



Mesa de Concertación
para la Lucha contra la Pobreza

Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud
Sub Grupo de Trabajo de “Nutrición y Anemia NO”¹

Reporte N° 2-2020-SC/ MCLCP Nacional



“Recomendaciones para salvaguardar la seguridad alimentaria y nutricional en la infancia y en poblaciones vulnerables frente al impacto de covid-19”

-Versión aprobada por el Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP,
jueves 13 de agosto del 2020-

¹ El Sub Grupo de Trabajo de “Nutrición y Anemia NO” es coordinado por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza –MCLCP, el Programa Mundial de Alimentos-PMA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, la Sociedad Peruana de Pediatría-SPP, PRISMA y el Organismo Andino de Salud-ORAS-CONHU.

**MCLCP-Sub Grupo de Trabajo de Nutrición y Anemia NO.
Representantes del Estado y Sociedad Civil**

| | |
|--|---|
| Ministerio de Salud-MINSA | Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM/ Escuela de Nutrición. |
| Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS | Centro de Estudios y Publicaciones-CEP |
| Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU) | Plan Internacional Perú |
| Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF |
| Instituto Nacional de Salud del Niño-INSN | Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA |
| Instituto de Investigación Nutricional-IIN | Programa Mundial de Alimentos-PMA |
| Voces Ciudadanas | Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS |
| CARE Perú | Agencia de Cooperación Alemana-GIZ (Buena Gobernanza) |
| PRISMA | Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza |
| Future Generations | Invitados: |
| CERES –NUTRIR | Municipalidad Metropolitana de Lima-MML. |
| WAWA FOOD | Defensoría del Pueblo-DP. |
| Acción contra el Hambre | Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil - IDI. |
| CMMB PERU | COPERA Infancia. |
| Foro Salud | Colectivo Neonatal. |
| Nutriedúcate Perú | |
| Colegio de Obstetras del Perú-COP | |
| Sociedad Peruana de Pediatría-SPP | |
| Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-SPAJ | |
| Universidad Peruana Cayetano Heredia- UPCH | |

Revisión y aprobación de contenidos:

Equipo de Coordinadores del Sub Grupo de Trabajo de “Nutrición y Anemia No”:

Lena Arias (PMA), María Elena Ugaz y Alex Rivera (UNICEF), María del Carmen Calle (SPP y ORAS-CONHU), Marilú Chiang (PRISMA), Wendy Albán (MCLCP) y Federico Arnillas Lafert (Presidente de la MCLCP)

I. SITUACIÓN DE LA NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL CONTEXTO DE IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19:

Perú es uno de los países de América Latina y el Caribe (ALC) más golpeados por la pandemia de covid-19. En niños y niñas, el impacto ha sido sin precedentes en el acceso a los servicios de salud, alimentación y nutrición, educación y protección frente a la violencia.

Al 19 de julio del 2020, el Ministerio de Salud reportó: 10, 155 casos positivos en niñas/os de 0-11 años (2.8% del total de casos) y 38 fallecidos (0.37% de letalidad)². En niños y niñas, el covid-19 tiene una afectación particular, la mayoría de los casos son asintomáticos y leves, y los casos complicados los relacionan a la enfermedad de Kawasaki.

La pandemia de covid-19, ha profundizado la desigualdad estructural existente en el país e incrementado las vulnerabilidades asociadas a la salud, la alimentación y nutrición, y economía. En la dimensión económica se proyecta una caída del PBI y un aumento de pobreza y hambre en la población. Unido ello está el aumento del desempleo.

A pesar que, en los últimos 10 años, el Perú logró reducir en la mitad la desnutrición crónica infantil, al pasar de 28% a 12.2% y que entre los años 2018 y 2019, la anemia en menores de 3 años se redujo de 43.5% a 40.1%, las desigualdades entre pobres y no pobres y población rural y urbana, se mantuvieron. En este contexto de pandemia, éstas desigualdades se incrementan, las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad se encuentran en riesgo de malnutrición (DCI, desnutrición aguda, anemia y sobrepeso y obesidad) y esto afecta en especial a niños y niñas menores de 5 años, adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes, y personas adultas mayores.

La suspensión de la atención en los servicios de salud del primer nivel durante la pandemia para atender casos Covid-19 (cerca de 3 meses), afectó las coberturas en vacunas, nutrición, y salud materna neonatal, entre otras, ampliando las brechas existentes.

La población en situación de pobreza extrema, actualmente no puede cubrir la canasta básica de alimentos y están en riesgo permanente de hambre. Existe el riesgo de incremento de mortalidad, morbilidad y pobreza infantil, y pérdida de capital humano para el país, esto último por las consecuencias irreversibles de la malnutrición en niños/as, quienes se verán afectados en su desarrollo cognitivo y psicomotor y, a su vez, tendrán debilitado el sistema inmunológico, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte.

Respecto a lo anterior, los datos sobre inseguridad alimentaria de la encuesta que el Programa Mundial de Alimentos (WFP) realizó en mayo del 2020³, destaca lo siguiente: i) el 71% experimentó una disminución de los ingresos debido al brote de COVID-19; ii) el 78% tuvo dificultades para conseguir alimentos, sea por disponibilidad de alimentos o precios; iii) el 75% mencionó el incremento de precios de los alimentos; iv) solo el 50% afirmó que la comida siempre estuvo disponible, y v) un 20% reportó haber tenido una sola comida (13%)

² Fuente: MINSA-Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades:

https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=678

³ <https://es.wfp.org/publicaciones/analisis-del-impacto-de-la-covid-19-en-America-Latina-el-Caribe>

o ninguna el día anterior (7%). Según las aproximaciones 3.5 millones de peruanos estarían en inseguridad alimentaria severa.

