

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Ciencias Sociales



Del papel a la realidad: Los factores que limitan la implementación de las políticas de lucha contra la anemia infantil en la región Amazonas

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno que presenta:

Brayan Didier Aguilar Mori

Asesor:

Jorge Aragon Trelles

Lima, 2021

Agradecimientos

A mi madre, Mirta Mori Ruiz, por su apoyo, confianza y amor incondicional. Gracias por todo mamá.

A mi colega y enamorada, Paola Nieto, por escuchar y aconsejarme en el desarrollo de esta tesis.

A todos los funcionarios y personas que hicieron posible la realización de esta tesis en Chachapoyas y Condorcanqui.

Finalmente, a mi asesor, Jorge Aragón, por su apoyo y enseñanzas.

¡De corazón, muchas gracias!



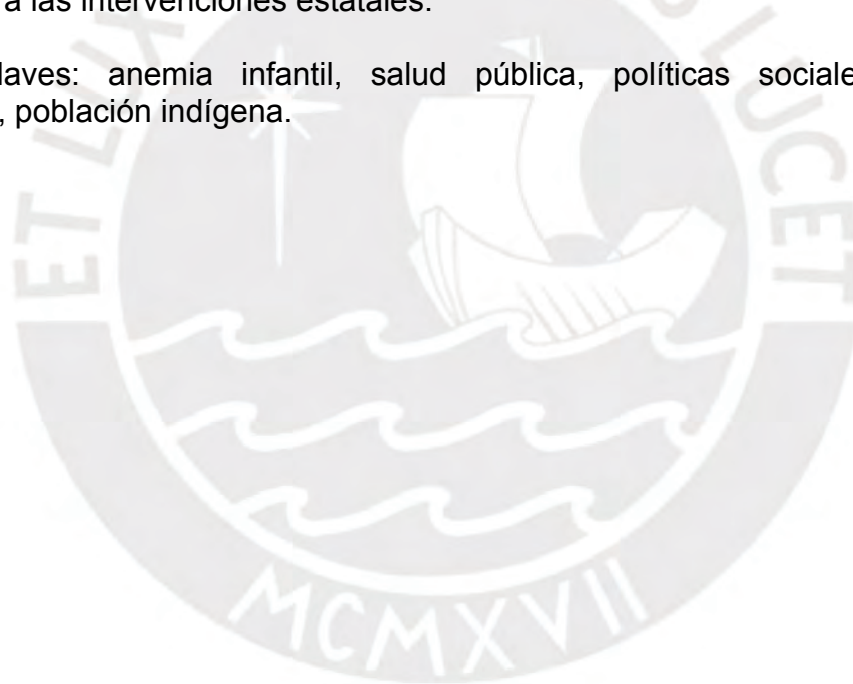
Dedicatoria

A mi mamá, Mirta Mori Ruiz

Resumen

En los últimos años, el Estado peruano ha incrementado notablemente los esfuerzos por reducir la elevada prevalencia de anemia en el país. Es así, que se vienen implementando diversas políticas desde el MIDIS, MINSA y MEF. Sin embargo, tales esfuerzos no se han traducido en resultados satisfactorios. Por el contrario, la prevalencia de la anemia en el Perú se mantiene constante. En esa línea, la región Amazonas es representativa ya que posee el mayor incremento presupuestal e índices de cobertura del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), pero que no se ven reflejados en los resultados debido a que la prevalencia de la anemia no ha variado mucho en la región. Por ello, el presente estudio buscó determinar cuáles son las razones de que la prevalencia de la anemia se mantenga a pesar de los esfuerzos realizados. En los hallazgos obtenidos producto de la revisión de datos y normas, entrevistas y vistas de campo se determinó que tales razones son la limitada capacidad institucional, la débil coordinación entre las instituciones involucradas, la falta de voluntad de los líderes políticos locales y regionales, la discrecionalidad del personal de salud por cumplir metas, la no consideración del territorio y la cultura, el limitado acceso al DNI a niños y niñas con anemia, y la oposición de las iglesias evangélicas a las intervenciones estatales.

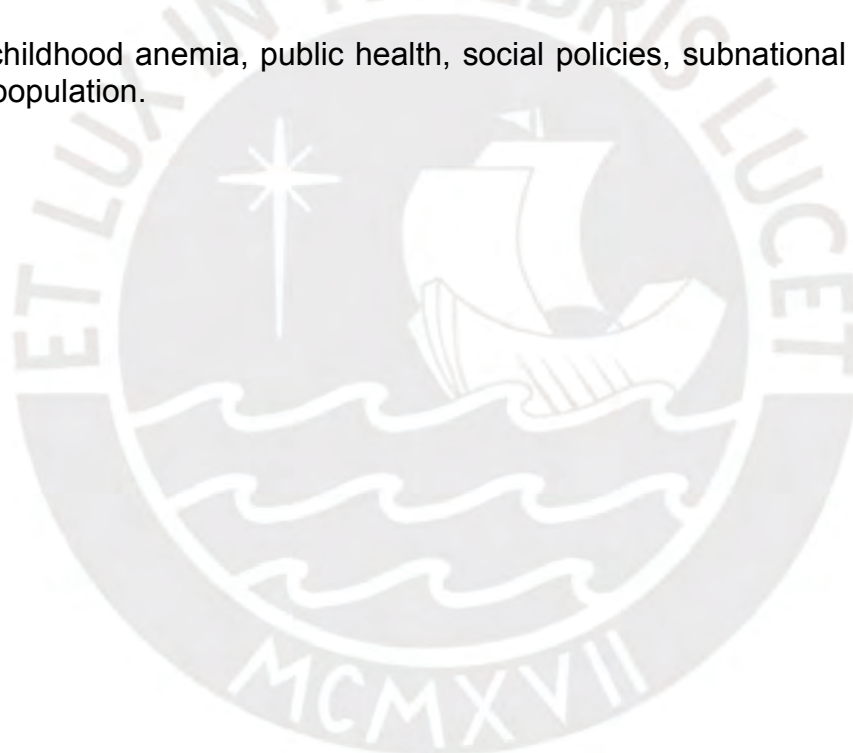
Palabras claves: anemia infantil, salud pública, políticas sociales, gobierno subnacional, población indígena.



Abstract

In recent years, the Peruvian State has notably increased its efforts to reduce the high prevalence of anemia in the country. This, various policies have been implemented by MIDIS, MINSA and MEF. However, such efforts have not led to satisfactory results. On the contrary, the prevalence of anemia in Peru remains constant. In this line, the Amazon is representative since it has the highest rates of budget increase and coverage of the Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), but these are not reflected in the results because the prevalence of anemia has not varied much in the region. Therefore, the present study sought to determine the reasons why the prevalence of anemia remains despite the efforts made. In the findings obtained as a result of the review of data and regulations, interviews and field visits, it was determined that such reasons are the limited institutional capacity, the weak coordination between the institutions involved, the lack of will of the local and regional politicians. leaders, the discretion of health personnel to meet goals, the lack of consideration of the territory and culture, the limited access to the DNI for children with anemia and the opposition of the evangelical churches to state interventions.

Keywords: childhood anemia, public health, social policies, subnational government, indigenous population.



Índice de contenidos

Introducción	7
Capítulo 1: Viejos y nuevos problemas del Estado peruano	10
1.1. Experiencias peruanas frente a la lucha contra la anemia	10
1.2. Descentralización y modernización del Estado peruano	13
1.3. La coordinación de políticas públicas	16
1.3.1. La coordinación intersectorial	18
1.3.2. La coordinación intergubernamental	19
1.4. La capacidad institucional	21
1.5. El liderazgo.....	24
1.5. 1. El liderazgo en la implementación de políticas públicas.....	24
1.6. Burócratas de la calle	27
1.7. Enfoques territoriales e interculturales	30
1.8. Elección de caso de estudio	33
Capítulo 2: La lucha contra la anemia en el Perú: políticas y actores	41
2.1. Las políticas públicas peruanas para combatir la anemia infantil.....	41
2.2. La implementación de las políticas de lucha contra la anemia infantil.....	44
2.2.1. La Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia y el MIDIS	44
2.2.2. El Programa Articulado Nutricional y el MINSA.....	47
2.2.3. La Meta 4 y los gobiernos locales	50
Capítulo 3: Amazonas y las tres mitades	52
3.1. Chachapoyas: el reino de las nubes.....	56
3.2. Condorcanqui: la serpiente de oro.....	60
Capítulo 4: Factores que limitan la implementación de las políticas de lucha contra la anemia infantil en la región Amazonas.....	64
4.1. La falta de recursos de las instituciones para combatir la anemia.....	65
4.2. El formalismo y la no institucionalización de las Instancias de Articulación	74
4.3. La ausencia de liderazgos en el proceso de implementación	78
4.4. La Discrecionalidad y rutinas del personal de salud del primer nivel de atención	80
4.5. La cultura y el territorio en la lucha contra la anemia infantil	82
4.6. La falta de acceso a la identidad y los opositores a las políticas.....	87
Conclusiones	91
Bibliografía.....	99
Anexo A.....	103

Índice de tablas

Tabla 1: Escalas de coordinación en el proceso de políticas públicas	17
Tabla 2: Factores que aseguran la coordinación intersectorial.....	18
Tabla 3: Niveles de descentralización y coordinación en relaciones intergubernamentales	20
Tabla 4: Propuesta para evaluar la capacidad institucional.....	23
Tabla 5: Tipos de liderazgo en el proceso de implementación	25
Tabla 6: Tipos de liderazgos en el proceso de implementación según su alcance e intensidad de cambio sobre la política	27
Tabla 7: GORE-Amazonas, PAN según unidad ejecutora, 2015-2019.	34
Tabla 8: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según provincia.	35
Tabla 9: Prevalencia de la anemia en el Perú entre 2015-2019	37
Tabla 10: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad en la región Amazona	38
Tabla 11: Políticas públicas para combatir la anemia en el Perú	44
Tabla 12: Paquete integral de servicios del MIDIS	45
Tabla 13: Población total censada urbano y rural según provincia, Amazonas.....	53
Tabla 14: Índice promedio de pobreza según provincia, Amazonas	54
Tabla 15: Indicadores de presencia estatal según provincia, Amazonas	55
Tabla 16: Número de centros poblados con acceso a servicios básicos en la provincia de Chachapoyas	57
Tabla 17: Acceso a servicios básicos en los distritos de Chachapoyas y La Jalca ...	59
Tabla 18: Número de centros poblados con acceso a servicios básicos en la provincia de Condorcanqui	61
Tabla 19: Acceso a servicios básicos en los distritos de Nieva y Río Santiago.....	63
Tabla 20: Recursos micro y meso del sector salud en las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui	66
Tabla 21: Recursos micro y meso en las Municipalidades Provinciales de Chachapoyas y Condorcanqui, y las Municipalidades Distritales de La Jalca y Río Santiago	70
Tabla 22: Recursos micro y meso de las Unidades Territoriales de Bagua y Condorcanqui.	83

Índice de gráficos

Gráfico 1: mecanismo del poder discrecional de los <i>Street level bureaucrats</i>	29
Gráfico 2: Presupuesto Inicial Modificado del Programa Articulado Nutricional según años.....	33
Gráfico 3: Incremento presupuestal del PAN según región entre 2015-2019.....	35
Gráfico 4: Espacios de coordinación de la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia.....	46
Gráfico 5: Esquema de implementación del PAN	49



Índice de fotos

Foto 1: Montañas (pajonales secos) de la provincia de Chachapoyas	56
Foto 2: Cultivos de papa en el distrito de La Jalca	59
Foto 3: Río Marañón en la provincia de Condorcanqui.....	60
Foto 4: Acceso principal al Establecimiento de Salud tipo I-3 “La Jalca”.....	66
Foto 5: Pasadizo principal del Establecimiento de Salud tipo I-3 “Nieva”	68
Foto 6: Panel informativo en Awajun en el Centro de Salud de Puerto Galilea, distrito de Río Santiago	84
Foto 7: IPRESS de la Microred de Salud de Yerbabuena en el distrito de La Jalca..	89



Introducción

La anemia es el principal problema de salud y nutrición que afecta al mundo ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente, el 30% de la población mundial presenta algún grado de anemia. Entre las principales causas se encuentra la insuficiencia de hierro en la sangre, aunque en regiones como América Latina las causas son estructurales debido a la ausencia de servicios básicos como agua, saneamiento, educación y vivienda (OMS 2008). Las principales consecuencias de esta enfermedad es la afeción cognitiva a los niños y la susceptibilidad de sufrir enfermedades infecciosas. De acuerdo a Stoltzfus, Mullany y Black (2004), la anemia es el principal factor de riesgo que contribuye a la mortalidad infantil, a la mortalidad materna, a la mortalidad perinatal y al bajo peso al nacer.

En el Perú, es un problema público que afecta principalmente a los niños y niñas el cual se agrava según el territorio y el nivel socioeconómico (Colegio Médico del Perú 2018). Según estudios de Lorena Alcázar (2012), en el año 2012, el impacto económico de la anemia sobre el Estado peruano fue aproximadamente de S/.2777 millones; 0,62% del PBI. Por ello, en los últimos años, el gobierno ha asumido mayores esfuerzos para tratar de reducir la prevalencia de la anemia infantil a través de distintas políticas, aumentos presupuestales y mayor cobertura de los programas de desnutrición. Entre las principales políticas, a lo largo de los años, se encuentra la Estrategia de Desarrollo e Inclusión social “Incluir para Crecer”, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012- 2021, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica en el Perú: 2017-2021, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, Plan Nacional para Reducir la desnutrición y la anemia en niños y niñas 2017-2021, el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia 2018, y la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia del año 2019, que junto a un notorio incremento presupuestal de 600 millones aproximadamente en los últimos 5 años, buscaban disminuir la prevalencia de la anemia de 44,5% en el 2012 a 19% al 2021. No obstante, tales resultados a la fecha se encuentran muy distantes ya que hasta el año 2020 la prevalencia de la anemia era superior a 40% (INEI, 2020). Esta situación problemática sobre el limitado impacto positivo de las políticas de la lucha contra la prevalencia de la anemia, a pesar de los numerosos esfuerzos, se pretende desarrollar en el presente estudio y buscar los motivos de tales resultados.

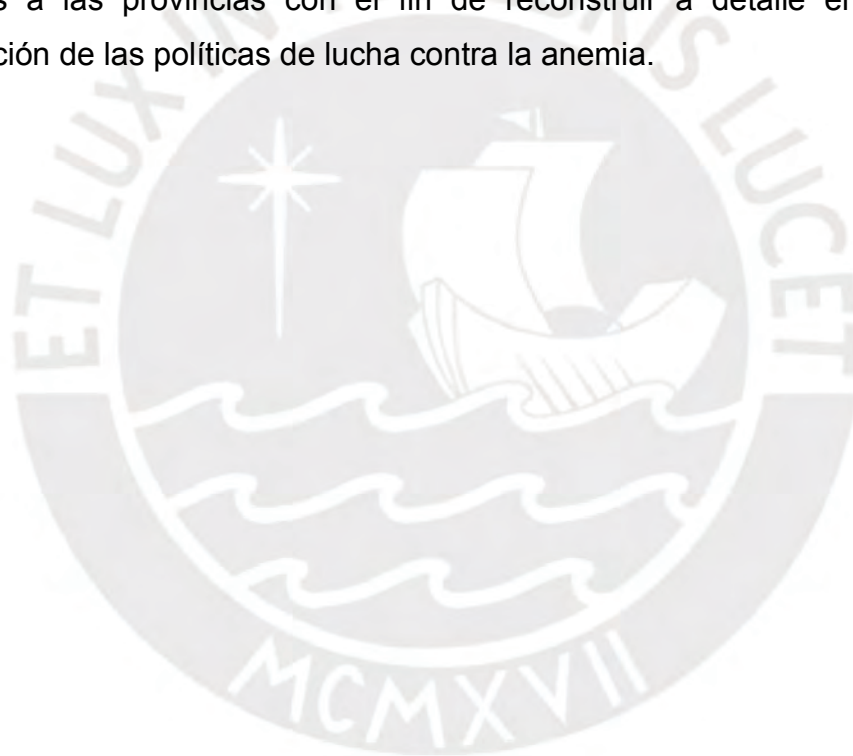
En la literatura sobre el porqué el Estado peruano no responde de manera adecuada a problemas previstos como la anemia se encuentra la limitada capacidad institucional, los problemas de coordinación y articulación, la falta de liderazgos, la discrecionalidad de la burocracia y la ausencia de enfoques territoriales e interculturales de las políticas. Dargent y Peralta mencionan las grandes deficiencias que atraviesan las instituciones públicas peruanas al no contar con recursos humanos y presupuestales necesarios para enfrentar problemas predecibles como la anemia. Mendoza observa la importancia de liderazgos políticos locales para las políticas que combaten la anemia infantil, pero que, generalmente, no se dan debido al poco rédito político que brindan las políticas sociales. Por su parte, Fernández y López analizan los graves problemas que genera la falta de coordinación y articulación en la lucha contra la anemia. Es así, que son varias las posibles explicaciones de porque la prevalencia de la anemia se mantiene en el país, aun cuando el presupuesto y la cobertura de la política se ha incrementado.

El presente trabajo busca responder ¿Por qué las políticas que buscan reducir la prevalencia de la anemia infantil en el Perú no logran resultados satisfactorios a pesar de contar con presupuestos y una amplia cobertura? Para ello, las hipótesis planteadas son 1. La débil articulación y coordinación entre los actores a cargo de la implementación (Redes y micredes de salud, Unidades Territoriales del MIDIS y municipalidades provinciales y distritales). 2. La limitada capacidad institucional de las principales instituciones a cargo de la implementación de las políticas contra la anemia. 3. La ausencia de liderazgos y espacios para la participación de autoridades y funcionarios locales. 4. La discrecionalidad del personal de salud de primera línea (burócratas de la calle) en el cumplimiento de sus funciones. 5. La ausencia de enfoques territoriales e interculturales en la formulación e implementación de las políticas de lucha contra la anemia.

El caso seleccionado es la región Amazonas donde, en los últimos años, los esfuerzos por reducir la prevalencia de la anemia han sido superiores a otras regiones del país. Es así, que Amazonas entre 2015 y 2019 ha incrementado en 139% su presupuesto del Programa Articulado Nutricional (PAN), lo cual lo sitúa como una de las regiones con mayor presupuesto destinado. Además, sus índices de cobertura del PAN (tamizajes, niños con tratamiento, talleres nutritivos y visitas domiciliarias) se encuentran entre los más amplios de todas las regiones del país. A pesar de ello, la prevalencia de la anemia en la región entre 2015 a 2019 no ha variado mucho: 45%

en 2015, 44.6% en 2016, 51.2% en 2017, 44.5% en 2018 y 40.1% en 2019, como sucede también en el país.

Para determinar las causas de la prevalencia de la anemia en Amazonas se reconstruyó el proceso de implementación de las políticas de lucha contra la anemia en el territorio. Por eso, se seleccionó las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui en donde el Gobierno Regional Amazonas gasta más el PAN, pero que a la vez son las provincias con mayor índice de anemia dentro de la región. En ese sentido, se realizó entrevistas a las autoridades regionales, provinciales y distritales; los funcionarios de la DIRESA, Redes y Microredes de Salud encargados de implementar la política; a los coordinadores y gestores del MIDIS; y miembros de la sociedad civil involucrados en la lucha contra la anemia. Además, se realizaron visitas no participantes a las provincias con el fin de reconstruir a detalle el proceso de implementación de las políticas de lucha contra la anemia.



