
Colombia: Evaluación del F-ODM

ESTUDIO DE CASO LAS 13 PRACTICAS CLAVES, UNA RUTA DE CUIDADO EN SALUD Y NUTRICIONVALIDADA POR COMUNIDADES INDIGENAS Y AFROCOLOMBIANAS



Prólogo

El Fondo para el logro del ODM se estableció en 2007 a través de un acuerdo histórico firmado entre el Gobierno de España y el sistema de las Naciones Unidas. Con una contribución total de aproximadamente US \$ 900 millones, el F-ODM ha financiado 130 programas conjuntos en ocho ventanas temáticas, en 50 países.

Nueve países fueron seleccionados en 2009 para recibir ayuda financiera adicional para la Comunicación e Incidencia (C&I) y las estrategias de monitoreo y evaluación a nivel nacional (M&E). La razón de ser de la asignación de este apoyo es estimular intervenciones creativas e innovadoras relacionadas tanto con C&I como con M&E, destacables como casos ejemplares de la acción colectiva en la pobreza y los ODM. Los nueve países seleccionados inicialmente fueron Bosnia y Herzegovina, Colombia, Ecuador, Etiopía, Honduras, Mauritania, Marruecos, Filipinas y Timor-Leste. El Salvador se añadió en 2012 como décimo país.

Las evaluaciones de los estudios de caso son ejercicios de generación de conocimiento cuyos principales objetivos son: a) evaluar la contribución del Fondo, a nivel nacional, a la consecución de los ODM, los principios de la Declaración de París y la iniciativa de reforma de la ONU "Unidos en Acción ". b) Informar a la futura programación conjunta para el desarrollo mediante la identificación de las mejores prácticas y las lecciones aprendidas de las experiencias del Fondo c) Conectar las intervenciones del programa a nivel local con los procesos de formulación de políticas a nivel nacional, poniendo en relieve las iniciativas piloto más exitosas con potencial de replicación y ampliación.

Cada estudio de evaluación país ha sido encargado por la Oficina del Coordinador Residente de las Naciones Unidas (OCR) en el país respectivo. La Secretaría del F-ODM ha proporcionado orientación y garantía de calidad para el equipo de país en el proceso de evaluación, en particular mediante la revisión de los términos de referencia y los informes de evaluación. Se espera que todas las evaluaciones de los países del estudio que se realizarán en consonancia con el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (CAD) de la red de evaluación "Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo", y el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG) "Normas para la evaluación en el sistema de las Naciones Unidas". El Grupo de Referencia de Evaluación (ERG), dependiendo del país, incluye representantes del Comité Directivo Nacional (NSC), los Comités de Gestión de Programas (PMCs), las contrapartes gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil.

Agradecemos a nuestros socios nacionales, el Coordinador Residente de la ONU y sus respectivas oficinas de coordinación, así como el equipo del programa conjunto, por los esfuerzos invertidos en la realización de esta evaluación.

La secretaría del F-ODM

**ESTRATEGIA DE MONITOREO Y EVALUACION F-ODM
EVALUACION DE PAIS DEL F-ODM EN COLOMBIA**

ESTUDIO DE CASO

***LAS 13 PRACTICAS CLAVE, UNA RUTA DE CUIDADO EN SALUD Y NUTRICION
VALIDADA POR COMUNIDADES INDIGENAS Y AFROCOLOMBIANAS***

CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivo del estudio de caso
3. Contexto y situación de las comunidades
4. La estrategia de las “13 prácticas clave”
 - 4.1 Elaboración preliminar de la propuesta de las prácticas clave
 - 4.2 Las prácticas clave se concertan en los territorios
 - 4.3 Operación de las 13 prácticas en los territorios
 - 4.4 Otros componentes apoyan el proceso
 - 4.5 La intervención de los actores involucrados
5. Resultados destacados
6. Aplicaciones potenciales del proceso desarrollado
7. Bibliografía

