

Atención primaria en salud, más necesaria que nunca



América Latina es la región más desigual del mundo. Se han dado pasos interesantes para la disminución de la pobreza, pero, muy poco se ha hecho para reducir las excesivas desigualdades sociales y, especialmente, en salud. Ha sido una preocupación de muchos gobiernos lograr “un grado máximo de

bienestar con iguales oportunidades para todos”[1], y que el desarrollo vaya más allá de del crecimiento económico, que lo más importante es la distribución equitativa de este ingreso nacional. La población o la comunidad siempre han solucionado sus problemas de salud valiéndose de los conocimientos y prácticas tradicionales de tecnología simple, de la medicina científica o de la fusión de ambas. Los intentos de transferir tecnología científica a la comunidad para lograr un sistema de atención primaria de la salud (APS) los encontramos en el Perú por primera vez en Puno, en la década del 20' con el Dr. Manuel Núñez Butrón[2].

Antes de 1978 el pensamiento hegemónico era que la situación de la salud de la población estaba relacionada con la existencia o no de servicios sanitarios. Sin embargo, no había explicación, porque a pesar de que se construían servicios de salud, la situación de la población no mejoraba. Esta preocupación se extendió a muchos países del mundo y, ante esta inquietud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con apoyo de UNICEF, promovieron una conferencia mundial para analizar y discutir estos temas. Se reunieron en setiembre 1978 en Alma Ata, que era la capital de Kazajistán, los gobiernos de más de 90 países para analizar como lograr “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de los organizadores estaba el Dr. David Tejada, vicepresidente de OMS: un peruano que lideró una corriente de cambio para la salud global. En el encuentro se constató que la situación de salud de una población dependía más del contexto social y económico del país que de tener o no servicios de salud. Esta reunión consolidó el pensamiento de que para lograr salud para todos en el año 2000 se necesita, no sólo del involucramiento sector salud de los países, sino de tener políticas sociales articuladas y basadas en la participación de la población organizada y la acción intersectorial efectiva. Esta fue una nueva visión de lo que es la salud y se evidencia del vínculo fundamental entre lo social y lo sanitario.

En Alma-Ata se define a la APS de la siguiente manera: “La APS es fundamentalmente asistencia sanitaria al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con plena participación y un costo que la comunidad y el país puedan cubrir. La APS a la vez constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo

Estos fueron los principales elementos definidos en Alma-Ata para esta estrategia:



1. Considera el sistema de salud como un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social.



2. Se refiere a toda la población sin restricciones de ningún tipo.



3. Se preocupa por las posibilidades de acceso económico, cultural y geográfico de los más pobres o más necesitados, aplicando el principio de equidad (darle a cada quien en razón de su necesidad).



4. Incorpora desde un comienzo a la comunidad en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud y en la participación activa en todo el sistema.



5. Contempla la extensión de la cobertura de los servicios de salud y el mejoramiento ambiental como factores fundamentales de la estrategia.



6. Que es necesario buscar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud a través de una buena organización.



7. La nueva estructura de los sistemas nacionales, regionales o locales de salud, debe tener como eje la APS.

económico y social de la comunidad.”

El estado de salud de la población y sus indicadores en el país muestran cambios positivos en los últimos 50 años. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, persisten brechas entre regiones, provincias y distritos.

La APS planteaba una serie de actividades técnicas como: La educación para la salud, promoción de suplementos alimentarios y nutrición, adecuado abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, cuidado de la madre y los niños, planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades, prevención y control de las enfermedades endémicas locales, adecuado y apropiado tratamiento de las enfermedades e injurias comunes, provisión de drogas esenciales en los establecimientos de salud[3], entre otros.

La dificultad de operativizar los conceptos de la APS limitó su implementación, en primer lugar, por la diversidad de gobiernos de los países firmantes, el poco entendimiento de lo que significaba participación social y la traducción de “Primary Health Care” -“Care” fue interpretado como atención o cuidado-, y si la acción solo era del sector salud o de toda la población. En este contexto, UNICEF hizo una propuesta de focalizar la APS en estrategias concretas para reducir las infecciones respiratorias, la diarrea infantil, la importancia del control y desarrollo de los niños. Asimismo, se planteó las inmunizaciones, educación y alimentación de las gestantes, así como sus estrategias de educación y planificación familiar. Esta nueva propuesta tuvo resultados en muchos países relegando a un segundo plano el enfoque de Alma-Ata. Esta estrategia llamada APS focalizada fue la génesis de las estrategias sanitarias actuales del Ministerio de Salud. Pero, luego de un tiempo se encontró que esta estrategia no era suficiente para reducir los indicadores de mortalidad infantil y materna; de esta forma, ratifico que desde los servicios no se puede hacer acciones que tengan que ver con la forma de vida de las personas. Así, se empezó a repensar nuevamente en la estrategia de la APS con una nueva adecuación a las necesidades situación social del nuevo milenio.

El estado de salud de la población y sus indicadores en el país muestran cambios positivos en los últimos 50 años. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, persisten brechas entre regiones, provincias y distritos. Los niveles alcanzados en salud son aún deficitarios respecto a los registrados en países similares al nuestro de la

región de las Américas. Es así que “aún persisten desigualdades significativas en el estado de salud entre los diferentes segmentos socioeconómicos”[4]



La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata se realizó en Kazajistán en setiembre del año 1978. Se reunieron 134 países y 67 organizaciones internacionales con la intención de lograr Salud para todos en el año 2000”.

La Atención Primaria de la Salud (APS) renovada.

Después de la Declaración de Alma-Ata en 1978, la incorporación de la estrategia de APS en la atención de la salud ha marcado una ruta para mejorar la situación sanitaria en los países que la adoptaron. En ese lapso, el mundo, las necesidades y las formas de atención han variado drásticamente. Estos cambios han causado que la Atención Primaria de la Salud tenga que renovarse. Las cuatro propuestas de reforma de la APS renovada[5] son:

- **Reformas en pro de la cobertura universal**

Esta reforma busca que los sistemas de salud de los países promuevan y favorezcan la equidad en salud, la justicia social y la inclusión social. Asimismo, propone el acceso, cobertura universal y la protección social en salud como fundamentales, desarrollando estrategias para diseñar un plan de cómo *ampliar* a través de pagos directos por el asegurado, el empleador o el gobierno. Coordinar las fuentes de financiación en el sector salud de cualquier fuente y combinar todos los sistemas de seguros voluntarios, determinar «paquetes básicos» de servicios basado en prioridades de la población y eliminar el gasto de bolsillo[6].

