



COMPRENDIENDO EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN BOLIVIA: UN ANÁLISIS DE REDES Y ACTORES

Natasha Morales
Eduardo Pando
Julia Johannsen

**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de la
Protección Social y
Salud

NOTAS TÉCNICAS
IDB-TN-138

Mayo 2010

COMPRENDIENDO EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN BOLIVIA: UN ANÁLISIS DE REDES Y ACTORES

Natasha Morales
Eduardo Pando
Julia Johannsen



Banco Interamericano de Desarrollo

2010

<http://www.iadb.org>

Las “Notas técnicas” abarcan una amplia gama de prácticas óptimas, evaluaciones de proyectos, lecciones aprendidas, estudios de caso, notas metodológicas y otros documentos de carácter técnico, que no son documentos oficiales del Banco. La información y las opiniones que se presentan en estas publicaciones son exclusivamente de los autores y no expresan ni implican el aval del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.

Este documento puede reproducirse libremente.

Contacto: Natasha Morales (natasha.morales.e@gmail.com);
Eduardo Pando (edupando@gmail.com); Julia Johannsen (JJohannsen@iadb.org).

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DEL PROGRAMA	8
3. MARCO CONCEPTUAL.....	13
4. METODOLOGÍA.....	14
4.1 APLICACIÓN METODOLOGICA	14
4.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	16
4.3 LIMITACIONES METODOLOGICAS	18
4.4 DESCRIPCIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS DE CASO	18
4.4.1 MUNICIPIO EL CHORO.....	20
4.4.2 MUNICIPIOS SANTA ANA Y EXALTACIÓN.....	21
5. ANALISIS DE MAPAS DE REDES.....	22
5.1 ANÁLISIS A NIVEL DE GOBIERNO CENTRAL	22
5.2 ANALISIS DEPARTAMENTO DE ORURO Y MUNICIPIO DE EL CHORO	25
5.3 ANALISIS DEPARTAMENTO DEL BENI, MUNICIPIOS DE LA EXALTACIÓN Y DE SANTA ANA	29
6. CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS.....	37

LISTADO DE ANEXOS

- Anexo 1. Focalización Geográfica: Municipios Priorizados para implementación de Programas Sociales: Fase I
- Anexo 2. Modelo Conceptual, Programa Desnutrición Cero, Sector Salud
- Anexo 3. Actores del Programa Desnutrición Cero que se insertan en la Red Nacional de Salud
- Anexo 4. Características político-institucionales de los Municipios Seleccionados como estudios de caso
- Anexo 5. Municipio El Choro: Inversión Social (2006-2007)
(miles de Bolivianos)
- Anexo 6. Municipios Santa Ana y Exaltación: Inversión Social (2006-2007)
- Anexo 7. Grupos Focales y Entrevistas Individuales NetMap
- Anexo 8. Lista de Entrevistas Semi estructuradas
- Anexo 9. Cuestionario de Entrevistas, complementario al Mapa de Redes

LISTADO DE FIGURAS

- FIGURA 1. Mapa de Actores. Ejemplo Metodológico
- FIGURA 2. Nivel de Gobierno Central Programa Desnutrición Cero
- FIGURA 3. Estudio de Caso 1: Municipio el Choro
- FIGURA 4. Estudio de Caso 2: Municipios Santa Ana y Exaltación

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOBOL	Asociación de Concejalas de Bolivia
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional de la Familia y la comunidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CIDI	Centros Integrales de Desarrollo Infantil
CONAN	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
CODAN	Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición
COMAN	Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición
DILOS	Directorio Local de Salud
DIC	Desarrollo Integral Comunitario
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FAM	Federación de Asociaciones Municipales
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
IFI	Agencias Financieras Internacionales
IFPRI	International Food Policy Research Institute
INE	Instituto Nacional de Estadística
KFW	Cooperación Financiera Alemana
MDRAMA	Ministerio de Desarrollo Rural, Agricultura y Medio Ambiente
MEC	Ministerio de Educación Y Cultura
MPD	Ministerio de Planificación del Desarrollo
MPM	Ministerio de Producción y Microempresa
MSD	Ministerio de Salud y Deporte
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
PAE	Programa de Alimentación Escolar
PAN	Programa de Atención a Niños y Niñas menores de 6 años
PGDES	Planes Departamentales de Desarrollo Económico y Social
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
PND	Plan Nacional de Desarrollo
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicios Departamentales de Salud

UDAPE

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

Resumen

Este estudio trata de comprender el proceso de implementación del Programa Desnutrición Cero en Bolivia a través del Análisis de Redes Sociales (ARS). Desde el año 2006 este Programa ha crecido substancialmente tanto en su cobertura como en su capacidad institucional. El estudio busca responder; ¿Cuáles son los factores que crean condiciones favorables para la implementación del Programa?, ¿Cómo ha logrado el Programa posicionarse (o no) en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?

Para responder a estas preguntas se utilizó la metodología de mapas de redes, la cual permitió articular los niveles macro, meso y micro de análisis, esta metodología fue aplicada en forma participativa con actores del nivel de gobierno central, departamental y municipal y se analizaron dos estudios de caso: el Municipio de El Choro ubicado en el departamento de Oruro, y los Municipios de Santa Ana y Exaltación que pertenecen a la misma red de salud en el departamento del Beni. El estudio muestra que el alto nivel de capital social, el contexto político, la presencia de líderes y la comunidad organizada ha sido determinante para el éxito del Programa y su posicionamiento.

1. INTRODUCCIÓN¹

Durante los últimos 20 años, la implementación de políticas y programas de nutrición en Bolivia ha sido un fracaso. Entre 1998 y 2005, la desnutrición crónica en menores de cinco años se ha mantenido casi constante alrededor de 26%, sin presentar ninguna mejora significativa. Adicionalmente, la desnutrición crónica en el área rural es 2.6 veces mayor respecto a los niños del área urbana y no se ha logrado cerrar la brecha urbano-rural (PMA, MSD, 2005).

Uno de los programas sociales que más ha crecido durante la gestión del presidente Evo Morales en Bolivia es el Programa Desnutrición Cero implementado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD)². Sin embargo, este crecimiento, tanto en su cobertura como en su capacidad institucional, se da en un contexto político particular; con un gobierno central mayoritario pero con un alto nivel de polarización respecto a algunos gobiernos departamentales y locales, de ahí que existe la necesidad de comprender las instituciones, sus reglas formales e informales y la dinámica de actores que participan en la implementación del Programa así como la estructura social de los beneficiarios a nivel local.

Este estudio busca responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los factores que crean condiciones favorables para la implementación del Programa?, ¿Cómo ha logrado el Programa posicionarse (o no) en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?

El análisis incluye los siguientes estudios de casos a nivel local: (i) Estudio de Caso 1, municipio El Choro en el departamento de Oruro³; y (ii) estudio de Caso 2, municipios de Exaltación y de Santa Ana en el departamento del Beni. Exaltación es un municipio priorizado por el Programa con un alto índice de vulnerabilidad alimentaria, siendo Santa Ana el municipio que alberga a la gerencia de red de salud para los dos municipios. Ambos municipios pertenecen al Beni, donde

¹ Los autores agradecen también a Ana María Aguilar, María Julia Cabrerizo, Nila Heredia, Rosario Quiroga, y, en especial a todo el equipo del Programa Desnutrición Cero de la Unidad de Nutrición, al equipo del SEDES en Oruro y en Beni, y al personal de salud y nutrición de los Municipios de El Choro, Santa Ana y Exaltación que dieron su tiempo en la participación de grupos focales y de entrevistas individuales. Sin el apoyo de estos actores, este estudio no hubiera sido posible.

² En un estudio para Bolivia sobre “La Alimentación y Nutrición en los procesos de Desarrollo” (PMA, MSD, 2005) se ha revisado los Planes y Políticas Nacionales de Desarrollo implementados en los últimos 20 años (1994-2006) que abordan la temática de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El estudio evidencia que los componentes de alimentación y nutrición de estos planes, con distintos nombres y características, nunca lograron implementarse.

³ Se trata de una prefectura y municipio priorizados por el gobierno con un alto índice de vulnerabilidad alimentaria y altamente alineado con las políticas del gobierno central, siendo el programa considerado como un caso “exitoso”.

el partido oficialista no tiene mayoría ni a nivel departamental ni municipal. Para los actores del gobierno central, el Programa en estos municipios se encuentra en una etapa inicial de implementación y con dificultades en la capacidad de respuesta frente al problema de desnutrición.

El Programa desde el sector salud, se implementa sectorialmente en los 166 municipios rurales del país que tienen alta y muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. En la primera fase, se identificaron 52 municipios priorizados, de los cuales 40 tienen muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. En una primera etapa del Programa, se intervinieron 32 municipios de los 52 programados, lo que representa una cobertura de 61% de los municipios priorizados.

Después de dos años de implementación (2006-2008), el Programa ha crecido substancialmente tanto en sus acciones, incidencia, capacidades humanas y técnicas y alianzas estratégicas horizontales y verticales. Para el crecimiento del Programa ha sido crucial el contexto político y social y ciertas características particulares de los actores y las redes del Programa.

Este estudio tiene dos objetivos específicos: i) comprender los procesos de coordinación de los actores y sus implicaciones en la implementación del Programa y ii) probar la metodología de mapas de redes como herramienta para el análisis político-institucional en programas de protección social.

En los últimos años se ha reconocido la necesidad de incorporar en la implementación de reformas el análisis político-institucional. Sin embargo, no se ha avanzado mucho en la aplicación de metodologías que permitan comparar entre países, regiones y/o entre programas. Este estudio, busca probar la metodología de análisis de redes sociales desarrollada por Eva Schiffer (2007) en base al marco conceptual del Análisis de Redes Sociales (ARS).

Este estudio se estructura de la siguiente manera: La segunda sección, presenta las características, componentes y el rol de los actores en la implementación del Programa. En la tercera sección se explica un breve marco conceptual. En la cuarta sección se explica la metodología de mapas de redes paso a paso así como la selección de estudios de caso y sus características. En la quinta sección se presenta el análisis de resultados. Finalmente, en la sexta sección se presentan las conclusiones.

2. CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DEL PROGRAMA

El MSD ha asumido la responsabilidad técnica y política de la erradicación de la desnutrición en el país y, básicamente se encuentra encaminado en dos tipos de esfuerzos; por un lado, impulsar el Programa en su dimensión multisectorial (Programa Multisectorial), realizando acciones y propuestas para que otros sectores del país se comprometan y realicen esfuerzos para erradicar la desnutrición y, por otro lado, impulsando el Programa de Desnutrición desde el sector salud con un enfoque de derechos humanos.

El Programa Multisectorial Desnutrición Cero fue lanzado oficialmente en Junio de 2007 bajo el liderazgo del MSD. El Programa es implementado bajo la responsabilidad política del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) que está presidido por el Presidente de la República y conformado por nueve ministerios (Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Salud y Deportes, Educación y Culturas, Producción y Microempresa, Agua y Justicia).

El MSD tiene el rol de Secretaría Técnica, no solamente debe coordinar con los ocho Ministerios sino también con los niveles de gobiernos descentralizados; municipios y prefecturas. Hasta fines del 2008, sólo el Ministerio de Desarrollo Rural, Agricultura y Medio Ambiente y el MSD tenían incorporados acciones para el programa de Desnutrición Cero.

El Programa está coordinado por la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (ST-CONAN), instancia que hasta el 2006 era presidida por la primera dama, pero que a partir del D.S.28667 de junio de 2006 es presidido directamente por el Presidente de la República y, en su ausencia, por el Ministro de la Presidencia⁴. Desnutrición Cero cuenta con financiamiento por parte del Gobierno Central, las prefecturas y municipios. Además cuenta con financiamiento de organismos de cooperación internacional a través de donaciones (Fundación Bill Gates, Cooperación Canadiense, Cooperación Francesa, UNICEF, PMA)⁵.

⁴ El Programa Multisectorial está enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo (2006-2011) se inserta en la política de promoción de la salud que propone la “recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, articulada y coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado. Con acciones sobre los determinantes de alimentación, calidad de vivienda, recreación, acceso a servicios básicos de educación, salud, saneamiento y seguridad” (Plan Estratégico 2007-2011 del Programa Desnutrición Cero: p14).

⁵ Antes del 2006, hubieron por lo menos cinco intentos de programas de Nutrición y Seguridad Alimentarias incorporados en los PGDES, ninguno de estos “tuvieron la importancia requerida para convertirse en una estrategia

El Programa interactúa con los tres niveles de gobierno (MSD, 2007:p22):

- i) Gobierno Central, a través del MSD es responsable de definir y coordinar las políticas de salud y, determinar el gasto en términos de ítems y perfiles profesionales en salud en las prefecturas y municipios. El Programa se implementa a través de la Unidad de Nutrición dependiente del Viceministerio de Promoción de la Salud.
- ii) Gobiernos departamentales, el Programa coordina el nivel central con el nivel local a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Para el Programa trabajan el equipo de personas responsables de: Nutrición, del Programa Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional (AIEPI), de Planificación, de Servicios de Salud y, de los Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN). Muy pocas Prefecturas tienen incorporados profesionales de nutrición.
- iii) Gobiernos Municipales, el Programa se implementa a través de los servicios municipales de salud, las redes de salud, las Unidades Nutricionales Integrales de Salud (UNIS) y los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN). Los municipios son responsables de generar la infraestructura para el Programa, así como comprar los insumos necesarios para su funcionamiento, incluyendo alimentos complementarios (nutribebé, chispitas, entre otros).