ESTUDIO DE CASO

LAS 13 PRACTICAS CLAVES, UNA RUTA DE CUIDADO EN SALUD Y NUTRICIONVALIDADA POR COMUNIDADES INDIGENAS Y AFROCOLOMBIANAS

1. Introducción¹

El Gobierno de España celebró en 2006 un acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para apoyar el logro de los Objetivos de Milenio –F:ODM (MDG:F por sus siglas en inglés). Una de las ventanas establecidas es la relativa a “Infancia, seguridad y nutrición”, en cuyo marco en Colombia se desarrolló entre noviembre de 2009 y marzo de 2013 el Programa Conjunto “Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional”. Un producto específico esperado de este programa, estableció: *Comunidades indígenas y afrocolombianas seleccionadas que implementan modelos de atención integral para la seguridad alimentaria y nutricional, dirigidos a los niños y niñas hasta 5 años, con énfasis en menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en lactancia*².

El PC sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición fue liderado por el PMA y contó con la participación de FAO, OPS/OMS, PNUD y UNICEF. Entre los socios nacionales participó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, el Departamento de Prosperidad Social –DPS (antes Acción Social), la Agencia de Cooperación Internacional de Colombia –APC, el Ministerio de Salud y Protección y otros Ministerios; y los socios territoriales fueron el gobierno departamental del Chocó y las alcaldías de los nueve municipios participantes del programa conjunto. Como socios comunitarios participaron también las organizaciones étnicas de los territorios de intervención a través de los Cabildos indígenas y Consejos comunitarios de comunidades afrocolombianas correspondientes. En cuanto a socios implementadores, la Unión temporal inter-diocesana, Diócesis de Quibdó, Isminatadó, el Instituto Prestador de Salud -IPS Erchichijai, el Instituto Proinapsa-UIS y la Universidad Tecnológica del Chocó -UTCH- y la Fundación Universitaria Claretiana –FUCLA-

Un valioso componente del modelo de atención integral para la seguridad alimentaria y nutricional, desarrollado por el programa conjunto, es una estrategia innovadora de prácticas clave de cuidado con énfasis en salud y nutrición. Los importantes resultados obtenidos en un período de tiempo razonable, justifican destacar un conjunto de aprendizajes del proceso, lo cual puede contribuir y fortalecer iniciativas en esta

¹Una fuente amplia de información sobre el tema es la entrevista a profundidad realizada en Chocó a profesionales de la Unidad Técnica del PC, enfermera Leydi Manuela Mosquera, nutricionista Ingrid Villamil e Ingeniero ambiental Vladimir Mosquera. La interpretación y los conceptos emitidos comprometen únicamente a la evaluadora.

²MDG:F. Programa conjunto F-ODM- Informe narrativo final. “Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutrición”. Abril, 2013.

temática en diversos contextos nacionales o internacionales. Este documento presenta el estudio de caso de esta estrategia.

2. Objetivo del estudio de caso

Este estudio se presenta con el fin de evidenciar aspectos determinantes de la aplicación de una innovadora estrategia basada en un conjunto de 13 prácticas clave en salud y nutrición, denominada también estrategia integradora o seres de cuidado, y su eficiente aporte en el desarrollo de modelos de atención integral para seguridad



alimentaria y nutricional con énfasis en niñez menor de 6 años y madres gestantes y lactantes, en comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó.

De acuerdo con lo establecido en los términos de referencia³, los criterios centrales del estudio destacan el aporte de la estrategia desarrollada para uno o más de los siguientes aspectos: a) el avance hacia los ODM priorizados en el PC para construcción de paz, como son los relativos a erradicar la pobreza y el hambre, a promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; a reducir la mortalidad infantil, y a garantizar la sostenibilidad ambiental; b) la

interagencialidad como una ventaja comparativa del Sistema de Naciones Unidas según el proceso de reforma del Sistema; y c) la aplicación de principios pertinentes de la declaración de París especialmente en cuanto a apropiación de las comunidades locales del proceso desarrollado.

