

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**PONTIFICIA**  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
**DEL PERÚ**

**“CAPACIDAD ESTATAL EN LOS GOBIERNOS REGIONALES Y  
POLÍTICAS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA: 2010 – 2014”**

**Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencia Política y  
Gobierno**

**AUTOR**

**María Rosa Del Carmen Boggio Carrillo**

**ASESOR**

**Eduardo Hernando Dargent Bocanegra**

**JURADO**

**Stephanie Rousseau**  
**Leonidas Lucas Ramos Morales**

**Lima – Perú**  
**2018**

## RESUMEN

En el contexto del proceso de descentralización política del Estado en Perú, en la década del año 2000, el presente estudio se propone indagar sobre la influencia que tiene la variable capacidad estatal en la eficacia de las políticas públicas emprendidas por los gobiernos regionales creados en ese proceso. Para ello, se selecciona la política nacional de atención a la nutrición infantil y se analiza su diseño e implementación en dos regiones seleccionadas.

Se define la capacidad estatal considerando tres dimensiones: calidad de la burocracia, suficiencia de recursos y diseño institucional adecuado. Para el análisis se utiliza el método comparativo, seleccionando dos regiones (Piura y San Martín) en las que se comprueban similitudes en cuanto a los factores socio-económicos que afectan la nutrición infantil, así como en el factor de voluntad política en las autoridades que asumieron el gobierno regional en el período estudiado. A la vez, en ambas regiones, se identifican importantes diferencias en los resultados logrados en la aplicación de las políticas de nutrición infantil: en San Martín se dio un significativo avance y en Piura más bien se dio un estancamiento.

El estudio concluye, a partir del análisis de información cualitativa y cuantitativa, que la diferencia en la variable capacidad estatal en ambas regiones explica, de manera significativa, la diferencia de resultados en las políticas regionales para la nutrición infantil. Destaca el papel de los liderazgos regionales en la construcción de capacidad estatal en la región y la influencia del legado centralista en la cultura organizacional de las burocracias regionales. Finalmente, también identifica factores diferentes a la capacidad estatal que influyeron de manera positiva en niveles de eficacia de las políticas en ambas regiones: las estrategias de articulación de la política con los gobiernos locales y la activa participación de organizaciones de la sociedad civil.

**PALABRAS CLAVES:** Capacidad Estatal – Gobiernos Regionales – Descentralización Estatal – Gobiernos Locales – sociedad civil - Políticas de nutrición infantil.

# INDICE

	Pag.
Introducción	5
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	7
1.1 La problemática de la nutrición infantil y las políticas públicas para su atención en el Perú.	7
1.2 El concepto de capacidad estatal.	10
1.3 Regiones y capacidad estatal en el contexto de la descentralización.	13
1.4 Variables consideradas e hipótesis de trabajo.	15
<b>CAPITULO II</b>	
<b>CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y DE COMPARABILIDAD DE LOS CASOS DE SAN MARTÍN Y PIURA.</b>	16
2.1 Consideraciones del Método Comparativo.	16
2.2 Las similitudes en el factor estructura socio-económica.	17
2.3 Las similitudes en el factor voluntad política.	20
2.4 Oportunidades y limitantes comunes desde la política nacional.	21
2.5 Las diferencias en resultados de las políticas de nutrición infantil.	21
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL EN LA REGIÓN SAN MARTÍN.</b>	22
3.1 Características básicas del gobierno regional de San Martín en el período.	22
3.2 La política regional en nutrición infantil 2011-2014.	25
3.3 Resultados.	34
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL EN LA REGIÓN PIURA</b>	35
4.1 Características generales del gobierno regional de Piura en el período.	35
4.2 La política regional de nutrición infantil 2011-2014.	39
4.3 Resultados.	47
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>COMPARACIÓN ENTRE LOS DOS CASOS, DIFERENCIAS EN CAPACIDAD ESTATAL Y PRINCIPALES FACTORES EXPLICATIVOS.</b>	48
5.1 Burocracia, organización y movilización de recursos en las dos regiones	49
5.2 Principales factores que explican las diferencias en capacidad estatal.	51
5.3 La estrategia de articulación con los gobiernos locales como factor en la mejora de resultados.	54
5.4 La organización y participación de la sociedad civil: factor subyacente.	55
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>CONCLUSIONES</b>	57
Nómina de Entrevistas y Bibliografía	60

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1:</b> Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, por departamento, 2010-2014.	5
<b>Cuadro 2:</b> Índice de desarrollo humano por región 2011	14
<b>Cuadro 3:</b> Índice de competitividad regional 2012.	14
<b>Cuadro 4:</b> Índice de vulnerabilidad a la desnutrición crónica, por regiones, 2010	15
<b>Cuadro 5:</b> Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica en los departamentos de Piura y San Martín 2010-2014.	18
<b>Cuadro 6:</b> San Martín: Cobertura de las intervenciones priorizadas en la reducción de la desnutrición crónica infantil 2008-2010 y 2010-2014.	30
<b>Cuadro 7:</b> San Martín: Evolución de la desnutrición crónica infantil 2007-2010 y 2010-2014.	31
<b>Cuadro 8:</b> Piura: Cobertura de las intervenciones priorizadas en la reducción de la desnutrición crónica infantil 2008-2010 y 2010-2014.	43
<b>Cuadro 9:</b> Piura: Evolución de la desnutrición crónica infantil 2007-2010 y 2010-2014.	44

## INTRODUCCIÓN.

El presente estudio trata sobre los niveles de capacidad estatal en los gobiernos regionales del país y su relación con la eficacia en la implementación de políticas para la nutrición infantil en sus respectivos territorios.

Las políticas de atención a la infancia y, en particular, la atención a la nutrición infantil, han logrado tener, en las últimas dos décadas, una destacada legitimación en la agenda pública, así como una alta prioridad en la política nacional. Asimismo, en el contexto del proceso de descentralización, el funcionamiento de los principales servicios públicos, relativos a la nutrición, salud y educación, dirigidos a la infancia, han pasado a ser responsabilidad de los gobiernos regionales, pasando éstos a tener un importante protagonismo en la implementación de estas políticas.

A su vez, si damos una mirada, en el período 2010-2014, a los resultados de la implementación de la política de nutrición infantil en las regiones, la que ha sido sostenida desde el nivel nacional por un sustentado diseño de intervenciones efectivas y una creciente canalización de recursos, vemos que la implementación y efectividad en las diferentes regiones es sumamente desigual. Mientras que algunas regiones han tenido resultados bastante exitosos, en otras han sido medianos e incluso, en algunas, se dieron retrocesos. Es aquí donde se plantea la primera pregunta que ha orientado este estudio ¿Qué factores explican las diferencias en estos resultados?

Para comenzar a organizar una respuesta identificamos tres variables independientes que podían tener un poder explicativo respecto a estas diferencias: el factor socio-económico en el territorio, el factor voluntad política de los actores y el factor capacidad estatal, entendiendo este último, como calidad de la burocracia, la organización y la suficiencia de recursos, en el funcionamiento de la institucionalidad del estado en la región. Asimismo, como el estudio se plantea comprender la relación entre capacidad estatal y la ejecución de políticas de nutrición infantil, buscamos controlar las variables socio-económicas y de voluntad política, orientándonos a identificar casos en que el peso de estas dos variables sean similares y, a la vez, tengan resultados significativamente diferentes en cuanto a los resultados de la política de atención a la nutrición infantil.

Finalmente, identificamos dos regiones Piura y San Martín con condiciones similares en cuanto al factor socio-económico (entendido como el grado de vulnerabilidad del territorio a la desnutrición crónica infantil) y en cuanto al factor de voluntad política (ambos presidentes regionales elegidos en el período, mostraron su alto interés en disminuir la desnutrición infantil) y, sin embargo, Piura tuvo muy bajos resultados y San Martín más altos que el promedio nacional logrado. Nuestra hipótesis ha sido que las diferencias en capacidad estatal contribuyeron de manera significativa a las diferencias de resultado identificadas, sin negar, ciertamente, la presencia de otro tipo de factores específicos que puedan identificarse en el análisis de los dos casos. Esto es lo que el estudio se orienta a probar.



En el primer capítulo, se desarrolla el marco conceptual que nos sirve de sustento. Precisamos los conceptos relativos a la problemática de la desnutrición crónica infantil y el desarrollo en el país de la política pública al respecto. Asimismo, se desarrolla el concepto de capacidad estatal y las dimensiones a tener en cuenta, así como también las características relevantes del proceso de descentralización del Estado que condicionan las capacidades estatales a desarrollar en las diferentes regiones del país. Finalmente se precisa la hipótesis de trabajo del estudio y las variables que tendremos en cuenta. En el segundo capítulo, se definen las orientaciones metodológicas para la comparación de los dos casos identificados y demostramos los aspectos en que se asemejan y en los que se diferencian.

En el tercer y cuarto capítulo, se desarrolla el análisis de cada uno de los dos casos en cuanto a la implementación de la política regional para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el período estudiado y las condiciones de capacidad estatal en las que esta se desarrolla. Estos dos capítulos tienen un carácter básicamente descriptivo. En la medida que hemos encontrado muy pocos estudios previos sobre el funcionamiento del estado o la gestión de la política de nutrición infantil en las dos regiones, hemos puesto un fuerte énfasis en los diversos testimonios recibidos a partir de entrevistas semi-estructuradas a actores claves en cada región. Asimismo, nos basamos en documentos oficiales de los gobiernos regionales, así como en estadísticas procesadas por el INEI, los Ministerios (el SIAF del Ministerio de Economía), el sector salud del Gobierno Regional y de instituciones privadas como el Instituto Peruano de Economía (IPE).

En el quinto capítulo, desarrollamos la comparabilidad de los dos casos e identificamos los principales factores que estarían explicando la diferencia de resultados en cada región. Finalmente, en el sexto capítulo, sacamos algunas conclusiones generales.

Esperamos que el presente estudio contribuya a un mejor conocimiento del funcionamiento del Estado, así como a la implementación de las políticas públicas en las regiones del país, aportando elementos para fortalecer el proceso de descentralización y el desarrollo de estrategias orientadas al desarrollo de capacidades para la gestión pública regional.

## I. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo, trataremos, en primer lugar, sobre la naturaleza de la política pública en nutrición infantil, así como su reciente trayectoria, la que nos sirve de marco para el estudio. En segundo lugar, abordaremos el concepto de capacidad estatal y el enfoque que este nos proporciona para el análisis de los casos y, finalmente, ubicaremos algunos elementos claves respecto al proceso de descentralización en el país, en cuanto marcan condiciones para el desarrollo de capacidades estatales en las regiones.

### 1.1 La problemática de la nutrición infantil y las políticas públicas para su atención en el Perú.

La problemática de la nutrición infantil considera diverso tipo de aspectos que van desde la producción y calidad de los alimentos que debe ingerir el niño o niña y el acceso a ellos, hasta las condiciones de salud del infante para poder asimilar los alimentos. Desde las condiciones de la familia y la comunidad y sus roles en los cuidados del niño, hasta la institucionalidad estatal y el rol y características de la política pública adecuadas para garantizar esa buena nutrición. Asimismo, se presentan diverso tipo de problemas a atender, desde la carencia de alimentos y la hambruna, hasta problemas de malnutrición que pueden manifestarse tanto en procesos de desnutrición crónica, de anemia o la carencia de otros nutrientes específicos, como también de obesidad, pudiendo subsistir varios de ellos en una misma persona. En América Latina y particularmente en el Perú, se ha identificado a la desnutrición crónica infantil como el principal problema nutricional de la primera infancia, visibilizándose también, más recientemente, el problema de la anemia infantil.

#### 1.1.1 La desnutrición crónica infantil.

La desnutrición crónica hace referencia a un proceso de adaptación biológica que se produce en las personas cuando no reciben los nutrientes necesarios para desarrollarse plenamente. Esta adaptación se logra a través de la disminución de la velocidad del crecimiento y de la actividad física y biológica del organismo con la finalidad de reducir los requerimientos nutricionales. El indicador más visible es la baja talla para la edad en comparación con las personas de las mismas características étnicas. Lo más grave es que esta adaptación biológica no solo significa baja talla sino pérdida de capacidades, físicas, intelectuales y afectivas (poca densidad del tejido neuronal, propensión a enfermedades, entre otras), y por lo tanto, también de desarrollo futuro, en la mayor cantidad de casos de carácter irreversible. Estudios actuales han determinado la primera infancia, entre los 6 y 24 meses, como la edad crítica en que tiende a producirse la desnutrición crónica, de allí la importancia de la prevención en este tramo de edad. (Pollitt, 1974; Bengoa, 1991).

Se han realizado numerosas investigaciones para identificar las causas de la desnutrición crónica infantil. UNICEF, sintetiza un esquema explicativo identificando i) *causas inmediatas*: la ingesta insuficiente de alimentos y la enfermedad; ii) *causas subyacentes*: son las relacionadas con el hogar y se identifican tres: -acceso insuficiente a alimentos, -acceso insuficiente a servicios de salud y saneamiento básico y -cuidado inadecuado a niños y madres y iii) *causas básicas*: son las relacionadas con el entorno social y político y que se expresan en características de las familias como nivel educativo, nivel de ingresos, disponibilidad de bienes o también capacidad

organizacional y participativa para acceder a servicios, conocimientos y recursos. (UNICEF, 1998).

Esta identificación de las causas de la desnutrición crónica, nos evidencia la estrecha relación de esta con la condición de pobreza y por lo tanto con la necesidad de estrategias multisectoriales y multi-actor para poder erradicarla de manera sostenida, así como también la exigencia de una orientación preventiva de la política pública priorizando la primera infancia para impedir la pérdida temprana de capacidades y sus efectos difícilmente reversibles. (Pollitt, 1982). Por su parte la anemia infantil tiene un carácter más transversal, afectando a distintos sectores sociales y si bien tiene más incidencia en las poblaciones en pobreza, está más vinculada al tipo de dietas alimentarias en el país. En el 2007 el 28.5% de los menores de 5 años padecían D.C. y el 56.8% de los menores de 3 años tenían anemia (ENDES 2007).

La política nacional de atención a la nutrición infantil ha priorizado, en la última década, los temas de la desnutrición crónica, dándole un mayor sustento de evidencias a las intervenciones priorizadas y una mayor canalización de recursos. Por el contrario, la anemia infantil, no ha sido suficientemente atendida como tal. Se la ubicó como un resultado intermedio para lograr reducir la desnutrición crónica y se la vinculó a una sola intervención, cuando ella respondía a un marco causal propio. Es recientemente al final del período estudiado, cuando se confirma la tendencia del persistente incremento de la anemia infantil en el país<sup>1</sup>, que se desarrolla un mayor debate y se empieza a dar una mayor atención a sus propias causalidades. Debido a la mayor consistencia de la política nacional en reducción de la desnutrición crónica en el período 2011-2014 y con el objetivo de controlar este aspecto en cuanto a su implementación en las regiones, en el presente trabajo, nos vamos a centrar en las intervenciones y resultados relacionados con la desnutrición crónica infantil.

### **1.1.2 La política pública en nutrición infantil.**

La atención a la nutrición infantil como política nacional cobra forma al interior de un proceso de atención prioritaria a la infancia que se inicia desde la década de 1990 en el marco de los compromisos del país con la Convención Mundial de los Derechos del Niño (1989). Pero es recién en la primera década del 2000 que cobran fuerza las políticas y programas específicos de atención a la infancia, con mayor solvencia en el diseño y mayor efectividad, en un enfoque de gestión por resultados.

En el marco de la transición democrática en el año 2000, se produce una convergencia entre el movimiento democratizador desde la sociedad civil que planteaba prioridades de atención a la infancia y tendencias que planteaban la modernización del Estado. Esta confluencia posibilita que en el año 2007 se inicie la reforma para implementar el presupuesto por resultados, aplicada en primer lugar a las prioridades de atención a la infancia (Boggio, 2011; Arámbulo, 2013), formulándose cinco Programas Presupuestales Estratégicos en registro de identidad, salud, educación y acceso a servicios, con ese objetivo. Uno de estos programas fue el Programa Articulado Nutricional (PAN), que tiene como finalidad la reducción de la desnutrición crónica infantil (MEF, 2008).

El diseño e implementación del PAN posibilitó una mayor consistencia y eficacia a la política pública. El programa se basa en un análisis causal que prioriza un conjunto de intervenciones de probada eficacia, planteando su articulación y simultaneidad para

---

<sup>1</sup> Entre los años 2007 al 2011, la anemia se redujo de un promedio nacional de 56.8% a 41.6% de niños menores de 3 años, mientras que del 2011 al 2014 se incrementó del 41.6% al 46.8% (ENDES-INEI, 2015).



lograr los resultados, exigiendo por tanto, la articulación de diversos actores a nivel intersectorial e intergubernamental<sup>2</sup>. Su puesta en marcha no solo ha significado una reducción más rápida de la desnutrición crónica infantil (entre el 2007 y el 2014 se redujo en 52.6%, mientras que en igual período anterior solo se había reducido en 11%-ENDES, 2014), sino que también propició el desarrollo de diversos instrumentos de gestión (informáticos, de costeo, de seguimiento) así como la implementación de modelos operativos para hacer más eficaz la implementación de los servicios públicos involucrados. (MEF, 2011; Boggio, 2013).

La construcción y medición regular de indicadores en nutrición infantil, su visibilización pública y una relativa movilización social y compromiso de diversas autoridades políticas (Arámbulo, 2013) ha ido construyendo, progresivamente, un capital político al respecto, dándole una amplia legitimidad como política pública prioritaria.

Por otro lado, en el marco del proceso de descentralización, iniciado en el año 2002, la ejecución de los servicios de salud y su regulación territorial, en el marco de las políticas nacionales, pasó a ser, al menos normativamente, competencia de los Gobiernos Regionales. La política de nutrición infantil fue constituyéndose progresivamente como un asunto prioritario en las gestiones regionales y éstas tuvieron que enfrentarse a un proceso de aprendizaje y adaptación a las nuevas responsabilidades, manejando cada uno diversas realidades territoriales.

En este contexto, si bien la política nacional mejoró su diseño y se canalizaron importantes recursos presupuestales para su implementación, lográndose, como se ha señalado, un ritmo más significativo de reducción de la desnutrición infantil, los resultados en las regiones son bastantes desiguales (ver cuadro 1). En el período que vamos a estudiar: 2010 – 2014, unas regiones tienen un alto nivel de reducción de la desnutrición infantil, otras bastante leve e incluso, en otras, se produce un incremento, como en el caso de los departamentos de Amazonas y Tacna, dos departamentos bastante diferentes en cuanto a características territoriales.

**Cuadro N°1**  
**Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, por departamentos 2010 -2014**

DEPARTAMENTO	2010	2014	EVOLUCIÓN 2010/2014
TOTAL	23.2	14.5	- 38.7 %
Amazonas	25.2	30.2	+ 22.2 %
Ancash	28.6	20.5	- 28.3 %
Apurímac	38.6	27.3	- 29.2 %
Arequipa	(12.3)	(7.3)	-40.6 %
Ayacucho	38.8	26.3	- 32.2 %
Cajamarca	40.5	32.2	- 20.4 %

<sup>2</sup> Anteriormente, se priorizó la distribución de alimentos como política principal para la reducción de la desnutrición infantil canalizando grandes cantidades de recursos a través de organismos como PRONAA y otros.

Cuzco	35.4	18.2	- 48.5 %
Huancavelica	54.6	35.0	- 36.6%
Huánuco	37.4	24.2	- 33.6 %
Ica	10.3	6.9	- 33.0 %
Junín	30.4	22.1	- 27.2 %
La Libertad	26.1	19.9	- 23.7 %
Lambayeque	(17.8)	14.3	- 19.6 %
Lima (1)	8.9	4.6	- 48.3 %
Loreto	31.0	24.6	- 20.6 %
Madre de Dios	11.9	9.8	- 17.6 %
Moquegua	(5.7)	(4.2)	- 26.3 %
Pasco	32.6	24.9	- 23.6 %
Piura	22.9	21.7	- 5.2 %
Puno	25.5	17.9	- 29.8 %
San Martín	26.8	16.0	- 40.2 %
Tacna	(3.0)	(3.7)	+ 23.3 %
Tumbes	12.8	8.3	- 35.1 %
Ucayali	31.6	26.1	- 17.4 %

**Nota:** Los datos entre paréntesis comprenden a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

**(1)** Comprende el departamento de Lima y la provincia Constitucional del Callao.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES 2007 – 2014

**Elaboración:** Propia.

## 1.2 El concepto de capacidad estatal.

El concepto de capacidad estatal se desarrolla íntimamente ligado al de autonomía estatal. Si asumimos que el Estado no es un simple reflejo de la sociedad o un aparato que es capturado por las clases dominantes y se sostiene que puede tener objetivos propios, diferenciados de los intereses particularistas de los diferentes grupos y clases sociales, entonces surge necesariamente la pregunta ¿Tiene el Estado el poder o la capacidad para lograr esos objetivos propios y cumplir sus funciones específicas? Es desde allí que se pone una atención específica en evaluar la capacidad estatal, sin que este concepto englobe toda la problemática de comprensión del Estado.

### 1.2.1 Autonomía y capacidad estatal.

Skocpol (1989) introduce el tema de la capacidad estatal desde la perspectiva del Estado como actor, es decir, como factor explicativo. Siguiendo a Weber, sostiene que si concebimos a los Estados como organizaciones que reivindican el control de territorios y personas en razón de funciones específicas, entonces pueden formular y

perseguir objetivos propios. En esta perspectiva se plantea entonces el análisis de las capacidades de los Estados para alcanzar los objetivos oficiales.

*“Algunos estudiosos de la historia comparativa no solo han investigado los puntos en los que se apoyan las acciones estatales autónomas, sino que han emprendido también la tarea más estimulante de explicar las diversas capacidades de los Estados para poner en práctica sus políticas. Desde luego, la explicación de las capacidades del Estado está estrechamente relacionada con la explicación de la fijación de objetivos autónomos por parte de los Estados (...). Sin embargo, con no poca frecuencia los Estados persiguen objetivos (ya sean propios o impuestos por grupos sociales poderosos) que están fuera de su alcance. Por otra parte, la aplicación de sus políticas conduce a menudo a consecuencias buscadas y no buscadas (...). Por consiguiente, las capacidades de los Estados para aplicar estrategias y políticas merecen ser analizadas detenidamente por derecho propio”. (p. 181)*

A su vez Skocpol señala que la autonomía no es un rasgo estructural fijo de ningún sistema de gobierno pues se desarrollan crisis y las posibilidades estructurales de acciones estatales autónomas pueden cambiar con el tiempo (p.180). Por otro lado, constata que el hecho de que las acciones del Estado sean autónomas, no necesariamente hace que sean racionales o eficaces. El que sean eficaces, dependerá de las capacidades del Estado así como de “ideas correctas de lo que el Estado puede y debe hacer para enfrentar los problemas sociales” (p. 180).

Eduardo Dargent (2012) en continuidad con Skocpol, plantea que autonomía y efectividad estatal (capacidad o *enforcement*) no siempre van juntas, aunque se condicionan mutuamente. Anota, señalando casos, que diversos autores suponen que cuando un Estado tiene un mayor grado de autonomía tendrá mayor efectividad y viceversa (p.p. 16-18).

### **1.2.2. Las dimensiones de la capacidad estatal.**

En cuanto a las dimensiones de la capacidad estatal los diversos autores señalan como centrales el tema de la burocracia profesional y de la organización estatal, si bien lo hacen enfatizando diversos aspectos específicos. Asimismo hay diversos énfasis en otras dimensiones.

Skocpol (1989) precisa los fundamentos generales de las capacidades del Estado señalando tres (pp. 182-183):

- 1) Como condición previa de aplicación de una política: “la total y absoluta integridad y el control administrativo-militar estable de un territorio dado”.
- 2) La disposición de “funcionarios leales y cualificados y de abundantes recursos económicos para alcanzar con eficacia toda suerte de objetivos”.
- 3) La autoridad y los medios organizativos de que dispone el Estado para actuar “con independencia de los recursos económicos de que disfrute”.