Unido a lo anterior, está el aumento de consumo de alimentos más baratos y menos nutritivos en la población, acompañado de una menor actividad física/deportiva, con lo cual existe también el riesgo de aumento de obesidad y sobrepeso en la población y colocando a esta población en el grupo de riesgo frente al Covid-19.

El cierre de las escuelas y la suspensión de la educación presencial afectó también los programas de alimentación dirigidos a niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, los comedores populares dejaron de funcionar por un buen tiempo, siendo afectados la población en situación de pobreza.

En el contexto de pandemia y de la cuarentena, se tuvo limitaciones de conectividad geográfica, y afectó el traslado de alimentos del interior del país hacia las grandes ciudades y hacia el exterior del país. Esto ha tenido un impacto en la agricultura familiar y comercial. Con pérdidas en las cosechas, ingresos y empleo. Las comunidades indígenas se auto aislaron dependiendo de su producción de autoconsumo, pero actualmente requieren conectarse con los mercados para cubrir su canasta de alimentos.

En este contexto, la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS sigue aún vigente, pero con retos aún mayores, en un contexto adverso y en donde los **ODS 2 (Hambre Cero) y ODS 3 (Salud)**, exige actuar rápidamente para proporcionar alimentos y ayuda sanitaria y humanitaria a los sectores de población con mayor riesgo de hambre y malnutrición, en especial en los menores de 5 años de edad, adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes y personas adultas mayores.

II. PRINCIPALES MEDIDAS IMPLEMENTADAS POR EL ESTADO:

En el contexto de emergencia por pandemia de Covid-19, el Ministerio de Salud aprobó un conjunto de normas y documentos técnicos orientados a dar continuidad a los servicios de salud y nutrición en la infancia, tales como la norma de anemia, vacunas, cuidado integral de salud en el primer nivel de atención, entre otros. Se fortaleció el uso de las TICS para el monitoreo, tele consulta y telemedicina. Asimismo, a través del Programa Articulado Nutricional se han destinado este año S/. 2, 482.5 millones a la lucha contra la DCI y Anemia⁴.

A partir del mes de junio del presente, se reinició paulatinamente la reactivación del primer nivel de atención. No obstante, la principal dificultad es la falta de recursos humanos (en el contexto de pandemia disminuyó entre 30 a 40%). Recientemente se aprobó una estrategia nueva, la unificación de las prestaciones de vacunas + suplementación de hierro.

En tercer lugar, mediante el Decreto de Urgencia N° 033-2020, se autoriza a los gobiernos locales a distribuir canastas alimenticias a fin de que la población en situación de pobreza y vulnerabilidad pueda acceder a alimentos básicos y de primera necesidad. Según la información del Portal de Transparencia del MEF al 29 de mayo del 2020 se han destinado

⁴ Fuente: MEF-Consulta Amigable:

<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

S/ 234, 813, 096 millones de soles a los gobiernos locales. No obstante, se ha tenido algunos problemas en la cobertura y la calidad de los alimentos incluidos en las canastas.

En esa misma línea, el Programa Nacional Qali Warma viene distribuyendo más de 20 mil toneladas de alimentos a más de 4 millones de estudiantes en escuelas públicas del país. Así mismo, según DL 1472 se aprueba que Qali Warma distribuya alimentos en situaciones excepcionales, de esta forma se han distribuido alimentos a comunidades indígenas de la Amazonía y diferentes distritos de Lima.

El Ministerio de Cultura aprobó mediante el Decreto Supremo N° 008-2020 los lineamientos para el traslado y entrega de bienes y/o alimentos a pueblos indígenas u originarios, por parte de entidades públicas, personas naturales y/o jurídicas de derecho privado, en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19.

También se ha tenido la iniciativa de mercados itinerantes y el formato de “la chacra a la olla”, que permitió acercar a los productores con consumidores.

Recientemente, se ha dispuesto desde el Gobierno el fortalecimiento de los comedores populares.

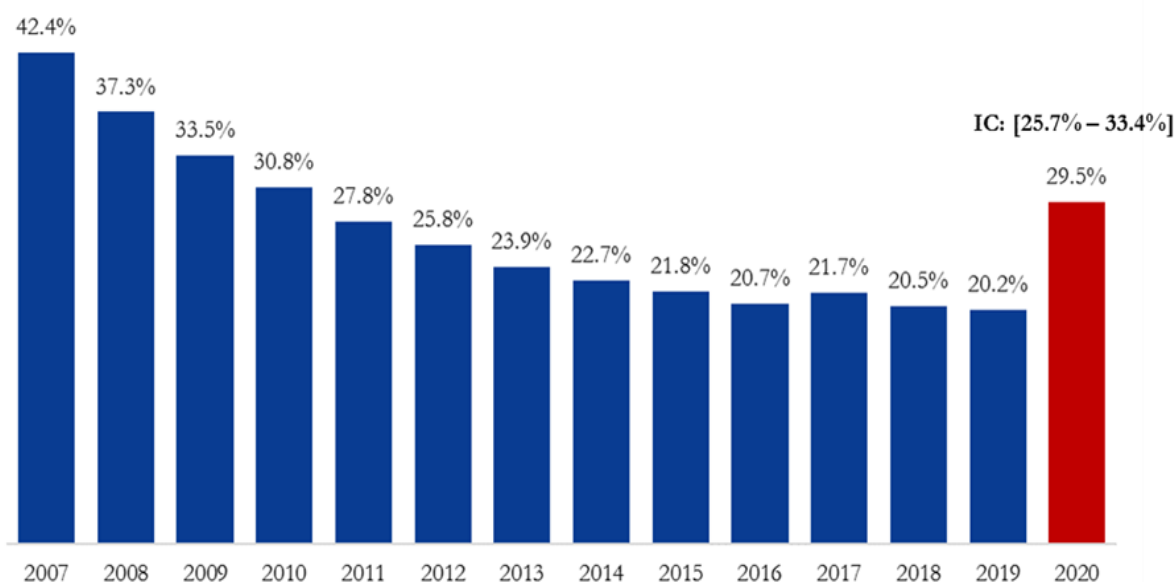
Según lo informado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS, a fines de junio del 2020, 5.3 millones de hogares ya han cobrado el bono de S/760 soles, la meta es llegar a 7.5 millones de hogares en situación de pobreza y en vulnerabilidad.

