y espacios de reflexión y planificación, como casos de estudio y trabajos en grupo (Ver programa de la Ruta en el Anexo 1).

Los participantes de la Ruta de Aprendizaje en Perú fueron en total 20 personas (tres por país, salvo el caso de Madagascar en el que un integrante no pudo asistir), miembros de las plataformas multisectoriales nacionales SUN de El Salvador, Guatemala, Laos, Madagascar, Senegal, Sri Lanka, Tanzania. La muestra fue heterogénea, habiendo miembros de instituciones del gobierno (52.4%), sociedad civil (38%) y empresas privadas (9.6%) lo que permitió tener visiones diferentes que enriquecieron la reflexión. El grupo de participantes constó de diez hombres y diez mujeres. Se tuvieron tres lenguas maternas distintas (español, inglés y francés), por lo que se trabajó con una traducción simultánea en estos idiomas. (Ver lista de participantes de la Ruta en el Anexo 2).

"Antes de venir aquí [al Perú], teníamos tres preguntas: (1) cómo funciona en Perú la plataforma multisectorial; (2) cómo hacer operativo el plan multisectorial en cada nivel, y (3) qué lecciones, qué intervenciones pueden replicarse en mi país". **Dr Phoxay Chandavone, Directora General Adjunta, Departamento de Promoción Higiene Salud, Ministerio de Salud de Lao PDR y Punto Focal de SUN (Laos).**

² Este informe busca ilustrar la experiencia de la Ruta, sus resultados y principales lecciones aprendidas por los participantes. Al momento de producir este informe, el desarrollo de los Planes de Acción por parte de los equipos de país está todavía en curso, por lo tanto el presente informe otorgará información relevante sobre los diseños de estos Planes únicamente.

3. Perú: Indicadores generales de desarrollo y la situación nutricional del país

El Perú cuenta con una población de 30.475.144 habitantes. El 72,3% de la población es urbana y 27,7% es rural. En el territorio costero se concentra el 54,6% de la población total, en la sierra 32% y en la selva 12,8%. En Lima, la capital, hay una población de 8 617 314 (INEI 2013).

El país está dividido en 24 departamentos y una provincia constitucional con sus propios gobiernos regionales. Los departamentos están divididos en provincias y estos a su vez en distritos cuyos órganos de gobierno local son las municipalidades. Actualmente existen 195 provincias y 1838 distritos a nivel nacional. En zonas rurales, los distritos se dividen en centros poblados y anexos que no tienen nivel de gobierno.

Según el Censo Nacional de 2007 más de 4 millones de habitantes son indígenas, pertenecientes en su mayoría a las familias lingüísticas quechua y aymara. El quechua es el segundo idioma más hablado en el Perú (13%) seguido por el aymara (1.7%) (Unesco 2006). Los pueblos indígenas están organizados en comunidades nativas en la Amazonía y en comunidades campesinas en la zona andina, y tienen una propiedad colectiva de la tierra. En relación a las jurisdicciones administrativas y políticas, las comunidades campesinas son ámbitos territoriales que forman parte de distritos y se encuentran vinculadas al poder local municipal.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2012 un 25.43% de la población era pobre y un 15.8% se encontraba en proceso de desarrollo e inclusión social³. Según el Índice de Desarrollo Humano, el Perú se encuentra entre los países con desarrollo elevado y se ubica en el puesto 82 (PNUD 2014). Aún así, en el país persisten brechas importantes entre la zona urbana y la zona rural, principalmente indígena.

En 2005, la prevalencia de DCI en menores de 5 años aún se encontraba entre las más elevadas de América Latina. En el año 2007, el Estado peruano dio prioridad a esta problemática e inició la implementación de políticas articuladas que le han permitido reducir la DCI en niños menores de cinco años de 28.5% en 2007, a 17.5% en 2013. En el mismo periodo de tiempo se logró disminuir la DCI en la zona urbana de 15.6% a 10.3%, mientras en la zona rural se logró una disminución de 13.4 puntos porcentuales, de un 45.7% a 32.3% (ENDES 2013). Por otro lado, según la misma encuesta, en 2007 la proporción de niños de 6 a 36 meses con anemia nutricional era de 56.8% y en 2013 bajó a 46.4%.

Estas cifras son el resultado de la ejecución de intervenciones efectivas dirigidas tanto a las gestantes como a los niños y niñas. Es así que las madres gestantes que recibieron seis y más de seis controles prenatales se incrementaron de 76.4% en 2007 a 87.3% en 2013, según la ENDES. En ese mismo periodo de tiempo se incrementó el porcentaje de menores de 36 meses de edad con CRED (Control de Crecimiento y Desarrollo) completo, de 24% a 50.5%, y de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva incrementó, de 68.7% a 72.3%. Al 2013, otros indicadores muestran el avance de otras intervenciones efectivas como un 14.8% de menores de 36 meses con Infección Respiratoria Aguda (IRA) y un 13.7% con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA); la proporción de menores de 12 meses con vacunas

³ La población en proceso de desarrollo e inclusión social ha sido definida por el MIDIS como aquella que reúne al menos tres de las cuatro circunstancias históricas asociadas a la exclusión: área de residencia rural, etnicidad, bajo nivel educativo de la mujer que jefatura el hogar y estrato socio económico.

contra el rotavirus y el neumococo ha alcanzado un 75.1% y aquellos con vacunas completas un 64.3%. Finalmente, es importante señalar que en los últimos años se ha dado un avance importante en el proceso de identificación de niños y niñas; según la ENDES, la proporción de niños de 6 a 59 meses de edad que no están inscritos en la municipalidad o en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) es de 4.2%.

Si bien ha habido logros muy importantes en los últimos siete años, actualmente el nivel de reducción de la DCI se ha desacelerado. Esto se debe a que los niños y niñas con mayor riesgo de DCI pertenecen al sector más pobre, más rural, más culturalmente diferente y más excluido a quienes es más difícil llegar a través de las intervenciones del Estado. El MIDIS tiene un rol fundamental en la formulación de estrategias que permitan una mayor inclusión de esa población a los programas del Estado desde un enfoque intercultural. Un reto importante que tiene el país es avanzar hacia una gestión descentralizada más eficiente, que permita la adecuación de las políticas a las realidades locales y articular localmente las intervenciones a fin de lograr un adecuado desarrollo de los niños y niñas más excluidos.

Ayacucho: La región Ayacucho se encuentra en la sierra central del país y tiene una población aproximada de 612,489 habitantes de los cuales el 42.0% vive en zonas rurales y el 65% son quechuahablantes (Censo 2007). Es una de las regiones con mayor índice de pobreza (62.6% en el 2009 según el INEI), su actividad económica es principalmente agropecuaria y su territorio se divide en tres zonas geográficas: por el norte una zona de montaña, una zona central de sierra y por el sur una zona altiplánica. En el Perú la DCI ha sido predominante en las zonas de alta ruralidad y de población indígena quechua hablante como la ayacuchana (Unicef 2013). A partir de 2007, diversos procesos han permitido una reducción interesante de la DCI de 42.2% a 28.1% en 2013 (ENDES 2012-2013).

Otro rasgo de la región es que fue escenario del origen y el mayor impacto del conflicto armado interno que vivió el país de 1980 a 2000 y que enfrentó a grupos armados contra el Estado peruano. Según la Comisión de la Verdad y Reconciliación, en la región Ayacucho se concentra más del 40% de muertos y desaparecidos reportados por la misma. La principal víctima fue la población campesina que vivía en zonas rurales. A ello debe agregarse que 75% de las víctimas fatales tenían el quechua u otras lenguas nativas como idioma materno.

Distrito de Humanguilla: El distrito de Humanguilla pertenece a la provincia de Huanta, ubicada en el norte del departamento de Ayacucho, está ubicado a 3,796 msnm y es un distrito eminentemente agropecuario. Tiene una población aproximada de 5,760 habitantes distribuidos en 4 comunidades campesinas y 18 anexos. Cada uno de estos ámbitos cuenta con autoridades y organizaciones particulares. Se ha elegido este distrito porque ha logrado una importante reducción de la DCI de 34.9% en el 2009 a 20.6% en 2013, según la evaluación continua que se realiza en el distrito, a través de un proceso de concertación y articulación entre el Estado, la Sociedad Civil y la comunidad. A nivel local, el Comité de Desarrollo Comunal (CODECO) articula el conjunto de organizaciones y autoridades en cada anexo.

4. Políticas y programas en la lucha contra la desnutrición en Perú

En la primera mitad de la década anterior, las cifras de desnutrición crónica en menores de 5 años se mantenían casi inalterables, a pesar de los incrementos que se habían otorgado en el presupuesto. En el año 2000 el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con DCI era de 31% y para el año 2005 solo se había reducido a 29.5%. En la zona rural esta situación era

aún más invariable, en 2000 el porcentaje llegaba a 46.3% y en 2005 se mantuvo casi igual con un 46.1% (INEI 2007).

Esta situación cambió a partir del 2007, año que marcó un hito en el progreso de la DCI en el país. La confluencia de dos factores fueron claves para este logro: el proceso de concertación e incidencia sostenido entre Estado y sociedad civil, y la reforma que se inicia ese año al interior del Estado con el fin de hacer más eficiente el manejo de los recursos públicos, a través de la implementación de la estrategia “Presupuestos por Resultados” (PpR). Esta última estrategia surge como parte del proceso de modernización en el marco de la Ley de Modernización del Estado de 2002, cuya finalidad fue obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. De esta manera, la lucha contra la DCI se convierte en una meta del país.

Para que las políticas priorizadas se cumplan, era necesario cambiar la metodología en la asignación de recursos, a fin de lograr que los diferentes actores actúen de forma articulada para lograr un mismo resultado. Es así que en 2007 se inicia la reforma del PpR y se produce una confluencia entre los procesos generados desde la sociedad civil y el impulso del Estado por girar a una gestión por resultados centrada en el ciudadano. El compromiso político por la infancia que se logró desde el más alto nivel de gobierno permitió la incorporación del PpR en la Ley de Presupuesto Público de 2008 y la creación de cinco Programas Presupuestales, entre ellos el Programa Articulado Nutricional (PAN) que estableció como objetivo reducir la DCI.

La reforma del PpR que inició el Estado significó un giro muy importante dentro de la gestión pública. Los esfuerzos de la sociedad civil, especialmente de la Mesa Concertada de Lucha contra la Pobreza (MCLCP), contribuyeron a que los programas presupuestales más exitosos que se han implementado en el país sean aquellos vinculados con la mejora del desarrollo infantil.

A continuación, se analizan las políticas, estrategias y programas más relevantes en la lucha contra la DCI en Perú, así como algunas iniciativas que fueron trabajadas durante la Ruta de Aprendizaje. El análisis estará orientado por los cuatro ejes temáticos propuestos para la Ruta.

4.1 Promoción y articulación de políticas sociales intergubernamentales y multisectoriales para reducir la DCI, incluyendo el desarrollo de marcos legales y de política nacional.

4.1.1 Creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Durante los dos últimos gobiernos (2006-2011 y 2011-2016) el Estado ha dado pasos fundamentales en la lucha contra la DCI. Se han redefinido las políticas y se ha fortalecido la institucionalidad rectora en el tema. La Estrategia Nacional “Crece”, implementada en el 2007 por el gobierno anterior, dio inicio al proceso de articulación entre las instituciones encargadas de ejecutar los programas sociales enfocados en la reducción de la DCI (MIDIS 2013a). Asimismo, propuso una orientación territorial de las intervenciones. De esta manera, se empezó a consolidar un trabajo articulado entre diversos actores públicos —como el Ministerio de Salud, de Educación, de Agricultura y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, entre otros— así como con organismos de cooperación, sociedad civil y entidades privadas vinculadas al objetivo de erradicación de la DCI. Estos actores, a su vez, empezaron a

desarrollar un trabajo más organizado de coordinación con los distintos niveles de gobierno, como el regional y el local.

En 2011 se inaugura el actual gobierno que establece como política prioritaria la inclusión social y marca un hito fundamental en la institucionalización de la inclusión social como política del Estado peruano, con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). El nuevo Ministerio se construye en el marco de la profundización de la modernización del Estado que incorpora una nueva forma de gestión basada en evidencias, que enfatiza la focalización de las intervenciones, articula procesos de manera intersectorial e intergubernamental, y evalúa los resultados obtenidos. El MIDIS está conformado por dos Viceministerios: El Viceministerio de Políticas y Evaluación Social, y el Viceministerio de Prestaciones Sociales, del cual dependen cinco Programas Sociales: Juntos, Foncodes, Cuna Más, Pensión 65 y Qali Warma.