Por su parte, Francis Fukuyama(2004) distingue los siguientes aspectos:

*“Fuerza” en este caso equivale, tal como hemos apuntado anteriormente, capacidad de elaboración y ejecución de políticas y de promulgación de leyes; administración eficaz con la mínima burocracia; control del soborno, la corrupción y el cohecho; mantenimiento de un alto nivel de transparencia y rendición de cuentas en las instituciones públicas; y, lo más importante, el cumplimiento de las leyes” (p.25).*

Finalmente, Dargent (2012), además de incorporar los elementos de fuerza o capacidad en términos de burocracia capaz y equipamiento, incorpora la dimensión de autonomía, basándose en las definiciones de autores como Bersch, Praca y Taylor y, asimismo, Sofier y VomHau:

*“Estas definiciones, además de hacer hincapié en la existencia de una burocracia profesional (Weber, 1946), incluyen dos dimensiones que capturan bien lo que normalmente asociamos con un Estado con alta capacidad. Primero, ausencia de influencia indebida en sus decisiones, una diferenciación de otros actores sociales, lo que implica un considerable grado de autonomía. Segundo efectividad para implementar sus decisiones y políticas (lo que también se denomina, a veces, capacidad o enforcement).”*

### **1.2.3 La dimensión relacional del Estado**

La relación entre el Estado y la sociedad es compleja e interdependiente y es al interior de esa complejidad que hay que ubicar el tema de la autonomía estatal. Skocpol (1989) destaca el “*enfoque relacional*” para estudiar las capacidades del Estado. “¿Qué capacidades tienen los Estados para cambiar el comportamiento o para oponerse a las exigencias de los actores no estatales?” Señala que “la respuesta se encuentra no solo en las características de los propios Estados sino también en el equilibrio entre los recursos y las ventajas situacionales de los Estados comparadas con la de los actores no estatales”. (p. 184)

Por su parte Peter Evans (1992) desarrolla el concepto de “*autonomía enraizada*” cuestionando la propuesta unilateral del aislamiento de la burocracia estatal en la concepción weberiana y demostrando, a partir del análisis de experiencias desarrollistas en el este asiático, el necesario enraizamiento del funcionariado público en la sociedad, justamente, como un componente importante de la capacidad estatal. Demuestra como redes informales u organizaciones políticas o militares incrementaron la eficacia de la burocracia estatal y, a la vez, que no basta el aislamiento pues un estado autónomo puede actuar como un depredador de la sociedad en favor de una élite política.

*“El hincapié en el enraizamiento como necesario complemento de la autonomía no solo contradice la idea de que el aislamiento es el rasgo más importante de la capacidad, sino que además se aleja de una perspectiva weberiana. El enraizamiento constituye una solución diferente frente a la escasez de capacidad. Ella es indispensable debido a que las políticas públicas deben responder a los problemas percibidos por los actores privados y, a la larga, dependen de estos para su implementación. Una red concreta de lazos externos permite al Estado evaluar, controlar y moldear, prospectivamente y con posterioridad a los hechos, las reacciones privadas ante las iniciativas públicas. Amplía la inteligencia del Estado y vuelve más probable la concreción de sus medidas”* (p. 557)

Como puede apreciarse Evans no contrapone enraizamiento a autonomía, es más, señala que “*el enraizamiento sólo tiene valor en el marco de la autonomía*” (p.557) y que “*Lo que funciona es la combinación de enraizamiento y autonomía, no cualquiera de estas dos por separado*”. (p. 557). También señala que la eficacia de la autonomía enraizada va a depender de las características históricas del mismo Estado, así como de las estructuras socio-económicas donde actúa.

Nos interesa destacar este enfoque relacional porque abre pistas para trabajar el tema de la capacidad estatal en sociedades como las nuestras con sus propias



complejidades, más allá de conceptos rígidos sobre la burocracia y la organización estatal. Asimismo, el concepto de autonomía enraizada, se vincula con corrientes actuales de la gerencia pública que enfatizan el proceso de diseño e implementación de políticas públicas como un proceso permanente de articulación de los diferentes actores involucrados (Isuani, 2012; Molina, 2000; De Sebastian, 1999; Elmore, 1996; entre otros), lo que plantea una relación sinérgica entre la implementación de estrategias relacionales y el desarrollo de la capacidad estatal.

### **1.3 Regiones y capacidad estatal en el contexto de la descentralización.**

La descentralización política del Estado es la principal reforma en el país en el período de democratización iniciado en el año 2000, con potencialidad para afectar sustantivamente la dinámica social y política del conjunto del país. Por mandato de la Constitución y las leyes orgánicas, el Gobierno Nacional fue transfiriendo progresivamente funciones específicas a los niveles regionales para el cumplimiento de las competencias señaladas en ellas, terminando esta transferencia en el año 2011. No obstante, la descentralización del presupuesto público y la asignación de recursos a las regiones para que cumplan con sus funciones, no han tenido el mismo ritmo, manteniéndose éste altamente centralizado, así como tampoco se adaptaron los sistemas administrativos y diversos marcos normativos específicos a este proceso de descentralización. Han sido también débiles los esfuerzos públicos para impulsar un desarrollo de capacidades institucionales en el nivel gubernamental regional, a la medida de los desafíos de la descentralización (ANGR, 2015). Es así que la inercia centralista continúa teniendo una fuerte presencia. En el diseño e implementación de las políticas nacionales desde el gobierno central, tiene mucho peso la desconfianza, los prejuicios y, no en pocos casos, el temor de perder control y poder. Los gobiernos regionales terminan siendo cajas negras que es mejor evitar si es que no se las puede controlar al detalle.

Una expresión de esta inercia centralista y débil impulso al desarrollo de capacidades de gobierno en las regiones, son los escasos estudios sistemáticos al respecto. Llevamos ya más de 13 años de iniciada la reforma y más allá de aproximaciones e informes globales sobre su implementación, así como de una multiplicidad de estudios dispersos en el nivel municipal, tenemos muy pocos sobre el real funcionamiento de los gobiernos regionales, planteando estos una diversidad de situaciones. Si bien hay estudios sobre planes y proyectos, poco se ha desarrollado desde la perspectiva de la capacidad estatal en tanto cuerpo burocrático, diseños organizacionales y estrategias de articulación de actores.

Raúl Molina es uno de los pocos especialistas en descentralización que ha desarrollado estudios más sistemáticos sobre la forma en que se está organizando la institucionalidad estatal en las regiones<sup>3</sup>. Molina demuestra que las formas de institucionalidad imperantes representan serias limitaciones para el desarrollo de gestiones eficaces de carácter territorial. Para efectos de este estudio nos interesa resaltar tres aspectos<sup>4</sup>:

---

<sup>3</sup> También han desarrollado trabajos sobre la institucionalidad estatal en las regiones y procesos de gestión en manejo presupuestal y diversas políticas específicas, instituciones como Pro-descentralización, Propuesta Ciudadana, Pro Gobernabilidad, así como el seguimiento de índices de desempeño por parte del Instituto Peruano de Economía (IPE).

<sup>4</sup> Estos factores son propuestos y analizados por Raúl Molina en "Experiencias de Reforma Institucional en Gobiernos Regionales. Estudio de casos", Congreso de la República, Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado y USAID-Perú Pro Descentralización, Lima, 2010.



a) *Marco normativo inconsistente para la organización territorial de los Gobiernos Regionales.*

Si bien la Constitución otorgó a los Gobiernos regionales autonomía para definir su propia organización y presupuesto, las normas nacionales posteriores fueron introduciendo rigideces a las formas de organización regional. El diseño resultante, terminó siendo confuso e inconsistente al haberse superpuesto, las nuevas normas de funcionamiento que apuntan a la descentralización política, con esquemas organizativos previos: el de los CTAR que era como operaba desconcentradamente el Estado centralizado, orientado básicamente al desarrollo de inversiones, y el sistema organizativo de las direcciones sectoriales (educación, salud, agricultura, etc.) que operaban, asimismo, como instancias desconcentradas del nivel nacional. Al transferirse estas funciones sectoriales al gobierno regional, se lo hizo transfiriendo también la estructura organizativa de éstas como direcciones de las gerencias regionales. Estas inconsistencias han generado desarticulaciones, superposiciones y permanentes desequilibrios en las gestiones regionales. (Molina, 2010). Frente a esta situación algunos gobiernos regionales emprendieron reformas institucionales, generalmente parciales, para poder manejar territorialmente las funciones que se les iban transfiriendo.

b) *Sistemas Administrativos que restringen la autonomía de los gobiernos regionales.*

Los Sistemas Administrativos Nacionales están regulados con una orientación restrictiva de la autonomía regional, enfatizando el control y dificultando el manejo de la diversidad y por lo tanto, de la especificidad de situaciones que se tienen que enfrentar en las regiones (Molina, 2010). Esta rigidez, termina re-centralizando las principales decisiones de política en el nivel nacional y empujando a los gobiernos regionales a tener un rol básicamente ejecutor. Ejemplos de esto son, por un lado, el poco margen que tienen en el manejo presupuestal, cuyos gastos corrientes tienen en promedio el 70% destinado al gasto inercial de planillas y poco margen para innovar en estrategias y calidad de atención en los servicios públicos (el diseño y asignación presupuestal del PAN no escapa a esta rigidez) y, por otro lado, el poco margen en las regiones para diseñar sus políticas y prioridades en recursos humanos.

c) *Limitaciones relacionadas a la burocracia regional y sus capacidades.*

Los gobiernos regionales heredaron el personal de los anteriores organismos desconcentrados (CTAR y direcciones sectoriales), personal estable en una buena proporción, poco motivado para el logro de resultados y poco capacitado para una gestión con criterios territoriales, en muchos casos con una cultura organizacional centralista, dependiente del nivel nacional. Asimismo, como provienen de entidades de distinto origen, están regidos por distintos regímenes laborales sujetos a diferentes escalas salariales y beneficios, haciendo muy difícil las reubicaciones de personal según las necesidades de la gestión. Por otro lado, las limitaciones normativas y de recursos para contratar nuevo personal, aunado a las bajas escalas salariales vigentes en los gobiernos regionales, dificultan la captación de personal calificado, particularmente directivo y especializado (Molina, 2010).

Para contribuir a enfrentar este problema, en el 2008, se creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) y se inició la conformación de un Cuerpo de Gerentes Públicos, destinado a seleccionar, asignar y cofinanciar directivos calificados para las entidades públicas en el nivel nacional y regional<sup>5</sup>. Si bien este sistema viene ayudando, tiene una

---

<sup>5</sup> La entidad pública solicita el personal para determinados cargos. Una vez asignado le paga con la remuneración que corresponde a su escala vigente y SERVIR cubre la diferencia que le corresponde de acuerdo a su calificación.

escala muy pequeña y también trae problemas de adaptación de personal foráneo y de coexistencia de pagos diferenciados entre funcionarios regionales del mismo nivel.

En este contexto se puede señalar que los gobiernos regionales están viviendo un proceso de aprendizaje y adaptación a las nuevas responsabilidades en condiciones adversas, desarrollándose por un lado, valiosas experiencias de gestión y, a la vez, serios problemas de gestión, informalidad y también corrupción (ANGR, 2015).

## **1.4 Variables consideradas e hipótesis de trabajo**

Para explicar los diferentes resultados de la política de reducción de la desnutrición infantil en las regiones, hemos considerado como relevantes tres variables: las características socio-económicas en el territorio definido como región, el factor voluntad política de los actores y el factor capacidad estatal.

### **1.4.1 El factor socio-económico.**

Diversos autores han señalado la importancia de las estructuras socio-económicas y culturales en el territorio, más allá de los propios instrumentos de actuación del Estado, no solo en función de explicar las características de la actuación estatal sino también para evaluar el alcance y resultados de las políticas públicas.

Miguel Ángel Centeno (2009) al analizar las características del Estado, nos recuerda el peso de los “legados históricos” en América Latina (el pasado colonial, el dogma liberal, entre otros) o la debilidad institucional en el conjunto de la región y particularmente la desigualdad como característica de las sociedades latinoamericanas. De hecho, se ha constatado que ha mayores niveles de pobreza mayor incidencia de la desnutrición crónica infantil<sup>6</sup> y se espera que a mayor desarrollo económico, mayor reducción de la desnutrición infantil. A la vez, en el Perú ya es un lugar común en el diseño de las políticas públicas el considerar estos aspectos socio-económicos diferenciando estrategias e incidencias según quintiles de pobreza, características geográficas por regiones naturales, ruralidad o aspectos de diversidad cultural. A esta dimensión estructural la vamos a denominar en este estudio: el factor socio-económico en las regiones.

### **1.4.2 El factor voluntad política.**

Por otro lado, vamos a considerar la dimensión más política de la relación entre actores, y más específicamente, la voluntad política generada en relación a los objetivos e implementación de las políticas de nutrición infantil. En esta lógica Skocpol (1989) se pregunta por la capacidad del Estado de cambiar los comportamientos de los actores no estatales y de las diferentes correlaciones de fuerza que se pueden dar entre ellos (p.184).

Esta variable la vamos a definir como factor de voluntad política distinguiéndolo del de capacidad estatal. Asumimos que puede haber una importante voluntad política para determinados logros y transformaciones pero muy débil capacidad estatal o viceversa.

---

<sup>6</sup> En el Perú, los departamentos con los más altos niveles de pobreza como Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, históricamente han sido los que han presentado la mayor incidencia de desnutrición crónica infantil.

### **1.4.3 El factor capacidad estatal.**

En base a la conceptualización señalada y en función de tener acceso a la información necesaria, se considera como capacidad estatal tres aspectos: a) Calidad de la burocracia, b) Suficiencia de recursos y c) Organización adecuada.

En el análisis de la burocracia se considera sus niveles de calificación, estabilidad y su nivel de enraizamiento con la sociedad. En el análisis de los recursos se considera fundamentalmente el presupuesto público manejado y la movilización de recursos fuera del estado y, finalmente, para el análisis de la organización estatal se considera la adecuación del diseño institucional a la gestión territorial.

### **1.4.4 La hipótesis de trabajo.**

En una mirada de conjunto de las regiones sobre la implementación de la política de reducción de la desnutrición infantil, identificamos dos regiones: Piura y San Martín, ambas con un índice similar de desarrollo humano y con autoridades que apostaron por la reducción de la desnutrición infantil y, sin embargo, con resultados muy diferentes. Mientras que en una se dio una alta reducción de la desnutrición crónica infantil, en la otra se dio un estancamiento.

Ante esta diferencia de resultados en la implementación de la política pública y la percepción de condiciones territoriales y de voluntad política, similares, planteamos que hay una alta probabilidad de que el factor que estaría explicando la diferencia en los resultados, sea el diferente grado de capacidad estatal en los respectivos gobiernos regionales.

En la medida que lograr mejores resultados, no siempre se deberá a una mayor capacidad estatal, nos planteamos el camino de documentar y controlar las diferentes variables, que consideramos con un alto valor explicativo respecto a los resultados a lograr en la política pública. Es así que controlamos las variables condiciones socio-económicas y voluntad política de los actores en cada territorio y luego analizamos la variable capacidad estatal en cada región, relacionándola con el proceso de implementación de la política en nutrición infantil.

## **II. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y DE COMPARABILIDAD DE LOS CASOS DE PIURA Y SAN MARTIN.**

Para la comparación entre las regiones seleccionadas: Piura y San Martín y la identificación de los factores que explican la diferencia de resultados en la implementación de la política de nutrición infantil, nos vamos a servir de algunas orientaciones del método comparativo y luego documentar las similitudes y las diferencias entre los dos casos.

### **2.1 Consideraciones del Método Comparativo.**

Eva Anduiza lo define como la comparación sistemática y controlada de un número reducido de casos cuidadosamente seleccionados por sus características, siguiendo un criterio coherente con los objetivos de la investigación. El control de las variables se ejerce mediante la clasificación y una adecuada selección de los casos. (p. 122).

Las técnicas de comparación se basan en los mecanismos de la similitud y de la diferencia. Ivan Llamazares explica su funcionamiento. El método de la semejanza estudia las similitudes entre aquellos casos en los que se presenta un idéntico resultado. “Cuando estamos ante dos resultados idénticos en casos distintos, se supone que son las condiciones comunes a ambos casos las que explican la presencia del fenómeno investigado”. El método de la diferencia, estudia las diferencias en los casos cuando los resultados son diferentes. “se adjudica a los factores que difieren en unos y otros casos la responsabilidad por el diferente resultado observado en los mismos” (Llamazares, 1995 p. 283). A la vez, Llamazares, llama la atención de que ambos mecanismos, son limitados para captar la complejidad de la interacción entre los distintos factores causales en la vida social.

En nuestro caso, ya que nuestro punto de partida es preguntarnos por la diferencia de los resultados en las diversas regiones, se han seleccionado dos casos en los que los resultados tienen diferencias significativas, y se busca identificar los factores que difieren, en cada uno, y que podrían explicar esa diferencia. En la medida en que se han encontrado similitudes en el peso del factor socio-económico en el territorio y el de voluntad política, ya señalados, estos no logran explicar la diferencia de resultados, por lo tanto el análisis se orienta luego a comparar el factor de capacidad estatal.

Aislar la variable socio-económica y de voluntad política y centrarnos en analizar el factor capacidad estatal, en los términos en que esta se ha definido, no busca ubicarla como condición suficiente, sino lograr una mayor comprensión del peso y la forma de incidencia que tiene en los resultados de la política pública, sin descuidar la interacción que tiene con las otras variables. Estaremos atentos a mirar la combinación específica de factores que cada caso representa en la línea de identificar “configuraciones causales” (Perez Liñan, 2009, p.134) o eventualmente “explicaciones internas”<sup>7</sup> en cada caso (Della Porta, 2013, p.216).

## **2.2 Las similitudes en el peso de la estructura socio-económica.**

Para comparar la variable “estructura socio económica” hemos analizado los resultados de la aplicación de tres índices que articulan diferentes indicadores socio-económicos.

- a) El Índice de desarrollo humano 2011, elaborado por el PNUD.
- b) El índice de competitividad regional 2012, que pone el peso en los aspectos económicos, elaborado por el Instituto Peruano de Economía (IPE)
- c) El índice de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil 2010 que relaciona la desnutrición crónica con el factor pobreza en cada región, elaborado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

### **2.2.1 El índice de desarrollo humano en ambos departamentos.**

El índice de desarrollo humano pone el acento en aspectos sociales articulando las siguientes variables: esperanza de vida al nacer, porcentaje de la población con educación secundaria completa, años de educación en la población mayor de 25 años e ingreso familiar per cápita. Como podemos ver en la siguiente tabla, en el año 2011, Piura y San Martín tienen una ubicación intermedia en ubicaciones muy cercanas (puestos 15 y 16).

---

<sup>7</sup> Las “explicaciones internas”, según denominación de Della Porta, incorporan el significado que le dan los actores a la situación y a las acciones.



**Cuadro N° 2**  
**PERU: INDICE DE DESARROLLO HUMANO 2011 POR REGIÓN**

Región	IDH	Ubicación
Huancavelica	0.2962	26
Apurímac	0.3184	25
Ayacucho	0.3338	24
Huánuco	0.3484	23
Cajamarca	0.3633	22
Amazonas	0.3690	21
Puno	0.3697	20
Loreto	0.3775	19
Pasco	0.4130	18
Cuzco	0.4142	17
<b>San Martín</b>	<b>0.4183</b>	<b>16</b>
<b>Piura</b>	<b>0.4269</b>	<b>15</b>
Ancash	0.4296	14
Ucayali	0.4345	13
Lambayeque	0.4374	12
La Libertad	0.4433	11
Junín	0.4485	10
Lima Provincias	0.4903	9
Tumbes	0.5057	8
Ica	0.5244	7
Tacna	0.5265	6
Madre de Dios	0.5306	5
Arequipa	0.5529	4
Callao	0.5629	3
Moquegua	0.5780	2
Lima Metropolitana	0.6225	1
<b>PERU</b>	<b>0.4906</b>	

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007. ENAHO y ENAPRES.

Elaboración: PNUD-Perú.

### 2.2.2 El índice de competitividad Regional.

El índice de Competitividad Regional lo elabora el Instituto Peruano de Economía (IPE) basado en la metodología del Foro Económico Mundial. Considera y compara los factores que afectan la productividad y competitividad en cada región. Se basa en 39 indicadores, agrupados en 6 variables gruesas: Instituciones, Infraestructura, Entorno económico, Salud, Educación y Laboral. Según este índice, en el año 2011, tanto Piura como San Martín se encontraban en el tercio medio. En el año 2014, se acercan y se encuentra Piura en el puesto 12 con un índice de 4.4 y San Martín en el puesto 14 con un índice de 4.2 (IPE, 2014)

**Cuadro N° 3**  
**INDICE DE COMPETITIVIDAD REGIONAL 2012**

DEPARTAMENTO	INDICE	UBICACIÓN
Lima	6.9	1
Moquegua	6.7	2
Arequipa	6.4	3
Ica	6.1	4
Tacna	5.9	5
Tumbes	5.4	6
Madre de Dios	5.3	7
Lambayeque	4.7	8
Cuzco	4.7	9
La Libertad	4.7	10
<b>Piura</b>	<b>4.5</b>	<b>11</b>
Ancash	4.5	12
Junín	4.3	13
Ucayali	4.2	14
Pasco	4.2	15
<b>San Martín</b>	<b>4.0</b>	<b>16</b>
Ayacucho	3.7	17
Cajamarca	3.6	18
Huánuco	3.5	19
Puno	3.3	20



Huancavelica	3.3	21
Apurímac	3.3	22
Amazonas	3.2	23
Loreto	3.1	24

Elaboración: Instituto Peruano de Economía (IPE).

### 2.2.3 El índice de vulnerabilidad a la desnutrición crónica 2010.

Este índice mide la posibilidad de que un niño caiga en desnutrición debido a que está expuesto a distintos factores de riesgo. En el caso de la desnutrición crónica estos factores están íntimamente ligados a la situación de pobreza, pero también a factores específicos identificados en el modelo causal elaborado por UNICEF, ya mencionado. El índice articula indicadores sobre estos factores más específicos, poniendo énfasis en la dimensión de pobreza (PMA, 2010).

El índice ha sido elaborado por el Programa Mundial de Alimentos en el Perú, considerando los siguientes indicadores:

1. % de niños desnutridos menores de 5 años.	9. % de hogares que cocinan con kerosene, leña, otros.
2. Tasa de mortalidad infantil.	10. Brecha del índice de Desarrollo Humano del 2009. (1-IDH).
3. Gasto per cápita del hogar.	11. % de viviendas sin desagüe de ningún tipo.
4. % de la PEA ocupada agrícola (14 años y más).	12. % de viviendas con piso de tierra.
5. Población rural.	13. % de viviendas sin electricidad.
6. Tasa de analfabetismo de mujeres.	14. Índice de vulnerabilidad a los desastres naturales.
7. % de mujeres de 15 a 19 años con primaria incompleta.	15. Altitud m.s.n.m.
8. Jefe de hogar con primaria incompleta.	

A su vez, este índice muestra una alta correlación (utilizando la correlación de Pearson) con la tasa de desnutrición en niños menores de 5 años (INEI 2009) de 0.906 y con la tasa de pobreza monetaria (INEI 2009) de 0.957. (PMA, 2010, p.8).

En el cuadro 4 presentamos el ranking departamental. En él se puede apreciar que Piura y San Martín están en ubicaciones intermedias muy cercanas, en los puestos 13 y 11.

**Cuadro N° 4**  
INDICE DE VULNERABILIDAD A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA 2010, POR REGIONES. /1

DEPARTAMENTO	INDICE	RANKING
Huancavelica.	0.7929	1
Apurímac.	0.6076	2
Cajamarca.	0.6014	3
Huánuco.	0.5991	4
Ayacucho.	0.5797	5
Puno.	0.5518	6
Cuzco.	0.5233	7
Amazonas.	0.5185	8
Pasco.	0.3763	9
Ancash.	0.3669	10
<b>San Martín.</b>	<b>0.3562</b>	<b>11</b>
Loreto.	0.3532	12
<b>Piura.</b>	<b>0.3064</b>	<b>13</b>
La Libertad.	0.3005	14
Junín.	0.2919	15
Ucayali.	0.2353	16
Lambayeque.	0.1671	17
Moquegua.	0.1037	18
Madre de Dios.	0.1007	19
Arequipa.	0.0895	20
Tacna.	0.0640	21

Tumbes.	0.0539	22
Ica.	0.0444	23
Lima.	0.0211	24
Callao.	0.0100	25
<b>TOTAL</b>	<b>0.2735</b>	

Elaboración: Programa Mundial de Alimentos – PMA

En base a la comparación de estos índices podemos concluir que respecto a diversas variables de la estructura socio-económica: desarrollo humano, competitividad y factores de vulnerabilidad a la desnutrición infantil, esta última justamente relacionada al contenido de la política que nos sirve de referencia para medir la capacidad estatal, la situación en los dos departamentos tiene bastantes similitudes.

Con este acercamiento a las similitudes no queremos concluir que las dos regiones tienen estructuras socio-económicas iguales. De hecho, hay diferencias sociales y económicas marcadas por la diversa geografía o identidades culturales propias, así como sus historias específicas. Lo que podemos concluir es que las similitudes señaladas nos indican que el peso de la variable socio-económica, en relación a la implementación de la política de nutrición infantil, es similar, y que, por lo tanto, escogiendo estas dos regiones podemos neutralizar, de manera significativa, esa variable.

### 2.3 Las similitudes en el factor voluntad política.

La voluntad política la vamos a medir por los planteamientos y compromisos de los presidentes regionales en el período de gobierno que se ha seleccionado para el análisis (2011-2014).