Capítulo 1: Viejos y nuevos problemas del Estado peruano

El Perú es un país caracterizado por la gran diversidad de sus territorios, culturas y gentes. Hace décadas atrás, Arguedas en su libro *Todas las Sangres* representó la heterogeneidad de escenarios sociales y geográficos en el Perú que evidenciaban la variedad racial, cultural y territorial del país. En el proceso de las políticas públicas – agendación, formulación, implementación y evaluación – la diversidad de rostros que conforman el país es uno de los principales retos a la política ya que cada persona, cultura y territorio presenta características y problemas públicos propios que requieren respuestas estatales propias a su realidad. No obstante, si el Perú se caracteriza por su diversidad, el Estado peruano se caracteriza por su poca coordinación, limitada capacidad institucional, ausencia de liderazgo y burocracias inoperantes e inmanejables (Tanaka 2010, Dargent 2014).

1.1. Experiencias peruanas frente a la lucha contra la anemia

Son muy pocos los estudios desde la Ciencia Política que han tratado el tema de la prevalencia de la anemia en el país. Aunque, en los últimos años, es mayor el número de politólogos que muestran interés por investigar las razones de éxito en reducir la anemia en algunas regiones del país. Contrario a ello, la presente tesis busca investigar porque las políticas de lucha contra la anemia no tienen éxito. Por ello, esta sección consta de un Estado de la Cuestión para observar las principales limitaciones de las experiencias estatales en la lucha contra la anemia.

Un reciente estudio desde la Gestión Pública de Hortencia Peralta (2019) investiga el rol en salud de 4 municipalidades distritales de Ayacucho en el proceso de descentralización. La autora observa que las municipalidades locales y establecimientos de salud distrital presentan dos problemas principales: limitada capacidad institucional y débil coordinación entre ambas instituciones. Según ella, ambas instituciones no cuentan con los funcionarios profesionales requeridos y la infraestructura necesaria. En el caso de las municipalidades no asume sus funciones básicas de salud como la generación de alertas en la lucha contra la anemia y la sensibilización de su población debido a que no cuenta con oficinas, fondos y funcionarios. Por su parte, los establecimientos de salud, dependientes del MINSA y la DIRESA, no cuentan con personal especializado y suficiente para tratar la anemia en los distritos. A ello se suma, la deficiente infraestructura de los establecimientos de

salud que no cuentan con salas situacionales adecuadas para el control y seguimiento de casos de anemia. De igual manera, para Peralta, uno de los principales problemas es la descoordinación y desarticulación de acciones entre las municipalidades y los establecimientos de salud que termina generando duplicidad de actividades, como talleres y sesiones demostrativas de preparación de alimentos, que implica un mayor gasto de recursos y tiempo innecesarios de parte de ambas instituciones cuando podrían sumar esfuerzos y recursos para un mayor impacto. Tal situación, de acuerdo a Armando Medina (2015, 2019) se observa también en otras regiones del país como Amazonas y Huancavelica.

Pedro Mendoza y otros (2015) estudian el Enfoque de Evaluación del Sistema de Salud en la reducción de la anemia y la desnutrición crónica en San Martín. Un enfoque novedoso que fue parte del Programa de Acciones Integrales para mejorar la Nutrición Infantil (PAIMNI) que se implementó en diversas regiones del país, pero que solo en la región de San Martín obtuvo resultados satisfactorios los cuales no fueron sostenidos en el tiempo. El programa entre 2009 y 2013 fue promovido por las autoridades regionales y municipales, quienes priorizaron recursos humanos y presupuestales para combatir la anemia y la desnutrición crónica en la región lo cual generó resultados exitosos. Sin embargo, tras el cambio de autoridades regionales y locales luego de las elecciones del 2014, las nuevas autoridades no asumieron el liderazgo y la voluntad política de continuar con los esfuerzos para luchar contra la prevalencia de la anemia y desnutrición por lo que los resultados positivos obtenidos retrocedieron al punto de inicio antes de la implementación del programa. Asimismo, para los autores, un factor que también sumó en el éxito temporal del programa en reducir la anemia y la desnutrición crónica fue el establecimiento de alianzas entre universidades e institutos locales, y las autoridades regionales y locales, pero que no fueron institucionalizadas por lo que las nuevas autoridades no siguieron con el trabajo conjunto (2015, p.274).

Omar Gómez (2019) evalúa las distintas políticas de lucha contra la anemia en los últimos años. De acuerdo al autor, desde el 2014 hasta el 2018, el presupuesto para combatir la anemia en el país se ha incrementado notoriamente, pero que no sea traducido en resultado visibles positivos debido a la desarticulación entre el gobierno central y los gobiernos regionales. Por ejemplo, en el GORE – Ejecutivo 2017, en el marco de la Política Nacional de Reducción de la anemia y la desnutrición crónica, se establecieron diversas metas para los 25 gobiernos regionales del país, de los cuales

solo Arequipa y Callao cumplieron. En parte, para el autor, la principal razón de no lograr resultados positivos en la lucha contra la anemia es que no existen espacios de participación para los gobiernos locales – municipalidades provinciales y distritales – que se encuentran más cercana a la ciudadanía. Tal error – no generar espacios para la participación de gobiernos locales – se repitieron con el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia del 2018, en el cual se mantuvo la estrategia de las políticas anteriores del MINSA: centrarse en el consumo de los suplementos nutricionales, talleres y consejería nutricional, y control del niño. Estrategia que, según La Contraloría, no se cumple ya que solo llega al 19% de toda la población objetivo (Gómez 2019).

Otra reciente investigación que brinda información sobre el motivo de porque las políticas de lucha contra la anemia no tienen éxito en diversas regiones del país es el estudio de Doris López (2018). La autora centra su investigación en la gestión municipal sobre la reducción de la anemia y la desnutrición crónica de la Municipalidad Provincial de Ocros en la región Ancash. El principal problema que ella observa es la débil coordinación entre niveles de gobierno – Región, provincia y distrito - que genera el estancamiento de la implementación de las políticas. Si bien, existe convenios y compromisos entre todos los niveles de gobierno para la implementación de las políticas de lucha contra la anemia, la burocratización de los gobiernos central y regional genera que el flujo de recursos e información se vea interrumpido constantemente lo cual se traduce en el retraso de envío de personal e insumos – suplementos nutricionales - que afecta la cobertura de la política a nivel territorial. También, observa que los problemas de coordinación entre MINSA y DIRESA – GERESA afecta al trabajo de los establecimientos de salud. Asimismo, para la autora, uno de los principales problemas es la centralización del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) que genera el desabastecimiento de insumos - suplementos nutricionales - en la DIRESA, y las redes y microredes de salud.

Por último, la ausencia de enfoques territoriales e interculturales también suele ser causa de que las políticas de lucha contra la anemia no obtengan resultados positivos ya que como viene investigando Armando Medina (2019) en la amazonía peruana el consumo de suplementos nutricionales es limitado debido a que los multimicronutrientes no son del gusto de los niños y niñas, y padres por ser de sabor invasivo y generar efectos secundarios como náuseas y diarreas.

A partir de los estudios revisados, se puede concluir que las principales razones de que las políticas de lucha contra la anemia no sean exitosas son la poca coordinación y la limitada capacidad institucional de los actores involucrados. Asimismo, otra razón que se observa, aunque no en todos los casos, es la ausencia de liderazgos y espacios de participación para autoridades locales. Por último, la ausencia de enfoques interculturales y territoriales en la implementación cada vez tiene mayor relevancia como factor explicativo de que la suplementación de hierro no sea exitosa.

A continuación, se abordará de forma teórica los conceptos de coordinación, capacidad institucional, liderazgo, burócratas de la calle, y enfoques interculturales y territoriales para tratar de comprender el fenómeno estudiado.

1.2. Descentralización y modernización del Estado peruano

Ciertamente, la descentralización y la modernización de la gestión pública del Estado peruano no es tema de estudio de la presente tesis, pero es necesario partir de ellas ya que ambos procesos engloban a los factores estudiados (coordinación, capacidad institucional, burocracias, liderazgo, y enfoques interculturales y territoriales).

En primer lugar, para MacLean – Arbaloa y Silva, la descentralización es “un proceso ordenado y progresivo mediante el cual se transfiere funciones, recursos y poder de decisión desde el gobierno central a las instancias del Estado más cercanas a la ciudadanía” (2000, p.15). Estas transferencias de funciones, poder y recursos se deben principalmente para asegurar la provisión de los bienes y servicios a la ciudadanía a través de las instancias estatales más cercanas como los gobiernos locales ya que son las idóneas para tal trabajo (Finot 2005). Asimismo, para Oates (1977), en su teoría de las finanzas públicas sostiene que la descentralización es la estructura que ayuda a mejorar la asignación de los recursos a través de la asociación de los gobiernos nacionales y subnacionales en el cual ambos tienen funciones delimitadas para responder a las demandas diferenciadas de cada población. De esta manera, la descentralización es un proceso en el cual se transfiere funciones, poder de decisión y recursos de los niveles centrales del gobierno hacia los niveles inferiores debido a que se busca garantizar una adecuada entrega de bienes y servicios a la población. El poder de decisión a nivel local es importante ya que la descentralización no debe ser entendido como proceso únicamente distributivo, es decir que los

gobiernos subnacionales solo entregan los bienes y servicios, sino que deben tener el poder de decidir qué bien y servicio entregar, y cómo hacerlo, de acuerdo a su realidad local. La relevancia de los recursos atraviesa por ser el soporte financiero y logístico para entregar los bienes y servicios. Mientras, las funciones claras son necesarias para garantizar la eficacia y eficiencia en la entrega y con ello evitar yuxtaposiciones entre los niveles de gobierno.

En el Perú, el proceso de descentralización se encuentra inconcluso según Revesz. Basado en la tipología de Falleti, quien plantea 3 tipos de descentralización: política, económica y administrativa, Revesz (2010), como muchos otros autores, sostiene que en el Perú se tiene un proceso de descentralización político y administrativo concluido, mientras que la económica ni siquiera ha iniciado. Es así, de acuerdo a Falleti (2006), no se puede hablar de un Estado descentralizado hasta completar los tres tipos ya que la ausencia de una seguirá generando la dependencia del centro. En ese sentido, Molina (2010) describe perfectamente lo señalado anteriormente por Falleti para el caso peruano. El autor considera que las políticas y programas siguen dependiendo totalmente del gobierno central, el cual, en los últimos años en vez de dar mayor protagonismo a los gobiernos subnacionales en la formulación e implementación de políticas, ha optado por centralizar las políticas sociales, como la alimentación escolar (Qali Warma), con la creación del MIDIS. Así, lo que se observa en la última década según Molina es una descentralización meramente formal en el cual existen las instancias subnacionales, pero que no son consideradas en la implementación de distintas políticas del gobierno central.

En segundo lugar, de acuerdo a la Secretaría de Gestión Pública de la PCM, la modernización de la gestión pública es un instrumento que orienta, articula e impulsa a todas las instituciones estatales hacia una administración pública coherente y eficaz al alcance de la ciudadanía. Así, se busca un Estado moderno que sea eficiente, inclusivo, unitario y descentralizado, transparente, y abierto. La eficiencia busca generar el mayor valor social con el menor costo posible, pero manteniendo la calidad óptima de los bienes y servicios entregados. La inclusividad busca asegurar que todos los ciudadanos tengan la mismas oportunidades e igualdad de acceso a los bienes y servicios brindados por el estado. Un estado unitario y descentralizado busca garantizar que todas las políticas y proyectos sean adaptadas a cada espacio territorial y cultural del país para satisfacer el consumo de cada bien y servicio brindado. Un estado abierto busca que sea accesible para todos los ciudadanos en el cual se

fomente su participación a través de la rendición de cuentas o su participación en la elaboración de políticas (presupuesto participativo). De esta manera, los cinco pilares de la Modernización de la gestión pública son las políticas integrales, el presupuesto por resultados, la gestión de procesos simplificados, el servicio civil meritocrático, y los sistemas de evaluación y seguimiento de políticas, con los que se busca transformar la administración pública con el objetivo central de estar orientado a la satisfacción del ciudadano.

El proceso de modernización de la gestión pública en el Perú inició en el 2010, sin embargo, tal como sucede con el proceso de descentralización, hasta al día de hoy se encuentra inconcluso. De acuerdo a Rodríguez (2012), la estrategia de modernizar el Estado se planteó en forma de grupos. Así, las 25 regiones del Perú conformadas por Gobiernos regionales y los Gobiernos municipales fueron agrupadas para iniciar el proceso. No obstante, el autor describe la mala experiencia de la región Ica en el proceso de modernizarse. Por un lado, la ausencia de fondos propios y la dependencia del MEF generó que el proceso administrativo dentro de la región sea tedioso ya que las decisiones acordadas no eran financiadas desde el centro por lo que el bien o servicio a entregar no se realizaba satisfactoriamente. Por otro lado, la enorme burocratización de los gobiernos subnacionales, luego del segundo proceso de descentralización del año 2004, generó diversos trámites administrativos que terminó dificultando la implementación de las políticas.

Ahora bien, ¿Cómo la descentralización y la modernización inconclusa en el país afecta a la coordinación, capacidad institucional, burocracias, liderazgo y enfoques territoriales e interculturales en la implementación de las políticas públicas? De acuerdo Marsh (1998), Repetto (2005), Gómez (2019), los grados de descentralización y modernización influyen en la implementación debido a que se expresan en, una débil coordinación ya que los actores involucrados no tienen sus funciones claras; una incipiente capacidad institucional debido a que las agencias estatales encargadas de la implementación carecen de los recursos; burocracias inoperantes e inmanejables debido a que se desvían del objetivo principal diseñado de la política; liderazgo ausentes porque la política no genera los espacios para la participación de actores clave en la implementación por estar altamente centralizado; y en la ausencia de enfoques territoriales e interculturales porque la política se encuentra distante de la realidad de cada territorio y cultura.

1.3. La coordinación de políticas públicas

La implementación de políticas públicas son procesos complejos debido a la participación de distintos actores que realizan una multiplicidad de actividades con recursos asimétricos entre sí e intereses propios para materializar el diseño de las políticas. Según Bardach (1997), la implementación se define como un proceso de ensamblaje en el cual hay distintos actores y partes como los recursos financieros, las instituciones públicas, los procesos administrativos, los grupos de apoyo, etc, que deben integrarse de manera perfecta para que la ejecución sea tal cual el diseño elaborado. La gran cantidad de actores en el proceso de implementación se debe al carácter multicausal del problema público a intervenir. Así, de acuerdo a Repetto (2005) y Navarro (2013), los problemas multicausales requieren respuestas multisectoriales que involucren a todos los sectores y niveles de gobierno.

Justo, debido a la gran cantidad de actores en el proceso de implementación por problemas públicos multidimensionales y multicausales es necesario que todos los actores involucrados coordinen y articulen sus acciones para evitar duplicidad de actividades, disminuir los costos operativos, ahorrar tiempo, eliminar contradicciones, incrementar la eficacia y eficiencia, y mejorar el acceso de bienes y servicios a los ciudadanos.

Repetto (2005), entiende la coordinación como un proceso mediante el cual se generan sinergias (entendida como aquello que resulta de la acción de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de la gestión pública. De igual manera, Peters y Mawson (1984), denominan a la coordinación como la “piedra filosofal” de la administración de las políticas públicas ya que permite que todos los actores involucrados en una tarea determinada en el proceso implementación tengan en cuenta la labor de los otros agentes. Sin embargo, existe distintas escalas de coordinación.

Fernández (2017) sintetiza una propuesta en base a Navarro (2010), Ilari (2010) y Castañeda (2012) para medir la coordinación en el proceso de políticas públicas.

Tabla 1: Escalas de coordinación en el proceso de políticas públicas.

Procesos Subyacentes	Resultados
Coherencia	Alineación estratégica
Colaboración	Delimitación y clarificación de roles
Cooperación	Negociación y apoyo mutuo. Competencias.
Articulación	Concertación entre actores y sectores/alineación estratégica

Fuente: Elaboración propia, en base a Fernández (2017).

De las cuatro escalas planteadas por Fernández. La coherencia es un proceso centrado en la formulación de las políticas públicas que busca que la unión de actores y acciones sean lógicas y consecuentes, en otras palabras, que no se yuxtapongan y contradigan. La colaboración, de acuerdo a Castañeda (2012), es el “deber de auxilio” entre los entes involucrados en la política pública que deben complementar sus actuaciones. La cooperación, para Navarro (2010), es el intercambio de recursos e información para lograr un objetivo común. La articulación, según Ilari (2010), es el desarrollo de actividades conjuntas de dos o más actores que buscan un objetivo común. Asimismo, cabe señalar que la articulación es la escala a aspirar producto de la acumulación de las otras tres escalas planteadas.

Dentro del Estado, la coordinación no es un fin en sí mismo, sino es una herramienta que busca el trabajo conjunto de los actores involucrados en la política. No obstante, en un país con distintos sectores y niveles de gobierno las escalas de coordinación requeridas no son iguales. Por ello, la coordinación exige una doble coordinación de las acciones. Por un lado, una coordinación intersectorial (horizontal) entre los sectores del gobierno. Por otro lado, una coordinación intergubernamental (vertical) entre los niveles de gobierno.

1.3.1 La coordinación intersectorial

Como se mencionó páginas atrás, la multicausalidad de los problemas públicos requiere respuestas multisectoriales con todos los sectores que comparten responsabilidades y saberes sobre una de las causas del problema. Por ejemplo, las actuales estrategias de lucha contra la anemia en el país involucran diversos sectores

del gobierno central como salud, inclusión social, vivienda, educación, cultura y poblaciones vulnerables.

La coordinación intersectorial alude principalmente a las acciones de los ministerios o partidas sectoriales que aportan con su labor y conocimiento específico sobre un determinado problema a través de pactos y acuerdos para que la respuesta al problema sea una suma de sinergias. Sin embargo, la acción intersectorial no es fácil de conseguir por lo que es necesario disponer de ciertos factores que aseguren a la política la intersectorialidad. Primero, se deben diseñar dispositivos institucionales que eviten la resistencia y la lucha de poder para compartir conocimientos, recursos, responsabilidades y acciones en conjunto. Segundo, crear organizaciones formales que permitan la participación y toma de decisiones por todos los involucrados. Tercero, se debe disponer de mecanismos integradores internos a través de planes elaborados por todos los sectores, Cuarto, asegurar el financiamiento y presupuesto a las acciones decididas. Y quinto, garantizar la presencia de un agente catalítico que cuente con legitimidad y autoridad para convocar y representar a todos los sectores involucrados (Repetto y Fernández 2012).

Tabla 2: Factores que aseguran la coordinación intersectorial.

Factores
1. Diseño de dispositivos institucionales
2. Crear organizaciones formales
3. Disponer de mecanismos integradores
4. Asegurar el financiamiento
5. Garantizar la participación de agentes clave

Fuente: Elaboración propia, en base a Repetto y Fernández (2012).

