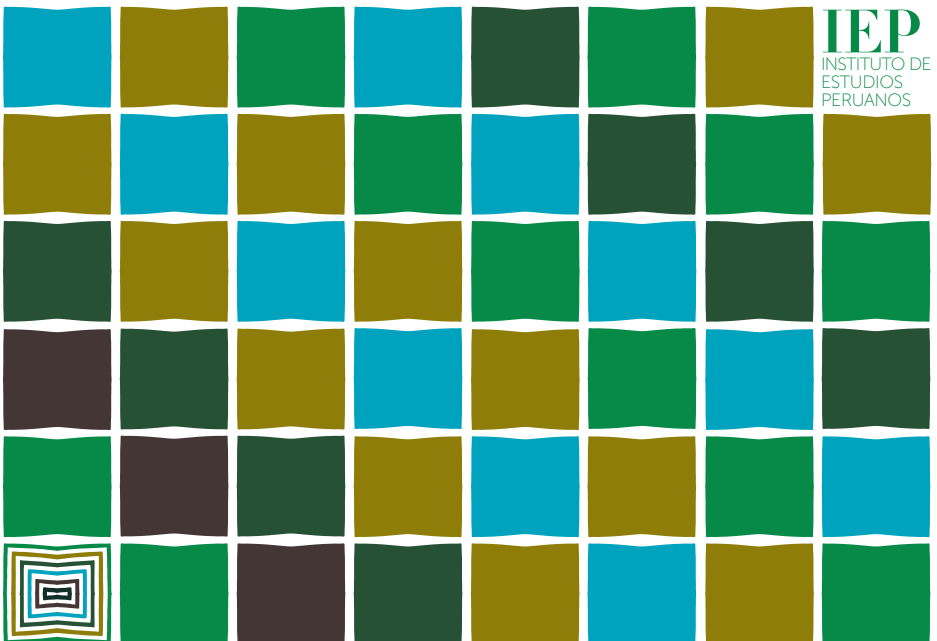


Tamia Portugal
Carmen Yon
Rocío Vargas Machuca

LOS RETOS PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL: "SABER Y NO PODER"

UN ESTUDIO DE CASO EN VILCAS HUAMÁN (AYACUCHO)



Tamia Portugal
Carmen Yon
Rocío Vargas Machuca

LOS RETOS PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL: “SABER Y NO PODER”

UN ESTUDIO DE CASO EN VILCAS HUAMÁN (AYACUCHO)

Documento de Trabajo n.º 225

Documento de Trabajo del proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del Instituto de Estudios Peruanos. Esta publicación y la investigación que le dio origen se llevaron a cabo con la ayuda de una subvención del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá, Ottawa, Canadá.

© Instituto de Estudios Peruanos, IEP
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Central telefónica: (51-1) 332-6194
Fax: (51-1) 332-6173
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
Web: <www.iep.org.pe>

ISBN edición impresa: 978-9972-51-564-4

Documento de Trabajo, 225 (ISSN 1022-0356)
Serie: Documentos de Política, 12 (ISSN 1022-0372)

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2016-04534

Registro del proyecto editorial en la Biblioteca Nacional: 11501131600331

Corrección de estilo:	Ana Teresa Molina
Diagramación:	ErickRagas.com
Cierre de edición:	Silvana Lizarbe / Gino Becerra
Cuidado de edición:	Odín del Pozo
Primera edición:	Lima, abril 2016
Tiraje:	500 ejemplares
Impresión:	Tarea Asociación Gráfica Educativa Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña

Impreso en Perú.

Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "Saber y no poder": Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho) Tamia Portugal, Carmen Yon y Rocío Vargas Machuca. Lima, 2016. (Documento de Trabajo 225. Serie Documentos de Política, 12)

1. SALUD INTERCULTURAL; 2. DESNUTRICIÓN; 3. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS;
4. SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA; 5. AYACUCHO; 6. PERÚ

WD/04.04.02/P/12



Agradecimientos.....	11
El proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del IEP.....	13
El programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ.....	17
Resumen ejecutivo.....	23
Introducción.....	31
1. Conocimientos y prácticas para enfrentar la desnutrición infantil..	43
1.1 Nociones de desarrollo, bienestar y salud infantil: encuentros y desencuentros con las concepciones oficiales	44
• La incorporación de conocimientos y criterios sobre desnutrición y alimentación infantil.....	44
• Indicadores de peso y talla e indicadores de bienestar locales	46
• Salud y enfermedad en sistemas médicos en convivencia jerárquica y conflictiva	48
1.2 Prácticas alimentarias y los esfuerzos por superar la malnutrición infantil.....	51
• Alimentar frecuente y consistentemente a los niños (frecuencia mínima de alimentación)	52
• Diversificando la dieta infantil (diversidad alimentaria mínima)	54
• Consumo de fuentes de hierro animal.....	56

2. La desnutrición más allá de los esfuerzos familiares	63
2.1 Inseguridad alimentaria en el hogar	63
• Nuevos retos para la vida campesina	64
• Dificultades de acceso a ingresos monetarios para la alimentación	64
2.2 Acceso a agua y saneamiento.....	66
2.3 Limitaciones de la calidad de atención y desconfianza de los servicios de salud del Estado.....	68
• El rechazo y desconfianza a las Chispitas.....	72
2.4 El acceso de las mujeres a la educación y la reproducción de las jerarquías sociales en las capacitaciones.....	74
• Nuevos aprendizajes con antiguas formas.....	78
2.5 Sobrecarga de trabajo de las mujeres	81
3. Alcances y retos de las estrategias del Programa de Soberanía Y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ	85
3.1 Rescate de conocimientos y biodiversidad.....	85
3.2 Promoviendo el consumo de alimentos nativos	87
3.3 Complementando la dieta con hierro de origen animal: promoción de la crianza de animales menores.....	88
3.4 El reto de trascender el marco oficial en las capacitaciones de salud	89
Conclusiones y recomendaciones	91
A. Las limitaciones de los esfuerzos familiares para combatir la desnutrición en un contexto de pobreza rural	92
1. Alimentación balanceada en un contexto de pobreza.....	92
2. Sin comercio justo se dificulta la seguridad alimentaria.....	94
3. Saneamiento y estado de salud de los niños y niñas	95
4. Limitaciones de la calidad de atención en los servicios de salud y desencuentros culturales en relaciones jerárquicas	96
5. Ausencia de diálogo intercultural y culpabilización de las madres en charlas y vigilancia comunitaria.....	99
6. Sobrecarga de trabajo de las mujeres y frecuencia de alimentación de los niños y niñas.....	101
B. Retos para los proyectos del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ.....	102
1. Recuperación de cultivos nativos.....	102

2.	Viabilidad de nuevas actividades (biohuertos y crianza de animales menores)	103
3.	Vincular más la revaloración de conocimientos propios con la interculturalidad en el tema de la desnutrición.....	104
	Referencias bibliográficas	107



GRÁFICO 1	Prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años (patrón OMS)	32
GRÁFICO 2	Marco conceptual de los determinantes de la desnutrición infantil (UNICEF)	34
GRÁFICO 3	Determinantes de la desnutrición en los que incide el proyecto Cambio Climático y la Agro-biodiversidad de Pueblos Andinos....	39
GRÁFICO 4	Porcentaje de niños y niñas que cumplen con la frecuencia mínima de alimentación según características de la madre y diagnóstico del niño/a	53
GRÁFICO 5	Porcentaje de niños y niñas que cumplen con la diversidad alimentaria mínima según características de la madre y diagnóstico del niño/a	56
GRÁFICO 6	Porcentaje de niños y niñas que el día anterior consumieron alimentos con hierro animal según características del niño/a y de la madre	57
GRÁFICO 7	Motivos por los que no se pueden cumplir las recomendaciones de higiene y su relación con la desnutrición	68
GRÁFICO 8	Motivos por los que las madres mencionan que sus hijos o hijas no consumen las Chispitas	74
GRÁFICO 9	Desnutrición crónica por nivel de educación de la madre.....	75
GRÁFICO 10	Prácticas de alimentación del niño o la niña según nivel educativo de la madre	76

Gráfico 11	Prácticas de alimentación del niño o la niña según idioma de la madre.....	76
Gráfico 12	Estrategias de intervenciones para enfrentar la desnutrición infantil.....	81
Gráfico 13	Sobrecarga del trabajo de la madre.....	83
Gráfico 14	Retos de las principales actividades de CHIRAPAQ para enfrentar la desnutrición.....	88



TABLA 1	Opinión de las madres sobre la utilidad del CRED	45
TABLA 2	Razones por las que las madres consideran beneficioso llevar a su hijo o hija a los controles.....	46
TABLA 3	Reacciones de las madres al ser informadas de que sus niños o niñas no están bien nutridos.....	47
TABLA 4	Males locales y sus síntomas.....	50
TABLA 5	Porcentaje de niños y niñas que lograron una diversidad alimentaria mínima	55
TABLA 6	Medianas de edad en que las fuentes de hierro animal formaron parte de la dieta del niño o la niña	58
TABLA 7	Frecuencia de consumo de fuentes de hierro animal en los hogares de niños y niñas.....	59
TABLA 8	Inseguridad alimentaria en el hogar: retos para la vida campesina	66
TABLA 9	Lo que las madres piensan que debe mejorar en los servicios de salud para atender a sus hijos o hijas en los controles	69
TABLA 10	Idioma de atención en el centro de salud.....	70



Siglas usadas en el documento

ACH	Acción contra el Hambre
AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CPN	Control prenatal
CRED	Control de crecimiento y desarrollo
CS	Centro de salud
DAM	Diversidad alimentaria mínima
DCI	Desnutrición crónica infantil
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DN	Desnutrición
EDAs	Enfermedades diarreicas agudas
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMA	Frecuencia mínima de alimentación
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
IDRC	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá

MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MCLCP	Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MVCS	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
PAN	Programa Articulado Nutricional
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PIN	Programa Integral de Nutrición
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
PNSR	Programa Nacional de Saneamiento Rural
SIAF-SP	Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público
SSA	Soberanía y seguridad alimentaria



A los ciudadanos y las ciudadanas de las comunidades ayacuchanas de Inmaculada de Huallhua y San Juan de Chito, en la provincia de Vilcas Huamán, por su interés en nuestro estudio. Especialmente a las mujeres, con quienes pasamos la mayor parte del tiempo, así como a las autoridades comunales, parteras, curanderos y promotores. Muchas gracias por haber nos acogido en sus casas y por compartir con nosotras sus conocimientos, experiencias y opiniones.

Al personal de los servicios de salud que nos permitió hacer observaciones en sus instalaciones, así como nos brindó información estadística y su testimonio sobre la situación de salud local. A las autoridades de la Municipalidad Provincial de Vilcas Huamán y el personal de la Dirección Regional de Salud, por darnos a conocer sus puntos de vista.

A los miembros de CHIRAPAQ, por su compromiso para colaborar con nuestro proyecto y facilitarnos toda la información pertinente. A Tarcila Rivera, presidenta de CHIRAPAQ, por su interés en el estudio y compartirnos sus valiosas opiniones y experiencias. A Miguel Calisaya, coordinador de proyectos, por su atención constante y comentarios en cada etapa de la investigación. A Hugo Salvatierra, Vilma Pariona y Raúl Hinostroza, del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria, por su ayuda en las coordinaciones y su apoyo constante para resolver nuestras dudas. A Anicé Rimari por su participación en las reuniones y sus comentarios a las versiones finales

del texto. Y en general, a todo el equipo de CHIRAPAQ por sus contribuciones en las presentaciones de versiones previas del informe.

A las personas que nos permitieron ampliar nuestros conocimientos sobre los diferentes esfuerzos que se han hecho en la región Ayacucho para enfrentar la desnutrición y la anemia: Lorena Hermoza, de la Mesa de Lucha contra la Pobreza de Ayacucho; Alejandro Vargas, Ángel Fernández y el personal de Acción contra el Hambre en Vilcas Huamán; a José Coronel, anterior coordinador de UNICEF en Ayacucho; a Lía García y Soledad Lara, profesionales que trabajaron en CHIRAPAQ en los inicios del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria.

Un reconocimiento muy especial a Edith Gonzales, quien se desempeñó con mucho profesionalismo y compromiso durante todo el trabajo de campo en la realización de entrevistas, encuestas y observación participante, así como en la traducción y transcripción de las entrevistas. A Lilia Arana y Mariestela León, que también nos acompañaron en el trabajo de campo con esmero y sensibilidad, en la segunda y tercera visitas. Muchas gracias a Doris León, quien trabajó con gran responsabilidad en la sistematización de la información de las familias visitadas y participó en el análisis de la misma.

12

Contamos con los importantes aportes de Patricia Zárate y Peter Buse para el diseño final de la encuesta. Peter Buse se encargó, además, de su procesamiento. Así mismo, recibimos los valiosos comentarios de Ponciano Del Pino a la versión final del documento.

Rosario Salas, asistente del proyecto, nos apoyó con mucha responsabilidad y diligencia en todas las fases del estudio. Ella desplegó sus habilidades en las diferentes labores encargadas para lograr que tuviéramos siempre a tiempo la información, los materiales y el soporte logístico y administrativo.



El proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del IEP

Actores diversos, como la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud del Perú y las organizaciones indígenas, reconocen que es necesario incorporar el enfoque intercultural en las políticas sanitarias para disminuir las notables brechas en indicadores de salud entre los pueblos indígenas y el resto del país¹. Sin embargo, como lo muestran los informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2008; 2015), la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente. Este vacío contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, la que es afectada por diversas formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política.

El concepto de salud intercultural involucra el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud indígenas, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación que beneficien la salud de la población y garanticen los derechos individuales y colectivos de sus usuarios y usuarias. Se trata de un tema de justicia cultural (Tubino 2004a) estrechamente

1. En el caso de la OPS, véase, por ejemplo, La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Documento de la 138ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS (2006). En el caso del MINSA, podemos citar el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010 – 2012. Por el lado de los pueblos indígenas, hay ejemplos diversos como la Declaración de Cajamarca, II Seminario Internacional Salud Intercultural desde Pueblos Indígenas, Cajamarca (2011); y Construyendo puentes: Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua, AIDSESP (2013).

ligado a la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía diferenciada en un país pluricultural y multiétnico como es el Perú. Como afirma Tubino (2004b), el diálogo intercultural presupone generar relaciones de simetría y equidad, que son las condiciones que lo hacen posible. Es decir, no hay que empezar a preguntarse por el diálogo sino por las condiciones del diálogo (Fornet 2000: 12). De allí que es relevante estudiar las experiencias existentes que buscan lograr la salud intercultural, para analizar el modo en que esta se entiende y las condiciones que favorecen o limitan su real implementación en contextos específicos.

Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú es un proyecto del Instituto de Estudios Peruanos que se ejecuta con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC). Este proyecto se propone realizar una evaluación crítica de políticas y programas relacionados con la salud intercultural y los pueblos indígenas en el Perú. Los ejes de análisis más importantes son: los desencuentros culturales, los determinantes sociales en salud y las relaciones entre el Estado y la sociedad en la formulación y ejecución de políticas y programas de salud. En segundo lugar, esta iniciativa tiene como objetivo difundir y promover la implementación de buenas prácticas y lecciones aprendidas de las intervenciones en salud intercultural, así como generar debate sobre las condiciones sociales que las favorecen y limitan.

14

Con esta finalidad hemos realizado tres estudios de casos sobre intervenciones destinadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas:

- El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) que se inició en el año 2005. El estudio fue realizado en una comunidad wampis y una comunidad awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua, respectivamente, ambas en el departamento de Amazonas.
- El programa Soberanía y Seguridad Alimentaria del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ, que se propone disminuir la desnutrición infantil revalorando conocimientos y cultivos indígenas, y que tiene sus orígenes en 1996. El estudio se hizo en comunidades quechuas ubicadas en la provincia de Vilcas Huamán en el departamento de Ayacucho.

- El servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica, que tuvo el apoyo del Consorcio Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra) en el periodo 2005-2008, y que continúa implementándose. La investigación se llevó a cabo en el centro de salud de Churcampa y una comunidad campesina aledaña, ambas con población quechua y ubicada en dicha provincia.

Las tres intervenciones parten de distintas perspectivas sobre la salud intercultural y son lideradas por diferentes actores sociales y políticos. Las dos primeras son iniciativas de organizaciones indígenas de la sociedad civil y la última, está a cargo de una institución estatal de salud.

Nos aproximamos a la salud intercultural desde la perspectiva crítica de la antropología médica, que pone un especial énfasis en las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en las condicionantes estructurales de la situación de salud de la población (Farmer 1997; Baer et ál. 2003). Entre estas condicionantes están la exclusión política y la inequidad social en el acceso a recursos, así como la discriminación racial, étnica y de género. Desde este abordaje crítico, prestamos atención a los contextos institucionales y las condiciones estructurales que afectan tanto un diálogo intercultural en salud como la salud de las poblaciones indígenas involucradas en los estudios de caso. Tomando en cuenta las desiguales condiciones para el diálogo intercultural, también analizamos formas de posicionamiento y empoderamiento, como la revaloración de conocimientos indígenas (Walsh 2007). Esta última es un componente central de las propuestas de salud intercultural de organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ, como un proceso previo o simultáneo al diálogo con el sistema de salud oficial.

El caso de CHIRAPAQ se diferencia de las otras dos experiencias estudiadas porque busca mejorar la salud desde fuera de los servicios de salud, proponiéndose incidir en parte de sus condicionantes sociales, como son la soberanía y seguridad alimentaria. Su intervención vincula mejoras en la producción y comercialización de alimentos nutritivos y cambios en las prácticas alimentarias y de salud, con la revalorización de los conocimientos, los recursos y la cultura indígenas de las familias campesinas de Vilcas Huamán. Esta sería una manera de abordar la salud (como estado de bienestar general) y posicionarse frente a la salud intercultural desde lo indígena,

en los contextos de pobreza y discriminación cultural en los que ocurre y se aborda la desnutrición en la sierra rural. Esta apuesta implica también una serie de retos que serán explorados en este documento de trabajo.

Teniendo una aproximación crítica a la salud intercultural, a la vez buscamos que sea propositiva. El estudio sobre el programa de CHIRAPAQ que acá presentamos, y los otros estudios de casos realizados, ahondan en los aprendizajes y retos surgidos de experiencias de salud intercultural que aportan a un replanteamiento de las políticas de salud existentes desde proyectos de cambio social y cultural. Esto es también una forma de cuestionar que el bienestar y la inclusión se reduzcan al acceso a dispositivos tecnológicos (como pueden ser una vacuna o los suplementos nutricionales), sin negar sus ventajas para el mejoramiento de la salud y el incremento de la esperanza de vida. Queremos contribuir así a recuperar la posibilidad transformadora de la interculturalidad y su sentido político y pedagógico (Tubino 2004a; Diez 2009). Para ello, es fundamental no quedarse solo en el análisis de las políticas estatales y el enfoque dominado por la biomedicina, sino incluir las iniciativas de otros actores sociales y políticos, como las organizaciones indígenas y sus propuestas de salud intercultural.



El programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ

“Comida de serranos”. A esta despectiva frase, desde hace muchas décadas, se resumía la apreciación social respecto a los alimentos indígenas u originarios, y con ello se minimizaba el trabajo agrícola, nuestros sistemas de producción y cualquier aporte o utilidad de la cultura alimentaria de los pueblos andinos en nuestro país. Hoy el panorama es otro, pero en esencia el problema sigue siendo el mismo.

En las dos últimas décadas hemos visto florecer las cocinas regionales basadas en productos locales, multiplicarse las investigaciones sobre las posibilidades y maleabilidad de los diversos productos originarios y la exploración de su versatilidad para expresarse dentro de los cánones de la cocina internacional. Este “descubrimiento” de nuestra originalidad productiva agrícola y pecuaria ha venido de la mano de la búsqueda de una identidad culinaria dentro de las cocinas de concepto y lo que es altamente apreciado en la gastronomía internacional: los insumos. Y justamente son esos codiciados insumos, domesticados por una larga tradición cultural originaria, los que vienen definiendo una identidad y orgullo nacional, pero totalmente desvinculado de toda valoración a los pueblos indígenas que han permitido la vida y su sostenibilidad en un medio tan diverso y extremo como el que articula los Andes.

De la misma manera resulta paradójico que el prestigio y aprovechamiento nutricional y médico de nuestros alimentos y plantas haya llegado

desde fuera con la certificación de la ciencia occidental en su búsqueda de fuentes de nutrición y salud altamente eficientes y baratas, para ser transformadas y patentadas en productos industriales. Prueba de ello son los casos emblemáticos de la quina, la uña de gato, la maca, la quinua y la kiwicha, entre los más conocidos.

Hace treinta años CHIRAPAQ nace como Centro de Culturas Indias del Perú. Quienes la conformamos procedíamos de diferentes movimientos, inquietudes y procesos sociales; en donde se destacaba la lucha por los derechos de los pueblos originarios a nivel continental y mundial. Esa historia, en cuanto a su balance e influencia, aún está por hacerse, y es uno de sus logros más importantes el que los pueblos originarios llegásemos a las Naciones Unidas, construyéramos la noción mundial de “indígenas” y lográramos la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Este proceso fue —y sigue siendo— muy importante pues nos permitió afirmarnos y convencernos de que nuestra situación actual ha sido impuesta y nos corresponde a nosotras y nosotros revertir sus consecuencias; la principal, el racismo, la exclusión y la minusvaloración de nuestros sistemas de vida.

18

Decíamos que la perspectiva ha cambiado, pero el problema sigue existiendo: la exclusión de los pueblos indígenas, al punto de que aún es un debate académico y social el poder distinguir quiénes somos las y los indígenas y, con ello, los componentes esenciales y diferenciados que nos caracterizan.

Cuando nace CHIRAPAQ, todos estos elementos los teníamos presentes, pero había una urgencia inmediata: niñas y niños desplazados y huérfanos —a consecuencia de las secuelas que venía dejando el conflicto armado interno— sobre quienes pesaba en lo inmediato el estigma de ser provincianos, serranos, ayacuchanos, etcétera; y, en lo estructural, el de estar considerados como limitados mentales y brutos, estando en consecuencia condenados al fracaso escolar, recibiendo por ello una educación muy elemental y dirigida a incorporarlos a un sistema que los minusvalora.

Por ello, el germen de lo que después serían los programas y la necesidad de estructurar proyectos y desarrollar propuestas de intervención, estaba en dar respuesta inmediata a la precariedad material y espiritual en

la que se encontraba la infancia, que en lo inmediato dejaba el conflicto. Y lo que teníamos a la mano era dar respuesta a estos problemas desde nosotros mismos, desde nuestros logros culturales, desde nuestros saberes y tradiciones. Este convencimiento venía reforzado por nuestra trayectoria en el movimiento indio internacional y por los estudios que por ese entonces venían realizando sabios como don Santiago Erick Antúnez de Mayolo (en el campo de la nutrición y alimentación en el antiguo Perú) y doña María Rostworowski (en el campo de la revalorización de nuestra historia como fuente de identidad y orgullo), quienes con el tiempo serían nuestros aliados en diferentes acciones.

Al hablar de la propuesta, que es materia de la presente publicación, no podemos hacerlo desde una mirada unidimensional, centrada solo en la nutrición o producción, sino desde una perspectiva holística e integral que ha sido, y es, la manera de abordar nuestras propuestas. Hablar de nutrición y alimentación es hablar de revalorizar las tradiciones alimentarias indígenas; y con ello, la cultura que les ha dado origen. Todo esto no se podría hacer sin afirmar la identidad, para sentirse orgullosos de consumir esos alimentos que la sociedad desprecia; y hablar y afirmar la identidad conlleva afirmar derechos y considerar como prioritarios y estratégicos su reconocimiento y ejercicio.

Y nos dio resultado. Cuando CHIRAPAQ, a finales de la década de los ochenta, inicia su propuesta entre los comedores de Huamanga y Lima, encontramos —y corroboramos con datos médicos— que la salud de las familias mejoraba y las niñas y los niños rendían mejor en clases, subían de peso, crecían y tenían más ganas de jugar, estaban más seguros de sí mismos y sus miradas, aunque reflejaran el recuerdo de nuestra realidad política, tenían el brillo de la picardía y las ganas de vivir. Entonces, con estos resultados, se va perfilando nuestro Programa de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

Como podrán ver explicada en la presente publicación, CHIRAPAQ tiene como objetivo final la soberanía alimentaria, basando la alimentación en productos locales diversificados, fomentándose la circulación de los mismos, incentivando la agricultura familiar y comunal basada en una producción orgánica y desarrollada con tecnología originaria reforzada con otras tecnologías, que puedan potenciarla sin desnaturalizarla y en donde los diversos programas de apoyo y refuerzo alimentario contribuyan

a dinamizar y favorecer la circulación de las producciones locales a nivel nacional. En este proceso, el cambio climático y la agro-biodiversidad constituyen, respectivamente, un problema y una respuesta dentro del camino a la soberanía alimentaria.

En nuestra propuesta *Cambio Climático y la Agro-biodiversidad de Pueblos Andinos* (proyecto actual del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria) confluyen cuatro componentes: cultura, tecnología, sociedad y política. En la parte cultural se encuentran la identificación y revalorización de los conocimientos en cuanto a la agricultura: señas climáticas, tecnología productiva, biotipos, obtención y usos de los productos para la alimentación, todo ello como parte y componente fundamental de la identidad y sabiduría de los pueblos y comunidades, con valor de aplicación y réplica.