Los presidentes regionales de ambos departamentos consignaron en sus planes de gobierno, la atención prioritaria a la infancia y, de manera específica, la atención a la nutrición infantil. El Plan de Gobierno de la Alianza Electoral “Unidos Construyendo”<sup>8</sup> que llevó a la presidencia regional de Piura a Javier Atkins, en el período 2010-2014, señala en los lineamientos programáticos “*Nuestro compromiso es: Pobreza Extrema y Desnutrición Infantil Cero, en la región*” (p.17). Asimismo, en las estrategias plantea: “*Mejorar los índices de nutrición y salud básica, principalmente de niños y niñas de 0 a 7 años de edad y madres gestantes, impulsando el trabajo planificado y coordinado entre todos los programas de alivio a la pobreza existentes, así como la implementación de programas de desayunos escolares.*” (p.19). Por su parte, el Plan de Gobierno del Movimiento Regional “Nueva Amazonía”<sup>9</sup> que llevó a la presidencia regional de San Martín a Cesar Villanueva, en el período 2010-2014, señala: “*Uso eficaz y eficiente de los programas nutricionales articulándolos, ya sean públicos o privados, con una sola orientación: enfoque de soberanía y seguridad alimentaria y eliminación del asistencialismo*” (p.8).

En segundo lugar, ambos presidentes, cuando eran candidatos, firmaron los Acuerdos de Gobernabilidad Regionales promovidos por las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, en cada departamento<sup>10</sup>. Estos Acuerdos fueron el producto de una

<sup>8</sup> Ver en: [http://aplicaciones007jne.gob.pe/jne\\_mlc/regionalM](http://aplicaciones007jne.gob.pe/jne_mlc/regionalM).

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> La Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza-MCLCP, es un espacio de articulación entre Estado y sociedad civil que se orienta a promover el desarrollo humano. Fue creada en el 2001 y se ha construido como una red nacional, existiendo una Mesa Nacional, una Mesa en cada región (26), Mesas en la mayoría de provincias y una proporción más reducida en los distritos.

movilización y organización previa de diversas organizaciones de la sociedad civil, en cada región, las que concordaron una agenda con prioridades de gobierno, entre las que se plantearon medidas para la atención a la infancia y, particularmente a la nutrición infantil. En Piura se firmó el “Pacto Político por la Gobernabilidad Regional, Piura, 2011-2014” propuesto por el “Colectivo por la Gobernabilidad Regional” en la que Javier Atkins y su movimiento político (además de otros 8 candidatos), firmaron el compromiso de reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, al interior de una agenda más integral, comprometiéndose a firmar las metas en un período inmediato. En San Martín, en el año 2010, se firmó el “Acuerdo de Gobernabilidad por el Desarrollo Inclusivo y Sostenibilidad en San Martín”. César Villanueva y su movimiento político (además de otros 4 candidatos), firmó el compromiso de reducir en un tercio la desnutrición crónica infantil y a la mitad la incidencia de anemia en los menores de 3 años.<sup>11</sup>

En tercer lugar, el hecho de que ambos gobiernos en ejercicio diseñaran programas nuevos para atender la nutrición infantil. En Piura, como parte de un programa integral de atención a la infancia: el SIREPI, y en San Martín un programa específico para prevenir la desnutrición infantil: el PAIMNI.

## **2.4 Oportunidades y factores limitantes comunes desde la política nacional.**

Es importante destacar que ambos gobiernos regionales ubicaron sus gestiones frente a condicionantes comunes de la política nacional, la que estimuló y generó oportunidades para la atención a la nutrición infantil, como también generó barreras y obstáculos comunes en diversos aspectos de la gestión.

La priorización de la atención a la desnutrición infantil en la política nacional y la formulación del Programa Articulado Nutricional (PAN) como programa presupuestal, con un enfoque de resultados, fue un impulso y oportunidad para que se priorizara y enfrentara este tema, desde la gestión de los gobiernos regionales. Se priorizó la asignación presupuestal, se construyeron sistemas de información y seguimiento, así como diversos instrumentos y estrategias de gestión orientadas a la obtención de resultados.

A su vez, desde la política nacional, también se han establecido barreras y factores limitantes, particularmente como ya se ha señalado, en la forma como se fue implementando el proceso de descentralización del Estado, las normas en el proceso de construcción de institucionalidad estatal regional y el funcionamiento de los sistemas nacionales de gestión pública.

## **2.5 Las diferencias en el resultado de las políticas de nutrición infantil.**

En este contexto común y factores territoriales similares, Piura y San Martín, entre los años 2010 y 2014, han tenido trayectorias y resultados diferentes en la disminución de la desnutrición crónica infantil. Mientras que Piura tiene una trayectoria de práctico estancamiento logrando disminuir la D.C. sólo en 5.2%, San Martín, partiendo de un nivel de incidencia de la D.C. más alto, tiene una trayectoria de progresos sostenidos y logra reducirla en 40.2%, a un ritmo mayor que el promedio nacional.

---

<sup>11</sup> MCLCP: “Reseña de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad 2010-2014”, Lima, 2011 (Documento).

**Cuadro N° 5**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN LOS DEPARTAMENTOS DE**  
**PIURA Y SAN MARTIN. 2010 – 2014**  
**(Patrón de referencia OMS)**

DEPARTAMENTO	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Variación 2010/2014
PIURA	22.9	20.9	21.7	24.9	21.7	- 5.2%
SAN MARTIN	26.8	22.8	16.8	15.5	16.0	- 40.2%
NACIONAL	23.2	19.5	18.1	17.5	14.6	- 37.0%

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI  
**Elaboración:** Propia.

### III. IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL EN LA REGIÓN SAN MARTIN

#### 3.1 Características básicas del Gobierno Regional de San Martín en el período.

##### 3.1.1 *Región amazónica y diversa.*

El departamento de San Martín, situado en el Noreste del territorio peruano tiene 51,645 km<sup>2</sup>, siendo en un 97% zona de selva alta y baja. Actualmente, tiene más de 830 mil habitantes, revelando una baja densidad poblacional (16 habitantes por km<sup>2</sup>) con bastante dispersión en las zonas rurales, cuya composición comprende el 30% del total de la población. Políticamente está dividido en 10 provincias y 77 distritos.

Las heterogéneas características geográficas y ecológicas de la región, sumadas a la secular implementación de políticas cortoplacistas basadas en la explotación de los recursos naturales orientados al exterior de la región, configuraron barreras para la articulación económica del territorio y una adecuada atención a su población.

La conducción del Gobierno Regional, en el período 2011-2014 que estudiamos, la volvió a ganar el movimiento político regional Nueva Amazonía, bajo el liderazgo de Cesar Villanueva, quien fue reelegido por un segundo período.

##### 3.1.2 *Antecedentes.*

El Movimiento Político Regional Nueva Amazonía se conforma en el primer quinquenio del año 2000 a partir de una generación de profesionales y sectores de clase media en la región (varios con experiencia política, vinculados a organizaciones de izquierda) que se fueron articulando desde la década de los 80 del siglo pasado, en un esfuerzo por aportar al desarrollo y transformación de la región frente a los desafíos del narcotráfico y la violencia política. Por sus potencialidades, San Martín era una de las regiones más estudiadas, desarrollándose muchos análisis y discusiones que contribuyeron a la formación de diversos cuadros medios. Villanueva, desde distintas funciones (jefe de la Oficina del Instituto Nacional de Planificación en la región y luego Director de la ONG CEDISA) desarrolló una labor de liderazgo de estos esfuerzos. CEDISA se vinculó estrechamente con los movimientos sociales en ese período (Frente de Defensa de San Martín, Federación Agraria Selva Maestra, entre otros) promoviendo el carácter



amazónico de la región y defendiendo su autonomía frente a la integración con el departamento de La Libertad, que promovió el Gobierno Central. Se apostó por exigir la atención a la amazonía (protección del bosque, infraestructura, educación, descentralización). En este proceso “se fue generando una pequeña élite crítica” (Entrevista a César Rengifo).

En el año 2002, César Villanueva, postuló a la presidencia regional y no ganó. A partir de este hecho, el movimiento decidió la conformación de la organización política Nueva Amazonía. “Trabajamos 4 años en formar la organización (...) no entramos a los partidos políticos porque nuestra identidad era la región” (Entrevista a Cesar Rengifo). Con esta mayor organización y acumulación de fuerzas, Nueva Amazonía se presentó en las elecciones del 2006 y ganó la conducción del gobierno regional, así como de 6 de los 10 gobiernos provinciales y 37 de los 77 gobiernos distritales<sup>12</sup>.

Señalamos algunas medidas en este primer período de gobierno, pues en él Villanueva sentó las bases para la reestructuración institucional del gobierno regional, así como el marco de prioridades de política, de planificación y de estrategias de gestión que marcaron la administración en el segundo período. Planteó una visión del desarrollo regional basada en la revalorización del carácter amazónico de la región, “la valoración del bosque como fuente de riqueza y como hogar de nuestra cultura andina-amazónica”<sup>13</sup>, la articulación económica interna priorizando la agricultura, la agro-industria y el turismo, así como la puesta en valor de sus propios recursos humanos y la necesidad de una gestión territorial descentralizada. En primer lugar, fortaleció la planificación orientada a resultados. En esa ruta una medida fundamental desde el inicio fue el proceso de ordenamiento territorial. En el 2006 se define la Zonificación Ecológica Económica condicionando cualquier intervención pública y privada<sup>14</sup>. Se establecieron prioridades orientadas al desarrollo de capacidades productivas, la accesibilidad en el territorio, electrificación, agua y saneamiento rural, así como también educación y salud. “Teníamos objetivos claros, queríamos resultados” (Entrevista a Neptalí Santillan). En este período, el porcentaje de la población adecuadamente empleada creció de 15.5% a 36.1%.<sup>15</sup>

En segundo lugar, estableció diversas estrategias para movilizar recursos financieros públicos, privados y de la cooperación, hacia las prioridades establecidas.

*“Se logró la más alta inversión pública en San Martín, apalancando recursos y haciendo alianzas (...) pero sobre la base de un Plan y prioridades regionales. Villanueva nos decía: no tenemos canon, tenemos que ser los primeros en todo porque eso nos va a abrir recursos”* (César Rengifo –Asesor de la presidencia-).

*“...en cuatro años se movilizó más de 700 millones de soles en inversión, cuando el promedio anterior había sido entre 100 y 200 millones”* (Neptalí Santillan–Director Regional de Salud).

A su vez, en este primer período, se inicia un proceso de reforma institucional del gobierno, “orientado a implementar un esquema organizacional con enfoque territorial que articule a los órganos sectoriales regionales y que favorezca una gestión por resultados” (Plan de Desarrollo Concertado 2012-2021, p. 72). Se elaboró un Plan de Modernización Organizativa a implementarse progresivamente, comenzando por la sede central y avanzando luego hacia las instancias territoriales. El Plan combinaba la reforma estructural, el planeamiento por resultados, mecanismos de coordinación y seguimiento y fortalecimiento de capacidades. En este primer

---

<sup>12</sup> <https://www.web.onpe.gob.pe/elecciones>

<sup>13</sup> Plan de Gobierno de Nueva Amazonía 2011-14 p. 4.

<sup>14</sup> Sobre esta base, Villanueva logró la sentencia favorable del Tribunal Constitucional, deteniendo la explotación petrolera en la Cordillera Escalera.

<sup>15</sup> INEI-ENAH0, 2011, citado en el Plan de Desarrollo Concertado de la Región San Martín 2012-2021.



período, se implementó la primera etapa de la reestructuración que abarcaba el rediseño de los órganos directivos y se concretó la reestructuración de la Dirección Regional de Salud, orientada a darle capacidad de conducción y liderazgo regional, descargándola de funciones administrativas para que se concentre en la planificación, gestión y evaluación de la política regional de salud (Raúl Molina, 2010). Algo similar se hizo con la Dirección Regional de Educación.

*“Se rediseñó institucionalmente el Gobierno Regional. Primero en Salud, luego en Educación. Se separó lo administrativo de la conducción técnica. Aunque había mucha resistencia del personal había que desburocratizar la parte pedagógica y sanitaria. Fue una idea muy buena. Fue un efecto catalizador”.* (Aurora Torrejón –Ex Gerente de Desarrollo Social-)

### **3.1.3 Período 2011 – 2014.**

En el segundo período de gobierno, se busca consolidar lo avanzado y darle un mayor desarrollo a los aspectos sociales. Se le dio fuerza a la salud materno neonatal y a la reducción de la desnutrición crónica infantil, creándose para ello un programa ad hoc. Asimismo, diversos proyectos de inversión en infraestructura y productivos, que inciden en la problemática de la nutrición infantil, se empezaron a concretar (ya que en el primer período se habían elaborado los expedientes técnicos). Para el 2012, se había incrementado en un 20% la cobertura de electrificación<sup>16</sup> y en 58% la de desagüe<sup>17</sup> pero en bastante menor medida la de agua (9%), priorizándose las provincias en mayor pobreza<sup>18</sup>. Asimismo, en el 2012 se avanza en el enfoque territorial formulándose la Política Territorial Regional que estableció el marco de referencia para el desempeño de actividades y servicios en los ejes social, económico, ambiental e institucional, tomando en cuenta sus potencialidades e identidad amazónica (ANGR, 2015, p.44).

Por otro lado, se avanzó en la reforma institucional de conjunto. En el 2013 se aprueba el nuevo ROF (Ordenanza N°003-2013-GRSM/CR) incorporando las reformas institucionales hechas, siendo importante destacar que en él se institucionalizan, a distintos niveles, instancias permanentes de coordinación que favorecieron la articulación de acciones<sup>19</sup>. Asimismo, se llegó a acuerdos con SERVIR para la asignación de gerentes públicos. Entre fines del 2011 y fines del 2013 se asignó 15 gerentes públicos<sup>20</sup>, 5 de ellos al área de salud. La administración regional puso el peso en captar profesionales de la región, valorando el conocimiento de la región y su compromiso con ella, es así que Villanueva llegó a un acuerdo con SERVIR para que

<sup>16</sup> Dirección Regional de Energía y Minas de San Martín.

<sup>17</sup> Dirección....

<sup>18</sup> El Dorado incrementó la cobertura de electricidad en un 44% y Lamas en un 30%.

<sup>19</sup> ROF, art. 23: “Son instancias permanentes de coordinación interna del Gobierno Regional de San Martín, las siguientes: - Directorio de Gerentes Regionales, - Comités Gerenciales de Coordinación, - Comités Territoriales de Coordinación”.

<sup>20</sup> ANGR: “Los Gobiernos Regionales al Inicio de su Segunda Década. 46 experiencias de éxito de la gestión política regional”, Lima, 2015: “Se asignó al Gobierno Regional de San Martín un total de 15 gerentes públicos de distintos niveles. Estos gerentes se destinaron a cubrir 5 puestos de línea, 3 gerencias regionales, de Desarrollo Económico, Desarrollo Social y la Autoridad Regional Ambiental; una Sub-gerencia de Articulación de Políticas Sociales; y una Dirección Regional de Salud. Asimismo, a 6 puestos de apoyo: 5 Direcciones Regionales de Gestión de las Personas, la Oficina de Logística, la Oficina de Operaciones Salud (Unidad Ejecutora 401, Altomayo), la Oficina de Administración de Recursos de Salud (Unidad Ejecutora 403, Huallaga-Tocache) y la Oficina de Administración de Recursos (Unidad Ejecutora 400, Bajo Mayo); y una Jefatura de la Oficina de Administración (Unidad Ejecutora 404, Hospital II Tarapoto). Del total de 15 gerentes, 11 se mantuvieron en el cargo durante un período significativo” (p. 78).

evaluara a los propios profesionales y si eran aprobados se quedarán como gerentes en el marco de esta institución.

*“SERVIR contribuyó en capacidad profesional, pero sobre todo en lo remunerativo. Pero no para conformar una élite pública. Esta tiene que ser flexible para adaptarse a la región. César fue directamente a discutir estos temas con SERVIR. Entonces pedimos a gerentes regionales que postulen a SERVIR. A partir del establecimiento de la prioridad en reducir la DCI y como presidente, logró que SERVIR forme en salud a gerentes de la región” (Cesar Rengifo –Asesor de la presidencia).*

Finalmente, en función de mejorar la gestión y aprovechar las posibilidades ofrecidas por las tecnologías de la información se elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de Información 2013-2017 que tuvo repercusiones significativas en la capacidad de programación y seguimiento en los temas de nutrición infantil.

El liderazgo de Villanueva (administrador de carrera) y el conjunto de reformas, contribuyeron a mejorar los procesos de gestión y diversos resultados. En el 2013 el índice de competitividad regional elaborado por el Instituto Peruano de Economía IPE, daba el primer lugar a la región San Martín, en el rubro instituciones, ocupando el segundo lugar en adecuado uso de los recursos y en baja percepción de corrupción y el quinto lugar en ejecución del presupuesto de inversiones.

### **3.2 La política regional en nutrición infantil.**

La atención a la nutrición infantil recién se agenda como política prioritaria para el gobierno regional, en el 2010, a finales del período anterior de gobierno. No obstante, una mayor asunción del tema de la nutrición infantil en la región, ya se había expresado en la formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia - PRAIA 2009-2015. Por otro lado, desde el año 2008, la política nacional venía implementando el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) el que desde un enfoque de gestión por resultados, exigía la implementación de un conjunto de intervenciones efectivas, de carácter intersectorial, para la reducción de la DCI, sin embargo, el PAN se había asumido en la región como un programa sectorial de salud, fragmentado internamente, sin articulación de acciones.

#### **3.2.1 Reducir la desnutrición crónica Infantil en 10 puntos porcentuales.**

La subida de la DC infantil de 26% a 28% en el 2010, impacta en el presidente y los funcionarios:

*“Por más que se atendieron proyectos de infraestructura, lo más importante, la salud de los niños, no se estaba logando” (E: Aurora Torrejón –ex Gerente de Desarrollo Social)*

*“Nos dijimos: ¿dónde están los 800 millones de inversión que no se reflejan en los niños? (...) César (el presidente regional) nos puso la meta: reducir la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales al 2014. Nos dijo: ustedes son los responsables. Esa decisión política fue clave” (E: Neptalí Santillan –ex Director Regional de Salud-).*

Esa situación obligó al equipo de funcionarios regionales a analizar el tema y buscar estrategias adecuadas. Un elemento importante es que lo hizo tomando como referencia experiencias previas en la región buscando potenciar sus aportes en la formulación de una política pública de carácter regional<sup>21</sup>. Se convocó a diversas instituciones de la

<sup>21</sup> La ONG PRISMA implementó diversos programas y proyectos en la región sobre nutrición infantil: desde 1990 el PANFAR (distribución de alimentos y multi micronutrientes), también Kusi Ayllu

sociedad civil (PRISMA, Foro Salud, Conaju), la cooperación (USAID) y de los gobiernos locales (Asociación de Municipalidades de la Región San Martín-AMRESAM), así como a los diversos sectores implicados del gobierno regional (Salud, educación, vivienda, trabajo e incluyendo a representantes del MIDIS y el MEF), para analizar la situación y explorar estrategias.

*“Diferentes instituciones, desde el 2006, estaban en el tema de la infancia y la nutrición infantil: PRISMA, ADRA, CARITAS, USAID, DEVIDA (Área de Seguridad Alimentaria). Se hizo incidencia en Universidades con diplomados en gestión social para alcaldes, regidores, gerentes generales y de desarrollo social. Había sensibilización y movimiento. Las mismas universidades también hicieron cursos y vino ESAN a la región. Ya estaba en agenda el tema de la infancia y la nutrición. Todo esto lo recogió Villanueva.” (E: Nora Nieto – Coordinadora de la MCLCP regional).*

En el diseño de la política regional se vio que lo necesario no era idear nuevas actividades o proyectos (las principales intervenciones efectivas ya estaban priorizadas desde la política nacional) sino desarrollar estrategias para avanzar en lograr una mayor cobertura y más calidad en los servicios y que para ello era clave concretar una efectiva articulación de las intervenciones que ya se hacían pero de manera débil y dispersa<sup>22</sup>.

### **3.2.2 El Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil - PAIMNI.**

Luego de una experiencia piloto en el año 2010, en el 2011 se establece como política pública regional el Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil – PAIMNI, por Resolución Ejecutiva Regional N°869 GRSM de la Presidencia de la Región.

El PAIMNI, se plantea como objetivo “Fortalecer, articular e integrar esfuerzos sectoriales, las acciones gubernamentales, las acciones de organizaciones comunales, de las organizaciones sociales de base y de las familias en la lucha para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la región San Martín” (Sustento Técnico PAIMNI p.1). Si bien el presupuesto por resultados y el Programa Articulado Nutricional, como política nacional ayudaron en el combate a la DCI, el objetivo era cubrir los vacíos en cuanto a la necesaria articulación territorial:

*“El PAIMNI servía como estrategia. Se hizo porque en el PAN no había una intersectorialidad ni intergubernamentalidad. Funcionaba más como un programa de salud.” (E: Aurora Torrejón –Ex Gerente de Desarrollo Social)*

El Programa está dirigido a menores de 5 años y a mujeres embarazadas y en edad fértil. Basándose en el Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil, elaborado por el PMA, se seleccionaron 37 distritos, 29 de ellos rurales. Se abarcó las 10 provincias (10 UGELs y 10 Redes de Salud), así como 43 micro-redes, 237 establecimientos de salud, incluyéndose a 914 localidades (142 de ellas comunidades indígenas).

---

(formación de promotores para atender a niños menores de 3 años en riesgo) y luego “Crecer Sano” entre el 2002 y el 2008 (Seguimiento de niños y niñas y desarrollo de competencias de gobernantes y personal de salud para políticas de nutrición infantil). Asimismo USAID, con el desarrollo de tres Programas: Calidad en Salud (vinculado a la prestación de los servicios), Políticas en Salud (asesoría a los documentos técnicos del G. Regional) y Familias, Escuelas y Municipios saludables (centrado en la promoción de la salud).

<sup>22</sup> *“Nos dimos con la sorpresa que esas intervenciones eran las que habíamos venido haciendo. Entonces ¿qué está pasando con la DCI? (...) Analizamos y vimos que la cobertura no era suficiente ni tampoco la calidad. Había que hacer más y mejor” (Neptalí Santillan -Ex Director Regional de Salud).*



El diseño consta de tres componentes: 1) Intervenciones efectivas sanitarias de probada eficacia, viabilidad y costo-efectividad (se seleccionaron 14 intervenciones sanitarias específicas). 2) Intervenciones para promover la educación temprana integral, fortaleciendo las prácticas de crianza en la familia y en la comunidad (se implementa mediante el programa WAWA-PUKLLANA del Ministerio de Educación, incluyendo en la formación de las Promotoras Educativas Comunitarias las intervenciones en salud en el marco del PAIMNI) y 3) Intervenciones que promuevan la articulación intergubernamental e instauren conductas saludables en las familias y comunidades. Para implementar este último componente se institucionalizan espacios de articulación: en el nivel distrital, el Equipo de Desarrollo Social (constituido por el Gobierno local, salud y educación) y en el nivel comunal, la Junta de Vigilancia Comunal (constituida por los agentes comunales de salud y representantes de salud y educación, si los hubiera). Este tercer componente asume la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables, desarrollada por USAID, bajo el enfoque de promoción de la salud.

La implementación del PAIMNI también contempló la elaboración de un Plan de Monitoreo y Evaluación, definiéndose indicadores y metodologías para el seguimiento.

### **3.2.3 Las principales estrategias en la implementación del PAIMNI.**

Implementar el PAIMNI, basado en la articulación de acciones de actores e instituciones diversas, exigió poner en tensión la capacidad del gobierno regional, en el contexto general de una cultura burocrática inercial en el Estado, así como de desconfianzas mutuas con la sociedad civil. Destacamos lo que consideramos las principales estrategias:

#### **3.2.3.1 Alianzas y acuerdos múltiples para articular actores e intervenciones.**

El diseño como la implementación del Programa se hizo a partir de acuerdos intersectoriales y múltiples alianzas y pactos con la cooperación, organizaciones de la sociedad civil y con los gobiernos locales. Asimismo se constituyeron espacios de articulación permanentes y se institucionalizaron normas e instrumentos para la articulación, lo que puso en juego la capacidad política de los funcionarios para lograr y sostener los acuerdos.

Se fortalecieron los acuerdos intersectoriales. Con educación para la estimulación temprana. Con vivienda, respecto a los servicios de agua y saneamiento en los que se incorporó el enfoque social explicando los aspectos de salud (USAID capacitó al personal). Con Cuna Más se firmó un convenio de Cooperación Interinstitucional para promover el desarrollo de capacidades de los niños con la participación de promotores y de la familia. Con el MEF se coordinó la implementación de los temas de nutrición infantil en el Plan de Incentivos Municipales (que había incorporado como resultados la elaboración del Padrón Nominado de menores de 5 años) y la conformación de los Centros de Vigilancia Comunal en Salud CVICOS.

Con USAID se firmó un Memorándum de Entendimiento para la financiación de la mayor parte del Programa (75% puso USAID –aproximadamente 10 millones de soles- y 25% el Gobierno Regional) en una modalidad que nunca antes había hecho esta agencia de Cooperación: la donación directa al Gobierno Regional. Según César Rengifo (Asesor de la Presidencia) eso se debió a que el Gobierno Regional puso la agenda y las reglas claras. El Memorándum también contempló la asesoría e implementación en promoción de la salud, en el componente de familias, escuelas y municipios saludables, a partir de los proyectos que USAID ya implementaba, poniéndole peso a la capacitación de

promotores, así como también, a la generación de información y el seguimiento a partir del proyecto de SISMUNI.

