

# Impacto de una intervención en seguridad alimentaria

Evaluación final del Programa REDESA



**USAID | PERU**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMERICA



Enero 2007

© **CARE Perú**

Av. General Santa Cruz 659, Jesús María  
Lima – Perú

ISBN 978-9972-227-25-7

Hecho el depósito legal N° 2007-02309

Tiraje: mil ejemplares

Primera edición

*Impacto de una intervención en seguridad alimentaria. Evaluación final del Programa REDESA*, ha sido elaborada por encargo de CARE Perú.

**Coordinador del Programa REDESA**

Segundo Dávila Muñoz

**Elaboración del documento**

Rosa Flores Medina (Responsable del equipo técnico de SASE)

Carlos Rojas Dávila (Asesor de Monitoreo y Evaluación CARE Perú)

**Análisis estadístico**

Rosario Céspedes Klescovich (equipo técnico SASE)

**Cuidado de la edición**

María Luz Pérez Goycochea

**Diseño e impresión**

Publimagen ABC sac

**Citación sugerida:**

Flores R, Rojas C. 2007. Impacto de una Intervención en Seguridad Alimentaria. Evaluación Final del Programa REDESA. Lima, CARE Perú.

**Palabras clave:**

Seguridad Alimentaria, Desnutrición, Ingresos, Pobreza, Enfermedad Diarreica Aguda, Lactancia Materna, Lavado de Manos, Alimentación Complementaria.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID, bajo los términos de la Donación FFP-A-00-02-00021-00. Las opiniones expresadas por los autores, no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID.

# Contenido

---

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>1. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>19</b>
2.1 Percepción de la población objetivo	21
2.1.1 En relación al incremento de ingresos familiares	21
2.1.2 En relación a la mejora de las condiciones de salud y nutrición de las familias pobres, especialmente de los niños y niñas menores de tres años	24
2.2 Impacto en los principales indicadores	26
2.3 Análisis del costo de los impactos	36
2.4 La elasticidad entre reducción de desnutrición-incremento de ingresos y reducción de la enfermedad diarreica aguda	37
2.5 Resultados por objetivo programático	38
2.5.1 En relación al incremento de los ingresos de las familias pobres	38
2.5.2 En relación a la mejora de las condiciones de salud y nutrición de las familias pobres	41
2.6 La sostenibilidad del Programa	46
2.6.1 Factores relacionados con el incremento de los ingresos familiares	46
2.6.2 Factores relacionados con la salud, nutrición y saneamiento	50
2.6.3 Factores relacionados con la contribución al proceso de descentralización	55
2.6.4 Factores relacionados con la contribución en las estrategias para la reducción de la desnutrición, seguridad alimentaria y la superación de la pobreza	58
2.7 El enfoque de género y de empoderamiento de la mujer	60

<b>3. LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>65</b>
<b>4. ACRÓNIMOS</b>	<b>71</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>73</b>

#### **Índice de cuadros**

Cuadro 1. Productos relevantes promovidos por REDESA	22
Cuadro 2. Media del puntaje Z del índice talla para la edad de los niños y niñas beneficiarios del Programa REDESA, Línea de base y Evaluación final	27
Cuadro 3. Estructura del ingreso anual de las familias	31
Cuadro 4. Porcentaje de madres que declaran lavarse las manos en los momentos críticos	45
Cuadro 5. Porcentaje de madres que declaran lavarse las manos después de ir al baño y antes de preparar los alimentos	45

#### **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Resultados y actividades - ingresos	12
Gráfico 2: Resultados y actividades - salud	12
Gráfico 3: Porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de tres años beneficiarios del Programa REDESA	26
Gráfico 4: Tasa de incremento del ingreso anual familiar	29
Gráfico 5: Tasa de incremento del ingreso neto agropecuario y de ingreso total de las familias	30
Gráfico 6: Gasto mensual per cápita en alimentos (en Nuevos Soles corrientes)	32
Gráfico 7: Distribución del ingreso familiar	33
Gráfico 8: Distribución del gasto de consumo de los hogares	33
Gráfico 9: Reducción de la pobreza y pobreza extrema entre las familias beneficiarias del Programa REDESA	34
Gráfico 10: Porcentaje de la enfermedad diarreica aguda	35
Gráfico 11: Productores que hacen uso de servicios de asistencia técnica	39
Gráfico 12: Productores que participan en gremios	39
Gráfico 13: Familias que recibieron algún crédito en los últimos dos años	40
Gráfico 14: Porcentaje de madres que ofrecen lactancia materna exclusiva	42
Gráfico 15: Porcentaje de niños y niñas que reciben alimentación adecuada durante episodio de diarrea	43
Gráfico 16: Porcentaje de niños que reciben alimentación adecuada después de episodio de diarrea	43
Gráfico 17: Porcentaje de niños y niñas que reciben alimentación complementaria adecuada	44

# Presentación

---

El Programa Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria – REDESA, ejecutado por CARE Perú y financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID, concluyó sus actividades después de cinco años, con evidentes logros y beneficios para las 58 570 familias pobres de 1 854 comunidades en 125 distritos de Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Puno. REDESA organizó su intervención alrededor del aumento sostenido de los ingresos familiares y de la mejora de las condiciones de salud, nutrición e higiene de las familias, para contribuir con la meta de reducir la desnutrición crónica de niños y niñas menores de tres años.

El Programa REDESA sustentó su intervención en una lógica integral de generación de ingresos sostenibles y de mejora de las condiciones de salud, con el soporte transversal de alianzas y socios estratégicos con las instituciones y organizaciones locales públicas, privadas y de la sociedad civil. De esta manera, se constituye en un modelo integral experimental que ofrece los elementos y evidencias validadas para ser tomado en cuenta en el diseño e implementación de estrategias y acciones para la lucha contra la desnutrición crónica en el Perú.

Al término de sus acciones, el Programa encargó a la firma SASE - Seguimiento, Análisis y Evaluación para el Desarrollo, la ejecución de la evaluación final externa a fin de verificar el cumplimiento de sus objetivos, su sostenibilidad y la posibilidad de transferir esta experiencia a las instituciones del Estado, así como a otras vinculadas e interesadas en esta temática. Los resultados obtenidos a través de esta evaluación final externa son el motivo de este libro.

Los logros del Programa REDESA, junto con aquellos de otras instituciones que también trabajan el tema de nutrición y seguridad alimentaria, han servido a CARE Perú de motivación y respaldo técnico para iniciar un trabajo de incidencia política destinado a colocar la reducción de la desnutrición crónica en la agenda del gobierno.

Esperamos que la lectura de este libro, sirva también de motivación a las instituciones y personas preocupadas e interesadas en esta temática, en la perspectiva de construir juntos el presente y abrir una ventana de oportunidades en el futuro próximo para casi el 25% de niños y niñas en el país que aún padecen de desnutrición crónica.

*Milo Stanojevich*  
Director Nacional  
CARE Perú

*Jay Goulden*  
Director de Programas  
CARE Perú



# Resumen Ejecutivo

---

## 1. Objetivos del Programa

---

El Programa Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria ejecutado por CARE Perú, con el apoyo financiero de USAID tuvo como objetivo mejorar la situación de seguridad alimentaria de sus familias beneficiarias ubicadas en zonas rurales andinas y que se encontraban en situación de pobreza y pobreza extrema. Para medir el cumplimiento de este objetivo, se estableció como indicador central la reducción de la desnutrición crónica de los niños menores

de tres años en 11 puntos porcentuales al cabo de los cinco años de duración del Programa.

Para lograr este objetivo se establecieron dos objetivos específicos; El primero, incrementar de manera sostenible los ingresos familiares en un 20% al término del Programa; y el segundo, mejorar las condiciones de salud y nutrición de las familias beneficiarias, medido a través de la reducción de las enfermedades diarreicas en un 30%.

## 2. Principales resultados e impactos encontrados

---

### Reducción de la desnutrición

Sobre un total de 64 434 niños beneficiados por el Programa durante sus cinco años de intervención, se logró reducir la desnutrición crónica en 9,9 puntos porcentuales. La inversión anual realizada por el Programa en promedio por cada niño o niña intervenido fue US \$ 66,2. Así, por cada punto porcentual de reducción de la desnutrición crónica el Programa realizó una inversión anual de US \$ 33,5 por niño o niña intervenida.

### Incremento de los ingresos familiares y reducción de la pobreza

Las familias vieron incrementados sus ingresos en 60,9% (incremento neto de US \$ 733), con una inversión por familia de US \$ 162,3. Así, por cada dólar invertido por el Programa, las familias vieron incrementados sus ingresos en US \$4,5 dólares. Esto contribuyó a que la pobreza extrema

entre las familias beneficiarias (definida como un ingreso menor a un dólar per cápita por día) se redujera de 83,8% a 63,1%. Asimismo, la pobreza total (definida como el ingreso menor a dos dólares per cápita por día) se redujo de 98,8% a 88,6%.

### Gasto en alimentos

La cantidad de dinero destinada a la compra de alimentos se incrementó entre las familias beneficiarias del Programa. Así, el promedio mensual del gasto per cápita en alimentos se incrementó de S/. 55.00 a S/. 74.00

### Inequidad (coeficiente Gini)

La inequidad de los ingresos, medida a través del coeficiente Gini, tuvo una reducción entre las familias beneficiarias. Así, el coeficiente paso de 0,43 a 0,38.

### Reducción del porcentaje de enfermedad diarreica

El porcentaje de enfermedad diarreica aguda entre los niños menores de tres años se redujo de 35% a 16,4%. La inversión promedio anual realizada por cada niño fue de US \$32,8. Así, la reducción de cada punto porcentual ha requerido una inversión anual de US \$ 9,48 por niña o niño intervenido.

### Incremento de la lactancia materna exclusiva y mejora de la alimentación complementaria

El porcentaje de niñas y niños que reciben lactancia materna exclusiva se incrementó de

25% a 72,2%. Por otro lado, el porcentaje de niñas y niños que recibió la alimentación complementaria de manera adecuada se incrementó de 35 % a 42,1% (este incremento es medido en el periodo 2003-2004).

### Alimentación del niño durante y después de episodios de diarrea

El porcentaje de niñas y niños que recibió una alimentación adecuada durante los episodios de diarrea se incrementó de 4% a 45%. Asimismo, el porcentaje de niñas y niños que recibió una alimentación adecuada después de los episodios de diarrea se incrementó de 15% a 77%.

A continuación se presentan los principales resultados del Programa:

## Principales resultados del Programa REDESA

Principales indicadores	Línea de base 2002	Evaluación final 2006	Valor p de la diferencia
1. Desnutrición crónica en niños menores de tres años	34,2%	24,3%	< 0,0001
2. Media del puntaje z del índice talla para la edad de los niños y niñas menores de tres años.	-1,63	-1,30	< 0,00001
<b>Incrementos de los ingresos familiares</b>			
a. Ingresos familiares anuales.	S/. 3 855	S/. 6 202	< 0,001
b. Gasto mensual per cápita en alimentos.	S/. 55.00	S/. 74.00	< 0,001
c. Pobreza extrema (ingresos per cápita. menores a US\$ 1 al día).	83,8%	63,1%	< 0,001
d. Pobreza total (ingresos per cápita menores a US\$ 2 al día).	98,8%	88,6%	< 0,01
e. Inequidad (coeficiente Gini).	0,43	0,38	> 0,05
<b>Mejora de las condiciones de nutrición e higiene de las familias</b>			
a. Enfermedad diarreica aguda en niños menores de tres años.	35,0%	16,4%	< 0,0001
b. Lactancia materna exclusiva.	25%	72,2%	< 0,0001
c. Alimentación complementaria adecuada.	35 %	42,1%	< 0,05
d. Alimentación adecuada durante un episodio de diarrea.	4%	45%	< 0,0001
e. Alimentación adecuada después de un episodio de diarrea.	15%	77%	< 0,0001



### 3. Sostenibilidad de las acciones del Programa

---

Los principales elementos de la sostenibilidad del Programa son:

- La formación de los proveedores de asistencia técnica, comunitario, profesional o empresarial.
- La organización y fortalecimiento de las asociaciones de productores.
- La participación de las empresas compradoras de los productos impulsados e insertados en cadenas productivas competitivas.
- La formación y fortalecimiento de las juntas administradoras de servicios de saneamiento.
- El fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud.
- La conformación y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia comunal (SIVICO).
- La conformación y fortalecimiento de los comités de desarrollo comunal (CODECO).
- La puesta en marcha del sistema de monitoreo del estado nutricional de los niños y niñas menores de tres años, con la participación de las direcciones regionales de salud, los gobiernos municipales y la población organizada.

### 4. Lecciones aprendidas

---

- Las acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de las familias pobres deben ser realizadas con el liderazgo de los gobiernos municipales y con la participación activa de la población organizada.
- La adecuada organización comunal es requisito indispensable para que cualquier intervención sea exitosa.
- Los gobiernos regionales y municipales son capaces de orientar adecuadamente sus recursos para mejorar las condiciones de vida de su población, en tanto cuenten con información relevante de su realidad local y dispongan de las herramientas de gestión adecuadas.
- El marco legal existente referido a la estrategia nacional de seguridad alimentaria es un elemento valioso que facilita el que los gobiernos regionales y municipales puedan orientar de manera óptima sus planes de desarrollo e invertir mejor sus recursos.
- Es posible mejorar las dinámicas económicas de las familias en pobreza extrema cuando se emplea un enfoque de orientación al mercado y competitividad.
- Las condiciones de salud, nutrición e higiene pueden mejorar sustantivamente si se cuenta con un fuerte componente de educación y comunicación adaptado a la realidad local y que incorpore desde su diseño e implementación a la misma población objetivo.
- El empoderamiento de la mujer y la equidad de género son dimensiones que deben ser incorporadas en todas las acciones que busquen mejorar las condiciones de vida de las familias en pobreza y pobreza extrema.
- El modelo para mejorar las condiciones de vida de las familias en pobreza y pobreza extrema desde el enfoque de seguridad alimentaria que el Programa REDESA ha desarrollado en su implementación, es susceptible de ser adoptado por las entidades del Estado con una alta probabilidad de éxito.

# Introducción

La desnutrición como un problema conectado al desarrollo del país no ha sido abordado como tal durante mucho tiempo, y se ha centrado en un problema vinculado sólo a la distribución de alimentos, por un mal entendimiento de los factores reales que conducen a la desnutrición y sus consecuencias en el capital humano y la economía del país, o por factores de carácter político (1). Este enfoque de carácter alimentario no fue una visión exclusiva del Perú, de hecho este enfoque también formó parte de las estrategias y acciones realizadas en otros países (2,3).

Desde el Estado se han desarrollado varios intentos de implementar políticas destinadas a mejorar el estado de nutrición de la población. Así, en los últimos 25 años se elaboraron varios planes de alimentación y nutrición del país, los cuales no fueron implementados o lo fueron de manera insuficiente (4).

En este contexto, en el año 2001, CARE Perú inicia la implementación de un programa de seguridad alimentaria, REDESA, que tenía como objetivo central la reducción de la desnutrición crónica, y que no incluía la distribución de alimentos en sus acciones, lo cual fue una apuesta y un reto a contra corriente del contexto que se tenía desde los programas de distribución de alimentos. Es necesario señalar que también el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), a través del Programa Buen Inicio, venía implementando estrategias para mejorar la nutrición infantil bajo un enfoque fuerte de participación comunitaria y que no incluía distribución de alimentos en ninguna de sus etapas de implementación (5). Asimismo, otras entidades como PRISMA, CARITAS y ADRA también iniciaron programas con un fuerte enfoque comunitario compartiendo el mismo objetivo de reducir la desnutrición crónica (6).

<b>Periodo:</b>	Octubre 2001 - Septiembre 2006
<b>Presupuesto total:</b>	US\$ 21 340 000
<b>Población participante:</b>	58 570 familias
<b>Ámbito:</b>	Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Puno
<b>Socios y aliados:</b>	Seis direcciones regionales de salud, seis direcciones regionales de agricultura, seis gobiernos regionales, 125 gobiernos locales, MIMDES, MINAG, SENASA, MINSA, oficinas regionales PRONAA, asociaciones de productores, ONG nacionales e internacionales.
<b>Fuente donante:</b>	USAID Perú

El Programa REDESA estuvo concebido para contribuir a reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de tres años, y mejorar los niveles de seguridad alimentaria de las familias en pobreza y pobreza extrema que residen en 125 distritos y 1854 comunidades rurales de Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, La Libertad, Huancavelica y Puno. La meta establecida fue de 11 puntos porcentuales en la reducción de la desnutrición crónica. Con un 34,2% (Línea de base realizada en 2002) se esperaba que al término de la intervención el porcentaje fuera de 23,2%(7).

Para cumplir esta meta se establecieron dos resultados esperados, el primero expresado en el incremento de 25% de los ingresos familiares anuales, a través del incremento del valor bruto de la producción seleccionada, del valor de la venta y del número de jornales. El segundo, en la reducción

en un tercio de la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de tres años, a través de la promoción de la lactancia materna exclusiva, de las prácticas saludables de higiene y alimentación, de la mejora en el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento. Paralelamente, fortaleció la gestión de los gobiernos regionales y locales e incidió en la implementación de estrategias regionales de seguridad alimentaria.

Su principal desafío era hacer frente a la desnutrición infantil y a la pobreza, a partir de un mayor empoderamiento de la población y la participación de un mayor número de actores, superando el corte asistencialista, enfoque que vino caracterizando muchos de los proyectos y programas de seguridad alimentaria en el país. La intervención estuvo marcada por diversas etapas, cada una de ellas con un propósito específico, cuya sumatoria contribuyó al logro de sus objetivos.

Etapas	Años	Acciones
Primera etapa	2002	Adecuación de estrategias
Segunda etapa	2003	Pruebas de intervención
Tercera etapa	2004	Afianzamiento/ expansión
Cuarta etapa	2005	Consolidación – sistematizaciones
Quinta etapa	2006	Transferencia

## El incremento sostenible de los ingresos de las familias pobres

El objetivo de incremento sostenible de los ingresos familiares tuvo como meta incrementar los ingresos anuales de las familias en un 20%.

En el gráfico 1, se ilustra los resultados esperados y actividades propuestas para alcanzar este objetivo.

**Gráfico 1: Resultados y actividades - ingresos**

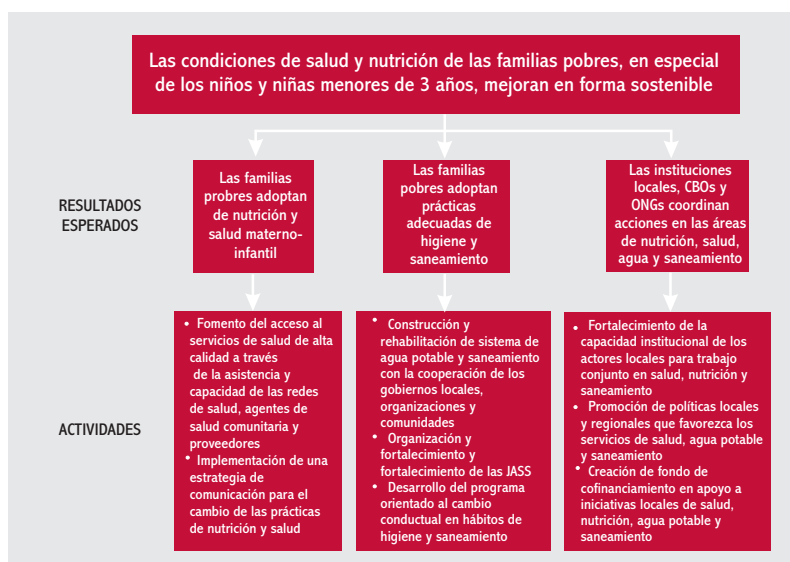


## La mejora sostenible de las condiciones de salud y nutrición de las familias pobres, especialmente de los niños y niñas menores de tres años

Para este objetivo se definió la meta de reducir el porcentaje de niños con enfermedades diarreicas agudas (EDA) en un 30%. En tanto el porcentaje encontrado en la Línea de base fue de

29%, se esperaba que al término de la intervención, la prevalencia de EDA fuera de 20%. En el Gráfico 2, se aprecia los resultados esperados y actividades para lograr este objetivo.