3. Contexto y situación de las comunidades⁴

El Departamento del Chocó está situado en el occidente del país, en la región de la llanura del Pacífico, es el único departamento del país que cuenta con costas en los Océanos Pacífico y Atlántico. El Chocó biogeográfico es considerado como una de las regiones del mundo con mayor riqueza en recursos naturales, diversidad de especies, plantas y animales, y es la ecoregión de mayor pluviosidad del planeta. Sus ríos y caños son las principales vías de comunicación, por lo tanto los pobladores enfrentan dificultades para el acceso a bienes y servicios, y altos costos para la movilización de personas, el ingreso de insumos y la salida de productos (PRODOC, 2009).

³ PNUD, Colombia. "Términos de Referencia / Proceso No.12811, *Estrategia Piloto de Monitoreo y Evaluación F-ODM*". Colombia, 2012.

⁴ Con base en: MDG:F. PRODOC "Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional". Ventana de infancia, seguridad alimentaria y nutrición, Bogotá, 2009.

De acuerdo con el censo del DANE 2005⁵, el 74% de la población se reconoce como afrocolombiana y el 11% corresponde a cinco pueblos indígenas agrupados en 119 resguardos quienes en gran parte han conservado sus costumbres, tradiciones y lenguas.

El departamento es afectado por la expansión de cultivos ilícitos en la Costa Pacífica, así como por la presencia de grupos armados al margen de la ley, lo cual incide entre otros aspectos en el desplazamiento de la población en el Chocó mismo y hacia otros departamentos, y genera obstáculos para la realización de actividades agrícolas y pecuarias que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional local.

Con respecto a la **situación general de la población**, según datos del PRODOC, en el 2005 el 78,5% y el 48,7% de la población choacoana se encontraba por debajo de la línea de pobreza y en situación de miseria, respectivamente. Según mediciones establecidas el documento registra que el 94,9% de los hogares se perciben en grado severo de inseguridad alimentaria; se enfatiza además que los niños y niñas que presentan altos grados de desnutrición, de carencia de vacunas entre otros aspectos. También las mujeres enfrentan situaciones de mayor desventaja relativa, por las altas tasas de mortalidad materna, de violencia intrafamiliar, de rezagos en sus niveles educativos y su escasa presencia en niveles decisorios, entre otros aspectos.

Los niños y niñas que enfrentan problemas de desnutrición son atendidos por el ICBF en Centros de recuperación nutricional; si bien esta alternativa responde a su situación inmediata, plantea algunas limitaciones, entre ellas, “mayores costos de atención; bajas coberturas; rechazo por parte de las comunidades a la internación de niños y niñas y riesgo de reincidencia causados por el regreso de niños y niñas al hogar, en el cual no se han modificado los factores que inciden en la desnutrición”⁶.

El programa se ejecuta en áreas parciales de 9 municipios de los 31 que integran el departamento del Chocó; y abarca 58 comunidades con una cobertura total cercana a las 3000 familias. Los municipios son: El Carmen de Atrato, Istmina, Litoral del San Juan, Medio San Juan, Nóvita, Quibdó, Río Quito, Sipí y Tadó.

4. La estrategia de “las 13 prácticas clave”

4.1 *Elaboración preliminar de la propuesta de las prácticas clave*

Las 13 prácticas clave **nacena** partir del propósito de integrar tres estrategias que se han desarrollado en el país por diversas entidades como el ICBF, el Ministerio de Salud y protección social, con la colaboración de UNICEF, de apoyo particular a la niñez y a las mujeres gestantes y lactantes: la AIEPI –Atención Integral a las enfermedades prevalentes en la infancia-; Entornos saludables, relacionados con la vivienda y su medio ambiente; y IAMI –Instituciones amigas de la mujer y de la

⁵ DANE, Departamento administrativo nacional de estadísticas. Revista de Información básica: http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo5.html

⁶ MDG: F. “Trabajo conjunto, es lo que merece la comunidad. Sistematización del modelo de seguridad alimentaria y nutricional con pertinencia étnica”. (sin fecha). Citando a (Mazo 2011).

infancia-. Estas estrategias se desarrollan con las comunidades de intervención, a través de un conjunto de pasos o prácticas claves, por lo cual se consideró pertinente establecer una articulación entre ellas.