En cuanto a lo tecnológico, se plantea la aplicación de lo recuperado dentro del componente cultural sumado a lo que se ha obtenido como experiencia a lo largo del proceso. Se centra básicamente en la gestión del agua y uso de controladores biológicos de plagas y el rendimiento productivo con abonos orgánicos, a lo cual se suma la recuperación y revitalización de tierras y del espacio geográfico con la reintroducción de plantas originarias para la creación de microclimas y la observación y análisis de las diversas variedades recuperadas y generadas en la adaptación a los nuevos ambientes climáticos.

En el componente social, se visibiliza el aporte de las mujeres en la producción y gestión de la economía familiar, el uso de los alimentos como parte de una tradición cultural y la identificación de las dietas pertinentes de acuerdo con la edad de las niñas y los niños, y la combinación adecuada de los alimentos acorde a las temporadas de producción. Así mismo se hace hincapié en la parte educativa, ya sea con profesores o agentes de salud, fortaleciendo la valoración de la nutrición indígena con productos y preparados locales a su alcance.

En cuanto a lo político, se incide en el reconocimiento del derecho a una alimentación sana y acorde a los usos y costumbres y tradiciones locales; igualmente, se incentiva el reconocimiento de una educación intercultural que favorezca la valoración de lo propio y local, pues hemos encontrado que al privilegiarse dentro de los contenidos educativos el castellano y las expresiones culturales occidentales, esto conlleva a la minusvaloración de lo propio y de los componentes que la conforman, como la alimentación,

por ejemplo. Así mismo, se ha venido incidiendo en los gobiernos locales y regionales para que sus diferentes programas sociales se basen en la producción local y se den incentivos para el fortalecimiento de la agricultura familiar y comunal, que en diversas zonas se encuentra amenazada por concesiones mineras o la venta indiscriminada de tierras.

Tenemos, entonces, que no solo se trata de asegurar la alimentación, sino de recuperar y afirmar los componentes que confluyen para hacerla sostenible. En este punto, lo que se espera de la propuesta de cambio climático y agro-biodiversidad es fortalecer, a través de un caso específico, la propuesta alimentaria basada en el desarrollo de las agriculturas locales y orientadas a brindar, a la población en general, productos altamente nutritivos que afiancen la salud, revalorizándose de manera paralela el rol de los agricultores y el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas.

Dentro de nuestra propuesta, el punto más relevante es la nutrición y su efecto en la salud infantil, a través de la vigilancia nutricional realizada a las niñas y los niños con desnutrición aguda y que consumieron luego dietas basadas en productos locales de estación. Los resultados son elocuentes: crecimiento y resistencia a enfermedades, pero aún falta mucho por transitar y nuestro primer escollo es el económico. Siempre resulta más barato e inmediato un producto industrial, dado que la demanda por los productos andinos está haciendo que la producción se oriente a su comercialización, para luego utilizar las ganancias en la compra de productos que generan hábitos alimenticios nada sanos.

El segundo escollo es en cuanto a los servicios que se prestan en la localidad, como es el caso de la salud. Venimos incidiendo por una salud intercultural en donde los sistemas de salud indígena sean equiparables al biomédico. Sin embargo, los programas nacionales y los indicadores se basan en lógicas que no permiten compatibilizar ambos sistemas. En el campo de la nutrición hemos avanzado un poco, al mostrar la eficacia nutritiva de los productos indígenas, pero, obviamente, la nutrición no puede desvincularse de otros componentes como la empatía cultural, los usos y costumbres locales y el tratamiento del cuerpo y de la enfermedad, o de las nociones de bienestar.

Al hacer el balance de nuestra intervención, en todos sus componentes, podemos decir que estamos en vías de hacerlo sostenible. Aún son necesarios muchos años para afianzar la propuesta debido a que el ámbito

de la intervención es restringido y no está bajo el amparo de una política regional o nacional. En este punto queremos agradecer al Instituto de Estudios Peruanos (IEP) el haber prestado interés, como caso de estudio, a la propuesta que venimos desarrollando en Vilcas Huamán, y con ello llegar a un público más amplio para debatir sobre los alcances, límites y problemas que pueda presentar nuestra propuesta.

Así mismo esperamos que la presente publicación pueda ser tomada en cuenta en las discusiones sobre la implementación de políticas por los diferentes sectores: en agricultura, incentivando y fomentando la agricultura familiar y comunal, orgánica y diversificada; en salud, poniendo de relieve los componentes nutricionales y alimenticios de los productos nativos, elaborando cartillas informativas y de nutrición por edades y temporadas productivas; en educación y cultura, fortaleciendo las identidades indígenas, revalorizando los logros culturales que tenemos como legado vivo y propositivo; en ambiente, revitalizando los paisajes y geografías indígenas basados en las plantas y animales originarios que de manera conjunta contribuyen a generar microclimas favorables a la producción diversificada.

22

Finalmente, nuestra propuesta tiene por objetivo la revalorización de los pueblos indígenas, demostrando que una política adecuada y un sistema social incluyente nos brindarían la posibilidad de utilizar nuestros saberes y conocimientos para dar respuesta a una serie de problemas que nos afectan al conjunto de la sociedad. Solo requerimos oportunidades, respeto y la voluntad de construir un país para todas y todos.

Tarcila Rivera Zea
Presidenta del Centro de Culturas Indígenas del Perú
CHIRAPAQ



Resumen ejecutivo

Esta investigación analiza las fortalezas y retos de la propuesta del proyecto *Cambio Climático y Agrodiversidad de Pueblos Andinos* (intervención del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria), del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ, para enfrentar la desnutrición crónica infantil (DCI) en un contexto de pobreza y discriminación cultural. Esta es una iniciativa de la sociedad civil que se desarrolla en la provincia de Vilcas Huamán, en la región Ayacucho, que busca vincular aspectos productivos con prácticas alimentarias de las familias. Una de sus características principales es que presta especial atención a la identidad cultural a partir de la revaloración de los conocimientos propios de las comunidades andinas, elemento fundamental para pensar la interculturalidad en el Perú.

1. Las comunidades estudiadas

Nuestro estudio se realizó en dos comunidades del ámbito del proyecto de CHIRAPAQ: San Juan de Chito en el distrito de Vilcas Huamán, e Inmaculada de Huallhua en el distrito de Saurama. Estas comunidades campesinas son parte de la sierra rural, zona con el mayor índice de desnutrición crónica infantil en el país (32,8%).

Las familias de estas comunidades enfrentan una serie de retos relacionados con la producción de sus alimentos que han agravado su inseguridad alimentaria:

- El cambio climático ha creado un ambiente impredecible, con fluctuaciones de temperatura en las zonas de cultivo y aparición de nuevas plagas, entre otros problemas.
- El conflicto armado interno afectó la riqueza agropecuaria familiar y creó un vacío en la transmisión de conocimientos, por la migración intensa y la dedicación de los campesinos a su propia defensa.
- La promoción de monocultivos por parte del Estado ha fragilizado la diversidad y la riqueza de los suelos y ha influido en la falta de continuidad en el uso de conocimientos locales para la producción agropecuaria. Además, los monocultivos hacen a las familias más dependientes del mercado para obtener una dieta variada, así como de intermediarios que pagan muy poco en la comercialización de sus productos.

2. Conocimientos versus prácticas alimentarias

A pesar de que las madres, en quienes recaen principalmente las tareas de proveer alimentación a niños y niñas, conocen e intentan poner en práctica lo aprendido en los servicios de salud estatales o capacitaciones de las ONG para enfrentar la desnutrición crónica y la anemia, esto no logra ser regular ni sostenible. A través de la encuesta sobre consumo de alimentos que aplicamos en las comunidades estudiadas, encontramos lo siguiente:

- Entre los niños y las niñas mayores de 2 años la frecuencia mínima de alimentación solo se pudo lograr en un 25% de los casos. Este indicador se usa para determinar si los niños mayores de 6 meses consumieron alimentos consistentes con una frecuencia apropiada para su edad (OMS 2009).
- Solo un 68,8% de niños y niñas tuvo una dieta con una diversidad alimentaria mínima el día previo al estudio. Ello contrasta con que sus madres conocen los componentes de una alimentación balanceada y están motivadas para ofrecérsela a sus hijos. Este indicador contempla que los niños deben consumir en un día al menos cuatro

de una lista de siete tipos de alimentos (OMS 2009). Solo un 58,8% de los menores de 2 años logró esta meta, resultado que difiere notablemente con los datos nacionales de la ENDES, en los que un 91,7% de los niños logró tener una dieta variada.

- En cuanto al consumo de fuentes de hierro animal, las madres refirieron que procuran brindar estos alimentos a sus niños y niñas, pues conocen sus beneficios nutricionales, pero su acceso a las carnes es escaso. Un 60,9% de las madres mencionó que sus familias solo la consumen mensualmente o en un día especial. Solo el 66% de los niños y niñas consumió huevos, cárnicos o vísceras rojas, porcentaje significativamente menor al que reporta la ENDES a nivel nacional: 89,3%.

3. La desnutrición más allá de los esfuerzos familiares

Más que un problema de falta de información de las madres para alimentar adecuadamente a sus niños y niñas, y mantenerlos sanos para que no sufran desnutrición crónica, estamos frente a problemas estructurales que van más allá de los esfuerzos de cada familia. Dentro de estos problemas se encuentran los referidos a continuación.

Disponibilidad y acceso a alimentos

Las madres tienen dificultades para acceder a alimentos nutritivos y poder dárselos a sus hijos e hijas en la diversidad, cantidad y frecuencia que ellas quisieran. El consumo de alimentos necesarios para una buena nutrición está fuertemente condicionado por las posibilidades de inversión de esfuerzo, tiempo y recursos de cada familia:

- El acceso a las carnes es escaso, tanto por su valor en el mercado como porque el sacrificio del ganado es ocasional.
- La mayor dificultad que encuentran las mujeres para cumplir con la frecuencia mínima alimentaria es, principalmente, que no pueden reemplazar la lactancia materna por otro tipo de comida con la continuidad necesaria, debido a la gran carga de trabajo que despliegan en el hogar y las chacras.

- Aunque CHIRAPAQ y otras instituciones promueven la crianza de cuyes para el consumo familiar, es la carne menos consumida. Es necesario ahondar en las motivaciones que existen para este bajo consumo entre niños y niñas, ya que algunas respuestas sugirieron que se considera que no es un alimento adecuado para ellos. Por otro lado, las madres indican que tienen problemas para su crianza por ser depredadores, por las condiciones climáticas adversas, enfermedades y falta de tiempo para su cuidado.
- Más de un tercio de las madres encuestadas indican que prefieren la ayuda directa, es decir la entrega de alimentos, para que sus hijos e hijas se alimenten mejor y se enfermen menos. Este tipo de ayuda se ve como útil para enfrentar la desnutrición en áreas con limitaciones de seguridad alimentaria, y en donde proyectos articulados e integrales como el de CHIRAPAQ aún se encuentran en proceso de implementación.

Agua y saneamiento

26

Las enfermedades asociadas a problemas de agua y saneamiento son uno de los motivos por los que niños y niñas sufren desnutrición crónica. Ambas comunidades, Chito y Huallhua, tienen este tipo de problemas:

- La comunidad de Chito se encuentra en una hondonada, donde en épocas de lluvias el agua se empoza, generando focos infecciosos peligrosos para los niños. En Huallhua gran parte de las familias recoge agua de piletas colectivas, pero es agua no clorada que también usan los animales. En ambas comunidades el 85,51% de hogares tiene pozos ciegos, silos o letrinas, la mayoría de los cuales durante nuestras visitas estaban rebalsados debido a las lluvias.
- Un 69,57% de las familias que cuentan con agua entubada y 33,33% de las que acceden a agua tratada tienen niños con desnutrición. Las madres conocen las recomendaciones sobre el uso adecuado del agua, pero los caños están fuera del hogar y las familias evitan salir al patio para lavarse las manos o los alimentos debido a lo frío del clima y para prevenir enfermedades respiratorias.

Discriminación cultural y problemas de calidad de atención en servicios de salud

La mayoría de las mujeres manifiesta tener poca o ninguna confianza en los establecimientos de salud. Como razones refieren haber recibido malos tratos relacionados con la discriminación cultural o étnica, y con la falta de comunicación y demora en las atenciones. Además, indican que hay una dotación insuficiente de medicinas y que el personal es escaso. Por todo ello, asistir al establecimiento de salud se suele tener como una de las últimas alternativas de tratamiento.

- Se mencionó que el personal de salud se niega a atender en quechua o no conocen el idioma. El 57% de atenciones son en castellano a pesar de que todas las madres tienen el quechua como lengua materna, y el 43% afirma no hablar el castellano.
- También denuncian el maltrato relacionado con la discriminación cultural y social: "se ríen cuando hablan quechua", "solo atienden a los que hablan castellano", o que son maltratados porque son rurales o del campo, "porque se creen importantes" y "porque somos humildes".
- Las familias consideran que los niños son especialmente vulnerables a los males contraídos por contactos negativos con otras personas, produciéndoles enfermedades que generan diarreas o fragilidad ante otros males. Varias mujeres relatan que los niños son tratados bruscamente en los servicios de salud, por lo que llevarlos ahí podría agravar su situación.

27

Desconfianza y desencuentros: rechazo a los suplementos nutricionales

Si bien los suplementos se muestran como necesarios, hay una serie de inconvenientes que no fomentan su consumo:

- Un 90% de las madres encuestadas ha recibido micronutrientes para sus niños (Chispitas) en los últimos doce meses y mencionan que se los dan a sus niños en platillos adecuados (sólidos o semisólidos), pero solo la cuarta parte de las familias estudiadas las tenía en su hogar y en ningún caso se observó su consumo.
- Una de cada cuatro madres encuestadas menciona que no le da las Chispitas a sus hijos porque a sus niños no les gusta, les genera

vómitos y diarrea, e incluso les puede causar daños cognitivos. Este último factor estaría relacionado con la desconfianza a los productos que no se consideran naturales y a los mismos servicios de salud, por lo expuesto anteriormente.

4. Contexto y retos para las capacitaciones en nutrición

Poco diálogo con la medicina indígena

- Las madres conocen y practican los conocimientos locales relacionados con la salud, mantienen la confianza en los especialistas en medicina de la comunidad (*yachaq* o *qampiq*), y explican las enfermedades en relación con una amplia gama de causas que incluyen el mundo social, natural y sobrenatural.
- Las madres monolingües quechuas, las que son analfabetas o no han culminado la primaria, tuvieron más dificultades para alcanzar las metas nutricionales de sus hijos. Entre otras posibles razones, esto se debería a que los programas no se han adecuado de manera apropiada a las madres quechuahablantes o a las que tienen menor nivel educativo, que en el caso de las comunidades estudiadas son la mayoría.
- No se observaron espacios en los cuales las madres pudieran expresar sus conocimientos sobre salud, los que podrían ayudar a entender las razones para restringir el consumo de algunos alimentos y explicar la demora en acudir a los servicios de salud oficiales para la atención de ciertas enfermedades o malestares.

La reproducción de las jerarquías sociales: las capacitaciones a las madres

En las capacitaciones observadas, la información se suele dar de manera unidireccional y evidenciando una jerarquía entre los capacitadores y las mujeres madres (*los que saben y las que aprenden*). No se presta atención a los conocimientos que estas mujeres pueden aportar desde su cultura sobre las propiedades de los alimentos y las formas de crianza. También observamos que se brindan mensajes atemorizadores para buscar que se cumplan las recomendaciones impartidas.

- La vigilancia recae en las madres que, intencionalmente o no, terminan siendo analizadas, culpadas o juzgadas por el modo en el que cuidan y alimentan a sus niños y niñas. Se alienta a crear competencias entre las madres y se recurre al uso del miedo al presentar las consecuencias de la DCI. Esto no permite fomentar derechos y responsabilidades referidas a la salud, sino temor a sanciones externas, las mismas que son parte de los motivos por los que hay desconfianza hacia los establecimientos de salud.
- Al ser cuestionadas en público, algunas mujeres dicen sentirse evaluadas y temen que puedan criticarlas por no dar las "respuestas correctas", pues no se suele atender las motivaciones o racionalidades que pueden estar influyendo en sus decisiones.

Sobrecarga de trabajo para las madres

A los múltiples roles que ya cumplen las mujeres en la esfera productiva y reproductiva, se suman las actividades comunitarias y de los diversos programas para enfrentar la desnutrición (crianza de animales menores, biohuertos, controles y capacitaciones), que no estarían teniendo en cuenta la sobrecarga de trabajo con la que viven. Esto demanda poner atención en la división de roles de género en las familias campesinas, pero esto no es suficiente, ya que el fenómeno de la migración interna (por trabajo y estudios) para la diversificación de fuentes de ingreso es cada vez mayor en zonas rurales, debido a la falta de oportunidades en estos ámbitos.

5. Conclusiones

El trabajo de CHIRAPAQ en su apuesta por enfrentar la desnutrición crónica infantil de manera integral y desde sus determinantes más estructurales, es valioso y necesario. Es preciso aprovechar y promover la biodiversidad en los cultivos de las familias campesinas, como una de las estrategias para promover su seguridad y soberanía alimentaria. Una vía para ello, es la revaloración de los conocimientos locales y la promoción del consumo de productos nativos, sin dejar de lado la necesidad de impulsar relaciones más igualitarias para su comercialización.

Sin embargo, esta propuesta que articula la salud con la economía familiar y la revaloración de la identidad cultural, se enfrenta a una serie de retos

debido a la situación de pobreza y discriminación cultural que afectan a las poblaciones rurales quechuas. El estudio muestra de manera clara las consecuencias de la falta de políticas públicas intersectoriales que atiendan los problemas de saneamiento que aún persisten, que promuevan la agricultura familiar sostenible y el comercio justo, y que apliquen enfoques interculturales que partan por el reconocimiento de la lengua y la cultura de las poblaciones quechuas en los programas sociales y los establecimientos de salud.



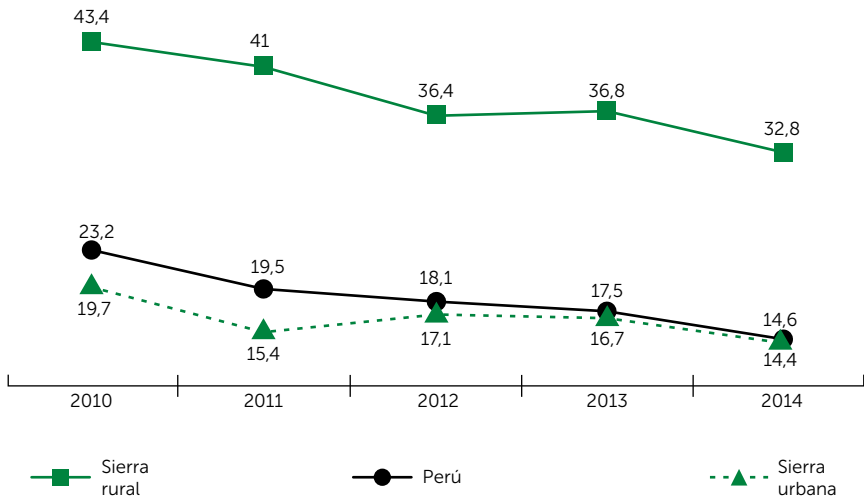
En los últimos cinco años hay un importante descenso de la desnutrición crónica infantil (DCI) a nivel nacional, de 23,2% en el 2010 a 14,6% en el 2014 (ENDES 2014). Sin embargo este descenso ha sido menor en la sierra rural, donde se ubican las comunidades como las del presente estudio, que se mantiene como el área con mayor desnutrición crónica infantil del país (véase el gráfico 1). Este problema de salud expresa claramente la desigualdad social y territorial en el Perú. Tres de cada diez niños menores de 5 años son afectados por la desnutrición crónica en la sierra rural, cifra que es más del doble que en la sierra urbana (14,4%). La cifra de DCI en la sierra rural es la misma que tenía el país en el 2000, hace casi 15 años (ENDES 2014). A su vez, en este ámbito y a nivel nacional, se han desarrollado iniciativas estatales y de ONG para enfrentar este problema, cuyos resultados y formas de intervención requieren ser investigados recuperando el análisis del contexto más amplio en que se implementan, así como las perspectivas de la población a la que se busca apoyar.

La finalidad del estudio que presentamos es ofrecer pistas para mejorar las propuestas que buscan enfrentar la desnutrición crónica infantil (DCI) en la sierra rural; esto, a partir de un estudio cualitativo del contexto socioeconómico y cultural de las familias entre las que se quiere disminuir este grave problema de salud. Esta aproximación se realiza desde las prácticas cotidianas de las mujeres que buscan superar o evitar la situación de desnutrición de sus hijos e hijas, así como desde sus formas de pensar sobre temas vinculados a la salud y alimentación infantil.

Para ello, nos valemos de un estudio de caso, el cual seleccionamos por ofrecer una propuesta integral para enfrentar la DCI y por tener un acercamiento a la salud intercultural desde una perspectiva indígena. Así, en este documento presentamos el contexto en el que CHIRAPAQ viene trabajando en las comunidades andinas de Vilcas Huamán, analizando sus logros, metas y retos desde la experiencia concreta de las familias de dos de estas comunidades, especialmente, de las mujeres, en las que recae principalmente el cuidado de los niños y niñas.

Gráfico 1

PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (PATRÓN OMS)



32

Fuente: INEI, 2015. Perú: *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2007-2014*. Informe elaborado en base a resultados de las ENDES.

¿Cómo entendemos el problema de la desnutrición crónica infantil?

El que un niño o niña sea diagnosticado con desnutrición crónica es un indicador de que ha estado expuesto a un periodo prolongado de carencias. Este diagnóstico es el desenlace de una serie de limitaciones impuestas por la pobreza, que se relacionan con la falta de una alimentación adecuada para el infante y con un estado de precariedad que probablemente

se arrastra desde generaciones anteriores² (Inversión en la Infancia 2012). Vivir en un contexto con servicios de salud y educación de baja calidad, en un ambiente en el que no se garantiza la salubridad, y con una economía que excluye a los adultos del hogar de obtener ingresos y otros recursos suficientes para la subsistencia, contribuyen a que un niño o niña exprese la condición de pobreza y exclusión de su familia en el indicador de baja estatura para su edad.

En este estudio tomamos como referente, para comprender la DCI, el marco conceptual de determinantes de la desnutrición propuesto por Urban Jonsson (1987), adoptado por UNICEF y replicado por diversos investigadores e instituciones³. En este modelo se muestra que la DCI es el resultado de una serie de condicionantes sociales, denominadas *determinantes*, que se dividen en tres niveles: básicas, asociadas a los sistemas políticos, contextos culturales, económicos y sociales; *subyacentes*, asociadas a la educación, acceso a información y actitudes discriminatorias que limitan el acceso de las familias a recursos y servicios, e *inmediatas*, que se asocian al estado de salud y el consumo de alimentos durante la niñez. Todas estas causas se encuentran en interrelación, pues las determinantes básicas influyen sobre las subyacentes, y estas sobre las inmediatas. Las estrategias para combatir la desnutrición deberían tener en cuenta este vínculo de interrelación entre las diferentes determinantes (Beltrán y Seinfeld 2009: 6).

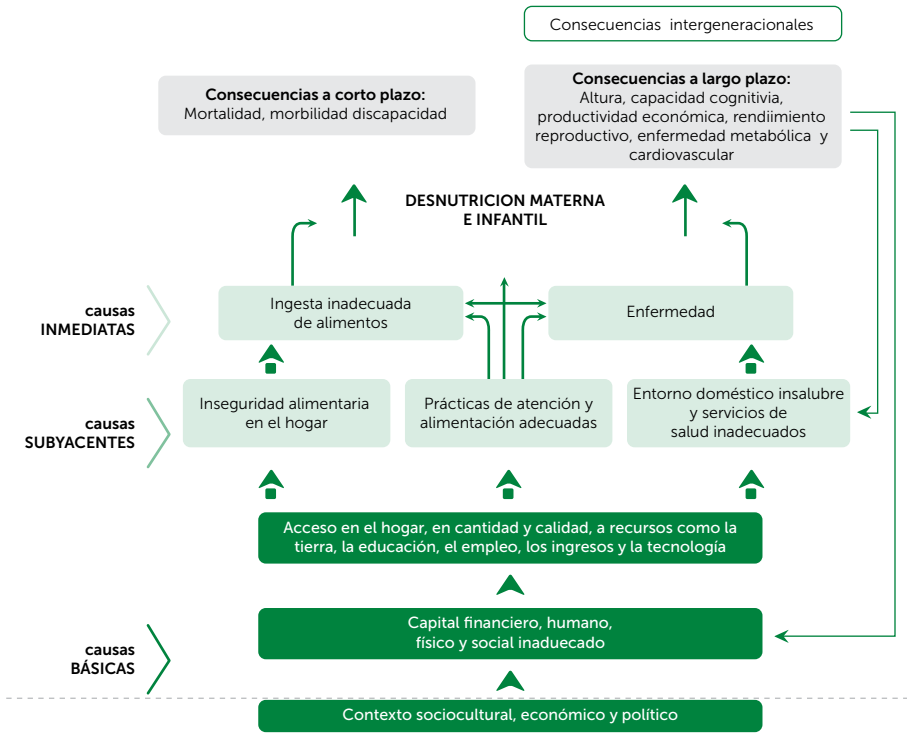
En este sentido, una alta tasa de DCI en una localidad es la manifestación de que su población vive en condiciones de pobreza y exclusión social. Por tanto, enfrentar la DCI no es únicamente una responsabilidad familiar y de otros sectores de la sociedad, es un deber que recae de modo importante en los poderes y estamentos del Estado. Es un derecho de los niños que pertenecen a estos sectores excluidos tener condiciones de vida favorables para mejorar su estado de salud y de esta manera asegurar que las próximas generaciones superen esta tendencia.