**Gráfico 2: Resultados y actividades - salud**



# **1. Desarrollo metodológico de la evaluación**

---



### El objetivo

El estudio de evaluación final se realizó con la finalidad de evaluar el nivel de impacto, efectos y resultados logrados del Programa REDESA y medir sus intervenciones en términos de sostenibilidad y replicabilidad para su posible institucionalización en políticas y programas del Estado. Se consideró los objetivos específicos siguientes:

- Evidenciar los cambios y resultados logrados en términos de eficiencia y efectividad y establecer la relación causa efecto entre las acciones realizadas y el impacto logrado.
- Analizar las estrategias y procesos generados y aplicados en el programa y su contribución al logro de los objetivos, así como identificar los factores externos que influyeron en el logro de los resultados.
- Analizar los principales alcances y limitaciones para la sostenibilidad y replicabilidad de la intervención, de tipo financieras, de gestión, de planeamiento y sistemas operativos y las recomendaciones para superar estas limitaciones.
- Identificar los principales procesos de aprendizaje institucional a partir del cual CARE pueda contribuir a la estrategia nacional y regional de seguridad alimentaria y analizar las estrategias que podrían institucionalizarse en las políticas y programas de nutrición del gobierno nacional, regional y local.

### La metodología

En el año 2002 el Programa levantó una línea de base a efectos de servir como punto inicial de las acciones y cuantificar las variables que se esperaba mejorar con la intervención. Así, en el año 2004, se llevó a cabo una evaluación intermedia, la cual comparó sus hallazgos con los datos de línea de base, realizada en el 2002.

#### a. Recolección de la información

Para determinar los efectos, resultados e impactos del Programa REDESA y verificar si sus objetivos se han cumplido, se decidió aplicar una encuesta de hogares, cuyos resultados fueran comparados con los obtenidos en la línea de base. Esta acción permitiría verificar los indicadores cuantitativos. Para efectos de la aplicación y en correspondencia con los objetivos e indicadores, se diseñaron dos tipos de cuestionarios:

- **Cuestionario socio-económico**, cuyo diseño y contenido fue el mismo de la cédula de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), lo que permitiría establecer la metodología para la determinación de la línea de pobreza y hacerla comparable con las estadísticas nacionales. Esta misma encuesta se empleó en la aplicación de la línea de base.
- **Cuestionario de salud-nutrición**, se basó en la cédula de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que es la encuesta

especializada en temas de salud materno-infantil del país, lo cual permitiría realizar comparaciones con las estadísticas del país.

Asimismo, para identificar los procesos y elementos de aprendizaje, junto con los de sostenibilidad, que son por su naturaleza de carácter cualitativo, se llevó a cabo entrevistas a autoridades de las instituciones locales (alcalde, director regional de salud, director regional de agricultura, entre otros), grupos focales con los beneficiarios (asociaciones de productores, grupos organizados de madres, juntas administradoras de servicios de saneamiento, proveedores comunitarios de asistencia técnica, entre otros) y con los socios locales (profesionales del sector salud, del sector agricultura, funcionarios de los municipios y de gobiernos regionales, entre otros)

## b. La muestra

El marco muestral estuvo constituido por las

comunidades o centros poblados intervenidos por el Programa que figuran en la base de datos del mismo, como parte del proceso de selección de la muestra, se verificó que estas comunidades no formaran parte de aquellas intervenidas por el Programa Juntos que es un programa de transferencias monetarias condicionadas en el cual el Estado Peruano entrega S/. 100.00 a las familias beneficiarias. Trás la verificación se estableció que ninguna de las comunidades intervenidas por el Programa formó parte de la intervención del Programa Juntos hasta la fecha que se realizó la evaluación. La muestra fue construida para tener representatividad en cuatro ámbitos de acuerdo a la definición de oficinas regionales con las que operó el Programa: Ancash, Ayacucho (incluye Apurímac, Ayacucho y Huancavelica), Cajamarca y Puno.

La muestra representativa de la población beneficiaria en el ámbito de intervención fue de 1 597 hogares, distribuidos de la siguiente forma: Ayacucho (incluye Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) 430, Ancash 328, Cajamarca 411 y Puno 427.

### Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se determinó a partir de la fórmula del muestreo aleatorio simple considerando la tasa de desnutrición para cada corredor económico que arroja la línea de base. El nivel de confiabilidad aplicado fue 95% y el error de muestreo fue +/- 8,0%. Se aplicó la fórmula del tamaño de la muestra siguiente:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

donde:  $n_0 = \frac{Z^2pq}{e^2}$

- n** = Número de muestra en proporciones con población finita
- N** = Tamaño de la población
- n<sub>0</sub>** = Número de muestra en proporciones con población infinita
- Z** = Nivel de confianza (Z=1.96 para 95% de confianza)
- p q** = Varianza poblacional de la proporción (p=q=0.5 maximiza n<sub>0</sub>)
- e** = Error de muestreo



### c. Análisis y procesamiento

Las encuestas socio económicas y de salud y nutrición, fueron revisadas en su consistencia por los supervisores de campo antes de ser procesadas. La digitación de las encuestas se realizó con controles de rango e ingreso para minimizar los errores de digitación, posteriormente se realizaron análisis exploratorios de consistencia. El procesamiento de la información se hizo con el programa SPSS V. 10. Para determinar el porcentaje de desnutrición crónica los niños investigados, se calculó el índice talla para la edad expresado en desviaciones estándar. Para ello se empleó el programa informático EPI INFO 2000, se asumió como niño o niña desnutrida cuando el valor del índice

talla para la edad fuera menor a dos desviaciones estándar con respecto de la media de la población de referencia (8).

La información de los grupos focales fue procesada agrupando las respuestas en categorías según el tópico tratado durante la reunión, luego se estableció categorías de respuestas construidas sobre la base de las opiniones obtenidas.

La información de las entrevistas a profundidad fue ordenada según los temas tratados y luego ordenada agrupando las opiniones según el tipo de respuesta. Posteriormente se hizo un análisis de las respuestas cotejando las opiniones con la información recabada en los grupos focales.



## **2. Resultados de la evaluación**

---



### 2.1 Percepción de la población objetivo

---

#### 2.1.1 En relación al incremento de los ingresos familiares

---

Este objetivo se sustentó en la premisa que, en la medida que los pequeños productores beneficiarios del Programa logren colocar sus productos de manera competitiva en los mercados, aumentarían sosteniblemente sus ingresos y por consiguiente se crearían las condiciones para un mayor y mejor acceso a los alimentos y al consumo de los mismos. Para lograrlo, se planteó las siguientes estrategias de intervención en temas de desarrollo productivo y económico, en apoyo a los pequeños productores beneficiarios:

##### Las cadenas productivas

Identificando productos con potencial real de mercado. Se trabajó con familias que habitualmente destinan parte de su producción a las ventas.

##### Los sistemas productivos

Esta estrategia se enfocó en productos sin potencial de mercado, pero importantes para la

nutrición de la familia, en ámbitos de alta incidencia de desnutrición crónica. Se desarrolló con familias que orientaban su producción básicamente al autoconsumo, facilitando el apoyo de asistencia técnica para mejorar sus sistemas productivos, complementándose con actividades educativas en alimentación y nutrición.

##### Los proyectos piloto productivos

Para validar la viabilidad de nuevas propuestas económicas y productivas de determinados productos en un ámbito geográfico, se implementaron proyectos tendientes a lograr un cambio tecnológico, diversificar el sistema productivo y según el potencial, promover su inserción, en mercados competitivos también con enfoque de cadena productiva.

Los productos relevantes apoyados por el Programa en los corredores económicos del ámbito de REDESA, se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 1. Productos relevantes promovidos por REDESA

Corredor	Productos	Ámbito
ANCASH	Maíz choclo, semilla de maíz choclo, chirimoya y habas	Huari
	Alcachofa	Huari y Huaylas Norte
	Avena	Huari, Huaylas Norte y Huaylas Sur
	Cuyes	Huari, Huaylas Norte y Huaylas Sur
	Lácteos y derivados	Huaylas Sur
	Kiwicha y olluco	Huaylas Norte
PUNO	Pastos cultivados, lácteos y derivados	Azángaro, Huancané y Melgar
	Engorde de ganado vacuno	Azángaro y Huancané
	Huertos familiares	
	Truchas	Azángaro, Huancané y Melgar
	Tejidos, cerámica y ovinos	Huancané Melgar
CAJAMARCA	Frijol y lenteja	Cajabamba
	Chirimoya, taya y animales menores	Valle Alto del Jequetepeque
AYACUCHO	Lácteos y palto	Apurímac y Huamanga
	Lúcuma, chirimoya, granadilla, naranja y níspero	Apurímac
	Arveja, habas, papa y papa industrial, maíz, cebada trigo y cuyes	Huancavelica, Apurímac y Huamanga
	Frijol	Apurímac y Huancavelica
	Tubérculos andinos, artesanía y cerámica	Huancavelica y Huamanga

Fuente: Informes regionales 2002-2006 e Información del Sistema de Monitoreo y Evaluación. CARE Perú.

Con la finalidad de facilitar la inserción en el mercado de los pequeños productores beneficiarios se desarrolló y fortaleció cadenas productivas. Para consolidar y darle sostenibilidad a estas cadenas, REDESA impulsó la formación y fortalecimiento de organizaciones de productores vinculadas a las cadenas productivas en socios con entidades públicas (Servicio Nacional de Sanidad Animal -

SENASA, el Ministerio de Agricultura -MINAG, el Instituto Nacional de Investigación y Extensión Agropecuaria-INIEA, privados [ONG y empresas]) y los gobiernos locales para su inserción en presupuestos participativos y planes de desarrollo. Como ejemplo podemos citar que en el corredor Ancash se ha logrado incorporar en los presupuestos participativos proyectos relacionados

con las cadenas productivas de avena, maíz choclo y tara. Según corredores económicos, se definieron productos con mayor posibilidad de insertarse en el mercado:

**Corredor Ancash.** alcachofa, maíz choclo, avena, lácteos y derivados, hortalizas y cuyes.

**Corredor Ayacucho:** papa y papa industrial, haba, arveja, cerámica y textil.

**Corredor Cajamarca:** lácteos y derivados, frijol, lenteja, taya (tara), chirimoya y cuyes

**Puno:** lácteos y derivados, engorde de ganado vacuno, truchas, tejidos y cerámica

### La opinión de los productores sobre las actividades ejecutadas

**Respecto a la asistencia técnica y capacitación.** Los productores y productoras calificaron como *bueno* los servicios de asistencia técnica recibidos, porque les transfirieron técnicas mejoradas para sus procesos productivos, les apoyaron con insumos y materiales, y en algunos casos financiaron el 50% del equipamiento (particularmente se mencionó las plantas queseras de Ayaviri).

Como resultado de este apoyo, mencionaron la mejora de problemas de sanidad, sistemas de producción, presentación de productos, incremento de rendimientos y calidad e incorporación de productos más rentables. Asimismo, mencionaron que el servicio de asistencia técnica fue brindado mayormente por técnicos y profesionales contratados por REDESA, profesionales de SENASA, agro-

operadores y empresas privadas que compran la producción.

Consideraron necesario que la asistencia técnica continúe abordando los temas priorizados: sanidad, mejoramiento de razas, crianzas con fines empresariales, presentación del producto, uso de Internet, información de mercados y articulación al mercado.

Los productores participantes de Huaylas Sur y Norte, Cajabamba, Celendín y Huancavelica manifestaron no estar en condiciones económicas de pagar el costo de la asistencia técnica, en comparación con los productores de Ayaviri, Huancané, Huari y Andahuaylas, quienes señalaron que podrían pagar una parte del costo de la asistencia técnica.

**La capacitación recibida**, fue calificada como *bueno*, porque les permitió adquirir mejores conocimientos. Señalaron no estar en condiciones de asumir los costos de futuros eventos pero sí estarían dispuestos a asumir parte del costo, y a buscar el apoyo de otras instituciones.

*“Es importante que la asistencia continúe para completar el ciclo de mejora de la calidad de los productos de acuerdo a exigencias del mercado”.*

Productores de Huancané

**El acceso competitivo al mercado.** Señalaron que, aún cuando algunos productos tienen demanda en el mercado internacional y han logrado contactos comerciales con empresas agro exportadoras y empresas privadas, la mayoría de los productores no han establecido contactos comerciales permanentes para sus productos. Ellos venden a intermediarios de los mercados mayoristas de Lima y otras regiones y, en algunos casos a programas sociales del ámbito local.

Añadieron que enfrentan dificultades para insertarse en el mercado, tales como la competencia que repercute en los precios, altos costos de transporte, falta de registros sanitarios, falta de formalización legal de algunas asociaciones de productores y falta de boletas para vender sus productos, entre otros.

Mencionaron el apoyo de REDESA en la participación en ferias locales, regionales y extra regionales, en ruedas de negocio para establecer contactos directos con empresarios, en exposiciones para exhibición de productos, en pasantías, en la elaboración de catálogos para mostrar productos y conexión por Internet (textiles y cerámica), en construcción de centros de acopio, en la promoción de productos en otras regiones, y principalmente en la formación y fortalecimiento de las asociaciones de productores.

**El apoyo a las organizaciones de productores.** Coincidieron en señalar, que a pesar del apoyo recibido por el Programa, aún falta consolidar sus organizaciones conformadas y desarrollar capacidades en la búsqueda de mercado para sus productos. Calificaron como *bueno* el apoyo recibido en la conformación y funcionamiento de sus organizaciones, ya que les permitió reactivar las existentes, conformar otras, mejorar su capacidad para trabajar en equipo y para mejorar la documentación, tramitación y constitución legal y registros.

**Respecto al apoyo al acceso al crédito.** En opinión de la mayoría de los productores, las actividades del Programa no han logrado facilitar el acceso de los productores al crédito formal. Indican que las limitaciones se produce por las exigencias de las entidades financieras, tales como; falta de registros, de licencias, de actas de constitución, el bajo volumen de producción que no garantiza el crédito y la falta de avales. Las entidades crediticias como FONDEPES, Caja Los Andes, EDYFICAR entre otras, exigen como garantías los testimonios de bienes inmueble. Mencionaron el apoyo de REDESA en la adquisición de herramientas, materiales e insumos; y para la formación de fondos rotatorios de productores.

### 2.1.2 En relación a la mejora de las condiciones de salud y nutrición de las familias pobres, especialmente de los niños y niñas menores de tres años

La estrategia de intervención se sustentó fundamentalmente en actividades de promoción de buenas prácticas en nutrición y salud, así como en la mejora de las familias al acceso al agua y al saneamiento a través de la instalación de sistemas

de agua y letrinas. Estas acciones planteaban la necesidad de generar capacidades locales a partir de un involucramiento del sector salud y los gobiernos locales, sumado a una estrategia de comunicación y el seguimiento permanente a los



niños y niñas del ámbito de intervención, para evaluar periódicamente su desarrollo y estado de salud y nutrición. Este seguimiento se realizó a través de un censo anual de la totalidad de niños y niñas menores de tres años, denominado Monitoreo al Cliente.

Se identificaron y priorizaron las siguientes prácticas de salud y nutrición: el lavado de manos en los momentos críticos, la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria adecuada, la alimentación adecuada durante la enfermedad, la alimentación adecuada durante la gestación y la lactancia. Asimismo, la sostenibilidad de la infraestructura de agua y saneamiento instalada requería la organización y fortalecimiento de la capacidad de las juntas administradoras de servicios de agua (JASS) para operar y mantener los sistemas.

Cobro relevancia la conformación de las redes de asociado, para asegurar la sostenibilidad de la intervención. En tal sentido, se realizó una intensa labor de promoción e incidencia para que las instituciones locales, organizaciones sociales de base y las ONG coordinen acciones en las áreas de salud, nutrición, agua y saneamiento, incluyendo la implementación de políticas de seguridad alimentaria y de atención a la primera infancia.

### La opinión de la población sobre las actividades ejecutadas

**Respecto a la capacitación en prácticas de salud, alimentación e higiene**, los diversos actores entrevistados coinciden en señalar y relevar el importante aporte de REDESA en la mejora del estado nutricional de los niños y niñas y sobretodo en la transmisión de conocimientos que les ha

permitido conocer como prevenir la desnutrición. Las metodologías que más destacan en opinión de la población es aquella para el lavado de manos y la de sesiones demostrativas para la alimentación infantil.

**Respecto del acceso al agua y al saneamiento**, la población y particularmente las autoridades, consideran fundamental el aporte financiero y principalmente técnico para la instalación de este importante servicio. Al respecto, la población destaca que, gracias a la acción del Programa, los gobiernos locales están invirtiendo más dinero en estas obras, y que ellos mismos como población se hallan mejor organizados para lograr un adecuado mantenimiento y operación de los sistemas, gracias a la conformación y fortalecimiento de las JASS.

**Respecto de la vigilancia de la salud y nutrición**, la población considera que ahora sabe de manera oportuna el estado de nutrición y salud de su niño o niña y que tiene una mejor coordinación con el establecimiento de salud gracias a los sistemas de vigilancia comunal que se han implementado. De otro lado, los trabajadores del sector salud, consideraron un aporte importante los sistemas de vigilancia comunitaria para mejorar su cobertura y acción oportuna.

**Respecto de la construcción de redes y la incidencia para la seguridad alimentaria**. las autoridades manifestaron que el tema de la seguridad alimentaria ahora forma parte los planes de desarrollo local y regional, y que se ha incrementado el presupuesto destinado a estas acciones. Una evidencia notable es la forma en la cual los gobiernos regionales de Huancavelica y Ancash, así como otros gobiernos provinciales han destinado recursos de sus presupuestos participativos para acciones de seguridad alimentaria.

Con respecto a esta opinión de las autoridades, cabe señalar que el Programa impulsó acciones (instalación de sistemas de agua y letrinas, infraestructura productiva, campañas educativas, entre otras) cuyo financiamiento fue compartido con gobiernos regionales y municipales. En el primer

año estos gobiernos aportaron el 30% del costo de estas acciones, y en el último año incrementaron su aporte que llegó a superar el 80%, lo cual demuestra su compromiso y da evidencia de la sostenibilidad de estas acciones más allá del Programa.

## 2.2 Impacto en los principales indicadores

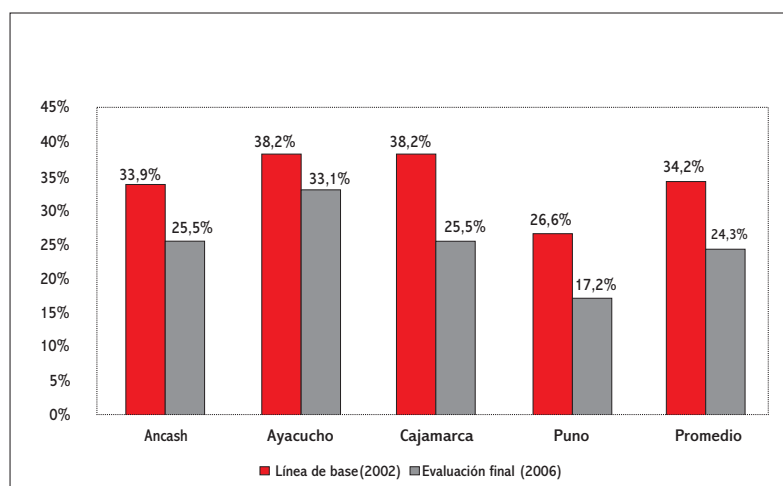
El análisis de impacto se centra en analizar la evolución que han tenido los indicadores en el entorno del Programa, para evaluar si su acción ha influido en la mejora de las condiciones de vida de la población.