Una de las características más importantes del Programa es que se insertan en la estructura de la Red Nacional de Salud, no es un Programa creado como una unidad ejecutora independiente. En el Anexo 3 se muestra todos los actores del Programa y su conformación dentro de la Red Nacional de Salud. Además, el Programa sectorial trabaja con las siguientes estrategias:

- 1) *Focalización*: “El Programa desde el sector salud, se implementa sectorialmente en los 166 municipios rurales del país que tienen alta y muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. En la primera fase, se identificaron 52 municipios priorizados, de los cuales 40 tienen muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria⁶; la mayor parte de ellos,

fundamental....esto se explica por la debilidad institucional y la falta de prioridad en el tema” (MSD, Sistema de Naciones Unidas, 2005:p29).

⁶ El criterio de focalización geográfica del programa se basa en el Mapa de Vulnerabilidad Alimentaria medido por el Índice de Vulnerabilidad Alimentaria., calculado en base al Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. El índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria resulta de la combinación de 16 indicadores, de los cuales dos corresponden a indicadores de riesgo a la inseguridad alimentaria, estos son: porcentaje de superficie con uso agropecuario en riesgo de sequía o inundación muy alto y 14 indicadores corresponden a la capacidad de respuesta

ubicados en los departamentos de Potosí, Chuquisaca y Cochabamba. En una primera etapa del Programa, se intervinieron 32 municipios de los 52 programados, lo que representa una cobertura de 61% de los municipios priorizados (MSD, 2007a:p23)⁷.

2) *Abogacía*. El Programa ha encontrado algunos mecanismos importantes de difusión y empoderamiento a nivel local. El proyecto “Municipalizando el Programa Desnutrición Cero” implementado por la Asociación de Concejales de Bolivia (ACOBOL), tiene el objetivo de fortalecer a concejales y alcaldesas para generar conocimientos necesarios que permitan destinar recursos financieros para el Programa Desnutrición Cero⁸. En el marco de este proyecto, coordinado con la ST-CONAN, se ha realizado varias acciones de *advocacy* a nivel municipal con el fin último que los actores sociales en puestos de decisión en los municipios se sensibilicen y se apropien del Programa.

3) *Coordinación, construcción de alianzas y participación comunitaria*. El Programa busca fortalecer la participación y el compromiso de otros sectores y niveles de gobierno. También se busca asentar el Programa en las comunidades sociales organizadas. “Se pretende que este capital social sea canalizado para combatir la desnutrición, por medio de la sensibilización y fortalecimiento de los actores sociales...” (MSD, 2007a:p23).

En el Anexo 2 se muestra el Modelo Conceptual desarrollado por el MSD (Publicación 1,2007:p12) donde se desarrollan las líneas de acción y los principales procesos para la erradicación de la desnutrición.

El Programa viene trabajando sobre intervenciones claves que pretenden, desde varios ámbitos de salud y nutrición, hacer un trabajo integral. A continuación, se presenta un resumen de las intervenciones más importantes:

de la población (Accesibilidad vial, Número de mercados, Ingreso per cápita, Extrema pobreza, Número de actividades en las que se ocupa la población, Partos atendidos por personal especializado Partos atendidos en establecimientos de salud, Acceso a fuentes de agua potable, Viviendas con conexión a alcantarillado, Tasa de analfabetismo de hombres, Tasa de analfabetismo de mujeres, Asistencia escolar para hombres de cuatro a 19 años de edad, Asistencia escolar para mujeres de cuatro a 19 años de edad, Uso de energía eléctrica) (PMA, 2003).

7 Es importante aclarar que, el programa sectorial es un programa con focalización geográfica, en cambio, el programa Multisectorial es un programa “Universal”, considerando su implementación en todos los municipios urbanos y rurales del país.

8 El Proyecto de ACOBOL recibe financiamiento de UNICEF, se ejecuta con el apoyo técnico del CONAN. En una primera etapa trabajaron con el lema “Los Alimentos en Manos de las Mujeres”, en una segunda etapa “Por una infancia y maternidad digna”. Para el 2009, se está lanzando el curso on-line y of-line “Gestión Municipal con Desnutrición Cero” dirigido a concejales.

- **Atención al Desnutrido Severo.** Dirigido a capacitar hospitales de segundo y tercer nivel para la atención del desnutrido severo. El componente contempla tanto equipamiento como capacitación especializada en el diagnóstico y el tratamiento. Hasta diciembre 2008, se encontraban 11 unidades del desnutrido severo conformadas en las nueve capitales y diez en ciudades intermedias.
- **Hospital Amigo de la Madre y el Niño.** Dirigido a certificar a los hospitales de segundo y tercer nivel referidos a la calidad de atención a la madre y al niño poniéndose especial énfasis en la lactancia exclusiva para los niños entre cero y seis meses.
- **Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional Clínico (AIEPI NUT Clínico).** Es la norma de atención para el niño y la niña menor de cinco años en el sistema público de salud. El **Programa** Desnutrición Cero ha logrado incidir en el modelo de atención del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) obligando a que el AIEPI se transforme, con un mayor énfasis en la valoración, detección y tratamiento y prevención de problemas nutricionales en menores de cinco años, “incorporando las nuevas curvas de crecimiento propuestas por la OMS, cambiando el indicador de evaluación nutricional, actualizando tratamientos para varias de las clasificaciones conforme a recomendaciones basadas en la evidencia y ampliando el componente de consejería para las madres y la comunidad” (MSD, 2006: p6).
- **Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional de la Familia y la comunidad (AIEPI NUT).** El programa Desnutrición Cero realiza acciones en el AIEPI NUT para mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.
- **Fortificación de Alimentos para niños/as.** Dirigido a mejorar la fortificación de alimentos, principalmente, la harina, el aceite, la leche y la sal. El componente trabaja tanto en la **elaboración** de formulas de fortificación, elaboración de instrumentos (reglamentos) para su implementación, y en el seguimiento en campo a las industrias encargadas de elaborar estos alimentos.
- **Alimento Complementario “Nutribebé”.** Dirigido a mejorar la alimentación de los niños entre seis meses y dos años. El Nutribebé es adquirido por los Gobiernos Municipales. El Decreto Supremo 28421 establece que los recursos del IDH pueden ser utilizados para garantizar la salud y nutrición infantil. El Nutribebé ha sido suministrado

a las familias a través del sistema de salud. Hasta Septiembre 2008, 117 Municipios de 328 compraron Nutribebé⁹ y se estima que aproximadamente 200 mil niños recibieron el alimento. El alimento corresponde a una composición química elaborada por la Unidad de Nutrición del Ministerio y, contiene harinas precocidas y fortificadas con Vitamina A, E, C, D y minerales (fósforo, hierro, yodo, zinc). Cada niño debe consumir al menos dos bolsas de 700 gr. al mes (FAM, 2008).

- **Micronutrientes, vitamina A y Chispitas nutricionales.** Dirigido a todos los niños/as desde los dos hasta los cinco años y a las mujeres embarazadas que presentan desnutrición. Las Chispitas Nutricionales (“sprinkles” en ingles) consisten en complementos de “sulfato ferroso”.
- **Unidades Nutricionales Integrales (UNIs).** Idealmente deben ser conformadas por un nutricionista; un auxiliar de enfermería y una trabajadora social¹⁰. Hasta el momento, el personal ha sido facilitado por los SEDES, la infraestructura por los Gobiernos Municipales y el equipamiento por agencias de cooperación. Las Unidades de Nutrición Integral se crean **en** algunos municipios considerando los siguientes criterios: focalización/priorización, acceso geográfico, población y apoyo del Gobierno Municipal. Hasta diciembre 2008, se ha creado nueve (UNIs) en municipios priorizados y siete en municipios no priorizados.
- **Brigadas Móviles SAFCI.** Dirigidas a conformar los comités de salud a nivel de las comunidades, cantonal, distrital y municipal. Están conformadas por un médico(a), un odontólogo(a), una enfermero(a), un trabajador(a) social y un chofer. El personal es financiado a través del SEDES con contratos y asignados a los municipios priorizados por el Programa. También tiene la tarea de apoyar el trabajo de prevención y atención en salud con visita a las comunidades y recolección de información sobre las características nutricionales y de salud de las comunidades.

⁹ La adquisición de Nutribebé ha adquirido distintos nombres por parte de los gobiernos municipales. Por ejemplo, en El Alto el Nutribebé se llama “wawamacaña”, en Tarija se llama “churobebé”, en Santa Cruz se llama “peladino sano”. Los municipios de los departamentos de Potosí y Sucre son los únicos que no han adquirido Nutribebé.

¹⁰ El detalle sobre la estructura, organización y funcionamiento de las UNIs se encuentra en el documento oficial del Ministerio de Salud: “La Meta Desnutrición Cero, Unidades de Nutrición Integral” Serie de Documentos Técnicos Normativos, Publicación 16 (Diciembre 2007).

Adicionalmente, hasta diciembre 2008, el Programa había logrado la conformación de ocho Consejos Departamentales de Alimentación y Nutrición (CODAN) y la conformación de 16 Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN). El año 2006 el Programa a nivel de gobierno central estaba conformado por tres personas, un jefe y dos nutricionistas a nivel central. Después de dos años, el Programa está conformado por 20 personas.

3. MARCO CONCEPTUAL

La metodología de mapas de redes (netmap en inglés) fue desarrollada por Eva Schiffer (IFPRI, 2007) sobre la base de varios trabajos de análisis de redes sociales (Hanneman, 2001), investigación participativa (Chambers 1983, Freire 1990) y análisis de actores (DFID and The World Bank 2005).

El mapa de redes es una herramienta de mapeo basada en la entrevista que ayuda a comprender, visualizar, discutir y mejorar situaciones en las cuales muchos actores influyen los resultados (Schiffer, 2007). Es un método visual para identificar y representar las relaciones (tanto formales como informales) de los individuos y las organizaciones claves y, su importancia relativa, dentro y fuera de una estructura social. Con esta metodología la autora ha realizado varios estudios en distintos países del África, especialmente en el ámbito de derechos de propiedad sobre recursos naturales¹¹.

La base conceptual del mapa de redes está en las teorías del Análisis de Redes Sociales (ARS). Se argumenta que las relaciones entre actores configuran la estructura de la red y no así los atributos individuales de cada actor. En el ARS, los actores dentro de la red construyen además de relaciones sociales, relaciones de negocio e intercambian información y recursos, algunos centralizan estas relaciones más que otros en su provecho, de ahí la necesidad de comprender la forma de configuración de la red para intervenciones más efectivas tales como distribuir mejor el ingreso, mayor seguridad, mejorar la competitividad de la red, integración productiva y otros.

El ARS está ampliamente relacionado con el concepto de capital social. Una red social sitúa a los actores sin que ellos hayan elegido las condiciones, los actores influyen en otros actores, en este marco se asume que las personas sólo pueden acceder a determinados recursos a

¹¹ Ver <http://netmap.ifpriblog.org/>

través de sus redes. Según Hanneman (2005) las diferencias entre actores se deben a las limitaciones y oportunidades que surgen de la “forma” de la red en que están.

El trabajo de Granovetter (1982) argumenta que uno de los factores que hace que la pobreza se autoperpetúe es que la concentración de vínculos fuertes en las redes sociales tiene el efecto de fragmentar comunidades encapsuladas con vínculos débiles entre sí. Sobre este aspecto, Dominguez (2004) en un estudio sobre la inserción laboral de migrantes observó que la homogeneidad de las redes en estratos bajos restringe las posibilidades de movilidad social.

Según Forni y Longo (2004) una comunidad organizada puede obtener recursos del Estado o de organizaciones no gubernamentales, pero se requiere que la iniciativa de la comunidad tenga una “ventana” desde el espacio estatal, es decir, que el Estado sea receptivo a las demandas locales.

Porras (2001) plantea que la principal utilidad de este tipo de análisis en la red de políticas públicas permite abordar las múltiples formas donde interactúan los actores involucrados en la formulación, decisión y ejecución de las políticas públicas y, básicamente, la construcción conceptual del análisis depende fundamentalmente de la metodología de investigación.

El trabajo más reciente sobre programas de nutrición que busquen comprender el proceso de implementación es el de Natalicchio et.al (2008) donde se desarrolla un marco conceptual identificado herramientas disponibles para el análisis político institucional (basadas en análisis de actores, mapa de actores, análisis del discurso).

La aplicación del análisis de redes sociales es un instrumento para comprender los procesos de implementación de una política o reforma, en este tipo de análisis se requiere de una “observación detallada de los mecanismos institucionales y sistemas políticos, y de la manera en que dan forma a los roles e incentivos de diferentes actores que participan en el proceso de formulación de políticas” (Stein E et al, 2006).

4. METODOLOGÍA

4.1 APLICACIÓN METODOLOGICA

El mapa de redes es una metodología que permite comprender la influencia de actores en múltiples redes. La metodología ha sido aplicada a personas individuales y a grupos focales para

el estudio de caso del Programa a nivel central (Ministerio de Salud y Deportes), a nivel departamental (prefecturas, SEDES) y a nivel local (municipios, DILOS).