Aunque, el hecho de que los ministerios o sectores se ubiquen en el ámbito nacional no significa que los arreglos intersectoriales se dan solo a ese nivel. Así, según Repetto (2005), la coordinación intersectorial se puede dar en tres ámbitos: en el nacional centrado en los ministerios los cuales toman las decisiones políticas a través de pactos y consensos; en el ámbito subnacional en el cual las organizaciones desconcentradas de los ministerios alteran los procesos definidos previamente para

su ejecución; y en el ámbito local en el que los funcionarios o “burócratas de la calle” realizan cambios significativos para implementar la política.

1.3.2. La coordinación intergubernamental

De acuerdo a Wright, la coordinación intergubernamental se refiere a las interacciones e influencias entre los entes y actores de diferentes niveles de gobierno. De manera complementaria, Bañón sostiene que la coordinación intergubernamental es un “conjunto de conductas que ligan a los funcionarios públicos nacionales con los entes locales” (1997, p.127). En esa línea, Hernández lo define como las acciones y recursos intercambiados entre dos o más instancias de gobiernos. De esta manera, los gobiernos subnacionales ganan protagonismo en la implementación debido a que, principalmente en Estados descentralizados, son los más cercanos a la ciudadanía y con ello se puede conseguir mejores resultados ya que se mejora el acceso a bienes y servicios.

En el caso del Perú, con un proceso de descentralización inconcluso, explicado previamente, se puede plantear distintos tipos de coordinación intergubernamental a partir de los estudios de Cabrero Mendoza (2006). Si bien, el autor plantea su tipología en base a criterios de centralización, se considera que se respeta el planteamiento original del autor cuando se cambia de criterio a descentralización. De esta manera, la Coordinación Jerárquica se debe al bajo nivel de descentralización y coordinación que no permite obtener los beneficios de cercanía a la ciudadanía de los gobiernos locales por lo que la implementación será costosa y poco eficaz. En la Dispersión, el proceso de descentralización se lleva a cabo con el fin de deshacerse de funciones por parte del gobierno central a los gobiernos subnacionales, los cuales al carecer de la capacidad de coordinar y articular con otros actores termina implementado de forma errónea la política. En la Coordinación Donante – Receptor el nivel de coordinación es elevado entre los niveles de gobierno, pero debido a un bajo nivel de descentralización, los gobiernos subnacionales no cuentan con los recursos para implementar. En el Gobierno Multinivel todos los niveles de gobierno cuentan con los recursos y participan de la implementación de la política. A su vez, la coordinación entre los involucrados es constante por lo que la política tiene grandes posibilidades de cumplir correctamente con sus objetivos (Cabrero Mendoza 2006).

Tabla 3: Niveles de descentralización y coordinación en relaciones intergubernamentales

		Nivel de descentralización en la política pública	
		Bajo	Alto
Niveles de coordinación en las relaciones intergubernamentales	Bajo	Coordinación Jerárquica	Dispersión
	Alto	Coordinación donante - receptor	Gobierno multinivel

Fuente: elaboración propia, en base a Cabrero Mendoza (2006).

De igual manera, Licha y Molina (2005) plantea un grupo de criterios y condiciones para que la coordinación intergubernamental sea efectiva. Estos criterios y condiciones son la voluntad y cohesión política que se expresa en el apoyo constante de las autoridades centrales para que los procesos de coordinación entre los involucrados avance; la definición de problemas estratégicos en el que es vital contar con la participación de todos los involucrados ya que así la política puede abordar correctamente el problema público a tratar; la presencia de estructuras y mecanismos de coordinación que establezcan las funciones y los objetivos claros; la capacidad de gestión en el cual los actores puedan contar con las capacidades políticas y técnicas requeridas para la coordinación: legitimidad, aprendizaje, cohesión, negociación, etc; los espacios de diálogo y deliberación que fomentan la sinergia en los objetivos y acciones; la presencia de una cultura de cooperación e incentivos que fomente la coordinación en los funcionarios; y por último, Licha y Molina (2005), enfatizan la necesidad de contar con sistemas de información, comunicación, monitoreo y evaluación para retroalimentar la política con la información que va surgiendo.

De esta manera, la coordinación intergubernamental busca un Estado multinivel coherente, participativo y eficaz, aunque los grandes retos que enfrenta se deben por problemas vinculados a la capacidad institucional de las agencias, los liderazgos y las burocracias que finalmente también son variables importantes para que la política sea exitosa.

1.4. La capacidad institucional

En las últimas décadas, las experiencias en la implementación de políticas de distintos países han evidenciado que el desempeño depende, en gran medida, de las capacidades institucionales de los entes o agencias a cargo del proceso. Es así, que parte del problema del desempeño de las políticas públicas, tiene que ver con la capacidad de las instituciones por traducir las leyes o políticas del papel a la realidad. A ello, los procesos de descentralización y modernización del Estado han sumado nuevos retos a las instituciones al asignar mayores funciones e injerencia en la sociedad. Por ello, cada vez, es necesario que las instituciones y agencias cuenten con la suficiente capacidad para abordar problemas públicos complejos y multicausales.

A través del tiempo, la definición de capacidad institucional ha evolucionado por lo que hoy en día no existe una definición única o precisa. Así, para Rosas (2019), existen cuatro grupos conceptuales:

“1) aquellas definiciones que aluden a la capacidad como potencial para cumplir tareas (capacidad indicada), 2) otras que refieren a la capacidad como la actuación del gobierno o su desempeño (capacidad efectiva), 3) unas más que la asumen como las habilidades producidas (capacidad como producto), y por último 4) aquellas que la refieren como los esfuerzos por mejorar la actuación gubernamental o su desempeño (capacidad como proceso)” (2019, p.87).

Cada grupo hace referencia a épocas y formas distintas de pensar el concepto. Por ejemplo, en los 90, la capacidad institucional se entendía como la administración de los recursos de las instituciones con eficiencia y transparencia para responder de manera equitativa a las demandas de la ciudadanía. Este tipo de definición, según Ospina (2002), buscaba convertir a la capacidad institucional en una herramienta fundamental del “buen gobierno” por lo que durante esa época fue común políticas dirigidas a fortalecer y construir capacidades en las instituciones. De hecho, los procesos de descentralización y modernización del Estado estuvieron enfocados en fortalecer las capacidades de los gobiernos subnacionales y otras instituciones encargadas de entregar los bienes y servicios. Sin embargo, estudios recientes entienden la capacidad institucional no como una herramienta de análisis interno, sino como un marco de gobernanza; es decir, se refiere a la participación de grupos sociales y actores claves en el ciclo de políticas. Así, ahora, la capacidad institucional se define como la capacidad de construcción de alianzas y relaciones con otras instituciones en el marco del proceso de política pública (Carpenter 2001).

En ese sentido, para el presente trabajo se va a agrupar la definición de algunos autores como Sikkink (1993), Oszlak (2004) y Rosas (2019) para adaptar el concepto al problema que se trata de analizar y explicar. Así, lo que se entiende por capacidad institucional es la eficiencia y eficacia administrativa de las instituciones públicas en alcanzar sus objetivos. Así, la disponibilidad de recursos humanos, materiales, infraestructura y tecnología que poseen las instituciones son consideradas herramientas de la capacidad institucional para la producción y gestión de la implementación de la política. Asimismo, estas herramientas permiten la coordinación, el liderazgo y la adaptación al contexto de cada territorio.

Para Fukuyama (2004), la importancia de la capacidad institucional se debe principalmente a que permite la presencia del Estado en un determinado territorio, a través del alcance y fuerza de la institución. Por alcance, el autor, entiende las actividades como parte de sus funciones que la institución realiza en el territorio. Mientras, por fuerza, comprende a la capacidad de elaborar e implementar la política en determinado territorio. En esa línea, Soifer y Van Hau (2008), sostienen que instituciones mejor equipadas, es decir, con mayores recursos humanos, financieros, infraestructura, etc, van responder de manera más adecuada a los problemas que se enfrentan y con ello podrán proveer mejores servicios y bienes en cualquier área o territorio. De esta manera, de Fukuyama se concluye que el Estado no estará presente de forma homogénea en todo su territorio, sino más bien existirán zonas con poca o nula presencia estatal donde existen grandes brechas en infraestructura, burocracias y tecnología.

Para medir la capacidad institucional se ha adaptado el trabajo de Rosa (2019) que sintetiza los distintos conceptos de capacidad institucional a través del tiempo. La propuesta de Rosas se basa en los trabajos de Evans (1996), Grindle (1997a), Forss y Venson (2003), Alonso (2001), Tobelem (1992), Oszlak y Orellana (2001) y Repetto (2004) para una mejor comprensión de los recursos disponibles con los que cuenta las instituciones.

Tabla 4: Propuesta para evaluar la capacidad institucional.

Nivel	Factor	Indicador
Micro (personal)	Recursos Humanos	Número de personal
		Tipos de contrato
		Tiempo laborado
		Perfil profesional
Meso (organización)	Recursos Financieros	Presupuesto
	Coordinación	Tipo de coordinación
	Marcos Normativos	Existencia de marcos normativos

Fuente: Elaboración propia, en base a Rosas (2019).

La tipología planteada comprende dos niveles. Primero, el nivel micro, referido a los recursos humanos como los equipos técnicos y los funcionarios de primera línea que tienen como objetivo cumplir con un fin en particular. Por ende, parte del éxito o fracaso de la política se debe a ellos. Así, las cualidades que se consideran oportunas para los recursos humanos son: el número de personas dedicadas a la gestión y coordinación de las acciones orientadas a atender el problema, tipo de personal contratado (directivo u operativo), tiempo de dedicación, y tipo de contratación. Segundo, el nivel meso, que comprende al funcionamiento de las instituciones se refiere a los recursos financieros, como los presupuestos; la coordinación del personal dentro de la institución – si existe cooperación entre el personal -; y el establecimiento de marco normativos por las autoridades que los funcionarios deben cumplir en la institución (Rosas 2019).

Así, del amplio repertorio de definiciones sobre capacidad institucional, para este trabajo se adopta las definiciones brindadas por Sikkink, Oszlak, Soifer, Van Hau y Rosas que se centran principalmente en los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos que deben contar las instituciones estatales para garantizar la implementación de política. Asimismo, se debe tener presente, a partir de Fukuyama, que la capacidad institucional no es homogénea en el territorio, sino en distintas partes del Estado este no estará presente por su débil alcance y fuerza. Por

último, la tipología de Rosas se ha adaptado para medir la capacidad institucional expresada en recursos humanos, presupuestales, materiales y tecnológicos.

1.5. El liderazgo

El liderazgo es un término complejo, fragmentado y contradictorio de abordar por su ambigüedad ya que existen distintas conceptualizaciones que enumeran diversas características que los líderes deberían poseer. Como sostiene Northouse, “tan pronto como intentamos definirlo, descubrimos que el liderazgo tiene otros significados” (2001, p.01). Las distintas conceptualizaciones sobre liderazgo se deben a que ha sido un tema central de muchas disciplinas como la Psicología, la Sociología y la Ciencia Política.

A pesar de la ambigüedad del término, en las Ciencias Sociales, el liderazgo tiene tres significados ampliamente usados. El primero se refiere al atributo posicional o laboral de la persona. El segundo se entiende como una cualidad distintiva de una persona. Y el tercero, como la calidad del comportamiento de la persona (Molina y Delgado 2001). Así, cada uno de los significados ha dado origen a definiciones distintas sobre el liderazgo. Para Paigue (1977), el liderazgo se concibe como un fenómeno de creatividad y conducta en el cual la interacción de una determinada persona con otras del mismo potencial se compromete en proyectos de importancia social. Para Ortega y Gasset (1971), el liderazgo es la influencia de una persona sobre las otras para alcanzar objetivos comunes en determinadas situaciones. El enfoque situacional – contingente de Ortega y Gasset es interesante ya que plantea que una persona no es necesariamente líder en todas las situaciones, sino dependiendo de la situación las cualidades de aquel individuo le van otorgar el liderato sobre los demás. Mientras, para Maisonneuve (1966), el liderazgo se resume a la conducta de un individuo que se compromete a dirigir a una institución o grupo hacia objetivos planteados, de esa manera, el liderazgo se vincula a un tema posicional del individuo dentro de una organización.

1.5.1. El liderazgo en la implementación de políticas públicas

Dentro del análisis político, el liderazgo no es un tema nuevo. De hecho, en los clásicos griegos como en *La República* de Platón o *La Política* de Aristóteles se presta mucha atención a las cualidades y dotes naturales de los hombres a ser gobernantes o líderes. Por su parte, Maquiavelo y Hobbes también centran su atención en el

liderazgo del príncipe o el leviatán y como estos deben comportarse para adquirir y mantener su posición. Más actual, con la institucionalización de la Ciencia Política, los estudios de liderazgo se diversificaron por diversos temas. Así, según Verba (1968), la irrupción de los partidos, las sociedades de masas, las pugnas de poderes constituidos y los procesos de política han permitido sistematizar el estudio del liderazgo en la política.

Ahora bien, según Dargent (2012), los procesos de implementación requieren de actores políticos nacionales y subnacionales que estén dispuestos a impulsar y apoyar la aplicación de la política para que esta no se termine estancando. En ese sentido, la definición de Matus (2008), es la mejor para abordar el liderazgo en la implementación de políticas ya que para este autor el liderazgo político constituye una cuota de confianza y continuidad a las políticas a través de la movilización de recursos, motivación de los funcionarios y vínculo entre el aparato estatal y la ciudadanía. Además, para él, el liderazgo no se reduce únicamente al plano político, sino que sostiene que en una política es necesario contar con liderazgos múltiples desde autoridades, funcionarios técnicos y actores de la sociedad ya que de esta manera la política se nutre con la participación y aportes de todos. En esa misma línea, Serafinoff (2017), plantea tres tipos de liderazgos que se encuentran presente en la implementación de políticas: el político encargado de la toma de decisiones y conformado, principalmente, por autoridades electas y funcionarios de confianza. El técnico, conformado por burócratas y equipos técnicos quienes se deben encargar de administrar y ejecutar las políticas por lo que sus cualidades y conocimientos son vitales para tales propósitos. Y finalmente, el liderazgo mixto, en el cual suelen ser funcionarios que gozan de la estabilidad y confianza de las autoridades políticas y combinan las dimensiones políticas y técnicas para la implementación.

Tabla 5: Tipos de liderazgo en el proceso de implementación.

Tipos de liderazgo	
Político	Autoridades electas
Técnico	Funcionarios por meritocracia
Mixto	Funcionarios de confianza

Fuente: Elaboración propia, en base a Serafinoff (2017).

Según Matus (2008), el problema surge en la implementación cuando se elige, y designa autoridades y funcionarios sin vocación de liderazgo. En primer lugar, diversas autoridades elegidas carecen de cualidades y conductas que influyen en los funcionarios o grupos involucrados en el proceso de implementación. Por otro lado, muchos de los funcionarios encargados de coordinar, dirigir y conducir el proceso de implementación son “elegidos a dedo” por las autoridades políticas lo cual, en muchos casos, repercute en la aplicación de la política ya que estos no cuentan con el conocimiento ni el compromiso para alcanzar los objetivos.

Blondel (1987), plantea una tipología para medir el liderazgo a través de dos dimensiones: alcance del liderazgo e intensidad del cambio. Para fines prácticos del presente trabajo, se tomará parte de su tipología para analizar el liderazgo en la implementación de políticas. Por un lado, el alcance del liderazgo se refiere a la amplitud de dominio del líder que cuenta sobre la política y el Estado. Así, se plantea dos tipos: líder moderado, que comprende a aquellos líderes con gran peso en la implementación de las políticas debido a su importancia clave para alcanzar los objetivos. Pueden ser autoridades subnacionales o funcionarios a cargo de organismos desconcentrados y subnacionales, y líder especializado que alude a líderes en situaciones y acciones concretas en el cual el desempeño de su papel es necesario para que la política se materialice como autoridades locales o los burócratas que dirigen los equipos técnicos. Por otro lado, la segunda dimensión, intensidad del cambio, se refiere a la capacidad de cambio que tiene el líder sobre la política ya que, en países heterogéneos, como el nuestro, es necesario que la política cambie y se adapte a los contextos regionales y locales de cada territorio. Así, se plantea tres tipos de intensidad: profundo, el cual se refiere a reformas totales de la estructura o la política en que se cambia el enfoque, los indicadores, las instituciones, los objetivos, etc. Moderado, cambios determinantes en el proceso de hacer las cosas, aunque no son totalmente significativos ya que se conservan las ideas centrales. Se trata de un proceso de adaptación de la política al contexto respetando el marco normativo y objetivo central de la política. Y mínimo, en el cual los cambios no repercuten en los procesos de la política y se limita a seguir lo que ordena la política.

Tabla 6: Tipos de liderazgos en el proceso de implementación según su alcance e intensidad de cambio sobre la política.

	Mínimo	Moderado	Profundo
Moderado (Nivel regional)	Confortador	Redefinidor	Reformista
Especializado (Nivel distrital)	Gestor	Reajustador	Innovador

Fuente: Elaboración propia, en base a Blondel (1987)

En síntesis, el liderazgo es un concepto complejo de abordar debido a los distintos significados que ha adquirido. En el caso del liderazgo político, exactamente en el proceso de implementación, su importancia radica en que son la fuente de sostenibilidad de la política ya que designa los recursos por parte de los líderes políticos. Mientras, para los líderes técnicos son importantes ya que definen y dirigen el proceso de implementación a través de motivación y organización de los involucrados.

1.6. Los burócratas de la calle

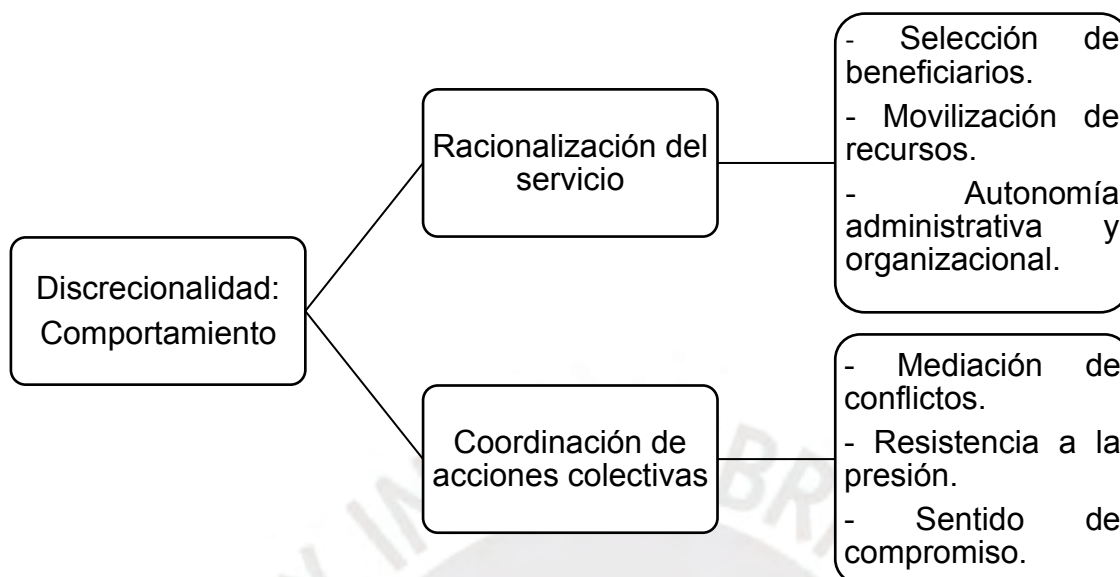
En el proceso de políticas públicas dos enfoques prevalecen para su análisis: *top Down* y *bottom up*. El primer enfoque centra el análisis en el proceso de formulación ya que consideraba que la política se decidía en las instancias más altas de los gobiernos nacionales donde se tomaba las decisiones. No obstante, al transcurrir el tiempo, este enfoque no podía explicar el fracaso de muchas políticas a pesar de un correcto proceso de formulación (Aguilar 1993). Así, los estudios del proceso de implementación ganaron terreno sobre la formulación a través del enfoque *bottom up*. Lipsky y Lindblom centran sus esfuerzos en analizar el tránsito de la política de niveles superiores a operadores y organizaciones en localidades concretas. De esta manera, el estudio de las burocracias toma relevancia en el proceso de políticas públicas ya que, de acuerdo a Lindblom (1980), son ellos los que hacen la política en el territorio.