- **Reformas de la prestación de servicios**

Sugiere que los países reorganicen los servicios de salud teniendo a la persona en el centro del cuidado, organizándose en función de las necesidades y expectativas de la población. Este cambio los hará más socialmente pertinentes y más sensibles a los cambios de la modernidad, proporcionando mejores resultados. Asimismo, apunta a que los servicios que tengan una estrategia de APS sean *servicios integrales e integrados de salud*. Se deben tener servicios cercanos al paciente, que se articulen los tres niveles y garanticen la continuidad de la atención. La estrategia de la atención primaria debe hacer que los servicios se reorganicen en *redes de atención primaria*, que permitan el acceso libre a la población a servicios integrados preventivos, de diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos

Si se implementan las intervenciones de APS en todos los servicios de todo el país, se podrían evitar millones de muertes (60 millones en América) y aumentar la expectativa de vida de la población en 3.7 años hasta el 2030.

- **Reformas de las políticas públicas**

Propone que se formulen políticas públicas en salud mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria. También, plantea la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública articuladas que garanticen y promuevan la salud. Se debe crear un marco legal para lograr la implementación de las políticas que regulen los elementos del sistema y que sean eficaces. De este mismo modo, se tiene que propugnar que las leyes ayuden el

abordaje e impacto en las desigualdades en la población, buscando la inclusión social.

- **Reformas del liderazgo**

El direccionamiento y la gestión deben tener un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud. Esta nueva APS permitirá afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. La eficacia de ese liderazgo depende cada vez más de una labor de mediación ante los complejos desafíos de salud del presente y del futuro, resultando en un contrato social establecido entre las instituciones públicas, los actores sanitarios y la sociedad en general. Para establecer este nuevo liderazgo eficaz entre instituciones se requiere de sistemas de información abiertos, accesibles y transparentes; así como de la creación de observatorios nacionales de salud que fortalezcan el diálogo sobre políticas y uso de tecnologías innovadoras y eficaces[7].

Esta atención primaria renovada no es diferente a las estrategias de Alma-Ata '78' en sus principios, pero con estrategias modernas basadas en el derecho a la salud, la protección social y la promoción de la salud. De esta manera, se constituye en una poderosa herramienta social para crear un país con mayor equidad sanitaria, mayor eficiencia en el uso de recursos, mejores resultados en indicadores de salud y mayor satisfacción de los usuarios[8].

Si se implementan las intervenciones de APS en todos los servicios de todo el país, se podrían evitar millones de muertes (60 millones en América) y aumentar la expectativa de vida de la población en 3.7 años hasta el 2030. La OMS recomienda que en el 2021 se incremente en 1 punto el presupuesto para tener estos resultados. En el país, esta estrategia está pobremente implementada: hay más discurso que acción. En la pandemia no tuvo capacidad de propuesta ni acción. Los establecimientos de salud estuvieron cerrados al inicio de la pandemia. Existe una ley y reglamento para implementar las Redes Integradas de Salud (RIS) que se están implementando de manera discreta y lentamente; pero con ausencia de opinión e involucramiento de la comunidad. Una RIS implementada es la visualización efectiva de la APS. Por lo tanto, no hay servicios que implementen esta estrategia.

- [1] Carta de punta del Este, Agosto 1961
- [2] Cueto, Marcos. "Regreso de las Epidemias" de Marcos Cueto IEP 1997. Capítulo 3: Tifus, viruela e indigenismo: Manuel Núñez Butrón y la medicina rural en Puno.
- [3] OMS, Conferencia internacional de salud en ALMA ATA. Ginebra, setiembre de 1978
- [4] CNS, Lineamientos y medidas de reforma del sector salud, Julio 2013, pág. 8
- [5] OMS Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, 2008
- [6] <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a16.pdf>
- [7] <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a16.pdf>
- [8] <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a16.pdf>

Invierno 2021

Alfonso E. Nino

Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH

Situación del personal de salud en el país.



Hace más de 14 años atrás la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual sobre la salud en el mundo del 2006[1] reconocía la trascendencia de los recursos humanos en salud: los profesionales sanitarios. Un sistema sanitario sin los recursos humanos (donde se incluye a la diversidad de las profesiones de la salud) no puede cumplir con su objetivo ulterior de garantizar la salud y bienestar de las personas.

Tal como lo reconoce la propia organización en el citado informe anual: los recursos humanos en salud son considerados actores clave para el cumplimiento de las metas y finalidades de todo el sistema sanitario, pues son los componentes esenciales que contribuyen a garantizar la salud de la población, protegerla de los riesgos financieros y satisfacen sus expectativas de atención.

Los trabajadores de la salud garantizan que las personas puedan prevenir las enfermedades, tener control de su cuerpo, su reproducción, mediante la promoción de la salud, enfrenten las enfermedades, desarrollen hábitos saludables, superen discapacidades o aprender a convivir y desarrollarse con ellas, y hasta alargan la esperanza de vida como antes no lo podíamos imaginar.

De ahí su importancia no solo para el sistema de salud sino también para el funcionamiento en general de la sociedad. Esto se sostiene porque la atención sanitaria es un servicio donde los proveedores de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden, alivian el dolor, previenen enfermedades

y son el vínculo humano entre conocimiento y la acción sanitaria.[2]

Un sistema de salud no existe sin los recursos humanos en salud, en particular, los asistenciales. A través de su trabajo se garantiza la salud física y mental, la integridad y la vida de las personas. A diferencia de otros profesionales los de la salud trabajan con el mismo ser de la persona: sobre su corporeidad, su mente, su integridad. Por ello, son indispensables en toda comunidad.