2. Esto puede verse expresado desde el nacimiento, con un peso al nacer por debajo del mínimo (2500 g). La DCI impacta negativamente sobre la mortalidad y la salud, y afecta el rendimiento cognitivo, lo que se expresa en el desempeño escolar. Las potencialidades del niño son dañadas y sus posibilidades de adquirir y acumular mayores capacidades se ven limitadas, capacidades que influyen en poder aprovechar las oportunidades económicas para generar mayores ingresos en las familias (Inversión en la infancia 2012).

3. Mukuria et ál. 2005; Smith y Haddad 2005.

Gráfico 2

MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL (UNICEF)



Fuente: UNICEF 2013.

Esta investigación también se nutre del estudio realizado por Ponciano Del Pino y colegas (2012), y nuestros resultados refuerzan sus conclusiones en varios aspectos. Estos autores proponen abordar el tema de la desnutrición como parte de un sistema complejo, en el que las formas de crianza de las comunidades andinas, sus conocimientos sobre la salud y la concepción que tienen de la ecología, se vinculan con procesos políticos y económicos nacionales, como el posconflicto armado y la tendencia al neoliberalismo asumida por el Estado en las últimas décadas (véase el gráfico 2). Además, este estudio nos sirvió como referencia para el análisis de la relación que se ha establecido entre los proveedores de salud y la población rural quechua-hablante, en especial con las mujeres, que son las que más acuden a los servicios de salud para sus controles pre natales, los controles de crecimiento y desarrollo de sus niños y niñas, y la atención de los problemas de salud de los mismos. El estudio de Del Pino y colegas muestra que la DCI es un

ámbito donde se manifiesta fuertemente la discriminación cultural, la que se expresa en el entendimiento de los proveedores de que hay una inferioridad de los conocimientos que atañen al cuidado de los niños y las niñas, que son tomados como muestras de ignorancia y atraso de la población rural andina (Del Pino et ál. 2012).

Las políticas públicas y un enfoque multisectorial que no se concreta

A nivel nacional se han propuesto políticas que buscan la inclusión social y un abordaje multisectorial para combatir la DCI⁴, lo que concuerda con el enfoque de los condicionantes sociales antes descrito. Sin embargo, las estrategias del Estado observadas en nuestro estudio están lejos de abordar sus determinantes sociales y se basan principalmente en la responsabilidad de las madres sobre la nutrición de los niños.⁵

Las acciones del Estado para enfrentar la desnutrición son principalmente las que realiza el Programa Articulado Nutricional (PAN)⁶. Uno de sus componentes importantes es el Control del Crecimiento y Desarrollo

-
4. La creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social es uno de los esfuerzos más recientes por enfrentar las inequidades sociales en el país. Su enfoque operativo propone dividir sus logros en tres plazos, en el corto plazo se trataría de aliviar la pobreza con programas de transferencia y dotando de condiciones mínimas de vida a quienes viven en peores condiciones. En el mediano plazo, se trataría de proveer de infraestructura básicas y medios de vida sostenibles para mejorar las condiciones de vida (viviendas saludables, seguridad alimentaria, generación de ingresos, mayor productividad e inclusión financiera, etc.); y en el largo plazo, se trataría de promover oportunidades para la siguiente generación enfatizando logros en nutrición, salud y educación. Aunque se supone que las actividades para alcanzar las metas de estos tres horizontes temporales se realizan simultáneamente y con intervenciones complementarias (Trivelli y Vargas 2015).
 5. Si bien existe el programa *Haku Wiñay* de FONCODES que se enfoca a los hogares rurales e incluye seguridad alimentaria, acceso al mercado y a agua segura, este no se estaba ejecutando en las comunidades visitadas.
 6. Las principales intervenciones se dirigen a mejorar la atención de enfermedades diarreicas y respiratorias para los niños, aumento en las afiliaciones del SIS y de Juntos, servicios educativos para mejorar prácticas de higiene para la preparación de alimentos, capacitaciones a madres de familia a través del CRED, cloración del agua y manejo de residuos sólidos, desarrollo de agua y saneamiento básico en zonas rurales, promoción de uso de cocinas mejoradas y repartición de micronutrientes. Para ello, los fondos serían asignados al Ministerio de Salud, la Presidencia del Consejo de Ministros (para Juntos), al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (para el PRONAA), al Instituto Nacional de Salud, al Seguro Integral de Salud y a las regiones (MEF). En el 2012, se retira del PAN a Juntos y se desactiva el PRONAA, con lo que pierde capacidad articuladora (MCLCLP 2012) pues se define sobre todo en base a los servicios de salud.

(CRED), que busca contribuir al desarrollo de niñas y niños de cero a cinco años controlando su peso y talla, con consejerías, entrega de suplementos, vacunación, entre otros⁷. Así el principal actor comprometido es el sector salud, el que realiza seguimiento y capacitaciones a las madres para cambiar hábitos de alimentación y cuidado de sus hijos e hijas.

En los últimos periodos gubernamentales (2006-2011 y 2011-a la fecha), la participación de otros sectores fue débil o irregular en la reducción de la DCI. Este es el caso del Ministerio de Vivienda, cuya participación en el 2011 no contribuyó a la mejora del indicador de agua segura⁸. Igual situación ocurrió con el Ministerio de Agricultura, en el que desde el 2002 recae la Secretaría Técnica del Comité de la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria (Decreto Supremo 118-2002-PCM), pero que tiene escasa ingerencia en la política contra la desnutrición. Aunque tenemos una Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013), hasta el momento solo se cuenta con un balance de la situación y no se han concretizado acciones que faciliten la implementación de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021 (Eguren 2014)⁹.

36

En las comunidades que visitamos solo encontramos programas de alivio a la pobreza enfocados en el corto plazo, que no estaban acompañados de inversiones para metas del mediano y largo plazo que, según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), darían como resultado las mejoras en la nutrición de los niños y las niñas. Además, para lograr resultados y como parte de su estrategia, el MIDIS propone la coordinación intersectorial para enfrentar la DCI, desde el Poder Ejecutivo y los gobiernos regionales y locales (Trivelli y Vargas 2015).

-
7. El objetivo del CRED es prevenir y tratar precozmente alteraciones o trastornos en los procesos de desarrollo de los niños, así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario (MINSa 2010). Aunque el CRED siempre fue reconocido dentro del conjunto de las acciones más efectivas para el control de la desnutrición infantil (Buthaet ál. 2008), es en los últimos años y a partir del programa JUNTOS, del cual participa la mayoría de las mujeres entrevistadas, que se ha dado mayor impulso a su cumplimiento.
 8. MCLCP. Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Balance de Ejecución 2011. Lima. 2012 pág. 22. Disponible en: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01662.pdf.
 9. La ley fue emitida en diciembre del 2013, pero fue aprobada luego de casi dos años y dos pedidos de archivamento, el 11 de noviembre del 2015 (<http://servindi.org/actualidad/143639>, <http://www.elperuano.com.pe/noticia-pleno-aprueba-nueva-ley-seguridad-alimentaria-35419.aspx>)

Sin embargo, en las comunidades estudiadas no se observaron acciones coordinadas por el Estado, solo tuvimos evidencia de acciones de la sociedad civil que podrían estar haciendo la diferencia, como el Centro de Culturas indígenas CHIRAPAQ, que coordina con autoridades comunales y tiene actividades que intentan incidir en distintas determinantes de la desnutrición, y la ONG Acción Contra el Hambre, que en ese momento se encontraba interviniendo en la zona también en diferentes frentes¹⁰.

¿Qué propone CHIRAPAQ y cuáles son los retos que enfrenta?

El proyecto Cambio Climático y la Agrobiodiversidad de Pueblos Andinos (2013-2015), del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ, reconoce la especificidad de la población con la que trabaja para enfrentar la desnutrición: ciudadanas y ciudadanos campesinos e indígenas quechuas, que están en una posición de desventaja en el contexto nacional de desigualdad social, con conocimientos propios sobre la salud y su entorno, que son parte del aporte cultural indígena y que, a pesar del proceso de colonización, mantienen su vigencia y valor. Su propuesta plantea enfrentar la DCI de una manera integral, atendiendo a sus dimensiones económicas,

10. Acción contra el Hambre (ACH), trabajaba, en el momento de nuestra investigación, en todos los distritos de Vilcas Huamán y en la provincia de Huanta con el proyecto Sumaq Kawsay. Su estrategia se basó en articular y fortalecer las instituciones implicadas en el tema de la desnutrición desde el nivel provincial (sector salud, gobiernos locales y comunidad). Inició su trabajo con CHIRAPAQ, que compartió con ellos su experiencia. Su proyecto, al igual que el de CHIRAPAQ, tiene un enfoque multicausal, atendiendo a distintas determinantes de la DCI. Al finalizar su intervención de dos años (2012-2014), concluyen que han logrado una mayor disminución de la DCI en la provincia de Vilcas Huamán respecto a otras provincias de la región Ayacucho, teniendo aproximadamente 4 puntos porcentuales más de avance respecto a aquellas con similares características en la región. Su forma de trabajo fue apoyando e incentivando a las distintas instancias del Estado que podían realizar esfuerzos en contra de la desnutrición (Entrevista al coordinador de Acción contra el Hambre en Ayacucho, Ángel Fernández y conversación con Alejandro Vargas, Coordinador de Programas y Proyectos). Una lectura de estos resultados debería tener en cuenta una sumatoria de esfuerzos en la zona, como el trabajo de CHIRAPAQ, de larga data en la misma localidad, y el mejor acceso a recursos que está generando el auge de venta de quinua en la provincia. Así mismo, es importante notar que estos indicadores de DCI fueron medidos a nivel provincial, por lo que no contamos con información sobre los resultados específicos de ACH en las comunidades que estudiamos en el presente proyecto. En las comunidades estudiadas, las cifras recogidas no expresan un descenso de la DCI y pueden estar reflejando una realidad más específica, de comunidades pequeñas dedicadas sobre todo a la agricultura de panllevar. Además, las cifras usadas por ACH proceden del CENAN, las que sirven más para ver cambios en el tiempo y no tanto para medir impactos, pues no es una medición poblacional (como la ENDES), sino que se basa en las mediciones a los niños que van al centro de salud.

sociales y culturales. Así, pone atención a los retos de las familias para enfrentar la inseguridad alimentaria, vinculando la productividad y la nutrición.

Su programa es acorde a la definición que da la FAO para Seguridad Alimentaria¹¹ y especifica que la vía para alcanzarla es a través de la soberanía alimentaria¹². Esta última implica no solo que se garantice el acceso a alimentos nutritivos — lo que podría lograrse con programas de donación de alimentos o productos foráneos—, sino que también propone el uso de alimentos culturalmente pertinentes y con independencia de cada familia para elegir qué producir y qué productos consumir, tomando en cuenta la necesidad de resguardar y promover una agricultura familiar sostenible. El proyecto de CHIRAPAQ, analiza además las limitaciones del mercado para lograr la soberanía alimentaria, pues se observa una cadena comercial que deprecia el valor de los productos y la participación de las familias rurales quechuas como productoras:

“El tema de la soberanía está relacionado con que tú decides qué comes, tú decides qué produces, quizá está relacionado con el derecho a alimentarse, y que el derecho a alimentarse en este caso como tienes la decisión para producir lo que tú creas que debes producir, entonces tienes el derecho de decidir qué produces y qué comes, y cómo comes”. (Entrevista con Tarcila Rivera, presidenta de CHIRAPAQ).

La propuesta del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ, ha buscado incidir, a lo largo del tiempo, en la mayor parte de

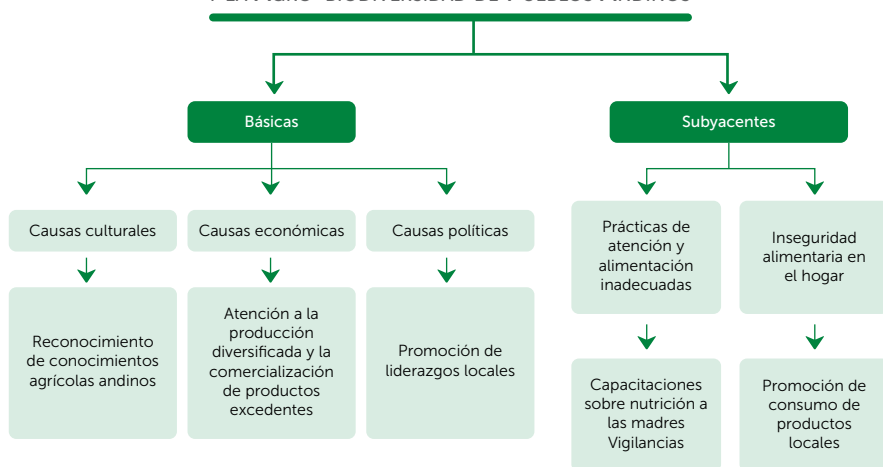
-
11. Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. Las actividades de sus proyectos se identifican con los cuatro preceptos que lograrían dicho acceso físico y económico a alimentos adecuados: la *disponibilidad*: que haya cantidad y calidad suficiente de alimentos, sea por producción o por importación; el *acceso* a los recursos para adquirir alimentos para una alimentación nutritiva; la *utilización*: que da importancia de los insumos no alimentarios para la seguridad alimentaria: el agua potable, la sanidad, la atención médica, y bienestar nutricional para que se satisfagan todas las necesidades fisiológicas; y la *estabilidad*: que demanda que la satisfacción alimenticia se dé permanentemente (FAO 2006).
 12. Este término se define internacionalmente como “*el derecho de cada nación a mantener y desarrollar su propia capacidad para producir sus alimentos básicos, respetando la diversidad cultural y productiva*” (Claeys 2013: 2-3), esta definición fue dada por la organización Vía Campesina, movimiento mundial de organizaciones rurales. (Carrasco y Tejada 2008). CHIRAPAQ no se adhiere estrictamente a esta definición internacional, pero mantiene elementos que concuerdan con ella, poniendo énfasis en la identidad cultural y el trabajo armónico entre los miembros de las comunidades.

los determinantes en los tres niveles descritos en el marco conceptual de los determinantes de la desnutrición. El proyecto actual se plantea como meta impactar en el contexto de desigualdades económicas y jerarquías culturales en las que viven las comunidades andinas (*determinantes básicas*); y en *prácticas de atención y alimentación inadecuadas* y de *inseguridad alimentaria* en el hogar (determinantes subyacentes), creando condiciones favorables para que la diversidad de la producción familiar campesina permita que los niños y las niñas accedan a alimentos nutritivos y diversos (véase el gráfico 3). Esta propuesta implica metas a mediano y largo plazo que requieren la sinergia de varios actores públicos y de la sociedad civil. En el siguiente testimonio se puede observar cómo uno de sus colaboradores describe la propuesta integral de CHIRAPAQ:

"Se ha trabajado así, con una propuesta orgánica, eso ha sido siempre y quizás es la única institución que ha sido bastante consecuente con la propuesta de practicar una agricultura sana. [...] Nosotros no nos dedicábamos pues a solamente a la parte de producción y producción nada más, no. Siempre acompañado con la cultura, con el saber campesino, recuperando sus conocimientos y saberes de nuestros abuelos, de su cultura, de su identidad. Todo eso va acompañado en todos los proyectos que hacemos". (Entrevista a Raúl Hinostroza, Programa de Soberanía Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ).

Gráfico 3

DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS QUE INCIDE EL PROYECTO CAMBIO CLIMÁTICO Y LA AGRO-BIODIVERSIDAD DE PUEBLOS ANDINOS



Fuente: Elaboración propia.

Metodología del estudio

Para estudiar los contextos en que CHIRAPAQ viene desarrollando su propuesta de intervención y las experiencias de las familias respecto a las formas de enfrentar la DCI, decidimos elegir como estudios de caso a dos de las 14 comunidades de la provincia de Vilcas Huamán, en las que trabaja el proyecto Cambio Climático y la Agro-biodiversidad de Pueblos Andinos. El principal criterio de selección fue que sean comunidades donde CHIRAPAQ evaluara que el trabajo se desarrollaba adecuadamente. El segundo criterio fue el tiempo de intervención del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria, en que se enmarca el proyecto mencionado. De acuerdo con esto, se eligió a San Juan de Chito, en Vilcas Huamán, como la comunidad con más tiempo como beneficiaria, y a Inmaculada de Huallhua, en el distrito de Saurama, como la de más reciente incorporación¹³.

San Juan de Chito es una comunidad cercana a la capital del distrito (20 minutos de distancia en auto), con 166 familias, de las cuales 66 participan en el proyecto¹⁴ y donde CHIRAPAQ viene trabajando desde 1996. Inmaculada de Huallhua es una comunidad más alejada de la capital distrital (60 minutos de distancia en auto), con 80 familias en total, de las cuales 69 participaban del proyecto. Esta comunidad empezó a trabajar con CHIRAPAQ el mismo año de nuestra visita (2013) y era la segunda con un mayor porcentaje de niños niñas con desnutrición crónica de todas las del ámbito del proyecto. La mayoría de la población de estas comunidades forma parte del grupo denominado por el MIDIS *población en proceso de desarrollo e inclusión social* (Trivelli y Vargas 2015), son hogares rurales, con la mayoría de cónyuges mujeres con nivel educativo igual a primaria incompleta o menos, con cónyuge cuya primera lengua es originaria, y ubicados en el primer quintil de la distribución nacional del gasto per cápita.

El trabajo de campo se realizó entre noviembre del 2013 y julio del 2015, periodo en el que se realizaron cuatro talleres participativos, 64 entrevistas, una encuesta aplicada a todas las madres de niños o niñas de hasta cinco años, así como observación participante en los hogares, chacras, servicios

13. Los resultados de la presente investigación se restringen a las dos comunidades seleccionadas. Las comunidades del ámbito del proyecto se diferencian por tener recursos diversos para la producción y comercialización de sus productos (cantidad de tierras, acceso al mercado, acceso a pisos ecológicos, entre otros).

14. Comunidades beneficiarias del Proyecto Cambio Climático y Agro-biodiversidad de Pueblos Andinos, 2013-2015, documento interno de CHIRAPAQ.

de salud, reuniones de capacitación y otros espacios sociales de la comunidad. Cabe resaltar que nuestro estudio no es una evaluación de la intervención de CHIRAPAQ, la que además se encuentra aún en implementación.

Organización del documento

Este documento está dividido en cuatro secciones. La primera sección está dedicada a las nociones de bienestar infantil que las madres ponen en juego para enfrentar la DCI. Mostramos la convivencia de nociones oficiales y locales, así como el contraste entre los conocimientos e intenciones de las madres y la implementación de los mismos.

En la segunda sección abordamos aquellas determinantes de la DCI que van más allá de los cuidados que los niños y las niñas reciben en sus hogares. Analizamos las dificultades para obtener seguridad alimentaria, los problemas de salubridad y las deficiencias en los servicios de salud. Además, prestamos atención a las estrategias existentes para enfrentar la DCI, las que sobrecargan el trabajo de las madres y suelen reproducir jerarquías culturales.

En la tercera sección realizamos un balance de los logros y retos del proyecto Cambio Climático y Agrodiversidad de Pueblos Andinos de CHIRAPAQ. Culminamos el documento con una cuarta sección de conclusiones y recomendaciones, que esperamos sean útiles para iniciativas que buscan reducir la desnutrición crónica en localidades andinas similares a las que hemos analizado para la presente investigación.



Conocimientos y prácticas para enfrentar la desnutrición infantil

En el momento de nuestro estudio identificamos tres tipos de intervenciones directamente dirigidas a la disminución de la desnutrición infantil en Vilcas Huamán: los proyectos de CHIRAPAQ, Acción Contra el Hambre y el Programa Articulado Nutricional (PAN) que actuaba principalmente mediante el CRED¹⁵. Estos programas han introducido nociones de bienestar y salud del niño, han fomentado prácticas de alimentación balanceada y realizan o promueven la vigilancia comunitaria de la desnutrición y anemia mediante el monitoreo de las medidas de peso y talla de los niños y las niñas. Por su parte, las familias tienen sus propios criterios de evaluación respecto a un niño sano y una buena alimentación, los que tienen que ver con principios culturales de bienestar y salud de la cultura andina, como ya se ha mostrado en otros estudios (UNICEF 2010; Del Pino et ál. 2012).

A continuación analizaremos, en primer lugar, como coexisten e interactúan diferentes conocimientos relacionados con la alimentación y la disminución de la desnutrición infantil. En segundo lugar, daremos cuenta

15. También funcionan en estas comunidades el programa de transferencias JUNTOS, los programas alimentarios del Vaso de Leche y Alimentación Escolar, *Qali Warma*, Cuna Más (en su modalidad de visitas a hogares y capacitaciones a las madres) y Agrorural (con capacitaciones sobre producción agropecuaria).

de las prácticas alimentarias que se siguen con niños de hasta 5 años de edad en las zonas estudiadas. Estas últimas nos indican las dificultades que enfrentan cotidianamente las madres para lograr las metas propuestas desde las políticas oficiales, y evidencian las trabas para el diálogo intercultural entre los conocimientos de las comunidades y las recomendaciones oficiales en asuntos nutricionales.

1.1 Nociones de desarrollo, bienestar y salud infantil: encuentros y desencuentros con las concepciones oficiales

La incorporación de conocimientos y criterios sobre desnutrición y alimentación infantil

Los criterios e indicaciones que se proponen desde los servicios de salud del Estado son replicados en diversas intervenciones de ONG en la zona, las madres comprenden esos criterios e intentan seguir estas indicaciones, aun cuando no necesariamente concuerden con sus propias pautas para observar el desarrollo infantil.

44

Cada vez que se les preguntó a las madres acerca de qué deben comer los niños (en entrevistas, talleres y observaciones), la respuesta más inmediata fue “comidas balanceadas”, y explicaron que los platillos deben tener alimentos energéticos, constructores y protectores, y que estos deben ser complementarios:

“Antes no había ni planificación ni nada. De verdad, antes de lavar bien, lavábamos bien a nuestros hijos, de hacerle comer sí le hacíamos comer pero no conocíamos, no sabíamos cocinar las comidas balanceadas. No sabíamos su peso, ni cómo crecía, nada. Por ejemplo mi caso, de lavar estoy lavando bien, hacer comer a un solo bebé. Antes pues ni los hijos pequeños estudiaban y teníamos que atender a mis hijos pequeñitos. No veía su crecimiento”. (Mujer, Chito, Ayacucho, 2013)

Las madres conocen los riesgos de que sus niños estén por debajo de la línea de desnutrición y demuestran conocimientos sobre cómo balancear las comidas, sobre la importancia de los alimentos derivados de animales y respecto a las prácticas de higiene para no propagar enfermedades. Mientras que las madres muestran apertura hacia las recomendaciones de los servicios de salud, es notoria la ausencia de estrategias de comunicación

intercultural por parte de estos últimos para conocer y dialogar con los conocimientos y prácticas propias de estas familias.

La apertura de las madres a las indicaciones dadas por los establecimientos de salud y ONG tendría que ver con las consecuencias negativas asociadas a la desnutrición de sus niños. Tanto ellas como los padres conocen los efectos que tendría la DCI en el rendimiento escolar de sus niños, que es una de las preocupaciones principales de las familias, pues la educación es identificada como el principal vehículo de progreso y reconocimiento social. Sobre la anemia, parecen tener menos información, sin distinguirla con claridad de la desnutrición. Mencionaron que esta quita el apetito a los niños, los hace perder peso y la vinculan con la presencia de parásitos que dificultan la absorción de nutrientes.

Es así que la gran mayoría de las mujeres mencionaron que les sirvió mucho llevar a sus hijos a los controles, a pesar incluso, como veremos más adelante, de describir malos tratos o ineficiencia en el momento en que ellas y sus niños son atendidos (véase la tabla 1):

Tabla 1
OPINIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA UTILIDAD DEL CRED

¿Sirvió llevar a su hijo a los controles?	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	57	83,82
Regular	9	13,24
Poco	2	2,94
Total	68	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En concordancia, el 95% de las madres que encuestamos valora el servicio del puesto de salud por motivos relacionados con los indicadores que se muestran en la tabla 2:

Tabla 2

RAZONES POR LAS QUE LAS MADRES CONSIDERAN BENEFICIOSO LLEVAR
A SU HIJO O HIJA A LOS CONTROLES

Para qué sirvió llevar a su hijo o hija al servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje (N=69)
Para saber si sus hijos o hijas han mejorado en peso, talla o hemoglobina / si están mejor nutridos	65	95,59
Para saber si sus hijos o hijas están desnutridos o anémicos	33	47,83
Para aprender a alimentar mejor a sus hijos o hijas	9	13,04
Para curar / mejorar problemas de salud de sus hijos o hijas	9	13,04
Para que los vacunen/prevenir problemas de salud de sus hijos o hijas	13	18,84

Fuente: Elaboración propia.

Indicadores de peso y talla e indicadores de bienestar locales

46

En paralelo a los controles oficiales, las mujeres y hombres entrevistados siguen los patrones que han usado anteriormente sus familias para observar el bienestar de sus niños. Estos indicadores de bienestar están asociados a signos de maduración y desarrollo¹⁶, es decir, a signos positivos del crecimiento de sus niños, y no a la ausencia de un peso o tamaño adecuados.

Un niño sano se identifica porque da muestras de energía (que estén "bien despiertos", juguetones), por su semblante: se ven "guapos", por su sociabilidad: que no se muestre tímido o "humilde", y porque da muestras de apetito.

"Es que antes no sabía que había la desnutrición, solo veía que estaba guapo, avivado, no se enfermaba mucho, ni tenía diarrea, en eso me daba cuenta que estaba bien y sano". (Promotora de CHIRAPAQ, Chito, Ayacucho, 2014).