Se entiende como **prácticas clave**, “Acciones que los sectores de salud, educación e ICBF entre otros, deben garantizar y promover a través de procesos educativos, para que las familias incorporen al cuidado cotidiano y para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de las niñas y los niños”⁷

Para facilitar el proceso, se realiza un trabajo interinstitucional previo, de selección y articulación de un conjunto de prácticas de las tres estrategias enunciadas, según pertinencia y necesidad, y acordes a las características y condiciones de las poblaciones indígenas y afrocolombianas de los territorios de implementación del programa. Con esta propuesta preliminar se inicia la acción en las áreas de intervención.

4.2 Las prácticas claves se concertan en los territorios

Debido a que la integración de las estrategias antes enunciadas es un aporte novedoso y que no ha sido desarrollado en otros contextos del país, para el desarrollo de las prácticas en los territorios se parte del **conocimiento de las comunidades**, de sus prácticas tradicionales; mediante el diálogo de saberesse intercambia también sobre lo que conocen de cada una de ellas, cómo se propone su implementación, qué se requiere adicionar o ajustar, lo cual genera una **construcción participativa** de la estrategia y confianza local para su aplicación.

El programa trabaja estos aspectos con **diversos grupos territoriales** como son las autoridades locales, las autoridades étnico-territoriales de los grupos indígenas existentes en la región (emberakatío, dóbida, chami y wounaan), y de los consejos territoriales de las comunidades afrocolombianas participantes, y en general con hombres y mujeres líderes e integrantes de estas comunidades. También participan en estos



intercambios los equipos técnicos constituidos para la ejecución del proyecto, personal integrante de las agencias del SNU participantes en el programa conjunto y profesionales de instituciones locales. Para la validación final de las estrategias seleccionadas, se realizan diversos encuentros, con familias indígenas y afrocolombianas organizadas por grupos diferenciales: hombres, uno de indígenas y

⁷ MDG:F. “Integración de las estrategias IAMI, AIEPI y Entornos Saludables”. Instituto Proinapsa, Universidad Industrial de Santander. Colombia. (sin fecha). Citando a Ministerio de la Protección Social

otro de afrocolombianos; mujeres uno de cada grupo étnico-territorial; y uno con niños y niñas tanto afrocolombianos/as como indígenas.

Este proceso permite que se consolide un grupo de 13 recomendaciones; son mensajes prácticos para incorporar en las rutinas cotidianas y logra una buena calidad de vida diaria, que anima a las familias y a la comunidad para apoyarse y cuidarse, y que sugiere bases para promover la seguridad alimentaria.

Finalmente quedaron establecidas las siguientes **13 prácticas**⁸:

1. Tome las medidas adecuadas para tener agua segura para su uso en la preparación de alimentos y aseo personal.
2. Lávese las manos con agua y jabón para la manipulación y consumo de los alimentos y después de realizar las necesidades fisiológicas.
3. Mantenga limpia la vivienda y haga un manejo adecuado de las excretas, aguas residuales y residuos sólidos.
4. Adopte medidas saludables de preparación, conservación y manipulación de los alimentos.
5. Proteja a la familia de vectores y plagas que representan un peligro para la salud.
6. Alimente con leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad, teniendo en cuenta la importancia del inicio temprano.
7. Inicie la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad, sin interrumpir la lactancia materna hasta los 2 años.
8. Tenga en cuenta que la gestante reciba cuidados prenatales adecuados, además del apoyo de su familia y de la comunidad en el momento del parto, después del parto y durante la lactancia materna.
9. Tenga en cuenta que los niños y niñas antes de cumplir el primer año, reciban el esquema completo de vacunación.
10. Brinde apoyo psicoafectivo, cuidados y tratamiento apropiado a niños y niñas durante las enfermedades.
11. Comparta espacios de juego y aprendizaje con niños y niñas.
12. Tome medidas adecuadas para prevenir accidentes en el hogar y su entorno.
13. Mantenga la cocina libre de riesgos.