Los trabajadores de la salud garantizan que las personas puedan prevenir las enfermedades, tener control de su cuerpo, su reproducción, mediante la promoción de la salud, enfrenten las enfermedades, desarrollen hábitos saludables, superen discapacidades o aprender a convivir y desarrollarse con ellas, y hasta alargan la esperanza de vida como antes no lo podíamos imaginar.

Pese a su importancia, desde hace varios años el mundo en general ha observado una crisis mundial sobre la situación de los recursos humanos a la cual no ha estado ajeno nuestro país. Dentro de los problemas identificados se puede resaltar el que los recursos humanos suelen migrar a los países de ingresos altos buscando mejores condiciones de formación, laborales y remunerativas.

La calidad de la educación, la búsqueda de la especialización, las bajas remuneraciones y el bajo reconocimiento los motivan a realizar viajes al exterior. Según una declaración del Decano del Colegio Médico del Perú de 2016, alrededor de mil médicos peruanos emigraban cada año a diversas partes del mundo en busca de mejores oportunidades[3], sin soslayar a otros profesionales de la salud que también apuestan por salir del país por las mismas razones.

Una aproximación sobre la situación de los profesionales de salud en el país puede tener dos perspectivas. Una referida a lo queremos y necesitamos de ellos y, otra, relacionada a lo que ellos, como profesionales, requieren y necesidad de la sociedad para brindarle un servicio adecuado.

Es relativamente amplia la información de los recursos que son necesarios. En efecto, la OMS desarrolla estándares sobre el número de médicos, enfermeras, obstetras, etc. requeridos para el atender las necesidades por cada número de habitantes y, por ende, de la población en general. Así, el estándar de referencia que sirve para medir el número de profesionales de la salud que se requiere mínimo en un país, es el ideal de veinticinco (diez médicos, diez enfermeras y cinco obstetras) por cada diez mil habitantes.

Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) también cuenta con información sobre el número de personal en salud y, en los análisis que realiza sobre el sistema sanitario, los recursos humanos no dejan de ser constantemente mencionados. Por ejemplo, en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 Perú, “País Saludable” aprobado por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA, uno de los más importantes y últimos documentos de gestión del Sector Salud, se explican los problemas que identificamos con relación a lo que la sociedad requiere de estos recursos.

Si bien es común afirmar que la pandemia ha desnudado nuestro sistema de salud, su fragilidad y sus carencias, lo cierto es que los profesionales de la salud siempre lo han sabido y lo han denunciado constantemente incluso en sus manifestaciones o paralizaciones

En efecto, ahí se señala que uno de los problemas del sistema de salud es la brecha de los Recursos Humanos en Salud. Se explica que su formación y distribución carecen de una adecuada rectoría. Las escuelas de formación tienen poco control de parte del MINSA, ocasionado una desregulación entre lo que puedan ofrecer las universidades versus lo que se requiere como comunidad. A ello, cabe agregar la sobre especialización de los profesionales de la salud. Es decir, llevan a cabo estudios para especializarse cuando no existe una demanda significativa y dejan de lado especialidades generales que sí son requeridas para atender a un mayor número de personas, descuidando, entre otros aspectos, la atención primaria.

A esta situación de débil rectoría se suma la inadecuada distribución de los recursos humanos, pues los especialistas, en el caso de los médicos y enfermeras, se concentran en las grandes ciudades y, sobre todo, en Lima como capital. Es innegable que las mejores condiciones de vida, remuneraciones y formación profesional explican parcialmente esta situación. Como un efecto colateral, tenemos regiones -sobre todo las de la sierra y en el ámbito rural- con poca disponibilidad de recursos humanos, sin soslayar a las regiones de la selva donde muchos de las comunidades nativas e indígenas difícilmente tienen acceso a profesionales de salud de manera permanente y continúa.

Pero a esta perspectiva se debe sumar la de los propios profesionales de salud, cada vez más relevante. Muchos de ellos, con justa razón, tienen una percepción,

en muchos casos, de que deben enfrentar entornos de trabajo desalentadores, sobre todo en el sector público, donde no perciben una remuneración acorde a sus necesidades y esto impacta en la calidad del servicio que se brinda. Además, no reciben una capacitación continúa y se les relega de la posibilidad de gestionar los servicios de salud cuando sí cuentan con ella pues no suelen haber concursos de mérito.

Si bien es común afirmar que la pandemia ha desnudado nuestro sistema de salud, su fragilidad y sus carencias, lo cierto es que los profesionales de la salud siempre lo han sabido y lo han denunciado constantemente incluso en sus manifestaciones o paralizaciones. Aunque la pretensión principal de las huelgas ha sido el incremento salarial, no podemos negar que detrás de ellas también se encontraban las mejores condiciones de trabajo.

Desde su formación los estudiantes de las distintas profesiones de la salud -sobre todo medicina- suelen enfrentar dificultades y también sufrir algunos excesos, como realizar la labor asistencial. La formación en estas profesiones suele ser jerárquica y suele verse en los estudiantes a trabajadores que no reciben una remuneración. A ello, cabe agregar la preocupación respecto a si la formación que reciben es de calidad. Si bien se ha avanzado en el tema de la acreditación de las facultades de medicina y de otras profesiones, por ejemplo, también es necesario garantizar una adecuada formación que no solo se concentre en los aspectos técnicos, sino que también les permita comprender la naturaleza de su trabajo y la ética con la que deben desenvolverse. Algo indispensable en su formación.

El mismo sistema jerárquico de formación también tolera la diferencia injustificada entre los estudiantes de las distintas profesiones de la salud. Las normas suelen ser más favorables con los estudiantes de medicina, enfermería, entre otras, en perjuicio de aquellos que estudian para ser químicos farmacéuticos o tecnólogos. Mientras a los primeros si se les reconoce un pago, un seguro de salud, etc.; a los otros no. No se exigen las mismas condiciones, pero sí unos mínimos que deben alcanzar a todos ellos sin ningún tipo de distinción injustificada.



Los estudiantes de las distintas profesiones de la salud enfrentan distintas dificultades e injusticias, como trabajo mal remunerado o falta de equipamiento e indumentaria.