Por otro lado, en el año 2010, se movilizaron diferentes organizaciones de la sociedad civil, articuladas por la MCLCP regional, y plantearon el Acuerdo de Gobernabilidad Regional 2011-14 a los candidatos en las elecciones regionales. Nueva Amazonía participó en esta concertación y entre otros temas, se reforzaron acuerdos y estrategias para la disminución de la DCI, proponiéndose su reducción en una tercera parte (9 p.p.) y la reducción de la anemia infantil a la mitad. La Mclcp tuvo un rol de seguimiento y apoyo de estos acuerdos en diversos gobiernos locales.

En el caso de los gobiernos locales, AMRESAM (la Asociación de Municipalidades de la región) acordó en asamblea general (28/8/2011) el apoyo y fortalecimiento del PAIMNI como política pública regional promoviéndolo en las localidades. Si bien AMRESAM, en esta época ya estaba debilitada<sup>23</sup>, su accionar contribuyó a la articulación con los gobiernos locales. A la vez, el Gobierno Regional estableció la realización de convenios marco de cooperación con cada uno de los 37 gobiernos locales priorizados para mejorar la nutrición infantil.

Asimismo, se adecuó la organización para la articulación. Se crearon y fortalecieron instancias como el Equipo Técnico Regional del PAIMNI que articuló a representantes de instancias nacionales (MIDIS, MEF, USAID) y regionales (las direcciones regionales involucradas, AMRESAM y representantes de la sociedad civil como Foro Salud, CONAJU Regional (jóvenes) y organismos como la MCLCP regional). A su vez, la DIRESA también constituyó un equipo técnico específico para la nutrición infantil articulando sus diversas entradas intra-sectoriales. A nivel de los Gobiernos Locales, se crearon y fortalecieron los Comités de Desarrollo Social y al nivel de la comunidad, las Juntas Vecinales Comunales y luego su articulación con los Centros de Vigilancia Comunal en Salud.

*“Antes del PAIMNI se ha tenido ya otras intervenciones (...) pero no se logró disminuir la desnutrición crónica de manera importante. Se empieza a disminuir cuando se articulan intervenciones y actores, salud, educación, agua, otros...”* (Ángela Arévalo -ex funcionaria de PRISMA, luego coordinadora de la Red de Salud de Lamas-).

*“Quisimos meter la articulación en la cultura de la administración pública”* (César Rengifo – Ex Asesor de la Presidencia Regional-)

### **3.2.3.2 Liderazgo regional y equipos técnico-políticos capaces y cohesionados.**

El presidente regional se compró a fondo el pleito de reducir la DCI en la región. Su liderazgo fue decisivo. Si bien dejaba los aspectos técnicos a los equipos especializados, él estaba detrás de la implementación del PAIMNI, hablaba del tema en sus diversas presentaciones e impulsaba a que todos los sectores se alinearan con ese objetivo.

*“Villanueva decía en las reuniones del equipo de gerentes: nadie me puede decir que no tiene nada que ver con la reducción de la desnutrición crónica infantil”* (Sofía Velásquez –ex Gerente de Desarrollo Social-).

*“César era una persona muy obsesionada con las prioridades. Todos los días preguntaba”* (César Rengifo)

---

<sup>23</sup> AMRESAM se debilita cuando USAID termina su respaldo económico en el año 2006, no habiendo previsto la institución formas más sólidas de auto sostenimiento. No obstante tiene un prestigio ganado y dejó bases importantes de una conciencia de articulación municipalista en la región.



*“Con el liderazgo del presidente regional, todo el equipo se embarcó” (Aurora Torrejón –ex Gerente de Desarrollo Social).*

Por otro lado, la cohesión política de los gerentes en términos de proyecto en la región, fue un elemento muy importante para alinear la gestión con los objetivos del PAIMNI. Asimismo, se puso mucho cuidado en el reclutamiento de los gerentes, en términos de su capacidad y compromiso: Los actores entrevistados reconocen la combinación de capacidad técnica y política de los equipos de dirección.

*“En ese período hubo un mejor cuerpo técnico. Eran políticos que a la vez, tenían capacidad técnica. Mi director de salud, iba al trabajo de campo y veía las condiciones, el problema del pago de viáticos y eso. Se preocupaba por las condiciones para desenvolverse. Él me decía: si no tienes acá computadora anda a tu casa y trabaja ahí” (Rita Vela –ex coordinadora del PAIMNI-).*

*“Había una voluntad de trabajo, cada uno con su capacidad técnica y liderazgo. Con apertura para lograr las metas” (Aurora Torrejón -ex Gerente de Desarrollo Social)*

*“Se fue construyendo una élite pública que mire más allá de un corto plazo. Hemos llegado a tener un buen equipo, con profesionales jóvenes, con un porcentaje de gerentes públicos formados en la propia región. La mayoría mujeres” (César Rengifo –ex Asesor de la Presidencia Regional-)*

A su vez, esta capacidad se expresó en lo convincente de las propuestas y en la confianza generada para la articulación de actores de diferentes tiendas políticas.

*“La propuesta era convincente, estaba bien planteada, se explicó bien” (Rita Vela).*

*“Cumplieron un rol muy importante las condiciones que puso el Gobierno Regional para que cualquier actor o institución chape la idea. Por acá quiero caminar y vengan conmigo” (Jhaisinho Valera –Secretario Ejecutivo de la MCLCP regional-)*

*“No, no, no. No fue la influencia de Nueva Amazonía. Yo no soy de Nueva Amazonía, yo sigo siendo fujimorista. Era el liderazgo de Cesar Villanueva. (...) Ante un buen liderazgo si es posible mancomunar los esfuerzos” (Aurora Torrejón).*

*“Al movimiento regional “Nueva Amazonía, de repente no lo vieron como movimiento político. Por ejemplo, yo me fui como apoyo al gobierno regional en Moyobamba y yo no soy del movimiento político ni tampoco me mejoraron el sueldo. Nos olvidamos que cada uno es de un partido político y lo que queríamos es que mejorara la salud. Los de Jepelacio (Distrito), por ejemplo, eran del APRA y apoyaron” (Rita Vela).*

*“Para articular a los gobiernos locales nuestra prioridad no era que estén vinculados a Nueva Amazonía. Un ejemplo es Del Castillo, de Lamas, que pertenece a otro movimiento regional” (Cesar Rengifo –ex asesor de la Presidencia-)*

### **3.2.3.3 Un sustantivo incremento presupuestal a los servicios de salud orientados a la reducción de la desnutrición infantil.**

En el período previo 2008-2010, el presupuesto asignado y ejecutado del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) se incrementó en 145%, en el contexto de las prioridades nacionales establecidas, desde la creación de este programa en el año 2008. Eso significó un incremento promedio anual de 48%, llegando a un per cápita por niño de 124 soles. Por su parte, en el período 2011-2014, en el que se implementa el PAIMNI, esta asignación se incrementa en 604%, con un promedio de incremento anual de 121%, llegando a un per cápita por niño de 435.3 soles. Es importante señalar que este per cápita, condicionado también por una leve tendencia a la reducción de nacimientos, se incrementó en 1,273% en este último período.

En el año 2015, el presupuesto preparado por la administración del período anterior, asignó más del doble de lo asignado en el año 2014, llegando a un per cápita por niño

de 1,062.6 soles. A su vez la ejecución del 95% de ese presupuesto en el 2015, evidencia que la administración en salud, estaba preparada para ejecutar un incremento presupuestal de esas dimensiones.

### **3.2.3.4 Conducción regional con enfoque territorial y empoderamiento local.**

El enfoque territorial en la implementación del PAIMNI se concretó en buscar el empoderamiento de los espacios locales considerando tanto a los gobiernos municipales distritales como la acción de la propia comunidad. Es así que la norma de creación del PAIMNI establece que el Programa se implementa en concertación con los gobiernos locales.

*“Desde un enfoque territorial se logró mejorar la articulación con los gobiernos locales. Se decía: señor alcalde usted es la autoridad”* (Sofía Velásquez –Ex Gerente de Desarrollo Social).

Previo a la propuesta de firma de los convenios de cooperación con los gobiernos distritales se desarrolló una larga etapa de sensibilización con los 37 gobiernos locales e instituciones regionales, con el objetivo de desarrollar un compromiso real de las autoridades. Se explicaba el sentido del PAIMNI, la responsabilidad del gobierno local con los niños y las acciones que los benefician, así como su carácter de política pública regional, a la vez que nacional.

*“Como el gobierno regional tenía un color político distinto al de la mayoría de los distritos, nos pasamos un año sensibilizando a los distritos. No es que había rechazo, pero no había compromiso. Acogieron pero no se involucraron. Poco a poco se fue viendo quienes iban entendiendo la metodología de trabajo, no solo en las intervenciones efectivas, pues el otro compromiso era la calidad (...) se fueron involucrando poco a poco”* (Rita Vela – Coordinadora del PAIMNI).

*“Se hizo un trabajo con enfoque territorial. El gobierno local tiene que asumir el reto de ser parte de esta política. El 80% de los gobiernos locales apostaron por este proyecto y enfoque, aunque varios todavía tenían una visión asistencialista”* (Ángela Arévalo – Responsable de la Red de Salud de Lamas-).

*“Los alcaldes decían: jamás vi a alguien del gobierno regional que venga a ofrecernos apoyo y decirnos: tu problema son los niños”.* (Sofía Velásquez –Ex gerente de Desarrollo Social)

Progresivamente entre 2011 y el 2014, se fueron firmando los convenios. Estos establecían un marco de cooperación entre el gobierno regional y el gobierno local definiendo las responsabilidades conjuntas de planeamiento, financiamiento, gestión y seguimiento y, a la vez, responsabilidades específicas por cada nivel de gobierno<sup>24</sup>. Hasta mediados del 2013 se logró firmar convenios con 34 de los 37 municipios distritales seleccionados, 31 de ellos aprobaron ordenanzas para la implementación del PAIMNI y 23 habían constituido sus Comités de Desarrollo Social y se elaboraron 29 Planes Distritales Integrales para mejorar la nutrición infantil. Asimismo, se reconocieron por resolución municipal 240 Juntas Vecinales Comunes y 104 de ellas tenían planes en ejecución<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Para el Gobierno Regional, responsabilidades de asistencia técnica y de asegurar el funcionamiento de los servicios de salud en el ámbito local. Para el Gobierno Local, intervenciones vinculadas a la estrategia de Familias, Escuelas y Municipios Saludables, así como la conformación del Comité Distrital de Desarrollo Social, de las Juntas Vecinales Comunes y de un espacio comunal para las actividades de estimulación temprana.

<sup>25</sup> GORESAM-Gerencia de Desarrollo Social: “Sustento Técnico PAIMNI-MINSA para la sistematización de la experiencia PAIMNI y reconocimiento a los Gobiernos Locales con mayores avances en su implementación”, Setiembre de 2013.

Si bien el convenio proveía un marco de acuerdos, se desarrollaba la negociación con cada gobierno local respecto a compromisos específicos y a lo que podía aportar, incluyendo así la especificidad de las estrategias locales. Por ejemplo, en la contratación o el pago de estímulos a los promotores o también para mantener en los servicios locales de salud al personal profesional SERUMS<sup>26</sup>.

*“Se le pidió al gobierno local que planteara que le ofrecía al SERUMS para que se quede. Unos le daban casa, otros alimentación. Cada Gobierno Local hacía su planteamiento, porque se necesitaba personal que esté haciendo el trabajo”* (Rita Vela excoordinadora del PAIMNI).

*“Le devolvimos el liderazgo al gobierno local (...) en el marco de un plan local cada uno asumía su responsabilidad”* (Neptalí Santillan –Ex Director Regional de Salud-).

También se iban definiendo proyectos de inversión pública local que se consideraban necesarios en la promoción de municipios o escuelas saludables<sup>27</sup>. El Gobierno Regional estableció un fondo orientado a las prioridades para apalancar recursos locales en esa dirección.

*“Si podíamos poner 10 millones para apalancar 50 millones, los poníamos. Le poníamos contrapartidas a los alcaldes pero en las prioridades del Plan Regional, por ejemplo en agua y alcantarillado”.* (César Rengifo –Asesor de la Presidencia).

*“Han contribuido muchísimo los Gobiernos Locales, la asignación de recursos que han hecho ha contribuido más a los resultados. Alcaldes que dicen: tengo tantos niños atendidos o que dicen he contratado a tantos promotores o a tantas educadoras, etc.”* (Nora Nieto – Coordinadora de la MCLCP en la región).

Este nivel de empoderamiento local se combinó con una presencia regular de la alta dirección en el tema: los discursos del Presidente regional, presentaciones del Programa y publicaciones, así como una presencia regular del equipo técnico regional en los distritos y comunidades y el establecimiento de estímulos al desempeño<sup>28</sup>

*“La presencia no solo desde el nivel alto, sino que su equipo bajaba a los distritos, a la comunidad, para motivar, seguir, evaluar. Esa presencia cambia la mirada y genera condiciones para el cambio (...) Esta intervención llegó hasta la familia y allí es donde se han cambiado estilos de vida en los 37 distritos”* (Manuel Delgado –Asesor Regional del Proyecto Familias y Municipios Saludables-USAID).

*“Desde arriba le decían a los funcionarios: es clave que se empoderen la DIRESA, los responsables de las redes y de las micro-redes, que ellos decidan...”* (Rita Vela –ex Coordinadora del PAIMNI-).

Este conjunto de condiciones motivó a que muchas redes incluyeran en sus esfuerzos, poniendo de su presupuesto, a más distritos de los seleccionados en el ámbito del PAIMNI, llegando en total aproximadamente a 66 distritos. (Entrevista a Rita Vela – ex Coordinadora del PAIMNI).

---

<sup>26</sup> Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud para ser realizado por los profesionales que egresan de los diferentes Programas de Ciencias de la Salud. Es requisito para ocupar cargos en entidades públicas así como para recibir apoyo del Estado en estudios y perfeccionamiento. Tiene un máximo de duración de un año.

<sup>27</sup> Se formularon 74 proyectos de inversión, 21 viables y 4 en ejecución

<sup>28</sup> Una medida que se logró concretar fue establecer un premio para los distritos que destacaran en cumplir sus convenios. Se premió a 5 distritos con un viaje al Cuzco con una delegación de 3 personas por distrito seleccionadas por el gobierno local entre los que más habían aportado.



### **3.2.3.5 Seguimiento longitudinal y capacitación para lograr cobertura y calidad.**

Una estrategia destacada por los funcionarios es la de la implementación del seguimiento longitudinal para ir mejorando la calidad. No solo se identificaron e implementaron las intervenciones de comprobada eficacia, sino que también se organizó un seguimiento por niño y por madre según el paquete de servicios que debía recibir. Para hacer efectivo el seguimiento y en la medida que sólo existían 40 micro-redes para 77 distritos, se sectorizó el territorio de las micro-redes, cada uno con un sectorista responsable de empadronar a madres y niños, planificar las intervenciones y hacer seguimiento para que cada uno reciba las atenciones.

*“En el seguimiento longitudinal se seguía los paquetes por cada niño, en base a las listas de niños que tenía cada enfermera. Esto ha sido decisivo para mejorar la calidad.”* (Rita Vela – Coordinadora del PAIMNI).

*“La Junta vecinal vigilaba a los niños y mujeres, a los que no seguían su control los derivaba al establecimiento de salud o a los espacios de estimulación o a educación inicial en donde había. A raíz de este seguimiento se abrieron programas de Wawa Pukllana en Rioja y en Juanjui”* (Manuel Delgado –Asesor regional del Proyecto Familias y Municipios Saludables).

Para articular este seguimiento se activaron en las redes equipos de supervisores y reuniones de evaluación<sup>29</sup>. Un elemento importante que se activó para el seguimiento longitudinal fue el avanzar en el establecimiento de equipos de cómputo en los EESS y la capacitación en el procesamiento de información. Celmira Heredia, funcionaria de la DIRESA, señala que se lograron mejoras en la organización del servicio de salud. Por un lado, se redujeron las colas: *“Se les da la cita y la mamá ya va a la hora que la han citado”*, así como también se mejoró la articulación e información interna: *“El médico le da la receta al niño y ya se tiene luego lista la receta para que la lleve”*.

Otro factor que contribuyó a mejorar la calidad fue la capacitación al personal para el desarrollo de las intervenciones efectivas. La DIRESA organizaba la capacitación, basada en las normas técnicas del MINSA, pero se consideraba importante que visiblemente la impulsara el Gobierno Regional en el marco del PAINMI como política pública regional. Se hacía por red y por micro-red<sup>30</sup>.

### **3.2.4 Limitaciones de la política.**

Si bien la política estuvo sustentada por un fuerte proceso de planificación y alineamiento con la gestión y prioridades regionales, la asertividad de las intervenciones efectivas seleccionadas y el fuerte impulso a la articulación, encontró sus límites en la gestión. Por un lado, en la insuficiencia de los recursos públicos movilizados, así como en debilidades administrativas internas para la llegada a todo el territorio. Por otro lado, una cierta debilidad del Gobierno Regional para articularse de manera directa con organizaciones sociales regionales y locales, así como debilidades en algunos factores de sostenibilidad.

#### **3.2.4.1 No se logró la suficiente movilización de recursos.**

---

<sup>29</sup>El Comité de Desarrollo Social de cada distrito tenía que reunirse semanalmente y en la reunión se veía las necesidades de cada localidad y también que pasaba con las madres y niños en seguimiento: deserciones, falta de acceso, avance en las metas, etc. y se discutía que hacer como respuesta. El equipo Técnico hacía visitas cada 3 meses al Comité de Desarrollo Social y se revisaba el plan de trabajo y la matriz de seguimiento.

<sup>30</sup>Se capacitó a 34 redes, a funcionarios de los 37 Gobiernos Locales, a los promotores, a los Comités Distritales, a 173 Juntas Vecinales y a 3,778 familias, con el apoyo de USAID.



El gobierno regional orientó esfuerzos y diseñó estrategias para movilizar recursos para la reducción de la DCI, exigiendo mayor asignación para el PAN al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y llegando a acuerdos con la cooperación (USAID) para la financiación del PAIMNI. Sin embargo, estos no fueron suficientes para avanzar al ritmo necesario planificado.

*“En la lógica del presupuesto por resultados y para poder hacer el seguimiento longitudinal, nuestro presupuesto en salud, ascendió a 500 millones de soles -eso era lo que recibía tradicionalmente todo el gobierno regional- Están locos, nos dijeron (...) Le explicamos al MEF, pero sólo nos subieron de 120 millones a 200 millones (...) luego, se logró seguir incrementando recursos pero no lo suficiente”* (Neptalí Santillan –ex Director Regional de Salud-)

*“Los recursos no eran suficientes. En RRHH, la gente no va a las zonas más alejadas. También presupuestos muy bajos para el monitoreo”* (Ángela Arévalo –Responsable Red de Salud de Lamas-).

Rubros claves para la calidad de los servicios como, mayores recursos humanos, el nivel de remuneraciones o el presupuesto para el seguimiento longitudinal, fueron altamente insuficientes. Esta situación planteaba la exigencia de nuevos y variados esfuerzos y estrategias para movilizar más recursos.

### **3.2.4.2 Debilidad de los procesos administrativos regionales para hacer llegar recursos e insumos a los EESS.**

Este es un problema secular en la implementación de los servicios públicos en el país: la llegada de los recursos hasta los establecimientos donde se atiende a las personas, particularmente en las zonas rurales, más alejadas o con menor capacidad de presión social.

*“El presupuesto se atoraba en las Unidades Ejecutoras y no llegaba a los EESS”* (Sofía Velásquez –ex Gerente de Desarrollo Social).

*“Por trabas administrativas no había descentralización del dinero a las Unidades Ejecutoras. Al final, para comprar las computadoras se tuvo que trasladar el dinero a USAID”* (Manuel Delgado –Asesor regional del proyecto USAID).

*“La ejecución presupuestal no se agilizaba. Yo me metía a ver dónde estaban esos nudos que impedían que las cosas funcionen. Poco a poco se fue avanzando”* (César Rengifo –ex Asesor de la Presidencia Regional).

Si bien el gobierno regional tuvo el acierto de reorganizar el sistema de salud en la región, separando las tareas de conducción de la política de las tareas administrativas y de presupuesto, no se llegó a resolver al nivel necesario. Por ejemplo, no se contrató personal suficiente para los aspectos administrativos y de seguimiento, lo que terminó sobrecargando al personal existente, afectando la calidad de los procesos<sup>31</sup>.

El comportamiento burocrático inercial de trabajadores de la salud así como, en diversos casos, la no previsión de presupuesto para acciones de distribución o control por parte de la administración regional, también incidieron negativamente en la llegada de los recursos e insumos a los establecimientos en diferentes territorios, afectando cobertura y calidad.

---

<sup>31</sup> *“No se previó contratación de personal para labores administrativas (rendiciones, certificaciones, etc). Con el apoyo de este personal se hubiera avanzado más aún”* (Celmira Heredia –funcionaria de la Dirección Regional de Salud).

*“Pasaban 2 o 3 meses para pagar la movilidad local y eso desmotivaba a los trabajadores. El trabajador daba de sí y el presupuesto no salía” (Rita Vela –coordinadora del PAIMNI).*

### 3.2.4.3 Debilidades en factores de sostenibilidad.

Si bien se prestó atención a factores claves de sostenibilidad como el desarrollo de capacidades en el personal y la institucionalización, no solo del PAIMNI como política pública regional, sino también de diversos instrumentos para su implementación que se expresaron en normas técnicas, no se atendió otros, también de importancia decisiva.

Por un lado, se dependió mucho del financiamiento y sostenimiento técnico de la cooperación (USAID). Si bien permitió enfrentar con fuerza el tema de la DCI en el segundo período de gobierno, su sostenibilidad era débil pues no se garantizaba continuidad al término del proyecto. El Ministerio de Economía y Finanzas fue crítico con lo poco que puso el gobierno regional en recursos ordinarios para este programa específico.

Por otro lado, habiendo tenido el liderazgo del presidente Villanueva un rol impulsor central, así como buena parte de su equipo, no se previó la continuidad de liderazgos en la conducción de la política y su articulación con el conjunto de la gestión. En el 2014, la DCI sube levemente y muchos de los actores consultados, la relacionan, de diversas maneras, con el retiro de César Villanueva de la presidencia a fines del 2013. Asimismo, algunos miembros de su equipo asumieron luego responsabilidades en el nivel nacional.

## 3.3 Resultados.

La mayoría de indicadores de cobertura de los servicios de salud y saneamiento básico, priorizados para la nutrición infantil, mejoraron en el período de 2011-2014 a un ritmo mayor que en el período anterior, como se puede apreciar en el cuadro N° 6.<sup>32</sup>

**Cuadro N° 6**  
**San Martín: cobertura de las intervenciones priorizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil, 2008-2010 y 2010-2014**

INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	Evolución Proporcional 2010/2014	Evolución Promedio Anual 2010/2014	Evolución Promedio Anual 2008/2010
Atención Prenatal	85.6	87.9	87.6	90.9	93.8	9.6%	2.4	1.3
Parto Institucional	66.7	75.4	75.1	83.8	85.3	86.6	14.9	-1.5
<b>RURAL</b>	<b>59.1</b>	<b>58.6</b>	<b>67.1</b>	<b>77.0</b>	<b>77.2</b>	<b>30.5</b>	<b>7.6</b>	<b>-1.8</b>
CRED menores 36 meses	45.3	46.6	54.3	60.3	69.5	53.4	13.4	27.6
Vacunas contra Rotavir/neumo < 24 meses	35.6	50.3	46.6	65.3	77.5	117.7	30.0	187
Niños entre 6 y 36 meses con Suplem. hierro	4.7	15.6	13.5	20.0	17.6	274	68.5	-22
Gestantes con suplem. hierro	87.0	89.8	90.3	95.4	93.4	7.4	1.9	1.9
Hogars con agua x red pública	67.8	60	69.5	74.5	77.5	14.3	3.6	3.2*
<b>RURAL</b>	<b>34.2</b>	<b>23.5</b>	<b>25.0</b>	<b>51.2</b>	<b>47.0</b>	<b>37.4</b>	<b>9.5</b>	<b>s.i.</b>

<sup>32</sup> En el caso del CRED (seguimiento al crecimiento y desarrollo del menor de 5 años) y de las vacunas contra el neumococo y rotavirus, en la medida que, el primero inicia su impulso desde niveles muy bajos (10% de cobertura) y las segundas, se inician recién en el año 2009, las proporciones (y no el incremento de puntos porcentuales) de ampliación de cobertura tienden a ser mayores en el período 2008-2010 y 2009-2010, respectivamente.