### ■ Impacto en la reducción del porcentaje de desnutrición crónica

Los resultados de la encuesta muestran una disminución de la tasa de desnutrición crónica de 9,9 puntos porcentuales ( $p < 0,0001$ ), es decir, se logró un 90% del

cumplimiento de la meta planteada. Considerando que la prevalencia de la desnutrición crónica en las zonas rurales del país se ha mantenido constante del año 1996 al 2005 (10,11), resulta relevante que el Programa REDESA haya logrado una reducción tan importante, lo cual es la evidencia que la estrategia adoptada cuenta con elementos clave que generan impacto en el estado nutricional de la población infantil del medio rural.

**Gráfico 3: Porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de tres años beneficiarios del Programa REDESA**



La información muestra además que en el ámbito de Cajamarca y Puno, los impactos fueron mayores, ya que la reducción experimentada equivale a 12,7 y 9,4 puntos porcentuales (pp), respectivamente. En Ancash y Ayacucho (incluye Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) el descenso fue menor pero igualmente significativo dado que el porcentaje de desnutrición pasó de 33,9% a 25,5% en Ancash (8,4pp) y de 38,2% a 33,1% en Ayacucho (5,1pp). En todos los casos la reducción fue significativa ( $p < 0,0001$ ).

Asimismo, cuando comparamos los puntajes Z de los índices de talla para la edad (línea de base versus evaluación final), que nos permite ver la conducta del crecimiento de los niños en su conjunto, observamos que en efecto hay una mejora estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) en la talla de los niños, la cual alcanza una mejoría de 0,3 puntos de desviación estándar en la totalidad de los niños intervenidos (ver Cuadro 2). Esto demuestra que la mejora del crecimiento ha sido un hecho generalizado en la población intervenida.

**Cuadro 2. Media del puntaje Z del índice talla para la edad de los niños y niñas beneficiarios del Programa REDESA, Línea de base y Evaluación final**

Ámbitos	Línea de base			Evaluación final			P
	Media	Varianza	n	Media	Varianza	n	
Ancash	-1.5578	2.0634	656	-1.2629	1.8724	534	0.00033
Ayacucho	-1.7904	1.3435	638	-1.3578	1.4994	683	0.00000
Cajamarca	-1.7088	2.1230	670	-1.3739	1.6673	666	0.00000
Puno	-1.4523	1.4946	679	-1.2154	1.1600	695	0.00014
Total	-1.6251	2.6410	2643	-1.3039	1.7001	2578	0.0000

Diversos programas implementados en varias partes del mundo, que han incluido el componente de participación comunitaria como un componente importante, han evidenciado reducciones que van desde 1 a 2 pp por año de la desnutrición global (9) la cual emplea el índice de peso para la edad a diferencia de la desnutrición crónica que emplea el índice talla para la edad.

En el caso del país, como ya hemos mencionado, la desnutrición crónica se ha mantenido casi inalterable, sin embargo, cuando se verifica el desempeño según ámbitos de residencia, se observa

una clara inequidad en la evolución de la desnutrición crónica. Mientras que en las zonas urbanas del país en el periodo 2000 – 2005 ocurre una disminución de 3,3 pp, de 13,4% a 10,1%, en las zonas rurales la reducción es de 1,2 pp de 40,2% a 39%, lo cual da como promedio nacional una reducción de 1,3 pp, 25,4% a 24,1% (10, 11), es decir, una reducción de casi 0,25 pp por año. En este contexto descrito, el resultado logrado por el Programa REDESA que alcanza a una reducción de casi 2 pp por año, es un resultado que debe ser tomado en cuenta como parte de las estrategias que el Estado busca implementar para reducir la desnutrición crónica.

Un hecho necesario de remarcar es que el Programa REDESA no contempló la distribución de alimentos como parte de su estrategia sino que más bien privilegió en lo comunal el desarrollo de capacidades de las familias para el cuidado de la salud y la realización de buenas prácticas de alimentación e higiene. Este resultado da evidencia que la asistencia alimentaria no es un requisito indispensable para lograr resultados exitosos en la reducción de la desnutrición crónica, lo cual no niega que en circunstancias y poblaciones específicas no sea necesaria. Varios estudios con representatividad nacional han documentado que para la población infantil del Perú el consumo inadecuado de energía se circunscribe a zonas específicas del país, que el consumo de proteínas totales es adecuado, que el consumo inadecuado de proteínas de origen animal se localiza fundamentalmente en la zona de la sierra sur del país, y que el nutriente que si mostraría un real consumo deficiente es el hierro (12, 13).

#### ■ Incremento global del nivel de ingresos de los hogares

Los resultados de la encuesta muestran que la meta fue superada, ya que el Ingreso anual familiar asciende a S/. 6 202.00, es decir, que las familias perciben un ingreso mensual de S/. 516.00. Este ingreso anual es 61% superior al registrado en la Línea de base que ascendió a S/. 3 855.00 ( $p < 0,001$ ).

Puno presenta el mayor incremento, 126% con relación a la línea de base de la misma región (línea de base S/. 3 305.00, evaluación final S/. 7 473.00). En el caso de

Cajamarca, la evaluación final registra ingresos familiares anuales de S/. 7 087.00, superior en 68% al registrado en su línea de base (S/. 4 218.00). En Apurímac, Ayacucho y Huancavelica el Ingreso familiar anual fue de S/. 4 928.00, que representa un incremento de 43% respecto a su Línea de Base (S/. 3 448.00). En el caso de Ancash, el ingreso familiar anual encontrado fue de S/. 4 691.00, superior en 5% al de su línea de base (S/. 4 446.00)<sup>1</sup>.

De acuerdo a lo planteado por el Programa, se esperaba que el incremento de los ingresos familiares contribuyera a la mejora del estado nutricional de los niños, al respecto existe evidencia que muestra que bajos niveles de ingresos están asociados con mayor probabilidad de desarrollar desnutrición, esto verificado en familias que viven con ingresos per cápita inferiores a un dólar al día (14, 15), aquí es necesario señalar que para establecer la asociación se empleó el indicador de desnutrición global (construido sobre el índice peso para la edad).

Estos incrementos de los ingresos familiares anuales en familias que viven en condiciones de pobreza extrema son un resultado importante en la lógica que ha existido por mucho tiempo de que las intervenciones destinada a mejorar el acceso de los productores pobres a mercados competitivos son muy difíciles de realizar precisamente por su condición de carencia de capitales (físicos, monetarios, humanos). Al respecto ya se han desarrollado diversas investigaciones en el país que apoyan que si es posible trabajar el tema de competitividad y acceso al mercado con familias en pobreza extrema (16,17).

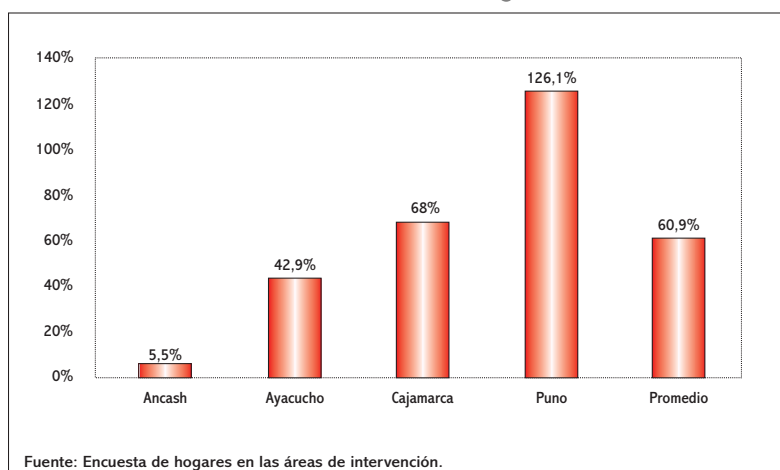
<sup>1</sup> Es importante indicar que debido a que la encuesta fue aplicada a las familias que tenían niños menores de 3 años, el monto de ingresos corresponde específicamente a ellos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un porcentaje de productores atendidos por el proyecto, no tenían niños en este rango de edad. Ello cobra una especial relevancia en el corredor Ancash.

Por otro lado, es necesario señalar que el país viene viviendo un proceso de crecimiento económico sostenido que se refleja en el incremento del PBI en un promedio del 5% por año (18), sin embargo, este crecimiento no se estaría reflejando en la misma proporción en la mejora de los ingresos de las familias de manera general. A pesar de ello, a partir de análisis secundarios de la ENAHO, se ha evidenciado en las zonas rurales del país un incremento de los gastos de las familias, lo cual refleja un incremento de sus ingresos. Así, entre el año 2001 y el 2004, el

incremento per cápita de los gastos en la zona rural del país llegaría a 16,2%, cuando se circunscribe este análisis a la región sierra del país este incremento sería de 4,3% (19).

A la luz de las estadísticas nacionales, el incremento de 61% de los ingresos familiares logrado por el Programa REDESA resulta significativo como experiencia que debe ser tomada en cuenta en los diseños de intervenciones futuras.

**Gráfico 4: Tasa de incremento del ingreso anual familiar**



■ **Incremento del nivel de ingreso neto agropecuario y estructura del ingreso**

No obstante, desde el punto de vista de la estrategia de REDESA, la variación que cobra mayor relevancia es la referente al ingreso por actividad agro pecuaria, debido a que las acciones estuvieron especialmente dirigidas a este sector. Así, en promedio,

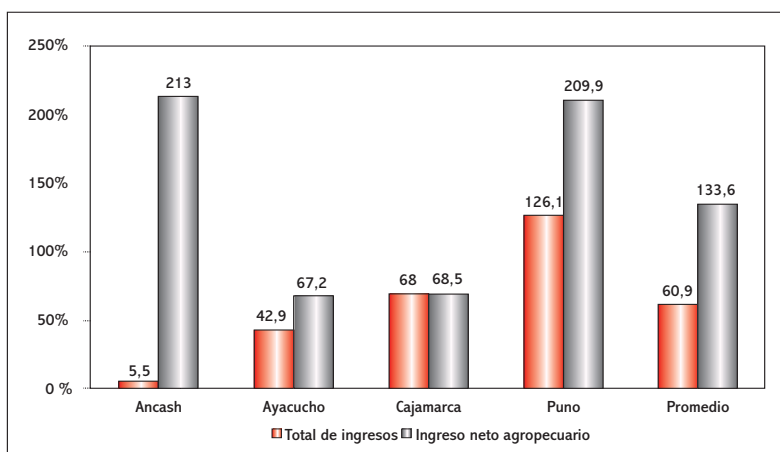
los ingresos familiares correspondientes a esta actividad pasa de S/. 1 498.00 en la línea de base a S/. 3 499.00 en la evaluación final, lo cual representa una tasa de incremento de 133,6%.

La diferencia más significativa corresponde al corredor Ancash, dado que el ingreso correspondiente a la actividad agropecuaria

pasó de S/. 853.00 a S/. 2 671.00, lo que representa un incremento de 213,1% (mientras que el aumento de ingresos totales fue de 5%). Esta diferencia se sustenta en

el cambio radical en la estructura de los ingresos, incrementándose el ingreso neto agropecuario de 19% a 57% en el periodo.

**Gráfico 5: Tasa de incremento del ingreso neto agropecuario y del ingreso total de las familias**



En el corredor Puno, el nivel promedio por ingreso agropecuario se incrementa en 209,9% (pasa de S/. 1 480.00 a S/.4 587.00) como consecuencia que en la evaluación final este ingreso representa el 61%, mientras que en la Línea de base era de 45% del total de ingresos de las familias. En el caso de Ayacucho, se visualiza que la tasa de incremento del ingreso agropecuario es de 67,2%, algo superior a los

Ingresos totales (42,9%) como reflejo que en la estructura del ingreso, la actividad agropecuaria pasó de 57% a 66% en el mismo periodo. En Cajamarca, no se verifica un cambio sustantivo en el porcentaje de ingresos correspondiente a la actividad agropecuaria (40% en ambos periodos).

El cuadro siguiente muestra la estructura del ingreso anual de las familias en términos absolutos.

Cuadro 3. Estructura del ingreso anual de las familias

Característica	Línea de base (LB)	Evaluación final (EF)	Corredor							
			Ancash		Ayacucho		Cajamarca		Puno	
			LB	EF	LB	EF	LB	EF	LB	EF
<b>INGRESO POR ACTIVIDAD AGROPECUARIA</b>	1 498 39%	3 499 56%	853 19%	2 671 57%	1 960 57%	3 276 66%	1 700 40%	2 865 40%	1 480 45%	4 587 61%
<b>OTROS INGRESOS</b>	2 357 61%	2 703 44%	3 593 81%	2 020 43%	1 488 43%	1 652 34%	2 518 60%	4 222 60%	1 825 55%	2 886 39%
Compra venta de productos	196	176	280	189	129	40	261	165	112	260
Compra venta de animales	111	125	80	31	101	49	168	235	96	168
Taller / tienda	215	150	357	90	218	80	173	237	112	181
Venta eventual de mano de obra	1 099	1 670	1 637	1 228	821	1 244	970	2 571	965	1 676
Empleo fijo remunerado	526	521	960	454	137	123	614	942	391	560
Donaciones de alimentos	43	30	73	17	0	111	91	3	8	4
Remesas del exterior	25	18	43	0	9	4	45	63	3	10
Actividades relacionadas con Turismo	6	4	16	11	7	1	0	5	0	0
Otros ingresos	137	9	146	0	65	0	197	0	139	27
<b>TOTAL INGRESO FAMILIAR</b>	<b>3 855</b>	<b>6 202</b>	<b>4 446</b>	<b>4 691</b>	<b>3 448</b>	<b>4 928</b>	<b>4 218</b>	<b>7 087</b>	<b>3 305</b>	<b>7 473</b>

#### ■ Gasto en alimentos

Sin embargo, el efecto más deseado es que esta mejora de ingresos se traduzca en un mayor gasto en alimentos, tanto en cantidad como en calidad, con el fin contribuir a la reducción de la desnutrición. Este argumento de basa en la evidencia que en países en desarrollo la propensión marginal a gastar en alimentos (razón entre el incremento o disminución de la compra de alimentos cuando los ingresos incrementa o disminuyen) es más alta en los pobres que entre los no pobres. De esta

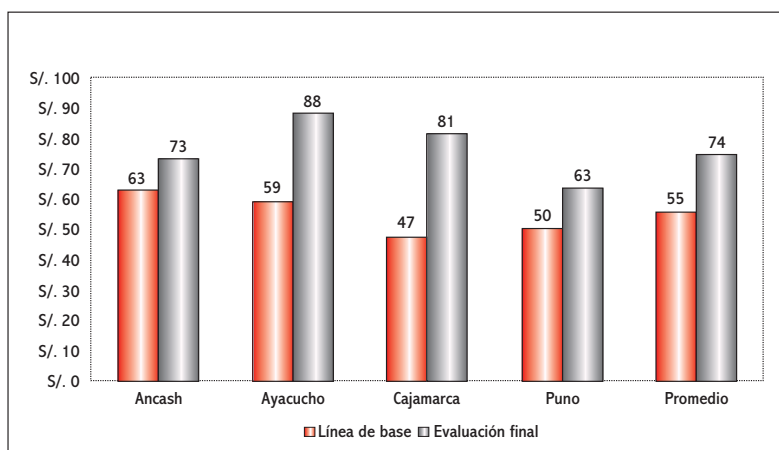
forma, se ha evidenciado que si no se tiene dinero para gastarlo de forma libre hay un mayor riesgo de desnutrición (21). En ese contexto, se aprecia que hay un aumento en el nivel de gasto per cápita del consumo de alimentos, en todos los corredores, con relación a la Línea de base. Así, en el promedio general, el monto mensual del gasto per cápita asciende a S/. 74.00, que es superior en 35% al registrado en la Línea de base que ascendió a S/. 55.00 ( $p < 0,001$ ).

Este resultado muestra los efectos positivos de las acciones del programa en las áreas de intervención. Cajamarca ostenta el mayor incremento respecto a su línea de base con un 72%, en virtud a los S/. 86.00 per capita que destina a sus gastos en alimentos. En importancia le sigue Puno con un incremento del 25% (S/. 63.00 vs S/. 50.00). En el caso de Ayacucho se aprecia que el nivel superior del gasto per

capita en alimentos (S/. 88.00) es casi el 50% del de su línea de base (S/. 59.00).

Este resultado, que muestra que las familias han incrementado sus ingresos y que consistentemente también ha incrementado sus gastos en alimentos, es concordante con otros estudios que señalan que familias muy pobres que incrementan sus ingresos en 10 pp, también incrementan su gasto en alimentos en 10 pp (22, 23).

**Gráfico 6: Gasto mensual per cápita en alimentos (en Nuevos Soles corrientes)**



### ■ Inequidad distributiva

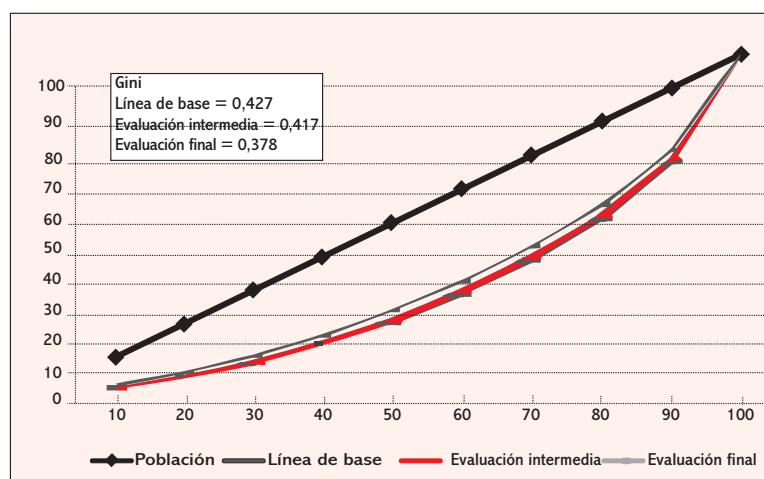
Otro aspecto para el análisis es si el incremento verificado de ingresos implicó también una mejora en la equidad distributiva. El coeficiente de Gini permite apreciar muy claramente las implicancias en la distribución de los ingresos y gastos

durante el periodo de intervención. El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y todos los demás ninguno)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> El coeficiente de Gini se calcula como una ratio de las áreas en el diagrama de la curva de Lorenz. Si el área entre la línea de perfecta igualdad y la curva de Lorenz es A, y el área por debajo de la curva de Lorenz es B, entonces el coeficiente de Gini es  $A/(A+B)$ . Esta ratio se expresa como porcentaje o como equivalente numérico de ese porcentaje, que es siempre un número entre 0 y 1. El coeficiente de Gini se calcula a menudo con la fórmula de Brown.



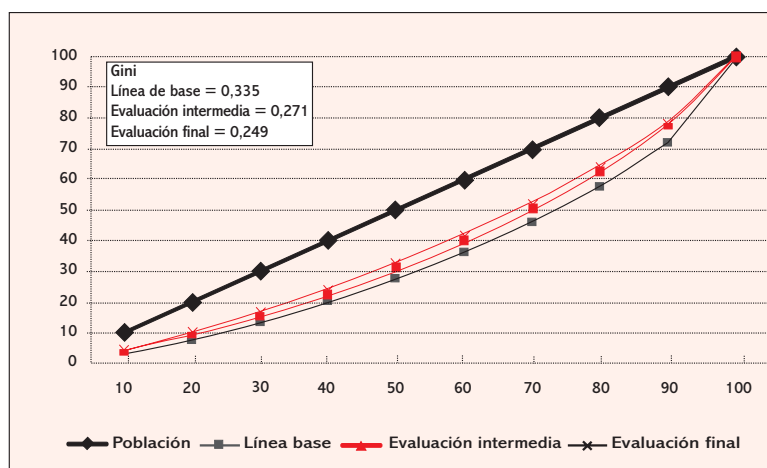
Gráfico 7. Distribución del ingreso familiar



Los resultados de la encuesta muestran asimismo que las brechas existentes en los niveles de ingresos y gastos de las familias del ámbito de intervención, tienen una

tendencia hacia la reducción. El coeficiente de Gini relativo al ingreso pasa de 0,427 de la Línea de base, a 0,417 en la evaluación intermedia y a 0,378 en la evaluación final.