Sumado a ello, sobre todo en el sector público, las condiciones de trabajo no son las mejores y en muchos casos son desalentadoras. Las áreas de hospitalización, por mencionar algo, no solo no cumplen con las condiciones adecuadas de atención para las personas, sino también con las condiciones para que los profesionales puedan trabajar adecuadamente. Sin dejar de mencionar el equipamiento o la indumentaria. Un ejemplo que nos explotó en la cara fue ver a muchos profesionales de la salud protestando por no contar con los equipos de protección personal (EPP) durante el inicio de la pandemia o por haberla costado con sus recursos.

En muchos casos la falta de equipamiento, espacios decentes e incluso donde puedan descansar, desaniman a los profesionales. El mismo trabajador que labora en un hospital público y en una clínica privada puede sentirse poco valorado en el primero por no tener condiciones decentes de atención, como un consultorio limpio, iluminado, con sistemas de información organizados en vez de papeles y

registros que llenar con la misma información sin una sistematización, etc.

La modernización de la infraestructura y equipamiento en todos los niveles de atención no solo beneficia a los pacientes sino resulta indispensable para los propios profesionales de la salud.

A esto se debe agregar la remuneración. Un sistema fragmentado, como el nuestro, permite que los profesionales de la salud que se encuentran en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) tengan mejores condiciones laborales y remunerativas que aquellos que laboran en los establecimientos del MINSA y de los gobiernos regionales; sin soslayar a aquellos que trabajan en otras instituciones como la Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Aunque progresivamente se ha avanzado en disminuir dicha brecha, tenemos profesionales que realizan la misma función, pero con una diferencia sustancial en su remuneración. Ello, sin dejar de mencionar la capacitación que se les debe brindar, sobre todo, por los cambios constantes y permanentes que se dan en las ciencias de la salud.

¿Qué hacer? Pues nuestro sistema frente a la pandemia ha evidenciado que necesita de una reforma. Esta debe incluir los cambios, necesariamente, en los recursos humanos en salud. Desde la formación es necesario asegurarnos de una capacitación acreditada y con un enfoque humano. Aunque suene obvio decirlo, debe ser así por la naturaleza de su labor y función. En esa misma línea se deben revisar las condiciones de formación en los establecimientos. Es necesario diferenciar las ventajas o beneficios que reciben determinados estudiantes (internos) respecto de aquellos de otras profesiones. También es necesario revisar la jerarquización del sistema y comprender que los estudiantes están para aprender y no para reemplazar a los profesionales sin recibir una remuneración. En este aspecto también se debe analizar el SERUMS.

Una vez formados los profesionales de la salud requieren de condiciones dignas. No se trata solo de remuneración, como suelen dejarlo bien en claro durante sus paralizaciones. La modernización de la infraestructura y equipamiento en todos los niveles de atención no solo beneficia a los pacientes sino resulta indispensable para los propios profesionales de la salud. Un sistema de salud moderno es atractivo y, como tal, podría evitar que cada año nuestros profesionales egresados se vaya del país debilitando la salud de la población general.

[1] OMS. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud*, p. XV. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html> Consultada el 28 de abril de 2020.

[2] Ídem.

[3] Karina Garay, Andina. 1.000 médicos peruanos emigran cada año a otros países.

<https://clustersalud.americaeconomia.com/peru-mil-medicos-emigran-cada-ano-a-otros-paises> Consulta 22 de abril de 2020

Invierno 2021

Carlos Almonacid

Ministerio de Salud

“El mundo rural necesita elementos para desarrollar una vida digna y buena.”



***Entrevista a María Isabel Remy
Viceministra de Políticas y Supervisión del Desarrollo Agrario del
MIDAGRI***

Por Álvaro Fabián Suárez

La agricultura familiar es una práctica milenaria en nuestro país. Este modo de producción siempre nos ha dotado de alimentos a nivel nacional. Más del 83% de los trabajadores agrícolas realizan agricultura familiar, siendo la base de la seguridad alimentaria de la población. A inicios de la pandemia de la COVID-19, todo el Perú pudo apreciar la vitalidad de esta práctica cuando nos abasteció de alimentos en tiempos de cuarentena. A pesar de ello, este sector sigue siendo muy descuidado desde las políticas públicas. María Isabel Remy, actual Viceministra de Políticas y Supervisión del Desarrollo Agrario, nos explica cómo se ha impulsado a este sector desde el actual gobierno.

Desde el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego ¿Cómo se ha trabajado para la mejora de las condiciones de los agricultores familiares?

Una primera cosa sobre la agricultura familiar: siempre ha alimentado a la población. Esta práctica produce más del 70% de los alimentos que todos comemos. Es un factor importantísimo de la vida cotidiana de todas las personas en el Perú. El problema es que, hasta hace muy poco, prácticamente no era vista por el Estado, que estaba más preocupado por el desarrollo de la agricultura empresarial de agro exportación. Entonces, no había políticas que nos orienten. De hecho, el Ministerio de la Agricultura, hace unos años atrás, se cambió en nombre Ministerio de Agricultura y Riego, porque identificaba como su principal papel el desarrollar programas de bases para traer más inversión privada. Desde entonces, esa ha sido básicamente la política agraria.

Es luego del Paro Agrario que se introduce una serie de nuevas normas: se realiza un cambio a la ley de organización y funciones del Ministerio de Agricultura y Riego, cambiándole el nombre a Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego. Y se mantiene el “y Riego” como elemento central de atracción de inversiones. Creo que mantener ese nombre ha sido un rezago de esta idea de un ministerio el cual tiene una función similar al de Energía y Minas, es decir, atraer inversión privada, no mantener el desarrollo del sector.

En lo que estamos trabajando en estudiar sobre qué tipos de territorios - contando las variables geográficas y climáticas, etc. - y con qué potencial se requiere asistencia. Ese es un poco el plan de apoyo a la agricultura familiar. Es una forma de operar que a mí me parece interesante porque recoge la heterogeneidad. Hay que analizar en cada territorio esta confluencia de variables territoriales, sociales y agronómicas; y así ver qué necesitan.