Hogares con Saneamiento RURAL	89.2 <b>53.6</b>	88.8 <b>48.0</b>	93.9 <b>37.1</b>	92.9 <b>39.9</b>	93.3 <b>52.7</b>	5.1 <b>-1.7</b>	1.0 <b>-0.4</b>	0.4 <b>s.i.</b>
-------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Fuente: INEI-ENDES 2010-2014. Elaboración propia.

\*Corresponde sólo al incremento entre el año 2009 y 2010.

Asimismo, la atención prioritaria a las áreas rurales, en función de reducir brechas con un criterio de equidad, muestra resultados importantes en cuanto a la provisión de agua a los hogares, pero un menor ritmo en cuanto al parto institucional y resultados negativos en cuanto a la ampliación de cobertura de servicios de saneamiento.

Otro resultado importante a mencionar ha sido el mayor peso que se le dio, en las agendas públicas locales, al tema de la nutrición infantil y las acciones necesarias para enfrentar la desnutrición crónica. Así mismo, se desarrolló un modelo (o estrategias) de trabajo articulado entre el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales para la promoción de buenas prácticas en salud y nutrición, orientado a lograr una mayor efectividad de las intervenciones priorizadas. Lamentablemente, la medición estadística de la extensión de buenas prácticas a nivel familiar ha sido aún muy deficiente en los períodos comparados.

La confluencia de estos resultados ha sido un factor importante en el mayor ritmo de reducción de la desnutrición crónica infantil en la región entre los años 2011 y 2014.

#### Cuadro N° 7

##### San Martín: Evolución de la desnutrición crónica infantil 2007-2010 y 2010-2014

2007/2008	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	Evolución 2007/2010	Evolución 2010/2014
25.1	26.8	22.8	16.8	15.5	16.0	-13.1%	-40.2%

Fuente: INEI- ENDES: 2010- 2014. Elaboración: Propia.

En conclusión, vemos que la política de nutrición en San Martín, partiendo de las intervenciones efectivas comprobadas, se sustentó en la articulación de actores, acciones y recursos sobre la base de una planificación y seguimiento efectivos y esto fue posible por los niveles de capacidad estatal generados (capacidad y cohesión de sectores importantes de la burocracia, adecuación de los diseños institucionales y las estrategias para una gestión territorial y ampliación sustantiva de recursos), todo ello, desde el impulso de un fuerte liderazgo regional.

## IV. IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL EN LA REGIÓN PIURA

### 4.1 Características Generales del Gobierno Regional en el Período.

#### 4.1.1 Una región heterogénea.

Piura es un departamento situado en la costa norte del Perú, Comprende zonas de costa, sierra y selva alta, con una topografía bastante variada y diversidad de recursos naturales. En el año 2011 su población estaba estimada en 1'676 mil habitantes, siendo la segunda región más poblada después de Lima, El 25% de su población es rural ubicada principalmente en las zonas de sierra y selva alta en las provincias de

Huancabamba y Ayabaca, ambas con los mayores índices de pobreza y exclusión, Como organización política, la región está constituida por el Gobierno Regional, 8 Gobiernos Provinciales y 65 Gobiernos Locales.

Si bien Piura tuvo una importante capacidad de articulación institucional de actores diversos, en base a la complementariedad productiva en sus diversas zonas (agro-exportación, minería no metálica y pesca) lográndose construir visiones compartidas del desarrollo regional, en las décadas recientes, el desarrollo de conflictos sobre el uso del territorio, principalmente por la tensión entre una vocación agrícola o de minería metálica, han llevado a una mayor polarización (Cotler, 2006).

#### **4.1.2 Antecedentes del gobierno.**

En las elecciones regionales para el período de gobierno 2011-2014 salió elegido para la presidencia Javier Atkins, administrador de empresas, con experiencia en el sector privado, quien postuló a la cabeza de la alianza electoral: “Unidos Construyendo” captando el 46.5% de los votos, promedio bastante alto -2° lugar- en relación a las otras regiones del país. Había postulado ya en las elecciones del año 2006, quedando en segundo lugar, muy cerca del ganador. La Alianza también ganó la conducción en 2 provincias y en 7 distritos. Sin embargo, la Alianza política se canceló en el año siguiente, por desacuerdos entre los dos movimientos que la componían<sup>33</sup>.

Como se ha señalado, Atkins planteó en su plan de gobierno que uno de sus compromisos era la desnutrición infantil cero en la región y como candidato, firmó el Pacto Político por la Gobernabilidad de la Región Piura 2011-2014, en el que se comprometió, entre otros puntos a disminuir la desnutrición crónica en los menores de 5 años y mejorar la salud materna y neonatal.

#### **4.1.3 El período 2011-2014.**

El gobierno de Javier Atkins, si bien activó espacios para una mayor participación social y desarrolló iniciativas para atender los temas de infancia, nutrición, salud y educación, no enfrentó el problema de la adecuación institucional del Gobierno regional para lograr mayor eficacia.

##### **4.1.3.1 Un gobierno abierto al diálogo social.**

El gobierno de Javier Atkins fue bastante abierto para el diálogo social. En Piura, se han venido construyendo, desde la sociedad civil, espacios intermedios de interlocución como la Asamblea de Delegados de la Sociedad Civil, que agrupa a los representantes de organizaciones civiles ante el CCR, activa en iniciativas y seguimiento, así como también colectivos y organizaciones con agendas temáticas (CIPCA-CIES, Lima 2006).

Atkins activó diversos Consejos Consultivos sectoriales y tuvo un diálogo abierto con la Convención de la Sociedad Civil (aproximadamente 200 representantes) que promovió el Pacto Político 2011-2014, y que hizo un seguimiento a su cumplimiento incluyendo los temas de nutrición infantil, al que el presidente regional acudió a rendir cuentas. Igualmente, tuvo una relación fluida con la MCLCP regional y realizó los 8 eventos de rendición de cuentas que exige la Ley a los gobiernos regionales. Asimismo, apoyó el desarrollo de los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes en toda la región.

*“Si ha habido participación de la sociedad civil. Incluso podíamos dialogar personalmente con Javier. Había disponibilidad. Se convocó a la sociedad civil. Se apoyó a los Consejos*

<sup>33</sup> <https://www.web.ompe.gob.pe/mc>



*Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes en la región*” (Liliam Cabrera –Directora de Plan Internacional en la región Piura-).

#### **4.1.3.2 Iniciativas en el área social y planificación regional.**

El gobierno se planteó iniciativas en el terreno social: mejoró sustantivamente la inversión en educación y salud, incorporó y se dio forma a la propuesta del Sistema de Atención integral a la Primera Infancia y también se puso atención particular al tema de la salud materna y el embarazo adolescente. Asimismo, se avanzó significativamente (en un 30%) en la ampliación de la cobertura de la red pública de agua en la región y particularmente en las zonas rurales en las que prácticamente se duplicó la cobertura, llegándose a un 67%. Igualmente, se avanzó en la cobertura de electricidad llegándose a un 94% de los hogares.

Por otro lado, logró poner en marcha el Centro de Planeamiento Regional CEPLAR, orientado al planeamiento estratégico y con funciones diferenciadas de la Gerencia Regional de Planificación. Asimismo, en el año 2012 se realizó un amplio proceso de consulta para la elaboración del Plan de Desarrollo Concertado Regional 2013-2016, el que fue aprobado a inicios del 2013.

#### **4.1.3.3 No se adecuó la estructura del gobierno regional a la gestión territorial:**

Sin embargo, no se emprendieron reformas significativas en la estructura institucional del gobierno regional. Esta siguió manteniendo una conformación tradicional, similar a la de los CTAR, previos a la descentralización política del Estado, con un carácter sectorial y funcional antes que territorial. Un estudio en el año 2013 del Proyecto “Pro Gobernabilidad”, señala lo siguiente: *“Del análisis del organigrama institucional del Gobierno Regional de Piura se puede desprender lo siguiente: Esta estructura, en términos organizacionales y de competencias, es muy similar a la de los CTAR, lo que limita de manera importante el ejercicio de las funciones de gobierno, es decir, tiene una estructura tradicional que básicamente responde a la transferencia de funciones sectoriales y no a la potencialidad territorial del departamento”. Por otro lado, “se valora la existencia del directorio de Gerencias Regionales como ente de coordinación, aunque las reuniones no son frecuentes y su carácter es básicamente informativo y no de toma de decisiones”*<sup>34</sup>

En el caso de la Dirección Regional de Salud –DIRESA- además de que no se logró concretar la separación entre las tareas de elaboración de políticas sanitarias regionales y las tareas administrativas, que le hubieran dado a la DIRESA mejores condiciones de conducción, se mantuvo la sub-división del territorio organizada por los antiguos CTAR, en dos sub-regiones: Luciano Castillo Coloma, que agrupa la zona norte (Talara, Paita, Sullana y Ayabaca) y la sub-región Piura que agrupa a todo el resto hacia el Sur, condicionando un funcionamiento disperso y desarticulado del sistema sanitario regional.

*“Se pudo dar la condición de unidad ejecutora a las redes y no se hizo, eso habría permitido a la DIRESA ser dirección, pero hasta ahora solo es administradora de redes. No elabora visión de futuro, no planifica, no prioriza...”* (Ciro García –ex Director de Salud de las Personas-)

*“La sub-región, Luciano Castillo, con dos redes que no funcionan y micro-redes que son simples lugares de recolección de información, termina administrando directamente 200 establecimientos de salud”.* (Cesar Moro –ex funcionario de la DIRESA).

---

<sup>34</sup> Pro Gobernabilidad: “Iniciativas de reforma institucional en los Gobiernos Regionales: los casos de Piura, Tumbes, La Libertad y Lambayeque”, Lima, 2013, pp. 24 y 26.

#### **4.1.3.4 Una cultura de gestión pública inercial y dependiente del gobierno central.**

Diversos actores entrevistados también han hecho referencia a una cultura organizacional en la gestión pública en Piura, marcada por un comportamiento inercial y una fuerte dependencia del gobierno central.

*“Aunque en Piura la gente entiende muy bien de la gestión pública, es desde un enfoque más clásico. En San Martín hay más capacidad de no hacer caso a la norma y ver cómo resolver su realidad (...) En el 2008 modificaron su estructura funcional (...) y en el 2011 reorganizaron la DIRESA”* (Cesar Moro –funcionario de la DIRESA Piura-).

*“En Piura no se entiende el proceso de descentralización. Se ve como proceso de sumisión o confrontación. No es que Lima diga, sino que es lo que se debe hacer. (...) El problema es la dependencia. Aquí no se han producido normas regionales. Se puede, pero no se hace, por los perfiles de los directivos (en Ayacucho y Cajamarca si se han dado normas), se han quedado como aplicadores.”* (Max Troncos –ex Director Regional de Salud de las Personas-).

*“Todavía persiste la relación vertical hacia la población y solo en esa dirección. Yo te digo lo que tienes que hacer. La igualdad, la interculturalidad ocurre, pero todavía con flexibilidad muy escasa”* (Ciro García –ex Director de Salud de las Personas-).

*“No había gobernabilidad de los directivos en la región Piura, lo que no sucedió en San Martín, tenían control”* (Luis Miguel León –Asesor del Ministro de Salud).

#### **4.1.3.5 Carencia de políticas para mejorar la calidad de la burocracia regional.**

En cuanto a mejoras en las capacidades de la burocracia, hubo algunos intentos con SERVIR. Se trajo a 3 servidores públicos seleccionados para prevención de desastres, Planificación e infraestructura. Para salud, ninguno. Los diferentes funcionarios entrevistados coinciden en que en Piura, en general, se tiene personal preparado en conocimientos técnicos y experiencia, pero con poca capacidad o voluntad de gestión, condicionada esta por la incertidumbre que crea un alto nivel de informalidad en la gestión pública regional. El funcionario de la DIRESA César Moro que también trabajó en el MINSa, nos explica ese problema:

*“Hay una brecha entre lo que la gente sabe hacer y lo que hace. Piura en composición de profesionales es alta. Muchos doctores con maestrías. Hay enciclopedias vivientes, comparado con otras regiones. Acá no quieren cargos en la administración pública. Están archivando papeles. Tuvieron muy buen desempeño en su momento, mucha experiencia, pero no quieren cargos. Son nombrados y quieren algo seguro y tranquilo. Una de las causas principales de esto es por la cantidad de problemas judiciales que se generan<sup>35</sup>. En San Martín eran mínimos. En el MINSa, si había, pero había un mayor orden institucional (procesos normados, condiciones, etc.), en Piura no: no hay un MAP aprobado, no hay MOF actualizado. Los funcionarios prefieren moverse en cierta informalidad y poco control”.*

(La burocracia pública regional) *“Tienen claro el deber hacer pero como gestionar no. Es gente ilustrada. Hay una ruptura grande desde el presupuesto por resultados. Nadie apuesta por el presupuesto por resultados. No ha calado al nivel político”* (José Luis Calle –sub-gerente de Desarrollo Social-).

*“En el período de Atkins primaron las relaciones políticas de confianza y no la meritocracia. Tuvimos 8 Directores de Salud (...) y a los directores de redes tampoco los*

---

<sup>35</sup> En el índice de competitividad regional elaborado por el IPE para el año 2014, Piura está en el último lugar en cuanto a tratamiento de los procesos judiciales.

*nombra el Director de Salud. Producto de eso se ha generado una brecha entre Direcciones y redes” (Max Troncos –ex Director Regional de Salud de las Personas-)*

En el período, tampoco se llegó a tener una política específica para mejorar las remuneraciones en la gestión pública regional, que en general son bastante bajas<sup>36</sup>.

*“El Gobierno Regional no generó ninguna política específica. Acá es una especie de mesa de partes. Si el MEF transfiere para remuneraciones bien, sino, no” (Max Troncos).*

#### **4.1.3.6 Un presupuesto público regional estrecho, cuyo per cápita se ubica en los últimos lugares entre sus pares regionales.**

El Gobierno Regional de Piura tiene un presupuesto público bastante bajo en comparación con las otras regiones, tanto en relación a lo que aporta como producto bruto interno per-cápita, como en términos absolutos. Mientras que en el año 2014 Piura producía un PBI per-cápita de 10,132 soles ubicándose en el onceavo lugar, el presupuesto público per cápita, asignado básicamente desde el nivel nacional con criterios inerciales, apenas llegaba a los 817 soles, quedando ubicada en el penúltimo lugar, antes de Lambayeque. En este estrecho marco, el presupuesto público del sector salud, también es bastante limitado. El per cápita en salud, en el año 2014, fue de 199 soles, ubicándose Piura en el último lugar y si lo relacionamos con la población infantil, el presupuesto per-cápita por niño menor de 3 años de toda la función salud, en el año 2012, era de aproximadamente 1,300 soles, ubicándose en los últimos lugares junto con Cajamarca y La Libertad. San Martín estaba en 1,900 soles per cápita y la gran mayoría por encima de los 1,800 soles<sup>37</sup>.

## **4.2 La Política de Nutrición Infantil 2011-2014.**

El impulso a la política de nutrición infantil en este período se diseñó como parte de un esfuerzo más integral de atención a la infancia, buscando darle mayor efectividad desde su articulación y sinergia con otras intervenciones en salud, educación, protección e incluso con la promoción de la pequeña producción rural. No obstante, el sistema de articulación propuesto no llegó a funcionar cabalmente, salvo en articulaciones locales, principalmente vinculadas a la promoción, manteniéndose un entrampamiento en la conducción y funcionamiento de la Dirección Regional de Salud que repercutió negativamente en las intervenciones orientadas a la reducción de la desnutrición crónica infantil.

### **4.2.1. La política de nutrición infantil como parte de un sistema de atención integral a la infancia.**

Se partió de la constatación de que había muchas acciones y programas dirigidos a la infancia, con presupuesto asignado pero con poca efectividad en los resultados y que un factor clave de esta poca efectividad era la desarticulación y la dispersión de esfuerzos, por lo tanto, era necesario diseñar estrategias que pusieran como punto de partida al niño y niña y articulara las diversas intervenciones desde el nivel local.

Sobre la base de este diagnóstico el Gobierno Regional asume la propuesta hecha por el CIPCA y la MCLCP de implementar un Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia que articule la implementación de los Programas Presupuestales Estratégicos:

<sup>36</sup> Hay regiones, como Tumbes, que establecieron bonos específicos para mejorar las remuneraciones de sus funcionarios.

<sup>37</sup>. MEF: “Análisis del Presupuesto del Programa Articulado Nutricional”, Nelly Huamani, Dirección General de Presupuesto Público, Lima, Octubre, 2014. P.P.



Salud Materna Neonatal, Identidad, Programa Articulado Nutricional y Logros de aprendizaje, de carácter universal, con los programas focalizados como JUNTOS o Cuna más y con la implementación de un nuevo programa: el Programa de Estimulación Temprana –PET, para la atención educativa a los infantes de 0 a 2 años.

Desde la Gerencia de Desarrollo Social y con la participación de organizaciones articuladas en la MCLCP, se ajusta el diseño. Luego el Consejo, por medio de la Ordenanza Regional N° 223-2011/GPR-CR, en octubre del año 2011, crea el Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia –SIREPI.

#### **4.2.2 La Propuesta del Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia: SIREPI.**

El SIREPI se define como “*un sistema intergubernamental e intersectorial que gestiona de manera concertada y articulada, la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas regionales y locales de atención integral de la primera infancia en la región Piura.*” Tiene como objetivo general “*impulsar y fortalecer la articulación y concertación entre el gobierno regional, gobiernos locales y gobierno nacional, para mejorar la calidad de vida de niñas y niños de la Primera Infancia en la Región Piura.*”. Asimismo, se plantean objetivos específicos en los siguientes aspectos:

- i) Promover la articulación intergubernamental con una activa participación de la sociedad civil, el sector privado y los organismos cooperantes.
- ii) Fortalecer la articulación de las instancias de gestión descentralizada de Salud, Educación, Agricultura, entre otros, mejorando sus procesos de gestión.
- iii) Afianzar capacidades de gestión en gestores de los servicios públicos, con un enfoque de resultados para la mejora de cobertura y calidad.
- iv) Fortalecer la concertación interinstitucional entre gestores de los servicios públicos, los actores de la sociedad civil y el sector privado.
- v) Promover y fortalecer la participación organizada de la sociedad civil en la gestión y conducción de los servicios públicos, vigilando la calidad.

Como resultados a lograr se plantean los siguientes: 1) mejorar la salud materna y neonatal, 2) disminuir la desnutrición crónica en los menores de 5 años, 3) disminuir el déficit calórico y mejorar la alimentación familiar, 4) mejorar el acceso al registro de identidad, 5) mejorar el desarrollo de capacidades tempranas prioritariamente entre los 0 y 2 años y 6) disminuir el maltrato infantil. En base a ello se identificó un conjunto de servicios específicos que había que asegurar que reciban por un lado, los padres y los niños, y por otro, los productores agrarios (en función de la seguridad alimentaria) y la vivienda para ser saludable. Es necesario señalar que todos estos resultados y servicios inciden sinérgicamente en la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Para el funcionamiento del sistema, la ordenanza establece una autoridad regional rectora e instancias de articulación en distintos niveles: i) **Autoridad Regional de la Primera Infancia**, encargada de la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas regionales. Está conformada por un Consejo Directivo, presidido por el Presidente regional, en el que participan todas las gerencias generales, y por una Dirección Ejecutiva, adscrita a la Gerencia de Desarrollo Social. ii) **Comité Regional de la Primera Infancia**, concierta la formulación e implementación de las políticas regionales, conformada por las gerencias y direcciones regionales sectoriales, y los Programas Nacionales en la región. iii) **Comité Inter-Distrital de Primera Infancia**, concierta y articula la gestión al nivel inter-distrital, conformado por municipalidades distritales y/o provinciales, redes de salud, UGELs, MCLCP, ONGs, organizaciones sociales interdistritales, y otros. iv) **Comité Distrital de Primera Infancia**, responsable de la gestión concertada y articulada de los servicios públicos locales a nivel distrital,



conformada por la municipalidad distrital/provincial, programas nacionales a nivel distrital, centro de salud, red educativa local, organizaciones sociales distritales, MCLCP local, entre otros. **Comité Comunal de Primera Infancia**, responsable de la gestión articulada a nivel comunal, conformada por los establecimientos de salud, por el PET<sup>38</sup>, el PRONOEI<sup>39</sup>, Institución Educativa Inicial, Junta Vecinal, Vaso de Leche, Comedor Popular, Agente Municipal, Ronda Campesina y otros.

Este frondoso diseño del sistema, tuvo problemas para implementarse. Si bien generó articulaciones y sinergias positivas, particularmente al nivel local, en las condiciones señaladas de la gestión pública regional, encontró fuertes barreras.

#### **4.2.3 Las dificultades y vacíos en la Institucionalización y conducción del SIREPI.**

La Autoridad Regional de la Primera Infancia y su Dirección Ejecutiva no llegaron a operar. En el año 2012 se instala el Comité Regional por la Primera Infancia que debía concretar la articulación intersectorial pero no funcionó regularmente, siendo el Equipo Técnico Regional (donde participaban funcionarios de tercer nivel, así como organizaciones de la sociedad civil y la cooperación) el que tuvo el funcionamiento más regular. Asimismo los Comités Interdistritales no se instalaron pues las Municipalidades provinciales no necesariamente coinciden con las redes de salud o las UGEL y difícilmente existen organizaciones sociales interdistritales. Es al nivel distrital donde se pudieron conformar más ampliamente los Comités Distritales de la Primera Infancia, lográndose instalar 29 de ellos para el año 2014. Finalmente, en el nivel comunal, también hay una mayor articulación, llegándose a instalar 157 Comités.

Por otro lado, más allá de la dación de la Ordenanza Regional 223-2011 que establecía la estructura del sistema, no se dieron los siguientes pasos necesarios para su institucionalización. No se incluyó a la Autoridad Regional de la Primera Infancia en el Reglamento de Organización y Funciones y por tal motivo no se pudo aprobar su Plan Operativo Institucional, ni el reglamento para su funcionamiento, y por ese motivo, tampoco pudo recibir asignación presupuestal. El Equipo Técnico, si bien elaboró una propuesta de reglamento, de Plan Articulado Regional y diversos instrumentos operativos, estos no fueron aprobados por el Gobierno Regional, restándole capacidad de orientación y conducción a la única instancia regional activa del SIREPI.<sup>40</sup>

Los diversos actores entrevistados coinciden en que hubo una carencia de liderazgo regional en la conducción del SIREPI, acompañado de una falta de apoyo de la alta dirección.

*“Si bien hubo una decisión política del Presidente Regional, no hubo una apuesta por la gestión. Se encargó y ya. En San Martín, el presidente se metió en el asunto de gestión”* (Jose Luis Calle –sub-gerente de Desarrollo Social-).

*“Lo que falló fue la autoridad. Iban los funcionarios de tercer nivel. No se le daba importancia. Si, faltó autoridad al Gerente de Desarrollo social: limeño, abogado, no entendía bien el problema”* (Ciro García –ex director de Salud de las Personas-).

Las deficiencias más saltantes de esta falta de conducción y rectoría se expresaron, por un lado, en la ausencia de un marco orientador de la problemática de la primera infancia

<sup>38</sup> Programa de Estimulación Temprana de 0 a 2 años.

<sup>39</sup> Programa no Escolarizado de Educación Inicial.

<sup>40</sup> Los miembros del equipo técnico regional fueron contratados con presupuesto de la Gerencia de Desarrollo Social, mediante locación de servicios, por lo tanto con cortes periódicos. Asimismo, no había presupuesto para insumos para su operación: local, mobiliario, movilidad, viáticos, etc.

en la región<sup>41</sup> y por otro, en la poca claridad de los roles que cada instancia debía desempeñar en los procesos de articulación:

*“El Comité Regional de la primera Infancia no logró tener una vida orgánica, tampoco el Comité Ejecutivo. Se dio una especie de duplicidad no comprendida, no se tenían claras las funciones y alcances de estas instancias (...) El sistema regional falla, tampoco especifica que le toca a cada sector. Se requería gente con calidad y experiencia para articular funciones”* (Julio Olide –Directivo de CIPCA-).

*“Hay consensos en lo que se tiene que hacer, pero no en quien hace que”* (Ciro García –ex director de Salud de las Personas-).

Por otro lado, las deficiencias también se expresaron en la ausencia de indicadores y metas de desempeño del SIREPI como sistema de articulación, así como la débil implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de la marcha y resultados propuestos por el Programa (SALGALÚ, 2014).

Esta debilidad condicionó a su vez, cual círculo vicioso, la poca fuerza para presionar por la institucionalización del sistema y la asignación de recursos para su operación. En este panorama, el equipo técnico, quedo atado de manos.