Los burócratas de la calle son entendidos como “Aquellos servidores públicos que interactúan de manera directa con la ciudadanía en el desempeño de sus funciones. Estos servidores, para muchos de los ciudadanos, resultan ser la primera cara del Estado, son pues los primeros funcionarios del Estado con quienes la

ciudadanía toma contacto ya que ellos suelen ser quienes brindan el acceso a los programas del gobierno y quienes prestan servicios” (Verá 2017, p.31). Es por ello que Lipsky los denomina como los verdaderos *policy makers* cuando formula el término *Street-level bureaucrats*. Asimismo, para el autor, son los burócratas de la calle los causantes del fracaso constante de las políticas ya que al ser el nexo entre política y ciudadanos no aplican de manera correcta lo diseñado en los niveles superiores debido a la discrecionalidad con la que cuentan.

El poder discrecional de las burocracias surge entre el cumplimiento de los objetivos diseñados en la política, el establecimiento de rutinas para simplificar su trabajo, y el limitado acceso a recursos para alcanzarlos. Así, la discrecionalidad se entiende como “la capacidad [de los servidores públicos] de adoptar programas de acción para reducir las tensiones y la complejidad de su acción” (Salej, Ardila y Bragato 2015, p.362). Esta tensión se expresa en la libertad de acción que posee el burócrata quien puede elegir entre varias opciones de acción o inacción para implementar la política. El poder discrecional, según Lipsky, se manifiesta entre dos mecanismos: la racionalización del servicio y la coordinación de la acción colectiva. Por un lado, la racionalización busca adaptar la prestación de servicios a las cantidades recursos disponibles y el número de demandas de los beneficiarios de una determinada política social. En el caso estudiado por Lipsky, se observa cómo los burócratas de la calle establecen mecanismos de selección o *triage* para sumar y priorizar a ciertas personas para la entrega del bien o servicio. Por otro lado, la coordinación de la acción colectiva se refiere a la cohesión social y coordinación que realiza el burócrata de primera línea en ciertas poblaciones para simplificar y mejorar la ejecución y el acceso a los bienes y servicios. Para ello, a veces, el burócrata asume un rol de mediador entre los conflictos que surgen lo cual termina demandando un mayor compromiso y control social (Lipsky citado en Salej, Ardila y Bragato 2015).

Gráfico 1: mecanismo del poder discrecional de los *Street-level bureaucrats*.



Fuente: elaboración propia, en base a Lipsky, Salej y otros (2015).

Salej, Ardila y Bragato (2015) agrega otros problemas en torno a los burócratas de la calle como la relación, las experiencias y la retroalimentación entre burócratas, y la organización de la agencia a la cual pertenece el burócrata. Primero, los autores llaman la atención sobre el gran impacto que tienen las experiencias compartidas entre los compañeros de trabajo y la comunidad en los burócratas. Para ello, las experiencias son una gran ayuda para evaluar y retroalimentar sus actos en la materialización de las políticas. Segundo, otro de los problemas que los autores observan es la sobrecarga de funciones y su poca claridad que se designa a los burócratas. En muchos casos, los servidores públicos realizan distintas tareas, las cuales a su vez no se encuentran bien definidas, debido a la organización deficiente de sus agencias.

De esta manera, la incorporación de las burocracias en los estudios de implementación es necesario ya que, como demuestran Lipsky y Lindblom, las políticas terminan decidiéndose al momento de aplicar e interactuar con la ciudadanía. La discrecionalidad debido a los limitados recursos, el establecimiento de rutinas, las experiencias con colegas o la ciudadanía, y la organización de la agencia, tiene un rol

central en el desempeño de la política por lo que es una dimensión siempre a considerar para analizar el fracaso o éxito de una política.

1.7. Los enfoques intercultural y territorial

En la última década, la cultura y el territorio han ganado espacio en los estudios de Ciencia Política en la formulación e implementación de políticas públicas, aunque en las Ciencias Sociales son conceptos ampliamente estudiados desde la antropología. Sin embargo, lejos de conceptos consensuados, al día de hoy, lo intercultural y territorial son complejos de abordar desde la academia y las políticas públicas debido a la multiplicidad de interpretaciones.

Por un lado, el enfoque territorial, de acuerdo a Carrasco, implica “formular políticas condicionadas y adaptadas a las particularidades de cada territorio, que promueve su vinculación a la identidad e integración de quienes lo habitan” (2016, p.23). Esto debido a que los territorios redefinen los problemas públicos de cada población por lo que las soluciones deben ser, en lo posible, permeables al conocimiento y participación de actores locales. Justamente, según Schenider y Tantaruga, el enfoque territorial media entre lo local y aquello de mayor escala, como las regiones o el gobierno central, ya que las políticas nacionales y no focalizadas a un territorio en específico, muchas veces, tienen resultados diferenciados en cada territorio.

Para Trivelli (2019), el enfoque territorial requiere necesariamente el desarrollo de los territorios en el cual confluyen activamente políticas sectoriales y focalizadas que buscan nivelar las condiciones básicas de acceso a bienes y servicios. Para ello, las respuestas de los sectores y niveles de gobierno deben conocer e identificar las necesidades básicas que demandan las poblaciones para que los bienes y servicios ofertados se aproximen a las necesidades. El desarrollo territorial, según la autora, depende en gran medida de la interacción entre las estructuras, instituciones y formas de agencia dentro del territorio en el cual la concertación y la articulación social son la clave de la transformación de los territorios y el éxito de las políticas públicas.

Para la Defensoría del Pueblo (2018), los procesos de descentralización permiten un mayor desarrollo de los territorios ya que acercan al aparato estatal a la ciudadanía. Las regiones, provincias y distritos tienen como objetivo atender de manera oportuna las necesidades y adecuar los bienes y servicios a los contextos locales de cada territorio. Así, los gobiernos subnacionales deben garantizar la

concertación y adaptación de las acciones estatales para que las políticas se afiancen al territorio. Es por ello, según Tobar (2010), que las municipalidades son quienes tienen mayores oportunidades de aplicar modelos de enfoque territorial de salud ya que se tratan de las instancias de gobierno más cercanas a la población, aunque, para el autor, deben cumplir con tener en agenda la promoción de la salud como política de desarrollo local, el establecimiento de alianzas y pactos con otras instituciones presentes en el territorio, y la incorporación de espacios para la participación ciudadana.

De igual manera, Tobar (2010) postula que el enfoque territorial en salud debe satisfacer 4 condiciones básicas: el abordaje poblacional, el abordaje horizontal y descentralizado, el abordaje integral y la regulación de la oferta. Por abordaje poblacional, el autor entiende que “se trata de modelo de atención en salud que fija prioridades apuntando a mejorar la salud del conjunto antes que en el combate a las afecciones o enfermedades” (2010, p.07). En otras palabras, se busca enfatizar la prevención en salud de la población en su conjunto. Por abordaje horizontal y descentralizado se busca que la atención en salud (diagnóstico y tratamiento) se realice por los servicios públicos locales, siendo función de los sectores el garantizar el acceso. El abordaje integral se refiere a la cooperación y coordinación con otros sectores y niveles del sistema de salud. Al centrarse en los servicios públicos locales la promoción y prevención es salud, es necesario multiplicar los servicios con equipos de salud más completos. Por ejemplo, la presencia de un hospital en el territorio que trabaje de manera articulada con los centros de salud locales y que brinde servicios más complejos en salud. Por último, por regulación de la oferta se entiende que no se trata de habilitar de manera indiscriminada servicios de salud en cada territorio, sino que los servicios se adapten a los territorios y población que lo habitan.

Por otro lado, el enfoque intercultural conceptualmente es mucho más complejo de abordar que el enfoque territorial debido a lo polémico que es el término. A pesar de ello, los diferentes autores, Alarcón, Vidal y Neira (2003); Salaverry (2010); Alavés (2014); Yon y Salas (2017); coinciden que se trata de una herramienta de equidad no solo cultural, sino también material en el cual pueblos originarios y ancestrales son revaloradas e incorporadas en las políticas públicas y no son sólo vistas como entidades cerradas que aportan tradiciones históricas y folclore.

En salud, para Alarcón, Vidal y Neira, el enfoque intercultural hace referencia al “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del

usuario en el proceso de atención” (2003, p.01). Lo que se busca es valorar la diversidad biológica cultural y social de cada pueblo originario y nativo en el proceso de recuperación a través de acciones terapéuticas y el despliegue de diversas conductas que facilite la relación médico – paciente frente a la enfermedad. Para ello, la cultura se entiende como una entidad dinámica, de vida propia, que se adquiere, reproduce y transforma a través de continuos procesos de socialización y aprendizajes que los autores presentan en dos dimensiones: Cognitiva o abstracta que sintetiza lo simbólico (pensamientos, creencias y conocimiento) en el aprendizaje, y lo material que transforma lo simbólico en conductas, prácticas y normas sociales. Justamente, ambas dimensiones en el contexto de salud difieren entre médicos y pacientes.

Por un lado, los médicos cuentan con una formación exclusivamente basada en los sistemas médicos occidentales que se enfocan únicamente en la lógica científica comprobada. Así, la cultura de los médicos presenta axiomas y principios basados en modelos epistemológicos que los lleva a generar alternativas y sostener la práctica médica dentro de los márgenes de su formación. Por otro lado, la formación de los pacientes, en este caso ciudadanos nativos e indígenas, se basa en la cosmovisión de sus pueblos vinculado a lo espiritual y material, por lo tanto, las diferentes afecciones de salud que padecen son explicadas a través de tal cosmovisión (Salaverry 2010). Por ejemplo, estudios de Ponce (1986), en comunidades andinas del Perú, muestran como afecciones como la pérdida de peso o la desnutrición son explicadas desde lo espiritual y material: susto (sustracción del alma) y mal de ojo (influencia nociva de otros). Esto los lleva a recurrir a sanadores tradicionales (curanderos o brujos) para solucionar sus dolencias, ajenos a la lógica de los sistemas médicos occidentales. En la interacción de ambos sistemas se generan situaciones de rechazo por ambas partes. Los médicos son escépticos en incorporar la cultura y tradiciones de los pacientes indígenas y nativos ya que creen que es antagónico al sistema médico occidental aprendido. Por su parte, los pacientes temen la novedad de las nuevas prácticas médicas debido a la costumbre histórica de curarse en base al conocimiento de la comunidad.

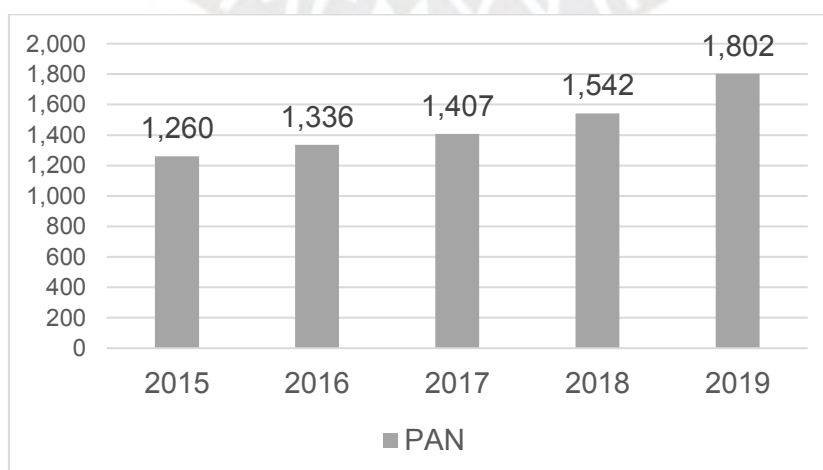
Por el conflicto médico – paciente es que surge el enfoque intercultural en salud que se centra en adaptar la atención de salud occidental a través de la incorporación de la cultura viva de los pueblos indígenas y nativos. Así, Alarcón, Vidal y Neira (2003), plantean dos niveles que permiten materializar la salud intercultural en las políticas públicas. El primer nivel se refiere a la estrategia de comunicación intercultural como

acción que permiten una mayor interacción médico – paciente ya que disminuye las barreras culturales y sociales del lenguaje. La comunicación en un mismo idioma empleada por ambas partes permite una mejor relación y comprensión médico – paciente y genera mayor satisfacción del servicio a los usuarios. El segundo nivel es un planteamiento más complejo que implica transformaciones estructurales del sistema de salud y no solo de los médicos. El proceso de validación cultural implica que la formación de los profesionales de la salud se transforme e integre elementos culturales y sociales de las comunidades indígenas y nativas en el cual la integración medicina occidental – cosmovisión local no sean antagónicas, sino complementarias.

1.8. Elección del caso de estudio

En los últimos años, el Estado peruano ha incrementado los esfuerzos por reducir la anemia infantil en el país a través de la formulación e implementación de distintas políticas y estrategias. De todas ellas, actualmente, las más relevantes son el Programa Articulado Nutricional (PAN) del MINSA, la Meta 4 del MEF y la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia del MIDIS, de las cuales el PAN es la columna vertebral de todas para combatir la anemia infantil ya que se centra en la suplementación nutricional del niño y niña con anemia. Las otras políticas, si bien, son importantes para reducir la prevalencia de la anemia trabajan de manera complementaria al PAN.

Gráfico 2: Presupuesto Inicial Modificado del Programa Articulado Nutricional entre 2015-2019.



Fuente: Elaboración propia (2020).

En ese sentido, en los últimos 5 años, el presupuesto del PAN pasó de 1, 260 millones a 1, 802 millones de nuevos soles, lo que corrobora el interés del Estado peruano en dar solución a la anemia infantil. Tal cantidad de presupuesto ha repercutido en una mayor cobertura del PAN a nivel territorial. Sin embargo, a pesar del incremento presupuestal y de la cobertura del PAN, los resultados siguen siendo insatisfactorios para todo el esfuerzo realizado ya que el índice de prevalencia de la anemia infantil se ha mantenido constante en el país.

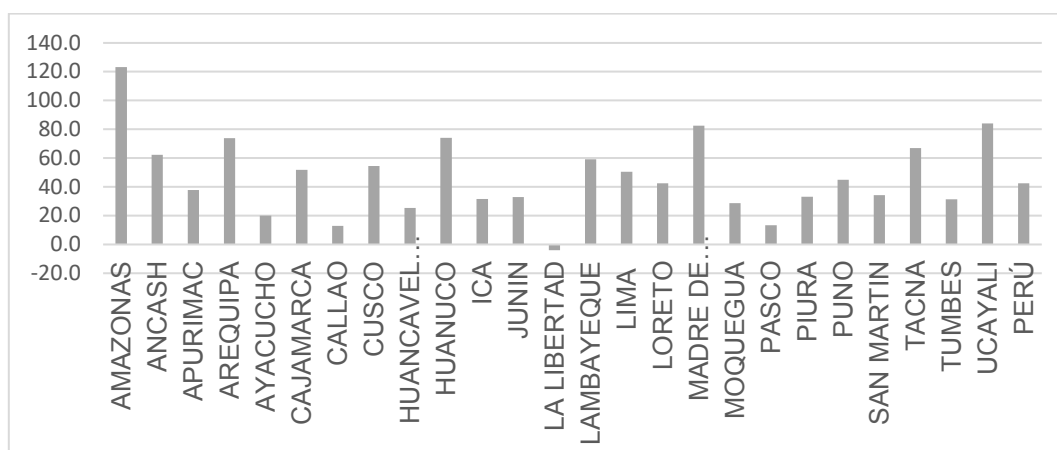
Tabla 7: Prevalencia de la anemia en el Perú entre 2015-2019.

Prevalencia de la anemia en el Perú 2015-2019					
PERÚ	2015	2016	2017	2018	2019
		43.5	43.6	43.6	43.5

Fuente: Elaboración propia, en base a Observatorio de la anemia y ENDES (2020).

A nivel regional, entre el 2015 y 2019, el presupuesto del PAN aumentó en todas las regiones, excepto en La Libertad. No obstante, tres regiones resaltan por la cantidad de dinero que han recibido entre 2018 y 2019 para combatir la anemia infantil. Cajamarca, Amazonas y Piura se ubican como las regiones con mayor presupuesto para combatir la anemia; 140 millones, 110 millones, y 107 millones respectivamente. Asimismo, Amazonas es la región con mayor incremento presupuestal entre 2015 – 2019, muy por encima de Ucayali y Madre de Dios, debido a la gravedad de la anemia en el territorio.

Gráfico 3: Incremento presupuestal del PAN según región entre 2015-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a Consulta amigable (2020).

A diferencia de Cajamarca y Piura, en Amazonas la población es muy reducida, poco más de 400 mil habitantes, lo que la ubica como la vigésima región más poblada del país, contrario a Piura y Cajamarca que son la tercera y quinta regiones más pobladas (Censo Nacional 2017). Lo que implica un mayor gasto per cápita en la región Amazonas que en las otras regiones del país. De igual manera, la región Amazonas, junto a Cajamarca, pertenecen al bloque de las regiones más pobres del país según el INEI, aunque con la diferencia de que Cajamarca es de las pocas regiones que presentan resultados positivos en la lucha contra la anemia. Contrario, Amazonas, que cuenta con el segundo mayor presupuesto del PAN y con el mayor gasto per cápita, sigue presentando elevados índices de prevalencia de la anemia infantil.

Tabla 8: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad en la región Amazonas.

ÍNDICE DE ANEMIA EN AMAZONAS					
REGIÓN	2015	2016	2017	2018	2019
AMAZONAS	45.1	44.6	51.2	44.5	40.1

Fuente: Elaboración propia, en base Observatorio contra la Anemia y ENDES (2020).

Por tales razones, la región Amazonas se convierte en un caso peculiar en la implementación contra la anemia ya que cuenta con muchos recursos presupuestales,

con poca población, pero con malos resultados en la lucha para disminuir la anemia infantil en el territorio. Es por ello, que la presente tesis abarca la pregunta de investigación ¿Por qué las políticas que buscan reducir la prevalencia de la anemia infantil en el Perú no logran resultados satisfactorios a pesar de contar con presupuestos y una amplia cobertura? Que será explicada a partir de la experiencia de la región Amazonas en su lucha contra la anemia infantil.

Para ello, la metodología de estudio se centró en la reconstrucción del proceso de implementación a nivel territorial en donde se observó la interacción de todas las instituciones involucradas y las principales limitaciones que enfrenta las políticas que combaten la anemia infantil.