La estrategia se denomina durante la ejecución del programa conjunto “Las 13 prácticas clave”, luego se resume como “la estrategia integradora”; y en la etapa de apropiación institucional nacional se denomina “seres de cuidado”, para dar una connotación de proceso integral, articulado mediante tres grandes grupos, “cuidarnos”, “cuidarnos al comer”, “cuidarnos en casa”⁹.

⁸ MDG: F. “Trabajo conjunto, es lo que merece la comunidad. Sistematización del modelo de seguridad alimentaria y nutricional con pertinencia étnica”. (sin fecha). Citando a (Mazo 2011).

⁹ MDG: F. “Cartilla. Seres de Cuidado”. Proinapsa, Universidad Industrial de Santander. Programa Conjunto – Ventana de infancia y seguridad alimentaria y nutricional. Colombia. (sin fecha).

La estrategia se desarrolla con base en acciones educativas continuas, de reflexiones sobre los temas abordados y cuenta con una guía operativa y materiales que orientan su aplicación. Esta es una estrategia flexible, que se adapta según las condiciones reales locales; por ejemplo si el lugar de aplicación cuenta con agua segura, potable, la práctica con respecto al agua debe reajustarse.

4.3 Operación de las 13 prácticas en los territorios

En los encuentros realizados, además de validar el tipo de prácticas y su modalidad de operación, se analizaron el tipo de **estrategias adecuadas para promoverlas** en las diversas comunidades.

Para el trabajo directo en las comunidades se estructuraron **equipos técnicos de terreno, interdisciplinarios**, formados integralmente para la intervención, con permanencia en la comunidad y con reuniones mensuales inter-equipos, lo cual propició para sus integrantes, el conocimiento de los distintos aspectos contenidos en las prácticas clave; esto contribuye a que se refuerce el trabajo hacia un objetivo específico, a partir de la responsabilidad puntual de cada integrante. Es así como por ejemplo un/a ingeniero/o sanitario de una agencia, trabajando en asocio con un/a enfermera/o de otra agencia, entiende claramente que su trabajo sobre una adecuada exposición de residuos, contribuye al objetivo principal que es el impacto en el mejoramiento de la salud de los niños y niñas.



Los equipos de terreno **trabajaron con pares de la comunidad**, líderes/as comunitarios/as, lo cual se facilitó a estos equipos vivir en las comunidades y compartir su cotidianidad. Otra modalidad valiosa de capacitación, fueron los **grupos focales temáticos** para el trabajo sobre las prácticas, por ejemplo el grupo de parteras, grupo de médicos tradicionales, de madres comunitarias, de docentes, de gestantes, de lactantes, de instituciones públicas, entre otros. También a las **niñas y niños se les capacitó** en las prácticas.

Como apoyo a la implementación de la estrategia se elaboró un conjunto de **materiales educativos y de comunicación** sobre las 13 prácticas, con **enfoque diferencial**, teniendo en cuenta las culturas y costumbres de las comunidades indígenas y las afrodescendientes, validados en los diversos espacios de intercambio con las comunidades locales; de manera especial se hizo un trabajo con grupos familiares, lo que facilitó la comprensión y la apropiación local para su uso.

Para la continuidad del proceso, en cada comunidad se creó un **comité de seguridad alimentaria y nutrición**, integrado por mujeres y hombres interesados en las

temáticas y elegidos por la comunidad local, a quienes se les capacita en acciones de fortalecimiento, avance y cualificación de las 13 prácticas, como son las visitas periódicas a los niños y niñas, y las familias para continuar haciendo recomendaciones. Integran estos comités, personas como líderes/as de las comunidades étnicas, gobernadores indígenas, docentes, madres comunitarias, promotor/a voluntario/a, entre otros.