Como objetivo de este estudio, el análisis de mapa de redes buscó responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los factores que crean condiciones favorables para la implementación del Programa?, y ¿Cuáles son los principales cuellos de botella en la implementación del Programa?
- ¿Cómo ha logrado el Programa posicionarse en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?,
- ¿Qué recomendaciones de cambios políticos-institucionales se pueden dar al Programa?

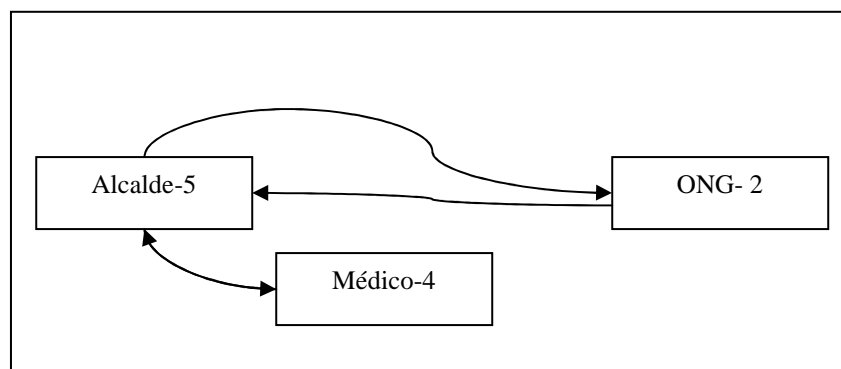
En la aplicación de la metodología se sigue el siguiente orden de preguntas tanto para las entrevistas individuales como para los grupos focales:

- ¿Quiénes son los actores que pueden influenciar al Programa?
- ¿Cómo están vinculados estos actores (líneas formales e informales, líneas de mando, flujos de coordinación/información.)
- ¿Cuán influyentes son estos actores en el Programa?
- ¿Cuáles son los cuellos de botella, formales e informales?

Las preguntas fueron estructuradas en un proceso de visualización a través del cual los nombres de los actores identificados por los entrevistados se escriben en tarjetas de color y se distribuyen en un papelógrafo. Luego se indican las conexiones entre actores a través de flechas de colores diferentes (según tipo de vínculo/línea) formando un mapa de actores. El tipo de vínculo se definió como líneas de coordinación, entendidas como flujos de información y/o líneas de mandos formales e informales.

Para medir el grado de importancia relativa de los actores se realizó un ranking del uno al cinco donde cinco es el valor de mayor influencia del actor en el Programa.

Figura 1. Mapa de Actores. Ejemplo Metodológico



Fuente: Elaboración Propia

También se colocaron abreviaciones de símbolos para indicar el rol del actor respecto al Programa, esto se refiere básicamente a las funciones que tiene el actor; por ejemplo, coordinar, asistencia técnica, mandato político, entre otros.

En la Figura 1 se muestra un ejemplo sencillo con tres actores. Se observa que el alcalde coordina con el médico y con la ONG y, estos dos últimos no coordinan entre sí. Además, el alcalde es el que tiene mayor poder de influencia para el Programa (Rankeado por los participantes como 5), luego el médico (Ranking= 4) y por último la ONG (Ranking=2).

El mapa y el grado de influencia son dibujados a través de las percepciones de los actores presentes en el ejercicio. Este análisis cualitativo es complejo. Al existir muchos actores se lo transforma a una matriz de adyacencias simétrica en formato Excel. Luego se normalizan los valores de influencia en un rango del cero al uno.

Tabla 1: Modelo de Matriz de Resultados

	Alcalde	Médico	Nutricionista
Alcalde	0	1	1
Médico	1	0	0
Nutricionista	1	0	0

Fuente: Elaboración Propia

Siguiendo el ejemplo, en matriz se muestra como el mapa dibujado por los actores en el papelógrafo debe ser convertido en una matriz cuadrada. Por ejemplo, en la fila una y columna dos, significa que el Médico tiene un flujo de intercambio con el alcalde. Este flujo de intercambio puede ser entre otros la información, coordinación, línea de mando, financiamiento.

4.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Método bola de nieve.

Para los tres niveles de gobierno (central, departamental y municipal) se utilizaron criterios para la delimitación de la red a partir del método de bola de nieve partiendo de una perspectiva egocéntrica (y no socio céntrica). Se seleccionó una muestra de actores claves con el organigrama del MSD. A ellos se les entrevistó y luego se siguió entrevistando a las personas nombradas por éstos¹². En esta etapa, se trató de conocer el vínculo de los actores que tienen un rol importante en el Programa. Con el método de bola de nieve se fue encontrando varios actores fuera del MSD, por ejemplo, la cooperación internacional y ex-autoridades y, se logró identificar los actores claves en el SEDES, donde a su vez se volvió a utilizar el método bola de nieve, para identificar a los grupos y personas a nivel municipal, desde funcionarios de los gobiernos municipales hasta actores claves beneficiarios directos e indirectos para el Programa.

Grupos Focales y entrevistas para el mapa de redes.

Los grupos focales fueron organizados por el rol de cada actor en el Programa (no por sus atributos), es decir, en función de las actividades en que los actores participan conjuntamente (Método realista, Pericás et al. 1999). Dado que las entrevistas grupales fueron desarrolladas sobre una sinergia auto dinámica, los resultados son percepciones subjetivas de las personas por consenso.

Análisis de datos.

Los mapas fueron “agregados” en una sola matriz de adyacencias para cada estudio de caso. Luego el análisis se hizo en el software Visualyzer 2.0, que ha sido diseñado para mostrar gráficamente redes sociales de pequeño y mediano tamaño. El software permite incorporar el nivel de influencia de cada actor en el Programa a través del tamaño de los círculos y también proporciona varias funciones de análisis de red.

¹² Cuando se existen muchos actores en la red se utiliza una encuesta de “generadores de nombres” (cuestionarios a egos para obtener los “alter” o personas con las que están relacionados).

Entrevistas semi-estructuradas.

Este tipo de entrevistas se realizaron con el objetivo de corroborar información que no estaba clara en el mapa de actores y fue dirigida a funcionarios públicos con altos niveles de decisión. En algunos casos, hubo contradicciones sobre el nivel de coordinación de los actores y se buscó una tercera fuente de información¹³.

4.3 LIMITACIONES METODOLOGICAS

En el análisis de red se identificó a la población de estudio, no se trata de una muestra aleatoria, por lo tanto los elementos no son “independientes” entre sí. En las matrices de adyacencia no se logró incluir a todos los actores involucrados en el Programa especialmente en el nivel de gobierno central¹⁴.

El método de bola de nieve podría estar invisibilizando aquellos actores aislados o que no están conectados a la red y, muchas veces, se tiende a exagerar la conectividad de las poblaciones de actores.

Por otro lado, se ha podido detectar que la metodología de entrevista participativa corre cierto riesgo de sobreestimar (positivamente) el poder o influencia de los actores que se encuentran representados físicamente dentro del taller.

El análisis está basado en relaciones simétricas, es decir, se asumió que la coordinación es recíproca de un actor a otro. Este supuesto podría estar encubriendo una pérdida de información respecto a la influencia política en la distribución de recursos, información, conocimientos, entre otros.

4.4 DESCRIPCIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS DE CASO

En lo que sigue de este estudio se analizan dos estudios de caso. El primer caso es el Municipio de El Choro en el departamento de Oruro¹⁵. Se encuentra dentro del altiplano boliviano y es considerado un caso exitoso en la implementación del Programa. El segundo caso de estudio son los municipios de Santa Ana y Exaltación ubicados en el departamento del Beni, dentro de la Amazonía Boliviana. Se trata de dos municipios que comparten la misma “red de salud”, se

¹³ Los cuestionarios de entrevistas se encuentran en el ANEXO 4.

¹⁴ Cada ejercicio toma tres horas de duración aproximadamente, y para niveles altos del Gobierno Central fue casi imposible reunir a estos actores para formar un “grupo focal”.

¹⁵ Bolivia está dividida en nueve departamentos, 112 Provincias, 328 Municipios (esta cifra ha ido incrementando desde 1994) y 1384 cantones.

encuentran en tierras bajas y, sus representantes a nivel municipal y departamental no están alineados con el partido de gobierno.

Exaltación es un municipio considerado prioritario para el Programa, si bien Santa Ana no es un municipio priorizado por indicador VAM, la gerencia de la Red de Salud se encuentra en Santa Ana. Dado que el Programa se implementa a través de las Redes de Salud existentes, la metodología nos llevó a incluir en el análisis de Exaltación a los actores ubicados en Santa Ana. Ambos municipios se encuentran muy alejados del eje central del país y con dificultades de acceso.

Para el estudio de Caso 1 se abordaron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los factores que crean condiciones favorables para la implementación del Programa?, ¿Cómo ha logrado el Programa posicionarse en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?

En el segundo estudio, se ha seleccionado los Municipios de Santa Ana y Exaltación, ambos municipios pertenecen a la misma Red de Salud. Exaltación es un municipio considerado prioritario para el Programa, si bien Santa Ana no es un municipio priorizado por indicador VAM, la gerencia de la Red de Salud se encuentra en Santa Ana, por lo tanto ambos municipios están interconectados respecto a la estructura organizacional del Programa.

Tanto Santa Ana como Exaltación son municipios, considerados por el gobierno central, con menores niveles de institucionalidad y asentamiento del Programa. Adicionalmente, ambos municipios se encuentran muy alejados del eje central del país y con dificultades de acceso.

Para el estudio de Caso 2 se abordaron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los principales cuellos de botella en la implementación del Programa?, En qué medida ha logrado el Programa posicionarse (o no) en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?.

Es importante notar que, los dos estudios de caso están ubicados en departamentos donde hay muy pocos municipios seleccionados para la Fase I del Programa. Esto hace que, la situación a nivel de la SEDES sea similar, la SEDES de Oruro tiene a su cargo un solo municipio y la SEDES del Beni tiene a su cargo tres municipios.

En el ANEXO 4 se describen las características político institucionales de los tres municipios. A continuación se presenta una breve descripción de los municipios seleccionados como estudios de caso.

4.4.1 MUNICIPIO EL CHORO

El municipio de El Choro cuenta con 8.550 habitantes. Se encuentra a una hora de la capital de departamento de Oruro. Geográficamente se ubica en el altiplano boliviano entre la ciudad de Oruro, el lago Poopo y la Frontera con Chile. El municipio está subdividido en dos distritos: el distrito de El Choro que cuenta con cuatro cantones y, el distrito de Challacollo conformado por un sólo cantón.

Los riesgos de inseguridad alimentaria y desnutrición vienen principalmente vinculados a (i) *disponibilidad*, debido a los bajos niveles de ingresos; (ii) *uso*, por las malas prácticas nutricionales y, (iii) mala calidad del agua.

El Choro es uno de los pocos municipio de Bolivia cuyo alcalde ha sido reelegido desde que se inició el proceso de descentralización en Bolivia en 1995. La inversión social en El Choro durante los últimos dos años ha sido muy significativa, especialmente en desayuno escolar y en el seguro Universal Materno Infantil (Ver Anexo 5).

Su población está casi exclusivamente dedicada a la ganadería ovina y a la agricultura. Sus principales organizaciones sociales están conformadas por las “Asociaciones de Regantes” a las cuales todos los comunitarios están asociados dada su alta dependencia a los sistemas de riego.

El Choro junto a otros cinco municipios colindantes conforman una de las seis redes de salud que existen en el departamento de Oruro, la cual brinda servicios de salud a través de sus 41 centros: uno de segundo nivel; ocho centros de salud y 32 postas. El gerente de Red se encuentra en el municipio de Todelo, colindante al municipio de El Choro de donde coordina directamente con la responsable municipal de El Choro.

4.4.2 MUNICIPIOS SANTA ANA Y EXALTACIÓN

Santa Ana y Exaltación pertenecen a la Provincia de Yacuma en el departamento del Beni. El Municipio de Exaltación es parte de los tres municipios del Beni priorizados por la alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria -grado cuatro y 5- para aplicar el Programa de Desnutrición Cero, junto con los municipios de Loretto y Puerto Siles¹⁶.

Exaltación cuenta con unos 12.187 mil habitantes. Para acceder a su población se debe tomar una avioneta desde Trinidad a Santa Ana y de allí desplazarse, en tiempo seco, cuatro horas por vía terrestre, o tres horas en un deslizador a través de los ríos Yacuma y Mamoré. Geográficamente se encuentra a orillas del río Mamoré. El municipio está subdividido en cinco distritos y cuenta con 33 comunidades. En contraste, Santa Ana tiene una población de 16,905 habitantes. Es más accesible llegar a Santa Ana que a Exaltación, sin embargo, las dificultades de acceso desde Trinidad (capital de departamento) hasta Santa Ana son más o menos las mismas¹⁷.

Exaltación cuenta en su mayoría con poblaciones indígenas; Movida, Cayababa, Trinitario y Yucaré. Su población está casi exclusivamente dedicada a la ganadería vacuna y a la cosecha de algunos productos, como el Plátano, Maíz y Yuca.

Los riesgos de inseguridad alimentaria y desnutrición vienen principalmente vinculados a: (i) *disponibilidad* debido a los bajos niveles de ingresos (ii) *uso*, por las malas prácticas nutricionales; (iii) mala *calidad del agua*, (iv) *difícil accesibilidad*, y (v) *riesgo*, vinculados a los fenómenos de El Niño y La Niña e inundaciones periódicas que aíslan a las comunidades durante varios meses al año.