Gráfico 8. Distribución del gasto de consumo de los hogares



Más representativa es la información relativa a los gastos de consumo, cuyo coeficiente de Gini pasa de

0,335 en la Línea de base, a 0,271 en la evaluación intermedia y a 0,248 en la evaluación final.

## ■ Pobreza y pobreza extrema

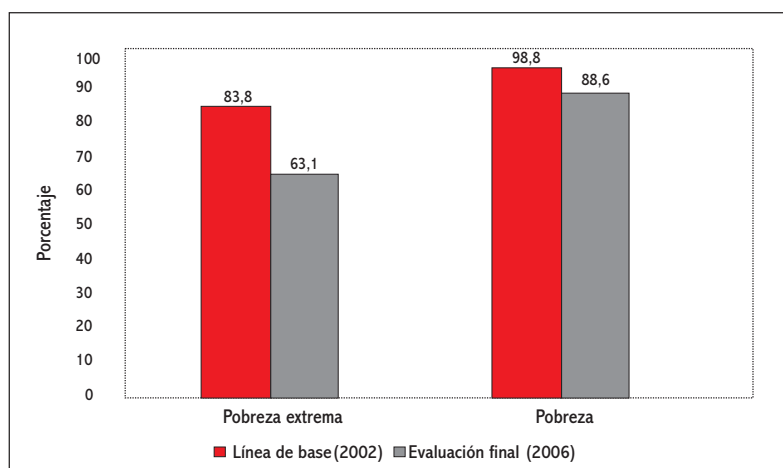
Para efectos del evaluar el impacto del Programa sobre la condición de pobreza y pobreza extrema de la población beneficiaria, se adoptó las definiciones empleadas en los Objetivos del Desarrollo del Milenio para ambos conceptos, es decir, pobreza extrema cuando los ingresos per cápita de los miembros de una familia son inferiores a un dólar al día, y pobreza cuando los ingresos per cápita de los miembros de una familia son inferiores a dos dólares al día (20). Con esta definición encontramos que la pobreza extrema se redujo de 83,8 a 63,1% ( $p < 0,001$ ), es decir que se tuvo una reducción de 4,1 pp por año, mientras que la pobreza total paso de 98,8% a de 88,6% ( $p < 0,01$ ), o sea, se tuvo una reducción de 2 pp por año.

En el Perú, de acuerdo a las estadísticas generadas a través de la ENAHO(24, 25), la reducción de la pobreza y la pobreza extrema ha sido muy modesta en el último quinquenio. Así, en el periodo 2001 – 2004,

la pobreza extrema en el ámbito rural paso de 49,8% a 40,3%, es decir una reducción de casi 2,4 pp por año; mientras que la pobreza total paso de 77,1% a 72,5%, es decir casi 1,2 pp por año. Es necesario señalar que el método para establecer la línea de la pobreza se basó en la determinación de una canasta mínima regional, cuyo valor es construido sobre el conjunto de precios de los productos y servicios básicos de cada región (25), a diferencia del método descrito anteriormente para la presente evaluación.

Entonces, aún teniendo en consideración las diferencias del método para establecer la línea de la pobreza, es claro que la contribución del Programa para reducir la pobreza es importante, puesto que casi duplica las reducciones logradas como tendencias nacionales en el ámbito rural. Esto reafirma los hallazgos vinculados al incremento de los ingresos, y constata la efectividad de las acciones desarrolladas para incrementar los ingresos de las familias.

**Gráfico 9: Reducción de la pobreza y pobreza extrema entre las familias beneficiarias del Programa REDESA**



## ■ Reducción de la incidencia de la enfermedad diarreica aguda (EDA)

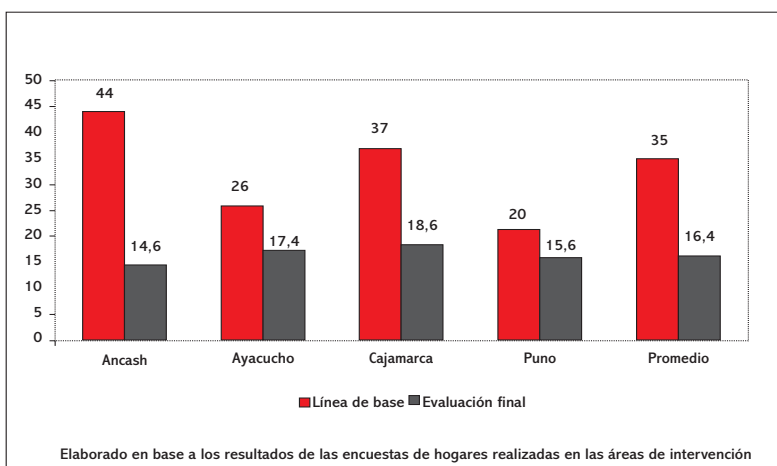
La meta esperada al 2006 era reducir en 9 pp las EDA. Los resultados indican que en el periodo de intervención se logró el doble del efecto esperado, debido a que la reducción fue de 18,6 puntos porcentuales ( $p < 0,0001$ ). Si bien los logros han sido relevantes en todos los corredores, cabe resaltar la situación de Ancash ya que la tasa de prevalencia desciende de 44% a 14,6 % (29,4 pp). Otro corredor con una reducción significativa es Cajamarca, al pasar la prevalencia de diarrea de 37% a 18,6% (18,4 pp). En el caso de Ayacucho y Puno las reducciones son de 8,6 y 4,4 pp, respectivamente. En todos los casos la reducción fue significativa ( $>0,01$ ).

El objetivo planteado por el Programa de reducir las EDA como un factor principal para reducir la desnutrición crónica, se basa en el hecho conocido que una alta frecuencia de enfermedades infecciosas puede aminorar la velocidad de su crecimiento de los niños, y en última instancia, ser causa de mortalidad.

Diversos estudios demuestran la relación sinérgica entre la desnutrición y la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas (26). La diarrea es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se ha encontrado asociada a la desnutrición (27). En este orden de ideas se ha planteado que los factores de riesgo nutricional para la diarrea pueden ser agrupados en factores de riesgo antropométrico, prácticas de alimentación en niños e infantes y estado de micronutrientes (28).

Otros estudios realizados también en el Perú dan plausibilidad a relacionar el logro del Programa de reducir las EDA con el resultado de haber reducido también la desnutrición crónica. Así, un estudio de cohorte realizado en niños peruanos seguidos desde el nacimiento hasta los 35 meses, encontró un menor crecimiento en aquellos que presentaron mayores episodios de diarrea y que vivían en condiciones sanitarias inadecuadas. En el mismo estudio, una prevalencia de 2,3% de diarrea en los primeros 24 meses de vida explicó de 2 a 27% del déficit de talla y que los efectos adversos dependieron de la edad, siendo en los primeros seis meses determinantes en la estatura del niño (29).

Gráfico 10: Porcentaje de enfermedad diarreica aguda



## 2.3 Análisis del costo de los impactos

### ■ El costo de la reducción de la desnutrición crónica

El Programa realizó una inversión neta de US \$ 21 340 000 en implementar una estrategia para reducir la desnutrición crónica de los niños y niñas del ámbito de intervención. Esta inversión ha permitido que, en el periodo de la intervención, sean atendidos 64 434 niños y niñas menores de tres años. Como se aprecia, la estrategia ha permitido que la tasa de desnutrición crónica de la zona de intervención se reduzca en 9,9 pp.

De esta manera, el Programa invirtió anualmente en promedio por cada niño o niña intervenido US \$ 66,2 y logró una reducción anual promedio de la desnutrición crónica de aproximadamente 2 pp. Podemos afirmar que por cada punto porcentual de reducción de la desnutrición crónica el Programa realizó una inversión anual de US \$ 33,5 por niño o niña intervenida.

El Fondo de las Naciones para la Infancia en el Perú (UNICEF), a través del Programa Buen Inicio, ha reportado también costos similares para la reducción de la desnutrición crónica. Así, por cada punto porcentual de reducción, ha incurrido en una inversión anual promedio de US \$ 36,4 por niño (30).

En el Perú anualmente se gasta alrededor de US \$ 250 millones en programas que distribuyen alimentos, los cuales sobre la base de la tendencia de la desnutrición crónica en el país no han mostrado resultados

(31). El programa Vaso de Leche, que tiene una población objetivo que incluye desde niños hasta ancianos (32), realiza un gasto anual de aproximado de US \$ 23 por beneficiario (33), sin mostrar resultado alguno sobre el estado nutricional de los niños. Por otro lado, el Programa PACFO que tiene un diseño para atender a niños menores de tres años y que incluye como parte de sus servicios una papilla fortificada con varios nutrientes (34), realiza un gasto anual de aproximado de US \$ 46 por beneficiario (33), y aunque ha mostrado resultados en la reducción de la desnutrición crónica estos son modestos, puesto que se ha encontrado que habría evitado un incremento de la desnutrición crónica de 2 pp entre su población beneficiaria en un periodo de 3 años, es decir 0,66 puntos por año (35).

Sobre la base de la experiencia de los programas alimentarios que funcionan en el Perú, podemos afirmar que REDESA fue realmente eficiente en su inversión por niño y niña para lograr el objetivo de reducir la desnutrición crónica.

Es necesario precisar que la inversión del programa REDESA por niño para reducir la desnutrición crónica incluye los costos de la infraestructura sanitaria (sistemas de agua y letrinas), la infraestructura productiva (canales, sistemas de riego, criaderos, plantas de transformación de alimentos, entre otras), así como el fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales, la mejora de la organización comunal, el fortalecimiento de las asociaciones de

productores y su inserción a cadenas productivas competitivas. Asimismo, la mejora de las prácticas de salud, nutrición e higiene de los niños en el hogar, lo cual ha traído consigo la reducción de las enfermedades diarreicas, el incremento de los ingresos familiares, la reducción del porcentaje de familias en condición de pobreza y pobreza extrema, el incremento de la lactancia materna exclusiva, entre otros resultados más. Por ello, la integralidad del modelo de intervención del Programa REDESA, frente a sus logros, lo hace altamente costo / eficiente.

#### ■ El costo de incrementar los ingresos de las familias

La información financiera pone en evidencia que el costo total incurrido en el periodo (considerando los costos variables + los costos fijos imputados) fue de US\$ 9 711 896. Con esta inversión, se logró que los ingresos de las familias beneficiarias se incrementen en 60,9%, con una inversión por familia de US\$ 162,30. Con

base en el incremento neto promedio de los ingresos por familia que asciende a US\$ 733, es posible señalar que por cada dólar invertido se logró que los ingresos de las familias se incrementarán en 4,5 dólares.

#### ■ El costo de reducir la prevalencia de EDA

En relación a la reducción del porcentaje de EDA, el Programa realizó una inversión de US \$ 10 573 481 en el periodo de ejecución (considerando los costos variables + costos fijos imputados). Los resultados de las acciones realizadas con esta inversión se traducen en el descenso del porcentaje de niños y niñas menores de tres años que han tenido episodios de diarrea 18,6 pp, es decir 3,7 pp por año.

Considerando el total de niños y niñas cubiertos por el Programa, la inversión anual por niño-niña asciende a US \$ 32,4. En este sentido, podemos afirmar que, por cada punto porcentual de reducción de la diarrea, el Programa realizó una inversión anual de US \$ 9,48 por niña o niño intervenido.

## 2.4 La elasticidad entre reducción de desnutrición - incremento de ingresos y reducción de la enfermedad diarreica aguda

- **La elasticidad ingresos – desnutrición**  
La elasticidad es un índice que permite establecer la forma como se comporta una variable con respecto a otra y cuantificar esa conducta. La reducción de la desnutrición

crónica lograda fue 29% (de 34,2% a 24,3%). En el caso de los ingresos familiares anuales el incremento logrado fue 60,9% (de S/. 3 855.00 a S/. 6 202.00). Entonces, por cada unidad de incremento porcentual de los

ingresos familiares se logró una reducción de 0,47 unidades porcentuales de la desnutrición crónica. Este valor representa la elasticidad entre la reducción de la desnutrición crónica y el incremento de los ingresos.

- **La elasticidad porcentaje de enfermedades diarreicas - desnutrición.** Teniendo en consideración que el porcentaje de reducción de las enfermedades diarreicas fue 53% (de 35% a 16,4%), y que el porcentaje de reducción de la desnutrición crónica fue 29%, podemos afirmar que la

elasticidad entre la reducción de la desnutrición crónica y la reducción de las enfermedades fue de 0,54.

Esta mayor elasticidad alcanzada, en comparación con la elasticidad ingresos - desnutrición, corrobora la mayor cercanía de las enfermedades diarreicas como factor inmediato para la aparición de la desnutrición crónica, en comparación de la mejora de los ingresos que es un factor mediato, de ruta más larga para contribuir a la reducción de la desnutrición (36 - 38).

## 2.5 Resultados por objetivo programático

---

### 2.5.1 En relación al incremento de los ingresos de las familias pobres

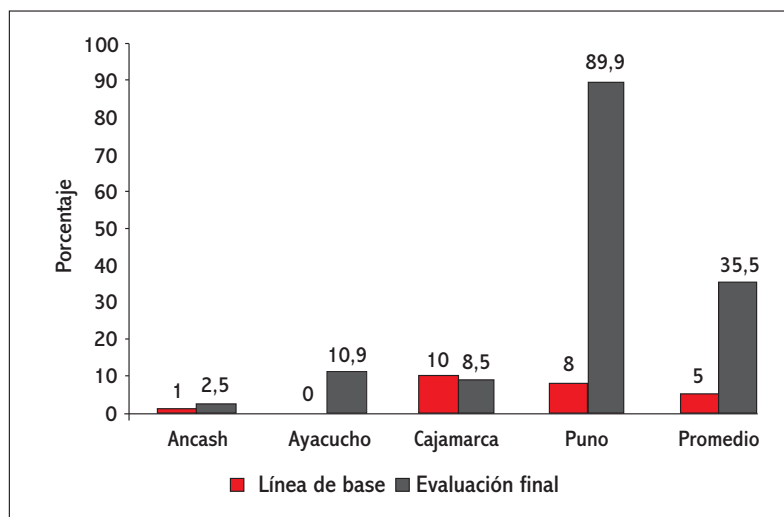
---

- **Entidades que proveen asistencia técnica**

La información de la encuesta de hogares muestra que entre la línea de base y la evaluación final el porcentaje de familias que contrataron servicios de asistencia técnica pasó de 5% a 36 % ( $p < 0,01$ ). Este resultado tiene su mejor desempeño en

Puno, donde casi 9 de cada 10 familias han recibido asistencia técnica en los últimos dos años y ésta se ha orientado principalmente para la actividad pecuaria. En los otros corredores, los niveles obtenidos no superan el 11% de uso de los servicios de asistencia técnica.

**Gráfico 11:**  
Productores que hacen uso de servicios de asistencia técnica

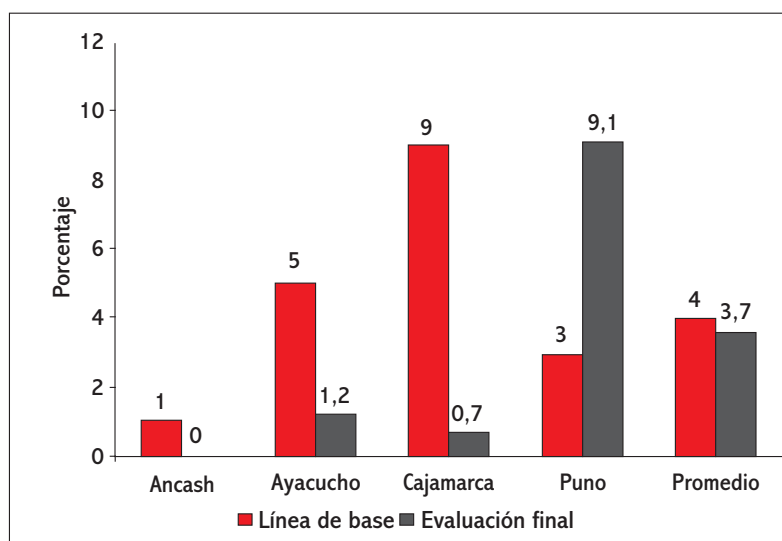


■ **Instituciones locales se organizan para promover la competitividad**

Para evaluar este resultado se investigó por la participación de la población de las comunidades en gremios de productores. El acceso competitivo al mercado ha sido promovido por REDESA con la participación de la población organizada en gremios de

productores. Sin embargo, la información de la encuesta de hogares indica que sólo participan una pequeña parte de ellos (3,7%). Entre ellos destacan los productores de Puno, donde el 9% es parte de una organización gremial; en los otros corredores, se presenta niveles por debajo del registrado en la Línea de base.

**Gráfico 12:**  
Productores que participan en gremios

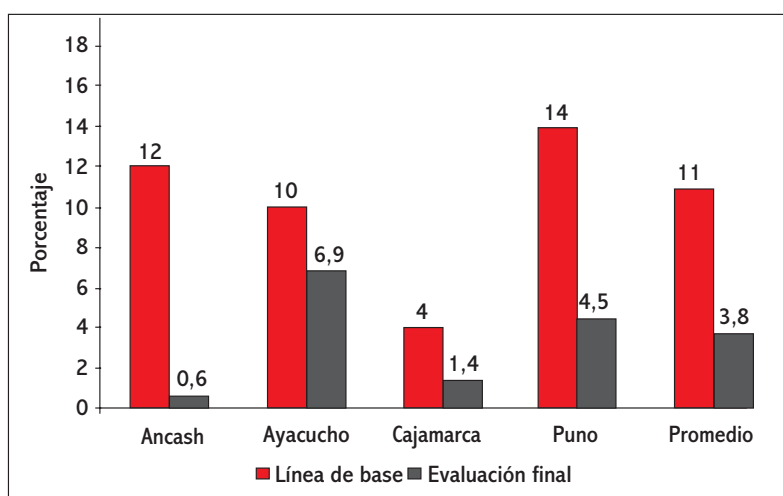


Las respuestas que proporcionan los beneficiarios ante la negativa de pertenecer a una organización gremial explicarían esta baja participación. Poco más de la mitad de los productores manifestaron que la participación en organizaciones gremiales “no le beneficia”, siendo mayor en Ancash (70%) y Ayacucho (63%). Un 28% de productores manifestaron que “no le interesa” pertenecer a alguna organización sin especificar las razones concretas, situación que se presenta en forma homogénea en las diferentes áreas de intervención. Otro 10% manifiesta que tiene desconfianza, aunque este porcentaje es mayor en Puno (16%) y Ancash (18%). Por último la cuarta parte de los entrevistados en Cajamarca indicaron que “no hay un gremio de productores”.

■ **Las familias pobres acceden al crédito**

El indicador planteado para medir los efectos de este resultado es el porcentaje de familias que recibieron crédito por segunda vez. En este indicador la información de la encuesta igualmente muestra que el porcentaje de personas que accedieron al crédito en los últimos dos años es muy baja, apenas alcanza el 3,8%, cifra que es menor al registrado en la línea de base (11%). Pese a los bajos niveles registrados, es importante mencionar que el 6,9% de las familias de Ayacucho accedieron a algún tipo de préstamo en el lapso indicado. Sin embargo el 27,3% de las familias que accedieron al crédito en este corredor, recibió dos préstamos y menos de un 10% hasta tres préstamos.

**Gráfico 13: Familias que recibieron algún crédito en los últimos dos años**





## 2.5.2 En relación a la mejora de las condiciones de salud y nutrición de las familias pobres

---

### ■ Las familias pobres adoptan buenas prácticas en salud y nutrición materno infantil

La medición de este resultado parte de la cuantificación de manera preliminar de tres indicadores:

- Porcentaje de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva.
- Porcentaje de niños y niñas con adecuada alimentación durante episodios de diarrea.
- Porcentaje de niños y niñas con adecuada alimentación después de episodios de diarrea.
- Porcentaje de niños y niñas con adecuada alimentación complementaria.

El primer indicador muestra que la lactancia materna exclusiva es una práctica que se ha ampliado en el ámbito, lo cual se evidencia en la variación de 50 pp que ha experimentado este indicador entre el momento que se levantó la Línea de base y la Evaluación final al pasar de 25% a 72,2% en el periodo ( $p < 0,0001$ ).