4.4 Otros componentes apoyan el proceso

Las 13 prácticas clave se le reconoce como un componente determinante en el marco del programa conjunto sobre seguridad alimentaria y nutricional, y de manera particular para mejorar los niveles de nutrición y salud de niños, niñas y madres gestantes. Sin embargo, es una estrategia que en la práctica además de salud y nutrición, integra aspectos relativos a saneamiento, educación y alimentación, y propicia el logro de niveles de vida para un buen vivir.



También la estrategia específica de las 13 claves se ve fortalecida por otros componentes del programa. Es así como a través de la estrategia de educación nutricional, con los encuentros de saberes, promoviendo la preparación y consumo de alimentos fuente de proteína (huevo y pescado), las hortalizas tradicionales e introducidas y alimentos de pan coger cosechadas, se anima la adquisición de hábitos alimentarios

saludables y permite demostrar cómo se realiza una adecuada manipulación de alimentos. También complementa sus acciones la aplicación de la estrategia de ABC –Atención Basada en Comunidad-, centrada en la recuperación nutricional infantil. Así mismo, debido a las condiciones de pobreza de la población vinculada al programa, el componente agroalimentario, destinado a mejorar la capacidad productiva y la diversidad del proyecto de la huerta, posibilita la producción de los alimentos no sólo para las familias, sino en terrenos comunitarios o en casas de madres comunitarias que atienden niños y niñas de las localidades.

4.5 La intervención de los actores involucrados

El componente de las 13 prácticas clave contó con la intervención de diversas entidades y organizaciones. La asociación de **organismos de las Naciones Unidas** con el liderazgo de PMA para el programa y especialmente del UNICEF debido a que el eje son los niños y niñas, y madres gestantes y lactantes; y los aportes de la OPS, FAO y PNUD. Las **autoridades públicas departamentales y locales**, así como las **autoridades étnico-territoriales** como los cabildos indígenas y consejos comunitarios, que apoyan la concertación del proceso y la inclusión del tema en las agendas públicas locales; **la comunidad y las familias** con quienes se ponen en

práctica las prácticas; las entidades socias institucionales como las alcaldías y personal profesional local, quienes apoyaron y aportaron para actividades del programa; y los **socios implementadores** como la unión temporal inter-diocesana, instancia aliada para el desarrollo de las estrategias de salud y nutrición del programa conjunto. El Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander, entidad que mediante convenio con el programa, apoyó el proceso de desarrollo conceptual, operativo e integrador del componente.

5. Resultados destacados¹⁰

A partir del objetivo de contribuir al desarrollo de un modelo de atención integral para seguridad alimentaria y nutricional con énfasis en menores de edad, madres gestantes y lactantes, en comunidades étnico-territoriales del Chocó, mediante el desarrollo de una novedosa estrategia de *13 prácticas clave* en salud y nutrición, se destacan algunos de los resultados obtenidos.



- Contribución al avance de los ODM

La puesta en marcha de la estrategia de las 13 prácticas clave contribuyó de manera determinante a **cambios de comportamiento** en salud, saneamiento y nutrición que redujeron índices como: disminución del 1.2% en la prevalencia de la desnutrición global en niños y niñas menores de 6 años (15.3% 2011 a 14.1% 2013); así mismo, la prevalencia de bajo peso de mujeres gestantes que disminuyó en 6% (10,4% a 4,4%); y también los episodios de diarrea en los niños menores de 6 años, que pasó de 30,2% a 9,9%, entre la primera y segunda evaluación, y mantuvo la tendencia durante la tercera evaluación con un 10,6%, (Informe de valoración nutricional PC, 2013 y Evaluación PC, 2013).

Si bien el énfasis de la intervención son menores de 6 años de edad, y mujeres gestantes y lactantes, la estrategia desarrollada aportó para el **mejoramiento nutricional del conjunto de las comunidades** participantes, debido al proceso de selección e implementación de las prácticas clave, en especial al intercambiar con los saberes locales y por el compromiso de la comunidad para su implementación.