Creo que la orientación del ministerio se queda muy centrada en la importancia de la inversión privada y no en la oferta de servicios. Son nociones bien diferentes de lo que es la acción del Estado.

Es una perspectiva más descentralizada.

Sí, por supuesto. Además, el rol del Gobierno Regional y las Direcciones Regionales Agrarias es fundamental. Todo lo hacemos en apoyo a los planes que ellos tienen. Todos estamos desarrollando un proyecto que nos va a permitir mejorar las capacidades de las Agencias Agrarias y las unidades de cooperación de los Gobiernos Regionales en el campo. Tenemos unidades ejecutoras por todo el país, lo que pasa es que no tienen nada. Prácticamente se desmantelo todo el

sistema de asistencia técnica. Más bien, estamos apoyando mucho lo que es el sistema de exploración agraria, promoviendo la investigación, información y generación de nuevas guías adaptadas a las funciones de la agricultura familiar. De este modo, se puede transferir estos mecanismos a los agricultores. Estamos tratando de involucrar también al Instituto Nacional de Investigación Agraria y Amazonia que es parte del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego.

¿Cuáles determinaría usted que han sido las principales limitaciones que han evitado que se efectuó correctamente la Ley de Agricultura Familiar?

Creo que la orientación del ministerio se queda muy centrada en la importancia de la inversión privada y no en la oferta de servicios. Son nociones bien diferentes de lo que es la acción del Estado. Es por eso que nosotros nos estamos orientando efectivamente por el tipo de legislación de la Agricultura Familiar, ejemplificando cuál debe ser la oferta de servicios del Estado, cómo poder articularla a los requerimientos del territorio y, eventualmente, dónde puede haber inversiones. Pero lo importante para nosotros es qué se requiere en cada zona y qué debe dar el Estado para que la población pueda emprender un proceso de cambio y mejora. El sector a nivel de agricultura familiar, de la facción de alimentos, ha estado muy descuidado.

El tema de la asociabilidad es un problema grave, también. La agricultura peruana está muy fragmentada. Pocos agricultores optan por asociarse y, entonces, a acceder a un crédito muy barato.

¿Cuál es la diferencia entre la posibilidad de adquirir un crédito para un productor de manera individual y cuando está en una asociación?

Cuando está en una asociación puede optar por el Fondo Agro Perú, el cual facilita préstamos a un interés de 3.5%. Asimismo, al estar organizados, se puede incluir una asistencia técnica a todo el grupo y también darle seguimiento al adecuado uso del crédito. Sin embargo, para algunos agricultores individuales es más fácil optar por un crédito de los propios operadores financieros actuales, tales como bancos o cajas. Estos créditos individuales pueden contar con un interés de hasta el 14%. Entonces, hay una diferencia enorme. Hay muy poca historia crediticia. Muchos agricultores no se vinculan al crédito y las instituciones financieras desde hace 20 o 30 años porque les dan créditos carísimos.

En el último Pleno Agrario también se hizo énfasis en considerar el rol de las mujeres y sus demandas en el sector ¿Qué iniciativas se han impulsado

para la mujer agricultora familiar?

En el nuevo reglamento de operación y funciones del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, dentro del viceministerio que yo conduzco, ha creado una Dirección de Promoción de la Mujer Productora Agraria. En unos meses se definirá bien su plan de trabajo y la manera en cómo se va a vincular con organizaciones. Se espera que todos los proyectos y programas -no solo del MIDAGRI, sino también de los Gobiernos Regionales, de las Direcciones Regionales Agrarias y de las Agencias Agrarias- incorporen a las mujeres. Esto creo que va a ser algo grande. Estamos muy contentos.

Las mujeres están tomando las riendas de la producción agraria y no tienen ningún apoyo, porque las organizaciones y las políticas siguen siendo enfocadas al agricultor masculino y no a la productora.

Hemos creado, también en mi viceministerio, una División de Comunidades Campesinas y Nativas, porque no había un espacio institucional a cargo del dialogo con estos grupos. Asimismo, hemos incorporado una Dirección de Asociatividad de Servicios a la Pequeña Agricultura, dándole todo peso a la asociatividad.

Las mujeres están tomando las riendas de la producción agraria y no tienen ningún apoyo, porque las organizaciones y las políticas siguen siendo enfocadas al agricultor masculino y no a la productora.

¿Cómo se ha buscado promocionar la comercialización en este sector? Lo que más se conoce que se ha realizado es la creación de mercados itinerantes.

Luego el Pleno Agrario en el Congreso se dio la Ley de compras estatales de alimentos de agricultura familiar. Esta ley obliga al Estado a que el 30% de compras de todos los programas sociales o de apoyo sean compras a pequeña agricultura familiar. El reglamento ha sido complejo, pero lo hemos prefabricado en espera de que haya una participación de sociedad civil.

Además, acabamos de lanzar Agro Oferta, un aplicativo que ya está disponible en la PlayStore. Este sistema permite a los agricultores mostrar sus productos con fecha de cosecha y precio de venta. Se complementa con Mi Caserita, otro

aplicativo que creamos permite comparar los precios de los productos en los mercados locales, facilitando las ventas.

Estos dos aplicativos los realizamos en conjunto con el Ministerio de Educación, y los hemos incorporado en las tablets que se están repartiendo. Entonces, los agricultores de las zonas más apartadas van a tener también la posibilidad de incorporar estas herramientas.

¿Cuál siente que fue el rol de la agricultura familiar para varios pueblos y familias en época de pandemia y confinamiento?

Esto es algo que hemos dicho antes de estar en el ministerio: la agricultura familiar alimentó a las familias nacionales. Creo que esto ha sido un descubrimiento del espacio urbano sobre la importancia de la agricultura familiar: es la productora de alimentos.

La pequeña empresa produce para exportación, la agricultura familiar es la que se dedica al plano nacional, a la alimentación. Es la que permitió la alimentación durante la pandemia. Durante la cuarentena todo el tiempo tuvimos alimentos de la agricultura. Sin embargo, sí hay que mencionar dos puntos. El primero es que esta provisión de alimentos a los hogares peruanos de parte de la agricultura familiar se hizo con precios muy poco favorables para el productor, porque la demanda bajó significativamente. Por la crisis la gente compraba menos. Además, los restaurantes, grandes compradores, cerraron.

