



BUENAS PRÁCTICAS



IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA – REDESA

Una expresión de la pobreza en el Perú es la inseguridad alimentaria que afecta sobretudo a las familias de zonas rurales andinas. El Programa Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria - REDESA ejecutado por CARE Perú, con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID abordó esta problemática. Tuvo como meta reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de tres años. Desarrolló su intervención de noviembre de 2001 a septiembre de 2006, trabajando con 58 570 familias pobres de 1 854 comunidades en 125 distritos de Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca y Huancavelica.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

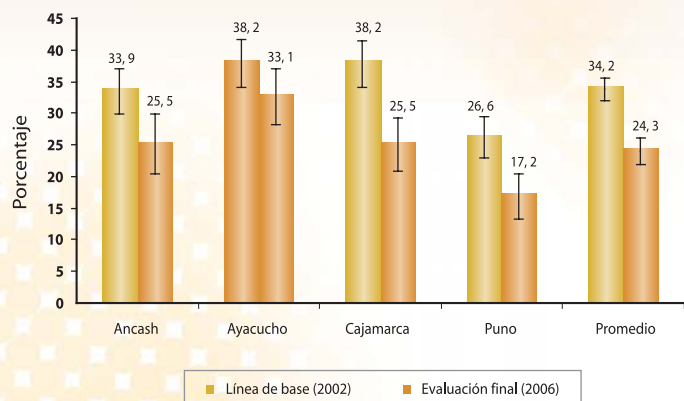
El Programa REDESA sustentó su intervención en una lógica integral de mejora de las condiciones de salud, nutrición e higiene y de generación de ingresos sostenibles de las familias pobres. Contó con el soporte transversal de alianzas y socios estratégicos con las instituciones y organizaciones locales públicas, privadas y de la sociedad civil sobre la base del fortalecimiento de la gestión local y regional. De esta manera, se constituye en un modelo integral que ofrece los elementos y evidencias validadas para ser tomado en cuenta en el diseño e implementación de estrategias y acciones en la lucha contra la desnutrición infantil.

RESULTADOS

El impacto sobre la desnutrición se evaluó comparando los porcentajes obtenidos en la Línea de base (2002) y en la Evaluación final (2006). El Programa logró una mejora sustantiva en la reducción de la desnutrición crónica así como sobre los factores causales: lactancia materna exclusiva, enfermedad diarreica aguda y pobreza. La desnutrición crónica fue definida como un índice de talla para la edad menor a -2DS y la referencia empleada fueron los patrones de crecimiento de la NCHS. El muestreo fue aleatorio-multietápico, el tamaño muestral de la línea de base fueron 2 643 niños y sus familias, para la evaluación final fueron 1 597. Los factores causales se agruparon en: a) La salud y la alimentación, que comprendía enfermedad diarreica aguda, lactancia materna exclusiva, alimentación durante y después de la enfermedad diarreica; b) Los económicos, que comprendía la pobreza y pobreza extrema (ingresos per cápita inferiores a 2 y 1 dólar al día respectivamente). El impacto sobre estos factores se determinó con la misma metodología de comparación empleada para la desnutrición crónica.

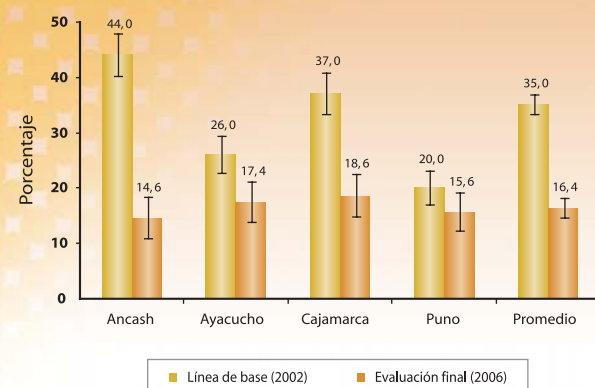
Como se aprecia en el Gráfico 1, la desnutrición crónica se redujo en todos los ámbitos de intervención y en mayor proporción en Cajamarca. En Ayacucho la diferencia no fue estadísticamente significativa. En general la desnutrición crónica se redujo de 34,2% a 24,3% ($p < 0,0001$).