¹⁰ Fuentes:

- MDG:F. Evaluación final del Programa Conjunto “Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional”. Rodríguez A.L; Colombia, abril j, 2013.
- MDG: F. “Trabajo conjunto, es lo que merece la comunidad. Sistematización del modelo de seguridad alimentaria y nutricional con pertinencia étnica”. (sin fecha). Citando a (Mazo 2011).

La estrategia de las 13 prácticas incidió en propiciar la **participación de las mujeres** en procesos comunitarios, especialmente en las comunidades indígenas cuya presencia directa en estos espacios es reducida; también fue importante destacar el cuidado a las mujeres gestantes, pues a menudo en estas comunidades continúan realizando tareas pesadas como cargar leña u otras actividades que puede afectar a la mujer o a su hijo/a.



Se demostró que aún en regiones como el Chocó, con altas brechas de desigualdad en relación con el resto del país, una estrategia como los 13 prácticas clave, contribuye a plantear alternativas para avanzar hacia procesos de seguridad

alimentaria y nutricional asumida desde un enfoque integral, que aporte tanto a la **alimentación como a otras problemáticas locales complementarias** de salud, saneamiento, agua y cohesión social entre otros, aplicando soluciones coherentes, adecuadas y participativas con objetivos concretos.

- Ventajas comparativas de la intergeneracionalidad del SNU

El trabajo conjunto entre organismos del Sistema de Naciones Unidas favoreció el resultado e impacto de las 13 prácticas clave, que incluyen diversos temas a los cuales fue posible responder como colectivo, desde la **experticia de cada agencia participante** mediante acciones pertinentes, diferentes y complementarias.

Aspectos de tipo **administrativo y organizativo** igualmente contribuyeron al logro de las prácticas implementadas, pues al establecer tres de las agencias un convenio con un solo operador en el terreno permitió una mayor eficiencia en el proceso; así como los acuerdos de programación y en general su cumplimiento.

La acción conjunta mediante la **llegada de todos los componentes de manera sincrónica y simultánea** a los territorios y comunidades participantes, genera un mayor impacto favorable sobre los aspectos que afectan la seguridad alimentaria y nutricional.

Esta unidad de esfuerzos entre las agencias también **incide sobre un conjunto de factores**: reduce la duplicación de esfuerzos, los gastos en desplazamiento, enriquece la intervención pues el análisis sobre procesos y avances requieren la participación del equipo, independientemente de quién es responsable de cada tema.

- La apropiación del proceso por las instituciones y comunidades locales

Quedó **capacidad local instalada** en los territorios y comunidades donde se implementaron las 13 prácticas claves debido al trabajo participativo desarrollado, a la

aplicación de metodologías como el intercambio de conocimientos entre todos los involucrados, y los encuentros de saberes y conversatorios. También para el departamento del Chocó, quedó capacitado personal técnico y profesional vinculado a los equipos operativos de terreno de la unión temporal.

El trabajo institucional y comunitario fundamentado en **procesos educativos para empoderamiento local** permitió el fortalecimiento de capacidades de numerosos grupos locales de los territorios indígenas y de comunidades afrocolombianas, como líderes y lideresas, parteras, mujeres y adolescentes en proceso de gestación, jóvenes en comités de salud, entre otros.

La articulación entre las agencias se constituyó en una pauta para las acciones en los territorios, de manera que también en las localidades se establecieron **instancias de trabajo conjunto comunitario**, como por ejemplo, los comités de seguridad alimentaria y nutricional, para la continuidad de la estrategia. En la misma línea, la operación mediante la unión temporal de apoyo administrativo y técnico, y con amplio conocimiento sobre la región y las poblaciones locales, demostró las ganancias del trabajo compartido entre entidades del territorio.

Las 13 estrategias clave están incorporadas en el **plan de transferencia acogido por el Departamento del Chocó** a través de la Gerencia Social departamental, en el marco del “proyecto movilizador” formulado que incorpora 9 municipios del departamento, el modelo SAN –Seguridad alimentaria y nutricional desarrollado. También **entidades nacionales** como el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, adecúan las 13 estrategias clave en programas bajo la denominación “Seres de cuidado” para enriquecer modalidades nacionales, como la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia de “cero a siempre”; así como su expansión a otros departamentos como Guajira, entre otros.