Para hacer posible la ejecución de la política de desarrollo e inclusión social es fundamental la creación de instancias de articulación tanto intersectoriales como intergubernamentales. De esta manera, se pone en funcionamiento la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) que es el principal espacio de acuerdos intersectoriales de política social. En este espacio se discuten los aspectos más relevantes de carácter intersectorial para la implementación de los ejes de la ENDIS (Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”). Otro mecanismo fundamental para la articulación de los sectores, son las Comisiones Multisectoriales de carácter temporal o permanente, que se crean con el fin de implementar alguno de los ejes que ha definido la ENDIS.

La articulación gubernamental, por su parte, está en un proceso de construcción. El MIDIS es un Ministerio aún centralizado, sin embargo, su accionar se expresa en el territorio a través de los Equipos de Enlace Regional con quienes las Unidades Territoriales de los programas sociales que lo conforman, planifican e intervienen de manera articulada bajo un enfoque de desarrollo territorial y promueven la colaboración intergubernamental.

4.1.2 Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”

En 2012, un año después de la creación del MIDIS, se renuevan los compromisos de lucha contra la DCI por lo que se decide renovar la Estrategia “Crecer” que se encontraba en marcha. Es así que en el 2013 surge la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer” (ENDIS) con el objetivo de establecer el marco general de la política de desarrollo e inclusión social para las intervenciones articuladas de las entidades de los tres niveles de gobierno vinculadas al sector, ordenándolas y orientándolas a los resultados prioritarios de desarrollo e inclusión social para cada etapa de la vida (MIDIS, 2013a). Además, la ENDIS continúa con el sistema de orientación territorial de intervenciones planteado por la estrategia anterior.

La ENDIS plantea que la política de desarrollo e inclusión social debe darse en tres horizontes temporales: al corto plazo, el esfuerzo está centrado en el alivio temporal de los hogares a través de programas de asistencia directa; en el mediano plazo, el énfasis está colocado en el desarrollo de capacidades orientadas a mejorar el acceso de los hogares a servicios e infraestructura básica y a incrementar su autonomía en cuanto a la generación de ingresos y procesos de inclusión financiera; y para el largo plazo, las intervenciones están orientadas a la generación de oportunidades para la siguiente generación con énfasis en la promoción del DIT, que implica una reducción de la DCI.

La estrategia, a partir de un enfoque de ciclo de vida, distingue cinco ejes: i) Nutrición Infantil; ii) Desarrollo infantil temprano; iii) Desarrollo integral de la niñez y la adolescencia; iv) Inclusión económica; y v) Protección del adulto mayor. En el marco del primer eje se planteó como resultado final reducir la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en niñas y niños menores de 3 años.

En 2013 se decide dar una formulación más integral a la política dirigida al desarrollo infantil temprano y por ese motivo se integran los dos primeros ejes de la ENDIS. A fines de ese año se producen dos hechos importantes que contribuyen a efectivizar este cambio en la estrategia: primero, la firma del Compromiso Intersectorial para promover el DIT donde cinco sectores (desarrollo e inclusión social, salud, educación vivienda y de la mujer y poblaciones vulnerables) y de representantes de los órganos descentralizados. Segundo, la creación en el mes de diciembre del 2013 de la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal, adscrita al MIDIS, con el objeto de proponer Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el DIT. Esta comisión integrada por diez sectores: Educación, Salud, Vivienda, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Justicia, Economía y Finanzas, Energía y Minas, Trabajo y Cultura.

Como resultado de las Estrategias Nacionales implementadas desde el 2007 los gobiernos regionales y locales han adquirido mayor capacidad para ejecutar y fortalecer las acciones propuestas por las políticas contra la desnutrición. En el marco de la ENDIS, se han priorizado las regiones con mayor prevalencia de DCI, para hacer efectivas las intervenciones y los mecanismos de incentivos. Una de las regiones que ha demostrado mayor efectividad en el uso de sus propios recursos es Ayacucho (SUN 2014), visitada durante la Ruta.

4.2 Medidas de articulación e implementación de mecanismos de incentivos financieros para vincular el sistema de asignación de recursos públicos con metas y productos, a través de una modalidad de gestión basada en resultados, y la promoción de fondos de incentivos al desempeño y cumplimiento de metas sociales.

4.2.1 Presupuesto por Resultados

En el 2006 el nuevo gobierno plantea la necesidad de mejorar la efectividad del Estado como política de reducción de la pobreza. De esta manera, se propone reemplazar la asignación histórica de recursos del Estado por una que persiga mejoras en los ciudadanos, con resultados concretos en la población. De esta manera, en el 2007 se introduce un cambio normativo en la Ley General del Presupuesto y se establece que los programas presupuestales serán diseñados a partir de resultados –como por ejemplo, reducir la DCI- y según lógicas causales y con uso de evidencias.

Surge así una nueva estrategia de gestión pública denominada “Presupuesto por Resultados” (PpR) con el fin de aplicar principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto con una articulación sustentada entre bienes y servicios (productos) a ser provistos y cambios generados en el bienestar ciudadano (resultados). De esta manera, se pasa de un enfoque de gestión centrado en las instituciones encargadas de su ejecución que enfatizaba los logros a partir de una perspectiva de legalidad, por otro en el que el eje de su formulación es el ciudadano.

La principal estrategia que utiliza la gestión por resultados son los Programas Presupuestales, que definen los resultados que se quieren alcanzar en beneficio del ciudadano en base a evidencias, e identifica las intervenciones efectivas que debe concentrar el presupuesto. Además de ello, los Programas Presupuestales organizan la gestión a partir del punto de atención al usuario, lo que permite identificar su requerimiento presupuestal y el control de insumos. Finalmente, los programas incluyen el seguimiento de indicadores de resultados y productos, así como de la disponibilidad de recursos.

A través de la Ley del Presupuesto 2008 se crean cinco Programas Presupuestales, entre ellos el Programa Articulado Nutricional (PAN), Salud Materno Neonatal, Logros del Aprendizaje y Acceso a la identidad. En la actualidad, existen 73 Programas Presupuestales que involucran a 22 sectores.

Un punto crucial en el buen desempeño de los Programas Presupuestales, que fue resaltado por los expositores durante la Ruta, es la necesidad de generar información a través de indicadores relevantes de productos y resultados. Como parte de la Ley de Presupuesto se le otorgó este trabajo al Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI) que desde el 2007 elaboró nuevos indicadores e inició la aplicación de encuestas poblacionales de manera más frecuente: dos veces al año con datos nacionales y una vez al año con datos regionales. La información obtenida en base a los indicadores permite identificar el desarrollo de las intervenciones, identificar las más eficaces para así poder tomar decisiones en la asignación presupuestal.

Otro factor destacado por los expositores que llamó la atención de los participantes de la Ruta fue el fácil acceso a la información obtenida por el PpR. Los indicadores y resultados obtenidos por las encuestas de diversas fuentes de información, especialmente del INEI, sobre los programas presupuestales pueden encontrarse en el portal web del Ministerio de Economía y Finanzas.

“Para superar la lógica tradicional de asignación inercial institucional por insumo se requiere de respaldo político y solvencia técnica. Es muy importante tener recursos adicionales para repartir; si no tienes recursos no puedes tener flexibilidad, si no tienes flexibilidad no puedes condicionar y si no puedes condicionar no tienes resultados”. **Roger Salhuana, Especialista en Gestión por Resultados, Asociación Atipay.**

“Me ha impresionado el grado de transparencia, desde el más alto nivel (de gobierno) al más bajo: Todo el mundo sabe todo. La información se coloca en la página web y cualquier ciudadano tiene acceso... Esto es realmente increíble, porque en mi país, necesitarías estar en un nivel (de gobierno) determinado para acceder a alguna información, pero no todo el mundo puede saber qué presupuestos hay y todo eso. Es realmente genial”. **Joyceline Kaganda, Directora de Nutrición, Educación y Formación del Centro de Alimentación y Nutrición de Tanzania. (Tanzania).**

4.2.2 Programa Articulado Nutricional

El Programa Articulado Nutricional (PAN) fue uno de los cinco primeros Programas Presupuestales implementados desde el 2007 y prioriza las intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la primera infancia. El PAN tiene como resultado final reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, dadas las consecuencias negativas que esta trae sobre el desarrollo de las capacidades intelectuales y,

con ello, sobre las futuras oportunidades de inserción laboral y de mejora en la condición socioeconómica de las personas, lo que perpetúa la situación de pobreza y extrema pobreza a través de generaciones.

Se crea en 2008 y constituye el principal programa presupuestal en la lógica del PpR, que contiene los productos relacionados a las intervenciones efectivas que contribuyen a reducir la DCI y la anemia. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los gobiernos regionales y los gobiernos locales. Desde el 2012 se da un cambio en la metodología del presupuesto por resultados y el PAN se sectorializa, planteando nuevos desafíos para la articulación. Actualmente, solo un sector, el Ministerio de Salud, ejecuta las líneas presupuestales del programa que antes eran compartidas por los sectores involucrados en la implementación de las diferentes intervenciones.

En la lógica de gestión del PpR, el punto de atención al ciudadano a partir del cual se debe ordenar la gestión del presupuesto es el Centro de Salud. Es en este punto en donde deben determinarse las necesidades y establecerse los requerimientos. Dado que el MINSA es un sector descentralizado, son las Unidades Ejecutoras en el territorio las que deben ejecutar el presupuesto y proveer los insumos al Centro de Salud a través de procesos eficientes.

En los últimos años el Estado ha incrementado los recursos del PAN de USD\$ 318 millones en el año 2008 a USD\$ 692 millones en el año 2013. Los logros obtenidos en la reducción del DCI, en el marco del PpR, han colocado al país como ejemplo mundial al cumplir, dos años antes, la meta establecida dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU de reducción de la incidencia de la DCI (la meta original para el 2015 era 18,7%).

4.2.3 Incentivos a la Gestión

Otro instrumento importante del PpR es el Incentivo a la Gestión. La Ley General del Presupuesto establece la importancia de generar disponibilidad de recursos adicionales para poder aplicar asignaciones focalizadas así como herramientas de incentivos. Este mecanismo se ha hecho efectivo a través de los Convenios de Apoyo Presupuestario en los que la Entidad Pública se compromete al cumplimiento de metas de Indicadores de Resultado y/o Producto del programa presupuestal, según corresponda, así como en la ejecución de los Compromisos de Gestión para una mejor provisión de los servicios públicos. El Apoyo Presupuestario proviene de donaciones que recibe el Estado, a través del MEF, para impulsar la implementación de uno o más Programas Presupuestales, y que se asignan a las entidades públicas, previa suscripción del Convenio.

a) EURO-PAN

Los Convenios permiten optimizar el uso de recursos públicos para el logro de los resultados de los Programas Presupuestales, condicionando una transferencia de recursos al cumplimiento de compromisos de gestión. Uno de los Convenios que busca la reducción de la DCI, a través del Programa Estratégico Articulado Nutricional (PAN), es el EURO-PAN. Este comprende una donación de hasta 60,8 millones de euros realizada por la Unión Europea. La suscripción de este Convenio en el 2009 fue consecuencia de un buen manejo en gestión financiera y coberturas de productos.

Las metas de este apoyo presupuestario están referidas a incrementos de cobertura en los niveles de vacunación de niña/os, controles de crecimiento y desarrollo en niña/os (CRED), provisión de suplemento de hierro y vitamina A y provisión de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes. El logro de estas metas es clave para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Las regiones priorizadas son Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, que tienen tasas de DCI muy por encima del promedio nacional (19%).

b) Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal

Otro instrumento más de incentivo a la gestión a nivel regional y local, enfocado en la reducción de la DCI es el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI). El PI implica una transferencia de recursos al gobierno local condicionada al cumplimiento de metas, orientadas a dicha problemática, que deben alcanzar las municipalidades en un periodo de tiempo determinado.

El objetivo principal del PI es impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad. Una de las metas del PI es la creación de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal y del Padrón Nominal.

4.2.5 Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales

El Fondo de Estímulos al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) se crea en diciembre de 2013 con el objetivo de impulsar el cumplimiento de metas de la ENDIS a través de la gestión de la prestación de servicios, específicamente en materia de DIT. El FED promueve la articulación intersectorial e intergubernamental en torno a la niña y el niño. Este Fondo se efectiviza a través de la firma de Convenios de Asignación por Desempeño entre el MIDIS, el MEF y los gobiernos regionales y es gestionado por el MIDIS en conjunto con el MEF.