Exaltación junto a Santa Ana conforman una de las ocho redes de salud que existen en el departamento del Beni. Exaltación brinda servicios de salud a través de sus cuatro establecimientos, un centro de salud y tres postas médicas. Exaltación, no tienen incorporado el Programa Desnutrición Cero en sus servicios de salud. En contraste, el municipio de Santa Ana cuenta con un responsable de Nutrición. En Santa Ana al igual que en el del Choro el Alcalde ha sido reelegido, por dos veces consecutivas.

¹⁶ El Beni es un departamento con baja densidad poblacional y algunos municipios han sido sobreestimados en su población, una de los argumentos es debido a los fondos de co participación popular que se asignan a los municipios por población por el gobierno central, esto hace que en algunos casos las coberturas en salud sean bajas.

¹⁷ El costo de transporte en avioneta es de 100 \$us por persona.

El gerente de Red se encuentra en el municipio de Santa Ana. La coordinación no es fácil debido a las limitaciones de acceso. La comunicación con otras comunidades y centros poblados se hace a través de radios, ya que no hay señal para teléfonos celulares, y cuenta con luz eléctrica solamente tres horas al día.

Además de los establecimientos de salud, el área rural cuenta con un “barco médico” que pasa tres veces al año por el río Mamoré visitando las comunidades tanto de Santa Ana como de Exaltación. El barco médico es una iniciativa del Gobierno Departamental del Beni, se coordina a través de las gerencias de red, y es financiado por organismos internacionales.

El Municipio de Exaltación ha sido considerando un caso no exitoso para el Programa. Según estimaciones de la FAM la inversión social en Exaltación durante los últimos dos años ha sido casi cero. En cambio, Santa Ana realiza inversiones en el área social que triplican al Municipio del Choro. (Ver Anexo 6).

5. ANALISIS DE MAPAS DE REDES

En el análisis que se presenta a continuación se muestra tres mapas “agregados”, donde la información recolectada ha sido consolidada en: 1) mapa de actores para el Nivel Central del Gobierno, 2) mapa de actores desde el Nivel Central, Prefectura de Oruro y Municipio de El Choro y finalmente, 3) mapa de actores desde el Nivel Central, Nivel Departamental del Beni, Municipio de Santa Ana y Municipio de Exaltación.

5.1 ANÁLISIS A NIVEL DE GOBIERNO CENTRAL

A nivel del gobierno central se ha realizado dos mapas individuales y uno grupal y, se identificaron 38 actores en total. El resultado se muestra en la Figura No 2. El tamaño de los “círculos” muestra el grado de influencia que tienen los actores en la dinámica del Programa, las flechas de unión entre “círculos” muestra “la coordinación a través de los flujos de información”. Para facilitar la estructura visual de los actores se ha organizado el gráfico de la siguiente manera: Los círculos en color rojo representan los actores formales del Programa, los círculos en color amarillo representan las agencias de cooperación (financiera y técnica) que recibe el Programa y los círculos “sin color” representan los actores “pasivos”. Son actores que en el momento de realizar el ejercicio no tuvieron un rol determinante en el Programa.

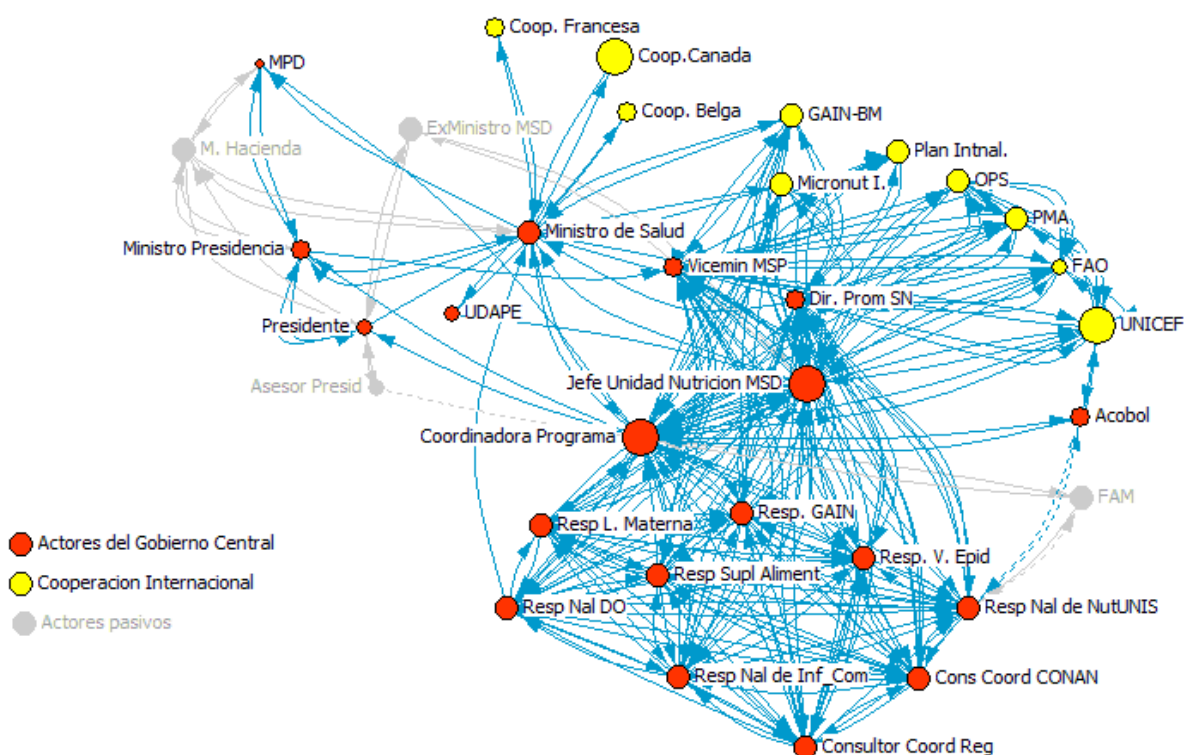
En la Figura No 2 se observa que a nivel de gobierno central el Programa constituye una red densa de actores, visualmente no existen sub-grupos al interior de la red, ni actores aislados. Al mismo tiempo que, existen dos actores que tienen mayor influencia y un mayor grado de intermediación que el resto dentro del Programa, estos se refieren al(a) Coordinador(a) del Programa Multisectorial y al(a) Jefe(a) de la Unidad de Nutrición.

Desde la percepción de distintos actores, estas dos posiciones constituyen el máximo nivel de liderazgo del Programa, por sus capacidades técnicas, su rol articulador y su capacidad de gestión, y se ubican en el ranking máximo de poder o influencia en el Programa (mayor al del Ministro, Viceministro, directores).

Se observa también que todo el equipo del Programa (representado por círculos rojos) está altamente conectado (tiene una densidad casi igual a 1), además de estar comprometidos con el Programa. A nivel de técnicos, los actores coincidieron que el grupo está cohesionado, porque realmente trabajan en equipo. Sin embargo, el grupo manifestó estar sobrecargado de responsabilidades. La capacidad de liderazgo para realizar alianzas estaría sobrepasando las capacidades institucionales de implementación.

Respecto al rol y la posición de las agencias de cooperación, de acuerdo a los participantes, estos constituyen sobretudo un apoyo político importante para el Programa que, más allá de aspectos financieros, le da sostenibilidad, credibilidad y sobretudo neutralidad.

Figura 2. Nivel de Gobierno Central Programa Desnutrición Cero



Source: Elaboración Propia

El Programa ha logrado asentarse en la estructura del Ministerio de Salud sin necesidad de crear una “unidad” especial para el Programa¹⁸. Por otro lado, los participantes relataron que, al inicio del Programa una de las tareas principales fue equilibrar la influencia que históricamente tenían las agencias de cooperación y hacer prevalecer el rol rector del Ministerio de Salud tanto en los aspectos técnicos como en la dependencia de personal del equipo del Programa. Después de tres años, el equipo central no depende mayoritariamente de fondos provenientes del TGN.

Entre otros actores importantes, se ha podido identificar que el Programa ha tenido una fuerte influencia de la ex Ministra de Salud, quien no sólo logró involucrar al Presidente de la

¹⁸ La creación de unidades específicas para cada programa ha sido muy común en los últimos 20 años. En general, han sido impulsadas por las Agencias de Financiamiento Internacional. La falta de capacidades y de institucionalización en las estructuras de los ministerios es uno de los argumentos centrales para la creación de estas “unidades” con reglas y normas del juego distintas o complementarias a las establecidas formalmente en la estructura legal del Estado.

República, sino también coordinar con algunos gobiernos municipales para que asignen recursos y se comprometan con el Programa. En una entrevista, la ex Ministra explicó que el Programa nació durante la campaña política del Movimiento al Socialismo (MAS) en 2004/5 como propuesta de gobierno y que el “presidente asumió el compromiso”.

Por otro lado, varios actores consideraron que fue fundamental el “Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011” (DS 29272, 12 de Septiembre de 2007). Este plan permitió enmarcar al Programa en el contexto de la nueva visión del gobierno e integrarla en el conjunto de su marco estratégico. A su vez, todos los talleres de difusión y promoción del Programa surgieron a partir de comprender la política social del gobierno del “vivir bien”. A pesar de la importancia que el Programa le ha dado al Plan Nacional de Desarrollo, se ha observado que el vínculo de coordinación del Programa con el Ministerio de Planificación y Desarrollo y, en especial, con la Red de Protección Social ha sido muy débil¹⁹.

5.2 ANALISIS DEPARTAMENTO DE ORURO Y MUNICIPIO DE EL CHORO

Para el Municipio de El Choro, se identificaron 68 actores en total (incluyendo los del nivel central). En la Figura 3 se observan los resultados. Para tener una mejor visualización de los estudios de caso a nivel local, se ha agregado algunos actores del nivel central, por ejemplo, las agencias de cooperación internacional constituyen un grupo, las agencias de Naciones Unidas otro grupo y, el equipo de la Unidad de Nutrición otro grupo. Por su importancia, se ha mantenido en la Figura a la Jefa de Nutrición y a la Coordinadora del Programa Multisectorial.

Los círculos en amarillo representan la cooperación internacional, los círculos en rojo representan los actores formales, los círculos en verde representan los actores sociales que forman parte de la base social del Programa.

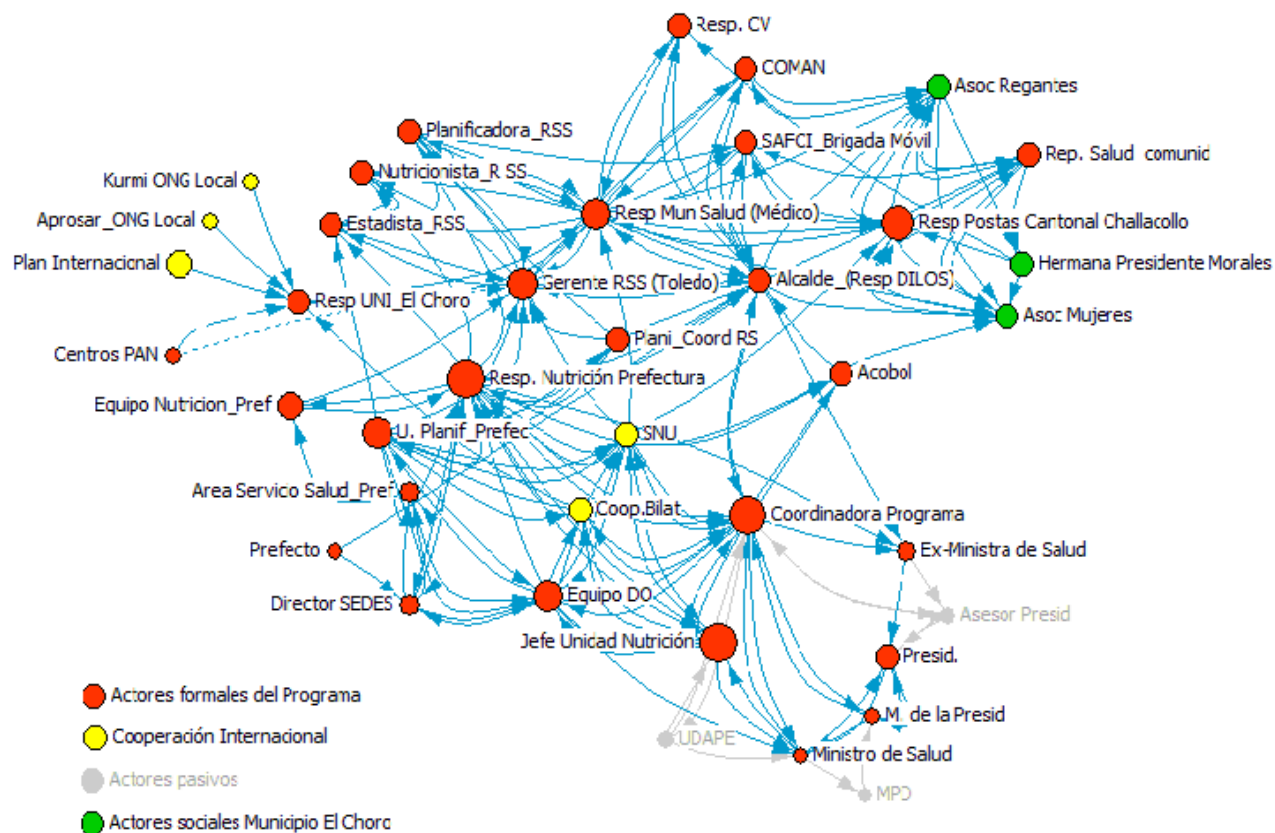
En la Figura 3 se observa que el Programa está asentado dentro de las estructuras regulares de los tres niveles de gobierno sin que se haya conformado unidades especiales. La participación de múltiples actores con independencia de acción y autonomía conforman una red densa de equipos de trabajo bien constituida dentro de la Red de Salud del Municipio.