A nivel territorial, las Unidades Ejecutoras (UE) de los Gobiernos Regionales son los encargados de administrar el presupuesto del PAN. En la región Amazonas, las UE en salud son tres: Región Amazonas - Salud Bagua, Región Amazonas - Salud Bagua y Salud Condorcanqui, de las cuales la primera abarca 4 provincias de la región a través de la Red de Salud de Chachapoyas por lo que recibe mayor presupuesto. Mientras, la UE Salud Condorcanqui es la única que abarca solo una provincia, Condorcanqui, pero que recibe un monto considerable de presupuesto del PAN.

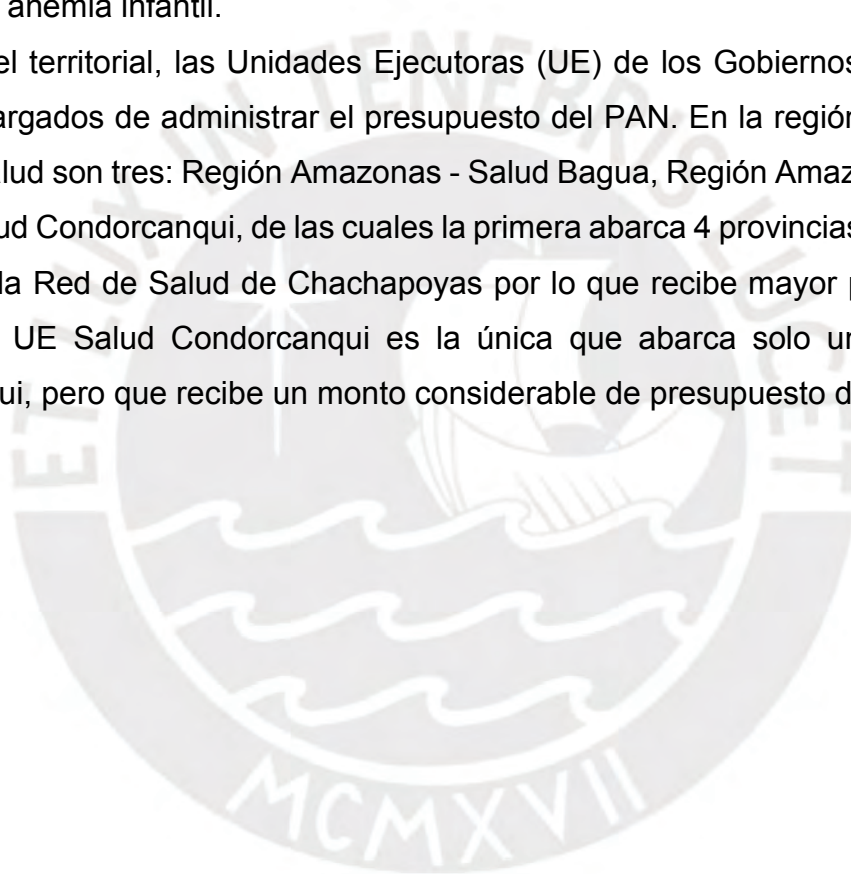


Tabla 9: GORE-Amazonas, PAN según unidad ejecutora, 2015-2019.

UNIDAD EJECUTORA	PAN				
	2015	2016	2017	2018	2019
Sede Central	7,196,405	4,282,908	268,288	4,479,082	41,033,976
Sub Región Bagua	0	313,633	75,865	0	0
Sub Región Condorcanqui	6,770,094	5,737,175	739,577	0	0
Sub Región Utcubamba	765,072	2,077	12,277	89,919	928,858
Región Amazonas – Salud	12,994,200	14,141,327	15,632,070	17,356,315	19,151,650
Región Amazonas - Salud Bagua	7,451,535	8,755,485	9,561,405	10,556,861	12,325,677
Apoyo Chachapoyas	1,835,229	1,897,115	1,954,685	2,541,733	2,954,589
Apoyo Bagua	1,555,741	1,929,026	2,366,082	3,670,674	3,787,343
Utcubamba	10,799,929	12,755,138	13,028,892	15,652,313	18,465,400
Salud Condorcanqui	0	0	6,341,254	8,554,594	11,493,936

Fuente: Elaboración propia, en base Consulta Amigable – MEF (2020).

Similar, a lo que sucede a nivel nacional y regional, a nivel territorial, desde hace algunos años, las provincias con mayor presupuesto del PAN, Chachapoyas, Bagua y Condorcanqui, son las que presentan mayor prevalencia de anemia infantil. No obstante, para el presente estudio se tomó las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui porque son representativas, como se verá en el capítulo 3, para abarcar toda la región Amazonas.

Tabla 10: Tasa de anemia en niños de 6-35 meses de edad según provincia.

PROVINCIA	2015	2016	2017	2018
CHACHAPOYAS	41.11	36.05	31.29	30.3
BAGUA	37.01	28.82	33.29	33.3
BONGARA	32.24	27.51	26.58	26.4
CONDORCANQUI	49.82	39.15	34.79	33.1
LUYA	26.07	23.6	22.42	18.4
RODRIGUEZ DE MENDOZA	26.71	21.19	20.94	27.4
UTCUBAMBA	29.5	27.26	21.61	17.3

Fuente: Elaboración propia, en base DIRESA – Amazonas (2020).

Para reconstruir el proceso de implementación de las políticas de lucha contra la anemia a nivel territorial se seleccionaron 2 distritos, por cada provincia seleccionada, en base al número de niños y niñas con anemia en sus jurisdicciones. En la provincia de Chachapoyas, los distritos con mayor número de niños y niñas con anemia fueron Chachapoyas y La Jalca. Mientras, en la provincia de Condorcanqui, los distritos de Nieva y Río Santiago fueron los que contaban con mayor número de infantes con anemia.

La reconstrucción del proceso de implementación consistió en revisión de literatura, documentos, entrevistas y visitas de campo. Primero, se realizó una revisión exhaustiva de literatura para observar las principales limitaciones de las políticas contra la anemia infantil. Luego, se revisaron evaluaciones de impacto del MIDIS e investigaciones sobre la anemia infantil en la región Amazonas, a su vez, documentos del Gobierno Regional para obtener una primera mirada de los principales problemas y alcances de las políticas de lucha contra la anemia infantil en el territorio.

Posteriormente, en los meses de noviembre y diciembre del año 2020 se realizaron las primeras entrevistas y visitas de campo en los distritos de Chachapoyas y La Jalca, en la provincia de Chachapoyas. Luego, en el mes de enero de 2021 se visitó los distritos de Nieva y Río Santiago, provincia de Condorcanqui, en donde se entrevistó a diversos funcionarios, se recorrió las instituciones y el territorio de la provincia para observar su situación en torno a la lucha contra la anemia. Por último, en los meses de abril y mayo se realizó una última visita a la provincia de Chachapoyas para entrevistar a funcionarios del gobierno regional, de la municipalidad provincial, de la Coordinación de Enlace del MIDIS y actores claves de

la Sociedad Civil como el presidente de la Asociación de Iglesias Evangélicas de Amazonas y al Coordinador Regional de la MCLCP.

En cada distrito visitado, los primeros funcionarios en ser entrevistados fueron el personal de salud de las microredes que se encargan de la salud pública de gran parte del territorio de los distritos. Allí se entrevistó a los jefes de las microredes de salud de Yerbabuena, Nieva y Galilea debido a su rol administrativo y asistencial que desempeña en la institución que resulta clave para entender el problema de la anemia infantil en todo el territorio y en la institución que lidera; a los jefes de los centros de salud de La Jalca, Yerbabuena, Nieva y Galilea quienes en muchos casos fueron también los jefes de microred y son parte del tratamiento de los niños y niñas con anemia, y desempeña un rol administrativo y asistencial en su institución que resulta relevante para comprender la situación de su institución y la anemia infantil. También, se entrevistó a las encargadas del PAN y la encargada de los tamizajes de niños y niñas de las microredes visitadas ya que son personal clave en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niños y niñas con anemia. De igual manera, en las redes de salud se entrevistó a los Coordinadores del PAN, aunque para el caso de Chachapoyas fue a la Coordinadora del PAN y a la Coordinadora de Nutrición de la Diresa – Amazonas ya que eran las encargadas de la parte administrativa de la red de salud de Chachapoyas. La importancia de hablar con ellos se debe a que son los encargados de adaptar las políticas y lineamientos nacionales a cada territorio y tener un diagnóstico preciso de la anemia infantil del territorio.

En el ámbito de los gobiernos locales, se entrevistó a los Gerentes de Desarrollo Social ya que son los responsables de asumir la secretaría técnica de las IAL, puesto más importante en la lucha contra la anemia infantil en el marco de la Estrategia de Gestión Territorial de 1ro la Infancia y de la Meta 4, pero que en algunos casos como en los distritos La Jalca y Nieva son derivados a otros funcionarios la responsabilidad, por ello en tales distritos se entrevistó a la encargada de programas sociales en el distrito de La Jalca y al encargado de monitoreo social en el distrito de Nieva por ser quienes asuman el rol de secretarios técnicos de la IAL en la práctica. Asimismo, debido a los hallazgos que se fueron encontrando en las visitas de campo se hizo necesario entrevistar a los encargados de Registro Civil de las municipalidades para tener conocimiento sobre la dimensión del problema de acceso a DNI de infantes en los territorios.

Por último, también se entrevistó a diversos funcionarios del MIDIS en las provincias. Primero, se conversó con los Gestores locales de la Unidad Territorial de Bagua encargados de corroborar las corresponsabilidades de las madres del programa JUNTOS y Cuna Más del distrito de La Jalca. Luego, a los jefes de las Unidades Territoriales de Bagua y Condorcanqui debido a que son los encargados de liderar todas las operaciones de los programas del MIDIS a nivel territorial. Finalmente, se entrevistó a los Coordinadores Regionales de Enlace del MIDIS en la provincia de Chachapoyas y Condorcanqui, quienes asumen un rol político para impulsar las estrategias del MIDIS en los territorios.

Además de realizar las entrevistas en las visitas de campo, se aprovechó para observar las condiciones de la infraestructura de las instituciones visitadas, así como la situación de los territorios de los distritos: sus vías de comunicación, su producción local, saneamiento, agua potable, etc, indicadores relevantes que fueron considerados para el presente estudio.



Capítulo 2: La lucha contra la anemia en el Perú: políticas y actores

En los últimos años, los esfuerzos para reducir la prevalencia de la anemia en el país se han incrementado notoriamente. Desde mayores marcos normativos y estrategias – políticas públicas – hasta la involucración de una gran diversidad de actores locales en las intervenciones. No obstante, el proceso de lucha contra la anemia es una acumulación de esfuerzos, de los últimos 10 años principalmente, en los cuales el Estado peruano ha ido promulgado y planificando diversas políticas públicas que han evolucionado con el paso del tiempo hasta la actual política de lucha contra la anemia. Así, en esta sección se recorrerán las principales políticas del Estado peruano para combatir la anemia infantil de manera indirecta o directa, como a su vez los principales actores y sistemas que conforman tales políticas.

2.1. Las políticas públicas peruanas para combatir la anemia infantil

Históricamente, la anemia infantil ha sido un problema de salud pública olvidado en el Perú. La primera intervención que se registra que trató de paliar la desnutrición infantil en el país fue el PRONAA, promulgado en el año 1992. De acuerdo con Meléndez (2004), el programa se centró en la seguridad alimentaria de población en condiciones de pobreza extrema a través de la suplementación nutricional de niños y niñas, y la provisión de desayunos y almuerzos a escolares. El programa tuvo limitado éxito con sus objetivos por su poca transparencia, pero fue el primer interés del Estado por tratar el tema de la desnutrición infantil a nivel nacional. Posteriormente, el PRONAA, fue enmarcado en el programa Wawa Wasi del MIMP, cuyo eje central era la desnutrición crónica y la participación de las municipalidades provinciales en la política. No obstante, el programa coincidió con el proceso de descentralización inconcluso que terminó llevándolo al fracaso (Guerrero y Sugimaru, 2010).

El 2007 fue un año clave en la lucha contra la anemia ya que se aprobaron las primeras estrategias vinculadas directamente a combatir la anemia infantil, y no solo la desnutrición crónica. Dos hechos son resaltantes, la aprobación del Plan Nacional Concertado en Salud¹ del MINSA con el objetivo central de reducir la prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de cinco años en condición de pobreza a través de la Estrategia Nacional CRECER, y el establecimiento del Programa de Presupuesto

¹ Recuperado en http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf

por Resultado (PpR) del Articulado Nutricional – Programa Articulado Nutricional (PAN) - principal herramienta del sector salud para luchar contra la anemia hasta la actualidad. Ambos programas, han sentado las principales acciones del Estado peruano que con el paso de los años se han consolidado y expandido con la aprobación de más planes de acción para combatir la anemia.

Así, en el año 2012, el MIMP aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012 – 2021² con el objetivo de que todo peruano y peruana menor de 18 años pueda acceder a servicios de salud de calidad. Asimismo, se propuso reducir la anemia y la desnutrición crónica en 5%. Sin embargo, tales objetivos no fueron alcanzados. Ese mismo año, el MINSA a través de la Resolución Ministerial N° 958-2012³ aprobó “El manejo terapéutico y preventivo de la anemia en los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas” que incorporó a las gestantes como población objetivo dentro de las estrategias de lucha contra la anemia.

En el año 2014, el MINSA aprobó el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016⁴ y un conjunto de directivas sanitarias, como la N° 260-2014⁵ y N°706-2014⁶, que promueven la lactancia materna y el consumo de multimicronutrientes para prevenir la anemia. Asimismo, el plan creó el programa NUTRIWAWA que buscó fortalecer el Control CRED en los niños y niñas menores de 3 años para que accedan a sus vacunas completas y los suplementos nutricionales. Con ello, se establecieron los criterios técnicos para las estrategias en marcha.

Para el año siguiente, 2015, el MINAGRI aprobó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021 que se enfocó en el fortalecimiento y balanceo de la alimentación y el adecuado estado nutricional de acuerdo a su cultura y territorio. Aunque, no hizo referencia directa a la anemia infantil se encontraba vinculada al problema de la anemia.

² Recuperado en https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf

³ Recuperado en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/270144/241235_RM958_2012_MINSA.pdf20190110-18386-ck2446.pdf

⁴ Recuperado en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3514.pdf>

⁵ Recuperado en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201251/198025_RM260_2014_MINSA.pdf20180926-32492-nma04g.pdf

⁶ Recuperado en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201933/198696_RM706_2014_MINSA.pdf20180926-32492-bxbkp.pdf

En el año 2017, el MINSA aprobó el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021⁷, con el objetivo de fortalecer las intervenciones de manera intersectorial y centrado en las etapas prenatal y neonatal de los niños y niñas con el apoyo del programa Cuna Más. De manera paralela, el mismo año, el MIDIS aprobó el Plan Sectorial para contribuir con la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en Niños y Niñas 2017-2021⁸, centrado en la gestión intersectorial e intergubernamental para combatir la anemia. De esta manera, el énfasis del Estado peruano se centró en la anemia infantil y la incorporación de nuevos actores, pero de manera aislada, en cual los ministerios no coordinaban sus acciones y realizaban intervenciones individuales.

En el año 2018, a través del Plan Multisectorial para la Lucha Contra la Anemia⁹ se buscó fusionar los diversos planes, estrategias y esfuerzos de los distintos sectores y niveles de gobierno para combatir la anemia bajo la rectoría del MIDIS. La novedad de esta nueva política fue la generación de espacios para la participación de los gobiernos locales y el establecimiento de indicadores de seguimiento y monitoreo a la política. No obstante, las principales limitaciones fueron que no se terminaron generando los espacios para la participación local y la mirada poco integral al problema de niñez ya que se centró únicamente en los niños menores de 3 años (Coordinador Regional de Enlace del MIDIS – Amazonas, 2021). Por lo que, el plan fue sustituido por una nueva estrategia del MIDIS el año 2019: La Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia, que prioriza la entrega de paquetes integrales a los niños y niñas menores de 5 años, y que articula todas las políticas, estrategias y actores anteriores.

⁷ Recuperado en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

⁸ Recuperado en <http://infanciaymedios.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/Plan-sectorial-para-reducir-la-Anemia-2017MIDIS.pdf>

⁹ Recuperado en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_multisectorial_de_lucha_contra_la_anemia_2018.pdf

Tabla 11: Políticas públicas para combatir la anemia en el Perú.

Rector	Política
PCM	Estrategia Nacional CRECER, 2007.
MEF	Programa Articulado Nutricional, 2008.
MIMP	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012 – 2021.
MINSA	Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2014-2016.
MINAGRI	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021.
MINSA	Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
MIDIS	Plan Sectorial para contribuir con la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en Niños y Niñas 2017-2021.
MIDIS	Plan Multisectorial para la Lucha Contra la Anemia, 2018.
MIDIS	Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia, 2019.

Fuente: Elaboración propia (2021).

2.2. La implementación de las políticas de lucha contra la anemia

Hasta el año 2020, son distintas las políticas y estrategias que se vienen implementando para combatir la anemia infantil. De todas ellas, actualmente, tres tienen mayor presencia a nivel territorial: la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia del MIDIS, el Programa Articulado Nutricional (PAN) del MINSA y la Meta 4 del MEF, las cuales constantemente se relacionan y complementan en su implementación.

2.2.1. La Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia y el MIDIS

La Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia del MIDIS, aprobado por Decreto Supremo N°003-2019, es actualmente la principal política para combatir la anemia infantil en el Perú ya que en el proceso de implementación a nivel territorial engloba y se complementa con el PAN del sector salud y la Meta 4 del MEF. Aunque, cabe señalar que son políticas distintas cada una. Lo novedoso de esta nueva política es 1. La visión integral a los problemas de la primera infancia, y 2. La generación de espacios de coordinación entre los actores involucrados.

El primer aspecto novedoso de la Estrategia 1ro la Infancia, a diferencia de las políticas anteriores, es que no se centra únicamente en reducir la anemia infantil y la desnutrición crónica. Más bien, su propuesta es una visión integral de los problemas de los niños y niñas por lo que propone distintas acciones para cada etapa de los infantes: desde la gestación hasta los 5 años de vida, a través de la entrega de paquetes integrales de servicios.

Tabla 12: Paquetes integrales de servicios del MIDIS.

Paquete 1	Dirigido a gestantes hasta antes del parto
	4 exámenes auxiliares (orina, hemoglobina / hematocrito, tamizaje VIH y sífilis).
	Atenciones prenatales
	Suplementación de hierro y ácido fólico
Paquete 2	Dirigido a niñas y niños menores de 2 años
	Documento de identidad (DNI)
	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) completo
	Vacunas de neumococo y rotavirus
	Suplementación con hierro
Paquete 3	Dosaje de hemoglobina
	Dirigido a niñas y niños de entre 3-5 años.
Paquete 4	Acceso a la educación inicial desde los 3 años de edad
	Dirigido a niñas y niños de hasta 5 años.
	Acceso al agua clorada para consumo humano

Fuente, elaboración propia, en base al MIDIS (2020).

De esta manera, de acuerdo al MIDIS, la actual política busca responder de manera integral a la problemática infantil con el acceso oportuno a los servicios básicos de salud, alimentación, agua, saneamiento, educación e identidad.