Se cuenta con un presupuesto para la implementación del Plan Nacional de Agricultura Familiar para el 2020 por 2,996 millones de soles, reprogramado a raíz del COVID-19. Asimismo, se cuenta con un plan para promover la inserción de 36,400 hogares de agricultura familiar pobres, de subsistencia con un presupuesto de 225 millones (Haku Wiñay).

En relación al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2015-2021; este año no se ha tenido avances.

III. ALGUNAS CIFRAS NACIONALES A TENER EN CUENTA. Pobreza, nutrición y mortalidad infantil.

3.1. Uno de los impactos más fuertes de la pandemia de Covid -19, será el incremento de la pobreza. Los niveles de pobreza monetaria subirían a 29.5% este año, de acuerdo con las proyecciones realizadas por Pablo Lavado y César Liendo (Foro Económico. Blog Latinoamericano de Economía y Política). Ver Gráfico 1.



Fuente: INEI-ENAHO 2007-2019. Elaboración Pablo Lavado y César Liendo.

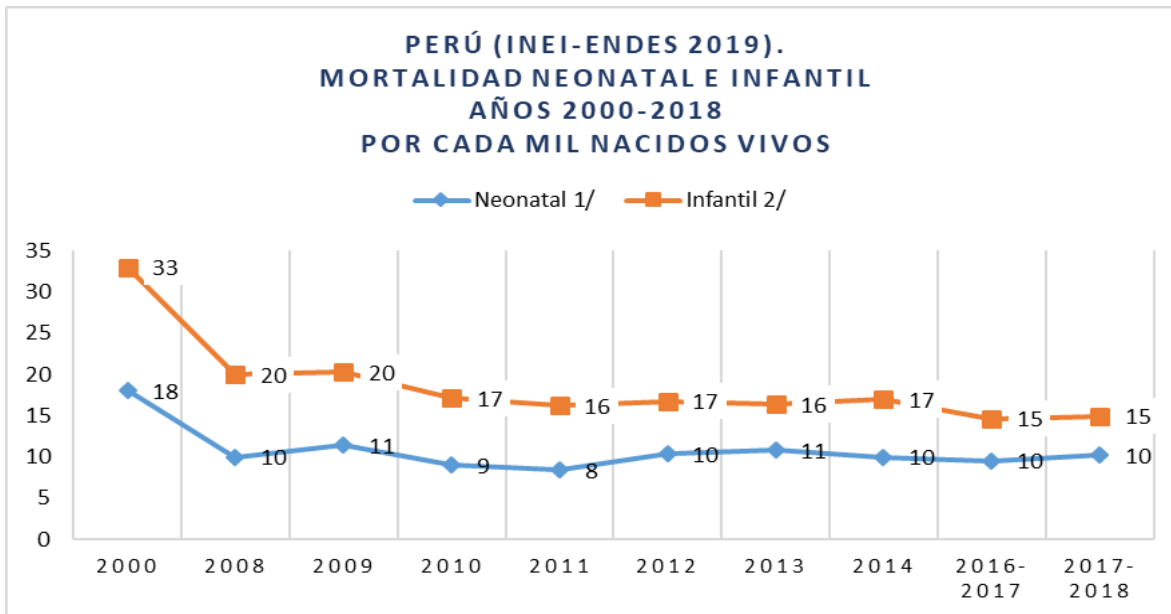
3.2. Este año (abril-mayo-junio), la población económicamente activa (PEA) en Lima Metropolitana disminuyó en 49,9%, es decir en 2 millones 601 mil 500. Ver Cuadro 1.

CUADRO N° 01
Lima Metropolitana: Población en edad de trabajar, según condición de actividad
Trimestre móvil: Abr-May-Jun 2019 y Abr-May-Jun 2020
(Miles de personas, variación absoluta y porcentual)

| Condición de actividad | Abr-May-Jun 2019 | Abr-May-Jun 2020 | Variación | |
|---|------------------|------------------|------------------|----------------|
| | | | Absoluta (Miles) | Porcentual (%) |
| Total de población en edad de trabajar (PET) | 7 798,6 | 7 903,4 | 104,8 | 1,3 |
| Población económicamente activa (PEA) | 5 226,8 | 2 625,3 | -2 601,5 | -49,8 |
| .Ocupada | 4 897,0 | 2 197,9 | -2 699,1 | -55,1 |
| .Desocupada | 329,7 | 427,4 | 97,7 | 29,6 |
| Población económicamente no activa (NO PEA) | 2 571,9 | 5 278,1 | 2 706,2 | 105,2 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática -Encuesta Permanente de Empleo.

3.3. Según la revista LANCET (julio, 2020)⁵, la mortalidad infantil global podría aumentar entre el 10% y 50%, debido al aumento de la desnutrición aguda (bajo peso para la talla) y la falta de acceso a servicios básicos de salud. Ver Gráfico 2.