¹⁹ El Programa Desnutrición Cero forma parte de la Red de Protección Social y también es un componente estratégico de la Nueva Estrategia de Erradicación de la Pobreza Extrema (PEEP). El CONAN es débil institucionalmente debido a la alta rotación de funcionarios.

Se observa que no existen grupos aislados ni actores aislados en la red. La distancia más larga que un “mensaje” le puede tomar de un actor a otro es de cuatro actores como máximo. Se observa que el(a) Coordinador(a) Nacional del Programa y el(a) Jefe(a) de Unidad tienen vínculos hacia fuera con casi el 50% de los actores en toda la red Oruro-El Choro.

Se observa en la Figura No 3 que existen varios canales de coordinación del Programa; por una parte formales, a través de la Unidad de Nutrición del Ministerio, el SEDES y la Gerencia de Red; y otra informal entre (i) el Alcalde y el(a) Coordinadora del Programa y (ii) entre el Alcalde y el Prefecto; canales de coordinación que han logrado canalizar recursos humanos y asistencia técnica para la implementación de la brigada móvil SAFCI y de la Unidades de Nutrición Integral. Estos canales informales explican en gran medida los avances del Programa en el Municipio de El Choro porque se evidencia varias relaciones informales de alta jerarquía coordinando directamente con el nivel local.

Figura 3. Estudio de Caso 1. Municipio El Choro, Departamento de Oruro



Source: Elaboración Propia

Entre los actores de mayor influencia en el Programa a este nivel está el(a) responsable de nutrición de la Prefectura quien ha mantenido un alto nivel de liderazgo y coordinación tanto hacia abajo (municipio) como hacia arriba (gobierno central). Otros dos actores(as) de mayor peso relativo se refieren al(a) Gerente(a) de Red de Salud ubicado en Toledo y el Responsable Médico Municipal ubicado en El Choro.

Uno de los factores de posicionamiento del Programa para este estudio de caso, se debe al apoyo de organizaciones sociales y al compromiso de éstas con el Programa. Por ejemplo, dentro de la campaña dirigida a que los gobiernos municipales del departamento adquirieran el Nutribebé, se trabajó fuertemente con actores claves como la hermana del presidente Morales y la Asociación de Mujeres Concejales de Oruro (ACOBOL Oruro), que coadyuvaron en el proceso

de apropiación. Este proceso permitió que los 24 municipios de Oruro adquirieran el alimento complementario.

Otros actores importantes en el municipio son los médicos cubanos y la brigada móvil SAFCI, quienes vienen realizando evaluaciones en cuanto a conocimientos y prácticas nutricionales referidas a: lactancia materna inmediata, lactancia materna exclusiva, asistencia de niños en los centros de salud para atención integral y alimentación a niños con diarrea. Este sistema de seguimiento es presentado públicamente en los centros de salud (a nivel de cantón), es una forma de incentivar al personal de salud de mejorar los conocimientos y prácticas de las comunidades a las que asisten.

La existencia de la Brigada Móvil también tiene como principal objetivo la atención integral de las familias en sus mismas comunidades y la identificación de puntos focales de nutrición en cada una de las comunidades (responsables de nutrición comunitarias).

Respecto a la cooperación internacional, Plan Internacional es la organización más relevante para El Choro, si bien reciben apoyo de dos ONGs más, no fueron calificadas como significativas para el Programa.

Otra de las características relevantes del municipio fue la fuerte presencia de actores informales organizados, como la Asociación de Regantes, quienes mantienen una alta capacidad de convocatoria con el resto de la comunidad. Las posibilidades de éxito para cualquier taller de difusión y/o participación de los y las beneficiarias en el Programa dependen fundamentalmente de implicar a los representantes de la Asociación de Regantes para que convoquen a los/as beneficiarios del Programa. Dentro de esta Asociación se encuentran también vinculados los responsables de salud por comunidad y las organizaciones de mujeres.

Durante la elaboración del mapa de redes en el Municipio de El Choro, los participantes del taller no pudieron ponerse de acuerdo sobre la ponderación de la influencia del(a) Responsable de la Posta de Salud de Challa Collo (Distrito 2). Se reconoció que no tenía buenos niveles de coordinación con el(a) Responsable Municipal de Salud. En contraste, se observó que la Posta de Salud de Challa Collo presentaba un sesgo positivo en cuanto a conocimientos y prácticas nutricionales con relación al distrito de El Choro. Por ejemplo, en lactancia materna inmediata Challacollo había superado la meta del 80% en conocimiento y práctica, con relación a las comunidades del distrito de El Choro que se encuentra por debajo del 60%.

Como una forma de complementar el ejercicio, se logró entrevistar a la Responsable de la Posta de Salud Challacollo y se constató que, su liderazgo y formación en atención intercultural le han permitido ganarse la confianza de sus comunidades y avanzar de forma notable en la implementación del Programa. A pesar de que ella no era parte del “staff” del Programa, se observó que estaba muy involucrada con el tema de nutrición y con la necesidad de capacitar a replicadoras dentro de las mismas comunidades a modo de que las buenas prácticas pueden ser realizadas y validadas en las mismas comunidades tomando en cuenta sus patrones culturales.

En suma, la presencia de “agentes de cambio” a nivel de comunidad nos mostró que más allá de los niveles de mandatos formales de coordinación con el Programa los resultados pueden tener impactos positivos adicionales.

A pesar del asentamiento del Programa en El Choro, los actores reconocieron que existe una necesidad de contar con una mayor cantidad de materiales de difusión. Se cuestionaba la baja promoción y conocimiento del Programa con relación a otros programas como “Juancito Pinto”, “Operación Milagro”, y “Yo Sí Puedo” que han sido mejor promocionados. Por otra parte, el bajo nivel de promoción desde el gobierno central hace que el Programa no sea parte de la propaganda de gobierno central y por lo tanto su implementación responda a criterios más técnicos.

5.3 ANALISIS DEPARTAMENTO DEL BENI, MUNICIPIOS DE LA EXALTACIÓN Y DE SANTA ANA

Para el caso de los municipios de Santa Ana y La Exaltación se identificaron 73 actores incluyendo los del nivel central. En la Figura 4 se observan los resultados. Los círculos de color rojo representan los actores formales del Gobierno Central y del SEDES, los círculos en celeste representan los actores del municipio Santa Ana y los círculos en azul representan a los actores pertenecientes al Municipio de Exaltación.

Se observa que la red, en general, está débilmente conectada siendo la densidad de la red cercana a cero²⁰. La distancia mayor entre uno y otro actor de que un “mensaje” le puede tomar de un actor a otro es de seis actores.

²⁰ Para una red totalmente conectada la densidad=1.

Las personas de mayor influencia para el Programa en la Red son el(a) Gerente de Red en Santa Ana y el(a) Responsable de Nutrición de la Prefectura y el(a) Alcalde de Santa Ana. Sin embargo, ambos actores apenas llegan a tener vínculos hacia fuera con 30% de los actores²¹.

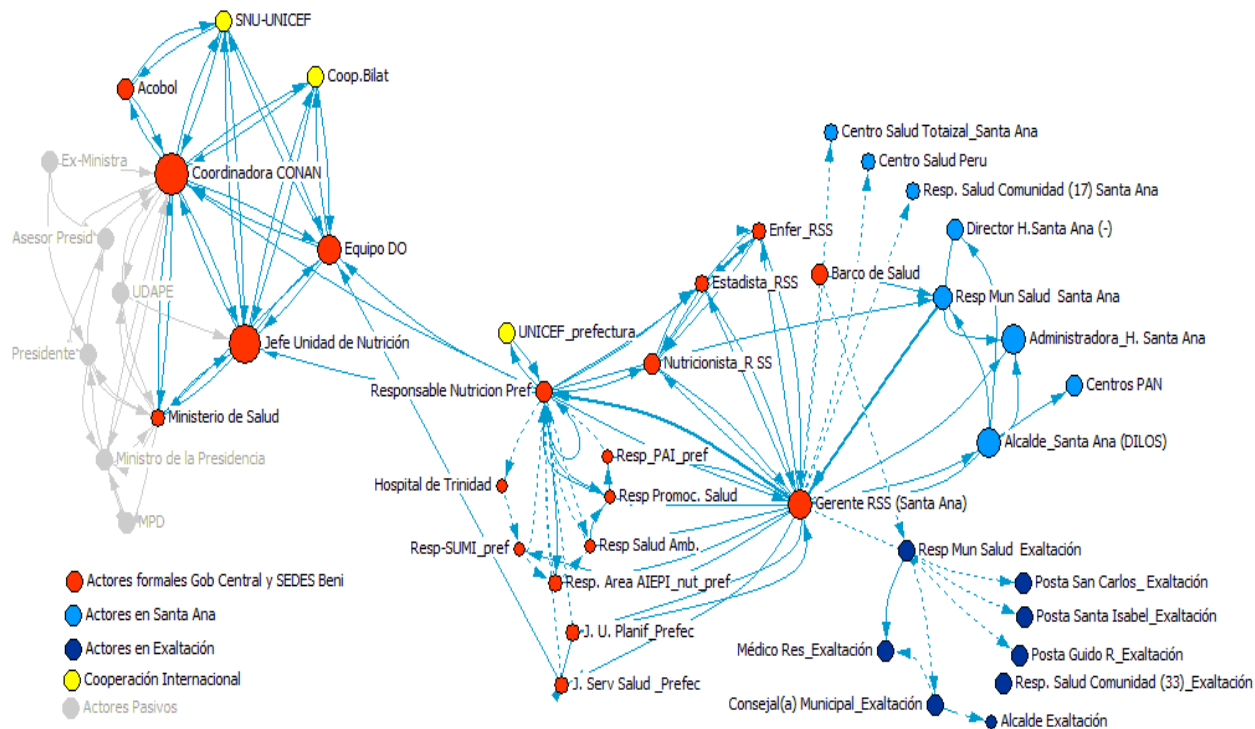
Visualmente, se observa que la red tiene un punto de quiebre entre el gobierno central y los niveles locales. Las líneas de coordinación son muy débiles (línea punteada) y dependen básicamente del mecanismo formal asentado fuertemente en la presencia de un punto focal del Programa en la Prefectura; el(a) Responsable de Nutrición del SEDES. Se observa claramente que, no existe ningún vínculo directo entre el Gobierno Central y los actores de ninguno de los dos municipios.

A su vez que, el(a) Responsable de Nutrición de la Prefectura presenta muy pocas “líneas” de coordinación con ambos municipios y, básicamente, tienen un equipo de trabajo que no está fortalecido.

En contraste, se pudo evidenciar una buena coordinación de la Responsable de Nutrición con sus ocho Gerencias de Red, entre ellas la de Santa Ana-Exaltación. Un apoyo fundamental en este caso es el de UNICEF con la Responsable de Nutrición. La coordinación consiste básicamente en el pago de pasajes de avioneta y viáticos para desplazarse a realizar actividades de coordinación y monitoreo con los municipios colindantes. Sin este financiamiento, no sería posible el monitoreo puesto que no existe un presupuesto asignado para esta actividad.

²¹ En el análisis computarizado esto se observa en la centralidad de grado de los actores (“degree centrality”).

Figura 4. Estudio de Caso 2. Municipios Santa Ana y Exaltación



Fuente: Elaboración Propia

Otro actor de influencia para el Programa es el(a) Gerente de la Red de Salud que opera dentro del Hospital General “Jacobo Abul” de Santa Ana. El(a) Gerente de Red tiene un equipo de personas bien constituido entre los que se encuentra un(a) Nutricionista. El(a) Gerente de red fue identificado como un actor clave, puesto que coordina también con el Centro PAN, con las juntas vecinales, y con el barco de salud.

Por otro lado, destaca el(a) Alcalde de Santa Ana como un “agente de cambio” para el Programa. Debido a que Santa Ana no es un municipio considerado prioritario en la Fase I para el Gobierno Central, en este caso, el trabajo del(a) Alcalde de Santa Ana es aún más representativo. A través de una entrevista personal, se pudo constatar el nivel de conocimiento sobre el problema de la desnutrición así como su voluntad política y compromiso con el Programa. Esto se ha observado a través de iniciativas que se reflejan en la presencia del Centro PAN de primera calidad y la implementación del Programa de Desayuno Escolar que tiene siete años de antigüedad, además de la distribución de alimento complementario Nutribebe en el hospital, en los centros de salud y en los centros PAN.

La coordinación del Alcalde con la Gerencia de Red de Salud, con la Administradora del Hospital General y con la sociedad civil han permitido y viabilizado la adquisición del alimento complementario con recursos del IDH²², así como, facilitado las gestiones para que se pueda implementar una UNI en Santa Ana²³. También ha logrado gestionar recursos humanos ante el Gobierno Departamental nutricionistas).