En la primera fase de implementación del FED se han priorizado 16 regiones con mayor prevalencia de DCI y de anemia, así como aquellas con menor rendimiento en Comprensión Lectora y en Matemáticas, y con menor acceso a agua potable y saneamiento. Una de las regiones priorizadas, en la primera fase, es Ayacucho, visitada por los participantes de la Ruta.

Los gobiernos regionales priorizados se comprometen a dos tipos de metas en el Convenio de Asignación por Desempeño. El primer tipo corresponde a las metas multianuales de cobertura, que tienen por objetivo incrementar la cobertura de paquetes de servicios integrales dirigidos tanto a la gestante como a los niños y niñas hasta los 5 años. El segundo tipo corresponde a los compromisos de gestión, que tienen por objetivo mejorar la gestión, agilizando procesos y desentramando cuellos de botella de forma tal que se logre de manera más eficiente entregar los servicios a la población priorizada.

4.3. Organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas en colaboración con la sociedad civil, organizaciones internacionales para el desarrollo y el sector privado.

4.3.1. Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza

A inicios del año 2000 se inicia en el país un movimiento democratizador. En ese contexto, en el año 2001 y mediante decreto supremo, se crea la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), un espacio inédito que permite el diálogo y los acuerdos entre los titulares de los principales ministerios en materia social y los representantes de la sociedad civil con el objetivo de luchar eficazmente contra la pobreza en el país. Este espacio forma parte actualmente del organigrama del MIDIS y constituye una interesante instancia de participación ciudadana horizontal con los funcionarios públicos.

Desde su conformación la MCLCP exigió se atiendan diversas demandas sociales siendo una de ellas la atención a la primera infancia, impulsada por diversas iniciativas internacionales de lucha contra la desnutrición. De esta manera, se definen 11 prioridades de atención a la infancia en las que se incluyen la disminución de la DCI. Esta articulación que favorece la Mesa luego se ve consolidada a través del Acuerdo Nacional en el que participan otras fuerzas políticas y se logra presentar al Congreso la necesidad de aprobar estas prioridades.

Si bien la discusión sobre el incremento del gasto vinculado a mejoras en la calidad de vida de la población venía dándose desde finales de la década de 1990 fue la MCLCP que, en 2001 retomó este debate y empezó a dirigir estudios sobre presupuesto público. A fines de noviembre de 2006, los actores articulados en la MCLCP contribuyeron de manera decisiva a la incorporación de las once prioridades para el desarrollo de la infancia en la Ley de Presupuesto Público mediante un arduo trabajo de incidencia.

Ese mismo año se logró además la declaración, por Decreto Supremo, de la nutrición infantil como una de las políticas nacionales de cumplimiento obligatorio por todos los organismos del Estado⁴. Fue así que se inició la construcción de una política de Estado que ha trascendido a los gobiernos de turno y que hoy continúa siendo una de las principales prioridades tanto nacional como regional.

En el último día de estadía en la ciudad de Ayacucho, los representantes de la MCLCP de la región expusieron su labor a los participantes de la Ruta. La MCLCP en la región está conformada por una Asamblea de socios; 60% de ellos son representantes de la sociedad civil y organizaciones de base, y 40% son representantes del Estado. Esta Asamblea se encarga de elegir a un coordinador para un periodo de 2 años y a un Comité Ejecutivo Regional de 19 miembros que tienen la misma composición de Asamblea. Ellos son los que operativizan el plan de trabajo que se plantea respecto a cómo se puede articular Estado y sociedad para la lucha contra la pobreza.

Si bien la MCLCP está adscrita al MIDIS es autónoma y tiene agenda propia. Ésta no lidera el proceso de articulación pero sí es un vínculo crucial entre la sociedad civil y el Estado. La MCLCP en la región se estableció hace 10 años y una de sus principales labores ha sido la firma de Acuerdos de Gobernabilidad por los candidatos durante los procesos electorales en la región. De esta manera, se exige el cumplimiento de los planes de gobierno, específicamente en lo referido a las prioridades de cada región basadas en indicadores sociales que generan pobreza.

⁴ Informe final de Sistematización de la experiencia de incidencia política de la iniciativa contra la desnutrición infantil. Morgan, María de la Luz. 2008.

4.3.2. Iniciativa contra la Desnutrición Infantil

En julio de 2004 se había aprobado en el Perú la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria (ENSA), uno de cuyos objetivos era reducir la desnutrición crónica, pero su implementación no estaba siendo impulsada con suficiente energía desde el gobierno nacional. De esta manera, algunas organizaciones decidieron brindar un nuevo impulso al tema, aprovechando el contexto de los procesos electorales que se llevarían a cabo en todo el país.

De esta manera, surge en el 2006 la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI), una instancia de sociedad civil que busca posicionar la DCI en la agenda pública, comprometer la voluntad de autoridades nacionales, regionales y locales para enfrentar la DCI y, finalmente, convertirla en el eje ordenador de la articulación de los programas sociales de lucha contra la pobreza.

Actualmente la IDI está conformada por 18 instituciones comprometidas con la reducción de la DCI en el Perú. Estas incluyen ONG nacionales e internacionales, organizaciones de las Naciones Unidas, fuentes cooperantes, y por la Mesa De Concertación de Lucha contra la Pobreza. Las reuniones de todos los integrantes se llevan a cabo una vez al mes. Una de los papeles fundamentales que realiza la IDI es el seguimiento y análisis de las acciones llevadas a cabo por el gobierno para cumplir con su compromiso de reducir la DCI.

4.4. Taller de Análisis 1

En Lima se realizó el primer taller de análisis que estuvo enfocado en el marco general de políticas y programas que los participantes habían conocido a partir de las exposiciones de expertos. El trabajo se realizó en grupos conformados por participantes de diversos países que compartían el mismo idioma.

En este taller se abordaron fundamentalmente tres temas, relacionados a los objetivos de la Ruta que han sido analizados en este informe, a partir de los cuales se identificaron algunas buenas prácticas sobre la experiencia peruana que se detallan a continuación:

Tema 1: Promoción y articulación de políticas intersectoriales e intergubernamentales para la reducción de la DCI.

- El análisis de los procesos y los actores involucrados permitió tomar conciencia de la importancia de tener un marco legal facilitador, políticas en los tres niveles de gobierno y programas bien estructurados.
- Se releva el papel importante que ha tenido la sociedad civil en la incidencia con el gobierno central y gobiernos regionales (a través de lo llamados “acuerdos de gobernabilidad”) y la coordinación por parte del MIDIS con los diferentes sectores para desarrollar un trabajo multisectorial eficiente.

Tema 2: Mecanismos presupuestarios y de incentivos financieros.

- Estos mecanismos los que han permitido vincular la asignación de recursos públicos con metas y productos y garantizar el financiamiento de las intervenciones. Queda la incertidumbre sobre qué pasaría en circunstancias de restricción económica en el Estado y por ende la sostenibilidad de estos mecanismos.

- Se valora el trabajo técnico y la información accesible y transparente.
- Se cuestiona si estos mecanismos pueden ser replicables en otros países con realidades fiscales diferentes. Durante la discusión se resalta que aún con economías más restringidas si existe una adecuada priorización de la población objetivo, los ámbitos de las intervenciones y la efectividad de éstas se pueden optimizar los resultados y conseguir avances.

Tema 3: La organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas para reducir la DCI.

- Se coincidió en señalar que una de las principales fortalezas de la experiencia peruana eran los espacios multisectoriales bien articulados en los que las instituciones han llegado a un grado de madurez con modelos conceptuales comunes y priorización de ámbitos de intervención.

4.5. Estrategias para la operativización de programas sociales descentralizados mediante un enfoque territorial, donde los gobiernos regionales y locales juegan un rol propulsor.

4.5.1. Gobierno Municipal de Huamanguilla

Durante el primer día de visita al distrito de Huamanguilla los participantes escucharon las exposiciones y pudieron sostener conversaciones con las autoridades locales como el Alcalde y el Gerente Municipal, así como con los profesionales de salud. Éstos presentaron las prácticas realizadas en el distrito de Huamanguilla que han permitido la reducción del nivel de DCI en los últimos años, de 34.9% en el 2008 a 20.6% en el 2013, según la información recolectada por la Municipalidad.

Uno de las prioridades del actual gobierno local desde su primer período iniciado en el 2007 es la reducción de niveles de DCI en el distrito, a partir la provisión de una adecuada atención integral de salud a los niños y niñas menores de 5 años. Una de las primeras acciones que se llevaron a cabo para lograr este objetivo fue la construcción de una Línea de Base con información de los determinantes sociales y económicos del distrito.

Tras esta primera fase, se inició un proceso de reestructuración de la Municipalidad. Se creó una subgerencia de Desarrollo Social y Servicios Públicos y otra de Desarrollo Económico Local y Medio Ambiente. Asimismo, se procedió a elaborar una Plan de Desarrollo Concertado en el que se destacó un trabajo en conjunto con el Comité de la comunidad y las Juntas de Vigilancia Comunal, que serán explicitadas más adelante en el informe.

Algunas de las acciones ejecutadas desde la Municipalidad, junto con los actores comunales son: la construcción de cocinas mejoradas, letrinas, micro rellenos sanitarios; la construcción de reservorios; y la implementación de Centros de Vigilancia Comunitarias, y de Familias y Viviendas Saludables.

Vale resaltar que los esfuerzos del gobierno local se enmarcan dentro de la Estrategia Regional “Crece Wari”, creada en el 2007 por el Presidente Regional de Ayacucho. Esta

estrategia busca articular la intervención de las instituciones públicas pertenecientes al Gobierno Regional y las del Gobierno Central que tienen presencia física en el territorio, principalmente las Organizaciones Públicas Descentralizadas y Programas Sociales, así como a las instituciones de la sociedad civil y la empresa privada.

Los participantes pudieron notar, a partir de la exposición de los funcionarios de la Municipalidad, la manera en que las políticas nacionales aprobadas desde el 2007 vienen siendo impulsadas por los procesos locales así como por proyectos de la cooperación internacional. Asimismo, quedó claro el rol fundamental que cumplen los Centros de Salud y los espacios de concertación local (como el Comité de Desarrollo Comunal) como entes articuladores de las distintas iniciativas para lograr la reducción de la DCI. A continuación se presentan las experiencias de las visitas a estos espacios.

“Las autoridades municipales generan un discurso, una vivencia, que pudimos ver. El trabajo de la gente en la comunidad, el empoderamiento de la temática, de tener el objetivo claro, de luchar contra la desnutrición crónica, y el convencimiento y el amor con que lo desarrollan”. **Douglas Romero, gerente de proyectos y monitoreo de la Secretaría de Inclusión Social (El Salvador)**

a) Centro de Salud de Huamanguilla

Una de las visitas más ilustrativas que realizaron los participantes de la Ruta fue al Centro de Salud del distrito de Huamanguilla en la que pudieron comprobar aquello expuesto por los técnicos de salud durante su presentación en la Municipalidad. El Centro de Salud cumple un papel fundamental en la lógica del PpR y en la articulación de los programas implementados desde el MINSA y el MIDIS enfocados en la reducción de la DCI.

Durante el recorrido por las instalaciones del Centro de Salud los participantes pudieron observar los servicios de salud materno-infantiles, como el área de lactancia. Además, los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, compuesta por un área de control prenatal así como por una sala de juegos donde también se encontraban instrumentos, construidos por los miembros de la comunidad, para el registro del peso y la talla. Finalmente, resultó interesante para los participantes la visita a la sala de atención del parto en posición vertical (o “parto tradicional”) que intenta responder a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres. De esta manera, se busca incrementar la incidencia del parto institucional⁵ y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna (MINSA 2005).

Al final del recorrido, el personal de salud demostró las estrategias que utiliza para sensibilizar a las familias sobre la importancia de la nutrición infantil y la prevención de anemia utilizando materiales propios de la zona –como la papa- y analogías adecuadas a la realidad de los pobladores.