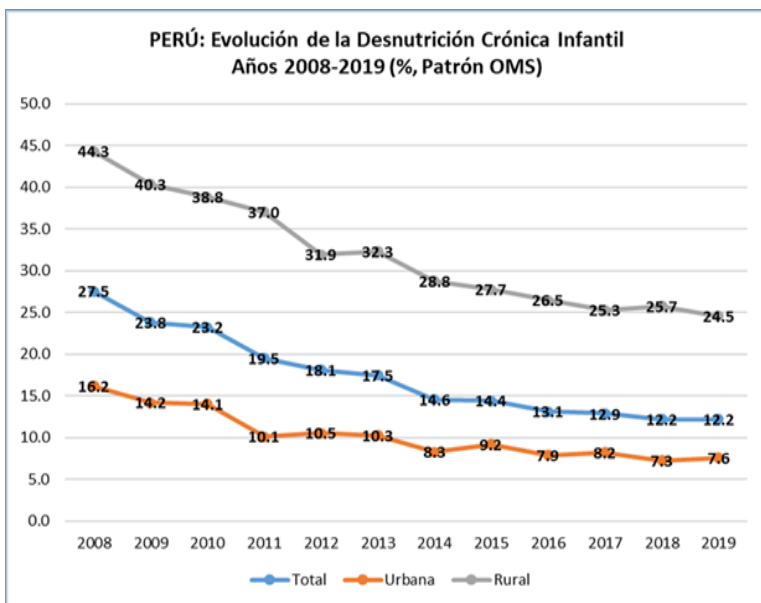
1/ Mortalidad Neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida. 2/ Mortalidad Infantil: Probabilidad de morir durante el primer año de vida. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Elaboración: MCLCP. Sede Nacional.

3.4. En Perú, se ha tenido avances significativos en la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) en los últimos 10 años⁶. No obstante, no debemos perder de vista las disparidades entre zonas rurales, urbanas, quintiles de pobreza y las regiones con mayor prevalencia de DCI, pobreza y con alta incidencia de covid-19. Así mismo, resaltar el estancamiento de este indicador en los últimos años, con riesgo a que aumente como efecto de la pandemia. Ver Gráfico 3.

⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31647-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31647-0/fulltext)

⁶ Banco Mundial. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/891441505495680959/pdf/FINAL-Peru-Nutrition-Book-in-Spanish-Oct-11.pdf>

GRÁFICO 3. PERÚ: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRÓN OMS) EN MENORES DE 5 AÑOS, 2008-2019 (Porcentaje)



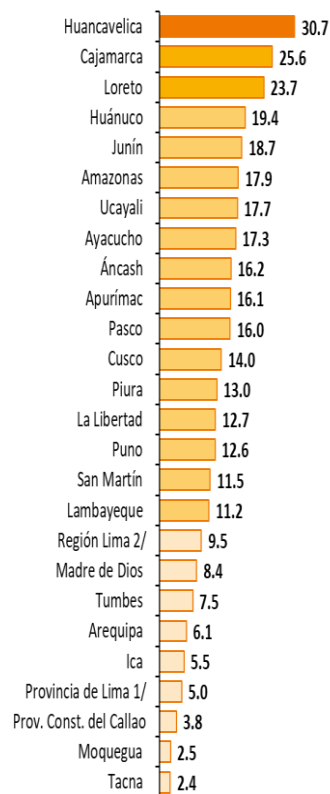
1/ Comprende los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Elaboración: MCLCP. Sede Nacional

DCI en regiones. Año 2019.



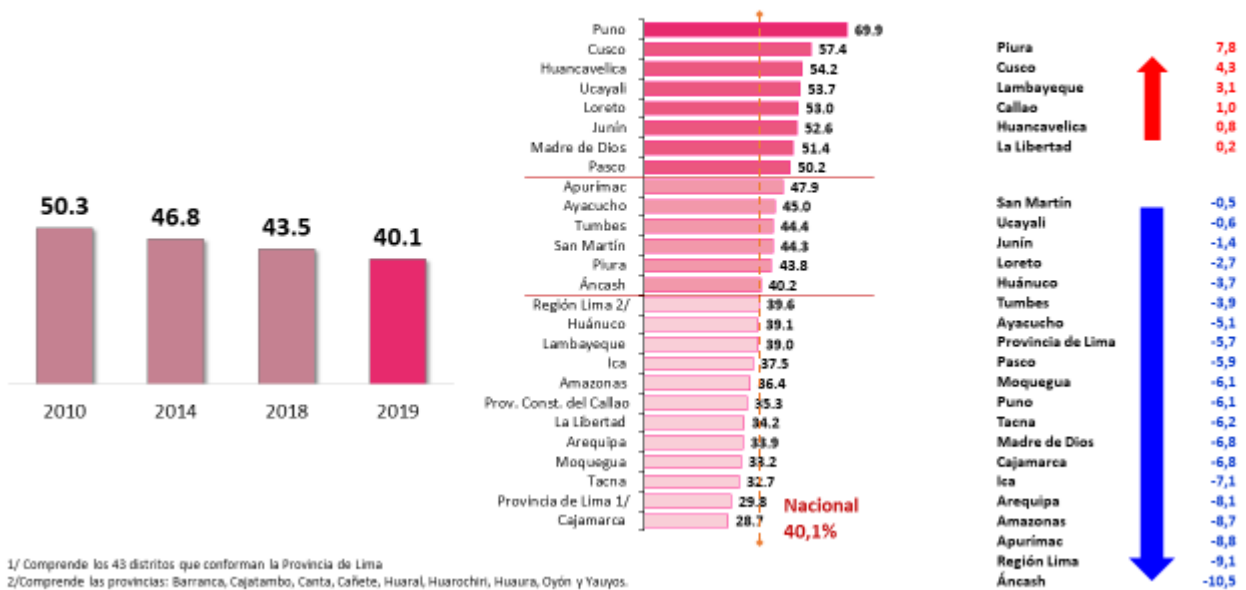
3.5. Las intervenciones articuladas materno infantil y el financiamiento a través de los programas presupuestales salud materno neonatal y articulado nutricional han sido claves en la reducción de la desnutrición crónica infantil. Ver imagen 1.