Por otro lado, en el mapa de redes se observa que existe una fuerte desarticulación entre el Director del Hospital “Jacobo Abul” y todo el equipo del gobierno municipal de Santa Ana, lo cual genera que algunos procesos importantes de toma de decisiones sean lentos y altamente burocráticos²⁴.

La Gerencia de Red, el Gobierno Municipal y el personal de salud han logrado conformar una red de coordinación efectiva sin la necesidad del apoyo del Director del Hospital. Adicionalmente, dentro del Hospital General se identificaron algunos puntos focales, que trabajan y están comprometidos con el Programa, estos actores se refieren a la Administradora del Hospital y a la Trabajadora Social.

Los resultados en Exaltación demostraron un bajo nivel de coordinación entre los actores del Programa (Figura 4). Se observó poco interés por parte de las autoridades y falta de motivación e información, por parte de los representantes de la sociedad civil y de la comunidad. A pesar que el Municipio de La Exaltación es uno de los tres municipios “priorizados” por el Programa en el Beni, se pudo constatar que, en el municipio existía una total desinformación sobre el Programa y más preocupante aún, una falta de sensibilidad sobre el problema de la desnutrición infantil.

Durante el ejercicio se pudo observar varios “agujeros estructurales” para el Programa. Exaltación no cuenta actualmente con una UNI ni tampoco con una Unidad Móvil que coadyuve a las tareas de prevención de la desnutrición; el Gobierno Municipal no distribuye alimentación complementaria, uno de sus Distritos carece de Posta de Salud; y varias comunidades están completamente aisladas del sistema de salud. Finalmente, no existen organizaciones sociales vinculadas al Programa.

²² De acuerdo al Decreto Supremo 28899, donde se realiza una nueva asignación de los recursos provenientes del impuesto a los hidrocarburos, los municipios deben utilizarlos mejorar las condiciones de vida de la niñez, a partir de esto, muchos municipios adquirieron el alimento nutribebé.

²³ El municipio ha presupuestado US\$42.000 para la compra de alimento complementario para la gestión 2009.

²⁴ El Director del Hospital depende directamente del SEDES y no responde al Gobierno Municipal.

Es importante señalar que a nivel central, la Unidad de Nutrición del Ministerio creó ítems para la UNI de Exaltación; pero a nivel del SEDES, con la participación de la responsable de salud, se determinó redireccionar los ítems a la Gerencia de Red en el Municipio de Santa Ana debido a que Exaltación presenta dificultades de acceso y comunicación; sobredimensionamiento de la población, falta de interés de las altas autoridades municipales respecto al Programa, y finalmente, total desconocimiento del Programa por parte de las comunidades, así como la no identificación de puntos focales con poder de decisión, ni actores sociales sensibles a la temática que puedan ejercer presión para su implementación.

Durante el ejercicio además se observó que, el personal de salud no conocía en profundidad los alcances del Programa. La Responsable Municipal de Salud tenía algunas dificultades de coordinación tanto con la Gerencia de Red en Santa Ana, como con el Barco de salud y con sus subalternos y los representantes de la comunidad.

Esta situación ha limitado los avances del Programa y en estas circunstancias, la Responsable de Nutrición del SEDES ha recomendado la no implementación de la UNI en Exaltación, debido a las características político-institucionales del Municipio. A esto se suma que se reportó que muchos miembros de la comunidad no confían en su Centro de Salud, prefieren ser atendidos en el Hospital General de Santa Ana debido a la falta de insumos y especialización del equipo médico.

Pese a haber recibido donaciones de alimento complementario (Nutribebé) de parte de UNICEF durante la emergencia de 2007-2008, no hubo un posicionamiento del Programa, debido a que las donaciones no fueron acompañadas con asistencia técnica por parte de los actores involucrados (Unidad de Nutrición del Ministerio, UNICEF, entre otros).

Adicionalmente, no existe evidencia que el alimento haya sido correctamente distribuido y por el contrario las familias entrevistadas mostraron total desconocimiento del producto. En el centro de salud no había registros sobre el uso que se había dado a las donaciones de alimento complementario y como habían sido distribuidas.

Exaltación es un municipio de muy difícil accesibilidad, especialmente en época de lluvia. Aunque exista la voluntad de llegar a los municipios más alejados del país, las posibilidades de hacerlo son escasas porque los costos son muy altos y no han podido ser

cubiertos por el Programa. Las dificultades de acceso se constituyen en una barrera natural que hasta el momento no ha sido superada²⁵.

6. CONCLUSIONES

¿Cuáles son los factores que crean condiciones favorables para la implementación del Programa?

El Programa ha logrado insertarse en la Red de Salud y en la estructura de los SEDES, en el marco regular de la Administración del Estado, a través de la incorporación de nutricionistas quienes interactúan tanto con la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud como con los nutricionistas de las Gerencias de Redes de Salud, de las UNIs y de las brigadas SAFCI. Esta estructura de nutricionistas en cada nivel administrativo permite contar con responsables directos del Programa encargados de posicionar el Programa a cada nivel.

El contexto político ha sido determinante en la implementación de un programa complejo como “Desnutrición Cero”. Tanto la aceptación como la participación y control social de la población frente al Programa, depende fundamentalmente de los líderes de base como de agentes de cambio a nivel local.

Un factor de éxito son los equipos de trabajo cohesionados, donde no existen sub-grupos ni actores aislados (esto podría ocurrir, por ejemplo, cuando existen múltiples partidos políticos en funciones de gobierno).

Otro factor importante son los actores agentes de cambio en puestos de liderazgo que, pueden o no formar parte de la estructura del Programa, pero están altamente involucrados y sensibilizados con el problema de la desnutrición. Los agentes de cambio, como en el caso de la Responsable de la Posta de Salud en Challacollo y el Alcalde de Santa Ana, sin lugar a dudas, contribuyeron al fortalecimiento del Programa.

La estructura de las relaciones sociales en El Choro ha permitido que el Programa permee más fácilmente que en Santa Ana y en Exaltación. Esto se debe a la presencia de organizaciones sociales organizadas y comprometidas que hicieron que exista una mayor participación y confianza de los y las beneficiarias en el Programa. La Asociación de Regantes y la Asociación de Mujeres en Oruro representan un capital social importante que permite cohesionar al Programa en su forma multisectorial.

²⁵ Por ejemplo, se puede señalar que en los últimos dos años, ni un responsable de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud, ni del SEDES de la Prefectura han realizado una visita de campo al Municipio de La Exaltación.

Otro factor importante, es la existencia de organismos de cooperación que contribuyen con la promoción e implementación del Programa y le ha dado un carácter más neutral.

¿Cuáles han sido los cuellos de botella en la implementación del Programa?

En el caso de Exaltación, se ha observado una falta de sensibilidad por parte de las autoridades locales, con el problema de la desnutrición infantil y, en general, con las políticas dirigidas a los niños. A pesar de que existen algunos actores aislados muy comprometidos con la causa no cuentan con línea de mando y por lo tanto no logran constituirse en agentes de cambio.

En el caso concreto del SEDES en el Beni, se ha observado una debilidad en el equipo de trabajo. Con la metodología de mapas de redes no se logró explorar más profundamente las razones de esta debilidad, sin embargo, será necesario realizar un esfuerzo para consolidar el equipo y fortalecer a los actores que trabajan en el Programa.

Un aspecto importante ha sido la falta de conocimiento del Programa desde las autoridades locales y mecanismos adecuados de transmisión de conocimientos hasta la comunidad. *Esto está ligado a* una debilidad en la estrategia de comunicación y la necesidad de generar material especializado (como, por ejemplo, mochilas para educadores) y una fuerte promoción parecerían indispensables para sensibilizar a la población y facilitar el trabajo de los nutricionistas y promotores del Programa (lo cual fue afirmado por varios grupos focales).

Por otro lado, en todos los grupos focales realizados ha salido recurrentemente que los responsables de nutrición en el SEDES no cuentan con recursos para movilizarse por las zonas donde se implementa el Programa y realizar un adecuado monitoreo. Esta situación se acentúa en el caso del Beni, donde el acceso a varios de los municipios es extremadamente costoso.

¿Cómo ha logrado el Programa posicionarse en la Agenda de la Prefectura y del Municipio?, ¿Cuán efectivo y sostenible es este posicionamiento?

El primer factor de posicionamiento ha sido los esfuerzos constantes de coordinación por parte de la Unidad de Nutrición y de la Coordinación del Programa Multisectorial con los actores centrales del SEDES en Oruro y del Municipio de El Choro.

El nivel de compromiso de los actores y participación de la comunidad con el Programa ha sido determinante para posicionar y asentar una estructura sólida de funcionamiento.

En el Caso de Oruro, son las sinergias generadas entre los actores del Gobierno Central, prefectural y municipal, que pertenecen a la línea del gobierno del presidente Morales²⁶.

Para el caso de Santa Ana, el Programa no ha logrado ser posicionado desde el Gobierno Central ni del Gobierno Departamental. Se trata de un caso en que el posicionamiento se ha dado como resultado de la voluntad política del alcalde y las capacidades generadas por parte del personal de salud del municipio. En el caso del Municipio de La Exaltación no existe posicionamiento alguno.

En general, a nivel local, se ha observado que la cooperación internacional no ha jugado ningún rol para el posicionamiento del Programa pero coadyuva a su implementación.

²⁶ Una razón de esta afirmación es que la familia del presidente Morales vive y ha nacido en este departamento y, en tanto en las elecciones presidenciales como en las del referéndum Oruro ha sido uno de los dptos que mayor votación ha tenido.

REFERENCIAS

- Conferencia Regional hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe. 2008. “Mensaje del Excelentísimo Señor Presidente Evo Morales Ayma a la Conferencia Regional para la erradicación de la Desnutrición.” Publicación Web www.erradicarladesnutricion.cl de la Conferencia Regional. Santiago de Chile: Chile.
- Davies Rick. 2003. “Network Perspective in the Evaluation of Development Interventions: More Than a Metaphor.” Paper Presented on the EDAIS Conference November 24-25, 2003. Cambridge: United Kingdom.
- Stein Ernesto et al. 2006 (coordinadores). “La Política de las Políticas Públicas” Progreso Económico y Social en América Latina, Informe 2006. Banco Interamericano de Desarrollo, David Rockefeller Center for Latin American Studies, Harvard University. Editorial Planeta
- Eva Schiffer. 2007. “Manual. Net-Map Toolbox. Influence Mapping of Social Networks.” IFPRI. Paper presented at the Sunbelt Conference of the International Network of Social Network Analysis. Corfu: Greece.
- FAM. 2007. “EN LA RED MUNICIPAL: Bebés de 59 Municipios consumen Nutribebé). Boletín en: http://www.unicef.org/bolivia/spanish/enlared_municipal_municipios_nutribebe.pdf
- Forni, Pablo y María Eugenia Longo. 2004. *Las Respuestas de los pobres a la crisis: Las redes de organizaciones comunitarias y la búsqueda de soluciones a los problemas de las áreas periféricas de Buenos Aires*. San Salvador, El Salvador: IDISCO – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de El Salvador.
- Gobierno de Bolivia. 2006a. *Plan Nacional de Desarrollo*, La Paz, Bolivia: Ministerio de Planificación del Desarrollo, MPD.
- Hanneman, Robert A. and Mark Riddle. 2005. *Introduction to social network methods*. Riverside, CA, United States: University of California. Publicado en formato digital en <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/>.
- “Mensaje del Excelentísimo Señor Presidente Evo Morales Ayma a la Conferencia Regional para la erradicación de la Desnutrición.” Presentado en la Conferencia Regional hacia

- la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe. 2008. Santiago de Chile: Chile. Publicación Web www.erradicarladesnutricion.cl
- Ministerio de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente, Programa Mundial de Alimentos. 2006. *Resultados de la encuesta de seguridad alimentaria y nutricional en municipios vulnerables de Bolivia*. La Paz, Bolivia: Colaboración MS, UNICEF, OPS/OMS, CONAN, Comisión Europea, PASA, FAO. Editora Presencia D.L. 4-1-1676-06.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo, MPD. 2008. *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria con Soberanía*". Presentación Power Point. La Paz, Bolivia: MPD
- . 2007a. *Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*", *Estado de Situación. Plan Nacional de Desarrollo*. 1era Versión. La Paz, Bolivia: MPD D.S. No 29272. Segunda Versión. Documento de Estudio.
- . 2007b. *Red de Programas de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario: Marco conceptual y lineamientos de operativización. Plan Nacional de Desarrollo*. La Paz, Bolivia: MPD. RPS-DIC D.S. 29246 del 22-08-07. Documento de trabajo.
- . 2007c. *Plan Nacional de Desarrollo, "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien", Lineamientos Estratégicos, 2006-2011*. La Paz, Bolivia
- Ministerio de Salud y Deportes. 2008a. *Plan Estratégico 2007-2011 del Programa Desnutrición Cero*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.
- . 2008b. *Programa Desnutrición Cero "Informe Enero-Septiembre 2008"*. La Paz, Bolivia: MSD.
- . 2007a *Desnutrición Cero 2006 – 2010. Programa Desnutrición Cero*. Documento de Estudio. La Paz, Bolivia: MSD.
- . 2007b. *Línea de Base Desnutrición Cero*" Programa Desnutrición Cero Documento de Estudio. La Paz, Bolivia: MSD.
- . 2006. *Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-Nutricional (AIEPI) en el Marco de la Meta Desnutrición Cero*. Cuadro de Procedimientos. La Paz, Bolivia: MSD.
- . 2005. *Estudio de Caso Bolivia. La Alimentación y Nutrición en los Procesos de Desarrollo*. Sistema de las Naciones Unidas. 32ª. Sesión Anual Del Comité Permanente De Nutrición Proceso Preparado. La Paz, Bolivia: MSD. Dirección de Servicios de Salud. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.