“Para mí y mis colegas técnicos, nosotros siempre pensamos a lo grande: pensamos en cuestiones muy complicadas, pero aquí nos hemos encontrado a gente que se ha sentado y ha pensado cómo explicar el problema a la gente. Es por eso que lo que vimos sobre cómo explicar la anemia fue brillante, muy simple: no tienes que ser ingeniero/a o estar graduado para entender qué es la

⁵ Se denomina parto “institucional” a aquel que ocurre en un establecimiento de salud.

anemia y cuáles son sus efectos". **Joyceline Kaganda, directora de Nutrición, Educación y Formación del Centro de Alimentación y Nutrición de Tanzania (Tanzania).**

b) Comité de Desarrollo Comunal

El Comité de Desarrollo Comunal (CODECO) es la organización que articula al conjunto de organizaciones y autoridades en cada comunidad. Busca concertar con instituciones para la atención conjunta de necesidades comunes de la población y el desarrollo la comunidad. Además, intenta garantizar la transparencia de la gestión pública y participar en los diversos procesos de toma de decisión a nivel local.

El Jefe del CODECO presentó una detallada explicación sobre su organización, encabezado por una Junta Directiva. Asimismo, mencionó las prioridades –enfocadas principalmente en el sector salud- y algunas acciones llevadas a cabo por el comité, que coincidían en gran medida con las de instancias superiores. El gran compromiso demostrado por el expositor fue señalado por la mayoría de Ruterros como un factor importante para el buen desempeño de la organización comunitaria.

“En la comunidad de Huamanguilla la colectividad local se ha apropiado de las políticas públicas nacionales y están en proceso de aplicarlas apoyándose en la comunidad, pero los servicios técnicos trabajan para la descentralización; esa es una dimensión muy importante que nos llevamos... El hecho de alentar a la colectividad local a hacerse cargo de los problemas locales y sobre esta base asignar recursos es una dimensión bastante importante”. **Abdou Diouf, Secretario Ejecutivo de la ONG Eau, Vie, Environnement (Senegal).**

4.5.2. Programas Sociales implementados por el MIDIS

Desde el enfoque de ciclo de vida, planteado por la ENDIS, son tres los programas sociales del MIDIS que se dirigen a niños y niñas menores de cinco años y que están dirigidos al Desarrollo Infantil Temprano: i) El Programa Cuna Más, ii) El programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, iii) El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres Programa Juntos

Estos programas actúan en las localidades a través de Unidades Territoriales y trabajan de forma articulada con los sectores de Salud y Educación para lograr los resultados esperados en la primera infancia. Así mismo, trabajan desde un enfoque de cogestión que promueve el involucramiento de la comunidad en la vigilancia del cumplimiento de los resultados.

a) Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”

El Programa focalizado de Transferencias Monetarias Condicionadas “Juntos” se crea en 2005. Está dirigido a gestantes, niños y niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años de edad, de hogares en situación de pobreza prioritariamente de las zonas rurales. Su objetivo es apoyar a que las madres gestantes, niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza de las áreas rurales, accedan a los servicios públicos de educación y salud, a través de la entrega condicionada de 200 nuevos soles (\$70 dólares) cada dos meses.

Para recibir las transferencias, los hogares beneficiarios del Programa deben cumplir con ciertas responsabilidades el ámbito de salud y educación. En lo que se refiere al primer ámbito, los hogares deben asistir al control de crecimiento y desarrollo, y a los controles de

madres gestantes. En lo que se refiere al ámbito de educación, los hogares deben matricular una vez al año a los integrantes que tengan entre 6 y 14 años de edad.

Durante la visita a la comunidad de Chullcupampa en Huamaguilla, los participantes pudieron conversar con una de las denominadas “madres líderes”, actores clave para el buen funcionamiento del Programa en las distintas comunidades. Las madres líderes son elegidas y reconocidas por las demás madres usuarias y representan a los hogares de la comunidad ante el Programa. Asimismo, se encargan de colaborar con el gestor local de Juntos para sensibilizar a las usuarias y orientarlas en el cumplimiento de la asistencia y atención de sus niños y adolescentes en los colegios y los establecimientos de salud.

Cobertura del Programa Juntos. En la actualidad, Juntos cuenta con 753,831 hogares afiliados a nivel nacional en 1,097 distritos. En el caso de la provincia de Huamanga, donde se encuentra el distrito de Huamanguilla, el Programa cuenta con 46 090 hogares afiliados en 105 distritos de 11 provincias, así como con 122 gestores locales.

b) Programa Nacional Cuna Más

El Programa Cuna Más se crea en 2012 a partir del Programa Wawawasi creado en la última década del año pasado, con el objetivo de mejorar el desarrollo infantil de las niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. A nivel nacional, ha intervenido en 331 distritos de las zonas urbanas y rurales en situación de pobreza y pobreza extrema.

Cuna Más ofrece dos tipos de servicios para sus usuarios. El primero es el servicio de Cuidado Diurno que se brinda a niñas y niños hasta 3 años de edad, cuyos padres trabajan y/o estudian, en centros implementados por el Programa. Este servicio se brinda de lunes a viernes e incluye: atención alimentaria y nutricional, cuidado integral de la salud infantil, aprendizaje infantil y trabajo con padres para fortalecer capacidades de las familias que promueven el desarrollo integral de sus hijas e hijos. El segundo servicio es el de Acompañamiento a Familias. Éste brinda orientación a los padres sobre prácticas de cuidado a los niños, vigilancia y monitoreo al crecimiento y desarrollo, así como acerca de la calidad del entorno físico, social y emocional del hogar.

Los servicios se implementan a través de los Comités de Gestión que están conformados por miembros de la comunidad que administran de los servicios. A nivel nacional, el Programa se viene implementando en 331 distritos de las zonas urbanas y rurales en situación de pobreza y pobreza extrema.

Durante la visita a la comunidad de Chullcupampa, los participantes de la Ruta pudieron el Centro de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más, donde también funciona el Centro de Vigilancia Comunal. Ahí pudieron observar los roles de las madres cuidadoras que se encargan de atender a los niños y niñas y registrar información sobre su desarrollo en gráficos y esquemas pegados en las paredes. También pudieron conocer los ambientes del Centro y los instrumentos que las madres utilizan para medir el peso y talla de los niños.

4.5.3. Intervenciones promovidas por el Ministerio de Salud

En el marco del trabajo interinstitucional entre el MINSA, el MIDIS y el MEF se ha logrado que se fortalezcan acciones como: el control de crecimiento y desarrollo, consejería en prácticas

saludables (lavado de manos, suplementación preventiva con multimicronutrientes) y seguimiento del consumo de multimicronutrientes. Así mismo, se ha logrado, la universalización de la cobertura del aseguramiento de salud de las madres gestantes y niña/os menores de 5 años; se ha iniciado la universalización de la cobertura en la provisión de multimicronutrientes (incluido el hierro) a todos los niños y niñas entre los seis meses y tres años, y se ha elaborado el tablero de control de la anemia, el cual define el seguimiento de los indicadores de resultado, cobertura, producción, insumos, logística, programación y ejecución de presupuesto.

A continuación se presentan dos intervenciones a nivel local que se dan en marco de los planes de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal cuyas metas corresponden al sector salud, que contribuyen a dichos logros.

a) Centros de Promoción y Vigilancia Comunal

El Centro de Vigilancia Comunal (CPVC) es un espacio físico en la comunidad donde se promueve la adopción de prácticas saludables para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses. Su ejecución se da en el marco del programa de Municipios y Comunidades Saludables creado en 2005 con el fin de propiciar el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, y la participación de la comunidad organizada, para la generación de políticas públicas saludables (MINSA).

Los Planes de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) incluyeron como una de sus metas la creación de CPVC en la medida en que contribuyen a la reducción de la DCI. De ese modo se impulsó la creación de estos centros y en 2012 se contaban 1,469.

Para el logro de su objetivo, realizan tres acciones: i) la educación en prácticas saludables; ii) acciones de vigilancia de prácticas básicas favorables en la comunidad; iii) reuniones mensuales o bimensuales con representantes de la comunidad, del sector salud y de la municipalidad, para la revisión de la información que se ha recogido y la toma de decisiones para mejorar los resultados obtenidos.

Estas acciones son posibles gracias a la participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de los líderes comunales, autoridades locales y comunales, y del personal de salud.

Los participantes pudieron visitar el Centro de Vigilancia de la comunidad de Chullcupampa que funciona también como Centro de Cuidado Diurno de Cuna Más. Este Centro está a cargo de madres cuidadoras que se encargan además de las tareas de vigilancia de las prácticas saludables, tanto de la gestante como de los niños y niñas.

b) Padrón Nominal

En la lógica del Presupuesto por Resultados, se requiere conocer a quiénes, a cuántos y dónde el Estado debe entregar determinados productos para generar los cambios esperados. Es por ello que en el PI del año 2013 se incorpora como meta la creación del Padrón Nominal con el propósito de identificar -a través del documento de identidad (DNI)- a los niños y niñas que viven en un distrito. De esta manera, se busca promover su acceso a diversos servicios del Estado y contribuir así al ejercicio de sus derechos fundamentales y a la reducción de las desigualdades.

El Padrón Nominal es una nómina o relación de niños y niñas menores de 6 años de edad, construido a partir de 36 variables que dan cuenta del Centro de Salud donde fue atendido; la identificación y afiliación del niños o niña a algún tipo de seguro; si pertenece a un programa social; la relación e identificación con el padre y la madre; y su nivel de pobreza. Actualmente, existe un aplicativo informático creado por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) que permite llenar esta información y vincularla con otras bases de datos.

Esta intervención depende principalmente del MINSA, el RENIEC y el MEF. Sin embargo, para su implementación es fundamental la articulación entre distintas entidades que cumplen un rol en el registro de la población, o cuentan con bases de datos como: el MINEDU, el Sistema Integral de Salud (SIS), el INEI, las municipalidades distritales y el MIDIS, que cuenta con un Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para el diseño de sus programas.

Los participantes de la Ruta pudieron observar el proceso de registro de un niño en el Padrón Nominal. Este fue realizado en la oficina del RENIEC, ubicada en Hospital Regional en Huamanga, la capital de Ayacucho.

c) Programa de Municipios y Comunidades Saludables

El programa de Municipios y Comunidades Saludables, es un conjunto de líneas de acción para la promoción de la salud en los escenarios del municipio y comunidad, que involucra a diversos actores y redes sociales liderados por el gobierno local. Busca contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando sus miembros comportamientos y generando entornos saludables (vivienda) en interrelación con la comunidad, las instituciones educativas y el centro laboral.

Chullcupampa es una de las seis comunidades del distrito de Huamanguilla que vienen trabajando en el Programa. Para ello cuentan con el apoyo técnico de su gobierno local y del personal de salud que fueron capacitados por la Dirección Regional de Salud de Ayacucho y por la organización UAID para implementar la metodología y herramientas para mejorar la salud materna e infantil, la planificación familiar y la salud reproductiva de la población.

La visita a los hogares que forman parte del programa de Municipios y Comunidades Saludables en Chullcupampa fueron la más valoradas por los participantes. Divididos en grupos, conocieron las casas de diversas familias que les mostraron las prácticas saludables que venían llevando cabo. Como parte de éstas, los padres de familia mostraron los objetivos familiares, que se encontraban plasmados en papelógrafos en las paredes (entre ellos, la “Guía para tener una Familia Saludable” y los tableros “Diagnóstico de Familia Saludable”, “Visión de Familias Saludable”, “Compromisos para tener una Familia Saludable” y “Normas de Convivencia de Familias Saludable”). Los comportamientos saludables referidos en estos documentos buscan promover la alimentación y nutrición, cultura de paz y buen trato, salud sexual y reproductiva y actividad física.

Luego se pudo conocer todos los ambientes de la casa que contaba con una innovadora distribución y ordenamiento que privilegiaba la higiene, la comodidad familiar y la buena alimentación. Por ejemplo, las familias habían construido galpones para cuyes que se encontraban en un patio, lejos de la cocina. Había también un espacio de almacenamiento de alimentos, una refrigeradora ecológica, un espacio de juegos, habitaciones divididas entre los hijos y los padres, unas mallas para la preparación del “charqui”, entre otras prácticas.

La forma como la familia rompe el círculo vicioso de la pobreza eso realmente me ha marcado; la manera como a partir de la familia existe una necesidad de construir un liderazgo, hacer de los niños de esta familia futuros líderes. He visto un jefe de familia que junto con sus hijos y su esposa plantea un plan de acción sobre comportamiento, objetivos de salud en el hogar, actividades de recreación, actividades relacionadas con la educación de los niños, acciones vinculadas a la alimentación, etc. Es decir, un plan de acción multisectorial en el hogar".
Abdoulaye Ka, coordinador nacional de la Unidad de Lucha contra la Malnutrición (CLM) (Senegal).