La segunda cosa es que podemos hablar mucho sobre resiliencia de la economía familiar campesina: en su peor momento, sigue funcionando. Pero lo cierto es que estas personas, antes de la pandemia, tenían ya preparadas sus hectáreas. La papa que hemos comido durante el inicio de la pandemia es la que fue comprada el año anterior. Ahora se tienen muchos más problemas y los agricultores están sufriendo con los precios. Por eso es que estamos buscando facilitar ofertas de crédito y brindar asistencia técnica.



A pesar de que las mujeres tengan un papel importante en el sector agrario, las políticas se enfocan en el agricultor masculino.

¿Cuáles se esperan que sean las mejoras en la agricultura familiar de aquí a los siguientes años?

Lo que tenemos que lograr es la acción intersectorial definida en cada territorio, según su potencial y sus necesidades. Hoy en día, la oferta del Estado es totalmente dispersa y ciega a las necesidades específicas las regiones y los grupos de agricultores. Lo que tenemos que lograr es lo que estamos impulsando ahora: que toda la acción del Estado sea articulada, complementaria y responda lo que necesite el territorio.

Entonces, si logramos ciertos niveles de articulación efectiva, territorialmente definida y a través de un análisis de los requerimientos del territorio, creo que vamos a lograr que el mismo dinero invertido se multiplique y se multipliquen sus efectos.

¿Qué medidas urgentes tendría que tomar el siguiente gobierno para poder continuar con estas mejoras que se están impulsando?

Lo importante es que las Agencias Agrarias logren consolidarse efectivamente y dar los servicios de asistencia técnica directa que necesita el agricultor. No podemos seguir en un campo olvidado.

Ojalá que el nuevo gobierno, sea quien sea, continúe con esta orientación que hemos intentado darle al MIDAGRI: favorecer y orientar los servicios hacia la agricultura familiar. La gran agricultura empresarial ya tiene sus propios mecanismos, financiamientos y sus propios problemas también. Lo que necesitamos ahora es que aquellos pequeños agricultores que producen los alimentos que comemos todos los días puedan ser apoyados y tengan una vida digna, agradable, bonita, en espacios construidos y sin ningún tipo de abuso o explotación. Todo este mundo rural está abandonado, tenemos que recuperarlo y darle los elementos que le permitan tener una vida digna y buena. Una buena vida peruana.

Invierno 2021

María Isabel Remy

Viceministra de Políticas y Supervisión del Desarrollo Agrario del MIDAGRI

Hambre Cero en el Perú y Emergencia Alimentaria



Objetivo de Desarrollo Sustentable Hambre Cero y Hambre en el Mundo.

En la Cumbre del Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas de setiembre del año 2015 se aprobó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Con ellos se buscar dar continuidad y profundizar en las Metas del Milenio.

La ODS 2 denominada Hambre Cero busca poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible.

Las metas de este objetivo atienden, en primer lugar, a la mejora de la alimentación a través del acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente. Asimismo, se propone la erradicación de todas las formas de malnutrición, ocupándose también de la producción de alimentos, la agricultura y el sistema alimentario.

De acuerdo al último informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO en sus siglas en inglés) sobre el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo (SOFI 2020), luego de tres décadas de disminución de las personas que padecen hambre en el mundo - medido por la prevalencia de la desnutrición-, a partir del año 2015 se empezó a revertir la situación. El informe da a conocer también que en el planeta 690

millones de personas padecen de hambre. Asimismo, esa cifra conlleva un incremento de 60 millones de personas en cinco años y representa 8,9 por ciento de la población mundial.

El SOFI aseveró que el mundo no está en vías de lograr el objetivo del hambre cero para 2030. Además, aseguró que si continúan las tendencias recientes, el número de personas afectadas por el hambre superaría los 840 millones para ese año. Una evaluación preliminar sugiere que la pandemia de la COVID-19 podría añadir entre 83 y 132 millones al número total de personas subalimentadas en el mundo. Por ello, la FAO pide a todos los países “actuar con urgencia” para revertir las tendencias de los años recientes.

El Perú y la ODS 2. Revisión Estrategia en función a las ODS Hambre cero en el año 2017: Hacia la incorporación de la ODS Hambre cero en las Estrategias y Planes Peruanos.

A pedido del Programa Mundial de Alimentos (PMA), investigadores de la Universidad del Pacífico elaboraron el documento “Hambre Cero al Año 2030 en el Perú ¿Cómo lograr el Segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible? Una revisión estratégica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional”. El documento considera que el avance en la respuesta programática del gobierno peruano y el marco político del Estado, con miras a lograr los ODS al 2030, tenía en cuenta a la Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) como un tema de vital importancia en la agenda nacional, y que diferentes instancias del Estado establecieron estrategias nacionales cuyos lineamientos de política relacionan componentes de la SAN con las metas específicas del “Hambre Cero”.

Una evaluación preliminar sugiere que la pandemia de la COVID-19 podría añadir entre 83 y 132 millones al número total de personas subalimentadas en el mundo. Por ello, la FAO pide a todos los países “actuar con urgencia” para revertir las tendencias de los años recientes.

Al año 2016 se tenía registro de la existencia de siete planes nacionales desarrollados por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), MINAGRI, Ministerio de Vivienda, MINSA y el Ministerio del Ambiente (MINAM). Entre ellas: la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013 - 2021; el Plan Bicentenario; el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015 - 2021; el Plan Concertado

Nacional de Salud 2007 - 2020; la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”; el Plan Estratégico Sectorial Multianual del Ministerio de Agricultura y Riesgo 2015 - 2021; la Estrategia Nacional de Agricultura Familiar y el Programa Nacional de Saneamiento de Agua Rural y el Plan Nacional de Acción Ambiental.