6. Aplicaciones potenciales del proceso desarrollado

El informe de sistematización “Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutricional” enuncia como uno de los **elementos de innovación** de este programa conjunto “*las 13 prácticas integradoras*”, o prácticas claves. Teniendo en cuenta que gran parte de estas prácticas usualmente se implementan, podría entenderse que el aspecto innovador es la **manera cómo se articulan y desarrollan**, con base en un trabajo participativo con las instituciones y las comunidades locales, indígenas y afrocolombianas, tanto para su definición y selección, complementado con una estrategia educativa de interacción permanente para su implementación.

Esta estrategia puesto que retoma lo básico para la salud, nutrición, y el saneamiento, **es pertinente** para transformar la vida de niños, niñas, mujeres gestantes y lactantes, y beneficiar comunidades de diversos contextos, tanto del país como de otras regiones. Para los cuales, también mediante modalidades participativas, es posible precisar los aspectos de mayor necesidad y adecuados a su realidad específica.

Su aplicación en otras zonas, puede hacerse mediante **cooperación horizontal o transferencia entre pares**, por ejemplo de departamento a departamento o entre municipios, a partir de lo desarrollado y logrado en el Chocó.

Una estrategia como la desarrollada que ha evidenciado significativos logros, también **enfrenta obstáculos o dificultades** que deben considerarse para su expansión o réplica, parcial o total. Entre estas, es importante que así como se trabaja participativamente con las comunidades locales se haga la par y con las misma profundidad con las instituciones con competencia sobre los temas, pues debido a la debilidad institucional y otros factores, en oportunidades no se tiene la misma continuidad al respecto. Con respecto a las diversas entidades involucradas, es necesaria la búsqueda de acuerdos para armonizar procedimientos y tiempos que faciliten la implementación oportuna de las prácticas priorizadas. Y debe considerarse que el compromiso comunitario es variante, lo que demanda acciones específicas y particulares según contexto.

El exitoso proceso de integración de las 13 prácticas, deja así amplias experiencia y aprendizajes para la región, para el país, y para el Sistema de Naciones Unidas. Estos son procesos sencillos, lógicos y posibles de desarrollar que, como se ha demostrado, requieren rigurosidad en su aplicación, constancia, responsabilidad e intervención institucional permanente, según las competencias respectivas, para su mejoramiento y sostenibilidad. Las comunidades indígenas y afrocolombianas, ejes, participantes y acompañantes permanentes del proceso, han demostrado su compromiso con los cambios incorporados a su cotidianidad, y han evidenciado que estos son factibles cuando se fundamentan en procesos de concertación respetuosos y claros.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- DANE, Departamento administrativo nacional de estadísticas. Revista de Información básica: http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo5.html
- MDG:F. Programa conjunto F-ODM- Informe narrativo final. “Las comunidades indígenas y afrocolombianas del Chocó promueven su seguridad alimentaria y nutrición”. Abril, 2013.
- MDG: F. “Trabajo conjunto, es lo que merece la comunidad. Sistematización del modelo de seguridad alimentaria y nutricional con pertinencia étnica”. (sin fecha). Citando a (Mazo 2011).
- MDG:F. “Integración de las estrategias IAMI, AIEPI y Entornos Saludables”. Instituto Proinapsa, Universidad Industrial de Santander. Colombia. (sin fecha). Citando a Ministerio de la Protección Social
- DG: F. “Cartilla. Seres de Cuidado”. Proinapsa, Universidad Industrial de Santander. Programa Conjunto – Ventana de infancia y seguridad alimentaria y nutricional. Colombia. (sin fecha).
- PNUD, Colombia. “Términos de Referencia / Proceso No.12811, *Estrategia Piloto de Monitoreo y Evaluación F-ODM*”. Colombia,2012.