#### **4.2.4 Persistencia de la inercia sectorial.**

La no instalación del órgano rector del sistema, así como la irregularidad en el funcionamiento del Comité Regional de la Primera Infancia, sin fuerza de conducción, dejó que prime la inercia sectorial y la informalidad que ya se ha mencionado anteriormente como cultura organizacional acentuada en la región. A su vez, la fuerza de esta inercia en la región, también fue una alta barrera para la articulación que debía implementar el SIREPI. La Evaluación Rápida coordinada por SALGALÚ en el 2014 concluye lo siguiente:

*“6.1 Sectores como Educación y Salud, determinan sus acciones en función de objetivos, metas e indicadores sectoriales, y no incorporan las acciones que deben llevarse a cabo a nivel de coordinación y articulación intersectorial, (...) 6.2 Bajo nivel de involucramiento de los programas nacionales del MIDIS con el SIREPI. 6.3 Bajo nivel de participación del Sector Agricultura y FONCODES en el SIREPI a través de la Dirección Regional de Agricultura y de sus agencias agrarias. Ello debilita el componente de seguridad alimentaria que es clave en el mediano plazo para combatir la desnutrición crónica y la anemia”* (p. 32).

#### **4.2.5 La articulación con los Gobiernos Locales desempeñó un rol clave, tomándose como punto de partida el niño y la familia.**

El enfoque basado en el niño y la familia como punto de partida para la organización de la intervención estatal le dio mucha potencialidad al Programa. Se plantearon las siguientes estrategias de intervención: i) Identificación y seguimiento nominal de cada niño y cada familia según el paquete de servicios que debía recibir, partiendo de una línea de base. ii) Identificación local de brechas y definición concertada y articulada (interinstitucional) de metas a lograr. iii) Definición de estrategias, sectoriales y locales, incorporando la referencia y contra referencia entre diversos servicios. iv) Movilización articulada de recursos en el nivel regional y local y v) Seguimiento articulado y concertado.

---

<sup>41</sup> El Informe de la Evaluación Rápida (SALGLÚ, 2014) señala adicionalmente “la carencia de un marco conceptual orientador del abordaje de la problemática de la primera infancia en el ámbito del Gobierno Regional de Piura” (p. 31)

Este enfoque y las estrategias planteadas, si bien tuvieron fuertes trabas y resistencias en el nivel regional, le dieron buena aceptabilidad al Programa en los gobiernos distritales al visibilizar las acciones concretas en las que el gobierno local podía tener un rol articulador y potenciador para la atención a la infancia. Este rol fue apoyado por instrumentos concretos de recojo de información (el padrón nominado, fichas), orientaciones para los planes articulados para la primera infancia, fichas de seguimiento de procesos, entre otros. Para la movilización de recursos jugó un rol importante el Plan de Incentivos Municipales, así como proyectos aprobados en los procesos de presupuesto participativo.

Si bien este proceso fue avanzando progresivamente, es hacia el final del período que se amplía más la presencia del SIREPI. Se inicia en 6 distritos y luego de un trabajo de sensibilización, a fines del 2012 llega a 16 llegándose a articular en el 2014, como se ha señalado, con 29 distritos (el 45% de todos los distritos) ubicados en 7 de las 8 provincias.<sup>42</sup> Todos los Comités Distritales tenían su Equipo Técnico Distrital. Asimismo, en el nivel comunal, a fines del 2012 se habían instalado Comités en 16 comunidades y a mediados del 2014 se habían instalado en 157 pertenecientes a 12 distritos de la región. (SALGALÚ, 2014). La participación y compromiso de los alcaldes fue fundamental así como la actuación de los Comités Técnicos Distritales, en varios de ellos con la participación de ONGs como el caso del CIPCA que apoyó una de las experiencias más significativas en resultados como la del distrito de Buenos Aires que logró reducir entre el 2014 y 2015 la DCI a la mitad<sup>43</sup> y otras como Plan Internacional y Visad pioneras en programas de estimulación temprana.

*“El principal logro del SIREPI es con las municipalidades, como Buenos Aires, Montero, La Matanza. Se gestaron liderazgos locales”* (José Luis Calle—sub gerente de Desarrollo Social)

#### **4.2.6 Del Programa de Estimulación Temprana al Programa “Familias Felices”.**

Si bien el SIREPI se crea con el objetivo central de articular y conducir concertadamente las diversas acciones y programas sectoriales e intergubernamentales orientados a la primera infancia en la región, también se propuso la creación de un programa educativo para atender a los menores de 3 años que no existía como política pública en la región. Luego de un trabajo de diseño basado en algunas experiencias locales previas, en el año 2012, se empieza a implementar el Programa de Estimulación Temprana: “PET” para niñas y niños de 0 a 2 años, bajo responsabilidad del sector educación en la región.

Esta estrategia de estimulación temprana se basa en el trabajo directo con las familias y en el desarrollo de sesiones de estimulación a los niños, conjuntamente con los padres, incluyendo la consejería y requiriéndose espacios adecuados, para realizar estas tareas. Se requiere, por lo tanto, un trabajo claramente descentralizado, basado en la conducción y apoyo a una amplia red de promotoras articuladas por una coordinadora distrital, miembro del Comité Distrital por la Primera Infancia y articuladas estas por una

---

<sup>42</sup> 7 distritos de la provincia de Ayabaca, 6 de Morropón, 6 de Huancabamba, 4 de Piura, 4 de Paita, 1 en Sullana y 1 en Talara: Evaluación Rápida del SIREPI, SALGALÚ, 2014.

<sup>43</sup> Entrevista a Julio Olide, del CIPCA: *“En el CIPCA se elabora un proyecto local para articular las intervenciones en el nivel local (...) En Buenos Aires se articuló a todos los actores: alcalde, responsable del centro de salud, el teniente gobernador, la policía, las JAS, las organizaciones de mujeres y el programa JUNTOS (...) dio resultados: en el 2014 Buenos Aires tenía el 15% de sus menores de 5 años con DC y para el 2015 bajo a 7.8%. Identificamos que el factor principal era la parasitosis y no la ingesta de alimentos y la intervención clave fue la elaboración rigurosa del padrón nominal hasta los 5 años, y se cubrió a todos los niños”.*



coordinación regional. En el año 2012 este programa estuvo vinculado a las UGELs y financiado por ellas. Se inició en 5 distritos y tuvo muy buena acogida y resultados, con un claro compromiso de los gobiernos distritales.

Frente a este claro avance de la acción intergubernamental y ante las dificultades presentadas para la articulación intersectorial en la región, se ubicó a este programa como eje dinamizador del SIREPI, planteándose ampliar las funciones de las promotoras y de los espacios de estimulación hacia una promoción más amplia que incluyera los aspectos de salud, nutrición, protección y otros en la atención de la primera infancia. Es así que en el año 2013 empieza a operar el Programa “Familia Feliz”-PET, esta vez, financiado directamente por el gobierno regional a través de la gerencia de Desarrollo Social. (Entrevista a José Luis Calle).

*“El SIREPI no logró la articulación intersectorial. Era transversal al comenzar. Yo cambié mi manera de pensar. En esta primera etapa no era articulación intersectorial, el primer gran objetivo era lograr el reconocimiento de la comunidad. El Programa Familia Feliz estuvo bien conceptualizado. Tuvimos un reconocimiento de Harvard.” (Javier Atkins –ex Presidente Regional-)*

“Familia Feliz”-PET implementó 4 componentes: i) Padres/cuidadores con adecuadas prácticas de crianza en menores de 0 a 2 años; ii) Madres gestantes con adecuado desarrollo pre-natal; iii) Menores de 0 a 2 años con experiencias significativas en el desarrollo de sus habilidades; iv) Comunidades con adecuadas prácticas de crianza y cuidado de los menores de 0 a 2 años (en este último componente se incluye, por ejemplo, el siguiente resultado: *“instituciones proveedoras de servicios públicos gestionan de manera concertada el acceso a los bienes y productos relacionados al desarrollo integral de la primera infancia con calidad, oportunidad y eficacia”* (SALGALÚ, 2014, p. 35). Los promotores fueron capacitados e incorporaron, no sin tropiezos, contenidos de salud, nutrición y otros en su labor<sup>44</sup>.

Se asignan recursos del gobierno regional para ampliar este programa, llegándose a extender a 23 distritos hasta el 2014. La estrategia empleada es la firma de convenios entre las Municipalidades Distritales y el Gobierno Regional. El Gobierno Regional pone el equipo técnico y el municipio debe apoyar con movilidad, capacitaciones, local y refrigerios y en ocasiones comparte el pago de los promotores. Como se puede apreciar, el compromiso y rol del gobierno local es central para su funcionamiento. La Evaluación Rápida coordinada por SALGALU, identifica resultados positivos en los distintos componentes del programa, particularmente en el desarrollo de habilidades en los niños y en la mejora de buenas prácticas para el cuidado infantil, incluida la nutrición. Como debilidades principales señala su débil articulación con otros programas sociales, la débil participación de organizaciones de base y de ONGs y el casi inexistente compromiso del nivel provincial. (p.p. 39-42).

Es necesario señalar que la ejecución directa del Programa por parte del Gobierno Regional causó desconcierto y malestar en los sectores, particularmente en salud, así como en organizaciones de la sociedad civil, percibiéndose como una acción paralela que no favorecía ni era consistente con el objetivo original del SIREPI de ser un sistema articulador de las intervenciones sectoriales y de los distintos niveles de gobierno.

*“El SIREPI de ente articulador paso a crear un sistema paralelo, aislado de Salud. Nos llamaban cuando ya habían decidido sobre salud. No dejó articular al nivel local como tal. Si*

---

<sup>44</sup> *“La mayoría describe que sus tareas como promotoras implican un alto nivel de coordinación con las postas de salud de la localidad, con quienes deben verificar los chequeos de salud de los niños, así como planificar y llevar a cabo capacitaciones en temas de higiene y nutrición” (Evaluación Rápida, SALGALÚ, p.77).*



yo coordinaba con el municipio, me quitaba autoridad” (Max Troncos –ex Director de Salud de las Personas-)

*“El gobierno regional llegó a establecer su propio equipo técnico para dirigir esa articulación. De allí salió el Programa “Familia Feliz” y a pesar que la idea no era ejecución sino articulación, el gobierno regional lo implementó (...) Familia Feliz suplía una labor que debía hacer salud”. (María Luisa Vásquez –ex funcionaria de CARE-).*

*“Familia Feliz debió estar en un sector para evitar confusión. La decisión de que sea el Gobierno Regional fue por interés político (...) fue polémico con salud el pago de los promotores...” (José Luis Calle –sub gerente de Desarrollo Social-).*

De esta manera, si bien el gobierno regional, retomó una relación dinámica con los gobiernos distritales en acciones de promoción por la primera infancia, el SIREPI fue perdiendo claridad en su rol articulador intersectorial y de mayor amplitud, lo que también significaba una menor sostenibilidad y potencialidad estratégica.

#### **4.2.7 Limitaciones específicas en la implementación del Programa Articulado Nutricional**

En relación a la reducción de la desnutrición crónica infantil fue de particular importancia la situación de debilidad de la DIRESA y la forma en que se gestionó el Programa Articulado Nutricional (PAN) en la región, así como la desarticulación con el SIREPI y, en general, con el conjunto de la gestión regional.

El sistema de salud en la región presento, como se señaló, importantes carencias en su estructuración y a la vez, pocos recursos presupuestales y una infraestructura, débilmente ampliada y renovada frente al crecimiento poblacional. A su vez, la cultura organizacional marcada por la inercia burocrática y dependiente del gobierno central que primó en la región, tuvo una expresión concentrada en el sector salud. A ello se añadió una débil capacidad de conducción en el período, lo que marco una fuerte inoperancia e incidió en la baja calidad de los servicios de salud orientados a la infancia.

##### **4.2.7.1 Estructuración inadecuada y cultura burocrática en la DIRESA.**

La DIRESA mantuvo una estructura inoperativa, con redes que no funcionaban y directores agobiados por las tareas administrativas, con poca capacidad de conducción. Esta condición y una fuerte cultura burocrática de carácter inercial y sectorial en los funcionarios de salud en la región<sup>45</sup>, contribuyó decisivamente en una baja calidad de los servicios y el bloqueo de una acción articulada.

*“Las ejecutoras gestionan de manera muy inercial en procesos críticos. No supervisan, acompañan, etc. (...) Salud es el que está más culturalmente centralizado. Hay una ligazón muy fuerte lo que hace que esfuerzos como los del SIREPI no los asuman.” (José Luis Calle –Sub-Gerente de Desarrollo Social).*

*“Ellos (la DIRESA) han sido los menos involucrados con el SIREPI. Son bien verticales y es difícil articular con ellos en el nivel distrital. Además, están muy segmentados en su interior (madre-niño, epidemiología, etc.)” (Liliam Cabrera –Directora Regional de Plan Internacional-).*

*“Hay cosas que no se detienen: vacunas, CRED, pero de manera rutinaria y más intramural” (María Luisa Vásquez -Ex funcionaria de CARE)*

---

<sup>45</sup> El mismo ex presidente Atkins reconoce una debilidad específica en la DIRESA en estos aspectos: *“El de salud es el personal más desmotivado en Piura”.*

Este comportamiento inercial y su dependencia de las prescripciones e indicaciones del Ministerio de Salud y el MEF, sin un suficiente manejo crítico en función de las especificidades regionales, fue una traba para diseñar prioridades y estrategias propias a la región que le dieran una mayor eficacia. Los puntos más destacados por los actores entrevistados son el débil manejo de la parasitosis<sup>46</sup>, la inadecuada provisión de agua segura<sup>47</sup> y la débil atención a estrategias rurales de seguridad alimentaria.

*“La DIRESA de Piura está en los ranquin más bajos en términos de desempeño en salud, reportados por el SIS en convenios capitados, o por el FED en los convenios de gestión”. (César Moro –funcionario de la DIRESA-).*

#### **4.2.7.2 Pérdida de rectoría de la DIRESA y débil adopción de una gestión hacia resultados.**

La DIRESA perdió rectoría en este período y el personal directivo no fue seleccionado con criterios sólidos de meritocracia.

*“La pérdida de rectoría de la DIRESA generó un desorden. Cada uno hace lo que le parece, no hay rendición de cuentas. Se perdió la capacidad de conducción y de gestión. Los gestores no respondieron. Mucha rotación (...) El primer director con Atkins fue por concurso, pero después fueron a dedo (amigos, recomendados) y cada director traía su gente. También afectaron las huelgas y la desmotivación del personal” (María Luisa Vásquez –ex funcionaria de CARE).*

Asimismo, la conducción no se orientó en una lógica de resultados. No se adoptó claramente el establecimiento de prioridades, la orientación de los recursos hacia ellas, el seguimiento de información, ni el acompañamiento. Resaltamos varias de las limitaciones identificadas en la Evaluación Rápida del 2014 coordinada por SALGALÚ:

*“Ambos programas (PAN y SMN) presentan importantes limitaciones, especialmente por la muy débil adopción del modelo de gestión por resultados. Destaca la falta de focalización en los factores claves de desempeño en los establecimientos de salud que no focalizan en la reducción de la desnutrición crónica infantil ni de la anemia, la falta de un adecuado abastecimiento de insumos críticos como vacunas, sulfato ferroso y otros insumos (...) En cuanto a la gestión, no se efectúa el seguimiento de los indicadores generados en las oficinas de estadística de la DIRESA, DISAS y Redes, y por lo tanto, no se toman las medidas correctivas en base al análisis de los mismos.” (p.9).*

*“La falta de uso del número de DNI de los niños y niñas del Padrón Nominado atendidos, no facilita el seguimiento y análisis longitudinal del estado nutricional de cohortes de niñas y niños menores de 36 meses de edad atendidos en los establecimientos de salud” (p.66).*

---

<sup>46</sup> La parasitosis es una enfermedad endémica en la región, con fuertes repercusiones en la nutrición, particularmente la infantil, en la medida que impide que el niño aproveche adecuadamente los nutrientes de los alimentos que consume. Esta enfermedad está asociada a la debilidad en el saneamiento básico: consumo de agua contaminada por mal almacenamiento y manipulación, así como la acumulación de excretas al aire libre y la costumbre rural de tener los animales sueltos en la casa, así como el hábito de caminar con los pies descalzos, condicionado por el mayor calor.

<sup>47</sup> En cuanto al manejo en la provisión de agua segura, además del común problema en todas las regiones respecto a la adecuada cloración, las condiciones climáticas de altas temperaturas y las características planas de la mayor parte del territorio, presentan condiciones específicas en Piura, las que no llegan a ser adecuadamente atendidas. Si bien se avanzó significativamente con conexiones a la red pública en el período, es necesario atender también el tema de la adecuada cloración, con el seguimiento y mantenimiento y la continuidad del suministro. Las familias tienen agua muy pocas horas al día o pocos días a la semana, tendiéndose a almacenar el agua en reservorios y debido al clima, se presenta rápidamente el problema de la contaminación. Piura, requiere altos costos para la distribución del agua, dada su geografía mayoritariamente plana, lo que limita la posibilidad de tener agua por gravedad, requiriendo del método de bombeo que es bastante más caro.

#### 4.2.7.3 Insuficiente movilización de recursos para el PAN.

En el período 2011-2014, la asignación per cápita para el Programa Articulado Nutricional en Piura estuvo por debajo del promedio nacional del conjunto de los gobiernos regionales. Mientras que en Piura el per cápita promedio en el período fue de 319.8 soles, el promedio nacional estuvo en 333 soles (SIAF-MEF, 2011-2014). Asimismo, lo asignado, no siempre se gastaba en las intervenciones para la nutrición infantil, dados los pocos recursos en el conjunto del sector salud.

*“Debido a las múltiples necesidades de personal, insumos y equipos en los establecimientos de salud, el personal contratado, así como los equipos adquiridos con recursos del PAN no se destinan específicamente a la reducción de la DCI y anemia lo que además de diluir su impacto, reduce la eficiencia en la generación de productos” (Evaluación Rápida, SALGALÚ, 2014, p.65)*

### 4.3 Resultados.

En cuanto a la cobertura de las intervenciones priorizadas, hubo avances destacables en la suplementación con hierro a los niños entre 6 y 36 meses y en menor medida en vacunas, en el servicio del CRED y en la provisión de agua en las zonas rurales. Por otro lado, en un sentido contrario, las otras cuatro intervenciones priorizadas fueron menores que en el período anterior, sufriendo una de ellas (el parto institucional) un retroceso en el conjunto del período, como podemos apreciar en el cuadro N° xx.

**Cuadro N° 8**

**Piura: Cobertura de las Intervenciones efectivas priorizadas en la reducción de la desnutrición crónica infantil: 2010-2014.**

INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	Evolución proporcional 2010/2014	Evol.Anual Promedio 2010/2014	Evol.Anual Promedio 2008/2010
Atención Prenatal	97.6	95.1	98.2	97.9	98.4	0.8	0.2	1.8
Parto Institucional. <b>RURAL</b>	85.3 <b>60.0</b>	78.0 <b>50.9</b>	79.4 <b>44.9</b>	78.6 <b>43.1</b>	82.6 <b>55.0</b>	-3.0 <b>-8.0</b>	-0.8 <b>-2.0</b>	5.8 <b>6.1</b>
< de 36 meses con CRED	30.2	43.1	44.8	47.3	62.2	105.0	26.5	21.4
< de 24 meses con vacunas (rotavir/neumo)	31.9	54.1	59.9	71.2	79.6	149.8	37.4	35.8
Niños de 6 a 36 meses con sup. De hierro	13.2	6.6	22.2	23.4	40.3	205.0	51.3	19.0
Gestantes con Sup. De hierro	91.8	90.5	93.2	95.4	96.0	5.2	1.3	2.2
Hogares con agua (red pub.) <b>RURAL</b>	68.2 <b>30.4</b>	66.7 <b>28.6</b>	75.9 <b>57.1</b>	74.2 <b>60.4</b>	73.7 <b>67.1</b>	8.0 <b>120.7</b>	2.0 <b>30.0</b>	-2.1 <b>s.i.</b>
Hogares con Saneamiento <b>RURAL</b>	80.8 <b>16.6</b>	87.1 <b>18.2</b>	77.1 <b>17.8</b>	82.8 <b>18.8</b>	85.0 <b>21.0</b>	5.2 <b>26.5</b>	1.3 <b>6.6</b>	5.8 <b>s.i.</b>

Fuente: INEI-ENDES-ENAH0 2010-2014. Elaboración: Propia.

En cuanto a la suplementación de hierro, ya sea como jarabe o como multi-micronutriente, es necesario señalar que diversos testimonios, así como estudios del Instituto Nacional de Salud, señalan la existencia de diferentes barreras para la aceptación de su consumo por parte de las madres, las que lo reciben, pero no necesariamente se lo dan a los niños. A su vez, el indicador de ampliación de la cobertura en la provisión de agua a los hogares, si bien es una base de la respuesta que hay que dar, no necesariamente indica agua segura, pues muchas veces no es clorada o no tiene la suficiente cloración, como ya se ha señalado, en las condiciones

de provisión en Piura. En cuanto al indicador de agua adecuadamente clorada, todavía con problemas para una obtención de información precisa, el MIDIS señala que en Piura, en el año 2014, apenas se llegó a un 9.8% y en las zonas rurales a un exiguo 0.8%. Estos factores, si bien condicionados por políticas y sistemas administrativos nacionales, pueden contribuir a explicarnos por qué, a pesar de los avances en estos rubros, los resultados en reducción de la desnutrición infantil en Piura han sido tan débiles y nos remite, más allá de la cobertura, al tema de la calidad de los servicios.

*“Se mejoró infraestructura de agua pero no en calidad. No funciona el control de calidad y no hay mantenimiento. (Julio Ollide –Directivo de CIPCA-).*

En el caso de Piura, también podemos señalar como un resultado importante de la política desarrollada, el mayor compromiso de los gobiernos locales en el tema de la nutrición infantil: 31 de ellos, se articularon en el SIREPI, desarrollaron iniciativas y, en distintos grados, planificaron, asignaron recursos y/o articularon acciones en función de la nutrición infantil. Este trabajo agarró mayor fuerza en los dos últimos años del período a través del programa “Familia Feliz”, fortaleciendo fundamentalmente el trabajo de promoción de buenas prácticas. Es importante señalar que esta mejora en la promoción local de buenas prácticas coincide con una pequeña mejora, al final del período estudiado, en la reducción de la desnutrición infantil en Piura como se puede ver más adelante en el cuadro N°9.

La combinación del conjunto de factores señalados en este capítulo y probablemente con la contribución de otros factores no explorados aquí, como la situación económica de los hogares, dieron como resultado, en los cuatro años del período analizado, una pequeña reducción de la desnutrición crónica, bastante menor que en el período gubernamental anterior.

**Cuadro N° 9**  
**Piura: Evolución de la desnutrición crónica infantil 2007-2010 y 2010-2014**

2007/2008	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	Evolución 2007/2010	Evolución 2010/2014
29.6	22.9	20.9	21.7	24.9	21.7	- 22.6%	- 5.2%

Fuente: INEI-ENDES 2010-2014. Elaboración: Propia.

Vemos así que el desarrollo de la política de nutrición infantil en Piura, a pesar del acierto de las autoridades de buscar articularla a un enfoque de atención integral a la infancia, consistente con la multi-causalidad de la desnutrición crónica infantil, así como a la articulación de acciones, tuvo fuertes limitaciones en cuanto a conducción y capacidad estatal en la región, para una adecuada implementación, lo que contribuyó a un práctico estancamiento en sus resultados.

## **V. COMPARACIÓN ENTRE LOS DOS CASOS, LAS DIFERENCIAS EN CAPACIDAD ESTATAL Y PRINCIPALES FACTORES EXPLICATIVOS.**

Nuestro punto de partida fue preguntarnos, que explica la diferencia de resultados, en las políticas de nutrición infantil en las regiones estudiadas: mientras San Martín logra una reducción de la DC del 40%, Piura solo logra una reducción del 5% en los 4 años de gobierno, cuando la reducción promedio nacional había llegado a 37% en ese mismo período. La pregunta está sustentada en la identificación de similitudes en cuanto al



peso de factores socio-económicos (desarrollo humano, competitividad y vulnerabilidad a la desnutrición crónica) en ambas regiones, así como la común voluntad política de sus presidentes regionales para reducir la desnutrición crónica infantil, como un objetivo central de su gobierno. Asimismo, ambos gobiernos, estuvieron condicionados por la normativa y políticas nacionales en cuanto al tratamiento y prioridades para la atención de la nutrición infantil, como también en cuanto a las trabas de la institucionalidad y administración estatal, marcada por la fuerza del centralismo.

A su vez, el análisis realizado sobre el proceso de implementación de las políticas de nutrición infantil en la región Piura y San Martín, en el período 2011-2014, nos revela que ambas regiones se plantearon políticas similares basadas en la articulación de intervenciones intersectoriales e intergubernamentales como condición clave para lograr mejorar la calidad de esas intervenciones y su incidencia sinérgica en la reducción de la desnutrición infantil. Las dos regiones formularon programas específicos para cumplir esos objetivos de articulación y seguimiento: el PAIMNI y el SIREPI, no obstante, en San Martín funcionó la política y en Piura no funcionó.

Nuestra hipótesis ha apuntado a que un factor determinante para explicar esta diferencia de resultados es el desarrollo de capacidad estatal en cada región y, por lo tanto, nuestro análisis se orientó a indagar por aspectos específicos de esta capacidad estatal. En primer lugar, compararemos las tres dimensiones de la capacidad estatal, especificadas para el estudio y luego identificaremos algunos factores claves que marcaron la diferencia.