El incluir en el Programa acciones para lograr el incremento del porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva parte del reconocido efecto directo de la leche materna sobre el crecimiento al proveerle la cantidad de energía y nutrientes necesarios; e indirecto, porque

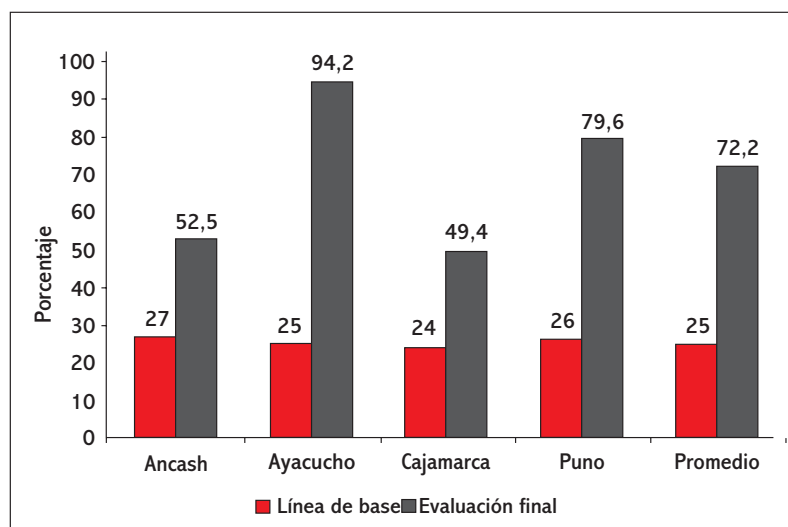
permite el fortalecimiento del sistema inmunológico. Este último efecto permanece en el tiempo: protege al niño aún después de transcurridos los seis meses de edad (39-44).

Por otro lado, también se esperaba que el incremento de la práctica de lactancia materna exclusiva ejerciera influencia en la reducción de las diarreas, esto a partir del hecho reconocido que la leche materna presenta cualidades protectoras contra las infecciones comunes de la infancia y, de manera especial, contra la diarrea, lo cual resulta especialmente relevante en ambientes que no cuentan con un saneamiento adecuado, como son los hogares de las zonas rurales (45 - 47).

En resumen 30 estudios publicados hasta 1984 se encuentra que “el peso de las pruebas procedentes de los países menos desarrollados respalda enérgicamente una asociación inversa entre la lactancia materna y la mortalidad global, entre lactancia materna y morbilidad y mortalidad relacionada con diarrea”. Es decir, existe un efecto positivo entre la lactancia materna y la salud infantil (48).

En otro estudio realizado en Bangladesh encuentra que la ausencia de lactancia materna o brindada en forma parcial estuvo asociada a un incremento de 2,3 veces de riesgo de muertes infantiles resultado de todas las causas y 3,94 veces mayor riesgo de muertes atribuibles a diarrea (49).

Gráfico 14: Porcentaje de madres que ofrecen lactancia materna exclusiva

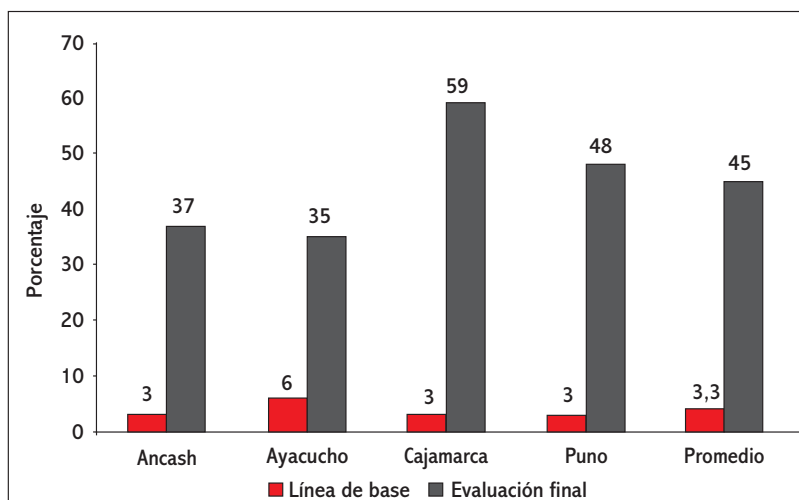


Las otras prácticas evaluadas fueron la *adecuada* alimentación de los niños y niñas, durante y después de un episodio de diarrea, con el fin de contribuir con una pronta recuperación. La conducta esperada por el Programa es que cuando ocurra el episodio de diarrea, las madres proporcionen alimentos con mayor frecuencia, más cantidad y con mayor densidad de los alimentos que consume usualmente. Incluir las buenas prácticas de alimentación durante y después de la enfermedad diarreica tiene sustento en el hecho demostrado que estas prácticas favorecen una mejor rehidratación, una convalecencia y

recuperación más rápida del peso y talla perdida por esta enfermedad (50, 51).

Los resultados referentes a la alimentación del niño durante los episodios de diarrea estarían demostrando que las acciones realizadas están contribuyendo al logro esperado. De una situación en que un porcentaje mínimo de madres (6% o menos) alimentaba adecuadamente a su niño durante episodios de diarrea, se pasa a otra en casi la mitad de las madres del ámbito de intervención, la han adoptado ( $p < 0,0001$ ).

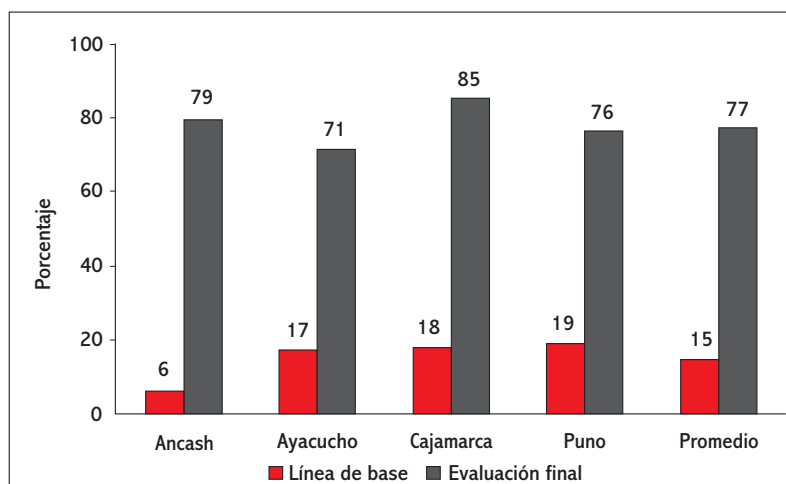
**Gráfico 15: Porcentaje de niños y niñas que reciben alimentación adecuada durante episodio de diarrea**



En cuanto al indicador porcentaje de niños que reciben una alimentación adecuada después de episodios de diarrea, los porcentajes hallados son

superiores a los registrados en la Línea de base, mientras que en ésta era 15%, en la evaluación final ascendió a 77% ( $p < 0,0001$ ).

**Gráfico 16: Porcentaje de niños y niñas que reciben alimentación adecuada después de episodio de diarrea**



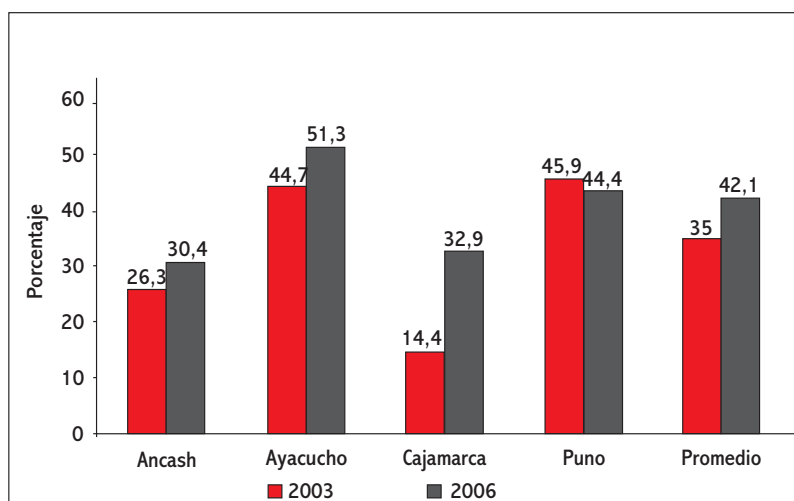
En cuanto al porcentaje de niños que reciben una alimentación complementaria adecuada, debemos señalar que la Línea de base incluyó este indicador con la siguiente definición: “niños menores de un año que consumen 5 comidas o más al día, de consistencia sólidas o semisólidas”. Sin embargo, en el año 2004, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) publicó los Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú (52), en el cual se plantea que el número de comidas sólidas y semisólidas que deben consumir los niños y niñas varía según su edad de la siguiente forma: a) a los 6 meses 2 o más, b) entre los 7 y 8 meses 3 o más, c) a los 9 meses 4 o más, siempre acompañado de lactancia materna. Más que un cambio normativo, es una mejor definición sobre la base del conocimiento de la capacidad gástrica infantil, la plausibilidad biológica y los requerimientos nutricionales a esa edad.

Con base en lo señalado, el Programa incorporó esta nueva definición en su sistema de monitoreo y realizó los ajustes necesarios para obtener la

información de esta variable de manera retrospectiva a partir del año 2003, información que ha sido utilizada en esta evaluación para efectos de verificar el impacto esperado. Así, el porcentaje de niños que recibió alimentación complementaria adecuada se incrementó de 35% a 42,1% ( $p < 0,05$ ). En todas las regiones ocurrieron incrementos de esta práctica ( $p < 0,05$ ), con excepción de Puno donde hubo una ligera disminución que no fue estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

La promoción de la alimentación complementaria adecuada fue incluida como parte de las acciones del Programa sobre la base de las recomendaciones internacionales respecto de su reconocido efecto de contribuir al crecimiento óptimo de los niños y niñas en un momento del ciclo de vida identificado como de alto riesgo, así como de disminuir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y minimizar los efectos deletéreos de éstas sobre el estado nutricional y el desarrollo de los infantes (50,53).

**Gráfico 17: Porcentaje de niños y niñas que reciben alimentación complementaria adecuada**



■ **Las familias pobres adoptan prácticas adecuadas de higiene y saneamiento**

La medición de este resultado se hizo a

través del indicador porcentaje de madres que informan que se lavaron las manos en momentos críticos en las últimas 24 horas.

**Cuadro 4. Porcentaje de madres que declaran lavarse las manos en los momentos críticos**

PRÁCTICA	ANCASH	CORREDOR			PROMEDIO
		AYACUCHO	CAJAMARCA	PUNO	
Antes de preparar alimentos	53,4%	73,0%	64,6%	53,9%	60,3%
Después de ir al baño	53,4%	40,5%	77,5%	52,2%	58,1%
Antes de comer	53%	65,1%	51,4%	42,4%	51,7%
Antes de darle de comer a sus hijos	54,6%	56,7%	56,2%	42,1%	51,1%
Después de cambiar pañales	52,7%	33,1%	36%	18,7%	33,3%
Después de botar la basura	43,7%	6,7%	34,4%	3,3%	19,8%
En otros momentos	42,3%	32,5%	3,1%	12,3%	14,8%
No se lava la manos	0,6%	0,5%	0,3%	1,9%	0,9%
No precisa				0,2%	0,1%

Al comparar los resultados de la evaluación final y de la línea de base, observamos que la práctica de lavarse las manos después de ir al baño ha mejorado sustancialmente entre las madres beneficiarias del Programa, más no así la práctica de lavarse las manos antes de preparar los alimentos. Las otras prácticas no fueron evaluadas en la línea de base por lo que no es posible hacer comparaciones.

Como parte de las acciones destinadas a mejorar las prácticas de higiene entre las familias beneficiarias, el Programa logró que 18 869 familias tuvieran acceso a agua segura a través de la instalación de 294 sistemas de agua, así como la instalación de 16 692 letrinas que benefició a igual número de familias.

**Cuadro 5. Porcentaje de madres que declaran lavarse las manos después de ir al baño y antes de preparar los alimentos**

ÁMBITOS	Después de ir al baño (%)		Antes de preparar los alimentos (%)	
	Línea de base	Evaluación final	Línea de base	Evaluación final
Ancash	29	53,4	70	53,4
Puno	32	52,2	70	53,9
Cajamarca	39	77,5	66	64,6
Ayacucho	16	40,5	78	73,0
Total	29	58,1	71	60,3

Los resultados de la encuesta muestran que el mayor porcentaje del lavado de manos se realiza “antes de preparar alimentos” (60%). La segunda práctica más importante es el lavado de manos “después de ir al baño” (58%). El lavado de manos “antes de comer” o “antes de darle de comer a sus hijos” en las áreas de intervención de REDESA tiene comportamientos similares. El primero de los nombrados es más frecuente y es experimentado por algo más del 50% de las madres beneficiarias del programa REDESA. Cuando se refiere al lavado de manos “después de cambiar pañales”, solamente es realizado por el 35% de las madres.

Numerosos estudios han demostrado que intervenciones destinadas a mejorar la prácticas de higiene reducen la incidencia de diarrea (54-55).

En dos investigaciones realizadas en la India se logró disminuir entre 52-53% de la incidencia de diarrea a través del fomento de diversas prácticas de higiene, una de las cuales fue el lavado de manos con agua y jabón (56).

Sin embargo, lograr un cambio en el comportamiento del lavado de manos resulta muy difícil (57). Aún aquellas intervenciones cuyo principal objetivo era aumentar la prevalencia de dicha conducta, han alcanzado logros relativos (56).

Al respecto, el Programa REDESA, a través de su sistema de monitoreo y evaluación, ya tenía resultados previos de la influencia positiva del lavado de manos sobre la reducción de las enfermedades diarreicas, los cuales dieron evidencias preliminares de lo adecuado de esta estrategia (59-60).

## 2.6 La sostenibilidad del Programa

### 2.6.1 Factores relacionados con el incremento de los ingresos familiares

#### ■ Los proveedores de asistencia técnica (PAT)

La estrategia de REDESA en el objetivo de generación de ingresos tuvo su principal sustento en la formación y desempeño de los PAT. Estos actores tenían la responsabilidad de brindar servicios a los productores y productoras locales, sobre la base de sus necesidades productivas. Se identificaron tres categorías:

- Los PAT empresariales y asociaciones de PAT

- Los PAT profesionales,
- Los PAT comunitarios

Al finalizar el Programa, en los ámbitos de intervención, además de los PAT empresariales, se encontraban activos 143 PAT profesionales y 598 PAT comunitarios. La evaluación ha puesto en evidencia que la situación de sostenibilidad de los PAT es diferente en los corredores de REDESA, dependiendo en parte de la categoría de cada uno de ellos.

## ■ PAT empresariales y asociaciones

Se ha verificado en primer lugar que los PAT empresariales, son pequeñas empresas proveedoras (generalmente ligadas a una cadena productiva) que no sólo brindan asistencia técnica a los productores, sino que también los proveen de insumos, los conectan al mercado y a instituciones crediticias en algunos casos (61). Se ha podido apreciar que, con el impulso del Programa, la categoría de PAT estrictamente empresarial, sólo se encuentra establecida en el corredor Ancash.

En los otros corredores, la estrategia ha sido conformar asociaciones de PAT, quienes también ofrecen servicios de asistencia técnica y provisión de insumos. El tener una personería jurídica como consecuencia de su asociación, les proyecta una imagen de formalidad que les otorga ciertas ventajas al momento de ofrecer sus servicios.

La evaluación de esta categoría de PAT ha puesto en evidencia que, hasta el término del Programa, los servicios brindados tanto por los PAT que pertenecen a una empresa o asociación, eran pagados por CARE y los gobiernos locales, quienes han compartido el pago. Sólo se identificaron casos aislados de productores que pagaban por la asistencia técnica recibida.

Según declaración de los PAT empresariales, el retiro de REDESA le ha implicado una pérdida de aproximadamente el 50%, debido a que ahora sólo cuentan con los ingresos provenientes del pago que les hacen los gobiernos locales. Ellos indican que no todos los gobiernos locales están en condición de asumir el 100%.

Como estrategia de sostenibilidad ellos han tomado la decisión de ampliar su ámbito de atención, así como diversificar sus servicios. En virtud de ello, es factible considerar que este grupo ha desarrollado las capacidades requeridas para mantenerse activo, dado el carácter empresarial y asociativo adquirido y las acciones emprendidas para generarse los ingresos que antes les brindaba CARE.

## ■ Los PAT profesionales

Los PAT profesionales, son los técnicos o profesionales que, individualmente o a través de alguna institución (SENASA e INIEA principalmente), han venido prestando servicios de asistencia técnica a los productores. En el caso de PAT que prestan sus servicios en forma individual estaban siendo pagados exclusivamente por CARE y los gobiernos locales, en algunos casos (Huari y Huachis). Los PAT profesionales de las instituciones lo hicieron a través de un convenio o alianza con CARE, poniendo los recursos humanos y CARE los recursos económicos y materiales necesarios para la prestación del servicio.

Según los procesos participativos, los productores insertos en las cadenas productivas manifestaron que los PAT, les brindaron servicios especializados personalizados, que han contribuido de manera significativa en el mejoramiento de su producción, cambiándoles la mentalidad para brindar productos de calidad de acuerdo a la demanda del mercado.

La sostenibilidad de los PAT contratados individualmente es dudosa debido a que los productores consideran que tratándose de

un servicio especializado, los costos son altos. No obstante también indican que debido a que la capacitación les permitió ampliar sus conocimientos, muchos de ellos se encuentran ahora en capacidad para enseñar a otros de su entorno y especialidad.

Los PAT profesionales que pertenecen a instituciones gubernamentales, cabe indicar que en los subcorredores de Huamanga, Andahuaylas y Huancavelica, se ha conformado una red Institucional para el desarrollo productivo, donde intervienen el MINAG, PRONAMACHCS, SENASA, e INIEA para el apoyo técnico a las cadenas productivas.

#### ■ Los PAT comunitarios

Esta categoría de PAT esta conformada por las personas de la comunidad que poseían conocimientos propios sobre el manejo de los productos y a la vez tenían el reconocimiento de la población. Estas personas fueron capacitadas y formadas por REDESA para brindar servicios a los productores de sus comunidades (62). A partir de la evaluación se ha podido visualizar que entre los más sostenibles de este grupo son los sanitarios ganaderos (que existen en los cuatro corredores de REDESA). Estos brindan básicamente asistencia técnica a la cadena productiva de la leche y sus derivados, y a la de engorde de ganado (Puno).

Respecto a la capacitación y actualización para

este grupo de PAT, el SENASA ha manifestado su voluntad de continuar con las acciones emprendidas (SENASA puede disponer de presupuesto para cubrir los gastos que antes financiaba REDESA, pero también aportan las empresas<sup>3</sup>). Para esta institución los PAT tienen una significación especial debido a que suplen las carencias que enfrentan los profesionales o técnicos para realizar todos los controles sanitarios de prevención que requieren las comunidades del área de intervención.

#### ■ Asociaciones de productores

Es necesario indicar que a partir del programa, se han conformado asociaciones y federaciones de productores, constituyéndose en un soporte para la sostenibilidad del Programa en el terreno económico, especialmente por el apoyo que brindan a las diferentes cadenas productivas.

Según los propios integrantes de las juntas directivas y representantes de promoción agraria, para que las organizaciones del nivel<sup>4</sup> adquieran el grado de consolidación que les permita una verdadera capacidad de negociación, necesitarían mayor fortalecimiento no solamente para sus integrantes, sino a nivel de la organización misma<sup>5</sup>. Señalan que sería necesaria otra intervención similar a REDESA, a fin de lograr una mayor madurez organizativa pues en estos momentos todavía enfrentan debilidades en gestión y mercadeo.

<sup>3</sup> Entrevista a la Ing. Alicia Villar López, Directora de SENASA Cajamarca

<sup>4</sup> I Nivel: Asociación de Productores Locales.