El otro aspecto novedoso de la Estrategia 1ro la Infancia es que al ser una respuesta integral requiere la participación de distintos sectores y niveles de gobierno. Por lo que la actual política para combatir la anemia infantil ha generado tres espacios de coordinación y articulación para todos los involucrados. El primer espacio es la

Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) que lo integran el MIDIS, PCM, MEF, MINSA, MINEDU, MIMP, MINCUL, MVCS. Estos ministerios se encargan de definir e implementar mecanismos de generación de alertas para la entrega oportuna de paquetes integrales a las regiones y distritos. El segundo espacio es la Instancia de Articulación Regional (IAR) liderada por los gobiernos regionales quienes deben articular y adaptar los lineamientos de la política nacional a sus contextos locales para responder de manera sectorizada a las demandas locales. Por último, el tercer espacio es la Instancia de Articulación Local (IAL) liderada por los gobiernos locales con el apoyo de instituciones provinciales y distritales y representantes de la sociedad civil, que tienen como tarea la actualización del Padrón Nominal (PN), y la generación y seguimiento de las alertas para la entrega de los paquetes integrales.

Gráfico 4: Espacios de coordinación de la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia.



Fuente: MIDIS (2020).

De igual manera, el MIDIS promueve la participación de los gobiernos locales a través del programa el Sello Municipal que busca promover la entrega de servicios públicos de calidad, articulados y orientados a las necesidades de cada población. El Sello Municipal surge en año 2015, y el año 2019 fue actualizado las nuevas bases a través de la Resolución Ministerial N° 170-2019¹⁰.

El programa consta en la participación voluntaria de municipalidades distritales y provinciales con el fin de obtener un reconocimiento no monetario. En lo que se refiere a la anemia infantil, un producto del Sello Municipal es la promoción de la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia en niños y niñas menores de 12 meses la cual se debe cumplir a través de la ejecución presupuestal del PAN en brindar “conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses”. Con el cumplimiento de este producto y otros, las municipalidades tienen mayor posibilidad de ganar el reconocimiento. Cabe resaltar que el Sello Municipal se complementa con el Plan de Incentivos Municipales (PI) del MEF que se verá más adelante.

2.2.2. El Programa Articulado Nutricional y el MINSA

El Programa Articulado Nutricional (PAN) fue creado el 2008 en el marco del Programa de Presupuesto por Resultados (PpR) del MEF para combatir la desnutrición crónica. La rectoría de este programa está a cargo del MINSA y en la actualidad se ha convertido en la principal herramienta para la lucha contra la anemia en el sector salud. De acuerdo a su última actualización, la Resolución Ministerial 878-2019¹¹, el PAN consta de entregar bienes y servicios a niños y niñas para lograr objetivos en salud:

- Servicios de cuidado diurno accedan al control de calidad nutricional de alimentos.
- Las Comunidades accedan al consumo de agua para el consumo humano.
- Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica.

¹⁰ Recuperado en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342807/RM_170_2019MIDIS.pdf

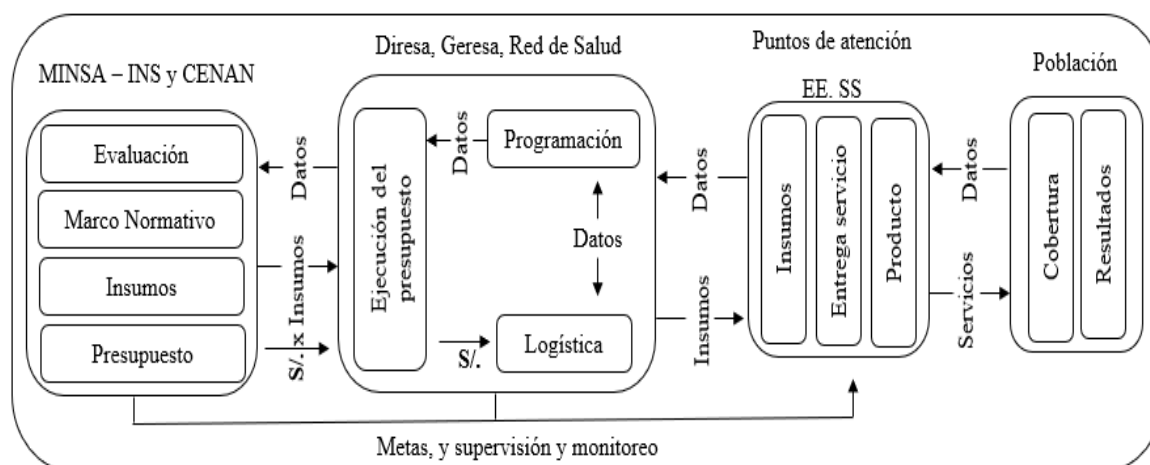
¹¹ Recuperado en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374711/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_878-2019-MINSA_compressed_1_.pdf

- Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
- Niños con vacunas completas.
- Niños con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo.
- Niños con suplementos nutricionales de hierro y vitamina A.
- Atención a infecciones respiratorias agudas.
- Atención a enfermedades diarreicas agudas.
- Gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico.

Los objetivos se alcanzan a través de la aplicación de los marcos normativos y la materialización de la política por los establecimientos de salud del MINSA, pero para ello existe un largo proceso previo.

El MINSA a través del Instituto Nacional de Salud (INS) y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) formulan la política nacional y elaboran los marcos normativos del PAN. A la vez, son los encargados de establecer las metas y objetivos; y supervisar, monitorear y evaluar el desarrollo de las intervenciones en las regiones y distritos. Por su parte, a nivel regional, las DIRESA, GERESA y Redes de Salud se hacen cargo de la adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos para las intervenciones, la programación del presupuesto del PAN de acuerdo a sus necesidades, y la supervisión y monitoreo del desarrollo de actividades de los puntos de atención. Mientras, los establecimientos de salud – Microredes de Salud e IPRESS – aplican los marcos normativos, cumplen con las metas establecidas y generan información con la implementación del PAN.

Gráfico 5: Esquema de implementación del PAN.



Fuente: elaboración propia, en base al HISMINSA (2021).

De esta manera, el MINSA asume un rol de planificador y evaluador del PAN. Las DIRESA y Redes de Salud asumen una tarea operativa que se centra en la logística del programa (Adquisición de recursos humanos, presupuestales, de infraestructura y tecnológicos). Y los puntos de atención, como los establecimientos de salud de las Microredes de Salud, asumen el rol asistencial que aplica y materializa el programa a nivel territorial.

Justamente, el rol asistencial de los establecimientos de salud está enmarcado en la Atención Primaria en Salud (APS). Una característica relevante a tomar en cuenta en la implementación de políticas públicas en el sector salud ya que, según Arroyo (2017), se centra en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y son funciones que se comparten con los gobiernos locales. Los principales establecimientos de salud dedicados a la APS en el sector salud son de tipo I-1, I-2, I-3 y I-4 que se encuentran a nivel territorial y que conforman las microredes de salud del sistema de salud del MINSA.

De igual manera, el ser el PAN un programa de PpR implica que funciona en base al cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por el INS-CENAN. Es decir, que los presupuestos que se entregan de manera anual dependen en gran medida del cumplimiento de las metas establecidas por las redes y microredes de salud el año anterior. De esta manera, de acuerdo al MEF, se busca promover el compromiso de las instancias regionales y locales de salud en el tema nutricional.

2.2.3. La meta 4 y los gobiernos locales

El año 2018, el MEF implementó la Meta 4 a través del Plan de Incentivos Municipales (PL). La meta se focaliza en las municipalidades tipo A, C, D y G que tienen que cumplir con “La promoción de una adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia” bajo el marco legal Art. 80. Saneamiento, Salubridad y Salud, de la Ley Orgánica de Municipalidades:

4.4. Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.

4.5. Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis¹² (Congreso de la República del Perú, Ley N.º 27972).

Inicialmente, cuando surgió la meta 4 se centró en la homologación y actualización del Padrón Nominal, pero en el transcurso de los años los objetivos han ido variando e incrementado. Así, para el año 2019, la meta fue realizar el 60% de visitas domiciliarias a niños y niñas con anemia de 4 a 5 meses y el 70%, a niños y niñas con anemia de 6 a 11 meses de edad. Mientras, para el año 2020, las visitas a realizar incrementaron en 10% a cada grupo de niños y niñas con anemia. Asimismo, con el surgimiento de las IAL, la Meta 4 viene exigiendo a las municipalidades conformar y liderar estos espacios de coordinación para tratar los temas de primera infancia.

La homologación de Padrón Nominal, de acuerdo a la Guía de Cumplimiento de la Meta 4, se debe realizar de manera mensual en la que la municipalidad, a través de un encargado del Padrón Nominal, debe buscar y ubicar a los niños y niñas mayores de tres meses y registrarlas en el Padrón Nominal. Este proceso se realiza en conjunto con el sector salud y programas sociales del MIDIS, Cuna Más y Juntos. Por su parte, las visitas domiciliarias son trabajadas por las municipalidades a través de los “agentes comunitarios”, que son miembros de la sociedad civil. Las visitas domiciliarias deben ser cada 10 días en el cual los agentes comunitarios corroboren que la ubicación del niño o niña sea correcta, verifique si se consume el suplemento nutricional, existe la práctica de lavado de mano y la transmisión de mensajes clave.

¹² Recuperado en

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publica/capacita/programacion_formulacion_presupuestal2012/Anexos/ley27972.pdf

Tales actividades son realizadas a cambio de un incentivo monetario de S/. 500 nuevos soles que dependen del número de visitas domiciliarias realizadas por el agente comunitario.

Cabe precisar que las actividades realizadas en el marco del cumplimiento de la Meta 4 se financian con presupuesto del PAN destinados a las municipalidades. Incluso, las otras metas del Plan de Incentivos Municipales (PI) vinculados al tema nutricional también, en parte, son financiadas por el presupuesto del PAN. Los ingresos obtenidos por cumplir con todas las metas del Plan de Incentivos Municipales (PI) son un reconocimiento monetario a la dedicación de las municipalidades que pueden ser empleados en diversos proyectos que consideren necesario, y no necesariamente en la lucha contra la anemia.



Capítulo 3: Amazonas, entre las tres mitades

La región Amazonas fue fundada en el año 1832, durante el gobierno de Agustín Gamarra. Originalmente, tuvo 3 provincias: Chachapoyas, Maynas y Pataz; luego, Maynas fue incorporada a la región de Loreto y Pataz, a la región de La Libertad. Desde el año 1980, Amazonas, cuenta con 7 provincias y en la actualidad, con 84 distritos.

Mapa 1: Mapa político de la región Amazonas.



Fuente: Seace (2020).

Amazonas se ubica en la parte nor oriental del Perú. Por el norte, limita con el país de Ecuador, por el sur con La Libertad, por el sureste con San Martín, por el este con Loreto y por el oeste con Cajamarca. Su territorio es de poco más de 4,2 millones de hectáreas en el cual las ecorregiones naturales que predominan son sierra y selva lo que plantea grandes retos a la implementación de las políticas nacionales.

El norte de la región, conformada por las provincias de Condorcanqui, Bagua y Utcubamba, se caracteriza por ser selva baja con la presencia de grandes ríos como

el Marañón donde, además, se dedican al cultivo extendido de arroz, yuca, plátanos y a la piscicultura de tilapia. La parte centro-este, conformada por las provincias de Bongará y Rodríguez de Mendoza, predomina la región natural de selva alta en la que se encuentran grandes bosques tropicales donde se cultiva café, piña, cacao y maní. Por último, el sur-oeste de la región Amazonas, conformada por las provincias de Chachapoyas y Luya, se caracteriza por ecosistemas mayoritariamente andinos donde se cultiva principalmente papa, maíz y frijoles, y la crianza de cuyes y ganado vacuno para la producción de leche y carne.

Tabla 13: Población total censada urbano y rural según provincia, Amazonas.

PROVINCIA	Total	Urbano		Rural	
		Absoluto	%	Absoluto	%
BAGUA	74,100	38,587	52.07	35,513	47.93
BONGARA	25,637	12,344	48.15	13,293	51.85
CHACHAPOYAS	55,506	37,214	67.05	18,292	32.95
CONDORCANQUI	42,470	4,075	9.60	38,395	90.40
LUYA	44,436	6,502	14.63	37,934	85.37
RODRIGUEZ DE MENDOZA	29,998	4,989	16.63	25,009	83.37
UTCUBAMBA	107,237	53,849	50.21	53,388	49.79
AMAZONAS	379,384	157,560	41.53	221,824	58.47

Fuente: Elaboración propia, en base al Censo Nacional 2017 – INEI (2017).

Demográficamente, según el Censo Nacional 2017, Amazonas es la cuarta región con menor densidad poblacional del país. Sus 379, 389 habitantes se dividen en 58.5% rural y 41.5% urbano. La provincia que concentra un mayor número de habitantes es Utcubamba con 107, 237 hab. donde se ubica la ciudad más poblada, Bagua Grande, y la más importante económicamente de la región. Mientras, Bongará es la provincia con menor población; 25, 637 hab, de la región. Asimismo, Chachapoyas es la provincia más urbanizada de Amazonas, en parte, porque concentra a la capital de la región, la ciudad de Chachapoyas, y las principales oficinas gubernamentales del gobierno central y regional. Por otra parte, Condorcanqui es la provincia con mayor población rural.

Así, parafraseando al poeta limeño César Calvo¹³ en su poema *Las tres mitades de Ino Moxo y otros brujos de la Amazonia*, Amazonas demográficamente presenta tres mitades. La parte norte, las provincias de Condorcanqui, Bagua y Utcubamba, compuestas mayoritariamente por nativos indígenas de los pueblos Awajun y Wampis. La parte centro, las provincias de Chachapoyas, Luya y Bongará, con presencia de descendientes de ancestros aimaras y quechuas. Y la parte sur-este, la provincia de Rodríguez de Mendoza, con presencia de descendientes directos de europeos. De igual manera, en todas las provincias existe una gran cantidad de población mestiza a excepción de Condorcanqui en donde la población mayoritariamente son nativos e indígenas.

Tabla 14: Índice promedio de pobreza según provincia, Amazonas.

ÍNDICE PROMEDIO DE POBREZA	
PROVINCIA	AÑO
	2018
BAGUA	34.8
BONGARA	33.2
CHACHAPOYAS	22
CONDORCANQUI	56.8
LUYA	48.1
RODRIGUEZ DE MENDOZA	33.2
UTCUBAMBA	29.9

Fuente: Elaboración propia, en base a ENDES (2019).

La pobreza es uno de los principales problemas que aqueja a la región Amazonas. De acuerdo a ENDES, Amazonas está categorizada como una de las regiones con mayor incidencia de la pobreza ya que alrededor del 40% de sus habitantes es pobre; es decir, no cuenta con los recursos suficientes para acceder a la canasta básica familiar de alimentos. La provincia con mayor pobreza de la región, y una de las más pobres del país, es Condorcanqui donde 2 de 3 habitantes es pobre a pesar de contar con una gran diversidad de productos autóctonos en sus bosques y ríos. Mientras, Chachapoyas es la provincia con menor número de habitantes pobres, 1 de 5 habitantes, aunque con variaciones a nivel distrital.

¹³ Véase “Las tres mitades de Ino Moxo y otros brujos de la Amazonia”.

Parte de la pobreza que padecen los amazonenses se explica a través de la limitada presencia estatal de los principales servicios públicos. En el Perú, el 73% de los habitantes tiene acceso a los servicios básicos, en Amazonas solo el 58%, accede de manera oportuna a agua, electricidad, salud, educación e identidad (ENAHO, 2019). Justamente, la provincia más pobre de Amazonas y una de las más pobres del país, Condorcanqui, presenta grandes limitaciones al acceso a agua potable, 32.7% de la población; al acceso de electricidad por red pública, solo 18.4% de condorcanquinos y condorcanquinas cuenta con energía eléctrica en sus hogares; al acceso a educación, 23% de los habitantes en la provincia son analfabetos; etc. Tales indicadores se pudieron corroborar en la visita a la provincia en donde se observó que los habitantes solo cuentan con electricidad un par de horas al día, tanques de agua para su almacenamiento, ante la ausencia de agua por red pública, que son nido del dengue, y muchas madres y niños que no saben leer ni escribir. Por otro lado, la provincia con mejores indicadores de presencia estatal es Chachapoyas en la cual 4 de 5 habitantes tiene acceso a todos los servicios básicos brindados por el Estado.

Tabla 15: Indicadores de presencia estatal según provincia, Amazonas.

PROVINCIA	Agua	Electricidad	Seguro de Salud	Alfabetización	DNI
CHACHAPOYAS	88.9	87.4	83.7	88.5	99.7
BAGUA	74.8	67.6	86.7	83.4	98.1
BONGARA	85.9	82.4	82.8	85.8	99.7
CONDORCANQUI	32.7	18.4	86.3	77.7	95.6
LUYA	89.2	85.3	90	81.7	99.3
RODRIGUEZ DE MENDOZA	75.1	77.4	81.2	84.7	99.5
UTCUBAMBA	82.4	80.7	86.6	83.1	99.5
AMAZONAS	75.6	71.3	85.3	83.6	98.8

Fuente: Elaboración propia, en base al Censo Nacional 2017 – INEI (2017).

En síntesis, la región Amazonas se compone por la suma de tres mitades que presentan diferencias notables en origen, geografía, demografía, cultura y producción, pero que, a su vez, comparten problemas comunes. De las provincias que conforman las tres mitades, Chachapoyas y Condorcanqui resaltan por representar el péndulo de diferencias. Por un lado, Chachapoyas es la provincia con una población

mayoritariamente mestiza, urbana y con los menores índices de pobreza en la región. A su vez, cuenta con mayor acceso a servicios básicos de agua, electricidad y educación. Por otro lado, Condorcanqui es la provincia con la mayor población indígena y nativa, rural, y con un elevado índice de pobreza. Asimismo, el acceso a servicios básicos como agua, electricidad y educación son los más limitados de la región. No obstante, a pesar de las marcadas diferencias, ambas provincias comparten un problema común: la mayor prevalencia de la anemia en la región Amazonas.

3.1. Chachapoyas: el reino de las nubes

De acuerdo a los habitantes locales¹⁴, antiguamente, Chachapoyas se le denominaba el reino de las nubes ya que la ciudad principal, Chachapoyas, solía encontrarse nublado al ubicarse en la parte alta de una montaña de la vertiente oriental de la cordillera de Los Andes. Prueba de ello, es que en la temporada de invierno es común que la ciudad esté cubierta por un manto de neblina.

Foto 1: montañas (pajonales secos) de la provincia de Chachapoyas



Fuente: Elaboración propia (2020).

En promedio, la altitud de la provincia es de 2.335 m.s.n.m, aunque cuenta con algunos distritos y pueblos por encima de los 3.000 m.s.n.m. Es por ello, en general,

¹⁴ En conversación con ciudadanos de Chachapoyas.

que la geografía y clima que prevalecen en la provincia sea de sierra que moldea la vida y actividades de sus habitantes.

Políticamente, la provincia está conformada por 21 distritos de los cuales Chachapoyas y La Jalca son los distritos más poblados con 32 589 hab. y 5 245 hab. respectivamente. Asimismo, la provincia cuenta con 745 centros poblados de los cuales 718 son rurales y 27 urbanos. Mientras, solo 393 centros poblados, el 52%, cuenta con acceso a servicios básicos como internet, agua, electricidad, saneamiento y paquetes integrados de servicios (ver tabla 10).