16. Del Pino y colegas elaboraron un gráfico de maduración de los niños en el que se muestra que las madres identifican la maduración de sus niños a partir de características físicas, como la definición de su rostro, cambio de piel y sus capacidades para jugar. Estos indicadores fueron ordenados en tres umbrales: del nacimiento al *kichay*, cuando se puede exponer al bebé porque ya es menos probable que le choque el "mal de aire", cuando deja de estar permanentemente cargado, y el destete (*anukay*) (2012: sin n.º de página).

Le dijeron que la desnutrición es no poder estudiar, que su hijo ahora estaba desnutrido pero para ella su hijo está bien siempre está alegre y come bastante pero tiene miedo que le quiten ese JUNTOS porque le han dicho para que recibes si no vas alimentar bien. (Nota de observación, Chito, Ayacucho, 2013)

Las dos visiones, la oficial y la local andina, se desenvuelven en paralelo, emergen en distintos contextos, interactúan y pueden entrar en tensión en algunos momentos clave. Cuando las madres no han podido superar la línea de peso y talla adecuados para sus niños, y luego de haber hecho todos sus esfuerzos, se suele tener explicaciones alternativas a lo que desde fuera generalmente se califica como una "alimentación incorrecta" o una "falta de cuidado". Las mediciones, entonces, pierden legitimidad y le dan más importancia a una visión local de niño sano.

Tabla 3

REACCIONES DE LAS MADRES AL SER INFORMADAS DE QUE SUS NIÑOS O NIÑAS NO ESTÁN BIEN NUTRIDOS

"Contextura" familiar	<i>Pero yo era así, no comía y era flaca. Mi mamá era bajita y mis tíos también, tal vez por eso ella es así.</i>
Comparación con otros niños o niñas	<i>Ahora cuando le llevo a sus controles le dice que su hijo está bajo de peso y talla pero para ella está bien porque a sus contemporáneos ya les ganó en talla.</i>
Falta de confianza en el servicio de salud	<i>Cuenta que su hija está muy bien, sus ropitas ya no le dan, pero en el centro dicen que está bajo y cree que están pesando mal.</i>
Su niño o niña se ve sana, da muestras de estar sano	<i>La señora me cuenta que su niño está por debajo de su peso y talla, pero que ella lo ve bien, juega, conversa bastante, hasta con desconocidos, no es humilde.</i>
Hizo de todo para que mejore en sus mediciones y no resultó	<i>Esta mi hija no crece ni aumenta de peso, me han dicho que tiene parásitos y le he desparasitado con lo que me dieron en la posta y nada. Le di de todo, le hice de todo y nada.</i>
Enfermedades que afectaron el desarrollo del niño o la niña	<i>Mi hijita bajó mucho cuando tenía fiebre y desde allí no se puede recuperar. Dos veces ya se ha enfermado con la gripe.</i>

Desde este punto de vista, los controles de peso y talla se asumen como una medida de prevención, considerándose que si el niño está por debajo de los estándares, será más proclive a adquirir enfermedades:

“Cuando está bien alimentado señorita, esas enfermedades no... no les afectaría pues señorita las enfermedades. Su peso también debe de estar normal pues señorita, cuando están con bajo peso cualquier cosa les afecta”. (Mujer, Chito, Ayacucho, 2014)

Salud y enfermedad en sistemas médicos en convivencia jerárquica y conflictiva

Las nociones de salud y enfermedad relacionadas con niños y niñas se enmarcan en cosmovisiones más amplias sobre el cuerpo y su relación con el entorno, que son parte de un sistema médico andino vigente en la zona. Estos entendimientos influyen en la manera en que se valoran ciertos alimentos como saludables y adecuados o no. Un criterio importante, extendido en la zona andina, tiene que ver con la clasificación de los alimentos según su temperatura (ver Vokral 1991). Así, las madres mencionan que hay alimentos que son muy “fríos” o muy “calientes”, que pueden afectar la digestión de los niños produciendo dolor de barriga o diarreas. Entre los alimentos “fríos” se identifican la leche y carne de vaca, y entre los alimentos “calientes”, las menestras.

48

También se reconocen alimentos que son pesados para ellos, como los guisos de quinua, trigo o alverjas, o la cancha y el puspo (habas verdes o tostadas cocinadas). Otra manera de clasificar los alimentos es por su aspecto, que puede “contagiarse” a los niños por sinonimia, como el que la yema de huevo ponga amarillos sus dientes, o que si una madre embarazada come betarragas su hijo tendrá la piel más oscura.

Las enfermedades de los niños pequeños mencionadas por las familias pueden ser divididas entre aquellas que se establecen desde el sistema formal, basado en la biomedicina, y aquellas enfermedades reconocidas por la población de las comunidades quechuas, pero que normalmente no son aceptadas por el sistema formal. Las enfermedades que reconoce el sistema médico andino son expresión de una visión compleja e integral de la vida y la salud, que implica la importancia de la relación con el entorno natural y social de las personas (ver también Cáceres 1988; UNICEF 2010; Del Pino et ál. 2012). A diferencia de la medicina oficial, cuyos conocimientos son monopolizados por especialistas, los conocimientos para tratar las enfer-

medades que se identifican localmente son compartidos por los integrantes de la familia, los vecinos y otros miembros de la comunidad, entre los cuales también hay especialistas con conocimientos y habilidades especialmente desarrolladas, como los curanderos o *yachaq* o *qampiq*¹⁷. Los detallados mecanismos de identificación y curación de estas enfermedades muestran la vigencia de los conocimientos de la medicina andina y de la confianza en los especialistas locales (*yachaquna* o "los que saben").

Se considera que los niños son especialmente sensibles a las enfermedades relacionadas con el entorno espiritual, social y natural. En la investigación de Del Pino y colegas (2012), se describe que en el caso de los niños es más probable que se dé "el desprendimiento del alma del cuerpo del niño. En tanto el cuerpo y el alma se van formando e integrando, su separación es un riesgo constante que exige mucho cuidado" (Del Pino et ál. 2012: 91).

"Se había caído de la piedra, su hermanito mayor estaba cargando y lo soltó al suelo y le dio (*pacha*). Casi ha muerto, teníamos que hacer el *pampapu* (entierro), cuando le hice el entierro, se sanó mi bebé. Le hice el entierro, le hice tomar el remedio de *pacha qampi*, también hice el ruego con flores. Todo eso hice. Su hermanito mayor se avisó. ¡De aquí le he soltado! Diciendo. Ya estaba por morir y le hice el entierro con eso se ha sanado. [...] Le hice el entierro, todo hice hasta con *cuy* le hice la muda, le hice tomar el remedio de *pacha* [...] si es el *Urnohuaycco*. Allí fue que le había soltado de la piedra. Luego hemos ido a *Urnohuaycco* para hacer el *pampapu*. Allí ya pues se ha sanado. El *pampapu* hemos hecho en el lugar donde se ha caído pues". (Mujer, Chito, Ayacucho, 2013).

En este sentido, los niños son especialmente sensibles también a los malos tratos que pueden recibir en los servicios de salud, y a las medicinas o complementos alimenticios químicos que les ordenan dar a sus bebés. Por otro lado, para la mayoría de entrevistados es muy importante tener un diagnóstico certero sobre la enfermedad, pues los medicamentos de los centros de salud están contraindicados para algunas enfermedades locales. Como estas últimas no suelen ser tomadas en cuenta por el personal de los puestos de salud, en casos de sospecha de ciertas enfermedades locales se prefiere tener primero el diagnóstico del curandero, quien determina si el paciente va o no a centros de medicina oficial.

17. Varias madres manifestaron que estos especialistas locales deberían participar también de la labor de la posta médica.

Además, la medicina practicada en el hogar y la comunidad no necesita una inversión de tiempo y dinero para movilizarse y comprar medicamentos, como sí suele suceder con los servicios de salud oficiales. Este es el caso de los males que producen diarreas, síntoma que las madres saben que se asocia con la desnutrición. Ellas pueden distinguir entre las diarreas ocasionadas por una infección y aquellas que son síntoma de males locales no reconocidos por la biomedicina, como el susto, la *pacha* o el alcanzo. En este último caso, las madres tienen conocimientos muy meticulosos sobre qué tipo de diarrea se asocia a cada dolencia (por el color, textura u olor), y según ello eligen distintos caminos para poder tratarlas¹⁸, de acuerdo con su gravedad son tratadas en casa o por especialistas locales, como el curandero u otros.

Tabla 4
MALES LOCALES Y SUS SÍNTOMAS¹⁹

Principales males locales		Síntomas generales		Tipo de diarrea		Tratamiento	
Pacha en adultos	Pacha en niños	Náuseas	Diarrea vómitos fiebre inapetencia	Ninguna	Color verde	Consulta a curandero	Consulta a curanderos o <i>yachaq</i> . Realización de <i>pampapu</i> (entierros) / <i>pagapu</i> (pago a la tierra). "Soba" con cuy.
		Vómitos					
Susto ²⁰		Diarrea, vómitos, fiebre, dolor de cabeza, inapetencia, escalofríos y temblores durante el sueño ("saltonean", se sobresaltan), parpadeo durante el sueño, los ojos están hundidos y las pestañas "paradas".		Consistencia: yema de huevo batido Olor: inodoro Color: no especificado.		<i>Qayapu</i> (llamada al alma). Pasar huevo y hierbas. Consulta a curanderos. Tomar gaseosa hervida. Consumo de hierbas: wallwa, marco, paico y culén.	



18. Este tipo de caracterización de las diarreas, con algunas variaciones, también se puede encontrar en el libro de Del Pino et ál.2012, que recoge la información en comunidades de Vilcas Huamán y Huanta.
19. Cuadro elaborado por Doris León a partir de la encuesta de la presente investigación con aportes de Raúl Hinostroza (miembro del equipo de CHIRAPAQ)
20. El espíritu o alma del niño sale de su cuerpo y deambula triste. Para sanarlo, el *yachaq* le hace el *qayapu* repetidas veces si es necesario (versión de Raúl Hinostroza).



Principales males locales	Síntomas generales	Tipo de diarrea	Tratamiento
<i>Patco</i>	Diarrea, fiebre, vómitos, inapetencia, emblanquecimiento de la lengua y aparición de granos en ella, calor en la boca y en el estómago.	Color: verde / blanco/ amarillo Olor: desagradable. Consistencia: 'leche cortada', 'puré batido' (cuando es blanca)	Uso de plantas y frutos para pasarles sobre la lengua (jugo de tara y tumbo). Consumo de hierbas como mullaca. Receta: moler pepa de tara con media cucharadita de leche materna / moler hierba de <i>runturunto</i> , papa de <i>pichirro</i> y corteza de <i>chachas</i> , de la cual se exprime el jugo para tomar /moler hierba <i>putquiputiqui</i> y beber. Lavar la parte afectada con el jugo de hojas de <i>nuchku</i> molidas.
<i>Ayachu</i> (o <i>ayacha</i>)	Diarrea y dolor de estómago.	Color: verde.	Consumo de calabaza amarga, elixir o hierbas como <i>ayañuchko/ ñuchco</i> .
<i>Wayra</i>	Vómitos, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, sensación de ruido permanente en el oído, adormecimiento, mareos.	Ninguno.	Sobarse la cabeza con ruda o marco o remilla.
<i>Waspi</i> o puquio	Granos en el cuerpo, picazón.	Ninguno.	<i>Qumpu</i> o sauma utilizando la brasa de leña, se le echan hojas de plantas como el romero de olor.
<i>Tapka</i>	Dificultades en la labor de parto.	Ninguno.	No referido.
<i>Ñati</i>	Vómitos, diarrea. El estómago se "voltea", el ombligo se ve chueco.	No especificado.	Se consulta al <i>yachaq</i> .

Fuente: Elaboración propia.

Así, si bien existe una convivencia entre ambos sistemas de conocimientos y prácticas, producto de las interacciones de los campesinos y campesinas con las instituciones de salud oficial y otras, en esta convivencia se encuentran relaciones de tensión, jerarquía y desencuentros que hacen que muchas veces las enfermedades locales se escondan ante representantes de la oficialidad.

1.2 Prácticas alimentarias y los esfuerzos por superar la malnutrición infantil

Como hemos mencionado las familias —y especialmente las madres—, han incorporado en su discurso y en algunas de sus prácticas e intenciones,

ciertos criterios sobre la importancia del CRED, así como las pautas respecto a la alimentación que le dan en los controles y las ONG respecto a la alimentación para evitar la desnutrición crónica y la anemia infantil de sus niños o tratar de que los que ya han sido diagnosticados remonten estas condiciones de salud²¹. Sin embargo, ellas enfrentan una serie de dificultades para poner en práctica lo aprendido, lo que contribuye a que no se lleguen a tener resultados a pesar de los esfuerzos realizados.

Aquí analizaremos tres indicadores: frecuencia mínima de alimentación, diversidad alimentaria mínima y consumo de hierro animal, para identificar cuáles son estos obstáculos. Veremos que estas dificultades se relacionan con una diversidad de factores que interactúan de manera compleja, y que escapan a los cuidados y la preocupación de las madres por el bienestar de sus niños. Dentro de estos se encuentran aspectos que son expresiones de formas de desigualdad social y discriminación cultural, como la sobrecarga de trabajo de las mujeres, así como la falta de seguridad alimentaria y el escaso diálogo cultural entre los servicios de salud oficiales y la medicina local andina respecto a la identificación de las enfermedades.

52

Alimentar frecuente y consistentemente a los niños (frecuencia mínima de alimentación)

La frecuencia mínima de alimentación²² es un indicador usado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009) para determinar si los niños mayores de 6 meses consumieron alimentos consistentes en una frecuencia apropiada para su edad. En las comunidades encuestadas, en el caso de

-
21. Si bien es difícil que los niños diagnosticados con DCI logren salir de ese diagnóstico, estudios realizados por Niños del Milenio demuestran que este diagnóstico es reversible en algunos casos: en el Perú se observó que un 36,8% de niños que habían sido diagnosticados con desnutrición en su infancia temprana, habían logrado revertir este diagnóstico cuando fueron nuevamente encuestados alrededor de los ocho años al mejorar sus condiciones de vida. Estos niños mostraron mejores resultados cognitivos en comparación con los niños que seguían desnutridos (Penny y Meléndez 2015).
 22. Este indicador estipula que el niño que lacta debe consumir preparaciones espesas o sólidas dos veces al día cuando tiene entre 6 y 8 meses de edad, tres veces cuando tiene entre 9 a 24 meses, y que cuando el niño no lacta debe consumir 4 comidas al día. Otro indicador utilizado es el de dieta mínima aceptable, que implica cumplir con los indicadores de frecuencia mínima y diversidad alimentaria, de manera independiente a si lacta o no, los resultados fueron más dramáticos, pues solo siete niños menores de 24 meses cumplieron con esta meta (todos participantes de Cuna Más y con madres con mínimo primaria completa y bilingües).

los menores de 2 años esta meta se pudo cumplir en el 70,6% de los casos, pero solo se pudo lograr en un 25% de los niños mayores de 2 años, resultado que se relaciona con que estos niños dejaron de lactar y esta forma de alimentarlos no pudo ser reemplazada por otras.

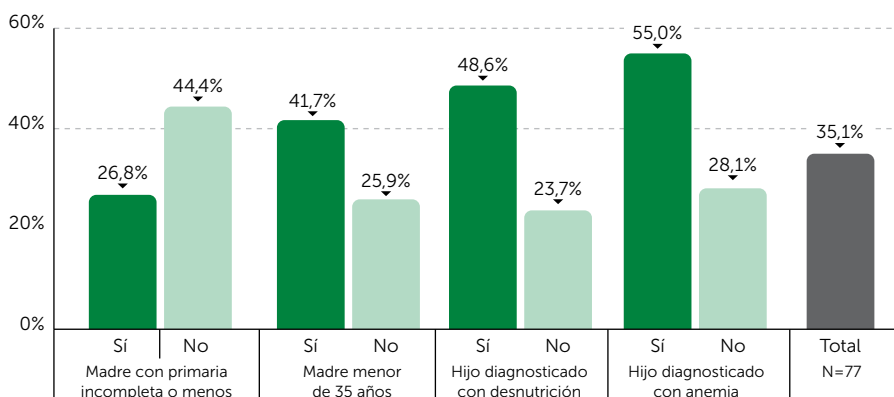
Las madres mencionaron que desde las instituciones les dan una indicación que simplifica el indicador mencionado: a partir de los 6 meses sus niños deben comer cinco veces al día mientras lactan, y cuando dejan de lactar alimentarlos con sólidos tres veces al día. Ante estas indicaciones, afirman que dar de comer cinco veces al día a sus niños es difícil para ellas, por la carga de trabajo agrícola que tienen fuera del hogar, con lo que las comidas principales son solo el desayuno y la cena:

“Eso sería si uno está en la casa nada más. Siempre salimos con nuestros ganados, ¿qué le vamos hacer comer cinco veces? A más le daremos dos veces al día. Nos vamos con nuestros ganados, acompañados de nuestros hijos. ¿Qué le vamos a dar en el campo?”(Mujer, Huallhua, Ayacucho, 2013)

Uno de los hallazgos más reveladores sobre este indicador, como se puede observar en el gráfico 4, es que uno de los motivos por los que la madre cumple mejor esta meta es que la habían alertado de que alguno de sus niños tenía anemia o desnutrición, lo que da cuenta de la atención que las madres ponen a este problema:

Gráfico 4

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CUMPLEN CON LA FRECUENCIA MÍNIMA DE ALIMENTACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE Y DIAGNÓSTICO DEL NIÑO/A



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, las madres han sido capacitadas para que sus niños coman en un plato diferente al de la madre, pero en las observaciones se pudo apreciar que por lo general los bebés menores de 2 años son alimentados por la madre eligiendo y aplastando parte de su plato de guiso o sopa familiar, y que el niño o niña come no más de cinco cucharadas²³. Cuando se les consulta por qué no se insiste en que el niño coma más, mencionan que la apetencia en los niños está relacionada con su estado de ánimo y suele ser cambiante e irregular.

Se observó también que las sopas siguen siendo un plato principal frecuente, lo que podría afectar la frecuencia mínima aceptable. Es importante especificar que este tipo de platillo no solo se consume por costumbre, sino también porque requiere menos ingredientes y da menos trabajo para las madres, en su preparación y para ser recalentada.

Diversificando la dieta infantil (diversidad alimentaria mínima)

En cuanto a la diversidad de alimentos, las madres mencionan que desde las instituciones de salud oficial y las ONG se incide en que los niños deben acceder a platillos de "comida balanceada", que contengan tres tipos de alimentos: protectores (vitaminas y minerales), constructores (proteínas) y energéticos (grasas y azúcares)²⁴. Además se les enfatiza que deben dar a sus niños alimentos de origen animal, sobre todo de carnes y vísceras, por contener hierro y proteínas, determinantes para combatir la desnutrición y la anemia.

-
23. A partir de los 6 meses de edad se debe empezar con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día. Entre los 7 y 8 meses, se debe aumentar a ½ taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¾ de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad (MINSA 2004: 47)
 24. Esto ocurre a pesar de que desde las directivas del MINSA se promueve la alimentación balanceada de acuerdo con la frecuencia y la consistencia de las comidas, las fuentes de hierro, el consumo de menestras y de alimentos según sus colores. Al parecer, la clasificación mencionada por las madres es anterior, y tal vez se sigue usando institucionalmente y por otras organizaciones por su sencillez.

Las madres han interiorizado estos conceptos y en entrevistas, talleres y observaciones indican que sus niños deben comer "comidas balanceadas", explicando las tres categorías antes mencionadas, realzando el consumo de carnes y vísceras, y las propiedades de los productos naturales que ellas cosechan. Asimismo, las madres están en constante búsqueda de información para alimentar mejor a sus hijos.

Un indicador que nos ayuda a observar si la dieta de los niños es diversa es el de diversidad alimentaria mínima (DAM), también usado por la OMS, que estipula que los niños deben consumir al menos cuatro de una lista de siete tipos de alimentos en un día²⁵ (OMS 2009). Según este indicador, un 68,8% de los niños de las madres encuestadas tuvo una dieta diversa el día previo al estudio, de entre estos, 71,7% de los mayores de 2 años cumplieron la meta, y 58,8% de los menores de esta edad (véase la tabla 5). Como se detallará en el siguiente acápite y en los capítulos posteriores, las principales dificultades están relacionadas con el acceso y la disponibilidad a alimentos variados. Estos resultados contrastan notablemente con los resultados nacionales de la ENDES 2013, en la que un 91,7% de los niños logra buenos resultados.

Tabla 5

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE LOGRARON UNA DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA

Comunidades encuestadas: total	68,8
Comunidades encuestadas: niños y niñas mayores de 2 años	71,7
Comunidades encuestadas: niños y niñas menores de 2 años	58,8
Resultados nacionales (ENDES 2013)	91,7

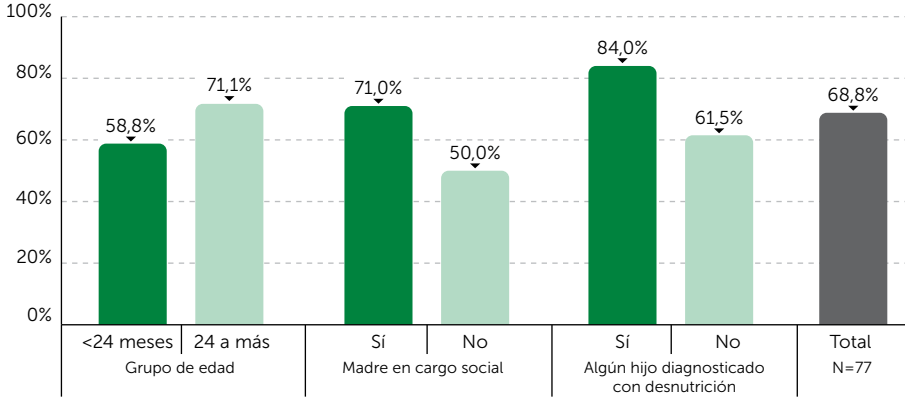
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 5 se aprecia, nuevamente, que este indicador se vio favorecido cuando uno de los hijos estaba diagnosticado con desnutrición, lo que corrobora la atención que las madres le dan a este problema:

25. Los grupos de alimentos que se distinguen son: 1. cereales, raíces y tubérculos, 2. legumbres y nueces, 3. lácteos (leche, yogurt, queso), 4. carnes (res, bovino, caprino, pescado, aves o vísceras), 5. huevos, 6. frutas y verduras ricas en vitamina A, 7. otras frutas y verduras y 8. grasas (aceites, mantequillas, etc., solo incluido por la ENDES).

Gráfico 5

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CUMPLEN CON LA DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE Y DIAGNÓSTICO DEL NIÑO/A



Fuente: Elaboración propia.

56

Los problemas de accesibilidad y los pocos elementos entre las cuales pueden hacer elecciones, harían que uno de los apoyos que más valoren las mujeres sea obtener alimentos sin recargar el trabajo que ya conlleva la vida cotidiana campesina. Este sería el motivo también por el que un grupo de mujeres (25 de 69 mujeres con niños de hasta 5 años) indican preferir la ayuda directa con entrega de alimentos, tales como la leche, avena o atún para lograr que sus hijos se alimenten mejor y se enfermen menos. Esto podría ser una base para remontar la desnutrición en áreas con limitaciones de seguridad alimentaria, hasta que proyectos articulados de más largo aliento sean puestos en práctica y tengan resultados apreciables²⁶.

Consumo de fuentes de hierro animal

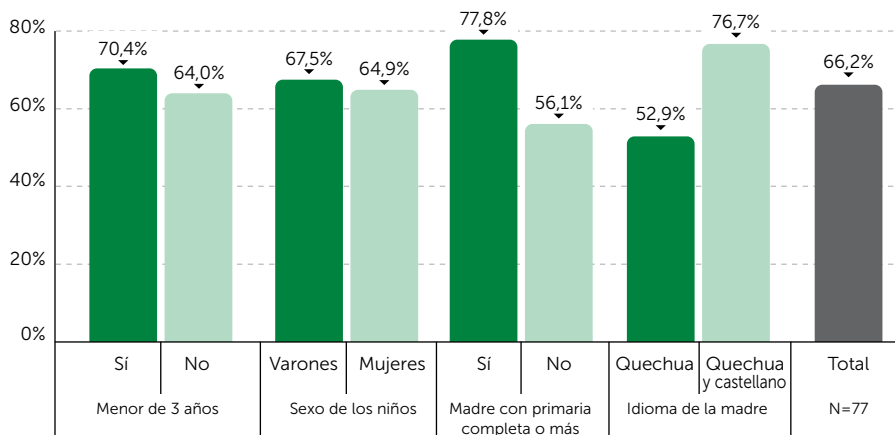
El uso del indicador de consumo de fuentes de hierro animal es una de las mejores aproximaciones de las acciones y prácticas para controlar la anemia en la población. La biodisponibilidad del hierro animal es más eficiente que las de origen vegetal, sin desestimar que las últimas también

26. Hay representantes de CHIRAPAQ que opinan que los programas de apoyo alimentario o de transferencias, como el programa JUNTOS, pueden estar debilitando la apuesta de las familias campesinas por el cultivo diverso, pues dejarían de cultivar al tener acceso a alimentos de manera gratuita o acceso al bono, que se gasta en alimentos del mercado de valor nutricional menor al que podrían cultivar en sus chacras.

contribuyen en la dieta. Según nuestra encuesta, solo un poco más de la mitad de los niños (52%) consumió cárnicos y vísceras rojas el día previo a la misma. Si tomamos en cuenta el consumo de huevo, tal y como lo hace la ENDES, este porcentaje asciende a 66%, pero sigue siendo significativamente menor al que reporta la encuesta nacional, que alcanza 89,3% de éxito. Por otro lado, en general, el consumo de este tipo de alimentos es más alto cuando la madre tiene un grado de instrucción mayor a la primaria y es bilingüe (véase el gráfico 6).