## **5.1 Burocracia, organización y movilización de recursos en las dos regiones.**

El análisis de los dos casos ya ha evidenciado estas diferencias. Lo que haremos a continuación es resumirlas para una mejor comparación.

### **5.1.1 La calidad de la burocracia: merito, autonomía y enraizamiento.**

Hay tres aspectos que son significativos en la calidad de las burocracias para hacer efectiva la capacidad estatal: el mérito (la capacidad técnica y política), la autonomía y el enraizamiento en la sociedad. Mientras que en San Martín se logró armar un cuerpo de funcionarios públicos con capacidad de gestión, con compromiso con la política y con capacidad de interlocución con muchos actores, en Piura no se logró este objetivo teniendo más peso la desarticulación y la inexperiencia de funcionarios claves en la implementación de la política.

En San Martín se desarrollaron estrategias asertivas para fortalecer el funcionariado regional manejando las limitaciones que seguía imponiendo el centralismo. Se desarrolló una cuidadosa selección del personal<sup>48</sup>, basada no sólo en capacidades técnicas sino también en el conocimiento y compromiso con la región<sup>49</sup>. La constitución de este equipo con méritos técnicos y políticos, contribuyó a la consistencia de la propuesta generada para la reducción de la desnutrición infantil para la cual se desarrollaron estudios<sup>50</sup> y análisis compartidos, lo que les dio condiciones de una mayor autonomía, es decir, de poner términos de convocatoria a diversos actores de la

<sup>48</sup> "Seleccionamos al personal con ojo clínico": Neptalí Santillan – Ex Director Regional de Salud.

<sup>49</sup> Siendo un ejemplo las negociaciones del Presidente Villanueva con SERVIR, para seleccionar y capacitar a funcionarios de la región.

<sup>50</sup> Estudio de Aníbal Velázquez, sobre la desnutrición crónica en San Martín y recomendación de políticas.

sociedad civil, del sector privado, de la cooperación y, asimismo, en la relación con el gobierno central<sup>51</sup>. Asimismo, esta capacidad de convocar y pactar con diferentes actores claves, como el caso del convenio con USAID (que aportaba su amplia experiencia en promoción local de la salud, así como importantes recursos) o la confianza depositada en actores de diferentes tendencias políticas o los convenios con diversidad de alcaldes, mejoró el enraizamiento de la acción estatal en la región. Así, mérito, autonomía y enraizamiento se potenciaron mutuamente.

En el caso de Piura no se logró armar un mínimo de equipo de funcionarios cohesionados desde el punto de vista técnico y político para las prioridades de la gestión y que estuvieran detrás del diseño e implementación de la política expresada en el Sistema Regional para la Atención de la Primera Infancia (SIREPI) y la nutrición infantil. La misma propuesta del SIREPI vino de afuera y fue adoptada por el gobierno regional, sin una comprensión clara de lo que significaba como adaptación del conjunto de aspectos de la gestión, en particular, por parte de los funcionarios claves para su conducción (el gerente de desarrollo social y el director regional de salud). Asimismo, la propia propuesta, respondiendo con calidad técnica a los resultados que se querían obtener, se diseñó de manera frondosa y exigente en su funcionamiento, sin una adecuada adaptación y manejo en relación a las condiciones de los actores en la región<sup>52</sup> y particularmente al tipo de burocracia existente.

### **5.1.2 Institucionalidad y organización estatal.**

Mientras que en San Martín se crearon condiciones institucionales que sirvieron de base para la implementación de la política de nutrición infantil, en Piura no se llegaron a prever estas condiciones y cuando se plantearon como formas concretas de operación para la atención de la primera infancia, no se implementaron.

En San Martín, en el marco de un Plan de Modernización Organizativa, se desarrolló una reforma de las Direcciones Regionales de Salud y Educación dándoles mejores condiciones para elaborar rectoría y lineamientos específicos para la región en educación y salud. Igualmente, se desarrollaron prescripciones para el planeamiento por resultados, mecanismos de coordinación para articular las políticas e intervenciones desde una perspectiva territorial, sistemas de seguimiento y control apoyados por un plan estratégico de tecnologías de información que impulsó su incorporación en la gestión, institucionalizándose mecanismos y procedimientos y, finalmente, una mayor atención al desarrollo de capacidades en los gestores, todo lo cual contribuyó a hacer efectiva la prioridad de reducción de la desnutrición crónica infantil.

En Piura si bien se aprobó una interesante propuesta de Sistema de Acción Articulada por la Primera Infancia, no se percibió la contradicción entre la implementación de este sistema y la forma fragmentada en que estaba diseñada la institucionalidad del gobierno regional. No se emprendió ninguna reforma organizativa ni se llegó a institucionalizar el sistema del SIREPI en sus aspectos claves de articulación intersectorial y mecanismos de funcionamiento y sostenibilidad. Si bien se logró desarrollar una relación directa de la Gerencia de Desarrollo Social con los Gobiernos Locales impulsando las políticas de atención a la infancia, no se institucionalizaron los mecanismos y procedimientos para esta relación, quedando sujeta a la discrecionalidad de ambas partes.

---

<sup>51</sup> “Un rol muy importante cumplieron las condiciones que puso el Gobierno Regional para que cualquier actor o institución chape la idea: por acá quiero caminar y ven conmigo” Tinkuy Jhaishinho – Secretario técnico de la MCLCP de San Martín.

<sup>52</sup> Caso de los Comités Interdistritales, sin condiciones para implementarse.

### **5.1.3 Movilización de recursos**

Si bien los recursos presupuestales disponibles no lo es todo, la capacidad de obtenerlos si cuenta. Mientras que en San Martín, la conducción del gobierno regional, movilizó diverso tipo de recursos del sector público y de la cooperación, en función de la meta de reducción de la desnutrición crónica, en Piura esta movilización fue bastante menor y se bloqueó la asignación de recursos para que el sistema de articulación de intervenciones (el SIREPI) funcionara.

En San Martín se priorizó con contundencia, en el presupuesto público regional, la asignación presupuestal per-cápita para la nutrición infantil con un incremento de 1,273% en el período, llegando hacia el 2015 a una asignación de 1062 soles por niño, bastante mayor a la del promedio nacional (442 soles). Asimismo se canalizaron directamente al gobierno regional, 10 millones de soles como donación de la cooperación para el trabajo de promoción y se logró una parcial movilización de recursos para mejorar remuneraciones o condiciones de trabajo<sup>53</sup>. En Piura el incremento del presupuesto público regional per cápita en el período fue del 85%, bastante menor al incremento promedio nacional de los presupuestos regionales (375%) llegando a 440 soles por niño y los aportes de las ONGs para el trabajo promocional, aunque cualitativamente significativos, fueron pequeños y dispersos. No obstante, el aporte de los gobiernos locales progresivamente hacia el final del período, tuvo un mayor peso.

## **5.2 Principales factores que explican las diferencias en capacidad estatal.**

Si bien en cada caso operó una combinación específica de factores planteamos los principales que nos pueden explicar las diferencias, en cuanto a la capacidad estatal y a resultados logrados de la política de nutrición infantil, en ambas regiones.

### **5.2.1 El liderazgo político y su incidencia en la construcción de capacidad estatal.**

La voluntad y el liderazgo político en la conducción del gobierno regional y su relación con la política de nutrición infantil tuvieron un peso bastante diferenciado en ambas regiones. Mientras que en San Martín, el liderazgo del presidente regional venía de consolidarse en un período anterior de gobierno y se había dado cuenta que no podría avanzar en sus propuestas de desarrollo regional, incluida la de nutrición infantil, si no incidía en las condiciones institucionales del gobierno regional, en Piura, el presidente regional no se planteó una estrategia para incidir en estas condiciones, quedando preso de las estrecheces sectoriales y burocráticas. Mientras que en San Martín, la fuerza del liderazgo político construyó capacidad estatal, en Piura, fue atrapado por la inercia de las condiciones existentes.

La fuerza del liderazgo del presidente regional en San Martín, no surgió de la noche a la mañana, sino que respondió a un proceso prolongado de legitimación en la región a partir de condiciones específicas en ella. Como hemos visto, en San Martín, desde los años 80, se fue articulando una capa de sectores medios profesionales que apostaron por el desarrollo de la región frente al crecimiento del narcotráfico y la violencia política. Fueron generando visiones comunes sobre el desarrollo regional, proceso en el cual

---

<sup>53</sup> Como en el caso de los convenios con los gobiernos locales, movilizándolo su contribución para lograr aportes a las remuneraciones y mejores condiciones de trabajo, para los SERUMs y los promotores de salud.



Villanueva fue construyendo su liderazgo desde diferentes roles en instituciones públicas y de la sociedad civil. Este proceso posibilitó que su conducción se asentara en una elite política regional, más o menos cohesionada, con roles de conducción en diferentes terrenos, lo que le dio una fuerza mayor a su liderazgo. Este trabajo colectivo que se expresó inicialmente en un movimiento informal, se convirtió luego, en el 2006, en un movimiento político regional institucionalizado (“Nueva Amazonía”), reconocido como uno de los movimientos regionales con mayor capacidad organizativa, cercana a la de un partido político. El politólogo Mauricio Zavaleta lo denomina “partido emergente” a diferencia de los movimientos políticos que denomina como “coaliciones de independientes”<sup>54</sup>. Este salto organizativo consolidó la fuerza de su actuación política y la de su equipo en los dos períodos de su gobierno. Asimismo, el primer periodo de gobierno, entrenó y dio tiempo a la conducción regional de ir implementando reformas institucionales más integrales e ir afinando y consolidando sus propuestas y prioridades.

Por su parte, el liderazgo del presidente regional de Piura, si bien fue acumulando presencia política al competir en las elecciones anteriores del 2006 en las que quedó en segundo lugar, tuvo características más débiles. Su experiencia de administración se había desarrollado principalmente en la gestión de empresas privadas y en una relativa breve experiencia como asesor en el gobierno provincial de Piura. En sus esfuerzos por aglutinar fuerzas políticas no llega a consolidar una visión y propuesta regional ni a cohesionar una organización política. La alianza electoral que logra construir para llegar al gobierno se disolvió a los pocos meses de haber ganado la elección. Sin equipo básico cohesionado y sin conocimiento más o menos sólido de la dinámica de la gestión pública<sup>55</sup>, Javier Atkins se percibió sin fuerzas para iniciar una reforma de la organización estatal y prefirió avanzar en las condiciones dadas. Ensayó propuestas y fue aprendiendo en el camino, pero no tuvo la fuerza ni la experiencia suficiente para cambiar las inercias y la desarticulación de la gestión.

Hay un aspecto específico del liderazgo en estas dos experiencias que nos interesa destacar y es la capacidad articuladora, que consideramos clave para la implementación de las políticas públicas y, en particular, para la reducción de la desnutrición crónica infantil, por su carácter multifactorial y la necesaria respuesta multi-actor que exige. El nivel de conocimiento de la gestión pública, la solidez de la propuesta regional y el estilo de liderazgo jugaron un papel importante en esta capacidad.

En San Martín, Cesar Villanueva, había acumulado experiencia en el manejo de los asuntos públicos, tanto desde la sociedad civil como desde el Estado y, progresivamente desde los 80, fue madurando una propuesta de desarrollo regional (sintetizada luego en la valoración del bosque como fuente de riqueza y la afirmación de la cultura andino-amazónica). Ambas capacidades le dieron una base para mirar articuladamente las distintas áreas funcionales de actuación del gobierno regional, establecer prioridades y promover sinergias entre ellas. Contribuyó así a la vinculación de la nutrición infantil con distintas áreas sectoriales e impulsó esa prioridad. Asimismo, su capacidad de explicar con claridad las propuestas y convocar ampliamente a aliados y a personas con capacidad de implementarlas, más allá de las filiaciones políticas o personales, así como el entregarles confianza para su propio desempeño, fortaleció su capacidad de acumular fuerzas para la gestión y lograr resultados.

---

<sup>54</sup> Mauricio Zavaleta: “Coaliciones de Independientes. Las reglas no escritas de la política electoral”, IEP, Lima, 2014.

<sup>55</sup> “Atkins quería reducir la desnutrición crónica y no pudo. Lo hizo más o menos decentemente, pero su capacidad de gestión era baja (...) no lograba entender la lógica de los servicios...”: Entrevista a César Moro, funcionario de la DIRESA.



En Piura, Javier Atkins, si bien asumió la prioridad de atención a la primera infancia y la reducción de la desnutrición crónica como meta emblemática y se abrió al diálogo con la sociedad civil, no logró entender suficientemente la lógica de la gestión pública para promover la articulación de acciones. Se confió en el peso de los acuerdos formales y abandonó a los gestores. Descuidó el impulso a la permanente articulación y coordinación, el control y el seguimiento.

### **5.2.2 El legado del centralismo en la constitución de las burocracias regionales.**

Hemos señalado ya las herencias de la organización centralista del Estado en la composición de las burocracias en las nuevas instancias de gobierno regional entre las que destaca el hecho de tener mayoritariamente un personal con una cultura organizacional centralista y poco capacitado para una gestión con enfoque territorial, así como limitaciones normativas y de recursos para contratar nuevo personal calificado o para redistribuirlo en las nuevas funciones. El peso de esta herencia, por diferentes factores territoriales, fue distinto en Piura y en San Martín.

En el caso de San Martín, confluyeron diversas condiciones. En primer lugar, una menor penetración histórica del estado por su nivel de aislamiento geográfico y por lo tanto la más débil conformación de una burocracia estable, en la lógica centralista. En segundo lugar, en el marco del impulso del desarrollo económico en la región, a raíz de la construcción de la carretera marginal de la selva, el surgimiento, alrededor de los años 80, de una capa de sectores medios profesionales que desarrollan una significativa identidad regional y adoptan posturas anti centralistas, siendo estos profesionales una de las bases para la conformación de la burocracia estatal regional.

Este sector medio, vinculado al flujo de inversiones y al apoyo de la cooperación internacional en la zona, va desarrollando una conciencia común de las necesidades de desarrollo de la región, frente al tipo de crecimiento económico que se fue generando, vinculado a un rol proveedor de materia prima agrícola y forestal hacia afuera de la región, generando desequilibrios y desarticulaciones internas, así como también, frente al creciente desarrollo del narcotráfico y de la violencia política. Diversos actores se van cohesionando en torno a propuestas de desarrollo regional basadas en la identidad amazónica, la diversidad cultural y la integración del territorio. Progresivamente se fue creando una suerte de élite técnico-política. Este cuerpo de profesionales se fue desempeñando tanto en puestos públicos, como en ONGs, en el sector privado y en organismos de la cooperación internacional. Con diversas especialidades, sirvió de base para cargos de conducción en el gobierno regional, en el período estudiado, aportando experiencia y capacidad técnico-política, articulándose en torno a distintas prioridades de desarrollo, entre ellas la de reducción de la desnutrición infantil.

En el caso de la región Piura, el gobierno de Atkins, partió de una base totalmente diferente. En la burocracia del gobierno regional se había consolidado una tendencia jerárquica tradicional que combinaba un comportamiento inercial, fuertemente dependiente del gobierno central con un manejo informal en muchos aspectos de la gestión. Si bien el personal tiene calificaciones comparativamente altas en relación al promedio de las regiones, (las universidades de Piura, particularmente la Universidad Privada –UDEP- responden a estándares nacionales), la orientación del comportamiento no es a la innovación o al manejo crítico de las políticas centralistas, sino al acomodo inercial, defendiendo el puesto de trabajo y la durabilidad. Si bien estas son características que en general, tiñen a buena parte de las burocracias en el país,

varios de los funcionarios entrevistados señalaron que en el caso de la región Piura son particularmente destacables<sup>56</sup>.

Factores que puede ayudar a explicar esta situación de la burocracia pública en Piura, son, por un lado, el mayor asentamiento histórico estatal desde una perspectiva centralista, moldeando en la burocracia un comportamiento dependiente del gobierno central y por lo tanto, poco abierta a la innovación y a la adaptación territorial de las políticas. Por otro lado, la dinámica económica y social que se fue generando en la región, con un peso importante de clases empresariales poderosas vinculadas directamente al gobierno central, le ha dado poca base social al impulso de una burocracia abierta y enraizada con capacidad de articular enfoques territoriales. En Piura, la clase empresarial regional está agrupada y representada por la Cámara de Comercio y Producción, con larga trayectoria organizacional y un importante rol de liderazgo en la construcción de las visiones del desarrollo regional y la elaboración de propuestas. Sin embargo, este sector mantiene cierta desconfianza al proceso de descentralización y al fortalecimiento de la toma de decisiones en el nivel regional, ya que le implicaría una mayor competencia con actores locales con capacidad de presión a este nivel, lo que no sucede a nivel nacional, donde muchos empresarios regionales tienen estrategias definidas de influencia, sin contar, las empresas nacionales y transnacionales que operan en Piura y tienen su centro de operaciones en Lima (Cotler, 2009).

Vemos así que no necesariamente, como se ha identificado en varios países asiáticos (Evans, 1992) el legado de una burocracia constituida, con niveles profesionales altos, representa una ventaja para el desarrollo de una adecuada implementación de las políticas en un territorio dado. Es necesario analizar la cultura organizacional que ha desarrollado, identificando lo que ésta aporta y lo que constituyen trabas para alcanzar los objetivos públicos. Esta cuestión tiene una importancia central en países como el Perú, donde el Estado y las burocracias se han formado desde una lógica centralista y donde todavía tiene fuerte presencia una cultura de discriminación y exclusión social.

### **5.3 La estrategia de articulación con los gobiernos locales como factor en la mejora de resultados de la política.**

Nos interesa resaltar un factor común que se perfila en el análisis de la implementación de las políticas de atención a la nutrición infantil en los dos casos, que no se ubica estrictamente en el terreno de la capacidad estatal sino en el terreno de las estrategias implementadas y que tuvo un efecto importante en el logro de resultados: la estrategia de articular la gestión del nivel regional con la acción de los gobiernos locales, desde un enfoque de gestión territorial, tomando como punto de partida al niño y a la familia. Esta estrategia tuvo una incidencia positiva decisiva en los resultados de la política en ambas regiones. La solidez y oportunidad en armar esta articulación marcó el ritmo de los resultados en cada región.

En el caso de San Martín, la solidez de esta articulación, estuvo sustentada en las mejoras en la capacidad estatal del gobierno regional que han sido señaladas. En particular, las que se concretaron en mejoras en la articulación intersectorial en el territorio (salud, educación, vivienda y programas nacionales focalizados), el compromiso de un conjunto de servidores por mejorar la calidad de los servicios

---

<sup>56</sup> Entrevistas a Max Troncos (ex Director de Salud de las Personas), César Moro (funcionario de la DIRESA, ocupó varios cargos en el período), Ciro García (ex Director de Salud de las Personas 2011-2013), Luis Miguel León (Asesor del Ministro de Salud).

locales<sup>57</sup> y el desarrollo de estrategias e instrumentos de apoyo y seguimiento local (equipo técnico regional activo, la sensibilización y capacitación, sistemas de información, así como el inicio de estímulos al desempeño y el establecimiento de un fondo regional para apalancar recursos locales), todo lo cual generó niveles de confianza y respuestas positivas en la mayoría de gobiernos locales, los que movilizaron recursos y estrategias específicas de gestión.

Por su parte, en Piura, con un esquema similar de articulación con los gobiernos locales, basado en convenios de gestión y el establecimiento de comités y planes distritales, la participación de estos, se fue dando de una manera más lenta, con una débil incidencia en el tema de la nutrición infantil al inicio, dados los problemas de funcionamiento del sector salud en la región y las dificultades del SIREPI de articular intersectorialmente. Es recién en el año 2013, cuando el gobierno regional decide intervenir directamente en la articulación local, con el programa “Familias Felices”, potenciando la red de promotores del PET para incorporar los temas de nutrición infantil y dinamizar la movilización de recursos con los gobiernos locales, que esta participación en nutrición se extiende y tiene una mayor incidencia en los resultados. Este giro coincide con un cambio en la tendencia de incremento de la desnutrición crónica infantil que había empezado a darse en el año 2012 en la región, bajando en el 2014 en 3.2 puntos porcentuales. Esta baja de la incidencia de la desnutrición crónica, nos podría dar un indicio de la potencia que tiene la contribución de los gobiernos locales en temas como los de la nutrición infantil que requieren un alto compromiso de las familias y la articulación local de diversas intervenciones.

Es necesario señalar, para el caso de ambas regiones, que la respuesta de los gobiernos locales a las políticas regionales sobre infancia, se dio también sobre la base de experiencias y capacidades previas para la concertación y gestión territorial, desarrolladas, desde la década de los años 90, en diversos municipios. En el caso de Piura, se habían desarrollado significativas experiencias de participación y planificación local concertada, particularmente en la sierra y el Alto Piura (Cotler, 2009)<sup>58</sup>. En el caso de San Martín, se desarrolló un amplio movimiento municipalista que se expresó en el empoderamiento que tuvo la Asociación Regional de Municipalidades de San Martín (AMRESAN), en proyectos de inversión y planificación concertada y que contó con un apoyo decisivo de USAID en desarrollo de capacidades y apoyo financiero (Romero, 1999) buscando promover una respuesta institucional democrática al desarrollo del narcotráfico y la violencia política en la región. Ese apoyo continuó luego a través del Proyecto “Pro Descentralización”.

#### **5.4 La organización y participación de la sociedad civil como factor subyacente.**

---

<sup>57</sup> Un testimonio del nivel de compromiso que se generó en los servidores públicos en San Martín nos lo da la entrevista a Rita Vela (Coordinadora del PAIMNI) quien señala: *“Mucho de este trabajo (el de promoción) tuvo que ser en la noche”* y también añade: *“Era emocionante que te digan que todos los gobiernos locales van a tener computadoras”* y luego, su frustración cuando eso no se pudo realizar: *“les habíamos dicho a los gobiernos locales que les íbamos a dar equipos y a los gobiernos locales no se les miente...”*.

<sup>58</sup> “Piura es uno de los espacios donde, desde los inicios de la década de los 90, las iniciativas de los alcaldes fueron forjando lo que hoy es el componente participativo de los gobiernos Locales en el Perú” (p. 72)



El análisis de los casos realizado, también nos muestra que en ambas regiones los implementadores de la política dialogaron e interactuaron con diversas organizaciones de la sociedad civil que cumplieron roles de generación de experiencias orientadoras, de asesoría y apoyo técnico y también de impulso, fiscalización y seguimiento.

En ambas regiones, encontramos un desarrollo previo, más o menos significativo, de organización de la sociedad civil vinculada a la problemática de la atención a la infancia y a la nutrición infantil. En el caso de San Martín, más marcada por la intervención directa de la cooperación internacional, organizaciones como la ONG PRISMA o diversos Programas promovidos por USAID, además de CEPCO, CEDISA, CARITAS y en menor medida la Red Regional de Promoción de la Mujer. En Piura, con mayor tradición institucional y experiencias de concertación regional y local, destacaron en el tema organizaciones como el CIPCA (Centro de Investigación y Promoción del Campesinado), referente de opinión regional y promotora de radio Cutivalú, además de ONGs como PRISMA, CARE, Plan Internacional, IDEAS y Visad. A la vez, en los dos casos, se mantuvieron activos espacios de concertación entre el gobierno regional y organizaciones de la sociedad civil que incluyen los temas de infancia y nutrición infantil, como las Mesas Regionales de Concertación para la Lucha contra la Pobreza y, en el caso de Piura, el Colectivo por la Gobernabilidad Regional, agrupando a más de 30 organizaciones civiles y la Convención de la Sociedad Civil de Piura.

En el caso de San Martín, el gobierno regional con mayor capacidad estatal para empoderarse del tema y perfilar la política, tomó la experiencia y aportes de la sociedad civil como punto de partida, consultando el proceso de diseño. En la década, la sociedad civil había puesto el tema de la infancia y la nutrición infantil en la agenda pública regional y el presidente Villanueva y su equipo tuvieron la capacidad de incorporar esa prioridad y los aportes acumulados en la política pública.<sup>59</sup> Durante la gestión la relación tuvo un fuerte componente técnico, llegándose a un convenio específico con USAID para la implementación del trabajo promocional, convirtiendo en política pública las estrategias e instrumentos de gestión que aportaba. No obstante, en cuanto al diálogo político para el seguimiento desde los espacios permanentes de concertación con la sociedad civil, la relación fue más débil.

En el caso de Piura, el diseño mismo de la propuesta del Programa SIREPI, como estrategia de articulación regional, surgió de la experiencia de seguimiento en la MCLCP a las políticas públicas sobre infancia y de la experiencia de promoción por parte del CIPCA, siendo la propuesta como tal, asumida por el Gobierno Regional a partir del interés y compromiso del Presidente Atkins. No obstante, las debilidades en capacidad estatal en el gobierno regional, impidieron tanto la adecuación como la institucionalización de la propuesta como política pública. A su vez, esas mismas debilidades y las dificultades de mayor empoderamiento del presidente regional frente a su burocracia, marcaron una mayor apertura de éste hacia la sociedad civil y los espacios de concertación, aportadora de movilización y esfuerzos para sacar adelante la articulación de intervenciones en favor de la infancia<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Los diferentes programas implementados, particularmente por PRISMA y USAID, los Acuerdos de Gobernabilidad en los procesos electorales del 2002, 2006 y 2010 que comprometieron a los gobernantes, la incidencia desde las universidades en los gestores públicos por medio de diplomados especializados, así como las campañas por la infancia promovidas por la MCLCP, entre otras.