"Hemos hecho una visita a la familia de Luis y es una familia modelo. Es la primera vez que puedo observar una familia que hace un plan de trabajo anual y que está totalmente involucrada en el desarrollo de la comunidad. Luis está implicado en todos los niveles: dentro de la comunidad, pero también un poco más alto, porque participa en otras reuniones. Incluso para el bienestar de su familia... Vemos entonces que la familia puede evolucionar dentro de un ambiente saludable y dentro de un ambiente muy favorable".
Andriamandranto Razafimandimby, Director General / Red de la Sociedad Civil SUN, Voahary Salama, plataforma de ONGs trabajando para la integración Salud - Población - Medio Ambiente (Madagascar).

"Visitar los hogares y observar cómo la familia entera coordina y divide responsabilidades, haciendo que las niñas y los niños estén atentos a sus responsabilidades, es más democrático y más práctico para seguir. Es algo que no he observado en mi comunidad. Generalmente, estos paquetes de nutrición y salud no involucran la participación de niñas y niños, sólo de padres y madres. Cuando regrese, como Secretario de Educación, puedo jugar un papel en incorporar estas prácticas en el ámbito comunitario. Esto es algo que me ha impresionado mucho".
Anura Dissanayake, secretario adicional del Ministerio de Educación / Oficina de la Presidencia (Sri Lanka).

4.6. Taller de Análisis 2

El segundo taller, realizado en la ciudad de Ayacucho, estuvo enfocado en el trabajo regional y local, relacionado al segundo objetivo de la Ruta de Aprendizaje. Específicamente, el análisis de cada grupo –conformado por miembro de distintos países- se centró en la manera en cómo se operativizan las políticas localmente con enfoque territorial, los factores facilitadores que existen y las prácticas que pueden ser replicadas en los países participantes,

El trabajo en este taller se basó en lo visto en los encuentros con las autoridades regionales y locales y los miembros de la sociedad civil así como en las visitas de campo en la región Ayacucho.

Algunas de las buenas prácticas de los gobiernos y actores regionales y locales identificadas por los participantes fueron:

- El involucramiento de distintos actores -locales y comunales- que facilita el cumplimiento de las metas.
- Los mismos mensajes son compartidos por los actores, desde el nivel regional hasta el comunal, e incluso el familiar.

- Apropiación de los programas al contexto existente.
- El alto nivel de sensibilización de la población, conseguido a través de capacitaciones y talleres por parte de los gobiernos locales, organizaciones comunales y la cooperación internacional.
- El alto nivel de compromiso por parte de las autoridades en el tema de la nutrición, expresado a través de la firma de acuerdos y el impulso de la estrategia nacional.
- El monitoreo y seguimiento de las iniciativas comunitarias por parte del gobierno local.
- Los mensajes comunicacionales del gobierno local y del personal de salud son apropiados para la comprensión de la población.
- La gestión del presupuesto en base a resultados que asegura la eficiencia del aparato estatal en la lucha contra la DCI.
- La aplicación de la estrategia nacional desde la comunidad “hacia arriba” a través reuniones, asambleas y comités.
- El empoderamiento de familias y niños asegura el buen desarrollo de los programas relacionadas con la nutrición infantil.

Finalmente, algunas recomendaciones de los países a los casos visitados, para fortalecer las actividades en curso fueron:

- Incentivar estrategias de comunicación que promuevan un cambio de comportamiento de la población en torno a la nutrición.
- Propulsar la participación de actores de la Academia –como universidades o centros de investigación- en la formulación de las políticas sobre nutrición así como en su ejecución.
- Involucrar el sector agrícola y pesquero para la formulación de un plan estratégico sobre seguridad alimentaria.

5. Planes de Acción

Durante el primer día de la Ruta de Aprendizaje, los equipos de cada país compartieron sus avances en el tema de nutrición. A partir de ello, a lo largo de la Ruta, se realizaron trabajos grupales para la elaboración del Plan de Acción para cada país. Cada grupo revisó sus oportunidades y desafíos, los actores, alianzas y recursos con los que cuentan, el apoyo político y el marco institucional para el desempeño de las iniciativas de nutrición en su propio contexto.

Cada equipo de país definió su ámbito de acción priorizado, en el marco de las áreas temáticas de la Ruta, con el objetivo de aplicar y adaptar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas desde la experiencia peruana a su propio país, para mejorar las estrategias e iniciativas de nutrición actualmente curso y reforzar los compromisos entre los sectores que participan de las plataformas multiactor nacionales SUN.

El último día de la Ruta los equipos de los países presentaron una reseña de sus Planes de Acción recibiendo los comentarios y sugerencias de un panel conformado por un representante de SUN, Procasur, MIDIS y un participante de la Ruta.

A seguir se presentan unas fichas de análisis de las notas de concepto de los Planes de Acción presentados por los equipos nacionales; al momento de producir este informe, las versiones finales de dichos Planes son en fase de finalización por parte de los países participantes a la Ruta.

EL SALVADOR: Organización de espacios multisectoriales con participación de Sociedad Civil, Gobierno y Academia para la articulación e implementación de iniciativas de movilización, abogacía e incidencia en temas de nutrición, seguridad y soberanía alimentaria.

Participantes

- Deras, Néstor – Coordinador, Coordinación Intersectorial, Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Hernández Marroquín, Ana Elizabeth – Representante de la Sociedad Civil, Centro de Apoyo a la Lactancia Materna
- Romero, Douglas – Gerente de Proyectos y Monitoreo, Secretaría de Inclusión Social

El Plan busca consolidar la organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas a favor de la nutrición, estimulando la participación de distintos actores en un ámbito de confianza de los mismos y que permita realizar una intervención integral en múltiples niveles. Por ello, el Plan apunta a aterrizar la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil como acción concreta para alcanzar la seguridad alimentaria.

Contexto: La República de El Salvador se unió al Movimiento SUN en 2012. Desde 2009, el país ha adoptado un enfoque multisectorial para abordar la nutrición, estableciendo un órgano interministerial de coordinación de seguridad alimentaria y nutricional (Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CONASAN), a cargo del Ministerio de Salud, para coordinar los esfuerzos institucionales sobre el tema a nivel nacional. CONASAN es la instancia encargada de definir la Política y Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Promueve la coordinación interinstitucional e intersectorial y está integrada por

los Ministerios de Salud y de Agricultura, la Secretaría Técnica de la Presidencia y la de Inclusión Social. Naciones Unidas, donantes, ONGs, empresa privada y sociedad civil colaboran en la definición, ejecución y monitoreo de las grandes líneas de acción de la política. Durante 2012, y sobre la base de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, oficializada en 2011, el CONASAN elaboró su Plan Estratégico (2012-2016), aprobado en 2013, que tiene como objetivo la erradicación de la desnutrición crónica infantil. Además, trabajó en el Anteproyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que ha sido enviado a la Asamblea Nacional para su aprobación.

El Salvador cuenta con una Política Nacional de Promoción, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna, un Plan de Reducción de Deficiencias por Micronutrientes, y una Estrategia de Atención en Nutrición Infantil en los 100 municipios más pobres del país, y está en proceso de finalizar una Estrategia de Promoción y Comunicación de la Nutrición. Estadísticas muestran que 19.2% de niños menores de 5 años presentan desnutrición, existe un 23% de prevalencia de anemia en niños entre 12 y 59 meses y un 57.2% de mujeres en edad fértil con sobrepeso y obesidad.

El gobierno actual se encuentra comprometido con la seguridad y soberanía alimentaria por lo que existen buenas condiciones para el desarrollo de las estrategias, a pesar de que aún no existe una ley sobre el tema.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

Objetivo 1: Consolidar la Alianza de las organizaciones de la sociedad civil para la nutrición y soberanía y seguridad alimentaria (SSAN)

Acciones: (a) firma de carta compromiso para la incorporación de las organizaciones de la sociedad civil y academia; (b) desarrollo de cuatro foros de concertación para la identificación de prioridades y estrategias a favor de la nutrición y SSAN, con participación de representantes de la sociedad civil, academia y gobierno; (c) elaboración de agenda de prioridades y estrategias de abordaje de la nutrición consensuada a través de la Alianza.

Resultados esperados: 20 instituciones representantes de la sociedad civil, academia y gobierno incorporadas a la Alianza de las organizaciones de la sociedad civil para la nutrición y soberanía y seguridad alimentaria y realizando acciones articuladas de incidencia, abogacía y sensibilización.

Objetivo 2: Incorporar a la empresa privada para el desarrollo de campañas que promuevan una buena nutrición, en coordinación con la alianza de las organizaciones de la sociedad civil.

Acciones: (a) mapeo de empresas privadas cuyas acciones de responsabilidad social este orientada a la seguridad alimentaria nutricional; (b) elaboración de propuesta de contribución de empresas privadas en favor de la SSAN y definición de campaña de participación.

Resultados esperados: Al menos dos empresas privadas invierten en campañas para promover la buena nutrición en coordinación con la alianza de las organizaciones de la sociedad civil por la soberanía y seguridad alimentaria.

Objetivo 3: Firmar de acuerdos de gobernabilidad para la nutrición con gobiernos municipales y representantes de partidos políticos.

Acciones: Desarrollo de plan de abogacía con partidos políticos para incorporar el tema de nutrición y SSAN en la agenda pública.

Resultados esperados: Al menos dos acuerdos de gobernabilidad firmados con igual número de gobiernos municipales y representantes de los partidos políticos.

Observaciones

Uno de los factores clave es la estrategia a seguir para impulsar la aprobación de la ley de nutrición. El hecho de que la ley incluya el tema de la soberanía alimentaria podría afectar el proceso, en tanto se vincula con otros tratados internacionales. La concertación es un proceso difícil en tanto es una ley que afecta en gran medida a varios sectores.

Por ello, es importante definir con atención las estrategias que se utilizarán para involucrar a los gobiernos locales y la empresa privada. Hasta el momento, en El Salvador ha venido avanzando gracias a la creación de capacidades a través de planes municipales y comités departamentales de seguridad alimentaria, desde los que se buscará coordinar la cooperación en el territorio y el trabajo articulado.

GUATEMALA: Monitoreo local y nacional del presupuesto público y acciones contra la anemia y la desnutrición.

Participantes

- Arreaga, Carlos – Representante, Sindicato de Salud
- Turquer, Karin – Lideresa juvenil, Red de Jóvenes de San Juan Sacatepéquez
- Velásquez, Helmer – Director Ejecutivo, Asociación Coordinación de ONG y Cooperativas

El Plan busca monitorear local y nacionalmente el presupuesto público y las acciones institucionales en relación a la desnutrición y la anemia. Se busca realizar el monitoreo presupuestario y los estudios de caso de impacto a nivel local en 3 municipios, San Juan Sacatepequez, San Juan Atitan, Camotan y a nivel nacional replicar la ejecución de las mismas líneas que se implementen a nivel local.

Contexto: El Guatemala se unió al Movimiento SUN en diciembre de 2010. Guatemala tiene el índice de DCI más alto en Latino América y El Caribe y ocupa el tercer lugar a nivel mundial, después de Afganistán y Yemen. A nivel nacional, 49.8% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición y ésta va en aumento desde los 0 meses hasta los 59 meses y la anemia es del 50 % en niños menores de 2 años. No obstante, estos porcentajes no reflejan la terrible realidad en las poblaciones periurbanas y sectores más pobres de la población, donde 7 de cada 10 niños están desnutridos crónicamente y lo más preocupante es que en casi todos los casos sus padres no lo saben.

En 2005 se creó la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) en el contexto de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Este se encuentra integrado por instancias de gobierno y de la sociedad guatemalteca, contando con el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional. El SINASAN se encuentra integrado por el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, una instancia de consulta y participación social y un grupo de instituciones de apoyo.

En 2012, como parte de su “Agenda nacional para el cambio”, el presidente se comprometió a abordar la problemática de la desnutrición a través del Acuerdo Nacional de Hambre Cero. Este se pone en funcionamiento a través del Plan Hambre Cero (2012-2016) que surge como una estrategia multisectorial que pretende reducir la desnutrición crónica infantil un 10 % para fines de 2015. El plan incluye intervenciones específicas sobre la nutrición como el fomento de la lactancia exclusiva, el aumento de las posibilidades de acceso a alimentos enriquecidos y a servicios de salud y nutrición.