Intervenciones articuladas MADRE-NIÑO/A

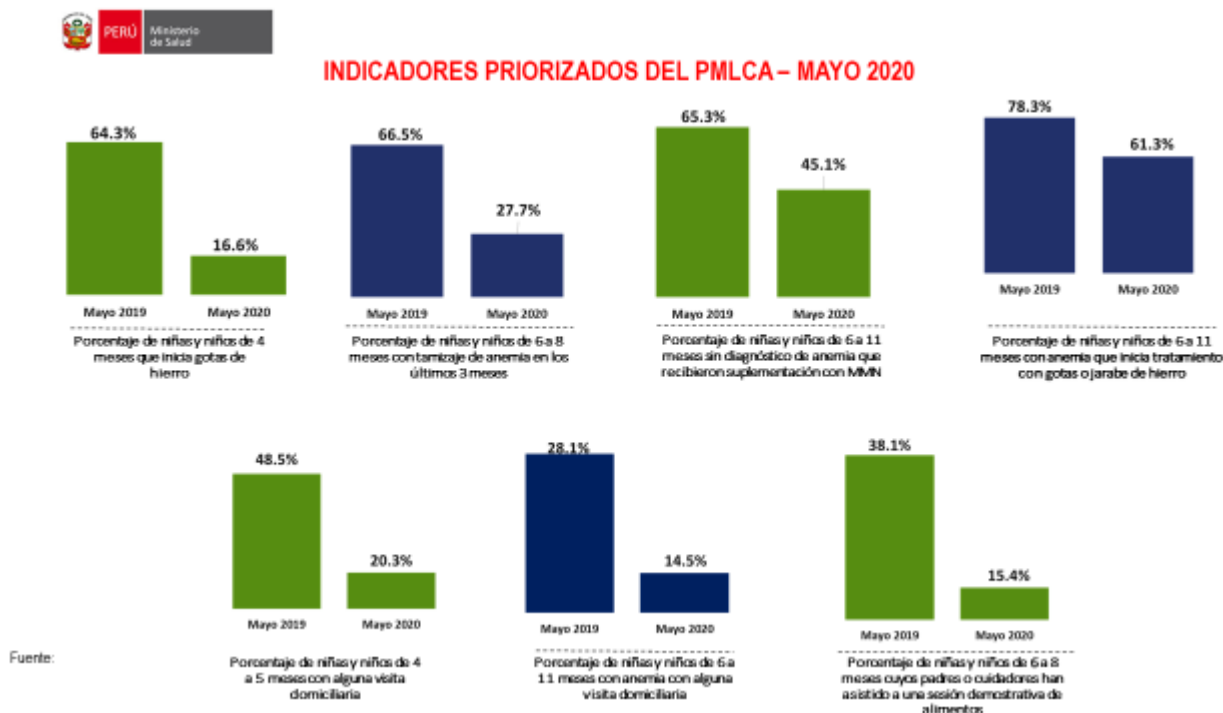


3.6. En el año 2019, se logró reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 3 años de edad a 40.1%, las visitas domiciliarias con la participación con agentes comunitarios y promotores de salud fue una de las intervenciones que ayudó a lograr mejoras. Ver imagen 2.

PERÚ: PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD (Porcentaje)



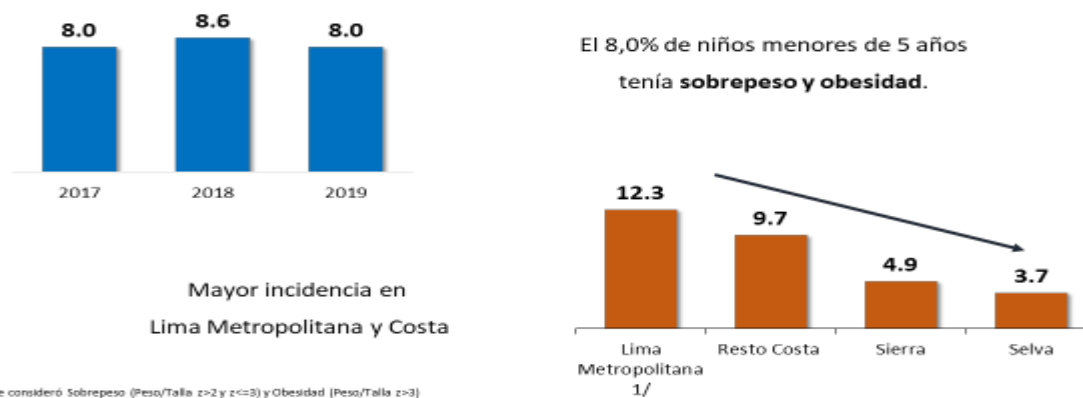
3.7. Lamentablemente, en el actual contexto de pandemia por Covid-19, los resultados en los indicadores priorizados para reducir la anemia han retrocedido significativamente en cobertura, por la suspensión de las atenciones en el primer nivel de atención y de las visitas domiciliarias. Ver imagen 3.



Fuente: Ministerio de Salud. REUNIS-MINSA.

3.8. El sobrepeso y obesidad en niñas y niños se incrementó en los últimos años especialmente en población infantil y adolescente. En este contexto de emergencia, el riesgo es el mayor efecto de la reducción en la actividad física y la compra de alimentos baratos y de mayor contenido calórico. Ver imagen 4 y gráfico 4.