Gráfico 6

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE EL DÍA ANTERIOR CONSUMIERON ALIMENTOS CON HIERRO ANIMAL* SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO/A Y DE LA MADRE



*Incluye carnes, pescados, aves y huevos.
Fuente: Elaboración propia.

En el desayuno y la cena, comidas más frecuentes, las fuentes de hierro animal se consumen sobre todo en sopas o caldos, deshilachados y en cantidades mínimas por porción. Entre las familias que almuerzan se incluyen preparaciones más consistentes, pero es necesario tomar en cuenta que un importante número de niños (23) reciben almuerzo a través del programa Qali Warma. Sin embargo, incluso en estos casos se pudo observar que las porciones de alimentos de origen animal fueron pequeñas.

Por otro lado, el inicio del consumo de carnes en la vida de los niños se muestra muy tardío: al menos la mitad de ellos empieza a consumir estas fuentes entre los 8 y los 12 meses, cuando lo óptimo es que sea a los 6 meses. Es importante notar que la carne de res y de cuy son las que se

otorgan más tardíamente: seis meses después de lo que sería adecuado (véase la tabla 6).

Tabla 6

MEDIANAS DE EDAD EN QUE LAS FUENTES DE HIERRO ANIMAL FORMARON PARTE DE LA DIETA DEL NIÑO O LA NIÑA

Fuentes de hierro animal	Niños/as que ya comen...	Edad que empezaron a comer... (meses)		
	N (%)	Mediana	95% IC	
Visceras rojas	72 (87,8 %)	8	7,2	- 8,8
Aves	72 (87,8 %)	8	7,2	- 8,8
Pescados	73 (89,0 %)	9	8,3	- 9,7
Cordero	73 (89,0 %)	10	9,1	- 10,9
Carne de res	60 (73,8 %)	12	11,6	- 12,4
Cuy	51 (62,2 %)	12	11,5	- 12,5

Fuente: Elaboración propia.

El motivo más importante para el bajo consumo de carnes tiene que ver con su disponibilidad, ya que las mujeres y los hombres entrevistados refieren que procuran brindarles estos alimentos a sus niños y niñas para que se alimenten de manera balanceada y así evitar la desnutrición. Las familias en general se enfrentan a que el acceso a las carnes es escaso, por su valor en el mercado y porque el sacrificio del ganado es infrecuente, pues lo crían sobre todo para la venta, para obtener recursos monetarios cuando hay mayor necesidad (inicio del año escolar, por ejemplo), con lo que un 60,9% de las familias solo la consumen mensualmente o en un día especial.

En el caso de los cuyes, a pesar de que es uno de los alimentos cuya crianza y consumo más se promueve desde las instituciones (55% de las mujeres encuestadas recibieron cuyes a lo largo del año), es la carne menos consumida, y la mayoría menciona que los consumen sobre todo una vez al mes o en épocas festivas; además, un 37% menciona no consumirla (véase la tabla 7).

Tabla 7
FRECUENCIA DE CONSUMO* DE FUENTES DE HIERRO ANIMAL EN LOS HOGARES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Frecuencia de consumo	Cuy		Pescadot		Carnes rojast		Aves		Visceras		Huevo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No consumen	26	37,7	5	7,2	3	4,3	5	7,2	0	0,0	2	2,9
Interdiario	1	1,4	2	2,9	5	7,2	2	2,9	3	4,3	36	52,2
Semanal	2	2,9	22	31,9	4	5,8	6	8,7	5	7,2	25	36,2
Quincenal	11	15,9	27	39,1	15	21,7	27	39,1	21	30,4	4	5,8
Mensual o día especial	29	42,0	13	18,8	42	60,9	29	42,0	40	58,0	2	2,9
Total	69	100,0	69	100,0	69	100,0	69	100,0	69	100,0	69	100,0

(*) Periodo de referencia, últimos doce meses a la encuesta

(†) Trucha, conservas de pescado, etc.

(‡) Res, cordero, cerdo, etc.

Fuente: Elaboración propia.

Las familias indican que han tenido problemas para que los cuyes puedan reproducirse, e incluso para mantenerlos vivos debido a los depredadores, a enfermedades y a las condiciones climáticas adversas para su sobrevivencia²⁷:

"El municipio le ha dado seis cuyes y murieron cuatro por el frío; crían en otro lugar y no en la cocina. Le han dicho que críen animales en espacios diferentes pero dicen que es difícil y ya no quieren criar. [...] Cuenta que está bien que las instituciones le apoyan pero lo malo es que los cuyes y gallinas se mueren. Ahora quería comer a los cuyes antes que se muera pero piensa que los promotores se van a molestar porque les dice que hagan reproducir primero." (Mujer, Chito, Ayacucho, 2014).

El 58% solo consumen vísceras mensualmente o en días festivos y se observó que solo dos familias tenían charqui en sus cocinas. Solo dos de las mujeres encuestadas mencionaron que sus hijos consumían sangrecita y dijeron preferirla al consumo de Chispitas, suplemento que le dan en los servicios de salud²⁸. La sangrecita es deshidratada, molida y esparcida sobre la comida, y mencionaron que la usan para asegurar el consumo de hierro de sus hijos e hijas.

60

Se pudo observar el consumo de otros derivados animales como la leche, los huevos y el queso. La leche, sobre todo en Huallhua, proviene de las donaciones del Vaso de Leche, pero también observamos cuatro familias que consumían leche de sus vacas; y otra, de su cabra. Casi la tercera parte de las familias se alimenta de huevos, que en buena parte son adquiridos en el mercado, pues si bien la mayoría tiene pollos o gallinas, tienen problemas con su crianza.

27. Los mensajes del programa de Familias y Viviendas Saludables del MINSA indican a la población que críen a los animales fuera de la vivienda lejos del fogón, lo que resulta inapropiado por el frío y la carencia de cobertizos.

28. Esta forma de preparación de la sangrecita fue promovida en la zona por Acción Contra el Hambre. Es necesario investigar a futuro esta alternativa. Si bien el consumo de fuentes altas en hierro HEM se usa para reducir la anemia, no reemplaza otras estrategias, como la suplementación (Chispitas) o la fortificación (harina de trigo con hierro), la diversidad alimentaria (así se consume los nutrientes que ayudan a su asimilación) y medidas sanitarias. Por otro lado, para que pueda generalizarse es necesario el aprendizaje de la técnica, la incorporación del producto al patrón alimentario de las familias y el sacrificio de animales, que suele darse muy esporádicamente entre las familias campesinas.

El queso también está muy presente en la dieta familiar, y es tanto de su propia producción como comprado en el mercado. En cuanto al pescado, su consumo se observó en contadas ocasiones²⁹ y fue en conserva (enlatados) comprado en el mercado.

En general, podemos concluir que las mujeres conocen las recomendaciones de los establecimientos de salud y las ONG, quieren cumplir con ellas y están interesadas en mejorar la nutrición de sus hijos. Sin embargo, más allá de sus deseos e intereses, las observaciones y entrevistas dan cuenta de las limitaciones con las que se topan sus esfuerzos. La adecuada alimentación complementaria de los niños se ve afectada por las dificultades para acceder a alimentos variados, lograr una frecuencia adecuada de alimentos consistentes y el consumo de hierro de origen animal.

La importancia que las madres dan a la alimentación de sus niños y a la desnutrición crónica infantil se evidencia en los esfuerzos que despliegan cuando sus hijos diagnosticados con desnutrición. Ello se evidencia en que son estos niños los que logran cumplir en mayor proporción que los otros con la frecuencia mínima aceptable y diversidad alimentaria mínima. Esto nos estaría indicando que los niños pueden estar siendo afectados por la desnutrición crónica debido a otros determinantes que no se vinculan necesariamente con la alimentación o con el cuidado de sus madres, y corroboraría que el periodo para remontar la desnutrición crónica es de largo aliento.

Uno de los indicios de que si la alimentación adecuada estuviera al alcance de los esfuerzos de las madres esta se lograría con éxito, es lo que ocurre con los niños en periodo de lactancia. La lactancia puede ser controlada por las madres entrevistadas, a diferencia de la obtención y preparación de alimentos: para esto requieren dinero que les permita adquirir los productos que no tienen o invertir más tiempo —del que no disponen—. Los resultados sobre lactancia tienen que ver directamente con las posibilidades individuales de la madre. La lactancia sigue siendo una práctica generalizada, que tiene larga data y no ha mermado en el tiempo. Todos los niños evaluados lactaban o habían lactado alguna vez en su vida, ocho de cada diez comenzó a lactar dentro de la hora de nacido, la mediana de edad

29. En la comunidad de Huallhua generalmente se consume cuando llegan camiones cargados de productos de pan llevar a la comunidad.

de la lactancia materna exclusiva fue 6 meses³⁰; y la mediana de duración total fue de 24 meses, lo que cumple con los estándares internacionales.

En el siguiente capítulo analizaremos en detalle los diversos factores que dificultan que las mujeres, y las familias en general, puedan implementar las prácticas alimentarias y de salud para prevenir o remontar la DCI, tal como han aprendido y desean hacerlo.

30. Las preguntas sobre este tema fueron inductivas, no directas, para evitar respuestas automáticas oficiales aprendidas en los centros de salud.



La desnutrición más allá de los esfuerzos familiares

Como se ha descrito, las determinantes de la desnutrición están en distintos niveles. En este capítulo nos referiremos a las condicionantes de la desnutrición infantil que se vinculan con un desigual acceso a recursos, oportunidades y servicios de buena calidad por parte de las comunidades campesinas, y a una relación jerárquica del Estado con las culturas indígenas, en la que ha primado una falta de diálogo intercultural. Esta situación ha tenido como respuesta la desconfianza de las familias hacia las políticas públicas y las instituciones o personas que están a cargo de estas.

2.1 Inseguridad alimentaria en el hogar

Una serie de dificultades contribuyen a la inseguridad alimentaria en las comunidades campesinas quechuas estudiadas, entre las que podemos mencionar el cambio climático, las consecuencias del conflicto armado interno, la falta de ingresos económicos y los efectos contraproducentes del monocultivo para aprovechar las escasas oportunidades que les ofrece el mercado.

Nuevos retos para la vida campesina

El cambio climático ha creado un ambiente impredecible, con cambios de temperatura en las zonas de cultivo y aparición de nuevas plagas, entre otros problemas que agudizan las condiciones difíciles en las que se realiza la actividad agrícola en las comunidades estudiadas. Además, el conflicto armado interno afectó la riqueza agropecuaria familiar y creó un vacío en la transmisión de conocimientos, por la migración intensa y la dedicación de los campesinos a su propia defensa. Por otro lado, las políticas de producción masiva de monocultivos promovidas por el Estado, han influido negativamente en la calidad de la tierra, la biodiversidad y la continuidad del uso de conocimientos para la producción agropecuaria. Además, los campesinos que poseen poca extensión de terreno tienen dificultades para la rotación anual de cultivos o el descanso de la tierra con el objetivo de que se reabastezca de nutrientes.

Dificultades de acceso a ingresos monetarios para la alimentación

64

Aun si no hubiera dificultades para cultivar, es necesario que las familias accedan a alimentos en el mercado para complementar su dieta, para lo que es indispensable que cuenten con posibilidades de conseguir ingresos económicos. Estudios como los de Scurrah y colegas (2011), muestran que la producción diversificada biodiversa, si bien es una estrategia que aporta a disminuir riesgos y dar más estabilidad a las cosechas, es insuficiente para reducir la desnutrición, pues en el contexto actual de las comunidades campesinas no se logra completar una alimentación balanceada. Para estos investigadores, una buena nutrición está asociada a la solidez de todo el sistema agrícola: tener suficiente cantidad de tierras, suficiente agua para el riego, practicar técnicas de almacenamiento efectivas y tener economías familiares diversificadas que generen otras fuentes de ingresos para obtener dinero e invertirlo en alimentos y otros bienes y servicios.

Así como en la alimentación, las familias necesitan ingresos para invertir en otros bienes y servicios necesarios para su bienestar. Las propuestas que ponen en un segundo plano al mercado, por debajo del autoconsumo, pueden ser irreales. En este contexto de economía escasa compiten la necesidad de una buena nutrición con la de acceder a una educación formal. Esta última es apreciada como de suma importancia para que hijos e hijas puedan salir de la pobreza y la marginación en la que actualmente

viven las familias. Esta necesidad de ingresos hace que existan familias que opten por el monocultivo, que puede dar posibilidades mayores de comercialización, pero pone a las familias en situación de vulnerabilidad ante posibles plagas o imprevistos climáticos, por depender solo de un tipo de cultivo y por no dotar de variedad a la alimentación familiar. Un ejemplo es el cultivo de quinua, que ha emergido como una poderosa alternativa para la producción y venta, ya que su alto precio en el mercado permite acceder a más recursos monetarios. Aunque este auge puede significar cierta soberanía económica, no necesariamente se cumple el precepto de Seguridad Alimentaria, que propone acceso a alimentos nutritivos en todo momento, pues los entrevistados mencionan que se renuncia a tener cultivos variados y se descuida la crianza de animales:

"La mayoría está vendiendo sus ganados, como no hay espacio, y más que nada están en la siembra... como ya aprendieron a sembrar quinua la mayoría están... ahí obtienes más recursos, en vegetal, que estar ahí detrás del ganado. Claro no te da ni un sol, ni diez céntimos te da el ganado y tienes que estar detrás, detrás pero ahora la gente ya se dieron cuenta y se dedica a la agricultura más que nada³¹". (Presidente de la comunidad, Chito, Ayacucho, 2013).

Pero aun obteniendo cosechas abundantes, la producción de excedentes para la venta tiene como obstáculo la participación de intermediarios que pagan poco por los productos. Eso se suma a la inestabilidad del mercado, no tener potenciales clientes establecidos a los cuales dirigir sus productos de una manera sostenida, al desconocimiento sobre competidores y a si el auge de precios de los productos tendrá continuidad.

31. Este mismo entrevistado menciona que el auge de la quinua tiene como problema que muchos comuneros prefieren utilizar los pastizales de los animales para el cultivo, con lo que se genera un conflicto entre quienes se dedican en mayor medida a la ganadería y quienes están optando por el cultivo de quinua.

Tabla 8

INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR: RETOS PARA LA VIDA CAMPESINA

Cambio climático	Mayor dificultad para predecir cambios Nuevas plagas Cambio de los cultivos en zonas altas Técnicas que han dejado de ser efectivas
Escenario post conflicto	Mayor pobreza familiar (pérdida de ganado) "Generación perdida" para la transmisión de conocimientos Cambio en relaciones sociales que afectan disponibilidad de mano de obra para la producción
Promoción de monocultivos	Mayor uso de agua Pérdida de nutrientes en la tierra Poca extensión de terrenos: mayor vulnerabilidad Pérdida de biodiversidad
Dificultades de acceso a ingresos monetarios para la alimentación	Escasez de dinero para la compra de bienes y pago de servicios Tendencia al monocultivo para adquirir ingresos Presencia de intermediarios que no generan un comercio justo Competencia con otras actividades agropecuarias

2.2 Acceso a agua y saneamiento

El acceso a agua no segura y el saneamiento inadecuado generan que los niños estén más vulnerables a diarreas, parásitos, nematodos y enteropatías ambientales, que afectan la permeabilidad de los intestinos y su capacidad de absorción, factores que coadyuvan al desarrollo de la desnutrición (UNICEF 2013).

En ambas comunidades, Chito y Huallhua, se presentan problemas de acceso a agua y saneamiento básico en diferentes dimensiones³². En Chito la mayoría de las familias cuenta con agua con conexión domiciliaria y recientemente es clorada, pero su ubicación en una hondonada hace que en épocas de lluvias el agua se empoce en el parque central (donde los niños juegan constantemente) y los silos se rebalsen, generando focos infecciosos de parásitos y enfermedades intestinales, que afectan sobre

32. La gran mayoría de hogares tiene pozos ciegos, silos o letrinas (85,51%), tres usan las letrinas de familiares vecinos y uno tiene baño con inodoro.

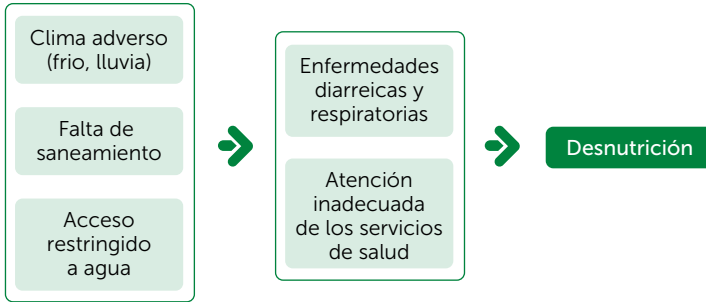
todo a los niños, y este se vuelve uno de los motivos por los que no hay mejoras en su situación de desnutrición.

En Huallhua gran parte de los campesinos no cuenta con conexión de agua ni desagüe en sus viviendas, y solo algunos acceden a agua entubada, pero no clorada; otros recogen agua de piletas colectivas que tampoco son de agua potable, y en las que generalmente beben los animales. También pudimos observar que varios silos y letrinas estaban rebalsados debido a la lluvia.

Por otro lado, un 69,57% de las familias que cuentan con agua entubada y 33,33% de las que acceden a agua tratada tienen niños con desnutrición. Aunque las madres conocen las recomendaciones sobre el uso adecuado del agua, las prácticas de higiene se limitan porque generalmente los caños están fuera del espacio del hogar. Sobre todo en las noches, el clima frío o la lluvia complican salir al patio a lavar los alimentos o a lavarse las manos, sobre todo a los niños, quienes son especialmente cuidados de las condiciones climáticas, pues hay una alta incidencia de enfermedades respiratorias que también influyen en la desnutrición (véase el gráfico 7). Solo se observó a una madre que lavaba los alimentos con agua tibia que tenía en un pocillo junto al fogón, y a otra que realizaba lo mismo para que la familia se lavara las manos antes de comer. Este es el modo en el que las madres procuran seguir las indicaciones de los establecimientos de salud y las ONG frente a las dificultades, pero no necesariamente con resultados adecuados, pues remojar las manos no sería una práctica que elimina las posibilidades de enfermedad; lo mismo para el lavado de los alimentos: se recurre a un enjuague sin arrastre que no elimina los microorganismos.

Las consecuencias de vivir en un ambiente que propicia enfermedades diarreicas y respiratorias deben ser atendidas adecuadamente en los servicios de salud; pero, como veremos, también hay problemas de calidad para la atención de estas enfermedades.

Gráfico 7

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE PUEDEN CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES DE HIGIENE
Y SU RELACIÓN CON LA DESNUTRICIÓN

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Limitaciones de la calidad de atención y desconfianza de los servicios de salud del Estado

Los objetivos de las instituciones de salud del Estado y las ONG dedicadas al tema de la desnutrición concuerdan plenamente con el deseo de las madres de que sus niños no sean afectados por la DCI. La dificultad es que las estrategias de estas instituciones se focalizan principalmente en la responsabilidad de las madres para evitar o remontar la DCI, sin actuar de manera paralela y decidida en los condicionantes sociales que restringen las posibilidades de las madres para llegar a esos objetivos. A esto se suma la poca valoración de conocimientos y prácticas propias de las comunidades quechuas para el bienestar de los niños y las niñas. Esto es especialmente notorio en el caso de los servicios oficiales de salud, que en la experiencia de las usuarias de este estudio, no solo tiene limitaciones logísticas y de aprovisionamiento, sino que además llega incluso a maltratar a las mujeres usuarias debido a sus características culturales, como el idioma.

Estos condicionantes menguan la confianza que la población usuaria tiene hacia su centro de salud³³, lo que conlleva que, en diversas ocasiones,

33. Estos resultados concuerdan con los expresados por Anderson (2001) en su estudio con mujeres rurales de Ancash, Huancavelica y Puno. Esta autora muestra que uno de los criterios de buen trato atañe directamente a la relación social con los proveedores, en la que no es aceptable –además de las transgresiones al pudor– que estos sean muy distantes, que las increpen o critiquen, que las traten con menosprecio, prepotencia o autoritarismo.

asistir al establecimiento de salud sea la última alternativa de tratamiento cuando se tiene una enfermedad. Seis de cada diez mujeres que encuestamos dijeron confiar poco o nada en el servicio de salud de su localidad.

Las serias limitaciones de la calidad de atención de los servicios de salud se expresan en los aspectos que las madres consideran que estos deben mejorar para atender a sus hijos e hijas en los controles de crecimiento y desarrollo (véase la tabla 9).

Tabla 9

LO QUE LAS MADRES PIENSAN QUE DEBE MEJORAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ATENDER A SUS HIJOS O HIJAS EN LOS CONTROLES

Qué debe mejorar la posta/centro de salud para atender a sus hijos/as en controles	Frecuencia	Porcentaje	N
Que la espera sea menor	49	71,01	69
Que les faciliten alimentos	3	4,35	69
Que les faciliten Chispitas, vitaminas, hierro u otros productos	5	7,25	69
Que expliquen en su idioma los problemas del niño/a y cómo superarlos	23	33,33	69
Que no resondren a las madres	30	43,48	69
Que les midan y pesen bien	3	4,35	69

Fuente: Elaboración propia.

Los comuneros de San Juan de Chito se atienden en el Centro de Salud de Vilcas Huamán, que es además la cabecera de la Micro Red Vilcas Huamán, por lo que cuenta con médicos, equipamiento y personal para realizar algunos procedimientos recuperativos y exámenes médicos, así como con una sala para la atención de partos. Las personas de Huallhua se atienden en el Puesto de Salud de Saurama, que tiene menor capacidad resolutive que el centro de salud, está principalmente habilitada para labores preventivas y cuenta solo con tres personas para la atención. En ambos casos, el personal de los establecimientos es insuficiente, por lo que una queja constante de mujeres y hombres es el tiempo que tienen que esperar para ser atendidos. Otra razón de descontento es que luego de largas esperas casi no los escuchan y no tienen las medicinas que requieren.

Pero la queja más constante, en las entrevistas, es el mal trato que recibe la población usuaria por parte de la mayoría de los especialistas de salud. Un ámbito en el que surgieron diversos ejemplos de maltrato es la atención del parto. Así, se relataron varias situaciones en las que, durante los dolores previos al alumbramiento, les gritaban y hacían reclamos³⁴. Otra de las quejas más frecuentes es que muchos de los proveedores no hablan quechua o se niegan a atender en ese idioma. Así por ejemplo, dos de las tres personas que atendían en el puesto de Saurama solo hablan castellano, y como se puede ver en la tabla 10, la gran mayoría de atenciones en ambos puestos de salud son en castellano pese a que las usuarias tienen como lengua materna el quechua.

Tabla 10

IDIOMA DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD

Idioma de atención	Frecuencia	Porcentaje
Castellano	40	57,97
Quechua	17	24,64
Quechua y castellano	12	17,39
Total	69	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Esta forma de discriminación es parte de los motivos por los que las mujeres se sienten maltratadas. Ellas mencionan que no las tratan bien porque no hablan castellano: “se ríen cuando hablan quechua”; “solo atienden a los que hablan castellano”. Así mismo, resaltan que esto se debe a que les dan menor valor por ser rurales o del campo: “porque se creen importantes”; “porque somos humildes”. Las usuarias quisieran que todo el personal esté preparado para trabajar en zonas donde predomine el quechua, que conozcan con claridad la realidad en la que ellas viven y que el personal de salud parece o pretende desconocer.

La exigencia de hablar en castellano se impone de una manera agresiva y poco respetuosa en los servicio de salud a los que acuden. Como vemos

34. Entre otras formas de maltrato, se refirió que les gritan y reclaman a las mujeres por mojar el piso con el líquido amniótico, o les hacen comentarios sobre por qué gritan ahora y cómo no gritaron cuando tenían la relación sexual que las hizo concebir a su bebé.

en la cita a continuación, ello alienta que los campesinos quechuas deseen un destino distinto para sus hijos, alejándose del idioma de sus ancestros y de la vida rural, pues el maltrato que experimentan cotidianamente se asocia a su identidad cultural y posición social como campesinos:

"A veces cuando vamos a la posta nos tratan mal, no quieren atendernos. Como vamos de lejos llegamos como las nueve o las diez y nos dicen 'por qué no has venido a las siete u ocho de la mañana, a esa hora deben de venir, o qué tienen que hacer ustedes'; 'yo no entiendo quechua, no hablo quechua no sé qué diablos hablaran, habla en otro lado'. Así nos tratan, por eso no quisiera que [mi hijo] sea campesino. A veces cuando van los ancianitos les dice 'no sé qué cosas hablaras tú, corre pregúntale a Marino, no entiendo lo que hablas, no sé qué hablarás, corre, pregúntale a él, yo no sé el quechua, háblame en castellano si quieres que te atienda', diciendo les dice. Por todo eso ya no quisiera que sean campesinos mis hijos". (Mujer, Huallhua, Ayacucho, 2014).