Tabla 16: Número de centros poblados con acceso a servicios básicos en la provincia de Chachapoyas.

Centros Poblados con:	N°
Acceso a internet	23
Agua por red pública	228
Electricidad	223
Paq. Integrado de Servicios	19
Saneamiento por red pública	159

Fuente: RedInforma, en base al Censo Nacional 2017, INEI (2020).

Los distritos más relevantes que formaron parte de la presente tesis fueron Chachapoyas y La Jalca por tener el mayor número de niños y niñas con anemia, en parte, debido a que son los distritos más poblados. Ambos distritos, presentan características similares en cultura, geografía y organizaciones sociales, y diferencias en accesibilidad, fuentes de ingresos y pobreza que termina influyendo en la implementación de las políticas de lucha contra la anemia en el territorio.

En primer lugar, Chachapoyas y La Jalca están habitadas mayoritariamente por personas mestizas, aunque existen habitantes quechuas que conservan sus costumbres. Principalmente, los habitantes de La Jalca se caracterizan por el uso de vestimentas y creencias¹⁵ en su día a día, aunque el uso del idioma quechua, de acuerdo a la regidora del distrito¹⁶, se está perdiendo ya que los jóvenes no muestran interés por aprenderlo de sus padres o abuelos. Chachapoyas, de manera similar,

¹⁵ Véase “Cuentos del tío Puri”

¹⁶ En conversación con el tercer regidor del distrito de La Jalca.

presenta las mismas costumbres, pero con la diferencia de que no son de uso cotidiano, sino sólo en época de festividades. En segundo lugar, ambos distritos cuentan con organizaciones sociales como comunidades campesinas y rondas campesinas que tienen una notoria presencia en el territorio. De acuerdo a los medios locales, como el diario El Clarín de Amazonas, son actores que constantemente fiscalizan las actividades de sus autoridades locales.

Una de las principales diferencias de los distritos de Chachapoyas y La Jalca es su accesibilidad. Por un lado, al ser Chachapoyas la capital de la región, su accesibilidad es sencilla ya que se puede arribar vía terrestre o aérea. Asimismo, de los 27 centros poblados que se localizan en el distrito, 26 se encuentran alrededor de la ciudad de Chachapoyas entre 20 a 40 minutos de distancia. Mientras, para arribar a La Jalca, solo es posible a través de servicios de transporte interurbano que tiene horarios determinados al día. De igual manera, lo que se observó en el distrito de La Jalca es que sus centros poblados se encuentran dispersos, sin servicios de transporte público que los conecte, incluso sin carreteras para arribar a algunos de ellos, ya que de los 168 centros poblados que conforman, más de la mitad se ubican a muchas horas de distancia, situación que complejiza la implementación de las políticas como se verá más adelante.

Otra diferencia marcada entre ambos distritos de la provincia de Chachapoyas son las fuentes de ingresos. Por una parte, Chachapoyas es un distrito comercial y turístico que cuenta con muchos mercados, bodegas, restaurantes y hoteles. Por otra parte, La Jalca es un distrito agrícola dedicado al cultivo de papa, maíz y frijoles para abastecer los mercados de las ciudades de Chiclayo, Jaén y Tarapoto, pero que, a pesar de ello, no cuenta con mercados fijos para el abastecimiento de los habitantes locales. Lo que se observó fue la presencia de ferias comerciales durante los fines de semana en los centros poblados más accesibles en los cuales se podía adquirir los alimentos para el consumo semanal o quincenal de la familia. Esta diferencia de fuentes de ingresos se manifiesta en los índices de pobreza: Chachapoyas con una pobreza total de 9% y una pobreza extrema de 1%, y La Jalca con una pobreza total de 47% y una pobreza extrema de 28% (INEI, 2020).

Foto 2: Cultivos de papa en el distrito de La Jalca.



Fuente: Elaboración propia (2020).

Por último, de acuerdo DGSE-MIDIS, los factores que también explican la pobreza es el acceso a los servicios básicos. En acceso a agua y electricidad presentan cifras similares ambos distritos, pero en acceso a saneamiento, telefonía y paq. Integral de servicios, Chachapoyas cuenta con mayor cobertura que La Jalca.

Tabla 17: Acceso a servicios básicos en los distritos de Chachapoyas y La Jalca.

	Chachapoyas	La Jalca
Acceso a agua	93%	96%
Acceso a electricidad	94%	92%
Acceso a saneamiento	90%	67%
Acceso a Paq. Integral	84%	52%
Acceso a telefonía	95%	80%

Fuente: Elaboración propia, en base a DGSE-MIDIS (2020).

De esta manera, si bien, Chachapoyas a nivel provincial es la más urbana, menos pobre y más accesible de la región Amazonas, se observa que presenta considerables variaciones entre sus dos distritos más poblados y con mayor número de niños y niñas con anemia. A nivel distrital, Chachapoyas y La Jalca comparten similitudes en acceso a agua, electricidad, cultura y organizaciones sociales, pero se

diferencian en niveles de pobreza, fuentes de ingreso, accesibilidad, y acceso a saneamiento, telefonía y paq. integral de servicios.

3.2. Condorcanqui: la serpiente de oro

El poeta Ciro Alegría en su novela *La serpiente de Oro*, describe las caudalosas aguas del río Marañón que dan vida a la provincia de Condorcanqui al conectar a todos sus distritos y habitantes a través de la vía fluvial. Un río que nace al pie del nevado Yapura, en la región Huánuco, y que desciende desde los Andes hasta desembocar en el río Amazonas en la región de Loreto.

Foto 3: Río Marañón en la provincia de Condorcanqui.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Condorcanqui fue la última provincia en constituirse en la región Amazonas durante el segundo gobierno de Fernando Belaunde. Se encuentra conformada por 3 distritos: Nieva, Río Santiago y El Cenepa, nombre de los principales ríos afluentes del río Marañón. Es por ello que los ríos y la densa selva que dominan el territorio de la provincia moldean la vida de sus habitantes y las políticas públicas que se implementan.

Los distritos con mayor población son Nieva y Río Santiago con 18 626 hab. y 13 953 hab. respectivamente. De hecho, de acuerdo al Censo Nacional 2017, aproximadamente el 50% de la población se localiza en el distrito de Nieva. Además,

de los 271 centros poblados reconocidos en la provincia, solo 5 son urbanos y 266 son rurales, de los cuales menos de la mitad, alrededor de 100, cuenta con acceso a al menos un servicio básico público.

Tabla 18: Número de centros poblados con acceso a servicios básicos en la provincia de Condorcanqui.

Centros Poblados con:	N°
Acceso a internet	10
Agua por red pública	80
Electricidad	59
Paq. Integrado de Servicios	14
Saneamiento por red públicas	5

Fuente: RedInforma, en base al Censo Nacional 2017, INEI (2020).

Adicional, de ser los distritos con mayor número de habitantes, Nieva y Río Santiago cuentan con el mayor número de niños y niñas con anemia. Por ello, ambos distritos formaron parte de la investigación de la presente tesis.

A diferencia de la provincia de Chachapoyas que presentaba notorias diferencias entre sus distritos más poblados, los distritos de Nieva y Río Santiago, de la provincia de Condorcanqui, no presentan diferencias significativas. Más bien, se puede corroborar muchas similitudes entre ambas, pero con cierto margen de diferencia. Así, ambos distritos están habitados principalmente por las etnias amazónicas Awajun y Wampis, aunque Nieva presenta un número significativo de mestizos con relación a Río Santiago que casi en su totalidad son nativos.

Ikam tajímat (bosque sostenible), yumí (agua) y áishmag (hombre) son los pilares de la cosmovisión de los pueblos originarios de la provincia. El bosque y los ríos son las principales fuentes de subsistencia en donde cazan y pescan para alimentar a la familia. Es común ver, al lado de los ríos, niños pescando durante todo el día. Así, como ver a los padres transportar algunas cabezas de plátano sacados del bosque en sus pequepeque¹⁷ por los ríos. Sin embargo, también es cada vez más común, ver los ríos y los bosques contaminados por la acción del hombre y el desarrollo del país. Parte del problema que se menciona, se aborda en el documental

¹⁷ Pequeña embarcación fluvial de manera.

El choque de dos mundos (2016), que narra las razones que llevaron a los pueblos Awajun y Wampis de Condorcanqui a tomar la carretera Fernando Belaunde que terminó con la muerte de hermanos nativos y policías en el Baguazo durante el segundo gobierno de Alan García. Las largas horas a las orillas de los ríos o las pequeñas cantidades de plátano que se transporta se debe a la escasez de peces y frutos debido a la contaminación de los ríos y bosques. Situación que está agravando la condición nutricional de la población y principalmente de los niños.

Un problema compartido de todos los distritos de la provincia es la accesibilidad que influye en los elevados precios de los alimentos y la canasta básica familiar. Arribar a Nieva, capital de la provincia, toma aproximadamente 8 horas desde la ciudad de Bagua y 12 horas desde la ciudad de Chachapoyas ya que la única carretera y manera de ir a la provincia se encuentra en pésimo estado. Según las autoridades locales, la carretera no recibe mantenimiento desde el 2012 lo que ha generado tramos intransitables para los servicios de transporte. Para arribar a los otros distritos, solo es posible por vía fluvial desde Nieva o por vía aérea a través de helicópteros. Para el caso del distrito de Río Santiago, el tiempo empleado en promedio para ir a Puerto Galilea, la capital del distrito, es de 4 horas en chalupa¹⁸.

Otra característica similar de los distritos de Condorcanqui es la enorme dispersión de sus centros poblados. En Nieva se localizan 131 centros poblados de los cuales solo 2 son urbanos: la ciudad de Nieva y Juan Velazco Alvarado, pueblos vecinos que están divididos por el río Nieva. Mientras, los otros, se encuentran dispersos en todo el territorio del distrito. Situación similar se observó en el distrito de Río Santiago donde de los 68 centros poblados, también solo 2 son urbanos: Puerto Galilea, capital del distrito, y La Poza, centro económico del distrito que se ubica a 10 minutos de Puerto Galilea. Mientras, los otros centros poblados se ubican a varias horas o días de los centros poblados urbanos, incluso, algunos solo son accesibles a través de helicópteros como lo manifiestan sus autoridades locales.

Con relación al acceso de servicios básicos, ambos distritos presentan cifras alarmantes. De acuerdo a DGSE-MIDIS, 4 de cada 5 habitantes no tiene acceso a agua, electricidad, saneamiento, telefonía. Incluso, en Río Santiago 9 de cada 10 habitantes no cuenta con agua, electricidad y telefonía. Mientras, saneamiento y entrega de paquetes integral de servicios no existen.

¹⁸ Embarcación fluvial a motor para el transporte de pasajeros y carga.

Tabla 19: Acceso a servicios básicos en los distritos de Nieva y Río Santiago.

	Nieva	Río Santiago
Acceso a agua	26%	16%
Acceso a electricidad	28%	16%
Acceso a saneamiento	13%	1%
Acceso a Paq. Integral	10%	0%
Acceso a telefonía	32%	12%

Fuente: elaboración propia en base a DGSE-MIDIS (2020).

La única diferencia notoria que se observó entre los distritos de Nieva y Río Santiago es la actividad comercial. Mientras, la ciudad de Nieva, por ser capital de provincia, presenta un comercio dinámico con algunos mercados, muchas bodegas, restaurantes, hoteles y farmacias; Río Santiago cuenta con una incipiente actividad comercial con algunas bodegas y restaurantes en su centro económico La Poza. Sin embargo, a pesar de esa diferencia, según el INEI, ambos distritos presentan más de 60% de pobreza total.

De esta manera, la provincia de Condorcanqui es la más rural, pobre y con menor acceso de servicios básicos de la región Amazonas. Realidad que se observa en sus distritos más poblados y con mayor número de niños y niñas con anemia. El difícil acceso y la situación de vulnerabilidad del territorio de los pueblos Awajun y Wampis se suma el casi nulo acceso a todos los servicios básicos.

Capítulo 4: Factores que limitan la implementación de las políticas de lucha contra la anemia infantil en la región Amazonas.

Las principales causas de la anemia en la región Amazonas son el poco acceso a agua potable y saneamiento, la mala alimentación de los niños y niñas, el poco conocimiento nutricional de los padres, y la pobreza de las familias. Adicionalmente, en la provincia de Condorcanqui, el embarazo adolescente y la poca promoción de la agricultura se suman a las causas de la anemia en la región.

De todas las causas, el acceso a agua potable y saneamiento, y la mala alimentación son las más resaltantes. De los 4 distritos estudiados para la presente tesis, solo el distrito de Chachapoyas cuenta con una cobertura amplia del servicio por red pública. La Jalca, solo su capital distrital, presenta una cobertura de 100% de agua potable, mientras, los otros centros poblados cuentan con agua sin potabilizar. En el caso de los distritos de Nieva y Río Santiago de la provincia de Condorcanqui, solo la ciudad de Nieva y los centros poblados cercanos poseen agua sin potabilizar debido a que la planta potabilizadora no funciona desde hace varios años. Mientras, el distrito de Río Santiago no cuenta con agua por red pública por lo que las familias se ven la necesidad de guardar el agua en tanques los cuales se convierten en nidos de dengue. Igual situación se observó para el saneamiento de los territorios.

Como afirman los encargados de PAN de todos los establecimientos de salud entrevistados “nosotros los suplementamos, pero a los minutos ves al niño tomar agua del caño [...] agua no potabilizada, no apta para el consumo humano, que termina desnutriéndolos más”. La importancia del agua potable y el saneamiento para la lucha contra la anemia se debe a que la no cobertura del servicio genera enfermedades gastrointestinales en los niños y niñas que termina desnutriéndolos y limitando el impacto del consumo de los suplementos nutricionales.

La otra causa más resaltante en Amazonas es la mala alimentación de las familias. La pobreza y el poco conocimiento nutricional de los padres los lleva a alimentar a los niños y niñas con alimentos no aptos para su edad. De acuerdo al personal de salud de Condorcanqui, es común en las comunidades indígenas dar “masato”¹⁹ a los niños y niñas antes de los 6 meses de edad lo que los hace más propensos a ser anémicos. Asimismo, el difícil acceso a los territorios se traduce en

¹⁹ Bebida amazónica a base de yuca.

poca variedad de productos para la alimentación, sumado a la pobreza monetaria de las familias, el acceso a alimentos ricos en hierro como carnes es bastante limitado en la región.

De esta manera, los principales factores que perpetúan las causas de la anemia infantil y limitan la implementación de las políticas de lucha contra la anemia en la región Amazonas son la falta de recursos de las instituciones, la no institucionalización de las instancias de articulación y coordinación, la ausencia de los liderazgos locales, la gran cantidad de metas a cumplir por el personal de salud, la cultura y el territorio poco aprovechado por las políticas, el no acceso al DNI y la oposición de las iglesias evangélicas las intervenciones estatales.

4.1. La falta de recursos de las instituciones para combatir la anemia

Como se observó en el capítulo 2, los encargados a nivel territorial de implementar las políticas de lucha contra la anemia son las Redes y Microredes de Salud, las municipalidades, y el MIDIS, las cuales presentan serios problemas de recursos humanos, presupuestales, logísticos, infraestructurales y tecnológicos en base al análisis de la propuesta elaborada a partir de Rosas.

El sector salud es la institución con mayores problemas de recursos en la región Amazonas. A nivel micro, independientemente de la provincia, no cuentan con el personal suficiente para cubrir toda la demanda de la población, a lo cual, se suma los bajos salarios que perciben en el cumplimiento de sus funciones. Mientras a nivel meso, los Establecimientos de Salud presentan infraestructuras inadecuadas, tecnología obsoleta y escasez de insumos.

Tabla 20: Recursos micro y meso del sector salud en las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui.

Prov. de Chachapoyas			
RECURSOS	RED DE SALUD CHACHAPOYAS	D. de Chachapoyas	D. de La Jalca
		MICRORED DE SALUD DE CHACHAPOYAS	MICRORED DE SALUD DE YERBABUENA
PERSONAL		Insuficiente	
CAPACITACIONES	Suficiente	Suficiente	Insuficiente
SALARIO		Insuficiente	
INFRAESTRUCTURA	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada
TECNOLOGÍA		Suficiente	
INSUMOS	No aplica	Suficiente	Insuficiente
PRESUPUESTO		Insuficiente	
Prov. de Condorcanqui			
RECURSOS	RED DE SALUD CONDORCANQUI	D. de Nieva	D. de Río Santiago
		MICRORED DE SALUD DE NIEVA	MICRORED DE SALUD DE GALILEA
PERSONAL		Insuficiente	
CAPACITACIONES	Suficiente	Suficiente	Insuficiente
SALARIO		Insuficiente	
INFRAESTRUCTURA		Inadecuada	
TECNOLOGÍA		Insuficiente	
INSUMOS	No aplica	Suficiente	Insuficiente
PRESUPUESTO	Suficiente	Suficiente	Insuficiente

Fuente: elaboración propia (2021).

De acuerdo, a los Coordinadores del PAN de las Redes de Salud (Entrevistado 7, 12 y 21), encargados de la contratación y logística de la política, los bajos salarios del personal asistencial en las IPRESS se deben al contrato tipo CAS que se firma. Un contrato, con pocos beneficios laborales e incentivo, que genera la inestabilidad del personal en los cargos ya que constantemente los médicos y enfermeros, responsables del área infantil y el PAN, renuncian por un trabajo con mejor salario. Con relación al perfil profesional y los conocimientos del personal para combatir la anemia es positivo ya que cuentan con profesiones afines a sus funciones y con constantes capacitaciones para comprender los nuevos marcos normativos del PAN. No obstante, cabe señalar, que los Establecimientos de Salud más alejados de las

Redes de Salud o las cabeceras de Microred, ubicadas en principalmente en las zonas rurales, tienen mayores dificultades para recibir las capacitaciones lo que limita la actualización del conocimiento técnico para aplicar las intervenciones (Entrevistado 7 y 18).

En general, el estado de los Establecimientos de Salud o IPRESS es inadecuado en la región Amazonas ya que muchas no cuentan con personal y algunas están abandonadas por el pésimo estado de la infraestructura. En la provincia de Chachapoyas, en los distritos de Chachapoyas y La Jalca, existen 7 y 9 IPRESS respectivamente, de las cuales 13 son tipo I-1 que tiene solo 1 técnico en enfermería; 1, tipo I-2 que cuenta con 1 técnico en enfermería y 1 médico; y 2, tipo I-3 que tienen un equipo completo de salud²⁰. Según los jefes de Microred (Entrevistado 1), la infraestructura de muchas IPRESS se encuentra en pésimas condiciones ya que tienen paredes y techos caídos por lo que algunas se han abandonado. Situación similar existe en Condorcanqui, con la diferencia de que los distritos de Nieva y Río Santiago cuentan con más de 1 Microred de Salud en sus jurisdicciones. Entre Nieva y Río Santiago existen 25 y 17 IPRESS respectivamente de las cuales 35 son tipo I-1; 1, tipo I-2; y 6, tipo I-3, de las cuales su infraestructura está en pésimas condiciones por el clima (Entrevistado 10, 14 y 18). Todo ello genera que los niños y niñas no puedan atenderse en los puntos de atención más cercanos ya que la IPRESS están abandonadas o sin personal lo que termina generando el abandono de las políticas por la imposibilidad de ir a Establecimientos de Salud más lejanos debido al tiempo y los costos que implica (Entrevistado 10).