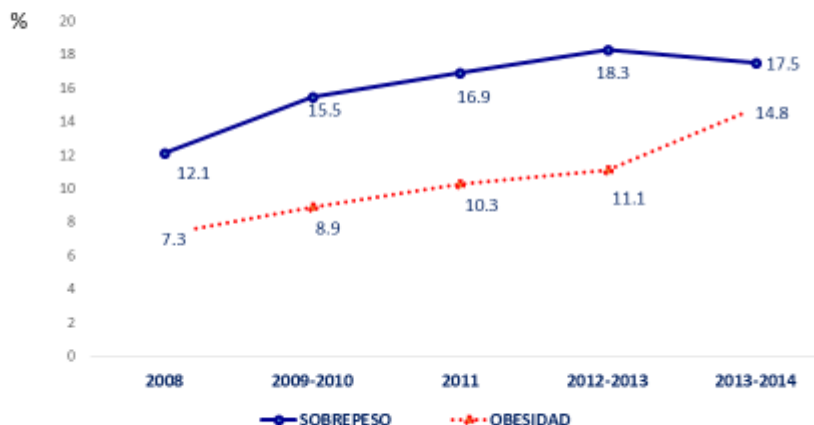
PERÚ: SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 2017-2019 (Porcentaje)



Nota: Se consideró Sobrepeso (Peso/Talla ≥ 2 y $<= 3$) y Obesidad (Peso/Talla ≥ 3)
 1/ Comprende la Provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017-2019.

La obesidad y el sobrepeso infantil se ha incrementado en el país de 19.4% a 32.3% en 6 años (2008-2014).

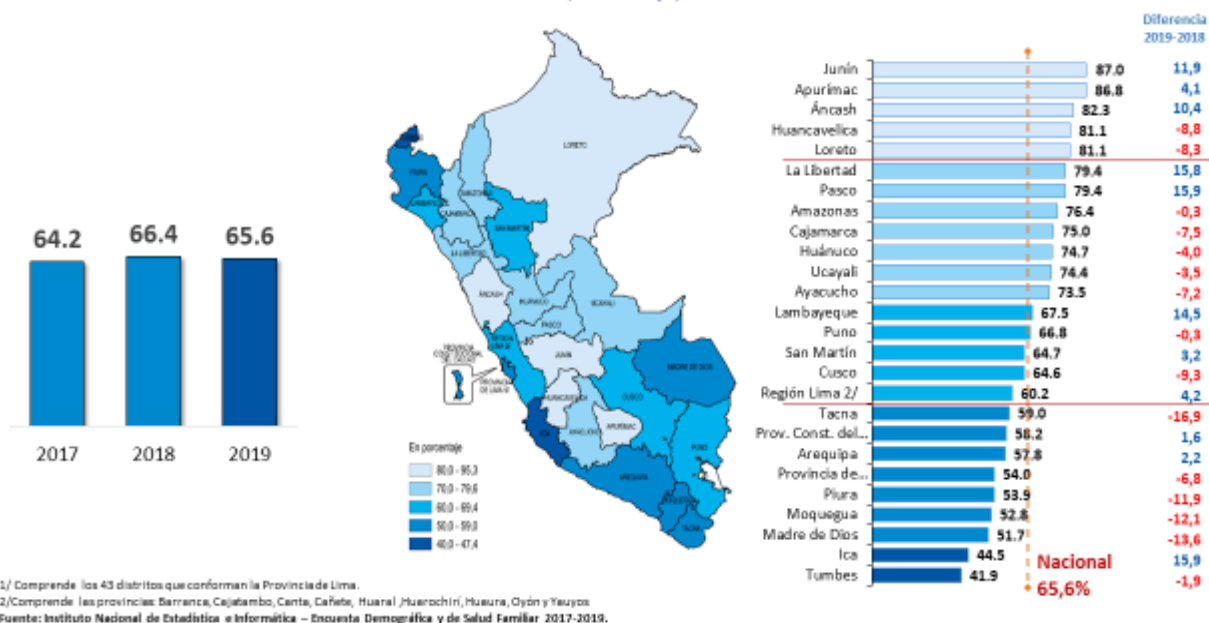
Tendencia del sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años Perú- 2008 - 2014



Fuente: Instituto Nacional de Salud –Cenar. Encuesta Nacional de Hogares 2008, 2009-2010, 2011, 2012-2013 y 2013-2014

3.9. En el año 2019, se observó una disminución en la lactancia materna exclusiva; y en el actual contexto de pandemia, se está observando ya una disminución en la lactancia por miedo de transmisión de covid-19 madre-niño, no obstante, no se tiene evidencias científicas sobre dicho temor, y la OMS/OPS y el UNICEF, han recomendado la continuidad de la lactancia desde la primera hora de vida. Ver imagen 5.

PERÚ: MENORES DE 6 MESES DE EDAD CON LACTANCIA MATERNA, 2017-2019
(Porcentaje)



1/ Comprende los 45 distritos que conforman la Provincia de Lima.
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huacochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017-2019.

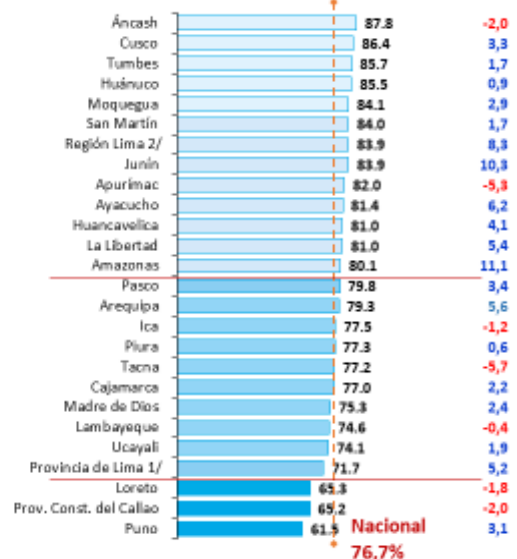
3.10. En relación a la vacunación de niñas y niños, preocupa las regiones con baja cobertura alcanzada hasta el año 2019. Asimismo, porque ya se ha observado este año una disminución de las coberturas de vacunación hasta en 50% en niños y niñas menores de 2 años de edad y una brecha total de 614,019 menores de 2 años no vacunados. Al respecto, la MCLCP ha formulado una alerta⁷. Ver imágenes 6 y 7.