El maltrato en los servicios de salud no solo resulta humillante y desmotivador para acudir a estos, sino que también va en contra de las concepciones y experiencias de bienestar locales. La población usuaria considera que niños y niñas son especialmente vulnerables a las enfermedades que se contraen por contactos negativos con el medio social, por lo que el poco respeto que puedan mostrar hacia ellos puede también hacerles daño. Una de las entrevistadas nos relató que hacía un año y medio que no llevaba a su hijo a la posta de salud porque no quería que lo maltraten y ello le ocasiona susto:

"Esa señorita renegando atiende, le jalonea a los niños cuando no se deja pesar o tallar 'párate aquí' diciendo le gritan. Hay un calzoneta para pesar allí al fuerza le pone y lo cuelga arriba, y con eso los niños se asustan [la señora da un suspiro profundo, después de manifestar coléricamente lo que pasa en la posta]. Así es señorita". (Mujer, Huallhua, Ayacucho, 2014).

"Es que le han puesto a esa calzoneta y se asustó. Era la primera vez que le había puesto allí porque antes solo le ponía en una cunita, allí nada más le pesaba y ahora le puso en esa calzoneta y sus pies también estaban colgados y se asustó". (Mujer, Huallhua, Ayacucho, 2014).

Pese a la situación descrita, por lo general se acude a los servicios de salud estatales, para saber del estado de salud del niño o la madre, o porque es requisito para continuar en el programa JUNTOS, o porque hay males que no se pueden curar mediante la medicina indígena local. En el caso de

los niños y niñas, además, como se ha mencionado, el control CRED es una de las actividades que las mujeres refieren como importante porque a pesar de todo valoran la posibilidad de hacerle un seguimiento al desarrollo de sus hijos e hijas.

“Siempre le llevamos a la posta aunque nos traten mal, siempre llevamos para hacer controlar, allí sabemos si está bien o está mal. Si está bajo de peso o de talla le damos su alimento, haciendo un esfuerzo compramos lo que nos indica. Después nuevamente lo llevamos a la posta y allí sabemos si está bien o está mal”. (Mujer, Hualhúa, Ayacucho, 2014)

El rechazo y desconfianza a las Chispitas

Una referencia especial merece el rechazo o desconfianza a las Chispitas o suplementos alimenticios que forman parte de las políticas públicas para enfrentar la desnutrición infantil y la anemia, junto con las capacitaciones de las madres y la vigilancia del estado de salud de los niños y niñas. Todas las madres encuestadas conocen las Chispitas y la asocian sobre todo a enfrentar la anemia; 90% de ellas las han recibido en los últimos doce meses y dijeron dársela a sus niños en preparaciones sólidas o semisólidas, que son las recomendadas. Sin embargo, solo la cuarta parte de las familias observadas tenía Chispitas en su hogar y en ningún caso se observó su consumo. Del Pino y colegas atribuyen el bajo consumo de Chispitas a una desconfianza histórica hacia las instituciones del Estado. Ellos encontraron que los padres recogían los sobres de Chispitas por obligación, para no perder el bono de JUNTOS, pero que pensaban que los micronutrientes tenían como intención hacerle daño a sus hijos o hijas para “que los peruanos seamos opas (tontos, sumisos)”, es decir, para mantener a la población campesina en una situación de desventaja y sumisión (Del Pino et ál. 2012:159).

Si bien en nuestras entrevistas y observaciones, las familias no nos mencionaron directamente este tipo de temor, encontramos que las madres muestran desconfianza ante la posibilidad de darles estos suplementos a sus niños, por no ser un alimento *natural*. Se teme que los compuestos químicos o medicamentos suministrados a temprana edad dañen a los niños y niñas en sus capacidades intelectuales, afectando sus habilidades y capacidades cognitivas, muy importantes para las madres como indicadores de buena salud de sus hijos e hijas y de preocupación por su futuro educativo.

La señora no le da las *Chispitas* porque no le parece importante, además sus vecinas le dijeron que es dañino para el cerebro de la bebé. En su casa tiene cuatro cajitas llenas de *Chispitas* guardadas sin consumir. (Nota de observación, Huallhua, Ayacucho, 2014).

Las madres que mencionan no darle el suplemento a sus niños o niñas, aducen que no les gustan, pues le cambia el sabor y color a sus comidas, sobre todo cuando estas se enfrían, lo que hace que sus hijos e hijas las rechacen y les quita el apetito. Otras mencionan que las *Chispitas* les generaron vómitos y diarrea a sus niños y niñas, además de su temor al daño cognitivo.

Las mujeres manifiestan que tratan de darles estos suplementos a sus niños y niñas, pero por exigencia de los servicios de salud, en donde las presionan para ello, exigiéndoles que lleven los sobres vacíos y gritándoles si no lo hacen. Este tipo de trato también se convierte en una limitante para el consumo, pues hay encuestadas que mencionan que no recogen los suplementos porque son maltratadas por el personal que se los entrega. Además, se indicó que el servicio de salud no siempre está provisionado.

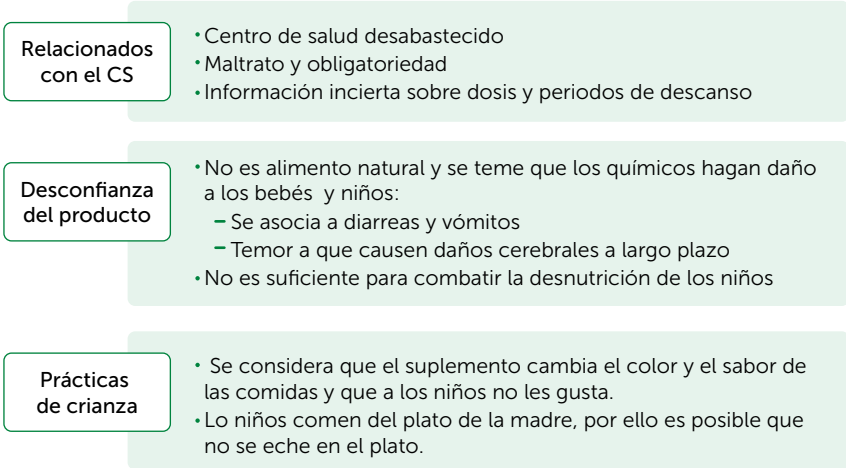
También es notoria una ambigüedad sobre las dosis en que se administra a los niños, pues las madres mencionan dar estos suplementos siempre y diariamente a sus niños, cuando en el momento del estudio se indicaba en los establecimientos de salud que debían ser dados de manera interdiaria durante seis meses, y luego descansar cuatro meses³⁵. Por otro lado, las madres advierten que el consumo de estos micronutrientes no es suficiente para que sus niños estén bien, o reaccionan restándole importancia a sus resultados.

El gráfico 8 resume los motivos por los que las madres han preferido no darle *Chispitas* a sus niñas o niños.

35. Luego de culminado nuestro trabajo de campo se cambiaron las indicaciones: se estipuló que las *Chispitas* se deben dar diariamente, debido a que las cifras de anemia empeoraron. Es posible que el personal del centro de salud haya dado estas indicaciones de ingesta diaria al margen de las directivas del MINSA.

Gráfico 8

MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES MENCIONAN QUE SUS HIJOS O HIJAS NO CONSUMEN LAS CHISPITAS



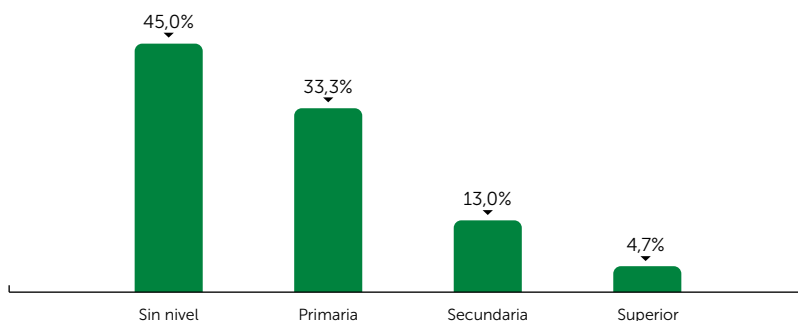
Fuente: Elaboración propia.

74 2.4 El acceso de las mujeres a la educación y la reproducción de las jerarquías sociales en las capacitaciones

En diversos estudios se ha encontrado que el nivel educativo de las madres incide en el estado nutricional de sus hijos e hijas. En la revisión realizada por Alcázar y colegas (2011) se indica que esto sucede porque son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos e hijas, tienen mayores ingresos para el hogar (Schultz 1984), tienen un mejor acceso a medios de información (Thomas et ál. 1990), expone a las madres a la sociedad y medicina moderna (Glewwe 1999), entre otros motivos. Los resultados nacionales de la ENDES corroboran estas tendencias, en el 2013 un 45% de las madres sin nivel educativo tenía hijos o hijas diagnosticados con desnutrición mientras que esta cifra va disminuyendo conforme se incrementa el nivel educativo (véase gráfico 9).

Gráfico 9

DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE



Fuente: ENDES 2013.

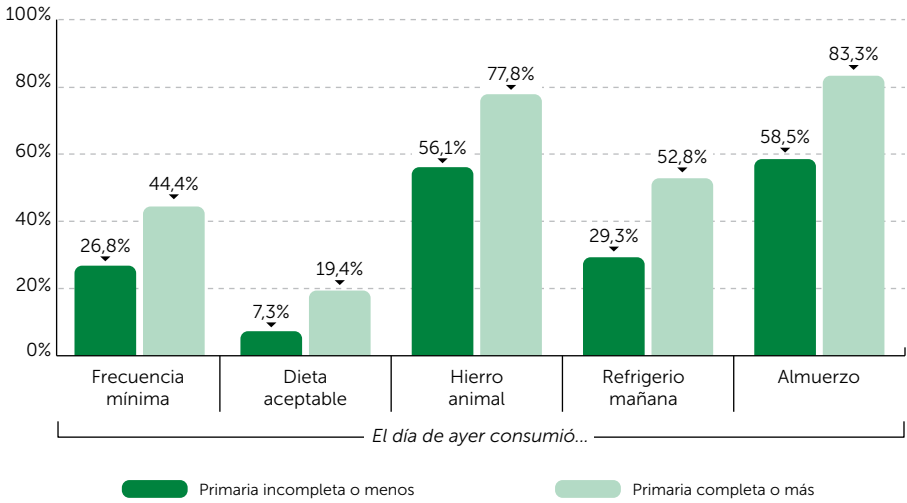
En el estudio que realizamos, la variable educación de la madre también se mostró relevante para muchos de los indicadores de prácticas de alimentación del niño. Estos tuvieron cumplimientos más altos en las madres con educación primaria o mayor nivel educativo, en comparación con sus pares con menor educación o ninguna.

Los hijos e hijas de madres con mayor nivel educativo cumplieron mejor con obtener una dieta de alimentos consistentes y en una frecuencia adecuada, una mayor cantidad de ellos consumió alimentos con hierro de origen animal, y tuvieron más posibilidades de consumir alimentos a la hora del almuerzo y refrigerios adicionales en la mañana y en la tarde (véase el gráfico 10).

El idioma también es relevante: todas las mujeres encuestadas tienen como idioma materno el quechua, y el 43% dijo no hablar el castellano. Las posibilidades de que algunos indicadores de alimentación en sus niños sean mejores se dan cuando hablan español y quechua. El cumplimiento con la dieta recomendada en términos de diversidad y frecuencia de comidas, consumo de hierro animal e inicio temprano de lactancia materna, fueron mejores en el caso de las madres bilingües (véase el gráfico 11).

Gráfico 10

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE

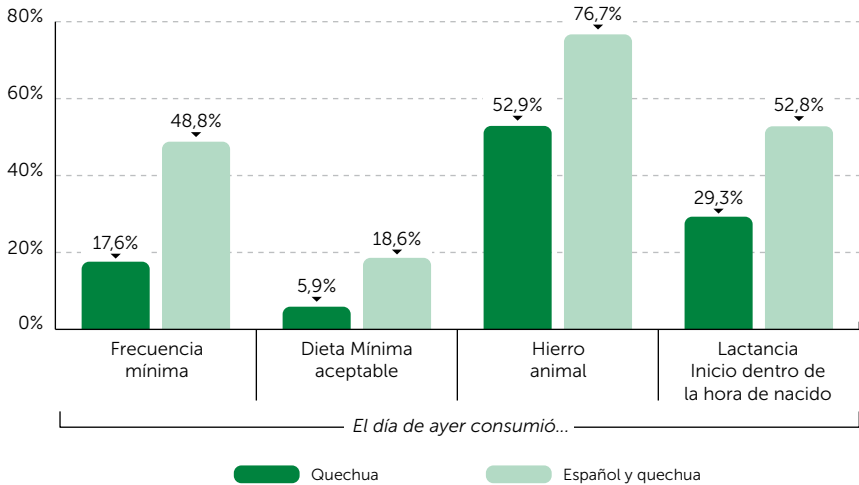


Fuente: Elaboración propia.

76

Gráfico 11

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA SEGÚN IDIOMA DE LA MADRE



Fuente: Elaboración propia.

El presente estudio sugiere que la educación de las mujeres rurales contribuye a una mejor nutrición de sus hijos e hijas porque la escolarización incrementa sus posibilidades de acceder a recursos relevantes (información, redes sociales, productos, etc.) mediante instituciones estatales, el mercado y otras. En la escuela, las mujeres tienen contacto y aprenden el castellano, y en general acceden a las herramientas de la cultura hegemónica que favorecen, por ejemplo, a conseguir más posibilidades de éxito al tener contacto con programas estatales, que distan de tener un carácter intercultural. En el caso de las comunidades estudiadas, un número significativo de madres (15%) no ha tenido instrucción educativa oficial, y la gran mayoría ha alcanzado solamente culminar la primaria (75,35%), solo un 5% logró terminar su secundaria y hubo madres que mencionaron que una barrera importante para poder participar de manera más activa en las capacitaciones es su analfabetismo.

Estudios como el de Alcázar y colegas (2011) han encontrado que el conocimiento nutricional de las madres influye positivamente en el crecimiento de sus hijos e hijas, encontrando evidencia incluso de que llega a suplir la educación formal como determinante del desarrollo infantil. Sin embargo, debe notarse que también se encontró que el hecho de que las madres trabajen tiene un efecto positivo en el crecimiento de sus hijos e hijas, lo que puede ser más fácilmente logrado si la madre habla castellano y ha accedido a un mayor nivel de educación formal. Es importante, entonces, continuar con capacitaciones orientadas a que las madres manejen conocimientos especializados sobre nutrición, que pueden ayudar en el corto plazo.

Pero se tiene que tener en cuenta que, en el caso de comunidades campesinas pobres como las que participaron de nuestro estudio, el acceso a este tipo de información no es suficiente para que los niños no caigan en desnutrición o puedan salir de ella³⁶. Además, las capacitaciones a las madres, tal como se vienen dando, tienen limitaciones marcadas por las relaciones sociales de desigualdad que se entabla con las mujeres quechuas y su cultura, las que tienen como consecuencia que las madres que solo hablan quechua tengan menos oportunidad de aprovecharlas.

36. La autora explica que el estudio que realizaron se hizo en una zona rural, pero "no tan pobre ni remota", cualidades que suelen convergir en comunidades andinas quechuas.

Nuevos aprendizajes con antiguas formas

Todos los conocimientos y pautas sobre una alimentación adecuada para disminuir la desnutrición infantil son inculcados a las madres principalmente por medio de capacitaciones. Ellas valoran estos espacios, pues en ellos aprenden a cocinar nuevos platillos (*sesiones demostrativas*) y reciben información que les parece útil para la salud y el bienestar de sus niños. Asisten a las jornadas de capacitación generalmente por voluntad propia, pero en otros casos porque son convocadas como parte del Programa JUNTOS y no se arriesgan a perder el bono que este les otorga, aunque realmente no exista un vínculo entre estas jornadas y el programa JUNTOS³⁷.

En general, se observó que la información se suele otorgar de manera unidireccional, desde los capacitadores hacia las madres en una relación jerárquica, no se esperan sus opiniones o el intercambio de conocimientos. Varias madres mencionaron sentirse evaluadas, pues no estaban acostumbradas a ser cuestionadas en público, y temían que pudieran criticarlas por no hablar fluidamente en español o no dar las “respuestas correctas”. Lo dicho por las madres se puede corroborar en las quejas de los capacitadores, a quienes escuchamos decir varias veces que las madres no realizan las prácticas que ellos imparten porque “les entra por una oreja y les sale por la otra”, sin atender a las motivaciones o racionalidades pueden estar jugando en la decisión de no aplicarlas.

“Yo estoy mal, cuando hablan de alguna cosa, al rato ya me olvido. Me preguntan y no puedo responder y me da miedo, cuando estoy así mis huesos empiezan a temblar. Para vergüenza te ven las vecinas. Cuando no contestas se ríen de ti. ¡Ah, ella ni siquiera sabe hablar bien! Diciendo. Esas cosas me dan vergüenza y por esas cosas no voy”. (Mujer, Chito, Ayacucho, 2013).

También se observó que las madres reciben indicaciones a través de un discurso amedrentador que las culpa, así por ejemplo se les dice que sus hijos o hijas no serán profesionales debido a que fallan en su responsabilidad de no alimentarlos bien de pequeños. También se incentiva la

37. El estudio de Correa y Roopnaraine (2014) muestra que las usuarias de JUNTOS se ven obligadas a asistir a servicios de salud donde encuentran barreras socioculturales (de idioma, discriminación) e incluso enfrentan la coacción para uso de métodos anti-conceptivos. Esta relación jerárquica afectaría la sostenibilidad de las acciones básicas de salud al entablarse relaciones frágiles, aunadas a situaciones de poder o de paternalismo que podrían ejercer gestores del programa, personal de establecimientos de salud u otros agentes del Estado.

competencia, que puede generar orgullo en aquellas que tienen buenos resultados en las mediciones de sus niños, pero aquellas que sus niños no han tenido un resultado favorable se ven expuestas ante las demás madres, creando situaciones de incomodidad.

Estos discursos que buscan que las madres actúen bajo el temor y la competencia, llegan también a referirse a su propia identidad. Usan frases como "¿acaso ustedes quieren que sus hijos sean como ustedes?", que pueden ser "efectivas" en la medida de que encajan con las jerarquías culturales, pero alimentan esas mismas jerarquías y reproducen desigualdades, con la degradación de la identidad de los padres, sus conocimientos y las prácticas para cuidar de sus niños:

El enfermero se dirige a todas las madres: "Ustedes saben que la papa grande está bien y las chiquitas están mal" dijo el enfermero. Entonces volvió a preguntar: "¿ustedes que hacen con las papas chiquitas?" y las mamás volvieron a responder en coro: "hacemos papa seca", y el enfermero dijo: "en otros lugares le dan al chancho, entonces, ¿qué va pasar con los niños chiquitos?, ¿le vamos a dar al chancho?" Y todas las mamás se rieron. [...] La enfermera agregó: "Con la desnutrición estamos matando su inteligencia, no van a poder en la escuela, en la universidad igual van a sufrir en ingresar uno o dos años, ¿o acaso quieren que sea como ustedes, alguien quiere que su hijo o hija sea como ustedes?", recalzó la pregunta y las mamás respondieron todas en coro y en voz alta "¡noo!" "Me gustaría hablar más pero ustedes están en otras cosas, distraídas con sus bebés, están hablando entre ustedes y no me están escuchando lo que digo". Allí nada más la trabajadora de la ONG agregó y dijo: "ellas ya saben lo que tienen que darles para que está bien en sus pesos y tallas sino que les entra por aquí y les sale por allá", indicando las dos orejas. Las mamás se rieron. (Observación a personal de salud, Huallhua, Ayacucho, 2014)

Aquellas madres que tienen buenos resultados son denominadas madres *líderes* o *modelo*, se espera que esta denominación las convierta en ejemplo para las madres con hijos o hijas desnutridos, y ellas den consejos a las otras madres basándose en sus propias prácticas de cuidado a sus hijos. Sin embargo, aunque las madres *líderes* o *modelo* pueden estar orgullosas de sus resultados familiares, también mencionaron que no se sentían cómodas de intervenir en la vida de sus vecinas.

Como resultado, se observan situaciones en las que se da una culpabilización de la madre respecto a la desnutrición de sus niños, que no toma en

cuenta los limitantes estructurales que están fuera de su alcance. Un ejemplo es el caso de una joven madre que sacó un préstamo para comprar una vaca a 950 soles (alrededor de 350 dólares), para proveer de leche a su niño porque estaba *"a punto de llegar a la línea roja"* que lo calificaría como desnutrido, a pesar incluso de tener dificultades físicas para ordeñarla.

Por otro lado, en cuanto a la promoción de "familias saludables", se pueden observar recomendaciones que están orientadas a cambiar los hábitos de la vida campesina, las que tienen una razón de ser ante el ambiente y el tipo de trabajo de la vida en el campo. Estando en la casa de una señora cuya cocina era limpia y ordenada, se le dijo que no podría ser una madre modelo, por no tener alacenas como las indicadas durante las capacitaciones, sus paredes no estaban enyesadas y sus cuyes estaban en el piso. La señora se mostró contrariada, pues era notorio su esmero por mantener el orden y limpieza de su hogar. Nos explicó luego que los cuyes necesitaban del calor de la hoguera para sobrevivir, y que se alimentaban de los restos de comida (cáscaras de verduras) que caían en el suelo al cocinar, todo ello hacía más sencillo su cuidado.

80

Esta forma de promover la salud podría contribuir a que haya menos posibilidades de enfermedades, pero también expresan la prescripción de modos de vida campesinos andinos rurales, para virar a aquellos que son más asociados con la vida urbana. Los entrevistados mencionaron repetidas veces la expresión de que les han enseñado a "vivir en orden". Incluso, un campesino ve esto como una obra "civilizatoria".

"Ellos nos dan civilización, capacitaciones, entonces a través ahora estamos captando, entonces ya la familia estamos mejorando, chacras, nuestras familias." (Hombre, 33 años, Chito, Ayacucho, 2014)

Por otro lado, los cambios en los hábitos de vida familiar no necesariamente cambiarían la situación de vulnerabilidad de los niños y niñas, pues determinantes más estructurales, como acceso a agua y saneamiento, inciden claramente en el bienestar de los mismos.

Gráfico 12

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL



Fuente: Elaboración propia.

2.5 Sobrecarga de trabajo de las mujeres

Como se ha mencionado anteriormente, la madre es el punto de atención de las políticas para combatir la desnutrición. Si bien CHIRAPAQ promueve la participación de hombres y mujeres en todas sus actividades, lo que observamos en la práctica es que la mayoría de las responsabilidades recaen en las madres. Esto se agrava con la migración estacional de los varones en busca de trabajo asalariado, cuando las madres tienen que ocuparse también de las actividades productivas que realizaban sus parejas.³⁸

Es a ella a quien se le insiste para estar presente en las capacitaciones (aunque estén convocadas a nivel familiar), es a ella a quién se reclama en el control del peso y talla de los niños, es quien tiene que estar atenta al

38. En un estudio sobre los resultados de un proyecto sobre soberanía alimentaria en Potosí, Bolivia, también se encontró que una de las dificultades de su implementación era la sobre carga de tareas de las mujeres. Una de las conclusiones del mismo es que en épocas de escasez de tiempo (cosecha, siembra) se tienden a descuidar las actividades de alimentación complementaria, es decir, no se trata de un problema de falta de alimentos solamente, sino también al poco tiempo que tienen los adultos para poder atender esa necesidad (Omonte et ál. 2014).

contenido, modo de preparación y horarios en los que tienen que ser alimentados. Además, ellas deben encargarse de la crianza de los animales menores y del cultivo de los biohuertos, a lo que se suman sus tareas ya tradicionales: orden y limpieza del hogar, la preparación de los alimentos para toda la familia, las tareas en la chacra y el pastoreo de los animales.

"Hace poco hemos hecho sesiones demostrativas. ¿Qué cosas han hecho? De todo hemos aprendido, lindo era trigo de chaufa. ¿Y qué tal entonces ahora pueden cocinar eso? Sí, pero es para tiempo, se requiere tiempo, Edita. Y también se requiere leña. ¿Qué cosa han hecho? Trigo, mazamorra de mashua, tortilla de mashua. Más fácil es comer mashua sancochado [risas]. Quinoa también es más fácil cocinar en sopa o en teqte, ahora tienes que mandar a moler para la tortilla. Los que no tenemos tiempo no podemos cocinar esas cosas. A veces estas apurado y no se puede. A veces solo cocinamos papa sancochado y basta, pero por todo eso, los niños deben estar desnutridos" (Madre líder, Huallhua, Ayacucho, 2014).

82 Por otro lado, la atención preferente en la lucha contra la desnutrición ha determinado que se organicen actividades sistemáticas en las que las madres tienen que poner a sus hijos e hijas bajo la observación de los servicios de salud y programas del Estado (CRED, y vigilancias comunitarias promovidas por el sector salud; Programa JUNTOS). A ello se unen las intervenciones de las ONG sobre el mismo tema (ACH y CHIRAPAQ), que si bien proponen estrategias innovadoras desde otra filosofía e incluso plantean soluciones integrales de mediano plazo al problema³⁹, no dejan de incorporar los mensajes y el estilo de las capacitaciones de las políticas oficiales. Estas últimas ocupan tiempo valioso de las madres que sobrecargan su trabajo en lo inmediato.

Si bien es cierto que el control del desarrollo infantil tiene sus frutos, el modo en el que el sector salud lo está llevando convierte el pesar y tallar a los niños en una tarea en la que las madres son puestas a prueba para verificar si están actuando "adecuadamente" con sus hijos e hijas. Parece claro que se trata de incidir en la variable "falta de cuidado para la madre y el niño" con capacitaciones, sesiones demostrativas y vigilancias, pero no se

39. Al abordar el tema con Tarcila Rivera, directora de CHIRAPAQ, nos mencionó que evitan una política clientelista con la población y el equipo de CHIRAPAQ consulta siempre a las familias para adaptarse al tiempo que les queda disponible y así continuar con la relación de trabajo que han tenido hasta el momento.