El tema de desnutrición forma parte de una discusión ideológica. Se considera necesario que los gobiernos y de los partidos políticos cambien los modelos comerciales a modelos de desarrollo social, que se modifique el sistema de tenencia de tierras y el modelo agro exportador basado en los monocultivos agrocombustibles. Ya que Guatemala es un país eminentemente agrícola forestal es necesario emprender un modelo de desarrollo agrario donde el sujeto político sea el ser humano. Con una pobreza del 53 % de la población y una concentración de la tierra brutal, el 2 % de los productores acaparan en 69 % de la tierra productiva, esta tendencia es creciente.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

El plan tiene 3 **objetivos específicos**: 1) Provocar el fortalecimiento de las comunidades de los municipios de San Juan Sacatepequez, San Juan Atitan y Camotan, municipios emblemáticos en el marco del Plan Hambre Cero , mejorando el acceso a la información y la calidad de la incidencia, modificando patrones de intervención institucional y promoviendo la participación a nivel local y municipal; 2) Que los mismos municipios realicen un seguimiento y monitoreo en base a los instrumentos e indicadores que se les entregará; 3)- Replicar a nivel nacional la ejecución de las mismas líneas que se implementen a nivel local.

Las principales **acciones** a implementar serían: 1)- Realizar estudios de caso a nivel local en los 3 municipios, 2)-Realizar campañas de sensibilización y motivación a las organizaciones sociales y estatales en los 3 municipios; 3)- Llegar a acuerdos operativos: de agenda y contenidos y 4)- Vincularse con otras entidades a nivel nacional e internacional.

Los principales **resultados esperados** son los siguientes: 1)- Ejercer un monitoreo presupuestario y 2)-Sensibilizar y motivar a las organizaciones sociales y estatales en los municipios de San Juan Sacatepequez, San Juan Atitan y Camotan.

Observaciones

Es importante resaltar que los tres integrantes del equipo de Guatemala forman parte de la sociedad civil. Se ha presentado un plan focalizado en 3 municipalidades y se han identificado una gran cantidad de actores. Entonces, será importante definir los sujetos específicos que tomaran responsabilidad para el desarrollo de las actividades propuestas.

LAOS: Organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas para reducir la Desnutrición Crónica Infantil.

Participantes

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Phoxay, Chandavone – Director General Adjunto, Departamento de Promoción de Higiene y Salud, Ministerio de Salud▪ Bounthom, Phengdy – Director, Centro de Nutrición Nacional, Ministerio de Salud▪ Vanhlee, Lattana – Gerente, Alianza de la Sociedad Civil SUN |
|---|

El Plan busca la organización de espacios multisectoriales para la articulación e implementación de iniciativas para reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI). Esta buscará conseguir la aplicación práctica y eficiente del Plan de Acción Multisectorial para la Seguridad Alimentaria y la Nutrición.

Desde la firma de los Objetivos del Milenio el gobierno de Laos ha puesto en agenda pública, especialmente, el tema de nutrición. Desde el 2011, el gobierno ha enfatizado el tema de la nutrición y ha aprobado un incremento del 9% en el presupuesto de salud que estará destinado a la lucha contra la desnutrición infantil. Ese mismo año, Laos se unió al Movimiento SUN. En la actualidad, un 43.8% de niños menores de 5 años se encuentran desnutridos. Laos es uno de los países con mayores índices de sobrepeso en Asia Oriental con 27%, tras Timor Oriental y Camboya.

Desde el 2012, se ha establecido una plataforma multisectorial para trabajar el tema y también el Comité Nacional de Nutrición, presidido por el Primer Ministro y conformada por cuatro ministerios (Salud, Educación, Agricultura y Planificación e inversión) así como por otras instituciones relacionadas con la nutrición y la seguridad alimentaria. Este comité y su secretaría - liderada por el viceministro/a de salud y compartida con los ministerios de agricultura, planificación e inversión y educación- conforman la plataforma multisectorial sobre nutrición, que también se encarga de coordinar con agencias de desarrollo, donantes, técnicos y sociedad civil que trabajan el tema de la nutrición y seguridad alimentaria en Laos.

En el 2013, el gobierno puso en marcha el desarrollo de un Plan de Acción Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que incluye una Secretaría del Comité Nacional de la Nutrición. Este plan se ha ido implementando, sobre todo desde el 2014, priorizando diferentes provincias y distritos. En la actualidad, tres provincias modelo están en el proceso en el desarrollo de micro-planificación multisectorial. Esta incluye a los principales sectores del Ministerio de Salud, Educación, Agricultura, Desarrollo rural, y Planificación e Inversión.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

Objetivo específico: Crear un foro entre el Estado, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), el sector privado, las organizaciones internacionales para compartir y desarrollar objetivos comunes.

Las principales **acciones** a realizar serán:

- ✓ Identificar los actores que trabajan en el tema de la nutrición;
- ✓ Mapear las zonas de las intervenciones implementadas por los diferentes actores
- ✓ Articular el enfoque multisectorial a nivel local;
- ✓ Compartir experiencias de la participación de la Ruta de Aprendizaje con otros sectores del gobierno, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones internacionales y el sector privado;
- ✓ Asegúrese de incluir las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones internacionales, el sector privado en el grupo nacional técnico de trabajo para la nutrición que se lleva a cabo trimestralmente;
- ✓ Asegurar la participación de las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones internacionales y el sector privado durante la reunión del Grupo de Trabajo (en el inicio la meta es alcanzar 9 representantes).

De esta manera, el **resultado esperado** es fortalecer la colaboración entre los Estados, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones internacionales y el sector privado para abordar el tema de la desnutrición con el fin de vincularlo con el enfoque gubernamental utilizando una estrategia convergente.

Observaciones

Un elemento clave será construir las capacidades en todos los niveles de gobierno para abordar el tema de nutrición desde una perspectiva multifocal y multisectorial.

El mapeo de las zonas de intervenciones en las provincias será fundamental para identificar las áreas y actividades prioritarias. Por ello, será importante planificar como se realizará la recolección y análisis de datos.

MADAGASCAR: Dar a la población malgache el Derecho a una nutrición adecuada con el fin de mejorar la supervivencia infantil y permitir el máximo desarrollo de su potencial físico e intelectual

Participantes

- Rafidy, Onisoa Josielle – Director General, Federación de Cámaras de Comercio
- Razafimandimby, Andriamandrato – Director General, Voahary Salama Organizaciónd de la Sociedad Civil

El Plan busca dar a la población malgache el derecho a una nutrición adecuada con el fin de mejorar la supervivencia infantil y permitir el máximo desarrollo de su potencial físico e intelectual. Eso se dará a través de la sinergia de las intervenciones multisectoriales y de múltiples niveles.

Es importante resaltar que aún no existe en el país un punto focal entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil relacionadas al tema de nutrición. Dicho esto, es necesario un Plan de Acción en Nutrición que refleje un proceso inclusivo de participación y que promueva su apropiación en todos los niveles, además de una plataforma multiactor.

Contexto: La desnutrición es un problema serio en Madagascar; ocupa el sexto puesto entre los países con mayor índice desnutrición crónica entre niños menores a 5 años con 47.3%. Más de la mitad de los niños en el país se encuentran desnutridos. En el 2012, Madagascar identificó a la nutrición como una de las áreas prioritarias en el desarrollo de estrategias de lucha contra la pobreza. Se unió al Movimiento SUN en febrero de ese mismo año. Estas acciones se dieron el marco de la elaboración del Documento de Estrategias para la Reducción de la Pobreza y el Plan de Acción de Madagascar. Se creó también el Consejo Nacional de Nutrición que a partir de ese momento se encargaría de coordinar que planteaba acciones desde el 2005 hasta el 2015. El Consejo es una plataforma multisectorial y de múltiples actores interesados en la nutrición que se compone de varios ministerios y miembros del Parlamento. El Consejo coordina la Política Nacional de Nutrición y supervisa su aplicación, en colaboración con los ministerios sectoriales y organismos de las Naciones Unidas. También supervisa la Oficina Nacional de que busca asegurar multisectorial y la coordinación de múltiples partes interesadas. El Consejo Nacional de la Nutrición se ha descentralizado en todas las regiones de Madagascar. Existen diversas plataformas en las que se realizan intercambios frecuentes entre las redes aunque todavía no han sido institucionalizadas. Además de la plataforma de gobierno se encuentra en funcionamiento una plataforma de la sociedad civil (HINA), otra de la ONU y una más de centros de investigación. La plataforma del sector privado se encuentra en proceso de formalización.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

El plan busca alcanzar 2 **objetivos específicos**:

- 1- Elaborar un plan de acciones a favor de la nutrición (2016-2020) que refleje una participación inclusiva, privilegiando el enfoque participativo y promoviendo su apropiación a todos los niveles;
- 2- Desarrollar una plataforma multiactor (PMA) que sea operativa.

Resultado esperado 1: Desarrollar una estrategia de promoción e incidencia multiactor.

Se espera poder realizar las siguientes **acciones:**

- 1- Finalizar el Plan Nacional de Nutrición (2016- 2020);
- 2- Mejorar la movilización de recursos nacionales e internacionales;
- 3- Anclar la temática de la nutrición en todos los ministerios debido a su naturaleza multisectorial, mediante:
 - a)- Actores y alianzas: Ministerios, PTFs, Hina, la plataforma del sector privado, académicos investigadores, nutricionistas, ONN, SUN y SUN País.
 - b)-Recursos: Fondos MPTFs (Multi Parteners Trust Funds), PTF, Ley de Finanzas y Presupuesto del Estado.
 - c)- Apoyo político: Gabinete de la Presidencia, Gabinete del Primer Ministro, ministerios de: Finanzas, Economía, Salud, Educación, Población, Agricultura, Ganadería, Parlamentarios, Líderes locales.

Resultado esperado 2: Fortalecer las capacidades financieras de la Oficina Nacional de Nutrición (ONN) así como su rol de coordinador para el funcionamiento de la plataforma multiactor;

Se espera poder realizar las siguientes acciones:

- 1- Promocionar la ONN con los diferentes tomadores de decisiones (multilateral y bilateral)
- 2- Movilizar al Sector Privado mediante:
 - a)- Actores y alianzas: Ministerios, PTFs, Hina, Plataforma del sector privado, académicos investigadores, nutricionistas, ONN
 - b)- Recursos: PTFs, Ministerios Hina
 - c)- Apoyo político: Presidente, Primer Ministro, Parlamentarios, líderes locales

Resultado esperado 3: Contribuir a la implementación de la descentralización efectiva en materia de nutrición.

Se espera poder realizar las siguientes **acciones:**

- 1- Aprendizaje país/ descentralización;
- 2- Promocionar e incentivar a la Plataforma Multi-Actores mediante:
 - a)- Actores y alianzas: Ministerios, PTFs, Hina, plataforma del sector privado, académicos investigadores, nutricionistas, ONN y ORN, líderes tradicionales, el sector privado y las cámaras regionales de comercio, jefes de regiones y de distritos, alcaldes, jefes “fokontany”;
 - b)- Recursos: PTFs, Hina, Ministerios;
 - c)- Apoyo político: el presidente, el primer ministro, el Parlamento, los líderes locales; Política General del Estado (PGE), el Plan de Desarrollo Económico

Observaciones

Recientemente, el Primer Ministro de Madagascar ha tenido una reunión para discutir acerca del Plan Nacional de Nutrición, lo que constituye ser un paso adelante relevante en el compromiso político hacia la lucha contra la DCI.

SENEGAL: Reforzar a los actores locales para un mejor manejo de la nutrición como un factor de desarrollo económico y social sostenible

Participantes

- Ka, Abdoulaye - Coordinador Nacional, Unidad de Lucha contra la Malnutrición (CLM)
- Diouf, Abdou – Secretario Ejecutivo, Eau-Vie-Environment
- Diop, Aminata – Gerente de Operaciones, Unidad de Lucha contra la Malnutrición (CLM)

El Plan busca reforzar a los actores locales para un mejor manejo de la nutrición como un factor de desarrollo económico y social sostenible. Este esfuerzo es importante en tanto las causas de la desnutrición parten del contexto socioeconómico local por lo que las respuestas iniciales deben venir desde la comunidad. Es necesario entonces que cada gobierno local tenga a la nutrición como prioridad en tanto es un factor de desarrollo social y económico sostenible.