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO A SU EDAD, 2018-2019

(Según Esquema de Vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP)

(Porcentaje)

Diferencia 2019-2018



Nota: Vacunas para menores de 12 meses de edad de acuerdo a su edad comprende: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de la vacuna antipoliomielítica, 2 dosis de Rotavirus y 2 dosis de Neumococo.
 1/ Comprende los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima.
 2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajabambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Tarma.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018-2019.



BRECHA POR TIPO DE VACUNA

Brecha total: 614,019 niños menores de 2 años



Fuente: MINSA, Dirección de Inmunizaciones. Cifras a marzo-abril, 2020.

⁷ Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-07-09/mclcp-qt-inmunizaciones-alerta-junio-aprobada07072020.pdf>

IV. RECOMENDACIONES PARA SALVAGUARDAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LA INFANCIA Y EN POBLACIÓN VULNERABLE FRENTE AL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL PERÚ:

La presente propuesta tiene 6 recomendaciones generales y cada de ellas contienen medidas específicas que comprometen a uno o varios sectores con el objetivo de contribuir a salvaguardar la seguridad alimentaria y nutricional en la infancia en el actual contexto de emergencia por pandemia de Covid-19; las cuales son:

1. ASEGURAR EL ABASTECIMIENTO DE ALIMENTOS Y REDUCIR EL IMPACTO DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA:

- 1.1. A MIDIS, MINSA, MINAGRI, MEF, MINCU, PCM y GOBIERNOS REGIONALES y LOCALES:** Realizar una acción conjunta para: i) realizar la identificación e intervención directa en población más vulnerable a la inseguridad alimentaria (población indígena, pobre y migrante) y especialmente población infantil y gestantes, a través de herramientas como padrón nominal, SISFHO, entre otros sistemas de registro y monitoreo; ii) apoyar a Instancias de Articulación Local de Gobiernos Locales para identificación, mapeo y sectorización para una asistencia efectiva; iii) Continuar con las transferencias monetarias, y la provisión de canastas de alimentos para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, en coordinación con los Gobiernos Locales y organizaciones de base territorial. Asimismo, garantizar en coordinación con MINSA que las canastas tengan alimentos saludables y nutritivos para niños/as y mujeres gestantes, y que incluyan productos locales; e i) incorporar alimentos fortificados en las canastas de alimentos dirigidos a las familias (por ejemplo: arroz fortificado, harina de trigo, alimento fortificado infantil, etc.).
- 1.2. A MINAGRI, MIDIS y MEF:** Continuar con los subsidios y/o apoyos económicos y créditos a la agricultura familiar y comercial.
- 1.3. AL MIDIS y MINEDU:** Fortalecer los programas de protección social, entre ellos, los programas de alimentación en las escuelas (Qaliwarma), garantizando su llegada a los niños, niñas y adolescentes a sus respectivos hogares.
- 1.4. AL MIMP, MIDIS y Gobiernos Regionales y Locales:** Fortalecer el trabajo con los comedores populares u otro tipo de organizaciones locales/vecinales, incluyendo estrategias locales como “la olla popular”.
- 1.5. AL MINAGRI:** i) Seguir promoviendo el acercamiento de los productores a la población, como la estrategia “De la chacra a la olla”, con participación de los Gobiernos Locales, ii) fortalecer la implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, haciendo énfasis en agricultura familiar, la producción y el acceso a alimentos en la población en cantidad y calidad, ayudando a diversificar la dieta con alimentos nutritivos, y iii) Reforzar la participación de la mujer productora, mejorando su acceso al mercado, créditos y posesión de la tierra. El rol de la mujer en la seguridad alimentaria y la nutrición de la familia es un elemento clave en la mitigación de los efectos de la pandemia.

2. PREVENIR EL DETERIORO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA INFANCIA (MORTALIDAD, DCI, ANEMIA Y OTROS):

- 2.1. AL MINSA y MIDIS:** i) Evaluar los riesgos de incremento de la desnutrición aguda, crónica y anemia en cada una de las regiones, ii) Reforzar la atención en las regiones con mayor porcentaje de anemia y DCI y en población en situación de pobreza y vulnerabilidad. Asimismo, fortalecer las intervenciones a través de los Programas Presupuestales Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional y el FED; iii) Asegurar la entrega del suplemento de hierro a niños, niñas y gestantes, de la mano de estrategias de educación/promoción de la salud para la prevención del Covid-19 y para el cuidado integral de la madre y el niño/a, y iv) Asegurar la atención articulada entre las intervenciones de salud y los programas de protección social, con énfasis en aquellas que se relacionan al Desarrollo Infantil Temprano, entre ellas, los programas de cuidado infantil y acompañamiento familiar (cunamás) garantizando la entrega de paquetes de atención integral de infancia.
- 2.2. AI MINSA, MIDIS, MIMP, MINCU, RREE:** Garantizar el acceso a servicios de salud y nutrición (alimentos) y ayuda humanitaria en población en situación de pobreza y vulnerabilidad, con énfasis en la atención de la niñez y gestantes, en población indígena con enfoque intercultural, en población con discapacidad y migrantes (venezolanos en Perú).
- 2.3. A PCM:** Articular las intervenciones de MINAGRI, MINSA, MIDIS y MVCS en los territorios, apoyando a los gobiernos regionales y locales.
- 2.4. A MVCS:** Asegurar el acceso a agua y saneamiento, como estrategia de prevención de enfermedad.
- 2.5. A todos los sectores del Estado:** Incorporar la participación de las ONG, Sociedad Civil, academia y sector privado en la respuesta articulada en el territorio.