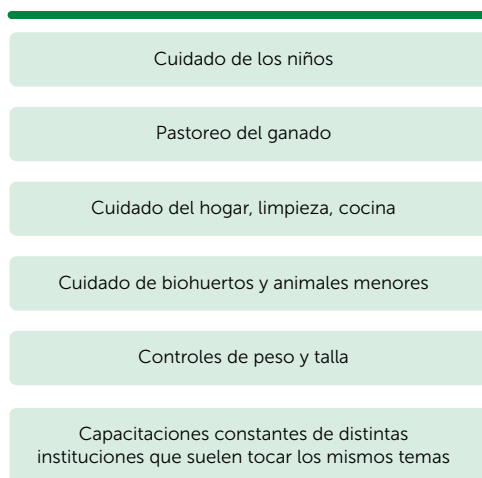
tiene en cuenta que lograrlo trasciende el problema de falta de información como se ha mostrado en este capítulo y el anterior.

En este contexto, se hace necesario replantear las relaciones de género, además de actuar sobre las limitantes que las familias tienen en general para enfrentar la desnutrición, las que se relacionan con un acceso más equitativo a servicios, al mercado y a un trato digno por parte del Estado

Este capítulo evidencia la urgencia de implementar estrategias que aborden paralelamente los diversos condicionantes de la DCI. Entre estos es indispensable considerar no solo los que dependen de las madres y de su asistencia puntual a los servicios de salud para cumplir con los controles de sus niños y niñas, sino también los que están estrechamente ligados a la pobreza rural y a la reproducción de las jerarquías y discriminación cultural en los servicios estatales de salud, inequidades que limitan seriamente la salud intercultural y la ciudadanía en este ámbito. En el siguiente capítulo analizaremos la propuesta de Chirapaq para enfrentar la DCI, la que justamente busca atender varias de sus condicionantes estructurales.

Gráfico 13

SOBRECARGA DEL TRABAJO DE LA MADRE



Fuente: Elaboración propia.



Alcances y retos de las estrategias del Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ

Como hemos descrito en la Introducción, el actual proyecto de CHIRAPAQ tiene como estrategias más resaltantes para tener mayor disponibilidad de alimentos la reactivación productiva, la recuperación de la biodiversidad y de los conocimientos indígenas. Estas tienen como fin hacer a las familias menos vulnerables a los cambios climáticos, y que puedan tener cultivos variados para el panllevar. Para lograr esas metas realizan capacitaciones en donde instan a las familias a tener una dieta diversa y nutritiva.

Este proyecto tiene en cuenta que los cultivos típicos no pueden ser la única fuente para la alimentación, y apoya a las familias con la entrega de animales menores y semillas para biohuertos. Con estas actividades se promueve que las familias tengan la posibilidad de producir y consumir alimentos de manera soberana. Se aprecia también la necesidad de ingresos monetarios, por lo que Chirapaq tenía en sus planes promover la inserción al mercado para la comercialización de excedentes.

3.1 Rescate de conocimientos y biodiversidad

El conflicto armado interno significó una ruptura importante en la transmisión de conocimientos entre dos generaciones. Además, la promoción de

monocultivos por instituciones del Estado ha mermado la diversidad de los cultivos andinos, y el uso de agroquímicos ha empobrecido la tierra y dejó a un lado el uso de cuidados tradicionales de las cosechas.

CHIRAPAQ ha llevado a Vilcas Huamán, desde otros lugares de Ayacucho o de fuera de la provincia, semillas que ya no se conseguían en la zona. Ha promovido la agricultura sostenible, que consiste en la rotación y el cultivo de diversos productos en una misma chacra, lo que trae más posibilidades de que parte de esta resista a los cambios inesperados del clima, y previene la aparición de plagas y enfermedades que alteran el equilibrio ecológico de la zona. Ha fomentado el uso de abonos naturales mejorados para enriquecer la tierra luego del uso de fertilizantes químicos, y ha promovido la rotación anual de cultivos para dejar que la tierra descanse. También promueve la revaloración y transmisión de los conocimientos que predicen los fenómenos climáticos, que son cada vez más inestables e intensos⁴⁰. Si bien estos conocimientos se mantenían, no todos los campesinos los practicaban, ellos nos mencionan que CHIRAPAQ ha contribuido a que vuelvan a ser valorados y ejercidos.

“O sea cuando sabían que iba a llegar la granizada, en las iglesias, cuando hacen misa hay agua bendita y eso se juntaban ellos [los abuelos]. Cuando estaba a punto de hacer granizada ellos desparramaban eso y la granizada se iba, aparte de eso hacían reventar cuetes. Dicen que desde antes hacían cuetes y eso hacía reventar. También hacían aullar al perro agarrando su oreja. Dicen que el espejo también es bueno, cuando está a punto de hacer la granizada hacen señas en forma de cruz con el espejo con dirección al lugar donde va caer la granizada y se regresa, eso era su secreto. Eso practicaban nuestros abuelos y ahora nosotros estamos rescatando eso. Si funciona porque ahora cuando quiere hacer granizada hacemos sonar las campanas, hacemos aullar a los perros y se regresa. También tenemos otra costumbre, en la Semana Santa hacemos bendecir nuestra cruz, tenemos una cruz y lo llevamos a la punta del cerro. [...] Bueno nuestros abuelos nos decían, si la cruz esta bendecido, ninguna maldad va llegar al pueblo diciendo. Ni la granizada ni la helada. [...]”. (Hombre, Huallhua, Ayacucho, 2014).

40. Este manejo de la inestabilidad ha sido llamado por John Earls “Paralelismo masivo”, y consiste en acciones paralelas para enfrentar posibles contingencias, como el uso de diferentes pisos ecológicos, el análisis de las constelaciones y de indicadores meteorológicos, y la lectura de la presencia de animales y plantas como predictivas para las cosechas (Citado por Del Pino, et ál. 2012:205)

Con el apoyo de CHIRAPAQ, los campesinos estarían haciendo contrapeso a la promoción de uso de agroquímicos y a la sobre explotación de los terrenos para fomentar el monocultivo de los productos más comerciales, como la papa y la quinua. Sin embargo, la opción de los monocultivos sigue siendo atractiva, pues da más acceso a ingresos monetarios.

3.2 Promoviendo el consumo de alimentos nativos

La promoción de la diversidad de los productos andinos para el consumo de alimentos nativos o locales está teniendo relativo éxito. Los cereales fueron consumidos por el 91% de los niños y niñas el día previo al estudio, entre ellos, el 83,1% fueron nativos. Al parecer este buen resultado se debe al auge del cultivo de la quinua, consumida de manera inter-diaria por el 54% de las familias. Un porcentaje alto declaró no consumir kiwicha (76,8%), y muchas veces estos cereales se consumieron en preparaciones bebibles (76%). En cuanto a las menestras, estas fueron consumidas el día previo por el 37,7% de las familias, y generalmente en variedades nativas (el 31% de las familias), sobre todo habas. Ningún niño o niña consumió tarwi ni frejol canchero⁴¹, y solo uno consumió alverjas secas. Se tienen resultados similares con el consumo de tubérculos nativos, de un 84,4% que los consumió el día previo al estudio, solo un 35% eran locales.

87

En cuanto al consumo de frutas y verduras nativas, si bien el 42,9% de los niños y niñas consumió frutas el día previo, las variedades nativas solo se registraron en dos casos, las demás fueron adquiridas en el mercado. En cuanto a las verduras, un 87% las consumió, pero solo un 44% fueron nativas o locales, predominando entre estas la zanahoria. El resto de verduras fueron adquiridas en el mercado, y en las observaciones se apreció que fueron consumidas en cantidades mínimas por porción.

Las familias estarían orientando el consumo de sus alimentos en el intento de cumplir las recomendaciones institucionales para una buena nutrición. Paralelamente, valoran las cualidades de los alimentos nativos, pero puede ser que sea más difícil cultivarlos que adquirir productos de

41. El equipo de CHIRAPAQ nos mencionó que ellos han observado que este alimento se consume comúnmente en los hogares campesinos. Una posible explicación a esta discrepancia puede ser que aunque se prepara para la familia, no se le da a los niños, pues en nuestras indagaciones sobre alimentos poco apropiados para ellos, las madres mencionaron a las menestras como un alimento pesado para la digestión infantil.

bajo precio en el mercado, como las harinas y cereales refinados, azúcar blanca, entre otros, que tienen un menor valor nutricional.

3.3 Complementando la dieta con hierro de origen animal: promoción de la crianza de animales menores

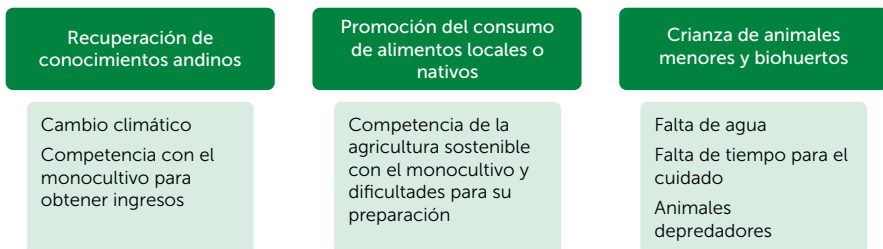
En cuanto a la crianza de animales menores, los resultados en esta actividad se ve desfavorecida por la falta de agua en la zona, los depredadores (perros, chanchos, gavilanes) y la dificultad de las familias para hacerse cargo de nuevas tareas, sobre todo en las madres en quienes generalmente recaen las responsabilidades del cuidado de animales menores y biohuertos. Además mencionaron que los animales son frágiles ante enfermedades y el clima frío, lo que cuestiona la recomendación de criar los cuyes fuera de la cocina. También mencionaron que no cuentan con espacio para construir un galpón y que es difícil conseguir pasto suficiente para alimentarlos.

“Solo tenemos (agua) aquí abajo, pero cuando sembramos más arriba, por el cerro, el *luichu* (venado) se lo come. Solo utilizamos para pasto, para que coma nuestras vaquitas. [...] Cuando regamos con manguera nos multa, 50 soles cada chacra dicen. ¿De dónde pobre gente vamos a sacar esos 50 soles?”. (Mujer, Chito, Ayacucho, 2013)

Otro problema mencionado es la falta de confianza en los promotores que hacen las reparticiones de semillas y animales, que puede deberse a problemas de comunicación con toda la población.

Gráfico 14

RETOS DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DE CHIRAPAQ PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICIÓN



Fuente: Elaboración propia.

3.4 El reto de trascender el marco oficial en las capacitaciones de salud

En general, entre las instituciones que quieren alcanzar logros en contra de la DCI, las estrategias de vigilancia, control de peso y talla y recomendaciones sobre higiene se han convertido en parte de una suerte de sentido común. Este sentido común no siempre llega a dialogar con las concepciones locales de bienestar del niño y se cultiva desde la formación superior de los profesionales que trabajan en las comunidades, que se sustenta en la ciencia biomédica. Si bien CHIRAPAQ valora los conocimientos y alimentos locales, y sus capacitaciones y recomendaciones en salud se han guiado por esos conocimientos, también se han guiado por los protocolos de las instituciones oficiales de salud del Estado. Desde la filosofía de CHIRAPAQ, estos sentidos comunes, que implican una jerarquía cultural, pueden ser aún más cuestionados. A un nivel más amplio, es necesario plantear proyectos educativos diferentes, que tomen en cuenta el sistema alimentario y de cuidado infantil local y se sostengan en investigaciones actualizadas sobre estos aspectos.



Conclusiones y recomendaciones

Las estrategias que aplica CHIRAPAQ, para lograr seguridad y soberanía alimentaria y sus potenciales impactos en la desnutrición crónica infantil, son una apuesta a mediano y largo plazo. En ellas se incorporan componentes en los que el Estado no está actuando en la zona y que una ONG difícilmente lograría cambiar, al menos en el corto plazo, como la producción para la soberanía alimentaria y actividades orientadas a la comercialización. En términos de la lucha contra la desnutrición crónica infantil, sus resultados serán más apreciables en los niños y niñas de próximas generaciones debido al carácter estructural de esta condición de salud asociada a la pobreza y las desigualdades sociales. Por otro lado, su apuesta por la revalorización cultural contraviene las tendencias que no valoran suficientemente los conocimientos y recursos andinos. Estas tendencias impregnan los discursos y prácticas en contra de la DCI que se imparten desde los establecimientos de salud, en donde la inserción de la interculturalidad se muestra lenta y conflictiva, pues se enfrenta con el poder hegemónico de la biomedicina.

Por esta razón, y en concordancia con el enfoque y objetivos de nuestro estudio, que aborda la desnutrición como un problema estructural con múltiples determinantes sociales y actores, distinguiremos en nuestras conclusiones y recomendaciones aquellas que se refieren al contexto mayor en que trabaja CHIRAPAQ en Vilcas Huamán, y luego nos referiremos de modo más específico a las estrategias del programa de CHIRAPAQ en la zona.

Además creemos que es indispensable enfocar de manera complementaria y sinérgica la labor y aportes de diversos actores e instituciones para enfrentar la desnutrición, no solo por la necesidad de un enfoque intersectorial reconocido por las instituciones estatales, sino por la oportunidad de complementar o enriquecerse con nuevos enfoques más pertinentes para las zonas rurales andinas. Es importante que CHIRAPAQ⁴² logre tender nuevos puentes y mantenerlos, para que instituciones estatales o de la sociedad civil tomen en cuenta la perspectiva integral de su propuesta y, con ello, logren el apoyo para que puedan solventar estudios y propuestas como la necesidad de inversión en el análisis del mercado, la construcción de galpones o la implementación de biohuertos colectivos, entre otras que detallaremos más adelante. Este requerimiento es urgente para el caso de mejoras en saneamiento de las comunidades en las que el proyecto interviene, pues se precisa de una inversión mayor de tiempo, dinero y conocimientos técnicos para lograrlas. Por otro lado, CHIRAPAQ puede aportar a las estrategias nacionales con propuestas para revalorar filosofías, conocimientos y tecnologías de las familias campesinas andinas, favoreciendo un mayor reconocimiento cultural y relaciones más igualitarias, y su correlato en el reconocimiento de ciudadanía.

92

A. Las limitaciones de los esfuerzos familiares para combatir la desnutrición en un contexto de pobreza rural

1. Alimentación balanceada en un contexto de pobreza

A pesar de que las madres conocen e intentan poner en práctica lo aprendido en los servicios de salud estatales (CPN y CRED) o capacitaciones de las ONG (como CHIRAPAQ o ACH) respecto a una alimentación balanceada, en la cantidad y frecuencia adecuada para que sus hijos e hijas remonten la desnutrición y la anemia, esto no logra ser regular ni sostenible. La elección de los alimentos está relacionada con los nuevos aprendizajes, pero

42. Durante el largo periodo de trabajo de CHIRAPAQ en Vilcas Huamán ha tenido relaciones de colaboración mutua con instituciones estatales como el Centro de Salud de Vilcas Huamán, la municipalidad, Gobierno Regional, Agro Rural (cuando tenía el nombre de PRONAMACH) y otras. Sin embargo la continuidad de los vínculos establecidos ha dependido de los cambios de autoridades o funcionarios.

también con los recursos disponibles y la menor inversión de tiempo e ingresos monetarios en un contexto, donde ambos son escasos.

En esta economía de escasez de recursos monetarios⁴³ compiten la necesidad de una buena alimentación y nutrición con la inversión de dinero para bienes y servicios, especialmente en educación, la que consideran de suma importancia para que sus hijos e hijas puedan salir de la pobreza y la marginación en la que actualmente viven sus familias. En este aspecto, si bien hay conciencia de la importancia de la proteína animal y hierro en la alimentación de los niños y niñas, su consumo se ve afectado por su alto valor en el mercado, la poca cantidad de ganado (que por lo general no se destina al consumo), y a problemas para la crianza de animales menores (ver conclusión sobre este punto).

Recomendaciones

Para el Ministerio de Agricultura, MIDIS, FONCODES y Gobierno regional

- La agricultura familiar es la principal fuente de alimentación en las comunidades estudiadas, como lo es en el resto del país (Eguren y Pintado 2015), por lo que es indispensable incluirla de manera concreta en las políticas para combatir la desnutrición. Se requiere apoyar la agricultura familiar sostenible, con una producción orientada en primer lugar a proveer de alimentación variada y nutritiva a las familias. La propuesta de CHIRAPAQ aporta en esta dirección, visibilizando el valor de los conocimientos agrícolas indígenas y recuperando la identidad cultural y diversidad de los cultivos de las zonas estudiadas, además de respetar su cultura e identidad.
- Sin embargo, las estrategias para mejorar la seguridad alimentaria requieren trabajar paralela y eficazmente en el corto y mediano plazo. La estrategia de trabajo de CHIRAPAQ tendría mayores resultados en el mediano plazo. En el corto plazo, se requiere garantizar la seguridad alimentaria de familias con alta precariedad económica que se ven forzadas a elegir respecto a cómo cubrir diferentes necesidades básicas. Esto implica implementar estrategias que les permitan contar

43. Este aspecto ha sido abordado en detalle en el estudio de Anderson y colegas (1999) sobre mortalidad materna, al analizar la lógica para tomar decisiones sobre el uso del dinero en temas de salud.

con los alimentos de los que no dispone la familia o con mayores ingresos para ser invertidos en estos.

- Mientras no se implementen políticas efectivas de seguridad alimentaria e inserción al mercado en condiciones justas, habría que reevaluar los programas alimentarios y asegurar que no repitan los errores de los programas anteriores⁴⁴. Estos deben estar orientados a los niños y niñas menores de tres años, con productos destinados únicamente a niños y niñas (papillas o complementos nutricionales), que aprovechen la producción local y que ayuden a la diversidad alimentaria mínima. La preparación puede ser gestionada y vigilada por la comunidad, de este modo, las madres no tendrían que invertir tiempo y recursos escasos para asegurar la nutrición de sus hijos e hijas.

2. Sin comercio justo se dificulta la seguridad alimentaria

El tipo de relación con el mercado de las familias campesinas está favoreciendo el monocultivo (como sucede con la quinua actualmente), lo que mejoraría sus ingresos monetarios pero no lo suficiente como para que logren comprar el resto de los alimentos que necesitan. Las familias entrevistadas mencionan la presencia de intermediarios que distorsionan la posibilidad de un comercio justo de los productos. Queda claro que la tendencia al monocultivo influye en una menor seguridad alimentaria, al reducir la diversidad de los productos y generar una mayor vulnerabilidad agrícola.

Recomendaciones

Para el Ministerio de la Producción, Ministerio de Agricultura, FONCODES, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, gobiernos regionales y locales

- Implementar una política efectiva de comercio justo para los pequeños productores, orientando la producción hacia los mercados más rentables, que valoren la diversidad biológica y la producción orgánica. Para ello es necesario que las familias cuenten con información adecuada y contactos que posibiliten una red comercial sin necesi-

44. De la lectura de la investigación de Alcázar (2007) se puede concluir que parte de los problemas de los programas alimentarios se debieron a la falta de claridad de sus objetivos y a dificultades de tipo administrativo y de gestión.

dad de intermediarios o con muy poca intervención de estos. Esta es una estrategia de CHIRAPAQ que aún no se había implementado en el momento del estudio, pero para que sea sostenible se requiere el apoyo de políticas de Estado.⁴⁵

- Los gobiernos locales podrían intervenir en las relaciones que establecen los acopiadores con los agricultores, fortaleciendo a los productores para que encuentren un beneficio justo al momento de comercializar sus productos.
- Es necesario que los productores cuenten con apoyo por parte del Ministerio de Agricultura para la transformación de sus cultivos en productos con valor agregado, que les brinde la posibilidad de mejores ingresos. Esto podría influir en una menor migración estacional de los varones, y con ello menos sobrecarga de trabajo para la mujer en el ámbito familiar.
- Los gobiernos locales y regionales deben contar con áreas especializadas en la actividad agropecuaria y la comercialización de productos, para que familias, instituciones comunitarias e instituciones con proyectos de intervención, puedan acceder a información y recursos destinados a mejorar la calidad de vida de las familias campesinas.

3. Saneamiento y estado de salud de los niños y niñas

Los niños y niñas presentan enfermedades asociadas a problemas de saneamiento, como EDAs y parasitosis. Si bien en las comunidades del estudio se realizaban esfuerzos para contar con agua tratada, promovida por Acción contra el Hambre, las fuentes de agua estaban fuera del hogar y muchas veces por el frío y la lluvia se dificultaba su uso. Ello hace que aunque las familias conozcan sobre el tema, enfrenten dificultades para seguir las recomendaciones de lavado de manos y de alimentos. Paralelamente los silos se rebalsan con las lluvias, hay fuentes de agua no segura, y la ubicación de

45. Ver: Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola et ál. (2003), donde se observan experiencias exitosas en América Latina, sobre todo Centro América, donde se concluye que la agricultura familiar siempre tuvo beneficios al adaptarse a la producción agrícola, y que es necesaria una sinergia entre productores asociados, promoción del Estado (mediante leyes e información) y ONG. También sobre experiencias exitosas en el área andina, revisar: Comunidad Andina (2011), que reseña experiencias exitosas en Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador.

la comunidad de Chito en una hondonada contribuye a la acumulación de agua empozada, lo que favorece aparición de parásitos en los niños y niñas.

Recomendaciones

Para el gobierno regional, Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento (MVCS), municipios, MINSA y FONCODES⁴⁶

- Asegurar que el gobierno regional cumpla con ejecutar las obras correspondientes para mejorar las condiciones de acceso a agua segura y desagüe en las zonas rurales de Vilcas Huamán.
- Aprovechar el agua de los manantiales en sistemas de redes que desemboquen en un reservorio, para que se distribuya a los hogares mediante tuberías y sirva para el aseo, el consumo y el riego por aspersión de los biohuertos.

4. Limitaciones de la calidad de atención en los servicios de salud y desencuentros culturales en relaciones jerárquicas

96

Las madres son frecuentes usuarias de los servicios de salud debido a las necesidades de sus hijos y los condicionamientos de JUNTOS, pero tienen poca confianza en estos. En ellos reciben malos tratos (discriminatorios por origen y lengua) y una atención que consideran poco eficaz porque no están bien aprovisionados de medicinas, hay problemas de logística y el personal no se da abasto. A esto se suma que no se ha logrado un diálogo intercultural en los temas de nutrición y desarrollo infantil. Las madres han incorporado muchos de los mensajes sobre alimentación balanceada en sus discursos e intenciones, pero no significa que estos nuevos conocimientos dialoguen con significados y conocimientos médicos andinos de bienestar y salud que están extendidos en la población quechua.

46. En el ámbito rural, son las municipalidades quienes dan el servicio, ven la conectividad y tarifas. Las acciones de vigilancia del agua para consumo humano, reutilización, vertimiento y disposición de excretas están a cargo del Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA)

Resaltamos tres tipos de desencuentros que pueden tener consecuencias para la nutrición y salud de los niños y niñas si no se abordan interculturalmente, es decir en una relación de mayor horizontalidad y con una actitud de escucha y aprendizaje por parte de los servicios de salud:

- Varias mujeres mencionaron no usar el suplemento Chispitas que les provee el servicio de salud para sus niños o desconfiar de este calladamente. También observamos en las casas que las mujeres reciben el producto pero no lo suministran a los niños y niñas. Algunas mujeres dijeron no hacerlo porque los niños y niñas son más sensibles a los químicos. Otras mencionaron que tiene mal sabor, provocan vómitos, diarreas e incluso pueden dañar neurológicamente a su hijos e hijas. Estos temores o desconfianzas no son explicitados a los prestadores de salud, ya que su ingesta se plantea como una prescripción a cumplir y que no se dialoga. Sólo fueron mencionados a las investigadoras cuando tomaron mayor confianza o después de una larga conversación.
- Las divergencias entre algunas recomendaciones de alimentación que se brindan oficialmente y nociones locales de alimentos nocivos para los niños y niñas pequeños, pueden explicar la introducción tardía de ciertos alimentos nutritivos. Dos elementos cruciales en la lógica local es la temperatura de los alimentos y las razones de sinonimia, los que son parte de sistemas andinos de clasificación de los alimentos observados en otros estudios.
- Debido a que en los servicios de salud no se tienen en cuenta los conocimientos sobre males reconocidos localmente (*pacha*, susto, alcanzo, entre otros), acudir a ellos suele ser uno de los últimos pasos para buscar cura a ciertas enfermedades infantiles. Por ello hay enfermedades que se tratan tardíamente en el sistema oficial, con las consecuencias que ello tiene para el estado nutricional de los niños y niñas.

Recomendaciones

Para el MINSA, DIRESA, establecimientos de salud y otras instituciones dedicadas a la salud y nutrición:

Es necesario que los establecimientos de salud y otras instituciones, que realicen actividades para enfrentar la desnutrición, conozcan y valoren los conocimientos que tienen las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas, y que se entiendan como parte de un sistema de conocimientos más amplio sobre los seres humanos, sus relaciones sociales y sus relaciones con el medio ambiente. Ello implica tomar en cuenta lo siguiente:

Uso de Chispitas y alimentación complementaria:

- Si bien los suplementos de micronutrientes (Chispitas) son de gran utilidad, no se debe asumir que al ser entregados y explicar sus beneficios, serán consumidos. En espacios de escucha y diálogo respetuoso, se deben atender las razones por las que las madres no se los dan a sus niños y niñas.
- Se pueden promover preparaciones complementarias al consumo de las Chispitas, teniendo en cuenta las técnicas que las familias tienen para conservar las vísceras y sangre (Acción Contra el Hambre 2012).
- También se requiere proveer de una base alimenticia para los niños y niñas entre 6 meses y tres años (edad en la que dejan de lactar y aún no ingresan a un centro educativo, donde reciben alimentos por Qali Warma). Es necesario revisar la provisión de papillas que ayuden a complementar la dieta infantil en zonas de inseguridad alimentaria y de alta prevalencia de malnutrición. Además, porque las papillas son un excelente vehículo para dar las Chispitas a los niños y niñas.