Contexto: Senegal se integró al Movimiento SUN en junio de 2011. Hasta 1995 el Ministerio de Salud era el único ente responsable del tema de la nutrición. Luego se formó un comité presidencial que solo respondía a la resolución de emergencias. A pesar de algunos proyectos planteados por la Secretaria de Salud no se logró involucrar a los demás ministerios. Fue recién con la creación de la Unidad de Lucha contra la Malnutrición (CLM) en 2001 que la desnutrición se reconoció como la combinación de factores que debe ser enfrentada desde varios sectores. La CLM se encuentra bajo la autoridad del Primer Ministro y está compuesta por diversos ministerios, la Asociación Nacional de Consejos Rurales y la sociedad civil con el Consejo de ONG. Tiene, por tanto, un enfoque multisectorial.

Es relevante mencionar también que desde el año 2000, el país está implementando varias intervenciones a gran escala buscando una actitud más proactiva con la implementación de estos programas: Programa de Fortalecimiento de la Nutrición; Programa de Fortalecimiento Alimentario; Proyecto de Yodación de la Sal; Programa en conjunto de Nutrición Infantil y Seguridad Alimentaria; Programa de Salud Comunitaria; de Desarrollo y Seguridad Alimentaria; de Prevención de la desnutrición; Proyecto de Mejora del Estado Nutricional de la pareja madre/hijo; de Lucha contra la Carencia en hierro y parasitosis en las escuelas; Campaña de Suplemento en Vitamina A y desparasitación; Proyecto de Apoyo a la Seguridad Alimentaria en los hogares.

Además, el Programa Nacional de Inversión Agrícola (2011 – 2015) se concentra en reducir la pobreza e integra los indicadores de impacto sobre la seguridad alimentaria y nutricional.

Desde el establecimiento de la CLM la nutrición fue incluida como prioridad en todos los documentos de planificación y, además, fue incluida en el presupuesto. Se elaboró una política y planes estratégicos y se creó un Comité Nacional. Desde este momento se abrieron espacios para la participación de la colectividad local, centros de formación y de diversas ONG. Si bien hasta ahora el sector privado no se ha involucrado en gran medida, desde el 2005 empezaron a trabajar con alimentos fortificados y la distribución de la vitamina A.

En los últimos años Senegal ha mostrado una mejora significativa en el estado nutricional de su población. El ejemplo más llamativo es representado por la reducción de la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de 5 años que ha aumentado del 27% al 19 % en solo 2 años. Se puede mencionar además que la desnutrición crónica alcanza un 16.5 %; la desnutrición aguda un 9,1 % y la deficiencia de hierro un 71,2 %.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

El **objetivo específico** es de apoyar la instalación de entornos comunitarios y la elección de los dirigentes locales, con el fin de favorecer el desarrollo económico y social integral.

Las principales **acciones** a implementar serían:

- 1- Seleccionar las colectividades locales pilotos para la implementación de los entornos comunitarios y la elección de sus dirigentes locales;
- 2- Organizar debates públicos sobre los problemas y desafíos del desarrollo económico y social focalizado en la primera infancia;
- 3- Apoyar a la instalación de los entornos comunitarios;
- 4- Reforzar las capacidades de estos entornos y sus dirigentes (animación, formación, búsqueda de financiación, seguimiento de las actividades, etc.)

El principal **resultado esperado** es que las colectividades locales (gobiernos y comunidades locales) se responsabilicen y hagan cargo de la nutrición como una prioridad por ser un factor de desarrollo económico y social.

Observaciones

Los objetivos se encuentran bien descritos y articulados. Si bien Senegal tiene un bajo nivel de DCI también tiene una alta tasa de anemia por lo que se considera relevante dar también prioridad a ese problema. El equipo mencionó que ya se viene llevando a cabo una estrategia a nivel nacional, basada en la fortificación de los alimentos. Sin embargo, la sensibilización al problema de anemia en los niños debería ser abordada como parte de la sensibilización y reforzamiento de capacidades de las autoridades y de la población local.

SRI LANKA

Participantes

- Dissanayaka, Anura – Secretario Adicional, Ministerio de Educación/Oficina de la Presidencia
- Chandradasa, Lalith – Coordinador Nacional, Secretaria Nacional de Nutrición
- Maurice, Dave – Director, Fundación Nucleus

El Plan busca priorizar la promoción y articulación de las políticas intergubernamentales y multisectoriales para reducir la desnutrición crónica, incluyendo el desarrollo de un marco jurídico y las políticas de nutrición. Esto se realizará a través de la plataforma multisectorial que ya viene reuniéndose una vez al mes. De hecho, si bien esta estructura aún no ha sido legalizada, las reuniones entre los diferentes actores ya se vienen llevando a cabo. En ese sentido, es necesario seguir monitoreándolas e incluir sus propuestas en la siguiente reunión del Comité Nacional de Nutrición.

Contexto: Sri Lanka experimentó varias mejoras en todos los indicadores de nutrición hasta finales de 1990, cuando la nutrición se convirtió en un tema del Ministerio de Salud. Luego permanecieron estancadas con poca o ninguna mejoría. Fue recién en 2010 que el gobierno adoptó una Política Nacional para la Nutrición a cargo del Ministerio de Salud. En 2012 Sri Lanka se unió al Movimiento SUN. En diciembre del 2013, la Presidencia lanzó un Plan de Acción Multisectorial para la Nutrición que busca lograr objetivos específicos en términos de nutrición entre 2014 y 2016. De esta manera, la nutrición pasó a ser un tema de la Oficina de

la Presidencia. Hasta la actualidad, existe una disparidad bastante grande en la nutrición entre las zonas geográficas a nivel distrital. Las deficiencias de micronutrientes sigue siendo un problema a pesar de la aparente alta cobertura de suplementos de hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas y vitamina A para niños entre 6 y 59 meses.

El plan nacional de acción para la nutrición, elaborado durante el 2013, incluye un conjunto de intervenciones clave desarrolladas desde una plataforma multisectorial que integran representantes de 17 ministerios, expertos técnicos nacionales e internacionales así como representantes de la sociedad civil y de agencias internacionales de desarrollo. En este sentido, viene siendo ejecutado a nivel nacional, provincial y distrital. Esta plataforma viene sosteniendo reuniones una vez al mes. Existe un fuerte compromiso por parte del Jefe de Estado y los altos niveles de gobierno así como de parte de organizaciones de la sociedad civil movilizadas a través del foro SUN. Sin embargo, aún hace falta que los sectores no sanitarios también se sumen a contribuir en un tema que ha sido visto por mucho tiempo como un tema del sector salud. El sector privado sigue sin reunirse. También se requiere alinear las agendas de los donantes y las agencias de la ONU con las prioridades del país e incluir a los medios de comunicación y las corporaciones multinacionales en el esfuerzo nacional contra la nutrición.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

El plan busca alcanzar los **objetivos específicos** siguientes:

- 1- Asegurar la revisión de la Política Nacional de Nutrición por parte del Parlamento para que refleje el enfoque multisectorial y legalizarla para así contar con una nueva acta y
- 2- Promover esta nueva política en provincias, distritos y divisiones.

Las principales **acciones** a implementar serían:

- 1- Hacer circular la nueva acta en los distintos ministerios de ejecución, así como el presupuesto aprobado por el Ministerio de Finanzas y el Departamento Nacional de Planeación.
- 2- Implementar los resultados del monitoreo en las provincias

El principal **resultado esperado** es obtener la revisión de la Política Nacional de Nutrición por parte del Parlamento y promoverla en las provincias así como empezar a circular el presupuesto que ya ha sido aprobado por el Ministerio de Finanzas.

Observaciones

Los objetivos del Plan están bien planteados. Sin embargo habría que reforzar la coordinación entre los actores para lograrlos. El equipo respondió que esto se realizará a través de la plataforma multisectorial que ya viene reuniéndose una vez al mes. Por ello, el equipo mencionó acerca de la importancia de asegurar la sostenibilidad del Plan, aún cuando el Presidente que lo propuso no esté en el mando. Asimismo, destacó la importancia del involucramiento de los gobiernos locales.

TANZANIA: Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y de la anemia entre las mujeres embarazadas.

Participantes

- Kaganda, Joyceline - Tanzania Food and Nutrition Centre
- Liana, Belinda – The Centre for Counseling, Nutrition and Health Care
- Temu, Anna – Power foods industries limited and Power flour limited

El Plan busca reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en un 15 % y de la anemia entre las mujeres embarazadas en un 13 % para el 2016.

Contexto: Tanzania se unió al Movimiento SUN en junio del 2011, además, de unirse a la Iniciativa de la Asociación REACH de las Naciones Unidas. El país ha logrado mejoras importantes en la reducción de la DCI. Entre 1999 y 2010, la cantidad de niños malnutridos pasó de 29% a 21%. Sin embargo, el porcentaje de niños con bajo peso y con retraso en el crecimiento se encuentra aún en un nivel alto, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud. Tanzania es también uno de los países más afectados por los trastornos de deficiencia de yodo. A pesar del compromiso político para luchar a favor de la nutrición, la DCI y la anemia son los tipos de desnutrición que afectan en mayor medida la salud pública. En la actualidad, más de 16 regiones de Tanzania tienen desnutrición crónica severa.

Desde mediados de la década de los noventa no se han desarrollado grandes programas de nutrición y estos tampoco fueron efectivos. En 2011 el gobierno central lanzó la Estrategia Nacional de Nutrición que actualmente se encuentra en revisión. A través de ésta el gobierno busca establecer las prioridades que deben guiar la labor en el tema de nutrición hasta el 2016. La estrategia estipula que las mejoras en nutrición se pueden conseguir a través del impulso de sociedades entre los actores relacionados al tema de la nutrición. La estrategia prioriza intervenciones dirigidas a niños menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva por ser los grupos con mayor vulnerabilidad.

Una de las acciones planteadas por la estrategia es impulsar el cambio de conductas a través de herramientas comunicacionales. En el 2013 se puso en marcha el Nacional de Nutrición Media Social y Comunicación que busca generar mayor conciencia y cambios de actitud de la población acerca del tema nutricional.

También se cuenta directrices para la preparación del presupuesto anual en el que la nutrición se encuentra incluida. El gobierno de Tanzania ha identificado la desnutrición proteica, la anemia nutricional, trastornos por carencia de yodo y la carencia de vitamina A como los principales problemas nutricionales de importancia para la salud pública.

Tanzania ha estado implementando programas para el control de 3 deficiencias de micronutrientes a saber anemia, trastornos por carencia de yodo y de vitamina.

Acciones del Plan, referidas a sus objetivos específicos y resultados esperados

Los **objetivos específicos** del plan son: 1)- Aumentar el acceso a los servicios de nutrición a nivel de la comunidad y de las instalaciones; 2)- Fortalecer la coordinación, ejecución, seguimiento y ejecución de la legislación; 3)- Incorporar las intervenciones relacionadas con la nutrición en las políticas, planes y programas nacionales y sectoriales; 4)- Desarrollar la capacidad estratégica y operativa referente al tema de la nutrición a todos los niveles; 5)- Implementar, en los distritos vulnerables, intervenciones nutricionales multisectorial de alto impacto; 6)- Abogar por la plataforma de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para

desarrollar herramientas de promoción con el fin de facilitar la concientización del problema y sus consecuencias entre los miembros de la comunidad.

Las principales **acciones** a desarrollar serían: 1)- Finalizar la revisión de la política nacional de alimentación y nutrición y sus estrategias de implementación; 2)- Desarrollar un programa nacional financiado para las intervenciones relacionadas con la nutrición con una matriz de resultados y un marco de rendición de cuentas común; 3)-Integrar la nutrición en todos los manifiestos políticos y 4)-Desarrollar una herramienta de promoción para que las OSC participen plenamente en la lucha contra la desnutrición crónica infantil

Los principales **resultados esperados** son los siguientes: 1)-Mejorar la asignación de recursos para la nutrición; 2)- Obtener una voluntad política activa en materia de nutrición; 3)- Finalizar la política nutricional y elaborar su plan de implementación; 4)- Más recursos están redirigidos al tema de la nutrición; 5)- Mejorar las estrategias de articulación de políticas; 6)- Mejorar la coordinación multisectorial de los interesados en la nutrición a todos los niveles y 7)- Desarrollar un plan de promoción para las OSC.

Observaciones

El plan es ambicioso y de largo plazo; se propone un enfoque mayor, planteando un área de priorización más específica, como por ejemplo la focalización de las intervenciones en zonas más vulnerables. Finalmente, es necesario movilizar recursos para poder producir datos estadísticos cada seis meses (actualmente, el lapso de tiempo es mayor).