3. RESTABLECER LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

- 3.1. AI MINSA y Gobiernos Regionales y Locales:** i) Reactivar en forma urgente el primer nivel de atención, estableciendo los espacios diferenciados para pacientes Covid y no Covid, retomando las intervenciones claves como CRED, vacunación, suplementación de hierro en gestantes y niños/as, control prenatal, y promoción de lactancia materna exclusiva. Asimismo, asegurando la provisión de EPP para el personal de salud en el actual contexto de pandemia por Covid; y, ii) Establecer alianzas institucionales con sociedad civil y organizaciones de base para el seguimiento y monitoreo de la población en pobreza y vulnerabilidad y para su referencia a los establecimientos de salud más cercanos.
- 3.2. AL MINSA, MIDIS y Gobiernos Regionales:** fortalecer su liderazgo en las acciones que faciliten la ejecución del presupuesto destinado a la emergencia por Covid, y para mejorar los resultados en los indicadores de los Programas Presupuestales PAN y SMN y el FED en gestión y cobertura de servicios para

la atención primaria de la salud y educación, mejorando la calidad del gasto público en eficiencia y efectividad.

3.3. AI MINSA: fortalecer las estrategias para implementar RM 182-2020 MINSA, tales como: i) Identificación y seguimiento de gestantes y menores de 3 años con las IAL. ii) Uso de plataformas TIC para seguimiento y consejería, y iii) Estableciendo el paquete básico de servicios y la modalidad de entrega (CRED, vacunación, suplementación de hierro, entre otros). Asimismo, asegurar la disponibilidad de insumos, medicamentos y de recursos humanos suficientes y adecuadamente remunerados para la atención.

3.4. AI MINSA: Articular el primer nivel de atención con la red de promotores y agentes comunitarios de salud, para la identificación de población en riesgo y/o vulnerabilidad, para la promoción de prácticas preventivas y de autocuidado, y para su conexión y acceso a servicios de salud. Considerar la posibilidad de trabajar con la red de promotores para la entrega del suplemento de hierro a niños, niñas y gestantes; haciendo uso de la telemedicina y la receta electrónica. Asimismo, asegurar su adecuada protección y autocuidado en el actual contexto de pandemia por Covid-19.

4. FORTALECER LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL:

4.1. AL MIDIS: i) Promover que los programas sociales incorporen objetivos de nutrición en sus intervenciones; y ii) articular los programas sociales del sistema de protección social y las acciones sectoriales en los territorios con un enfoque de gestión territorial, liderados por los gobiernos locales.

4.2. AL MIDIS y Gobiernos Locales: Fortalecer el sistema de información de población vulnerable con un enfoque de universalidad para asegurar que el sistema de protección le llegue de forma equitativa a la población peruana.

4.3. AI MIDIS y MINAGRI: Fortalecer la articulación de los sectores sociales y productivos para un uso más eficiente del presupuesto y una llegada más eficaz.

4.4. Fortalecer la acción comunitaria desde un enfoque de gestión territorial aunando los esfuerzos de acción comunitaria de **MINSA, MIDIS, MINEDU, MINAGRI y los Gobiernos Regionales y Locales.**

5. CONTAR CON ESTRATEGIAS DIVERSAS DE COMUNICACIÓN PARA LA MEJORA DE PRÁCTICAS DE NUTRICIÓN Y CUIDADO MATERNO INFANTIL, CON UN ENFOQUE INTERCULTURAL:

5.1. A PCM, MINSA, MIDIS y MINCU: i) Desarrollar un plan de comunicación continua y que alcance a todas las familias, especialmente a las más vulnerables; ii) Elaborar mensajes y recomendaciones para mantener informada a la población y compartirlo en todos los niveles y sectores sociales, incluyendo mensajes sobre prácticas de cuidado y crianza de niños y niñas, y que apoyen y empoderen a las familias, y iii) Brindar información de contención para reducir temores en la población a través de canales de información para desmentir rumores y falsas noticias.

- 5.2. AL MINSA Y MIDIS:** Enfatizar prácticas claves: Lactancia Materna, alimentación complementaria, prevención de anemia, nutrición de la gestante, comunicación y juego.

6. FORTALECER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

- 6.1. AL MINSA, MIDIS y Gobiernos Regionales y Locales:** i) Impulsar la estrategia de acción comunitaria de promoción de la salud, incluyendo nutrición y cuidado integral infantil y de la gestante. Asimismo, fortalecer la articulación con los gobiernos locales para la implementación de la acción comunitaria; ii) Contar con redes comunitarias que junto con el primer nivel de atención puedan mejorar la identificación, monitoreo y seguimiento de las familias más vulnerables, especialmente con niños, niñas y gestantes. Incluir en esta red a agentes comunitarios, consejeras, líderes, OSB Vaso de Leche, comedores, iglesias, etc. Asimismo, usar herramientas como WhatsApp, Chat, entre otros para fortalecer las redes de apoyo y soporte comunitario; y iii) Diseñar contenidos pedagógicos y usar plataformas virtuales y/o materiales educativos diversos para capacitar a los agentes comunitarios en los temas de nutrición y cuidado integral infantil y de la gestante.

**Comité Ejecutivo Nacional de la
Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
Lima, 13 de agosto del 2020.**