Medicina andina y conocimientos locales:

- Establecer relaciones continuas de colaboración y no de persecución o negación respecto a la medicina indígena andina y sus especialistas locales (ej. parteras y curanderos).
- Conocer y dar espacio a que las madres puedan expresar cuáles son sus preocupaciones respecto a los síntomas que presentan sus niños y niñas, que puedan decir a qué enfermedad los asocian y cuáles son sus temores respecto a los tratamientos que recibirían en el servicio de salud. Todo ello para encontrar convergencias y tratar de conversar las divergencias en pro del bienestar del niño.

- Conocer sobre las propiedades que se asocian a los alimentos. Tener espacios de escucha sobre ello para poder dar a conocer los pros de la introducción de alimentos nutritivos en la dieta de los niños y niñas.

5. Ausencia de diálogo intercultural y culpabilización de las madres en charlas y vigilancia comunitaria

Este tema es parte del anterior, pero merece una atención especial por ser las charlas y la vigilancia comunitaria de las madres una estrategia extendida y validada, tanto por los servicios de salud oficiales como por otras instituciones de la sociedad civil. En las capacitaciones que observamos, las charlas informativas suelen darse de manera unidireccional, sin preguntar a las madres por sus propias nociones y conocimientos que son compartidas por la comunidad. Existe el testimonio de madres que mencionaron sentirse evaluadas y expuestas a la vergüenza o culpabilización ante las demás mujeres por no llegar a cumplir con las recomendaciones que se les imparte.

Esta situación está reforzada por mensajes para provocar temor o generar competencia (como la elección de madres líderes o cuando se les dice que el cerebro de sus hijos quedará como papel arrugado o como papas para dar a los chanchos). De la misma manera se identificaron mensajes que reproducen jerarquías culturales y promueven modelos de vida urbanos, que desvirtúan del modo de vida campesino ("acaso quieren que sus hijos sean como ustedes").

Otra consecuencia de abordar la desnutrición crónica infantil como un problema que depende principalmente de las madres, es que tanto sus indicadores de progreso (peso y talla) como formas de combatirla se pongan en serio cuestionamiento por las mujeres campesinas, ya que aun las que pueden seguir lo aconsejado no logran superar los indicadores de desnutrición de sus hijos e hijas.

Recomendaciones

Para el MINSA, DIRESA, establecimientos de salud y otras instituciones dedicadas a la salud y nutrición:

- Sensibilizar a las instituciones de salud y de la sociedad civil en una pedagogía intercultural que revalore los aportes la cultura andina en la salud y alimentación. Esta revalorización del aporte indígena y local es una condición inicial para implementar metodologías que promuevan una participación activa de las mujeres y hombres en las sesiones de capacitación, en un clima de diálogo y apertura que permita entender los conocimientos y temores de la población. De esta manera se trata de no continuar con modelos de aprendizaje unidireccionales, en los que se asume que las madres son ejecutoras pasivas y solo se les consulta para saber si han comprendido los conocimientos oficiales.
- Generar competencia entre las madres, o exponerlas o juzgarlas ante las otras mujeres o autoridades de la comunidad, es no tener en cuenta que cada familia pasa por dificultades de diferente orden o grado para enfrentar las determinantes de la desnutrición crónica infantil. Una mejor estrategia podría estar basada en identificar los problemas específicos de las familias para apoyarlas solidariamente –sin estigmatizarlas– de manera comunitaria, y por los programas sociales que existan en la comunidad (como se hace por ejemplo en el caso de cierta población en comedores populares). La vigilancia del peso y talla de los niños y niñas debería mantener los criterios de confidencialidad y privacidad como las otras atenciones en salud, y no ser parte del juicio colectivo. De lo contrario, la DCI se puede convertir en una etiqueta estigmatizante y desvalorizadora que conlleva a juzgar a las madres por situaciones que están más allá de sus posibilidades de acción.
- Explicar a las mujeres y hombres cuáles son las determinantes de la desnutrición, y que ésta depende de sus esfuerzos pero también de otros factores, como por ejemplo: la poca colaboración de otros miembros de la familia, la ausencia de agua segura y desagüe, la mala relación con los servicios de salud, la contaminación del suelo, etc. Si bien es necesario que quede claro que está directamente en sus manos el poder alimentar y cuidar a sus hijos e hijas, es necesario que también conozcan los motivos por los que sus niños y niñas sufren desnutrición que las madres no pueden controlar por sí solas. Esto ayudaría a que, tanto mujeres como hombres, participen de acciones colectivas o interinstitucionales que puedan colaborar en atender las determinantes de la DCI que están fuera del alcance de las madres.

- Es importante identificar con claridad cuáles son las recomendaciones que tienen como fin prevenir o enfrentar la desnutrición. Es decir, aquellas que tienen que ver directamente con sus determinantes, sin imponer patrones de vida urbanos que perennizan jerarquías culturales.

6. Sobrecarga de trabajo de las mujeres y frecuencia de alimentación de los niños y niñas

Hay una sobrecarga de actividades y responsabilidades para las madres. Además de las tareas reproductivas y productivas que usualmente realizan, todas las actividades para combatir la desnutrición se dirigen o terminan recayendo en ellas debido a la migración laboral estacional de hombres y jóvenes, así como la división de roles de género en las familias campesinas. Especialmente las mujeres que tienen hijos o hijas con desnutrición realizan sobreesfuerzos para cumplir con todas las responsabilidades que se les asigna, pero dado lo intensa que ya es su carga de trabajo no siempre pueden tener éxito. Esta es una de las razones por las que las madres tienen dificultades en cumplir las recomendaciones oficiales de frecuencia de alimentación a los niños y niñas pequeños (cinco veces al día), solo un 25% de los niños y niñas mayores de dos años de las comunidades logran la meta del indicador de frecuencia mínima alimentaria. Este, entre otros, puede ser uno de los motivos del consumo constante de sopas, que son rendidoras, fáciles de preparar y de recalentar.

101

Recomendaciones

Para el MIDIS, municipios, ONG y organizaciones de la comunidad:

Crear mecanismos colectivos para lograr las metas nutricionales entre los niños y niñas que aún no acuden a centros educativos (donde reciben alimentos del programa *Qali Warma*). Se pueden crear estrategias para realizar preparaciones colectivas y rotativas para los niños y niñas menores de tres años, en las que no solo se involucre a las mujeres. Se puede contar con el programa Cuna Más para la organización de los mismos⁴⁷.

47. Aunque en estas zonas se practica la modalidad de Cuna Más de visitas domiciliarias, en Chito cuentan con un local, y las visitas pueden orientarse también a coordinar con las madres y verificar que la organización funciona adecuadamente.

B. Retos para los proyectos del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ

1. Recuperación de cultivos nativos

Las familias aprecian notablemente la promoción de cultivos nativos, mediante la repartición de semillas que ya no se encontraban en la zona, y la reivindicación de conocimientos que se estaban dejando de poner en práctica. Igualmente, valoran las cualidades nutritivas de los alimentos nativos. Sin embargo, no siempre los conocimientos locales funcionan, pues el cambio climático ha hecho más inestable e impredecibles los ciclos agrícolas. Además, por las implicancias de trabajo extra para su cultivo y preparación, algunos de los productos nativos (como el tarwi o la quinua) resultan siendo menos usados que los productos que pueden adquirir en el mercado a un bajo precio y con menor esfuerzo, aunque dichos productos tengan un menor valor nutricional. Asimismo las familias enfrentan la presión por obtener recursos monetarios para la inversión en servicios y bienes, lo que hace que haya familias campesinas que tiendan a los monocultivos y uso de agroquímicos.

102

Recomendaciones

- Es importante continuar con las actividades de promoción de cultivos nativos, pero es sustancial reforzar el componente de comercialización para que no exista una competencia entre la necesidad de inversión monetaria en bienes y servicios, y la producción diversificada y natural.
- Se requiere tener información sobre el mercado de productos nativos, donde se valoren las cualidades orgánicas de los mismos, y dotar a las familias de esta información.
- Es necesario observar cuáles son los alimentos a los que tienen acceso las familias desde el mercado, y dar pautas que colaboren a la adquisición de los mejores productos a bajo precio, así como las mejores combinaciones nutricionales para su consumo.
- En las capacitaciones participativas con las familias de las comunidades, es necesario crear espacios para conversar sobre por qué no se alcanzan apropiadamente las metas de consumo de algunos

productos locales. Puede haber varios motivos por los cuales estos productos no se consuman continuamente además de los anteriormente mencionados, como por ejemplo que su productividad sea baja y se acaban rápidamente, o porque son frágiles al clima o porque se destinan más al intercambio o al comercio. O en el caso del consumo para los niños y niñas, porque no se considera que sean alimentos adecuados para ellos.

2. Viabilidad de nuevas actividades (biohuertos y crianza de animales menores)

Tanto la promoción de la crianza de animales menores como de cultivo de biohuertos enfrentan dificultades en su ejecución. Para ambos, las madres no tienen tiempo suficiente para su cuidado. En el caso de los biohuertos, el principal problema es la falta de agua. La crianza de animales menores se ve afectada por la presencia de depredadores, el clima frío y enfermedades. Todo ello hace que estas actividades tengan que ser mejoradas para tener resultados más exitosos.

Recomendaciones

- Recurriendo a la visión de CHIRAPAQ de revalorar la organización colectiva de las comunidades, se pueden crear galpones de animales menores y biohuertos colectivos en los que, con ayuda mutua, se puedan criar y cultivar alimentos que completen las dietas familiares. Esto haría que sean accesibles localmente, que no dependan de otros vendedores y que el precio sea más reducido.
- Para estrategias individuales o colectivas, es necesario hacer visitas especializadas periódicas que verifiquen el estado de los galpones, y realizar capacitaciones para la crianza. Esto podría lograrse sistemáticamente con alianzas con los municipios, que deberían contar con áreas y especialistas sobre producción agropecuaria.
- En el mediano plazo: fomentar ingresos y posibilidades de trabajo, así como acceso a la educación en la comunidad.

3. Vincular más la revaloración de conocimientos propios con la interculturalidad en el tema de la desnutrición

Si bien hay distintos espacios de trabajo con las madres, como las visitas domiciliarias, donde el diálogo con los miembros del equipo de CHIRAPAQ es fluido y recíproco, en las capacitaciones no se observaron oportunidades en las que las madres pudieran exponer sus conocimientos, sus prácticas o racionalidades respecto al cuidado de sus hijos e hijas. También se reproducen las prácticas de vigilancia que tiene el sistema oficial, en las que las madres quedan expuestas públicamente en sus dificultades para lograr que sus niños y niñas tengan un desarrollo adecuado.

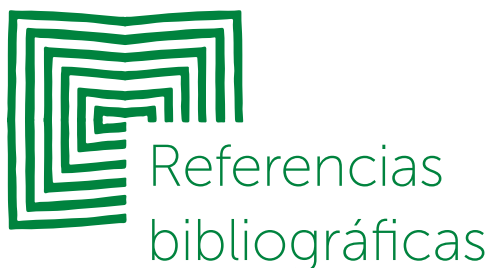
Recomendaciones

- Es importante que CHIRAPAQ continúe estando atento a las miradas culturales jerárquicas que inculca el sistema de educación superior en el personal que trabaja directamente con las familias campesinas, para desestabilizar ese sentido común con la necesaria reeducación a sus profesionales, de la misma manera que resulta primordial recuperar el valor de los conocimientos andinos para dialogar en mejores condiciones con la ciencia biomédica.
- Tal y como vienen trabajando los temas productivos del proyecto, es necesario que CHIRAPAQ se distinga con claridad de las propuestas educativas oficiales al proporcionar recomendaciones para la nutrición infantil, creando materiales propios en los que las recomendaciones biomédicas dialoguen con los conceptos y conocimientos de bienestar y salud andinos. Desde una mirada intercultural, CHIRAPAQ puede aportar al sector salud con actividades que reconozcan los conocimientos locales y sus beneficios. Por ejemplo, podrían continuar investigando sobre el tema de las cualidades y clasificación de los alimentos según los sistemas culturales propios, como el que distingue a los alimentos fríos de los calientes.
- El sistema de charlas y sesiones demostrativas puede lograr diferenciarse de las tendencias oficiales con técnicas participativas. En una situación en donde la mayoría de las mujeres conocen las recomendaciones oficiales, las reuniones deben buscar profundizar mediante metodologías participativas, cuáles son los contenidos en

los que están ocurriendo desencuentros culturales que dificultan que se implementen las buenas prácticas alimentarias. Los hallazgos de nuestro estudio, sobre lo que las mujeres consideran alimentos buenos y malos para los niños y niñas, es un buen punto de partida para seguir dialogando y construyendo nuevos conocimientos que partan de sus dudas y temores. Para ello se requiere generar espacios donde haya confianza y se pueda dar un diálogo abierto mediante metodologías cualitativas y participativas.⁴⁸.

- Hay que tener en cuenta que los conocimientos locales pueden entrar en contradicción con las recomendaciones oficiales, pero es necesario no deslegitimar los conocimientos propios, sino tener como reto encontrar puntos de apoyo e intereses comunes que beneficien a los niños y niñas. Aun cuando se identifiquen conocimientos que pueden ser contraproducentes para la nutrición de los niños y niñas, es indispensable crear espacios de comprensión mutua y explicaciones detalladas que intenten promover cambios en ellos.
- Es necesario el contacto cercano con los especialistas indígenas de la medicina andina, para poder comprender el sistema médico local y contar con su apoyo constante en temas de salud y nutrición.
- Siendo momentos de aprendizaje mutuo, es importante incluir a los jóvenes en las capacitaciones. Estos se convertirían en espacios de construcción de conocimientos hacia las siguientes generaciones.
- Es importante fortalecer las actividades del proyecto con una nutricionista que esté permanentemente en la zona de trabajo para hacer visitas continuas a los hogares de las familias, y dedicarse con más atención a aquellas familias cuyos niños o niñas tienen DCI para encontrar juntos posibles soluciones.

48. Un ejemplo de intervenciones que tienen como propuesta estrategias participativas se puede apreciar en: *Action-Learning on Food Sovereignty and Nutrition in Communities of Northern Potosí. Research and Development Approach whit Participatory Methods* (Omonte et ál. 2014)



Referencias bibliográficas

ACCION CONTRA EL HAMBRE

- 2012 La anemia por deficiencia de hierro desde un enfoque cultural. Conceptos locales y técnicas ancestrales. Fecha de consulta: 09 de setiembre de 2015. <<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/05/La-anemia-por-deficiencia-de-hierro-desde-un-enfoque-cultural-ACH.pdf>>.

ALCÁZAR, Lorena

- 2007 “¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riegos y oportunidades para su reforma”. En Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: GRADE. 185-234.
- 2015 “Factores asociados a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú”. Curso internacional Nutrición Temprana Salud y Desarrollo Integral. Evidencias para la implementación de políticas y programas. Fecha de consulta: 09/07/2015. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/alimentos/curso_nutricion/ALCAZAR_Factores.pdf>.

ALCÁZAR, Lorena, Alessandra MARINI e Ian WALKER

- 2011 “El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños”. En *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo*. Lima: GRADE, 15-84.

ANDERSON, Jeanine

- 2001 “Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida”. En Orlando Plaza (editor). Perú: actores y escenarios al inicio del nuevo milenio. Lima: PUCP, pp. 229-277.

BAER, Hans, Merrill SINGER e Ida SUSSER

1997 *Medical anthropology and the world system. A critical perspective.* Westport, CT: Bergin y Garvey.

BELTRÁN, Arlette y Janice SEINFELD

2009 Desnutrición crónica infantil en el Perú. Un problema persistente. Lima: Universidad del Pacífico.

BHUTTA, Zulfiqar, Ahmed TAHMEED, Robert BLACK et ál.

2008 What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. The Lancet Series. Fecha de consulta: 10/02/2015. <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2961693-6/fulltext?dialogRequest=>>>.

CACERES, Efrain

1988 *Si crees, los apus te curan: medicina andina e identidad cultural.* Cusco: Centro de Medicina Andina.

CARRASCO, Haydeé y Sergio TEJADA

2008 *Soberanía Alimentaria. La libertad de elegir para asegurar nuestra alimentación.* Lima: Soluciones Prácticas-ITDG.

108

CENAN (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición)-INS-MINSA

2015a Resultados 2014. Estado Nutricional y Anemia en gestantes por distritos. Perú. Vol. 2015. Fecha de consulta: 01/10/2014. <<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquía/5/1101/resultados-2014>>.

2015b Resultados 2014: Anemia nivel distrital en niños menores de 59/35. Perú. Vol. 2015. Fecha de consulta: 01/10/2014. <<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquía/5/1101/resultados-2014>>.

2015c Resultados 2014: Indicadores nutricionales a nivel distrital en niños menores de 59/35 meses. Fecha de consulta: 01/10/2014. <<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquía/5/1101/resultados-2014>>.

CLAEYS, Priscilla

2013 *From food sovereignty to peasants' rights: an overview of La Via Campesina's Rights-Based Claims over the last 20 years.* Food sovereignty a critical dialogue - Conference paper n° 24. New Haven: Yale University Press.

COMISIÓN MULTISECTORIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

2013 *Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021.* Lima: Ministerio de Agricultura y Riego.

COMUNIDAD ANDINA

- 2011 *Agricultura familiar agroecológica campesina en la Comunidad Andina. Una opción para mejorar la seguridad alimentaria y conservar la biodiversidad.* Lima: Comunidad Andina.

CORREA, Norma y Terry ROOPNARAINÉ

- 2014 *Pueblos indígenas y programas de transferencias condicionadas: estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú.* Lima: BID, PUCP y International Food Policy Research Institute.

DE LA CADENA, Marisol

- 2006 "¿Son los mestizos híbridos? Las políticas conceptuales de las identidades andinas. *Universitas Humanística* 61: 51-84, Bogotá

DEL PINO, Ponciano, Magrith MENA, Sandra TORREJÓN, Edith DEL PINO, Mariano ARONÉS y Tamia PORTUGAL

- 2012 *Repensar la desnutrición. Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú.* Lima: IEP.

DIEZ, Alejandro

- 2009 "Entre la cultura y la interculturalidad". En Enrique Rivera (editor). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos.* Arequipa: INACET. 19-31.

EGUREN, Fernando

- 2014a "Congreso: inexplicables contradicciones sobre la seguridad alimentaria". *La Revista Agraria* 168 (15): 12-13, Lima.

- 2014b "Perú cuenta con una nueva Estrategia y Ley de Seguridad Alimentaria. ¿Será suficiente?". *La Revista Agraria* 159(15): 3-4, Lima.

EGUREN, Fernando y Miguel PINTADO

- 2015 *Contribución de la agricultura familiar al sector agropecuario en el Perú.* Lima: CEPES.

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)

- 2006 "Seguridad alimentaria". Informe de Políticas n° 2. Santiago: FAO.

FARMER, Paul

- 1999 *Infections and inequalities. The modern plagues.* Berkeley: University of California Press.

FIDA (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola), RUTA (Unidad Regional de Asistencia Técnica), CATIE (Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza) y FAO (Organización de las Naciones para la Agricultura y Alimentación)

- 2003 "Agricultura Orgánica: una herramienta para el desarrollo rural sostenible y la reducción de la pobreza". Memoria de taller. Turrialba: CATIE.

FORNET, Raúl

- 2000 *Interculturalidad y globalización*. San José de Costa Rica: Editorial DEI.

GLEWWE, Paul

- 1999 "What does mother's schooling raise child health in developing countries? Evidence from Morocco." *Journal of Human Resources* 34 (1): 124-159, Wisconsin.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática)

- 2014a *Evolución de la pobreza monetaria en el Perú al 2013*. Vol. 2015. Lima: INEI.
2014b *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*. Lima: INEI.

110

INVERSIÓN EN LA INFANCIA, GRUPO IMPULSOR, SALGALÚ COMUNICACIÓN & RESPONSABILIDAD SOCIAL y UNIVERSIDAD ANTONIO RUZ DE MONTROYA

- 2012 *Infobarómetro de la primera infancia. Desnutrición crónica infantil cero en el 2016: Una meta alcanzable*. Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica. Fecha de consulta: 10/03/2015. <http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf>.

MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social)

- 2015 *INFOMIDIS*. Plataforma de información geo referenciada. Fecha de consulta: 04/04/2015. <<http://www.midis.gob.pe/mapas/infomidis>>.

MEF (Ministerio de Economía y Finanzas)

- 2015 Consulta de ejecución del gasto. Transparencia Económica Perú. Consulta Amigable. Fecha de Consulta: 12/05/2015. <<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>>.
s/f Programa Articulado Nutricional. Documento de Diseño. Fecha de Consulta: 04/04/2015. <http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf>.

s/f Programa Articulado Nutricional. Modelo Lógico. Fecha de Consulta: 04/04/2015. <http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/imagenes/modelo_logico.gif>.

MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

2012 Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Balance de ejecución 2011. Fecha de consulta: 16/12/2015. <http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01662.pdf>.

MINSA (Ministerio de Salud)

2004 Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Fecha de consulta: 29/01/2016 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf>.

2011 *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Lima: MINSA.

MINSA (Ministerio de Salud), INS (Instituto Nacional de Salud), CENSI (Centro Nacional de Salud Intercultural)

2009 Plan General 2010-2012 de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas. Lima: CENSI.

111

MUKURIA, Altrena, Jeanne CUSHING y Jasbir SANGHA

2005 Nutritional Status of Children: results from the demographic and health surveys 1994-2001. *DHS Comparative Reports 10*. Fecha de consulta: 16/03/2015. <<http://www.com/pubs/pdf/CR10/CR10.pdf>>.

NIÑOS DEL MILENIO

2012 "Transferencias y Condiciones: Efectos no previstos del Programa Juntos". *Boletín de Políticas Públicas sobre infancia 7*. Fecha de consulta: 04/04/2015. <<http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/ndmboletin7.pdf>>.

OMONTE, María, Fernando VIDAL y Yesmina CRUZ

2014 *Project systematization: Implementation of a learning-action process on food sovereignty and nutrition for marginal rural areas in the central Andes of Bolivia*. Cochabamba: World Neighbors Bolivia.

OMS (Organización Mundial de la Salud)

2009 *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington DC, EE.UU.* Parte 1: definiciones. Ginebra: OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)

- 2006 *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Documento de la 138ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington D. C.: OPS-OMS.

PENNY, Mary y Guido MELÉNDEZ

- 2015 Resultados Iniciales del estudio Niños del Milenio - Nutrición y Desarrollo. Fecha de consulta: 15/5/2015: <<http://www.ninosdelmilenio.org/wp-content/uploads/2015/03/Nutrición-y-Desarrollo.pdf>>.

PEROVA, Elizaveta y Renos VAKIS

- 2009 *Welfare impacts of the "Juntos" Program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation*. The World Bank. Fecha de consulta: 02/04/2015. <http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Evaluacion_Cuasi-Experimental1.pdf>

SÁNCHEZ, Alan y Miguel JARAMILLO

- 2012 *Impacto del programa JUNTOS sobre nutrición temprana*. Documento de Trabajo 2012-001, Working Paper Series. Lima: Banco Central de Reserva del Perú.

112

SCHULTZ, T. Paul

- 1984 "Studying the impact of household economic and community variables on child mortality". En W.H. Mosley y Lincoln Chen (editors). *Child Survival: Strategies for Research*. New York: Population Council, pp. 215-235.

SCURRAH, María, Stef de HAAN, Edgar OLIVERA, Raúl CCANTO, Hilary CREED, Miluska CARRASCO, Ernesto VERES y Carlos BARAHONA

- 2012 "Ricos en agro biodiversidad, pero pobres en nutrición: desafíos de la mejora de la seguridad alimentaria en comunidades de Chopcca, Huancavelica". En Raúl Asensio, Fernando Eguren y Manuel Ruiz (editores). Perú: el problema agrario en debate. SEPIA XIV. Lima: SEPIA, pp. 362-407.

SMITH, Lisa y Lawrence HADDAD

- 2005 *Explaining child malnutrition in developing countries*. A cross-country analysis. Vol. 2015. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute.

THOMAS, Duncan, John STRAUSS y M. Elena HENRIQUEZ

- 1990 "How does mother's education affect child height?" *Journal of Human Resources* 26.183-211, Wisconsin.

TRIVELLI, Carolina y Silvana VARGAS

- 2015 *Entre el Discurso y la Acción. Desafíos, decisiones y dilemas en el marco de la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.* Documento de trabajo 208, Serie de Política 9. Lima: IEP.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

- 2013 *Mejorar la nutrición infantil, el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr.* Nueva York: UNICEF.

VOKRAL, Edita

- 1991 *Qoñi chiri: la organización de la cocina y estructuras simbólicas en el altiplano del Perú.* Quito: Abya-Yala.

WALSH, Catherine

- 2007 "Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial". En J. L. Saavedra (compilador). *Educación superior, interculturalidad y descolonización.* Bolivia: PIEB, pp. 173-213.

YON, Carmen

- 2013 *Salud e interculturalidad.* Mimeo.

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos de

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña

Correo e.: tareagrafica@tareagrafica.com

Página web: www.tareagrafica.com

Teléf. 332-3229 Fax: 424-1582

Marzo de 2016