<sup>60</sup> "Javier Atkins se motivó a partir del Pacto Político por la Gobernabilidad, vio mucha gente organizada: ONGs, Federaciones, Colegios Profesionales, organizaciones sociales diversas, Cámara de Comercio, apoyo de la Cooperación, etc., con una agenda integral que hacía sinergias. Javier no tenía esa mirada y allí entendió la mirada integral. (...) de ese proceso de diálogo incorporó el SIREPI, el modelo educativo, el Consejo Nacional de Niñas Niños y Adolescentes, el seguimiento concertado incidiéndose en mantener el ánimo de Atkins" (Entrevista a Cecilia Bustamante –ex Coordinadora de la MCLCP de Piura).



Asimismo, la existencia de organizaciones activas de la sociedad civil en la promoción de la atención a la infancia y la nutrición infantil, fue decisiva, para la implementación y efectividad de las estrategias de articulación con la gestión de los gobiernos locales en ambas regiones. La larga experiencia de trabajo local de muchas de ellas, las metodologías procesadas y el enfoque participativo que las orientaba, contribuyeron a los niveles de eficacia logrados.

Finalmente, respecto al conjunto de factores señalados, podemos agregar que en cada región la específica combinación de éstos fue móvil. Como hemos podido ver, algunos de ellos variaron hacia el final del período (el peso del liderazgo en San Martín y el peso de la participación local en Piura) incidiendo ambos cambios, en los resultados de la política.

## VI. CONCLUSIONES.

1. En las regiones de Piura y San Martín, para el período 2011-2014, se diseñaron políticas bastante similares para la reducción de la desnutrición crónica infantil, no obstante, tuvieron resultados muy distintos, mientras que en San Martín la reducción fue bastante alta, superando al promedio nacional, en Piura se llegó a una reducción pequeña, muy por debajo del promedio nacional. El análisis desarrollado nos lleva a la conclusión que el diferente desarrollo de capacidad estatal en ambas regiones explica de manera significativa, esta diferencia en los resultados, ya que los factores socio-económicos inciden de manera similar en la vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil en ambas regiones y que en ambas la conducción de cada gobierno regional mostró la voluntad política de lograr este objetivo.

El análisis muestra que en San Martín se logró un mayor desarrollo de la capacidad estatal en el gobierno regional, que se manifestó en los siguientes aspectos: i) una mejor adecuación de la estructura institucional del gobierno para elaborar políticas regionales y conducción articulada, adecuadas a la gestión del territorio; ii) la constitución de una burocracia estatal regional con capacidades técnico-políticas que fortaleció sus niveles de autonomía y su capacidad de conducción y articulación con diferentes actores; iii) la mayor capacidad de movilizar recursos del estado y de la sociedad para la implementación de la política de nutrición infantil en la región.

El caso de Piura nos muestra que no bastan las buenas propuestas de política pública, como en el caso del SIREPI, la que teóricamente, en la medida que proponía articular el tema de la nutrición infantil a un conjunto más amplio de intervenciones de atención a la primera infancia (todas ellas sinérgicas con la multicausalidad de la problemática de la desnutrición crónica infantil), tenía un mayor potencial que la propuesta del PAIMNI en San Martín. Es necesario diseñar las propuestas de política en diálogo con los niveles de capacidad estatal y las posibilidades de los actores que pueden llevarlas a cabo, así como incidir en las condiciones para ganar la voluntad y la transformación de estos actores. En Piura la propuesta quedó muy grande y ambiciosa frente al tipo de cultura burocrática inercial predominante y frente a un presidente regional, con un liderazgo en construcción y una débil experiencia en el manejo de la gestión pública, así como el poco perfilamiento de liderazgos intermedios fuertes en la gestión que lo compensaran. En cambio, la propuesta en San Martín, menos ambiciosa, surgió del propio dinamismo de la gestión regional,

con capacidad constituida para establecer prioridades y articular intervenciones en función de lograrlas.

2. Si bien la comparación de ambos casos nos muestra una clara diferencia en cuanto a capacidad estatal asociada a un mejor desempeño en cuanto a los resultados de la política de nutrición infantil en la región, también se han identificado dos factores decisivos en esa generación de capacidad estatal en cada región que favorecieron u obstaculizaron su desarrollo: i) la capacidad de los liderazgos regionales para construir capacidad estatal en su región y ii) el peso diferenciado que tuvo el legado centralista sobre la cultura organizacional de la burocracia regional. Asimismo, hemos identificado dos factores adicionales, significativos en estos dos casos, que no se ubican en el terreno de la capacidad estatal. Uno relativo a las estrategias desplegadas que consistió en la fuerza y oportunidad con la que cada gobierno regional logró comprometer a los gobiernos locales en la implementación de la política y otro relacionado a las características de los actores en el territorio y que se expresó como un grado importante de organización y participación de la sociedad civil en los temas de infancia y nutrición infantil.

Este conjunto de factores actuaron simultáneamente en ambas regiones, en determinados casos con diferente sentido y también con diferentes pesos y, a su vez, tuvieron cambios en el período afectando la implementación y los resultados de la política. Lo cual nos lleva a tres consideraciones. La primera, que en cada sociedad regional se combinarán un conjunto de factores específicos que favorecen o dificultan el desarrollo de capacidad estatal en el respectivo gobierno regional, siendo de interés considerar los factores identificados en estos dos casos. La segunda, que estos factores y su combinación, no son estables y que pueden cambiar siendo importante seguir ambos cambios. Finalmente, la identificación de estos factores, nos confirma que la capacidad estatal se genera enraizada y en interacción con las características de cada sociedad, en este caso, según su especificidad regional, y no principalmente, desde elaboraciones técnicas y arreglos institucionales estandarizados, definidos desde el gobierno central.

3. El caso de San Martín nos muestra que liderazgos regionales fuertes, capaces de generar propuestas políticas de carácter territorial, pueden cumplir un rol decisivo en la construcción de capacidad estatal en las regiones, movilizar recursos y enfrentar la actual debilidad y desarticulación, tanto organizativa como de capacidades en la burocracia pública regional. Este rol adquiere mayor potencial cuando es un liderazgo enraizado en la propia región y que exprese una propuesta de desarrollo regional. En San Martín, la fuerza del liderazgo estuvo vinculada a la generación de un proyecto consistente de desarrollo regional (no sólo a una reivindicación o aspecto parcial), lo que le dio mayor autonomía y fuerza para plantearse el desarrollo de capacidades estatales en la región (Skocpol, 1989)<sup>61</sup>
4. Ambos casos nos muestran, el diferenciado impacto que tiene el centralismo en la organización del Estado, sobre las posibilidades de desarrollar capacidad estatal en el nivel gubernamental regional. En Piura, la herencia del centralismo, alimentado por fuertes vínculos económicos entre la región y la metrópoli limeña, no solo se expresó en una forma de organización del estado en la región, orientada a una labor básicamente ejecutora de las políticas nacionales, sino que también contribuyó a

---

<sup>61</sup> “...la explicación de las capacidades del Estado está estrechamente relacionada con la explicación de la fijación de objetivos autónomos por parte de los Estados...” (p 181).

consolidar una cultura organizacional y una burocracia adaptada a este rol, particularmente en el sector salud. Esta cultura organizacional, que se expresó en hábitos y comportamientos inerciales en la gestión, adaptados a las particularidades regionales, se configuró como una poderosa traba para el desarrollo de capacidad estatal. En San Martín, en cambio, la presión del centralismo en este aspecto fue más débil, dado el relativo aislamiento geográfico de la región.

Este caso nos constata que no siempre un legado burocrático meritocrático es un factor de capacidad estatal. Es necesario profundizar el estudio de los legados burocráticos en las regiones, analizando sus cualidades específicas para responder al cumplimiento de las funciones del Estado en relación a las exigencias del desarrollo en los diferentes territorios.

5. Tanto el caso de San Martín como el de Piura, confirman la importancia decisiva que tiene la participación de los gobiernos locales y la articulación gubernamental con ellos para la implementación de políticas sociales, particularmente, las de atención a la nutrición infantil. El cuidado de las personas, en este caso de las niñas y niños, depende de manera importante de la familia y las redes sociales cercanas, siendo el municipio la instancia estatal más cercana a ellas. De allí la potencialidad del gobierno local para manejar con pertinencia la especificidad de la demanda que ellas generan y, por tanto, de ser el primer escalón de articulación de intervenciones que es necesario promover. Las dos propuestas de política, en ambas regiones, basaron su principal potencialidad, en lograr esta articulación local desde un enfoque territorial y en los dos casos, mas tardíamente en Piura, fueron un factor clave en la mejora de los resultados en la política de nutrición infantil.

Esta constatación plantea la necesidad de atender de manera intergubernamental el desarrollo de la capacidad estatal en las regiones, así como también los factores específicos que condicionan su desarrollo en el nivel local, considerando la heterogeneidad de territorios que representan.

6. Otro factor importante a considerar que nos muestra el presente estudio, es la potencialidad que tiene la participación de la sociedad civil, en influir en el grado de eficacia de las políticas públicas en la atención a la infancia y, de manera indirecta, en la generación de capacidad estatal, al estimularla. Si bien el estudio no desarrolla de manera específica este aspecto, podemos identificar cuatro formas en que la participación activa de la sociedad civil tuvo un efecto positivo en la eficacia de la política pública: i) en la promoción de experiencias parciales, localizadas, que validan estrategias e instrumentos de gestión como referentes para la política pública<sup>62</sup>; ii) en la generación de conocimientos relativos al tema y la formación de gestores públicos<sup>63</sup>; iii) en la co-gestión de la política pública, en el momento de implementarse por medio de convenios interinstitucionales específicos<sup>64</sup> y iv) en la formación de coaliciones en torno a este tema, incidiendo para su priorización en la

---

<sup>62</sup> Fue el caso de las diferentes experiencias previas de atención a la nutrición infantil, promovidas desde organizaciones civiles que recogió la política pública en San Martín.

<sup>63</sup> Fue el caso de las alianzas entre ONGs y Universidades, para diplomaturas en gestión social y nutrición orientadas a servidores y funcionarios públicos.

<sup>64</sup> Es el caso del Convenio del Gobierno Regional de San Martín con USAID y también los casos de intervención de ONGs en apoyar la implementación de la política del SIREPI en diversos gobiernos locales en Piura.

agenda pública, la definición de metas y la vigilancia y seguimiento a la implementación de la política<sup>65</sup>.

Asimismo, constatamos que un mayor desarrollo de capacidad estatal, como sucedió en San Martín, permite una mejor capitalización de los aportes de la sociedad civil y, a su vez, que la persistencia de coaliciones de actores de la sociedad civil que apoyan una determinada política, garantiza una mayor continuidad de esta.

7. Dada la creciente complejidad en el funcionamiento de las sociedades y por consiguiente de los Estados y al hecho de que éstos tienen desarrollos desiguales en sus diferentes áreas, períodos o territorios, diversos autores<sup>66</sup> recomiendan analizar a profundidad funcionamientos específicos, elaborando miradas parciales que contribuyan progresivamente a visiones de conjunto, ya que una mirada unitaria del Estado puede ocultar contrastes importantes para tener una idea global de su funcionamiento. Este estudio se ubica en esta línea de aportes específicos al conocimiento del comportamiento del Estado en el país, al proponerse analizar la relación entre un área específica de política pública: la atención a la nutrición infantil, y su relación con la capacidad estatal en dos regiones particulares, poniendo de relieve la heterogeneidad en el funcionamiento del Estado, así como la incidencia de factores específicos que condicionan el desarrollo de la capacidad estatal y la efectividad de las políticas públicas.

## FUENTES

### A) Entrevistas.

#### PIURA:

1. Max Troncos. Director de Salud de las Personas en el período estudiado. (Piura, 24 de mayo del 2016).
2. Ciro García. Director de Salud de las Personas en el período estudiado. (Piura, 24 de Mayo del 2016).
3. César Moro. Funcionario de la DIRESA, ocupó diversos cargos en salud durante el período estudiado. (Piura, 25 de mayo del 2016).
4. José Luis Calle. Sub-Gerente de Desarrollo Social. (Piura, 25 de Mayo del 2016).
5. María Luisa Vásquez. Directiva de CARE en la Región durante el período estudiado. En el momento de la entrevista: Directora de Promoción de la Salud. (Piura, 24 de Mayo del 2016).
6. Cecilia Bustamante. Coordinadora de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Piura, durante el período estudiado. En el momento de la entrevista: responsable del FED-MIDIS en la región. (Piura, 24 de Mayo del 2016).
7. Lilian Cabrera. Directora de Plan Internacional en la región. (Piura, 25 de Mayo del 2016).
8. Julio Olide. Directivo del CIPCA (Centro de Investigación y Promoción del Campesinado). (Piura, 25 de Mayo del 2016).

<sup>65</sup> Es el caso, en ambas regiones de la generación de los Acuerdos de Gobernabilidad y la participación regular de organizaciones de la sociedad civil en el seguimiento desde el espacio de las MCLCP y en el caso de Piura, las Convenciones de la Sociedad Civil para el seguimiento del Pacto de Gobernabilidad.

<sup>66</sup> Skcopol (1989), Tanaka (2010), Dargent, (2012).



9. Javier Atkins. Presidente del Gobierno Regional en el período estudiado. (Piura, 26 de Mayo del 2016).
10. Luis Miguel León. Asesor del Ministro de Salud. (Lima, 20 de Mayo del 2016).
11. Javier Abugattaz. Miembro del equipo que realizó la evaluación rápida del SIREPI, coordinado por SALGALÚ. (Lima, 5 de Junio del 2016).

#### SAN MARTÍN:

1. Neptalí Santillan. Director de la DIRESA (2007-2010), Asesor de la Presidencia Regional (2010-2012), Gerente de Desarrollo Social (2013). (Lima, 27 de mayo del 2016).
2. Rita Vela. Coordinadora del PAIMNI (Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil) en el período estudiado. (Moyobamba, 31 de Mayo del 2016).
3. Celmira Heredia. Coordinadora del PAIMNI en el momento de la entrevista. (Moyobamba, 31 de Mayo del 2016).
4. Sofía Velázquez. Gerente de Desarrollo Social durante parte del período estudiado. (Lima, 3 de junio del 2016).
5. Aurora Torrejón. Gerente de Desarrollo Social durante parte del período estudiado. (Moyobamba, 31 de Mayo del 2016).
6. César Rengifo. Gerente General del G.R. (2007-2008), Asesor de la Presidencia Regional (2008-2014). En la actualidad directivo de CEDISA. (Tarapoto, 1 de junio del 2016).
7. Manuel Delgado. Asesor Regional del Proyecto “Municipios y Familias Saludables” de USAID en San Martín (2010-2014). (Tarapoto, 1 de Junio del 2016).
8. Ángela Arévalo. Directiva de la ONG PRISMA en la región San Martín (2011-2013). En el momento de la entrevista, miembro del equipo responsable de la Red de Salud de Lamas. (Lamas, 2 de junio del 2016).
9. Nora Nieto. Coordinadora de la MCLCP (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza) de San Martín. (Tarapoto, 2 de junio del 2016).
10. Tinku Jhaisinho. Secretario Técnico de la MCLCP. (Tarapoto, 2 de junio del 2016).

#### **B) Bibliografía**

ANDUIZA, Eva, et al: “Metodología de la Ciencia Política”, CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), Cuadernos Metodológicos N° 28, Madrid, 2009.

ANGR (Asociación Nacional de Gobiernos Regionales), 2015. “Los Gobiernos Regionales al inicio de su segunda década”, ANGR, Lima, Perú.

ALIANZA ELECTORAL UNIDOS CONSTRUYENDO (Piura): “Plan de Gobierno 2011-2014.

ARAMBULO, Carlos, 2013. “Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. La política pública desde la relación Estado-Sociedad Civil en el Perú 2000-2012”, Tesis de Maestría en Ciencias Políticas, PUCP, Lima.

BOGGIO, María Rosa,

- 2011. “Seguimiento concertado a políticas públicas de atención a la infancia”, MCLCP-UNICEF, Lima.
- 2013. “Políticas Públicas e Infancia. Una mirada concertada a los programas estratégicos para la primera infancia” en la revista PAGINAS, CEP, Lima.

CENTENO, Miguel Ángel, 2009. "El Estado en América Latina" en Revista CIDOB d'Afers Internacionals 85-86, Barcelona, España.

CIPCA, "Aportes para el Gobierno Regional 2007-2010 Piura", CPCA-CIES, Lima, 2006.

#### COLECTIVO POR LA GOBERNABILIDAD REGIÓN PIURA:

- "Pacto Político por la Gobernabilidad 2011-2014"
- IV Convención de la Sociedad Civil Región Piura: "Pacto Político por la Gobernabilidad: Avances y Limitaciones en su implementación", Piura, noviembre, 2012.
- V Convención Regional de la sociedad civil Piura: Acta de los Acuerdos, agosto, 2014.
- "Pacto Político por la Gobernabilidad Regional Piura, 2015-2018".

COTLER, Julio (Coordinador), 2009. "Poder y Cambio en las regiones", IEP-PNUD, Lima, 2009.

DARGENT, Eduardo, 2012. "El Estado en el Perú. Una Agenda de Investigación", Escuela de Gobierno y Políticas Públicas, PUCP, Lima, 2012.

DELLA PORTA, Donatella. 2013. "Análisis comparativo: la investigación basada en casos frente a la investigación basada en variables", en Della Porta, Donatella y Keating, Michael (Eds.). Enfoques y Metodología de las Ciencias Sociales. Una perspectiva pluralista. Madrid: Akal, 211-236.

DE SEBASTIÁN, Luis, 1999. "Análisis de los Involucrados", Serie de Documentos de Trabajo I-14 UE, Banco Interamericano de Desarrollo: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, Washington, D.C.

ELMORE, Richard F., 1996. "Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas", en Aguilar Villanueva, Luis F. (Ed) La Implementación de las Políticas, Miguel Ángel Porrúa, México.

EVANS, Peter, 1992. "El Estado como problema y como solución" en Desarrollo Económico, Vol. 35, N° 140, IDES (Instituto de Desarrollo Económico y Social), Enero-Marzo, 1996.

ESCUELA DE GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS-Pontificia Universidad Católica del Perú: "Perspectivas sobre la descentralización y su futuro", Diálogos en la PUCP, Lima, 2015.

FUKUYAMA, Francis, 2004. "La construcción del Estado. Hacia un nuevo orden mundial en el siglo XXI", Ediciones B, S.A., Barcelona, España.

SALGALÚ (Coordinación), 2014: "Evaluación Rápida del Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia – SIREPI y del Programa Regional de Educación Temprana "Familia Feliz". FUNDACIÓN BERNARD VAN LER y Gobierno Regional de Piura.

#### GOBIERNO REGIONAL DE PIURA:

- Plan de Desarrollo Concertado 2013-2016
- Reglamento de Organización y Funciones – ROF
- Ordenanza Regional N°223-2011/GRP-CR que crea el Sistema Regional de Atención Integral a la Infancia – SIREPI.

- Ordenanza Regional N°232-2011/GRP-CR que modifica el ROF incorporando la creación del Centro Regional de Planeamiento Estratégico – CEPLAR.

#### GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN:

- Plan de Desarrollo Concertado 2012-2021”
- Reglamento de Organización y Funciones – ROF
- Plan Estratégico de Tecnologías de Información 2013 – 2017
- Plan Regional de Atención a la Infancia y la Adolescencia – PRAIA 2009 – 2015
- Plan Regional Interinstitucional Aprendes Saludable – 2014
- Plan Vial Departamental Participativo de la Región San Martín 2012 – 2021
- Convenio Marco de Cooperación Intergubernamental entre el Gobierno Regional de San Martín y la Municipalidad Distrital de Agua Blanca para mejorar la Nutrición Infantil.
- Gerencia Regional de Desarrollo Social: “Sustento Técnico PAIMI MINSA para la sistematización de la experiencia PAIMNI y reconocimiento de los gobiernos locales con mayores avances en su implementación”, Setiembre, 2013.
- Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil – PAIMNI: “Avances del PAIMNI a nivel de los Gobiernos Locales”, 2013.

INEI: ENDES, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 0215.

IPE (Instituto Peruano de Economía) página web. INFOCOR.

ISUANI, Fernando, 2012. “Las Capacidades Estatales”, en “Gestión Pública: balance y perspectivas. VI Seminario de Reforma del Estado, Carlos Alza editor, Fondo Editorial de la PUCP, Lima.

LLAMAZARES Iván: “El análisis comparado de los fenómenos políticos. Una discusión de sus objetivos metodológicos, supuestos metateóricos y vinculaciones con los marcos teóricos presentes en las ciencias sociales contemporáneas”, en Revista de Estudios Políticos (Nueva Epoca) Num 89, Julio-Septiembre 1995.

MASKREY, Andrew, et al, “Raíces y Bosques. San Martín, modelo para armar”, ITDG, Lima, 1991.

MEF (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú)

- 2008 “Presupuesto por Resultados. Conceptos y Líneas de Acción”, DNPP (Dirección Nacional de Presupuesto Público), Lima.
- 2009 “Presupuesto por Resultados. Programas Presupuestales Estratégicos”, DNPP, Lima.
- 2011 “Programación Presupuestaria por Resultados: Una Evaluación del Programa Articulado Nutricional (PAN), MEF-DNPP-GIZ, Lima.
- 2014 “Análisis del Presupuesto del Programa Articulado Nutricional”, Informe presentado por el MEF a la MCLCP a cargo de Nelly Huamani, de la Dirección General de Presupuesto Público. Lima, octubre, 2014.
- SIAF (Sistema de Información de Administración Financiera).

MCLCP (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza): Acta del Pacto de Gobernabilidad en San Martín 2011-2014”, Tarapoto, agosto del 2010.

MOLINA, Carlos Gerardo, 2000. “Modelo de formación de Políticas y Programas Sociales. Notas de clase”, Banco Interamericano de Desarrollo: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), Washington, D.C.

MOLINA, Raúl, 2010. “Experiencias de Reforma Institucional en Gobiernos Regionales. Estudio de casos”. , Congreso de la República, Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado y USAID-Perú Pro Descentralización, Lima, Perú.

NUEVA AMAZONÍA – San Martín: “Plan de Gobierno 2011 – 2014”

O'DONNELL, Guillermo, 1993. “Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas conceptuales”. En Desarrollo Económico Vol. XXXIII, N° 130.

ONU: “Convención sobre los Derechos del Niño”, UNICEF, New York, 2002.

OMPE: Reporte de Procesos y Consultas 3 “Elecciones Regionales y Municipales y Referéndum Nacional 2010”, Lima, OMPE, 2011.  
<https://www.web.ompe.gob.pe/elecciones>.

PEREZ-LIÑAN, Aníbal: El método comparativo y el análisis de configuraciones causales. En Revista Latinoamericana de Política Comparada, CELAEP-ISSN: 1390-4248, Vol. No. 3, Enero 2010. 125 -148.

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – PMA, “Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil, desde la perspectiva de la pobreza, 2010”, PMA-PNUD, Lima, 2010.

POLLITT, Ernesto,

- 1974. “Desnutrición, pobreza e inteligencia”, Retablo de Papel Ediciones, Lima, Perú.
- 1982. “Desnutrición, Inteligencia y Política Social”, Librería Studium, Lima, Perú.

PROGOBERNABILIDAD, “Iniciativa de Reforma Institucional en los Gobiernos Regionales. Los casos de Piura, Tumbes, La Libertad y Lambayeque”, Lima, 2013.

ROMERO, Ana María, et al: “Fortaleciendo los Gobiernos Locales. La experiencia del PDGL-ESAN”, ESAN-USAID Proyecto de Desarrollo de Gobiernos Locales, Lima, 1999.

SKOCPOL, Theda, 1989. “El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual” en “Lecturas sobre el Estado y Políticas Públicas”.

TANAKA, Martín, 2010. “Introducción: El Estado viejo desconocido” en “El Estado, viejo desconocido. Visiones del Estado en el Perú”, IEP, Lima.

UNICEF, 1998 “The State of the World’s Children”. <http://www.unicef.org/sow98/>

VARGAS, Julio: “En los intersticios de la política de descentralización. Direcciones regionales de Educación y proyectos educativos regionales en Ayacucho y Huancavelica”, en “El Estado, viejo desconocido. Visiones del Estado en el Perú”, IEP, Lima, 2010.

VERGARA, Alberto: “La danza hostil. Poderes subnacionales y Estado central en Bolivia y Perú (1952-1012)”, IEP, Lima, 2015.

ZAVALETA, Mauricio: “Coaliciones de Independientes. Las reglas no escritas de la política electoral”. IEP, Lima, 2014.