<sup>5</sup> Entrevista al Sr. Carlos Ilontop, Oficina de Promoción Agraria - Ancash.



Entre aquellas que están menos consolidadas es visible la limitación que enfrentan respecto a los intermediarios para la comercialización de sus productos. Los actores y productores indican<sup>6</sup> que estos intermediarios vienen haciendo tratos directos con los pequeños productores (ofreciéndoles insumos y dinero por venta comprometida), originando un resquebrajamiento de la organización de productores, debido a que realizan sus ventas al margen de la organización. Situación inversa es la que muestran las organizaciones consolidadas, específicamente las que son de II Nivel<sup>7</sup>, como la FAPAA en Acobamba – Huancavelica, cuya capacidad de negociación se sustenta en el poder de la organización.

#### ■ Las entidades compradoras de los productos promovidos por REDESA

Los mayoría de los productos promovidos por REDESA están siendo comprados por diferentes empresas: comercializadoras, agroindustriales y agro exportadoras, así como, por intermediarios de los mercados locales, regionales y nacionales, y por los programas sociales municipales (vaso de leche y comedores populares). Para establecer estos acuerdos de negocio, el Programa promovió la realización de eventos de promoción comercial, como ferias agropecuarias, agroindustriales, artesanales, entre otros.

Sin embargo, no todas estas empresas han mantenido una relación duradera con los

productores, tal es el caso del maíz choclo de Chingas-Huari, quienes sólo lograron exportar una vez.

La sostenibilidad de la articulación al mercado de los productos promovidos por REDESA es todavía un proceso en construcción, por lo que sería necesario vincular a estas cadenas productivas a otra intervención o a alguna institución que las fortalezca para que sean sostenibles. Como tareas principales que deberán asumir la institución o intervención que apoye a los productores en su articulación al mercado, están:

- a) Mayor fortalecimiento institucional a las organizaciones de productores: que adquieran personería jurídica, que reciban capacitación en administración, gestión y liderazgo, así como, en manejo de planes de negocios y otros temas afines.
- b) Facilitar la certificación de calidad de producto (HAACPP, ISO 9000) a fin que puedan mantener los estándares de calidad exigidos por las entidades compradora.

Conocedores de esta debilidad, los responsables de REDESA han buscado asegurar la continuidad de las cadenas productivas promovidas, a partir de la transferencia de las mismas, tanto hacia los gobiernos locales, como a otros proyectos.

<sup>6</sup> Proceso participativo con actores y productores de Chingas-Ancash.

<sup>7</sup> II Nivel: Federaciones de productores.

## 2.6.2 Factores relacionados con la salud, nutrición y saneamiento

En el marco de la estrategia de sostenibilidad de REDESA, se ubican los instrumentos clave fortalecidos: las JASS y AJASS, los ACS y asociaciones, los SIVICO y SIVIDEL y el Monitoreo al cliente.

### ■ Juntas administradoras de servicios de saneamiento (JASS) y asociaciones

Uno de los actores en los que se apoya la estrategia de sostenibilidad de REDESA, específicamente para asegurar la mejora de la salud de la población, es la JASS. Estas organizaciones juegan un rol relevante en la administración, operación y mantenimiento del servicio de agua potable. Estas juntas administradoras están conformadas por 6 ó 7 miembros que son elegidos por la propia comunidad para un período de dos años. Realizan un trabajo voluntario, es decir no reciben una remuneración por él. El proceso de evaluación puso en evidencia que las JASS cuentan con el reconocimiento de la población, no sólo por los servicios que brinda a la comunidad, sino por el liderazgo adquirido por su participación en diversos espacios que tienen por finalidad, planificar el desarrollo, como es la mesa de concertación, lo cual representa para ellos un mayor prestigio.

Teniendo en consideración que el apoyo brindando a las JASS se sustenta fundamentalmente en la capacitación que les brindó CARE a través de REDESA para que cumplan a cabalidad sus funciones, su sostenibilidad está basada principalmente en

el compromiso de los integrantes de la misma. No obstante es menester mencionar que al no tener un incentivo económico, el sólo incentivo del prestigio adquirido, es frágil frente a las responsabilidades asumidas, poniendo en riesgo la sostenibilidad del mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento.

Si bien se ha podido observar que la mayoría de las familias ha asumido el compromiso de pagar, la situación precaria de algunas en determinadas comunidades, da lugar a que no puedan cumplir con la cuota establecida, la cual fluctúa entre uno y tres Nuevos Soles por mes.

Finalmente, según declaración de los propios actores en los procesos participativos, las JASS necesitan un seguimiento y supervisión constante, rol que debería ser asumido por el gobierno local y el MINSA. Los actores consideran que los gobiernos locales pueden destinar parte de su presupuesto a obras de rehabilitación y mantenimiento de los sistemas; y el área de saneamiento de las direcciones regionales de salud, que tienen dentro de sus funciones el verificar la calidad del agua, deben incluir dentro de sus planes de trabajo el fortalecimiento (especialmente cada vez que se renueva la junta directiva), seguimiento y supervisión a las JASS, como lo han venido haciendo con el apoyo de REDESA. El Programa logró promover la conformación de 543 JASS que cubren el 100% de los sistemas de agua instalados por él.

Las entrevistas con los representantes de los gobiernos locales y el MINSA sobre continuar el apoyo a las JASS, ponen en evidencia que en algunos corredores, la municipalidad distrital y el MINSA se han comprometido a realizar visitas periódicas y a reforzar los aspectos que necesitan un tiempo adicional para afianzarse (morosidad, normatividad, entre otras).

REDESA ha apoyado también la conformación de AJASS (asociaciones de JASS), como organización de II nivel y les ha brindado capacitación y asesoramiento en la elaboración de sus planes de trabajo. Asimismo ha promovido su participación en los espacios de concertación distrital. En el área de intervención, se ha podido evidenciar que si bien la conformación de estas asociaciones ha sido importante para las comunidades, su establecimiento no ha sido uniforme en todos los subcorredores, aspecto que representa un reto en los años venideros.

En las comunidades donde se encuentran establecidas, los actores indican que estas asociaciones vienen jugando un rol relevante en los procesos de desarrollo local, debido a que como organización se encuentran participando en la elaboración de los presupuestos participativos y en las mesas de concertación. Esta participación ha permitido que muchas de ellas logren introducir sus propuestas, sustentadas en las necesidades más sentidas de la población.

## ■ Agentes comunitarios de salud (ACS) y asociaciones

Los ACS son personas que prestan sus servicios en forma voluntaria dentro de sus comunidades y que han sido elegidas ya sea por cualidades innatas o porque tienen alguna preparación en temas de salud y nutrición. REDESA considerando que los ACS son los que llegan directamente a la población objetivo, enfocó su estrategia de sostenibilidad en el desarrollo de sus capacidades, en la promoción de sus asociaciones y en la articulación con el MINSA.

Es así que realiza un proceso de capacitación en coordinación con las direcciones regionales de salud en los temas siguientes: AIEPI comunitario; comunicación para el cambio de comportamiento antropometría y alimentación materna, infantil e higiene. El objetivo era que los ACS y sus asociaciones se constituyan en instrumento para mejorar los niveles de conocimiento y cambio de prácticas de las madres de familia: alimentación complementaria, alimentación de la gestante, lactancia materna e higiene, utilizando como estrategia las sesiones demostrativas y las visitas domiciliarias(63).

Un aspecto que destaca en este momento y que ha sido expuesto por los actores durante el proceso de evaluación en algunos corredores, es que en el último periodo se han presentado porcentajes significativos de rotación y deserción<sup>8</sup>. Según la opinión de

<sup>8</sup> Una de las medidas que está tomando el MINSA, para evitar las deserciones, es elegir como ACS a personas que estén casadas, de 25 a más años, que vivan en la comunidad y que tengan lazos económicos y sociales que los atañen a ella, pues otra de las razones es que se casan con personas de fuera de la comunidad o van en busca de mejoras económicas o educativas. Otro factor que limita el trabajo de los ACS, son las propias ocupaciones domésticas en el caso de las mujeres y el trabajo en el campo en el caso de los hombres.

los asistentes en los procesos participativos, si bien los ACS se encuentran incentivados por el reconocimiento de las comunidades, ellos necesitan también un incentivo económico para continuar brindando sus servicios por lo que la deserción se produce ante la consecución / búsqueda de empleo remunerado.

Otro aspecto que fue relevado por los ACS en los procesos participativos es el relativo al trato que reciben del personal de algunos establecimientos de salud, que cuentan con un mayor número de profesionales, la relación con ellos es bastante problemática debido a que los hacen sentirse inferiores. En los puestos de salud, donde sólo hay un profesional o técnico, los integran como equipo y valoran su trabajo.

Teniendo en consideración que los ACS se constituyen en elementos clave para la continuación de las actividades de salud y nutrición emprendidas por REDESA, se viene propiciando que el MINSA establezca algunos mecanismos de motivación, como la acreditación. Otra estrategia que están tomando algunas direcciones regionales de salud es afiliar a los ACS al Seguro Integral de Salud (SIS), a fin que tengan atención y medicinas en forma gratuita, como una forma de incentivarlos. Igualmente están gestionando ante los gobiernos locales el pago de sus gastos de transporte,

hospedaje y alimentación cuando los apoyan en sus campañas

Con miras a la sostenibilidad de las acciones de los ACS, se promovió la constitución de asociaciones de agentes comunitarios de salud o promotores de salud<sup>9</sup>, generar recursos propios a partir de aportes económicos o actividades realizadas y de esa manera financiar sus gastos personales y de capacitación.

#### ■ SIVICO y SIVIDEL

El SIVICO es un instrumento del modelo de atención integral del sector salud que tiene como función monitorear indicadores sociales, económicos, participación y capital social a nivel distrital y a nivel local. Como parte de su acción, REDESA impulso el SIVICO (64,65) en el ámbito de su intervención, y amplió el ámbito de acción de éstos y fomentó su uso e implementación en los gobiernos locales, donde tomó el nombre de SIVIDEL.

Además del monitoreo de indicadores, se han constituido en promotores de la salud en los espacios definidos, a partir del relacionamiento de los diferentes actores sociales, los cuales en el marco del desarrollo comunal y de la gestión local de salud, se han comprometido en la promoción de las mejores prácticas de salud y nutrición. La experiencia pone de manifiesto que los que hacen posible el SIVICO

---

<sup>9</sup> Tal es el caso de las APROMSAC en Celendín.

son: el personal de sector salud, los agentes comunitarios de salud, las organizaciones y actores sociales, así como, las autoridades y líderes<sup>10</sup>.

Respecto a la operacionalización de este instrumento, la evaluación puso de manifiesto que si bien fue desarrollado en su totalidad por el MINSA, su aplicación estuvo limitada por la disponibilidad de recursos del sector. Es por ello que REDESA, en el marco de su ejecución, asume el compromiso de efectivizarlo en los ámbitos de su intervención, invirtiendo recursos humanos y económicos. El esfuerzo estuvo fundamentalmente dirigido a que los SIVICO cuenten con: mapa geosanitario, sectorización, red de agentes comunitarios de salud, censo, elaboración de las fichas familiares, entre otros.

Es de resaltar que en el esfuerzo de implementación y fortalecimiento de los SIVICO, además de CARE, el MINSA tuvo como aliados estratégicos a los gobiernos locales. De las actividades destacadas a partir del uso de este instrumento, cabe citar: el traslado de emergencias, la de referir a madres gestantes y niños enfermos a los establecimientos de salud, y la de identificar las familias en riesgo.

La evaluación respecto a la sostenibilidad de este instrumento permitió evidenciar que a partir de la salida de REDESA, el MINSA deberá profundizar sus esfuerzos en la

supervisión y seguimiento de las acciones correspondientes a los SIVICO para que no se vea afectado el nivel de actividad que han logrado en las zonas de intervención. Es importante asimismo que tengan en consideración el papel que juegan los ACS en las acciones que demanda la implementación y el uso del instrumento.

Respecto al SIVIDEL, es preciso indicar que la evaluación evidenció que éstos han tenido un menor nivel de implementación que los SIVICO. Sólo se pudo identificar la presencia de SIVIDEL en Ayacucho (distritos de Acocro, Tambillo y Quinua) y en Huancavelica (distritos de Acobamba, Churcampa, Marcas y Paucará).

En estos ámbitos cabe resaltar el papel que desempeñaron los SIVIDEL en términos de incidencia política y fortalecimiento del área de gestión de programas sociales de los gobiernos locales, así como, en la incorporación del enfoque de seguridad alimentaria en los planes de desarrollo concertado, acción que les permitió utilizar el diagnóstico de las condiciones locales en los procesos de elaboración de los presupuestos participativos. La evidencia indica que el potencial de este instrumento demanda que sea desarrollado y expandido, no sólo a los demás corredores y subcorredores del ámbito de REDESA, sino a nivel nacional. No obstante que algunos de los gobiernos locales se han comprometido en impulsarlos<sup>11</sup>, para que efectivamente se expanda con las

<sup>10</sup> [www.minsa.gob.pe/portal/servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS](http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS).

<sup>11</sup> Informe regional Ayacucho 2002-2006. CARE Perú.

características que actualmente tienen (los que se encuentran en actividad), se hace necesaria la implementación de otro programa o proyecto.

### ■ Monitoreo al cliente

El Monitoreo al Cliente es un instrumento diseñado inicialmente como un producto interno de REDESA para medir los avances de los indicadores de salud del Programa, especialmente los correspondientes a los niveles de nutrición de los niños y niñas menores de tres años. No obstante a lo largo de los años en que fue aplicado, sus resultados se fueron constituyendo en un referente para los diferentes actores de cada ámbito de acción, en la medida que permiten la visualización de su situación y sobre la base a ella, poder diseñar acciones de política. Durante el periodo de ejecución de REDESA se ha venido realizando anualmente un censo de peso y talla a todas las familias con niños y niñas menores de tres años, en todas las comunidades del ámbito del Programa, con el apoyo del MINSA y los ACS (60).

Al ser compartidos los resultados con el MINSA, con los gobiernos locales y comunales y con los actores clave, fueron una importante elemento de sensibilización con la correspondiente incidencia política. A partir de ello se logró que se introduzcan en los planes de trabajo de las instituciones

y en los presupuestos participativos de los gobiernos locales, acciones y proyectos de seguridad alimentaria que tenían por objetivo la reducción de la desnutrición.

Con la finalidad de que este instrumento se mantenga vigente, los equipos de REDESA han estado trabajando en el proceso de transferencia. De esta manera se ha podido visualizar que en algunos ámbitos el MINSA<sup>12</sup> mostró el mayor interés en asumir el compromiso y en otros, los gobiernos locales<sup>13</sup>. Sin embargo, los actores sociales que asistieron a los procesos participativos reconocen que es preciso tener en cuenta que la continuidad de esta actividad requiere el trabajo conjunto del MINSA y el gobierno local, en la medida que el primero cuenta con el conocimiento y recursos profesionales para llevarla a cabo, y el segundo, con los recursos económicos.

Respecto al compromiso de los gobiernos locales, cabe resaltar el liderazgo de estos en el subcorredor de Andahuaylas, debido a que gestionaron los recursos de distintas instituciones para la aplicación de la encuesta de Monitoreo al Cliente realizada en el año 2006 y donde REDESA fue una de las instituciones que brindaron su apoyo<sup>14</sup>.

Otras opiniones hacen referencia a diversos actores, como la Mesa de concertación de lucha contra la desnutrición del distrito de

<sup>12</sup> En Cajabamba, la Sra. Lira Arévalo Lara de la Red V Salud de Cajabamba, al ser entrevistada manifestó que es el MINSA de ese ámbito quien está asumiendo el compromiso de continuar con el Monitoreo al Cliente.

<sup>13</sup> Según manifestaron los alcaldes de Pacucha y Huaccana de Apurímac.

<sup>14</sup> Entrevista al Sr. Javier Alvarado, Representante Zonal del Sub Corredor Apurímac.

Independencia, cuya coordinadora manifestó<sup>15</sup> que junto con el MINSA debían ser los responsables de llevar a cabo esta actividad anualmente. Un incentivo para que los gobiernos locales asuman el compromiso de realizar esta actividad anualmente, es que el proceso de transferencia de este

instrumento contemple además de los bienes del programa, el software especialmente preparado para el procesamiento de la información. Sin embargo, la indecisión de algunos gobiernos locales se debe al costo que implica el levantamiento de la información (US \$ 500 por distrito)<sup>16</sup>.

### 2.6.3 Factores relacionados con la contribución al proceso de descentralización

---

#### ■ Fortalecimiento de capacidades municipales y regionales

El proceso de descentralización implicó la transferencia de funciones, competencias y recursos desde el gobierno central hacia las regiones y gobiernos locales. La transferencia está supeditada a un sistema de acreditación en base a las capacidades de los gobiernos subnacionales. La institución que lidera este proceso es el Consejo Nacional de Descentralización (CND).

En este contexto, REDESA que ya había iniciado sus acciones un año atrás, reformula su estrategia de intervención para poder contribuir en el fortalecimiento y desarrollo de las capacidades de las autoridades de los gobiernos regionales y locales del ámbito de intervención, con miras a que puedan asumir sus responsabilidades y compromisos en la

seguridad alimentaria de la población de su entorno.

Se ha podido apreciar que el trabajo institucional ha girado principalmente alrededor del fortalecimiento de los espacios de concertación local y de promoción de los espacios distritales y comunitarios en un esfuerzo de brindar el soporte al proceso de democratización de la gestión pública, explicitando los enfoques de desarrollo y de la estrategia de seguridad alimentaria<sup>17</sup>.

La participación de los equipos zonales de REDESA también tuvo relevancia en los procesos electorales a partir de la apertura de espacios para el intercambio y debate de propuestas de los candidatos y en la difusión del proceso de descentralización (informando y comunicando a la población los alcances y avances de éste), así como, en la promoción

---

<sup>15</sup> En los procesos participativos con actores sociales realizados en el distrito de Independencia - Huaraz.

<sup>16</sup> Entrevista al Sr. Segundo Dávila, Coordinador Nacional de REDESA.

<sup>17</sup> Informe regional Ayacucho, 2006 Oficina Zonal Apurímac.

de la participación social, la significación de los presupuestos participativos y los roles de la mesa de concertación como instancia de planificación del desarrollo regional y local.

Dentro de las actividades específicas realizadas por REDESA<sup>18</sup> como contribución directa al proceso de descentralización, se visualiza en primer lugar el desarrollo de capacidades para que los municipios del ámbito del programa puedan acceder a la acreditación. Cobra asimismo relevancia los talleres de formulación de proyectos en el marco del SNIP y los encuentros regionales de mesas de concertación con la participación de representantes del CND.

Respecto a la contribución del Programa para la mejora de la gestión de los municipios, resalta el fortalecimiento para la reestructuración de su estructura orgánica y su reglamento de organización y funciones a fin de incorporar la Oficina de Desarrollo Social y para la creación de los consejos de coordinación local. No obstante el esfuerzo realizado por REDESA, se ha podido apreciar que muy pocos municipios son los que hasta la fecha han logrado las condiciones para ser acreditados. Entre las principales razones que explican esta restricción se señalan: la poca voluntad política de los alcaldes, las limitaciones y lento aprendizaje de los actores públicos y sociales involucrados<sup>19</sup>, los escasos recursos económicos para la

implementación de las oficinas de desarrollo social<sup>20</sup> y el poco esfuerzo desplegado por los funcionarios para el desarrollo de competencias<sup>21</sup>.

También se verifican avances de incidencia política de REDESA a nivel de los gobiernos regionales, donde cabe destacar las acciones realizadas por el equipo de la región Huancavelica debido a que lograron involucrar a todas las autoridades regionales en un corto período. En Ayacucho y Apurímac, los efectos han sido menores debido principalmente a la poca disposición de las autoridades regionales y alta rotación de funcionarios de los sectores.

#### ■ Consejo de Coordinación Local (CCL)

La nueva Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972 (Art. 7°, 98° y 102°) establece que todas las municipalidades provinciales y distritales deben conformar los CCL, como espacios de coordinación y consulta entre las autoridades municipales y las organizaciones de la sociedad civil.