- Molina, José Luis. 2004. "La Ciencia de las Redes." *Apuntes de Ciencia y Tecnología. No. 11*. Departamento de Antropología Social, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Natalicchio et al. 2008). "Carrots and Sticks: The Political Economy of Nutrition Policy Reforms". Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Draft of The World Bank. Washington, DC: United States.
- Organización Panamericana de la Salud. 2007. *Perfil de los Sistemas de Salud en Bolivia. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Tercera Edición. Washington, DC, United States: OPS
- Porras Martínez, José Ignacio. 2001. "Policy Network o Red de Políticas Públicas: Una Introducción a su Metodología de Investigación". *Revista de Estudios Sociológicos México DF: Colegio de México*. XIX (57), Septiembre-Diciembre 2001.
- Presidencia de la República. 2008. *Logros de Gestión de Gobierno Enero 2006 – Junio 2008*. Programa EVO CUMPLE.
- Requena Santos, Felix. 1996. "Redes Sociales y Cuestionarios." *Colección Cuadernos Metodológicos*. No 18. Madrid, Spain: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Teyseyre, M. 2008. "Colocando Nutrición en la Agenda Política del Gobierno. Análisis Institucional y Político de las Políticas de Nutrición en Nicaragua". Borrador del Banco Mundial. Washington, DC: United States.
- The World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development. A strategy for large-scale action*. Washington, DC, USA: The World Bank.

ANEXOS

Anexo 1: Focalización Geográfica: Municipios Priorizados para implementación de Programas Sociales: Fase I

Nº	Código INE	Municipio	Población Total *	Población Menor de cinco años*	VAM**	Incidencia de Pobreza	Pobreza Extrema	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Global de Fecundidad
		Chuqisaca							
1	10103	Poroma	18.398	2.227	5	99.3	91.6	110	7.0
2	10201	Villa Azurduy	12.212	2.145	5	94.3	78.6	93	7.1
3	10202	Tarvita (Villa Arias)	17.478	3.072	5	97.9	83.8	101	7.9
4	10301	Zudáñez	7.950	1.261	4	86.4	41.1	84	5.4
5	10302	Presto	9.948	1.577	5	97.5	88.3	117	7.3
6	10303	Villa Mojocoya	8.347	1.324	5	92.3	63.3	78	7.1
7	10304	Icla (R.Mujia)	10.415	1.651	5	99.0	69.8	97	7.3
8	10402	Tomina	10.427	1.537	4	94.6	53.8	99	6.5
9	10403	Sopachuy	8.272	1.220	5	91.0	68.2	78	6.0
10	10601	Tarabuco	20.487	3.235	5	93.7	61.4	103	6.8
11	10602	Yamparaez	9.711	1.535	4	93.2	28.0	74	6.3
12	10702	San Lucas	34.012	5.722	5	96.5	71.5	92	7.3
13	10703	Incahuasi	26.255	4.417	5	96.2	72.4	101	8.1
14	10902	Culpina	17.816	2.640	5	93.1	60.6	77	6.1
		La Paz							
15	20308	Santiago de Callapa	8.762	1.029	5	100.0	95.3	64	5.1
16	20502	Ayata	10.411	1.637	5	99.8	98.0	96	6.5
17	20902	Sapahaqui	14.227	1.929	5	99.1	68.6	68	5.1
18	21602	Curva	2.666	429	5	98.5	81.9	91	5.5
19	21803	Chacarilla	1.827	226	5	99.9	88.9	66	5.1
		Cochabamba							
20	30301	Ayopaya (Independencia)	25.980	4.400	5	97.5	84.7	106	7.5
21	30302	Morochata	39.306	6.657	4	98.2	82.2	97	6.9
22	30601	Arque	13.225	2.382	5	99.2	95.5	122	7.9
23	30602	Tacopaya	13.825	2.490	5	99.9	96.3	118	8.1
24	30703	Sicaya	2.185	306	5	95.8	55.7	85	5.5
25	31101	Tapacari	30.644	5.058	5	99.4	93.3	111	7.7
26	31302	Vila Vila	4.871	830	5	97.3	76.3	127	6.9
27	31501	Bolivar	9.685	1.626	5	98.4	89.5	127	5.8
		Oruro							
28	40103	El Choro	8.187	965	5	99.2	80.4	81	3.7
		Potosí							
30	50102	Tinguipaya	27.686	3.557	5	99.3	94.1	116	7.4
29	50104	Belén de Urmiri	2.452	318	5	99.6	53.4	116	4.4
31	50201	Uncia	26.198	3.672	4	84.2	60.0	137	6.3
32	50202	Chayanta	15.323	2.146	4	96.9	67.3	123	7.3
33	50301	Betanzos	40.140	6.094	5	94.4	55.6	94	6.2
34	50303	Tacobamba	13.767	2.092	5	99.3	94.3	114	7.7
35	50401	Colquechaca	36.886	6.196	5	97.2	90.7	129	8.1
36	50402	Ravelo	22.605	3.801	5	99.2	90.5	107	6.7

N°	Código INE	Municipio	Población Total *	Población Menor de cinco años*	VAM**	Incidencia de Pobreza	Pobreza Extrema	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Global de Fecundidad
37	50403	Pocoata	22.659	3.806	5	97.9	88.6	123	5.7
38	50404	Ocuri	21.807	3.665	5	98.4	88.3	115	7.8
39	50501	San Pedro de Buena Vista	32.128	5.167	5	98.4	94.8	131	7.1
40	50502	Toro Toro	11.655	1.875	5	98.7	87.6	119	7.0
41	50701	Sacaca	21.478	3.477	5	95.7	89.9	138	7.5
42	50702	Caripuyo	9.783	1.583	5	99.0	87.9	170	7.4
43	51301	Arapampa	2.822	299	5	98.4	91.0	103	7.4
44	51302	Acasio	2.668	283	5	97.7	82.1	122	8.3
		Tarija							
45	60402	Yunchara	5.451	712	5	98.7	63.3	97	6.8

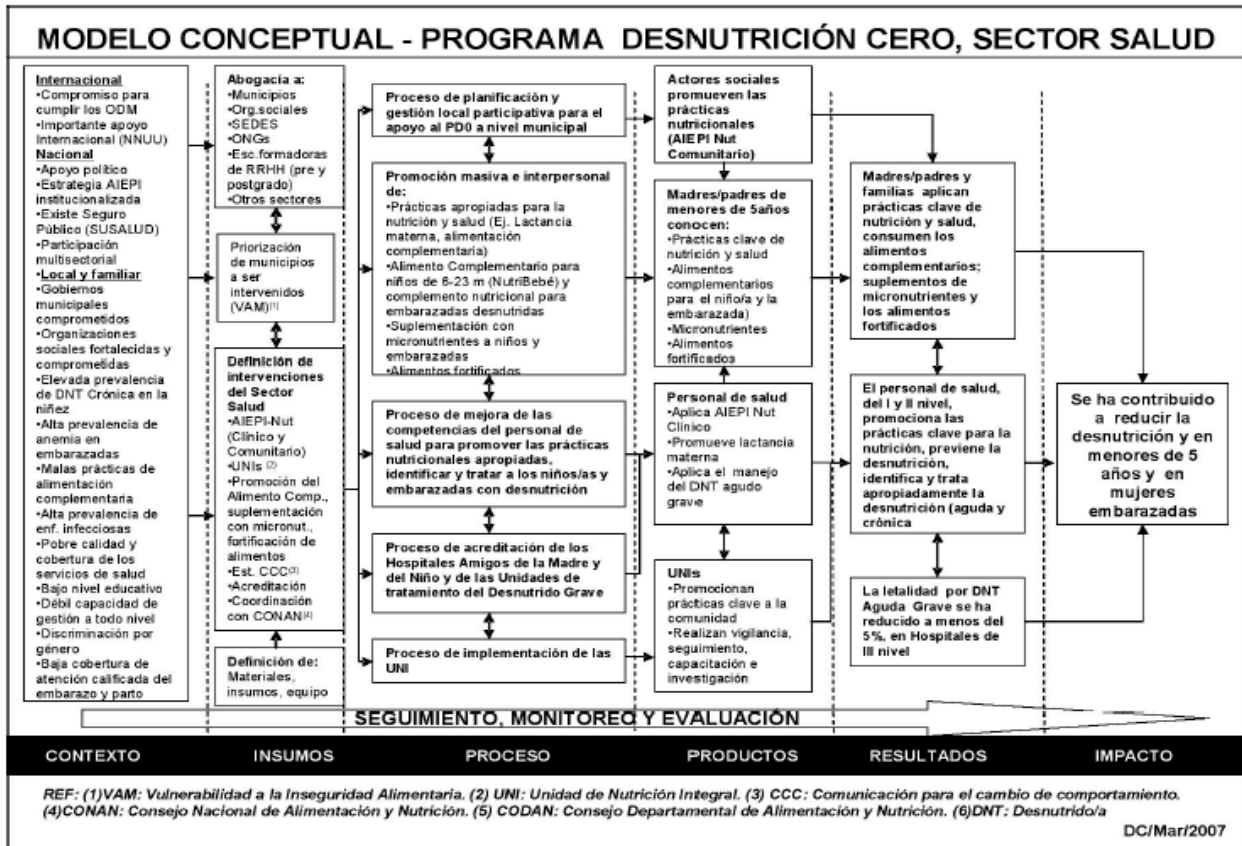
Nº	Código INE	Municipio	Población Total *	Población Menor de cinco años *	VAM**	Incidencia de Pobreza	Pobreza Extrema	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Global de Fecundidad
		Santa Cruz							
46	70705	Gutiérrez	12.027	1.926	4	96.1	56.9	83	8.3
47	70803	Moro Moro	3.077	333	4	85.0	29.0	76	4.5
48	70805	Pucara	2.490	270	4	88.8	33.0	52	4.0
		Beni							
49	80402	Exaltación	12.206	2.029	4	94.7	40.4	56	7.3
50	80601	Loreto	3.908	673	4	96.4	53.1	78	6.8
51	80703	Puerto Siles	987	150	4	97.1	23.6	70	5.4
		Pando							
52	90401	Santa Rosa del Abuná	2.643	377	5	88.7	58.8	69	6.8

Fuente: MSD (2007b)

Notas: * Proyecciones de población del CNPV/01 para el año 2006. INE.

** VAM = índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.

Anexo 2. Modelo Conceptual, Programa Desnutrición Cero, Sector Salud



Fuente: Extraído de "Programa Desnutrición Cero-2006-2010" (Publicación 1, 2007:p12)

Anexo 3. Actores del Programa Desnutrición Cero que se insertan en la Red Nacional de Salud

Instancia	Conformación	Rol
CONAN (Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición)	El Ministerio de Salud y Deportes se constituye en la Secretaría Técnica a través de una Unidad de Coordinación. Está encabezado por el Presidente de la República y conformado por nueve ministros: Ministro de la Presidencia; Ministro de Planificación del Desarrollo; Ministro de Hacienda; Ministra de Salud y Deportes; Ministro de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente; Ministro de Educación y Culturas; Ministro de Producción y Microempresa; Ministro del Agua, Ministro de Justicia. Además, Representantes de la Sociedad Civil son: Federación de Asociaciones Municipales (FAM), Asociación de Consejales de Bolivia (ACOBOL), Coordinadora del Agua, Consejo Nacional del Agua, Central Obrera Boliviana (COB), Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Bartolina Sisa, Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyo (CONAMAQ), Confederación de Empresarios Privados de Bolivia, Cámara de Comercio, Cámara de Industria, Comité de Enlace de Organizaciones de Pequeños Productores, Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB), Confederación Sindical de Colonizadores de Bolivia, Confederación Nacional de Juntas Vecinales, Federación de Asociaciones de Comités de Vigilancia, Colegio de Médicos, Colegio de Nutricionistas, Colegio de Agrónomos, Universidades Públicas y Privadas. Cada una de estas organizaciones tiene un punto focal para el Programa	Su rol consiste en establecer mecanismos que aseguren la conducción articulada y concertada del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, que permita la participación organizada y concertada del Estado y la Sociedad Civil organizada en su conjunto. Su rol tiene un carácter intersectorial
COMAN (Concejo Municipal de Alimentación y Nutrición)	Alcalde, Representante de Salud (médico), representantes de la sociedad civil, otros actores.	El mismo rol del CONAN a nivel municipal
CODAN (Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición)	Dirigido por el Prefecto, conformado por el SEDES. Hasta el 2008, estaban funcionando el CODAN de Oruro, Potosí, Chuquisaca, Cochabamba y Tarija.	El mismo rol que CONAN pero a nivel departamental
SEDES (Servicio departamental de salud)	Director y responsables de tres unidades: Unidad de Salud, Unidad de Nutrición y Unidad de Vigilancia. El SEDES es el responsable de la administración de recursos humanos. El Director del SEDES es nombrado por el Prefecto.	Es el brazo operativo del Ministerio de Salud. Su rol es implementar las políticas del MSD y gestionar los recursos humanos de salud para los municipios
Red de Salud	Conformada por la Red Nacional de Establecimientos de Salud (establecimientos públicos, seguridad social, instituciones privadas, iglesia y ONGs), la Red de Salud Departamental y la Red de Salud Municipal	Garantizar la articulación y coordinación de las Políticas de Salud del MSD
Red de Salud Departamental	Conformado por Redes Municipales, establecimientos de tercer nivel y el Director del SEDES	Garantizar la articulación y coordinación de las Políticas de Salud del MSD