Gráfico 1. Porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de tres años beneficiarios del Programa REDESA



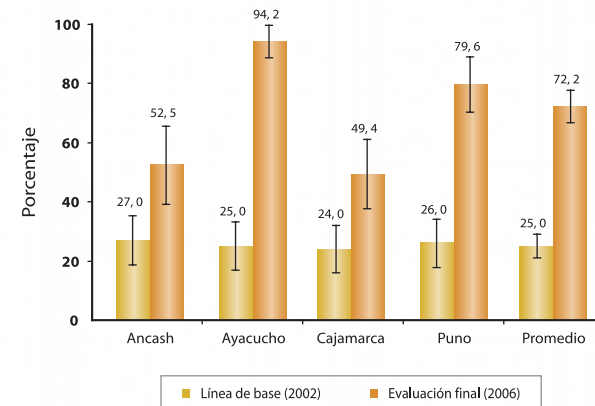
La enfermedad diarreica aguda se redujo de 35,0% a 16,4% ($p < 0,0001$) en todo el ámbito de intervención. En Ancash se registró la mayor reducción, Puno fue la única región donde la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Gráfico 2. Porcentaje de enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de tres años.



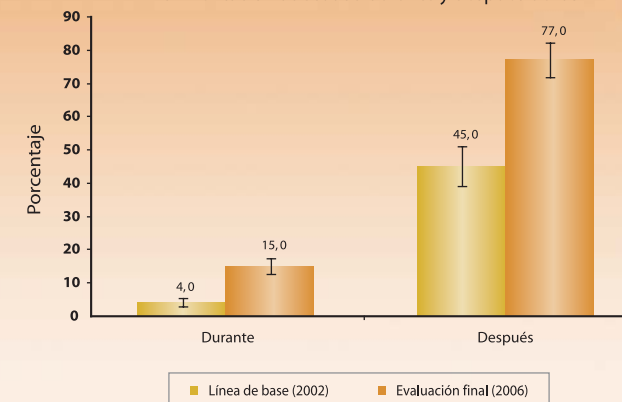
La lactancia materna exclusiva se incrementó de 25,0% a 72,2% ($p < 0,0001$), el mayor incremento se produjo en Puno, las diferencias fueron significativas en todos los ámbitos regionales, según se aprecia en el gráfico siguiente.

Gráfico 3. Porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva



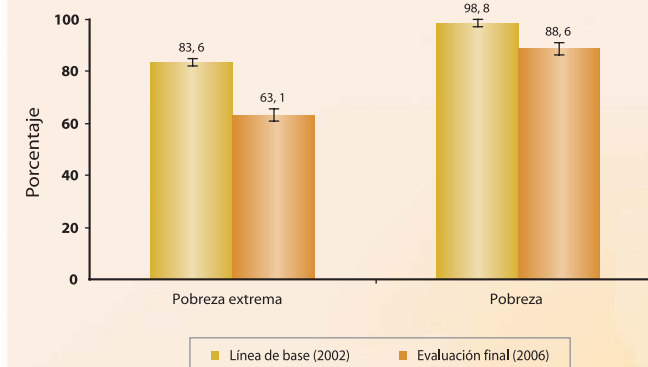
La alimentación durante y después de las EDA se incrementó en todo el ámbito de intervención desde 4,0% a 45,0% y de 15,0% a 77,0% respectivamente, las diferencias fueron estadísticamente significativas en todas las regiones ($p < 0,0001$).

Gráfico 4. Porcentaje de niños y niñas que recibieron alimentación adecuada durante y después de las EDA



La pobreza y pobreza extrema se redujo en todo el ámbito de intervención de 98,8% a 88,6% y de 83,8% a 63,1% respectivamente (Gráfico 5). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todas las regiones ($p < 0,01$).

Gráfico 5. Reducción de la pobreza y pobreza extrema entre las familias beneficiarias del Programa REDESA.



LECCIONES

Estos resultados muestran 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 redes y asocio. Los programas sociales pueden ser más efectivos si se convierten en facilitadores de proceso con responsabilidades compartidas.



CARE Perú
Av. Gral. Santa Cruz 659
Jesús María, Lima - Perú
Tel (511) 431-7430
Fax (511) 433-0492
postmaster@care.org.pe

www.care.org.pe

REDESA y otros programas han demostrado 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 focalizados y con horizontes temporales definidos.

En el proceso de descentralización, REDESA ha sabido aprovechar los espacios de concertación regional, provincial y distrital. La institucionalización de la seguridad alimentaria lograda en los gobiernos locales ha permitido la incorporación de recursos dirigidos a los presupuestos participativos, asegurando la sostenibilidad de las intervenciones.

La mejora de los niveles de ingreso económico, 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 acompañado de acciones y estrategias educativo-comunicacionales permanentes. REDESA desarrolló metodologías adecuadas y validadas a las diferentes realidades en las que intervino.