Sus principales funciones están relacionadas con la coordinación y concertación para la formulación del plan de desarrollo municipal y el presupuesto participativo. La citada ley establece que están conformados por los alcaldes, regidores y representantes de las organizaciones de la sociedad civil (organizaciones sociales de base, comunidades

<sup>18</sup> Con el apoyo del programa FORTALECE (Puno y Andahuaylas) así como de otras instituciones que trabajan en las mismas zonas.

<sup>19</sup> Informe regional Cajamarca. Subcorredor Valle Jequetepeque, 2005. CARE Perú.

<sup>20</sup> Informe regional Ayacucho, Huamanga 2004. CARE Perú.

<sup>21</sup> Informe regional Puno, Huancané 2005. CARE Perú.



campesinas y nativas, asociaciones de productores, gremios empresariales y profesionales, juntas vecinales y cualquier otra forma de organización existente a nivel distrital o provincial) y tienen la obligación de reunirse ordinariamente dos veces al año y en forma extraordinaria cuando lo convoque el alcalde.

REDESA ha realizado un trabajo de apoyo y asistencia técnica a los gobiernos locales y los CCL para la formulación de los planes de desarrollo concertado y los presupuestos participativos en donde se ha logrado la incorporación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las cadenas productivas para mejorar los ingresos de las familias, así como la implementación de sistemas de agua potable, desagüe y letrinas ecológicas, donde los municipios han asignado recursos como contrapartida a la intervención de REDESA. Asimismo ha impulsado la articulación a los CCL de las organizaciones que participan en el programa.

Sin embargo, todavía existe una limitada comprensión y aceptación de la importancia que tiene el involucramiento como socios del proceso de desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil. Esta limitación ha levantado algunas barreras para la participación de ellas en los CCL. Sin embargo existen excepciones, como es el caso de Pacucha y Huaccana en Andahuaylas

e Independencia en Ancash, municipios que trabajaron con REDESA, porque han delimitado los roles de cada espacio, a fin que los acuerdos sean tomados de forma democrática.

### ■ Presupuesto participativo

Este proceso es entendido, en los marcos legales nacionales, como un mecanismo de asignación equitativa, racional, eficiente, eficaz y transparente de los recursos públicos, que fortalece las relaciones estado-sociedad civil. Conforme se avanza en la formulación del marco normativo del proceso, el perfil técnico del presupuesto participativo va ganando espacio, perdiendo su carácter político de lograr no sólo la democratización del Estado, sino de la misma sociedad y de las relaciones interpersonales.<sup>22</sup> Las acciones de REDESA han estado orientadas a brindar asistencia técnica no sólo a los gobiernos locales sino principalmente a la sociedad civil, pues *"de qué sirve capacitar a los alcaldes y regidores solamente, si después ellos se van y no hay continuidad"*<sup>23</sup>.

El fortalecimiento de muchos actores sociales en los ámbitos de REDESA ha contribuido en su empoderamiento, lo que ha dado lugar a que ahora exista una *"masa crítica de los líderes que han estado metidos en los procesos de presupuestos participativos, los que tienen una nueva visión de desarrollo y ven que les puede ayudar a resolver la pobreza"*<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> [www.desco.org.pe](http://www.desco.org.pe)

<sup>23</sup> Entrevista a Hugo Salazar, Responsable de Sociedad Civil, Corredor Ancash.

<sup>24</sup> Entrevista a Pedro Jerí, Responsable de Sociedad Civil, Corredor Ayacucho.

Sin embargo, es necesario continuar con este fortalecimiento, especialmente en aquellos distritos donde el proceso todavía es débil, según lo manifestado por los actores sociales participantes en los procesos participativos y por algunos actores clave entrevistados:

*"Yo creo que todavía nos falta fortalecer, nuestros esfuerzos no son suficientes".*

Alcalde Distrital de Chingas

Asimismo es destacable el trabajo de incidencia política y sensibilización realizado por los equipos de REDESA ante los municipios, a fin de que orienten sus recursos a acciones tanto a favor de proyectos para la seguridad alimentaria como para el fomento del desarrollo local. Una muestra clara es el hecho que los aportes de los gobiernos regionales y municipales para cofinanciar junto con el Programa acciones para mejorar la seguridad alimentaria (instalación de sistemas de agua y letrinas, infraestructura productiva, campañas educativas, entre otras) se han ido incrementado año tras año. El primer año aportaron el 30% del costo de estas acciones, y en el último año incrementaron su aporte hasta superar el 80%.

#### 2.6.4 Factores relacionados con la contribución en las estrategias para la reducción de la desnutrición, seguridad alimentaria y la superación de la pobreza

---

##### Mesas de concertación

Para REDESA, uno de los espacios a partir del cual impulsa el apoyo a la población en la mejora de su calidad de vida y específicamente de la seguridad alimentaria, es la Mesa de Concertación Interinstitucional (MCI) en los ámbitos de intervención.

Con miras a apoyar a los productores locales, REDESA participó en estos espacios, con la finalidad de incidir en la generación de normas y adopción de acuerdos, para que los productores y sus asociaciones puedan operativizar sus propuestas de promoción de actividades económicas y

fortalecimiento de sus capacidades, especialmente, para enfrentar el reto de la competitividad.

En el tema de salud y nutrición, el aporte de REDESA fue de propiciar que los planes estratégicos o de desarrollo local que se definan y concerten, incluyan acciones que permitan atender las carencias más sentidas de la población en estos aspectos. En este tema cobran una significación especial los acuerdos y compromisos en términos de reducción de la desnutrición y la implementación de sistemas de agua potable y dotación de servicios de saneamiento a las diferentes comunidades.

CARE además participa activamente en las reuniones de mesas de concertación en todos los

distritos donde estos espacios se encuentran en actividad. Señalan que la participación de REDESA pasó de ser un actor de la concertación, a facilitador de las mesas temáticas, entre las que destacan las productivas, de salud, de programas sociales y de lucha contra la desnutrición.

Si bien estos espacios han cobrado una dimensión especial en los últimos años, y en virtud de ello todos los distritos del ámbito de REDESA cuentan con una MCI cuyos miembros se reúnen principalmente para la elaboración de los planes de desarrollo y los presupuestos participativos, su sostenibilidad se encuentra asociada a la voluntad política de los gobiernos locales y al grado de sensibilidad de los actores.

Los actores en los procesos participativos mencionaron que no obstante, el esfuerzo de REDESA para el fortalecimiento de las capacidades de las MCI, se han percibido dificultades que pueden afectar su desempeño, entre las que cabe citar:

- El escaso compromiso de los integrantes en algunos distritos, el cual se manifiesta en que sólo se reúnen si el alcalde los convoca
- El desconocimiento de la población de algunas localidades sobre sus representantes, la frecuencia de las reuniones y los acuerdos que toman.
- El limitado fortalecimiento de capacidades de los integrantes de la mesa.
- Los vacíos referentes a sanciones por incumplimiento en las normas de operación de las MCI.

- La similitud de los espacios de concertación, cuyas funciones al no estar claramente delimitadas generan confusión en los ámbitos donde existen más de uno.

Los actores consideran que ha sido relevante “*ir generando semillas para que la población le tome gusto a la participación*”<sup>25</sup> y surjan nuevos líderes con las capacidades necesarias para que puedan continuar los procesos iniciados. A ello se adiciona la importancia de la participación activa de la sociedad civil en los espacios de concertación existentes.

#### ■ **Comité de desarrollo comunal (CODECO)**

Los CODECO son un órgano de gestión participativo para el desarrollo comunal, en el que participan representantes de las organizaciones comunales de base. (66,67). Los CODECO tienen un enfoque integral ya que toman en cuenta tres componentes básicos: salud, educación y economía, a los que se complementan los componentes de organización y gestión<sup>26</sup>. Cada CODECO debe contar con su plan de desarrollo comunal y su SIVICO.

Los CODECO han sido desarrollados con éxito en el Corredor Ayacucho-Apurímac-Huancavelica; y en menor escala en los sub-Corredores Cajabamba, Melgar y Huancané. En Cajabamba, el impulso para la creación de los CODECO partió del MINSA con el apoyo de CARE, a través de REDESA. En otros corredores se han desarrollado otras formas de organización similar, por ejemplo en el

<sup>25</sup> Entrevista al Sr. Hugo Salazar, Responsable de Sociedad Civil – CARE Ancash.

<sup>26</sup> Informe regional I Semestre 2006. REDESA, CARE Perú.

Sub-Corredor Huaylas Norte se tienen los comités de desarrollo distrital, que son espacios mayores al CODECO pues están a nivel de distrito, pero que todavía no han sido expandidos. El Programa promovió la constitución de 929 CODECO o formas de organización análogas los cuales se hallaban activos en el último año de ejecución de REDESA.

Sin embargo hay comunidades donde los CODECO están inactivos; esto se debe a: i) cambios en los consejos directivos y los nuevos no tienen muchas habilidades de gestión; y ii) se desmotivaron porque sus propuestas presentadas en el proceso de presupuestos participativos, no fueron atendidas. Debido a que son espacios de

participación y concertación bastante nuevos, necesitan todavía un acompañamiento constante, rol que le correspondería al MINSA y a los gobiernos locales, según manifestaron los actores que estuvieron presentes en los procesos participativos.

Según lo manifestado por los actores en los procesos participativos, entre los factores que van a favorecer la sostenibilidad de los CODECO, se encuentran: a) que esté presidido por alguna autoridad comunal, b) que tengan un reglamento interno, c) que se capacite nuevos líderes (jóvenes) para contar con nuevas generaciones preparadas, d) que se institucionalicen, es decir que adquieran personería jurídica, y e) que se fortalezca la organización comunal.

## 2.7 El enfoque de género y de empoderamiento de la mujer

Si bien el Programa no ha tenido estrategias explícitas dirigidas al empoderamiento de la mujer y de equidad de género, se consideró necesario evaluar la participación de la mujer y la forma cómo ésta ha contribuido a mejorar su condición. Uno de los elementos preventivos para la desnutrición infantil es el rol de la mujer en la sociedad como líder y como motivadora para generar acciones de incidencia sobre las autoridades para priorizar sus necesidades y las de su familia.

En ese sentido, una evaluación que visualice la equidad de género y el empoderamiento de la mujer debe ir más allá de clasificar en términos cuantitativos la participación de hombres y mujeres. Es por ello, la importancia de evidenciar la condiciones de

equidad entre hombres y mujeres a través de las percepciones de los participantes del programa.

*“Si nuestro trabajo lo enfocamos sólo por el lado de los varones no vamos a tener el impacto esperado en las decisiones a nivel territorial, debido a que en la zona rural la mujer tiene una participación relevante, aunque bastante limitada en la toma de decisiones debido a que es considerada un actor inactivo”.*

Si bien REDESA promovió la participación de las mujeres a nivel productivo y organizacional, la dificultad de ejercer una verdadera contribución para lograr la equidad de género se ve restringida por el machismo y patrones culturales imperantes en el área de intervención, que pueden agudizar su triple rol como mujer, esposa y trabajadora, y limitar su participación en los espacios de toma de decisiones<sup>27</sup>.

Por otro lado, la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre los ingresos familiares incrementa la posibilidad de tener un efecto positivo sobre la alimentación y consecuentemente sobre el estado nutricional de los niños y niñas(68,69).

Asimismo, la mejora de las condiciones sociales de la mujer esta fuertemente asociado a la disminución de la desnutrición, factores como el grado de instrucción (70), el mayor tiempo libre (71), la mayor estabilidad con su pareja (15) y su salud sexual y reproductiva (72).

## El empoderamiento y valoración de la mujer

### ■ En actividades productivas

Según la información de los procesos participativos y entrevistas, las mujeres tienen mayor participación en actividades que no requieren “tener mucha fuerza” como las funciones que están ligadas al marco de su hogar (la crianza de animales de corral, biohuerto) y en el campo (el pastoreo, deshierbe del terreno, ordeño, echar la semilla, abono y cosecha).

*“...en ventas y solicitar préstamos lo debe hacer la mujer porque los hombres se van a tomar licor con los amigos una vez que reciben el dinero, pero sí se les debe avisar, porque si no nos masacran”*  
(Mujeres de Chingas, Ancash).

En el caso de la intervención de REDESA, la inserción de las mujeres en las actividades no han sido generalizadas, aunque ha sido destacada en algunos subcorredores económicos, como es el caso de Melgar en Puno. Esto se evidencia en los lácteos, que tradicionalmente eran desempeñados por varones, donde la mujer fue asumiendo algunos roles con mucha eficiencia, especialmente en el manejo del dinero.

*“Para cualquier evento siempre los varones tienen mayor tiempo y disponibilidad para participar; por eso es que las capacitaciones se han hecho en las comunidades para lograr una mejor participación de las mujeres, pero el hecho de que lleven dinero a la casa, las ha hecho sentir más fuertes; y los hombres ahora ya lo aceptan mejor. Ahora también participan en los presupuestos participativos y presentan sus propuestas”.*

Responsable zonal Melgar, CARE Puno

<sup>27</sup> “la dificultad del machismo que existe y la triple función que tiene la mujer, madre, esposa, trabajadora, limita un poco su participación y los rasgos culturales que dicen que la mujer no debe estar en reuniones”. Hugo Salazar.

Los entrevistados confirman lo que diversos estudios sobre el tema indican respecto a que cuando la mujer no sólo desarrolla capacidades, sino participa en la toma de decisiones y en el manejo de recursos en el tema productivo, es capaz de ir ocupando otros espacios. Señalan que entre las dificultades que tuvieron que superar, se encuentran las relacionadas con la disponibilidad de tiempo para participar a comparación de los varones.

■ **En el mejoramiento de la salud, nutrición y saneamiento**

Un aspecto importante a tener en consideración respecto a la participación de la mujer en el mejoramiento de la salud y nutrición de su familia es el concerniente a la toma de decisiones. En el medio rural, los aspectos sociales y culturales influyen en los efectos que pueden lograrse, como son el uso del idioma quechua y el entorno familiar, donde la mujer joven se encuentra restringida para tomar sola, decisiones sobre la salud y alimentación de su hijo o hija sin la participación de la suegra o abuela de su esposo, e incluso de otras mujeres “mayores” y reconocidas en la comunidad por su experiencia en dichos menesteres<sup>28</sup>.

Los ejecutores de REDESA ponen énfasis en la educación a las mujeres, la cual debe darse

en un contexto de interculturalidad, donde la revaloración de la cultura andina implica el uso del lenguaje nativo y la recuperación de las buenas prácticas y los alimentos andinos ricos en nutrientes.

*“En este sentido CARE aportó mucho, pues una de las cosas que se ha tenido claro es que a medida que se educa a las mujeres se va a contribuir en la reducción de las diarreas. Y eso mismo se ha ido sembrando en la comunidad, mirar a las mujeres como un agente importante para que ayude al desarrollo, una mujer más educada e instruida también va a criar hijos mejores nutridos y educados, y va rompiendo ese círculo vicioso de la pobreza”.*

(Responsable de sociedad civil CARE Ayacucho).

Las mujeres asimismo mencionaron que a través de su participación en las actividades de salud, nutrición y saneamiento de REDESA los hombres son más responsables en el cuidado de sus hijos e hijas ya que están comprendiendo su importancia.

<sup>28</sup> Estudios etnográficos con madres migrantes y abuelas provenientes del área rural muestran que una fuente de conocimiento con gran poder de decisión lo constituye la suegra y mujeres mayores, y son las que enseñan a las “menores”, la madre a medida que tiene más hijos y más edad se comprende va adquiriendo experiencia y estará en condiciones de enseñar a otras madres jóvenes. (Ríos Espinoza, Gloria. Aspectos sociales y culturales de la Lactancia Materna en el distrito de Independencia, doc. Proyecto REDISS, UPCH, 1994; Anemia y Alimentación: Percepciones de madres y abuelas cuidadoras de niños menores de tres años en una zona urbano-marginal de Lima, UPCH, ponencia presentada al II Congreso de Antropología, 2002).

*“Con las capacitaciones las mujeres han aprendido el valor nutritivo de sus alimentos y diversos tipos de preparaciones, combinando de manera balanceada, y enseñan a los esposos”.*

(Mujeres de Melgar. Puno)

*“Los hombres ya están ayudando en dar alimentos y cuidar al niño están contentos con la esposa y agradecidos de las enseñanzas de REDESA”.*

(Mujeres de Huancané. Puno)

#### ■ En los espacios de concertación y desarrollo local

Asimismo es destacable la contribución de REDESA en el tema de género promoviendo la participación de la mujer en el SIVICO y el CODECO en los lugares donde se han conformado y están funcionando. Por su lado, las mujeres productoras y actores manifestaron que la participación de la mujer todavía es restringida por la falta de capacitación en liderazgo, sumado a

problemas estructurales que limitan su participación, como la excesiva carga de trabajo doméstico, analfabetismo, poca educación y el machismo, que está muy arraigado.

#### ■ En el ámbito de REDESA: reconocimiento de sus derechos

*“Antes las mujeres no participaban, y para los hombres era mal visto si lo hacían, ahora los hombres nos dicen (riendo) con lo que CARE les ha enseñado ya quieren ponerse arriba”.*

(Mujeres de Pacucha. Andahuaylas)

Parte de los derechos humanos se basa en el reconocimiento que mujeres y hombres comparten igualdad de derechos en lo económico, político, civil, cultural y social. En ese sentido, según manifiestan las participantes, el Programa ha contribuido a la expansión de las capacidades de las mujeres para identificar y lograr la satisfacción de sus necesidades, relacionadas a los derechos:

<p>El derecho al acceso a la salud</p>	<p>En el desarrollo de capacidades y participación en actividades en salud, nutrición, higiene y saneamiento con las mujeres, ha permitido un mejor cuidado de la salud, alimentación y nutrición de mujeres, niños y niñas a una mejor calidad de vida.</p>
<p>El derecho al trabajo</p>	<p>Incentivando la participación de la mujer como microempresaria, e incursionando en actividades económicas generadoras de ingresos que se creían propias de hombres, aún cuando falta fortalecer. En Puno se ha desarrollado con más fuerza.</p>
<p>El derecho a elegir a los representantes de su comunidad y a ser elegida para desempeñar cargos en las organizaciones de la comunidad</p>	<p><i>"CARE enseñó que las mujeres no deben estar calladas y deben participar como los hombres. Antes los hombres decían la mujer no vale nada, ahora les hemos demostrado lo que somos capaces de hacer"</i>. (Grupo focal de mujeres en Celendín).</p> <p>Es un proceso en marcha y hay que fortalecerlo. Hay pocas instituciones que intervienen en este tema.</p>

### Palabras de mujeres sobre sus imitaciones y sugerencias para mejorar su condición

*"En las actividades aún participan pocas mujeres debido a la falta de dinero para comprar los materiales necesarios hace que se retiren como en Primorpampa que se retiraron seis mujeres productoras de espinaca"*.

*"Las organizaciones de base mayormente no eligen como representantes a analfabetas ni quechuahablantes para las federaciones"*.

(grupo focal con actores)

*"La limitación es que las mujeres son tímidas, hablan poco, los hombres hablan más. También tiene hijos y además, hay mujeres que no dejan participar a otras mujeres. Por eso se necesita más capacitación a las mujeres para hacer conocer sus derechos en las organizaciones"*.