Instancia	Conformación	Rol
Red de Salud Municipal	Conformado por establecimientos de primer y de Segundo grado. Bajo la responsabilidad del Gerente de Red, nombrado por el DILOS.	Garantizar la articulación y coordinación de las Políticas de Salud del MSD
Gerencia de Red	Dependen del SEDES Están generalmente conformados por un Gerente de red, un Nutricionista, un Enfermero y un Estadístico. En algunas redes han sido fortalecidas con la contratación de personal adicional financiado con recursos del gobierno central y de las prefecturas.	El Gerente de Red es responsable de la designación del Coordinador de la UNI.
UNI (Unidades nutricionales integrales)	Médico (idealmente pediatra), Nutricionista (con conocimientos de estadística), Enfermera, Trabajadora Social, Profesional para la evaluación y estimulación del desarrollo infantil (psicólogo u otro)	Realizar tratamientos referidos de los establecimientos de salud de primer nivel. Fortalecer competencias del personal de salud de primer nivel, en relación a la prevención de la desnutrición. Involucrar a los actores sociales en la promoción y aplicación de mejores prácticas de alimentación. Esto incluye, gobiernos municipales, profesores, Centros PAN, Agentes comunitarios, entre otros. ²⁷
Brigadas Móviles de Salud (forma parte de SAFCI)	Medico, odontólogo, enfermera, representante de salud y chofer. (En estas Brigadas participan Médicos Cubanos)	Vincula, involucra y articula al equipo de salud, la persona, la familia y la comunidad y sus organizaciones en la atención de salud a través de la promoción de la salud en brigadas móviles, que pueden ser ambulancias, barcos, camionetas, entre otros.
DILOS (Directorios locales de Salud)	Alcalde, Presidente del Comité de Vigilancia, la más alta autoridad en salud y gerente de red. El Alcalde es el que preside los DILOS y es el responsable de la administración de los establecimientos de salud.	Son responsables de la gestión local de salud compartida con participación popular
Comité de Vigilancia	Puede estar conformado por comunidades campesinas, comunidades y pueblos indígenas y juntas vecinales (Ley Participación Popular 1994, reconoce personería jurídica).	Mecanismo de control social que articula a las organizaciones de base que participan en los procesos de elaboración, implementación y monitoreo de los Planes Operativos Anuales en los Gobiernos Municipales

Fuente: Elaboración Propia.

²⁷ Para más detalle sobre el rol de las UNIs, ver MSD (2008). “Unidades de Organización Integral, Estructura, Organización y Funcionamiento” pag 13 a 18.

Anexo 4: Características político-institucionales de los Municipios Seleccionados como estudios de caso

Criterios	El Choro	Santa Ana	La Exaltación
1. Municipio priorizado por el Programa Desnutrición Cero	Si	Sí	Si
2. Nivel de desarrollo e implementación del Programa	Alto	Medio	Muy bajo
(i) Hospitales amigos de la madre y el niño	No	No	No
(ii) Alimento Complementario “NUTRIBEBE”	Si	Sí	No
(iii) UNI	Si	No	No
(iv) AYEPI NUT	Si	Sí	Si
(v) AYEPI NUT de la familia y la comunidad	No	Sí	No
(vi) Manejo del Desnutrido Agudo Severo a nivel departamental	1 hospital de 3er nivel y dos hospitales de 2do nivel	Sí	1 Hospital de Tercer Nivel (Hospital Materno Infantil)
(vii) Suplemento de Micronutrientes	Si	Sí	Si
3. Contexto geográfico	Altiplano	Trópico	Trópico
4. Nivel de pobreza	Alto	Alto	Alto
5. Nivel de desnutrición	VAN 5		VAN 4
6. Accesibilidad	Buena 1 Hora de la capital de departamento en carretera asfaltada y de tierra.	Mala 1 hora en avión desde la sede de gobierno y una hora en avioneta	Mala 1 hora en avioneta hasta Santa Ana y tres horas en carretera (en época seca) o tres horas y media en deslizador por el río Mamoré
7. Presencia de ONGs Internacionales involucradas con el Programa	UNICEF	USAID, UNICEF, CARITAS, PMA	USAID (Calidad y Gestión) CARITAS (Barco Médico) PMA y UNICEF para la emergencia del Fenómeno de El Niño y La Niña.
8. Tamaño y tipo de Municipio	Pequeño y rural	Mediano y rural	Pequeño y rural
9. Capacidad de Gestión	Alta	Alta	Baja
10. Coordinación con la Secretaría Técnica del CONAN	Alta	Baja	Baja
11. Existencia de centros de salud de segundo y/o tercer nivel	No	Sí, Hospital Jacobo Abul	No

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5. Municipio El Choro: Inversión Social (2006-2007)
(miles de Bolivianos)

	Gestión 2006		Gestión 2007		Variación	
Detalle	Bs	%	Bs	%	Bs	%
Total Inversión	445994,08	100	912386,50	100	466392,42	104,57
Desayuno escolar	23320,00	5,23	29951,20	3,28	6631,20	28,44
Inversión en infraestructura escolar	186877,39	41,90	616507,75	67,57	429630,36	-25,67
Seguro Universal Materno Infantil	32101,10	7,20	43419,30	4,76	11318,20	35,26
Inversión en infraestructura sanitaria	178474,98	40,02	215928,25	23,67	37453,27	20,99
Inversión en alcantarillado y agua potable	25220,61	5,65	6580,00	0,72	-18640,61	-73,91

Fuente: Servicio de Información y Análisis de la Gestión Municipal SIAM (2008) en base a información del Viceministerio de Presupuesto y Contaduría

Anexo 6. Municipios Santa Ana y Exaltación: Inversión Social (2006-2007)

	Gestión 2006		Gestión 2007		Variación	
SANTA ANA	Bs	%	Bs	%	Bs	%
Total de Inversión Santa Ana	3251458,68	100	5304990,16	100	2053531,48	63,16
Desayuno escolar	508469,39	15,64	596541,90	11,24	88072,51	17,32
Inversión en infraestructura escolar	2046807,27	62,95	2977339,02	56,12	930531,75	45,46
Seguro Universal Materno Infantil	356902,28	10,98	787133,73	14,84	430231,45	120,55
Inversión en infraestructura sanitaria	180127,09	5,54	664496,43	12,53	484369,34	268,90
Inversión en alcantarillado y agua potable	159152,65	4,89	279479,08	5,27	120326,43	75,60
EXALTACIÓN						
Total de Inversión Exaltación	324906,73	100	0	100	-324906,73	- 100,00
Desayuno escolar	40972,50	12,61	0	0	-40972,50	- 100,00
Inversión en infraestructura escolar	31621,20	9,73	0	0	-31621,20	- 100,00
Seguro Universal Materno Infantil	197897,10	60,91	0	0	-197897,10	- 100,00
Inversión en infraestructura sanitaria	54415,93	16,75	0	0	-54415,93	- 100,00
Inversión en alcantarillado y agua potable	0	0,00	0	0	0	0

Fuente: Servicio de Información y Análisis de la Gestión Municipal SIAM (2008) en base a información del Viceministerio de Presupuesto y Contaduría.

Anexo 7. Grupos Focales y Entrevistas Individuales Mapa de Redes

Niveles de Gobierno	Grupos NetMap	Integrantes de cada grupo focal
Nivel Central	1. Unidad de Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Deportes	Responsable de programa Gain.
		Responsable de Suplementos Alimentarios
		Responsable de lactancia materna
	2. Secretaría Técnica, CONAN	Coordinadora Programa Multisectorial Desnutrición Cero.
	3. UNICEF	Oficial de Salud
Nivel Departamental	4. ACOBOL	Coordinador del Programa Desnutrición Cero
	5. Prefectura de Oruro, SEDES	Consultor en Planificación
		Encargada de Nutrición
		Responsable SNIS-UE
		Planificadora SNIS-UE
		UNI-COM.UE
		Responsable trabajo social
		Apoyo AIEPI-NUT
		Coordinador Redes de Salud
		Planificador
		Programa Tuberculosis
		Nutricionista
		Nutricionista red Norte-UNI
		Eco-Salud-Planificación
	6. Prefectura de Beni, SEDES	Responsable Departamental Del Programa de Nutrición Sedes-Beni
		Director SEDES
		Resp.area de Educación
		Responsable Planificación
		Responsable Sistema Nacional de Información en Salud
		Profesional Nal.OPS/PAI
		Responsable A.fijo
		Responsable SUMI Sedes-Beni
		Resp. Intrahospitalario del manejo de desnutrido severo H.M.I. Trinidad
		Jefe Nutricionista Hospital Materno Trinidad
		Resp. Comité de lactancia materna
Nivel Local	7. Municipio El Choro	Médico Centro de Salud El Choro
		Vicepresidente de la Asociación departamental de Regantes-Oruro
		Director Unidad.Educativa. Sebastián Pagador
		Planificador Red Salud Cuenca-Poopo
		Enfermería Auxiliar Centro de Salud El Choro
		Nutricionista del UNI del Choro
		Presidente Aprelech
	8. Municipio Santa Ana de Yacuma	
		Analista de sistemas, H.Jacobo
		Auxiliar de enfermería
		Supervisora
		Fisioterapia y Kinesiología
		Medico
		Visitadora Social

Niveles de Gobierno	Grupos NetMap	Integrantes de cada grupo focal
		Jefe Unidad de Salud
		Responsable SNIS- Red 05 Yacuma
		Enfermera de Red, Red 05
		Administrador, H. Jacobo
		Técnico recursos humanos, H Jacobo
		Auxiliar de enfermería, H Jacobo
	9. Municipio Exaltación	Concejala, Alcaldía Municipal
		Auxiliar de enfermería, Centro de Salud
		Medico, Centro de Salud
		Director DNA, Alcaldía Municipal
		Secretaria de actas el Carmen UEJMP
		Auxiliar de enfermería, Centro de Salud
		Pte. De Zona, OTB
		Pte. 21 de Abril, OTB
		Pte. El Carmen, OTB

Fuente:Elaboración Propia

Anexo 8: Lista de Entrevistas Semi-estructuradas Individuales

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ex ministra, Ministerio de Salud y Deportes2. Jefe de Unidad de Nutrición. Ministerio de Salud y Deportes3. Director del SEDES-ORURO4. Encargada de Nutrición. SEDES-ORURO.5. Encargada de Nutrición. SEDES-BENI.6. Brigada Móvil en el municipio del Choro.7. Enfermera Auxiliar. Puesto de Salud Chacacollo.8. Alcalde del Municipio de Santa Ana9. Alcalde del Municipio de la Exaltación. Pilo Villavicencio. |
|--|

Fuente: Elaboración Propia (las personas entrevistadas estaban en funciones durante el año 2008)

Anexo 9: Cuestionario de Entrevistas, complementario al Mapa de Redes

Entrevistas Programa Desnutrición Cero Niveles Altos de Decisión a nivel Central, Prefectural y Municipios

Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo que Ocupa: _____

Tiempo en el Cargo: _____

Organización: _____

Buenos días, estamos realizando un estudio de investigación para el Banco Interamericano de Desarrollo respecto al marco político institucional del Programa Desnutrición Cero como política nacional y que se implementa en su Municipio.

Como Ud. representa un actor importante para este Programa nos gustaría conocer su opinión al respecto.

Hemos ya realizado varias entrevistas a nivel de Estado Central y también hemos realizado un taller con las personas directamente involucradas en el Programa en su municipio, ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas específicas respecto a su visión sobre el Programa:

-
1. Cuáles son los cambios más importantes en cuanto a políticas de nutrición en su municipio?
 2. ¿Qué le parece el enfoque que le ha dado el gobierno Central al tema de nutrición?
 3. Cuáles son las áreas en nutrición que más se ha avanzado? (Ej, desayuno escolar, suplementos alimenticios, UNIs, entre otros.)
 - 4.Cuál es su visión respecto a obstáculos y oportunidades para avanzar en la agenda de nutrición en el Municipio?
 5. Cuáles son las Agencias y/o organismos de Cooperación Internacional que tienen mayor influencia en el Programa? (Puede Rankearlas por orden de importancia?)
 6. Ud- considera que la emergencia de los nuevos recursos del IDH es un factor positivo para el Programa?

7. Qué se puede hacer para lograr un mayor compromiso estratégico en las políticas de nutrición?.
8. ¿Cuál cree que es la principal causa de desnutrición infantil en su municipio? (Qué sería lo prioritario en su Agenda?)
9. ¿Cuáles cree que son las medidas inmediatas y de largo plazo que se deben tomar para mejorar el Programa Desnutrición Cero?