Entre los programas relacionados a la SAN que tenían más presupuesto asignado en el ministerio encargado de su ejecución se encontraban: en el caso del MINSA, el Programa Articulado Nutricional-PAN con 60.62% del total de su presupuesto; en el caso del MIDIS, Qali Warma con 35%; en el caso de MINAGRI, AGRORURAL con 61%; en el caso de MINAM, Gestión Sostenible de Recursos Naturales y Diversidad Biológica con 92%; en el caso de PRODUCE, Fortalecimiento de la Pesca Artesanal con 91%, y en el caso del Ministerio de Vivienda, el Programa Nacional del Saneamiento Urbano con 68%. El MIDIS era el que contaba con los mayores recursos públicos para programas relacionados al SAN y Qali Warma el programa que administraba la mayor cantidad de esos recursos destinado a la “utilización” de los alimentos, a través de la ingesta de alimentos de contenido nutricional adecuado e inocuos.

A partir de los resultados de los análisis y de las preocupaciones de las que se partió, se planteó seis puntos de una agenda de reforma institucional:

- Establecimiento de la lucha contra la desnutrición crónica infantil, la anemia nutricional y la obesidad infantil como un objetivo prioritario del Estado.
- Una articulación tanto horizontal, entre los sectores involucrados en la lucha contra los problemas nutricionales, como vertical, entre los diferentes niveles de gobierno.
- Afianzamiento de una cultura de la “gestión por resultados” a través de la promoción de incentivos para que los gobiernos subnacionales prioricen la lucha contra la inseguridad alimentaria y nutricional.
- Diseño y ejecución de intervenciones alimentarias y nutricionales que tomen en cuenta la diversidad cultural y biológica de cada población objetivo.
- Fortalecimiento institucional y presupuestal de las entidades responsables de ejecutar las políticas de gestión de riesgos ante desastres naturales.
- Desarrollo de una cultura de toma de decisiones públicas sobre la base de la evidencia, para que las políticas y protocolos generen cambios en

sintonía con el ODS2.

Crisis de salud y crisis alimentaria.

En la sesión virtual del **Acuerdo Nacional**, realizada el viernes 8 de mayo de 2020, diversos representantes, valoraron como urgente y necesaria la propuesta de la **Conferencia Episcopal Peruana** para adoptar un **“Pacto de Solidaridad: Hambre cero”**, en el momento en que miles de peruanos habían perdido sus empleos, o se habían visto obligados a regresar a sus lugares de origen, a consecuencia de la declaratoria de la cuarentena por la pandemia de la COVID-19.

El 25 de mayo de 2020 el experto en temas agrarios Eduardo Zegarra aseveró que la crisis sanitaria se había convertido ya en una crisis alimentaria. Asimismo, aseguró que requería de urgente atención por parte de las autoridades debido a la inadecuada protección de millones de familias que se quedaron sin ingresos y por el descuido de la seguridad sanitaria de los mercados de alimentos a nivel nacional. Remarcó, también, que había un casi absoluto abandono de la agricultura familiar de parte del gobierno en medio de la grave crisis y que el campo se estaba descapitalizando. El especialista explicó que estos sucesos tendrían consecuencias para la siguiente campaña agrícola y pondrían en riesgo la seguridad alimentaria en términos de disponibilidad de alimentos.

En junio del 2020, el Acuerdo Nacional planteó que había que conformar un Comando de Emergencia Agroalimentaria, adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros y con participación de sociedad civil, con el objetivo de prevenir el daño que podía generar la pandemia, así como para plantear un plan de desarrollo efectivo para la emergencia y la post emergencia.



Las ollas comunes han sido las más afectadas por la llegada de la COVID-19 y, al mismo tiempo, las que han ayudado a alimentar a miles de personas durante la pandemia.

Toma de decisiones frente el Hambre derivado de la Pandemia: Programa Temporal Hambre Cero en el año 2021.

A partir de los planteamientos del Acuerdo Nacional y diálogos con el Programa Mundial de Alimentos -y teniendo en cuenta las iniciativas que ya tenía el Ejecutivo a través de varios ministerios y en especial a través del MIDIS y de MIDAGRI- crea el Programa Temporal Hambre Cero en enero del 2021.

El programa tiene por objetivo ser una intervención temporal que busca contribuir a la reducción de las brechas de inseguridad alimentaria que se han incrementado en el país como resultado de la propagación de la COVID-19.

El programa incluye los siguientes componentes:

- Fortalecimiento de oportunidades productivas y capacidades productivas, con énfasis en la pequeña producción, a cargo de MIDIS, MIDAGRI, PRODUCE, MINAM y MVCS.
- Armonización de procesos de demanda, compra y entrega de alimentos, a

cargo de MIDIS, MIDAGRI, PRODUCE, MTPE, MINAM.

- Validación de un modelo de articulación territorial de intervenciones para la reducción de la pobreza extrema y la inseguridad alimentaria, a cargo de MIDIS, MIDAGRI, PCM.

El Programa Temporal Hambre Cero tiene por objetivo ser una intervención temporal que contribuya a la reducción de las brechas de inseguridad alimentaria que se han incrementado en el país como resultado de la propagación de la COVID-19.

El programa trabaja de acuerdo a los siguientes criterios:

- Focalización geográfica a partir del cruce de información en base al Índice de la vulnerabilidad alimentaria 2018 y el Mapa de Pobreza 2018.
- Diversificación a partir de paquetes de acciones que se implementarán tomando en cuenta la oferta de intervenciones existentes y el perfil de la demanda con enfoque intercultural.
- Gradualidad de una implementación secuencial tomando en cuenta criterios de priorización y de capacidad institucional en el territorio.

El programa prioriza:

- 188 distritos en base a cuatro ejes territoriales que abarcan Ayacucho y Huancavelica; Cajamarca y La Libertad; Loreto; Lima Metropolitana y Callao, con un alcance potencial de 3,800,011 usuarios.
- En regiones teniendo en cuenta la Inseguridad Alimentaria, la Pobreza Monetaria y Ruralidad mayor o igual que 50%.

El programa apuesta trabajar a partir de la mayor interseccionalidad y con la colaboración de la sociedad civil.

El MIDIS viene asumiendo la entrega de alimentos a través de los Municipios y trabajando en una estrategia de participación territorial. El MIDAGRI se está ocupando del trabajo con los productores y productoras.