(Mujeres de Melgar. Puno)



## **3. Lecciones aprendidas**

---



- El Programa REDESA, muestra suficientes evidencias que es posible lograr un impacto positivo en el estado nutricional de la población infantil del medio rural, a partir de intervenciones clave, con enfoque de construcción de redes de asocio.
- Los procesos de desarrollo sostenible para la implementación de la estrategia de seguridad alimentaria, requiere enfrentar la cultura asistencialista, muy arraigada en la sociedad rural. REDESA y otros programas han logrado evidenciar la capacidad de romper con este paradigma, demostrando que no se requieren estímulos de tipo alimenticio para mejorar la tendencia de la desnutrición crónica infantil y que los programas de asistencia alimentaria deben ser utilizados de manera focalizada, con horizontes temporales claramente definidos o en situaciones de emergencia.
- REDESA al apoyar la formulación de políticas regionales de seguridad alimentaria cubre un vacío en este aspecto, logrando que se plasmen e institucionalicen planes y estrategias de nutrición y seguridad alimentaria adecuadas al entorno social, productivo e institucional en cada región.
- Uno de los elementos de la estrategia de REDESA que merece ser rescatado es el referente al trabajo en el tema de competitividad en ámbitos de pobreza.
- REDESA logra aprovechar el proceso de descentralización para emplear los espacios de concertación regional, provincial y distrital, a partir de la aplicación de sus estrategias programáticas. La estrategia de incidencia logra que el enfoque de desarrollo territorial rompa la visión sectorial de las entidades del Estado y el trabajo individualista de las ONG del entorno.
- La institucionalización de la seguridad alimentaria lograda por REDESA en los gobiernos locales ha permitido la incorporación de recursos dirigidos a seguridad alimentaria en los presupuestos participativos, con lo que se asegura la sostenibilidad de intervenciones de este tipo.
- La estrategia de la red de asocio demostró que los programas sociales podían ser más efectivos si cambian su rol tradicional, de ejecutor a facilitador de procesos, buscando construir redes con otros actores institucionales (públicos y privados) y con la población objetivo organizada, en la que todos los involucrados comparten responsabilidades.
- Sobre el modelo de gerencia combinada que incorporó a la sociedad civil en la gestión del programa, se visualizan aportes significativos en la construcción del capital social e institucionalidad que requiere el desarrollo regional y local. Al dinamizar el entorno

institucional y social logró el establecimiento de acuerdos y motivó la acción conjunta de otros actores públicos y privados, a los cuales fortaleció en sus capacidades institucionales.

- La asistencia técnica a los gobiernos locales dentro del proceso de descentralización y transferencia de los programas sociales, es un aspecto abordado con éxito por REDESA que merece ser potenciado, fortalecido y replicado en otras regiones del país.
- Las estrategias de incidencia política y de abogacía utilizadas como mecanismos de participación por REDESA ha permitido la formulación de estrategias regionales de seguridad alimentaria en Ancash, Huancavelica y Cajamarca que pueden servir de modelos y replicados en otras regiones del país. Además, se encuentran en validación los planes de Puno y Apurímac.
- El fortalecimiento de muchos actores sociales en los ámbitos de REDESA ha contribuido a su empoderamiento. Ahora existe una masa crítica de líderes que han estado involucrados en estos procesos, los que tienen una visión más amplia del desarrollo y ven que ayuda a resolver la pobreza.
- La mejora de los niveles de ingresos económicos, *per se*, es un factor necesario pero no suficiente para la mejora del estado nutricional de los niños y niñas en zonas pobres, en tanto no esté acompañada de un componente educativo y comunicacional permanente.
- Fue muy importante la ejecución de un componente comunicacional adecuado a las características sociales, culturales y geográficas de cada una de las zonas de intervención, con estrategias, contenidos temáticos y mensajes adecuados a los grupos sujetos de intervención así como a las diferentes audiencias involucradas en la seguridad alimentaria. El Programa REDESA logró desarrollar metodologías adecuadas y validadas en los diferentes ámbitos de intervención, las cuales le permitieron fortalecer sus diferentes actividades.
- La intervención de REDESA ha permitido revalorar el rol del agente comunitario de salud como educador y comunicador en su comunidad, siendo un pilar importante en el trabajo en asocio con el sector salud, convirtiéndose en el elemento clave para el cambio de comportamientos y la adopción de prácticas saludables. Sin embargo, es necesario desarrollar algunas estrategias conjuntamente con el MINSA para motivar la continuidad de su labor a nivel comunitario.
- Los componentes de ingresos y de salud se integra mejor en términos de reducción de la desnutrición crónica cuando la población beneficiaria de salud y nutrición se

incorpora las acciones de generación de ingresos y no a la inversa. Esto ocurre porque estas acciones se encuentran fundamentalmente dirigidas a personas mayores, cuyos hijos sobrepasan la edad de tres años (población objetivo para disminuir la desnutrición crónica) y por tanto no tienen mayor relevancia para ellos. En cambio, la población beneficiaria del componente de salud y nutrición (mayoritariamente más joven y con niños y niñas menores de tres años de edad) que posteriormente participó en acciones de crianza de cuyes, bio-huertos se encuentra consciente que la mejora de sus ingresos permitió mejorar los niveles de alimentación y nutrición de sus niños y niñas.

- El modelo de intervención de REDESA en relación a la capacitación, asistencia técnica y la implementación operativa del enfoque de seguridad alimentaria en los planes de desarrollo de los gobiernos sub nacionales, es un modelo de intervención transferible al Estado con altas probabilidades de ser replicado con éxito en otras regiones del país. CARE, se convertiría así en un socio referente del Estado para el desarrollo de acciones de lucha contra la desnutrición infantil en las zonas más pobres y vulnerables del Perú.
- La sostenibilidad se garantiza si se logra construir mecanismos de intervención que se caractericen por una participación desde abajo y con proyección regional. En la medida que un mayor número de actores sociales sean sensibilizados en la problemática y asuman compromisos, la salida de un programa, no afectará drásticamente los procesos y efectos logrados.
- Las estrategias validadas de REDESA constituyen importantes insumos y aportes para la operacionalización de las prioridades establecidas por el Estado Peruano con respecto a la reducción de la pobreza y la seguridad alimentaria y que se encuentran señaladas en el Plan Nacional para la Superación de la Pobreza 2004-2006 (DS 064-2004-PCM) y en la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015 (DS 066-2004-PCM) especialmente en el eje de desarrollo de capacidades humanas, las líneas de alimentación y nutrición básica y saneamiento básico; el eje de promoción de oportunidades económicas para las personas y familias en situación de pobreza; así como las líneas de capacitación técnica, desarrollo rural, mejoramiento del ingreso y protección social de los grupos vulnerables.
- El diseño de un programa debe identificar y establecer claramente los resultados factibles de alcanzar a partir de las acciones del programa, así como los supuestos y riesgos. En el marco de la ejecución de REDESA el resultado a alcanzar “las familias pobres acceden a financiamiento en actividades económicas”, planteó desde el inicio serias limitaciones para la consecución de los efectos esperados, debido a que los logros dependían de factores externos. La lección aprendida es que toda intervención

debe identificar claramente sus alcances en términos de indicadores, con miras a asegurar que sus metas, en términos de resultados y efectos, reflejen el cumplimiento de su quehacer.

- Toda intervención debe considerar previamente el espacio organizativo sobre el que va actuar, con miras a adecuar sus acciones a las particularidades del entorno. Durante el período de intervención los equipos zonales de REDESA, comprobaron que el axioma que la organización estaba presente en todos los espacios era una falacia, teniendo que enfrentar espacios regionales muy diferenciados, en términos de organización y liderazgo.
- La expansión de capacidades en las mujeres para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas deben formar parte de las estrategias promovidas por los programas de seguridad alimentaria. Las acciones deben constituir parte del proceso de empoderamiento, a partir de la promoción de estrategias orientadas a la disminución de las inequidades entre hombres y mujeres.
- Para que la ejecución de una intervención permita abordar el tema de equidad de género con resultados positivos, el equipo de dirección debe estar comprometido con este enfoque, el cual parte de la selección de los miembros del equipo y la promoción de relaciones de igualdad entre los integrantes.
- REDESA pudo llevar a cabo sus acciones y lograr el importante rol de la mujer como madre, productora, así como promotora y líder social en la promoción de la seguridad alimentaria. Se hace perentorio que en el desarrollo de las intervenciones que tengan como objetivo reducir la desnutrición crónica, en sus estrategias, enfoques teórico – conceptuales y metodología, se considere la superación progresiva y por etapas las barreras sociales y culturales que se manifiestan en las inequidades de género, para asegurar el éxito de los resultados y garantizar una mayor sostenibilidad de los mismos.

## 4. Acrónimos

---

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AJASS	Asociación de Administradores de Servicios de Saneamiento
APROMSA	Asociación de Promotores de Salud
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CCL	Comité de Coordinación Local
CODECO	Comité de Desarrollo Comunal
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAPAAH	Federación de Asociaciones de Productores Agrarios de Acobamba - Huancavelica
FONDEPES	Fondo de Desarrollo para la Pesquería
INS	Instituto Nacional de Salud
INIEA	Instituto Nacional de Investigación y Extensión Agropecuaria
JASS	Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento
MCI	Mesa de Concertación Interinstitucional
MINAG	Ministerio de Agricultura
MINSA	Ministerio de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PACFO	Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo
PAT	Proveedores de Asistencia Técnica
PP	Punto Porcentual
PRONAMACHCS	Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad Animal
SIS	Sistema Integral de Salud
SIVICO	Sistema de Vigilancia Comunal
SIVIDEL	Sistema de Vigilancia para el Desarrollo Local
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



## **5. Referencias bibliográficas**

---



## Referencias bibliográficas

1. Banco Mundial. 2006. Perú la Oportunidad de un País Diferente. Lima: Banco Mundial.
2. Engle P, Bentley M, Pelto G (2000) The role of care in nutrition programs. *Proceedings of the Nutrition Society* 59: 25-35.
3. Engle P (1999) The role of caring practices and resources for care in child survival, growth, and development: South and Southeast Asia. *Asian Development Review* 17 (1, 2): 132-167.
4. Balcázar R, Paulini J, Aquino O, Cordero L, Figueroa J. 2001. Política Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica en el Perú. Documento de Trabajo. Lima: Instituto Apoyo.
5. USAID PERÚ, UNICEF PERÚ. Un Buen Inicio en la Vida. Diciembre 2005.
6. Sitio Web: <http://www.prisma.org.pe/pl480/> Con acceso 02 de enero 2007.
7. CARE PERÚ. REDESA: Por la seguridad alimentaria y la reducción de la pobreza. 2006. Segunda Edición. Lima: CARE PERÚ.
8. Organización Mundial de la Salud. (1995) El Estado Físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de Informes Técnicos N° 854. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
9. World Bank. 2006. Repositioning Nutrition as Central to Development. A Strategy for Large-Scale Action. Washington, DC: World Bank.
10. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2001. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
11. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2006. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Principal. 2004 - 2005. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
12. Rojas C, Calderón M, Taipe M, Bernui I, Ysla M, Riega V. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad. *Rev Perú Med. Exp Salud Pública* 2004; 21 (2): 98 – 106.
13. Miranda M, Rojas C, Barboza J, Riega V, Valenzuela R, Caverro S, y col. Tendencias en el consumo de energía y nutrientes de niños peruanos menores de 5 años en el periodo 1997 – 2001. *Rev Perú Med. Exp Salud Pública* 2004; 21 (4): 240 – 252.
14. Blakely T, Hales S, Kieft C, Wilson N, Woodward A. The Global distribution of risk factors by poverty level. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83(2): 118-126.
15. Reyes H, Pérez-Cuevas R, Sandoval A, Castillo R, Santos I, Doubova S, Gutiérrez G. The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health* 2004; 4:57
16. Pedro Francke, Javier Iguíñiz. 2006. Crecimiento Pro-pobre en el Perú. Informe Final. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Agencia de Cooperación Suiza para el Desarrollo.

17. Juan Chacaltana. 2006. ¿Se puede prevenir la pobreza?. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
18. Ministerio de Economía y Finanzas. 2006. Marco Macroeconómico Multianual 2007 – 2009. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
19. Casas C, Yamada G. 2005. Medición del Impacto en el Nivel de Vida de la Población del Desempeño Macroeconómico para el Periodo 2001 – 2004. Informe Final. Lima: Universidad del Pacífico.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una Mirada desde América Latina y el Caribe. Washington, DC: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2006.
21. Immink M. Purchasing power and food consumption behavior: how poverty level is defined. In Social and Cultural perspectives in nutrition. Edited by: Shils M, Olson J, Snike M, Ross A. Williams and Wilkins, Baltimore, MD; 1999, in: Karp R, Cheng C, Meyers A. The appearance of discretionary income: influence on the prevalence of under- and over-nutrition. International Journal for Equity in Health 2005; 4:10.
22. Von Braun J, de Haen H, Blanken J. 1991. Commercialization of Agriculture Under Population Pressure: Effects on Production, Consumption, and Nutrition in Rwanda. Research Report No. 85. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
23. Citro CF, Michael R, eds: Measuring Poverty: A New Approach Washington DC: National Academy Press; 1995, in: Karp R, Cheng C, Meyers A. The appearance of discretionary income: influence on the prevalence of under- and over-nutrition. International Journal for Equity in Health 2005; 4:10
24. World Bank. 2005. Opportunities For All. Peru Poverty Assessment. Washington, DC: World Bank.
25. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2006. Condiciones de vida en el Perú. Evolución 1997 – 2004. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
26. Waterlow JC. Malnutrición energética proteica. Publicación científica No. 555. Washington, 1996.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Cuarto reporte mundial del estado de la infancia 2004. Nueva York, 2004.
28. Brown K. Diarrhea and Malnutrition. J. Nutr. 2003; 133: 328S–332S.
29. Checkley W, Epstein L, Gilman R, Cabrera L and Black R. Effects of Acute Diarrhea on Linear Growth in Peruvian Children. Am J Epidemiol 2003; 157:166-175.
30. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación Externa de la iniciativa Buen Inicio en la Vida. Reporte Preliminar. 2007. (en prensa).
31. Valdivia M. Perú: Is Identifying the Poor the Main Problem in Reaching Them with Nutritional Programs?. In: Gwatkin D,

- Wagstaff A, Yazbeck A. Editors. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*. 2005. Washington, DC: World Bank.
32. Vásquez E, Mendizábal E. Editores. 2002. *¿Los niños... primero?. El gasto público focalizado en niños y niñas en el Perú: 1990 2000*. Lima: Universidad del Pacífico, Save the Children.
  33. Tesliuc C. La red de protección social. En: Cotlear D. Editor. *Un nuevo contrato social para el Perú. Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario*. 2006. Lima: Banco Mundial.
  34. Du Bois F. *Programas sociales, salud, y educación en el Perú: un balance de las políticas sociales. Democratizando el gasto público*. 2006. Lima: Instituto Peruano de Economía Social de Mercado, Konrad Adenauer Stiftung.
  35. MAXIMIXE, Instituto CUANTO. *Evaluación de Impacto del Programa de Alimentación Complementaria para Grupos de Mayor Riesgo. Informe Final*. 2003. Lima: Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/gxpsites>.
  36. Allen L and Gillespie, S. 2001. *What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions*. United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition. Asian Development Bank. *Nutrition and Development Series No 5*.
  37. Rogers BL, Rajabiun S, Levinson J, et al. *Reducción de la desnutrición crónica en Perú: una propuesta de estrategia nacional*. Lima: USAID, 2001.
  38. Suarez M. *Determinantes de la desnutrición aguda y crónica en menores de 3 años. Un subanálisis de la ENDES 1992 y 1996*. Lima. AB PRISMA. Dirección de Investigación– Instituto Nacional de Estadística e Informática. 1999.
  39. World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva 1998.
  40. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, Infant Feeding Study Group. *Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial*. *Lancet*. 2003;361:1418–23.
  41. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Perez-Escamilla R. *A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:836–41.
  42. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. *Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:897–902.
  43. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla R, Lutter C, Rivera A, Segall-Correa AM. *Breastfeeding promotion and priority setting in health*. *Health Policy Plan*. 1996;11:156–68.
  44. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz- Palacios G, Morrow

- RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999;353:1226 – 31.
45. Feachem RG. Interventions for the control of diarrheal diseases among young children: promotions personal and domestic hygiene. *Bull WHO* 1984; 62: 467-76.
46. Briend A, Bari A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status of 12–35 months old children in rural Bangladesh. *Eur J Clin Nutr* 1989; 43: 603–608.
47. Molbak K et al. Prolonged breastfeeding, diarrhea disease and survival of children in Guinea-Bissau. *Brit Med J* 1994; 308: 1403–1406.
48. Jason JM, Nieburg P, Marks JS. Mortality and infection disease associated with infant-feeding practices in developing countries. *Pediatrics* 1984; 74 Suppl. 702-727.
49. Arifeen S and Black R. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums. *Pediatrics* 2001; 108(4): 67-74.
50. Brown KH, Dewey KG, Allen LH (1998). Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Geneva: WHO.
51. Dewey KG (2001). Approaches for improving complementary feeding of infants and young children. Background paper for the WHO/ UNICEF Technical Consultation on Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO.
52. MINSA. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. 2004. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil.
53. World Health Organization. 1999. A Critical Link: Interventions for Physical Growth and Psychological Development: A Review. Geneva: World Health Organization.
54. Feachem RG. Intervention for de control of diarrhea diseases among young children: promotions personal and domestic hygiene. *Bull WHO* 1984:62:467 – 76.
55. Erickson K. Informe Final. Proyecto de cambio de comportamientos para la prevención de la diarrea en el marco de la estrategia AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cusco, Perú. Junio 2004.
56. Luby SP, Agboatwalla M, Painter J, Altaf A, Billhimer WL, Hoekstra RM. Effect of intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan: a randomized controlled trial. 2004. *JAMA*. June 2, Vol 291, N° 21, 2547 – 2554.
57. AB PRISMA. Estudio de comportamientos de lavado de manos con jabón en zonas urbano-periféricas y rurales del Perú. Setiembre 2004.
58. Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2003 May; 3(5):275-81.

59. Zarzosa N. Buenas prácticas de lavado de manos en el Callejón de los Conchucos 2003 – 2004. Ancash. 2006. Lima: CARE Perú.
60. Lopez N, Ali V, Rojas C. Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003 – 2004. Lima: CARE Perú, 2005.
61. Sánchez C. Estrategias efectivas para articular a los pequeño productores agropecuarios al mercado. Huaraz: CARE Perú, 2006.
62. Alí V, Mejía M. Proveedores de asistencia técnica local – PAT en Azángaro y Puno. Lima: CARE Perú, 2006.
63. Romaní E. Consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares. Experiencia en Tambillo – Ayacucho. Lima: CARE Perú, 2005.
64. CARE Perú. Guía para la Implementación del Sistema de Vigilancia Comunal. En: Estrategias, metodologías y herramientas para la gestión comunitaria y local de la seguridad alimentaria. Lima: CARE Perú. 2006.
65. Vargas R. Sistema de Vigilancia Comunitaria – SIVICO. Una propuesta para la gestión social de riesgos basada en la participación comunitaria. CARE Perú. 2006. Disponible en: <http://www.care.org.pe/websites/redesa/expe2.htm>
66. CARE Perú. Los CODECO: organización y empoderamiento para la gestión local y el desarrollo sostenible. Lima: CARE Perú. 2005.
67. CARE Perú. Guía para la promoción del Comité de Desarrollo Comunal - CODECO. En: Estrategias, metodologías y herramientas para la gestión comunitaria y local de la seguridad alimentaria. Lima: CARE Perú. 2006.
68. Diskin P. Understanding Linkages among Food Availability, Access, consumption, and Nutrition in Africa: Empirical Findings and issues from the Literature. MSU International Development Working Papers 46, 1994, Department of Agricultural Economics, Michigan State University, Michigan.
69. Abdi O. 1992. Dietary Changes in Cote d'Ivoire and the Effect of the Value of Women's Time on Household Food Acquisition Behavior. PhD. Dissertation, Cornell University. In: Von Braun J, McComb J, Fred-Mensah B, Pandya-Lorch R. 1993. Urban Food Security and Malnutrition in Developing Countries: Trends, Policies, and research Implications. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
70. Borooah V. The Role of Maternal Literacy in Reducing the Risk of Child Malnutrition in India. University of Ulster. June 2002.
71. Smith L, Haddad L. 2000. Explaining Child Malnutrition in Developing Countries. A cross-Country Analysis. International Food Policy Research Institute, Washington, DC.
72. Shapiro-Mendoza C, Selwyn B, Smith D, Sanderson M. Parental pregnancy intention and early childhood, stunting: findings from Bolivia. International J of Epidemiol. 2005; 34: 387 – 396.