6. Lecciones aprendidas

De todo lo visto y compartido en la Ruta de Aprendizaje en Perú, se han determinado los siguientes factores clave para lograr la reducción de la DCI:

- ✓ La voluntad y compromiso político de poner a la nutrición infantil como una prioridad -desde los más altos mandos del nivel central, regional y local- que trascienda el gobierno de turno.
- ✓ La firma de Acuerdos de Gobernabilidad por los candidatos y la vigilancia de su cumplimiento por la sociedad civil articulada.
- ✓ La existencia de un marco legal consistente con políticas sociales intergubernamentales e intersectoriales bajo el liderazgo de una instancia del gobierno que convoque a los diferentes sectores y niveles y brinde la institucionalidad necesaria para la implementación de acciones.
- ✓ La asignación presupuestal basada en resultados y los mecanismos de incentivos financieros como el PI y el FED vinculan la asignación de recursos a productos y resultados medibles y a intervenciones efectivas en el terreno.
- ✓ El fácil acceso a información transparente permite a la sociedad civil y a otros actores gubernamentales monitorear los avances y fijar metas comunes.
- ✓ Los espacios de articulación multisectoriales, intergubernamentales, con participación de gobierno, sociedad civil, empresa con visiones y metas comunes.
- ✓ El acceso a la identidad desde el inicio de la vida favorece el acceso al Seguro Integral de Salud y a los programas sociales.
- ✓ La priorización y focalización de intervenciones y programas para la reducción de DCI en el grupo etéreo de niños menores de 3 años y en la población más pobre y excluida.

- ✓ La implementación de acciones con enfoque territorial bajo el liderazgo de las autoridades locales y comunales permite la apropiación de éstas para la sostenibilidad y movilización de las capacidades locales.
- ✓ La organización y participación activa de la comunidad y de las familias para el logro de prácticas saludables
- ✓ Las plataformas consolidadas de la sociedad civil en diversos niveles contribuyen con abogacía, asistencia técnica y vigilancia de cumplimiento de los compromisos y presupuestos.
- ✓ El uso de estrategias de sensibilización y capacitación simples y adaptadas a la realidad y cultura de la población favorecen el cumplimiento de las prácticas deseadas.

“Lo que más me ha impresionado ha sido visitar la comunidad y ver el alto grado de compromiso (del Estado). Encontrarnos con la Primera Dama ha sido una experiencia increíble. Creo que sólo una vez en la vida tienes experiencias como ésta: ver el alto nivel de compromiso y la relación/articulación entre el gobierno y los niveles locales y comunitarios es muy fuerte”.
Vanhlee Lattana, gerente de la Alianza de la Sociedad Civil SUN (Lao PDR).

“El compromiso político que nos patentizaron el primer día lo pude evidenciar a lo largo de la Ruta, conversando con los diferentes niveles organizativos de gobierno y de las organizaciones de base. He podido evidenciar que efectivamente hay un compromiso pleno hacia el combate de la desnutrición crónica, como una forma de erradicación de la pobreza que es lo que andamos buscando en todos los países. Esa consistencia en el discurso, la claridad con la que han abordado el problema y ese compromiso asumido por los diferentes actores es una enseñanza plena de que la solución al problema de la desnutrición crónica es posible. Néstor Deras, coordinador de la Coordinación intersectorial del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) (El Salvador).

“El gobierno peruano ha trabajado mucho para alcanzar el bienestar de la población. Lo que quisiera compartir en mi país es la efectividad de la descentralización, especialmente en lo que corresponde al financiamiento, porque ahí radica la fuerza del programa en este país”.
Andriamandranto Razafimandimby, director general / Red de la Sociedad Civil SUN, Voahary Salama, plataforma de ONGs trabajando para la integración Salud – Población – Medio Ambiente (Madagascar)

7. Conclusiones

En los últimos siete años el Perú ha logrado una reducción importante de la DCI gracias a la confluencia de procesos de incidencia y concertación de la sociedad civil con una reforma de la gestión pública al interior del Estado que introduce estrategias e instrumentos modernos y novedosos como el PpR, y nuevos enfoques de gestión orientados al ciudadano.

Luego de las presentaciones, visitas y trabajos grupales que buscar mostrar a los participantes de la Ruta diversos aspectos de la experiencia peruana en el tema de nutrición, se pueden destacar las siguientes conclusiones acerca de ésta:

- ✓ Se ha logrado compromisos en los niveles más altos del gobierno nacional y los gobiernos regionales, para hacer del DIT una política de Estado -que se ha mantenido

en dos periodos gubernamentales- que es prioritaria y congrega presupuesto público y la acción articulada de los principales ministerios sociales.

- ✓ Se ha institucionalizado la política de desarrollo e inclusión social a través de la creación del MIDIS, ente rector en esa materia. Este es un paso fundamental para avanzar en la reducción de brechas reconociendo la diversidad cultural del país e implementando programas focalizados dirigidos a la población más vulnerable. Además de ello, el MIDIS articula a nivel nacional, y en el territorio, las intervenciones efectivas del resto de sectores.
- ✓ Es necesario profundizar y adecuar las estrategias e intervenciones para lograr reducir la DCI en aquellas zonas que se encuentran más excluidas y tienen menos acceso a los servicios públicos.
- ✓ Se cuenta con los instrumentos de gestión: lineamientos, estrategias, y planes, que permite identificar intervenciones ordenadas, articuladas, consensuadas y basadas en evidencia, que pueden ser sujetas a seguimiento y evaluación.
- ✓ Se han creado mecanismos financieros para incentivar a los gobiernos regionales y locales a cumplir resultados orientados tanto al DIT como a reducir la DCI específicamente. Estos mecanismos reafirman al ciudadano como la unidad de atención de la política pública.
- ✓ Se ha avanzado en la creación de sistemas de información que permiten articular la identificación de los niños y niñas con el sistema de salud, a fin de garantizar su registro al momento de nacer y su aseguramiento en el Sistema Integrado de Salud.
- ✓ Se puede observar que a nivel local, los programas se adecúan a la realidad y adquieren particularidades propias. Las experiencias exitosas muestran que la concertación y articulación a nivel distrital y comunitario es fundamental para hacer más eficiente el uso de los recursos, así como la existencia de un liderazgo fuerte del alcalde, que sensibilice a la población sobre la importancia de invertir en la primera infancia y de adoptar nuevas prácticas saludables a nivel familiar y comunal.

8. Sugerencias y recomendaciones

En base a las experiencias de los países visitantes y lo visto a lo largo de la Ruta de Aprendizaje, se dejan las siguientes sugerencias para mejorar la lucha contra la DCI en Perú:

- ✓ Lograr un mayor involucramiento del sector agricultura en la lucha contra la DCI, una mayor articulación con los componentes productivos en general y promover un abordaje conjunto de los grupos de trabajo en nutrición y seguridad alimentaria.
- ✓ Promover una mayor participación de las empresas privadas como actores clave en la lucha contra la DCI, revisando posibles incentivos financieros, complementariedad en objetivos, operativización de dicha participación. Se sugiere ver ejemplos exitosos.
- ✓ Analizar el sistema de incentivos financieros, pensando en la sostenibilidad de los procesos en curso en contextos de menor disponibilidad de recursos.
- ✓ Revisar experiencias exitosas en los países visitantes sobre estrategias de comunicación y cambio de comportamiento para la mejora de la alimentación infantil a nivel comunitario.

“Hay mucho que conocer, mucho que aprender. Incluso hay temas para seguir discutiendo, pero esta experiencia ha sido muy gratificante. Todo aquello que pensé que iba a aprender, lo aprendí. Me voy muy motivado para seguir documentándome, para seguir leyendo, para seguir conociendo la experiencia que han desarrollado en este país y totalmente satisfecho de la visita”.

Douglas Romero, gerente de proyectos y monitoreo de la Secretaría de Inclusión Social (El Salvador)

9. Referencias

- Correa, Norma y Terry Roopnaraine, 2013. Pueblos indígenas y programas de transferencia condicionada. Estudio Etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú.
- CVR, 2003. <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/conclusiones.php>
- FAO, 2014 Conferencia regional de la FAO para América Latina y el Caribe. <http://www.fao.org/docrep/meeting/030/mj925s.pdf>
- INEI, 2013. informe Evolución de la pobreza monetaria 2007-2012 http://www.inei.gov.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf
- INEI, 2007. Informe Principal. Encuesta Demográfica de y Salud Familia ENDES 2004-2006.
- MINSA 2005, Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural / Dirección General de Salud Sexual y Reproductiva.
- MINSA, 2104. Criterios técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño.
- MINSA, RENIEC, MEF, 2013: Padrón nominal distrital de niñas y niños.
- MIDIS, 2012. Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social.
- MIDIS, 2013a. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social.
- MIDIS, 2013b. Reportes Regionales. Desnutrición Crónica Infantil. Metas al 2016.
- MIDIS, 2013c. Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social. <http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje1/documento-tecnico/FolletoPEPI-jul13.pdf>

- MEF:http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2139:programa-articulado-nutricional&catid=211&Itemid=101528+
- MEF:http://mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2122&Itemid=101162&lang=es
- MEF, 2010. http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=100606
- Morgan, María de la Luz, 2008. Sistematización de la experiencia de incidencia política de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil.
- Municipios Saludables: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/834_MS-PROM33.pdf
- PNUD. 2014. Informe sobre Desarrollo Humano 2014 Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia.
- SUN, 2014. Profile of Perú. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/05/SUN-LR-Peru-Profile-Eng-72dpi-Rev.pdf>
- UNESCO, 2010. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002169/216916s.pdf>
- UNESCO, 2013. Lecciones aprendidas en programas articulados de salud, alimentación y nutrición

Anexos

Anexo 1. Programa de actividades

[Insertar agenda Ruta pdf \(diseño grafico\)](#)

Anexo 2. Lista de participantes

Pais	Apellido	Nombre	Cargo	Organización	Tipo de organización
EL SALVADOR	DERAS	Nestor Enrique	Coordinador del área intersectorial	National Council on Food Security and Nutrition	Gobierno
	ROMERO	Douglas Napoléon	Coordinador de proyectos y monitoreo	Secretariat for Social Inclusion	Gobierno
	HERNÁNDEZ	Ana Elizabeth		Support Center for Breastfeeding - CALMA	Sociedad civil
GUATEMALA	ARREAGA	Carlos Jobito	Funcionario	Health Union	Sociedad civil
	TUQUER	Karin Yesennia	Joven líder	San Juan Civil Society Youth Network Sacatepéquez	Sociedad civil
	VELÁSQUEZ	Helmer Leonel	Director ejecutivo	NGO and Cooperatives Coordination Association (CONGCOOP)	Sociedad civil
LAOS	CHANDAVONE	Phoxay	Representante del Ministerio de Salud	Hygiene-Health Promotion Department, Ministry of Health	Gobierno
	BOUNTHOM	Phengdy	Director	National Nutrition Center, Ministry of Health	Gobierno
	VANHLEE	Lattana	Coordinador	SUN Civil Society Alliance	Sociedad civil
MADAGASCAR	FRANÇOIS	Jean	Coordinador nacional	National Nutrition Office (ONN)	Gobierno
	RAFIDY	Onisoa Josielle	Director General	Federation of Chamber of Commerce	Sector privado
	RAZAFIMANDIMBY	Andriamandrato	Director general	Voahary Salama CSO	Sociedad civil
SENEGAL	KA	Abdoulaye	Coordinador nacional	Fight Against Malnutrition Unit (CLM)	Gobierno
	DIOUF	Abdou	Secretario ejecutivo	Eau-Vie-Environnement (EVE)	Sociedad civil
	DIOP	Aminata	Coordinador de operaciones	Fight Against Malnutrition Unit (CLM)	Gobierno
SRI LANKA	DISSANAYAKE	Anura		Ministry of Education/Presidents Office	Gobierno
	CHANDRADASA	Lalith	Coordinador nacional	National Nutrition Secretariat	Gobierno
	MAURICE	Dave	Director	Nucleus Foundation	Sociedad civil
TANZANIA	KAGANDA	Joyceline	Director	Tanzania Food and Nutrition Centre	Gobierno
	LIANA	Belinda	Oficial	The Centre for Counselling, Nutrition and Health Care (COUNSENUTH)	Sociedad civil
	TEMU	Anna J.H.	Director	Power Foods Industries LTD	Sector privado