Hacia la propuesta de Emergencia Alimentaria: Demandas de los actores involucrados en el Cumplimiento de la ODS 2 y en el Programa Temporal Hambre Cero.

Demandas de los pequeños productores y pequeñas productoras del agro.

En reuniones interregionales con pequeños agricultores y agricultoras promovidas por el Colectivo “Por la Agricultura Familiar y un Perú sin Hambre” y realizadas entre febrero y abril del 2021, se recogió que en estos momentos ellas y ellos tienen múltiples problemas. Por un lado, sufren dificultades por el cobro de deudas que no pueden pagar y la falta de apoyo para la colocación de sus productos de una manera en que los beneficie. Por la otra parte, tienen complicaciones con el acceso al agua y la falta de protección de los problemas derivados por el clima. Asimismo, tampoco cuentan con oportunidades y condiciones para la transformación productiva. La presencia esos problemas no asegura su estabilidad y seguridad, ni da oportunidad para su crecimiento.

Realidad y requerimientos de las Ollas Comunes

Las ollas comunes, que expresan en este momento la situación apremiante que viven muchas familias por falta de alimentación, surgieron en el contexto de la pandemia dentro del sector de la población más empobrecido de las ciudades y que en la situación actual preparan los alimentos al aire libre sin infraestructura ni equipamiento adecuado.

Desde la Mesa de Seguridad Alimentaria de Lima y de la Red de Ollas Comunes que se ha conformado en Lima Metropolitana, se tiene conocimiento de la existencia de 2,100 Ollas Comunes y de los 250,000 comensales a los que ellas atienden. Muchas de las personas que se alimentan de las ollas comen una sola vez al día. Asimismo, siete de cada diez ollas prepara alimentos en la calle y cocina con gas y madera.

Desde abril del año pasado la Red de Ollas Comunes y la Mesa de Seguridad Alimentaria han venido realizando acciones de incidencia visibilizando el trabajo y aporte de las ollas comunes, y demandando presupuesto para alimentos. Es así que se ha demandado al MIDIS una asignación presupuestal más de 220 millones de soles para atender a 200 mil personas en este año.

Planteamiento sobre la Emergencia Alimentaria

La Red de Ollas Comunes y la Mesa de Seguridad Alimentaria de Lima, en el contexto de profundización de la pandemia y de la pobreza preexistente, plantean la urgente necesidad de que el Gobierno declare la emergencia alimentaria. Esta

misma tiene que ser una decisión política que debe ser asumida por la PCM y que el Presidente de la República debe decretar.

Asimismo, como consecuencia de dicha declaratoria se debe arribar a acuerdos concretos sobre el presupuesto 2021 que permita garantizar que las ollas comunes -no solo de Lima, sino que de todas las zonas urbanas del país- tengan el presupuesto que les permita atender la emergencia alimentaria y que, en la formulación presupuestal 2022 que debe iniciarse en los próximos meses, se les considere en la previsión presupuestal.

Se tiene conocimiento de la existencia de 2,100 Ollas Comunes y de los 250,000 comensales a los que ellas atienden. Muchas de las personas que se alimentan de las ollas comen una sola vez al día. Asimismo, siete de cada diez ollas prepara alimentos en la calle y cocina con gas y madera.

Se espera que de ahora en adelante se considere a las ollas comunes como parte de la estrategia para lograr los objetivos de combatir el hambre, la desnutrición, la anemia y la tuberculosis. También, que sean integradas para el cumplimiento de los objetivos del Programa Temporal Hambre Cero y que sus demandas se articulen con de las campesinas y de los campesinos que desarrollan la agricultura familiar.

De este mismo modo, se busca que se implemente la ley 31126 para que se registren las ollas comunes y se cuente con su reconocimiento. El MIDIS debe asumir la función asignada por ley de brindar asistencia técnica a los gobiernos locales en el registro, distribución de víveres, transparencia en la información y respeto a la institucionalidad de las ollas comunes.

También, que se de financiamiento para la implementación de infraestructura comunitaria para las ollas comunes, así como para su equipamiento (ollas, cocinas y utensilios). Que se les dote de kits de bioseguridad y se realice un seguimiento de la salud de las encargadas de la preparación de los alimentos. Asimismo, el gobierno, a través del programa a trabajar urbano, debe implementar la infraestructura comunitaria para la preparación de los alimentos, generando, también, empleo.

Finalmente, se espera que se implemente un plan de vigilancia ciudadana y un sistema de seguimiento y monitoreo para la fiscalización de los gobiernos locales

y del funcionamiento de las mismas ollas.

Conclusiones

- Si bien ha habido un buen avance en el planteamiento de estrategias y programas, la situación y demandas de las ollas comunes y de las pequeñas agricultoras y agricultores, junto con la demanda de Emergencia Alimentaria, expresan la insuficiencia de lo planteado y ejecutado hasta este momento.
- La problemática que se tenía en el tiempo prepandemia se ha agudizado por la misma, la cual junta la crisis sanitaria, la de alimentación y la referida a la reducción o falta de ingresos.
- De acuerdo al documento “Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2020”, publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que el año pasado, un 12,1% de la población menor de cinco años de edad del país sufrió desnutrición crónica según el patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, el INEI precisó que, en el área urbana, la desnutrición crónica afectó al 7,2%; y en el área rural al 24,7% de las niñas y niños menores de cinco años. También informa que la prevalencia de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad fue del 40,0%; registrándose mayor incidencia en el área rural (48,4%), que la urbana (36,7%).
- Es necesario trabajar con ollas comunes, comedores populares y agricultoras y agricultores familiares en el planteamiento y ejecución de las políticas para lograr cumplir con el ODS 2 y en su vigilancia.
- Tenemos que avanzar en una política más articulada con una conducción principal.



La Mesa de Seguridad Alimentaria de Lima plantea la urgente necesidad de que el gobierno declare la emergencia alimentaria en el país.

Invierno 2021

Rómulo Torres

Coordinador de la Red de Centros Sociales de Educación Popular (SEPSI) del Apostolado Social jesuita en Perú.