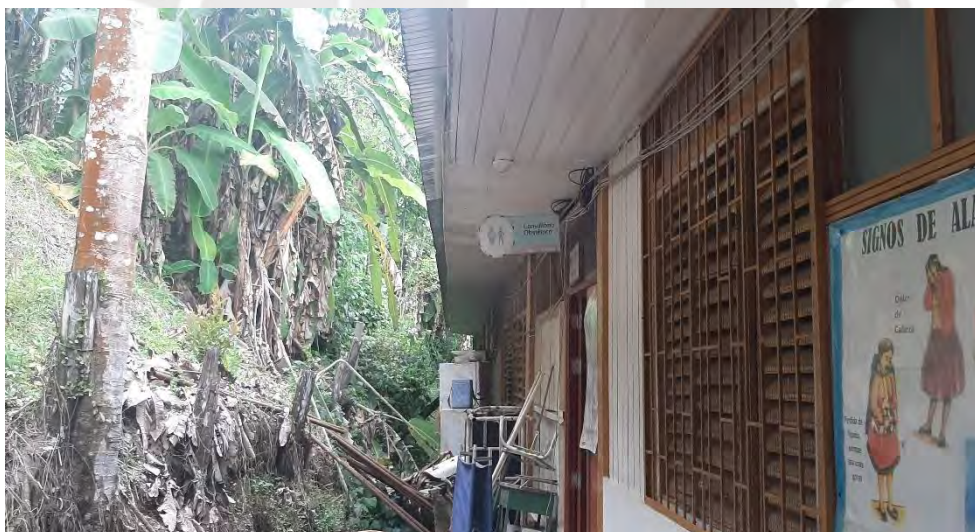
²⁰ Según la DIRESA, los equipos médicos se conforman por un médico, una obstetra, un nutricionista, un psicólogo, un odontólogo, un laboratorista, un farmacéutico y enfermeros.

Foto 4: Acceso principal al Establecimiento de Salud tipo I-3 “La Jalca”



Fuente: Elaboración propia (2020)

Foto 5: Pasadizo principal del Establecimiento de Salud tipo I-3 “Nieva”



Fuente: Elaboración propia (2021).

Un recurso escaso en las IPRESS son los hemoglobinómetros. Máquinas que permiten medir el nivel de hierro en la sangre para diagnosticar si los niños y niñas padecen anemia. De acuerdo a los funcionarios del MIDIS (Entrevistado 9, 10 y 11), el sector salud principalmente no cuenta con los equipos suficientes en sus Establecimientos de Salud tipo I-3, lo cual representan un grave problema para diagnosticar niños y niñas anémicas en los centros poblados distantes de los centros

urbanos de los territorios. Asimismo, las pocas IPRESS tipo I-1 que cuentan con el hemoglobínómetro son obsoletas debido a que no se encuentran calibradas como fue el caso observado en las IPRESS del distrito de Río Santiago.

Otro grave problema encontrado en la lucha contra la anemia en el sector salud en relación con su capacidad institucional es la escasez de insumos y medicinas para tratar a los niños y niñas con anemia. De acuerdo al Coordinador del PAN de las Redes de Salud de Chachapoyas y Condorcanqui (Entrevistado 12 y 21), la compra de vacunas, suplementos nutricionales y otras medicinas se realiza de manera anual a CENARES a través de compras corporativas, el problema que ellos presentan es el traslado hasta las IPRESS de su jurisdicción “Muchas veces esa compra demora, llega en los meses de marzo, abril. A veces, un poco más [...] Llega a destiempo y nosotros, por nuestra realidad geográfica, se nos hace tedioso porque se tiene que lanzar a un proveedor que cumpla con todos los requisitos y pueda llevarlos hasta la puerta de los Establecimientos de Salud” (Entrevistado 12). Tal situación se traduce en que las IPRESS no cuentan con los insumos y medicinas por muchos meses – 3 a 5 meses de espera – para tratar a los niños y niñas con anemia. Asimismo, las IPRESS más alejadas de las redes de salud solo son abastecidas 2 o 3 veces al año (Entrevistado 18).

Por último, un recurso que influye en la capacidad institucional del sector salud en la Región Amazonas son los recursos financieros, el presupuesto. A pesar de que la región Amazonas es la segunda región con mayor presupuesto del PAN, según los Coordinadores del PAN y los jefes de Microred (Entrevistados 1, 12, 14 y 21), gran parte de sus Recursos Ordinarios (RO) están destinados al pago del personal por lo que no les alcanza el presupuesto para otras actividades. Las intervenciones sobre anemia infantil se realizan a través de donaciones y transferencias que dependen del cumplimiento de metas, aunque no son montos fijos cada año. En muchos casos, las donaciones y transferencias de los programas no son usadas en el cumplimiento de metas, sino en otras actividades como el mejoramiento o acondicionamiento de su infraestructura lo que supone un menor presupuesto para las actividades directamente vinculadas a la anemia infantil.

La otra institución involucrada en la implementación de las políticas de lucha contra la anemia y que presentan una limitada capacidad institucional son las municipalidades provinciales y distritales. Como se explicó en el capítulo 2, ellas

cuentan con funciones en salud y la anemia infantil que lo materializan a través de la aplicación de la Meta 4.

A partir de las entrevistas y las observaciones no participantes, se puede afirmar que las municipalidades provinciales cuentan con mayores capacidades que las municipalidades distritales, aunque comparten los mismos problemas en recursos a nivel micro y meso. Por un lado, solo la Municipalidad Provincial de Chachapoyas cuenta con los recursos humanos, nivel micro, suficientes para el desarrollo de sus funciones, mientras las otras municipalidades investigadas carecen de un número suficiente de funcionarios, bien remunerados, y con contratos que fomenten la estabilidad y el desempeño laboral. Asimismo, solo Chachapoyas y Río Santiago cuentan con una infraestructura adecuada que congrega todas sus oficinas y trabajadores en un solo edificio. La explicación de mejores indicadores en recursos humanos y organizacionales de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas, según el Gerente de Desarrollo Humano y Promoción Social (Entrevista 19), se debe a que es la capital de la región y un centro turístico. Por otro lado, solo la Municipalidad Provincial de Condorcanqui cuenta con su personal de Gerencia Social capacitado para la lucha contra la anemia. En parte, para el Gerente de Desarrollo Social y Servicios Comunes (Entrevistado 16), se debe al constante apoyo de la Coordinación Regional del MIDIS que se ubica a unos minutos de la municipalidad.

Tabla 21: Recursos micro y meso en las Municipalidades Provinciales de Chachapoyas y Condorcanqui, y las Municipalidades Distritales de La Jalca y Río Santiago.

RECURSOS	PROV. DE CHACHAPOYAS		PROV. DE CONDORCANQUI	
	Muni. Provincial de Chachapoyas	Muni. Distrital de La Jalca	Muni. Provincial de Condorcanqui	Muni. Distrital de Río Santiago
PERSONAL	Suficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
SALARIO	Suficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
CAPACITACIONES	Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
INFRAESTRUCTURA	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada
PRESUPUESTO	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente

Fuente: elaboración propia (2021).

El principal problema que aqueja a todas las municipalidades estudiadas son los recursos financieros, el presupuesto. De acuerdo a los funcionarios municipales entrevistados (Entrevistas 5, 16, 17, 19 y 20), el presupuesto del PAN destinados a las municipalidades sólo puede ser gastado en los aspectos nutricionales del programa: compra de insumos para las sesiones demostrativas y visitas domiciliarias de los agentes comunitarios. No obstante, los gastos que asumen las municipalidades son más amplios. Por ejemplo, en la logística de las sesiones “Cuando nosotros hacemos un taller convocamos a todos los actores de las comunidades [...] el traslado, el hospedaje, la alimentación – de los actores convocados – demandan un costo que asume la municipalidad” (Entrevistado 17) o el incentivo adicional a los agentes comunitarios que, si bien, cuentan con un presupuesto del MEF en el marco de la Meta 4, las municipalidades también aportan con una propina extra, como afirma el Subgerente de programas sociales de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas “Los agentes comunitarios, si bien, es cierto el ministerio asigna un recurso para considerar en las visitas domiciliarias como propinas, no es suficiente. Entonces, el gobierno local también pone un aporte de su Foncomun para que lleve a cabo las actividades con esmero” (Entrevistado 20).

Los encargados de programas sociales (incluido Meta 4), Registro Civil y los secretarios técnicos de las IAL son el personal municipal que se encuentra involucrado en la lucha contra la anemia los cuales no necesitan un perfil profesional en específico ya que cualquier profesional puede asumir las tareas. En ese sentido, 3 de las 4 municipalidades estudiadas, La Jalca, Condorcanqui y Río Santiago, no cuentan con el personal suficiente ya que los funcionarios encargados desempeñan otras funciones en la institución que termina generando la priorización de ciertas tareas, de las cuales las vinculadas a anemia son dejadas de lado. Un ejemplo de ello, son funcionarios de las municipalidades de La Jalca y Río Santiago que designan a una sola persona las funciones Registro Civil, Defensa Civil, Encargada de Padrón Nominal, Tesorería, OMAPEP, ULE y DEMUNA, lo que se debe sumar los bajos salarios que no superan los S/. 1 500 nuevos soles (Entrevistados 4, 5 y 17). Por ello, constantemente los gerentes municipales alegan que trabajar en la municipalidad es por “amor a tu pueblo” (Entrevistado 16 y 19).

En relación con los Agentes Comunitarios, solo la municipalidad de La Jalca, no cuenta con ellos, pero las otras municipalidades si poseen. La Municipalidad Provincial de Chachapoyas tiene 22 agentes comunitarios y 2 supervisores, aunque,

de acuerdo al Sub Gerente de Programas Sociales, es un número insuficiente para la gran proporción de usuarios que tienen que visitar en sus hogares. Mientras, en Condorcanqui, la Municipalidad Distrital de Río Santiago tiene aproximadamente 50 agentes comunitarios. En general, como se pudo constatar, los agentes comunitarios constantemente son capacitados por las municipalidades en alianza con el sector salud. Asimismo, como parte de la innovación de la Meta 4 en pandemia por no poder realizar las visitas domiciliarias, se realizan llamadas telefónicas a las familias para constatar el consumo de los suplementos nutricionales y la transmisión de mensajes claves (Entrevistado 16 y 19), pero el problema que se presenta es la poca cobertura de telefonía en los centros poblados. Los agentes de la sociedad civil reciben un incentivo monetario destinado por el MEF que depende del número de visitas domiciliarias: S/. 10 nuevos soles por visita familiar con un límite máximo de 500 soles al mes. No obstante, es común que los agentes comunitarios abandonen la política al cabo de unos meses lo que significa empezar de nuevo con la convocatoria y las capacitaciones (Entrevistado 19).

Por último, la falta de infraestructura adecuada en las municipalidades genera el hacinamiento, la dispersión del personal, y un ambiente laboral no adecuado. El caso más llamativo fue de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui que cuenta con muchas pequeñas oficinas dispersas en toda la ciudad de Nieva. Las áreas vinculadas a la anemia que trabajan la Meta 4 y la homologación del Padrón Nominal se encuentran dispersas por lo que la coordinación interna entre compañeros se ve condicionada.

La última institución con mayor presencia en la implementación de las políticas de lucha contra la anemia es el MIDIS. A nivel territorial, el MIDIS trabaja a través de Unidades Territoriales que se encargan de la parte operacional de las políticas públicas del sector.

En la región Amazonas, existen 2 Unidades Territoriales: Bagua y Condorcanqui, que se encargan de implementar todas las políticas sociales del MIDIS: Contigo, Cuna Más, Foncodes, Juntos, PAIS, Pensión 65 y Qaliwarma. En lo que respecta a la anemia infantil, los programas responsables de intervenir en los niños y niñas con anemia son Juntos y Cuna Más (Entrevistado 10) los cuales presentan algunas limitaciones en los recursos humanos (micro) y los recursos financieros (macro)

El principal problema de las Unidades Territoriales es el poco número de Gestores Locales en la región los cuales se encuentran mal pagados y poco equipados. Ellos son los encargados de seguir y monitorear los indicadores de la Estrategia 1ro la Infancia a través de las visitas domiciliarias, y la corroboración de datos en los establecimientos de salud y las municipalidades, en el marco de los programas de Juntos y Cuna Más.

Tabla 22: Recursos micro y meso de las Unidades Territoriales de Bagua y Condorcanqui.

RECURSOS	PROV. DE CHACHAPOYAS	PROV. DE CONDORCANQUI
	Unidad Territorial de Bagua	Unidad Territorial de Condorcanqui
PERSONAL	Insuficiente	
CAPACITACIONES	Insuficiente	
SALARIO	Insuficiente	
INFRAESTRUCTURA	Adecuada	
PRESUPUESTO	NO RESPONDIÓ	Insuficiente

Fuente: Elaboración propia (2021).

De acuerdo al jefe de la Unidad Territorial Bagua (Entrevistado 9), para todos los distritos de la provincia de Chachapoyas, excepto el distrito de Chachapoyas que no cuenta con la intervención de los programas Juntos y Cuna Más por no ser un distrito priorizado (pobre), existe 4 Gestores locales. El distrito de La Jalca forma parte de un grupo de 4 distritos en el cual interviene un solo Gestor Local, quien presenta muchas deficiencias en la logística, transporte y vestimenta cuando se traslada a los centros poblados de los distritos (Entrevistado 6). En lo que respecta a la Unidad Territorial de Condorcanqui abarca los 3 distritos de la provincia de Condorcanqui y el distrito de Imaza, en la provincia de Bagua, que tiene población Awajun y Wampis. Para ello, según el jefe de la Unidad Territorial Condorcanqui (Entrevistado 11) cuentan con 23 Gestores locales, los cuales resultan insuficientes para cubrir todos los territorios amazónicos de la región.

El perfil profesional de los funcionarios en las Unidades territoriales son de dos tipos que dependen de los cargos. Para los jefes de Unidades Territoriales y

Coordinadores Zonales (supervisores de los Gestores Locales), se exige ser sociólogos, antropólogos o una profesión afín. Mientras, para los Gestores locales no se exige una profesión en específico. Asimismo, un problema que presentan a menudo los Gestores locales son las capacitaciones ya que, si bien, el MIDIS realiza muchas capacitaciones, el personal no las puede tomar porque se encuentran los centros poblados realizando el seguimiento y el monitoreo (Entrevistados 6, 9 y 11). Otro problema que presentan también es los bajos salarios que no permite cubrir los gastos familiares y costos adicionales que implica el cumplimiento de sus funciones (Entrevistados 6 y 11).

Por último, los recursos financieros (meso), son muy limitados para las necesidades de las Unidades Territoriales. En los últimos años, según los jefes de las Unidades Territoriales (Entrevistados 9 y 11), los presupuestos han disminuido lo que ha generado que las Unidades Territoriales no puedan contratar más Gestores Locales o técnicos para el apoyo de la implementación de los programas que tienen bajo su rectoría. Ello se ha traducido en una menor cobertura en el seguimiento y monitoreo de las intervenciones que combaten la anemia infantil a nivel territorial.

4.2. El formalismo y la no institucionalización de las Instancias de Articulación

En el proceso de implementación de las políticas de lucha contra la anemia en la región Amazonas, difícilmente se puede hablar que la escala de coordinación ha llegado al punto de articulación. En base a la propuesta de escalas de Fernández, lo que se observa en Amazonas en la implementación de las políticas es colaboración y cooperación entre las instituciones involucradas.

Una de las principales razones que lleva a las municipalidades, sector salud y representantes del MIDIS a colaborar en la lucha contra la anemia es el “deber de auxilio”, como lo plantea Castañeda (2012), ya que cada institución cuenta con recursos únicos que permiten un mayor impacto en el territorio: las municipalidades, su cercanía y legitimidad frente a los habitantes; el sector salud, los profesionales y puntos de atención para tratar a los niños y niñas con anemia; y el MIDIS, los recursos financieros y logísticos. De esta manera, cada institución es una pieza clave en la aplicación de la política por lo deberían asumir roles y funciones claras, las cual no sucede en los casos estudiados.

En la escala de coordinación, la colaboración lleva a la cooperación en la que las instituciones intercambian recursos e información para enfrentar el problema

común. En la lucha contra la anemia, las municipalidades, como parte de su presupuesto del PAN, contratan a algunos profesionales de salud para que apoyen en las IPRESS, financian los costos logísticos del personal médico cuando sale a los centros poblados, e intercambian información sobre los índices de la anemia en el territorio. Por ejemplo, en las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui, las Municipalidades Provinciales, han contratado 2 nutricionistas para las IPRESS de la ciudad para tratar los temas de la anemia de los niños y niñas del territorio (Entrevistados 16 y 19). Adicionalmente, según los funcionarios de salud (Entrevistas 3 y 14), las municipalidades asumen los gastos de comida, hospedaje y combustible cuando el personal de salud sale a los centros poblados a realizar campañas de despistaje de anemia o la homologación de los padrones nominales.

Como se observó en el capítulo 2, La Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia, en el proceso de asegurar la coordinación de los distintos sectores involucrados en la lucha contra la anemia fomenta las Instancias de Articulación las cuales, a la luz de Repetto y Fernández, son los espacios formales para integrar a todos los actores involucrados en el problema público de la anemia infantil. Un espacio que, a nivel territorial, cuenta con los mecanismos integradores, como los programas de Plan de Incentivos Municipales y el Sello Municipal; el financiamiento de PpR del PAN y la Meta 4 que destina el MEF; y la participación de actores claves como las municipalidades. Sin embargo, a pesar de todo ello, las Instancias Articulación no son espacios institucionalizados.

La principal función de la Instancias de Articulación es la coordinación de las instituciones que lo conforman para la generación, seguimiento y respuesta de alerta de servicios que no son brindados oportunamente a niños y niñas de familias priorizadas, pero lo que se observa en los casos estudiados es que, mayoritariamente, son espacios meramente formales para cumplir con las normas de las políticas. Por ejemplo, en el distrito de La Jalca, la IAL es un espacio de coordinación sólo en el papel ya que los funcionarios que lo conforman, en algunos casos, no saben que son miembros ni de qué trata las IAL (Entrevistas 4 y 5). De igual manera, en los distritos de la provincia de Condorcanqui, Nieva y Río Santiago, las municipalidades y el sector salud, no se encuentran involucradas al 100% en las IAL ya que lo consideran un espacio innecesario frente a los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) que desde hace varios años atrás reúne a las instituciones de cada distrito (Entrevista 14, 15, 16 y 17).

En gran medida, las IAL funcionan en la región Amazonas por el trabajo constante de las Unidades Territoriales del MIDIS ya que como afirma el Coordinador Regional de Enlace del MIDIS (Entrevistado 10) “La idea es que las IAL se institucionalicen, que marchen sola y que vean diversos temas, no solo primero infancia, [pero] sino acompañamos, se desinflan. En algún momento dejamos de pisar el acelerador o dejamos de estar detrás de ellos, se olvidan”. Asimismo, lo que caracteriza a estos espacios es que mientras más alejado esté la Unidad Territorial de un distrito, más débil es la IAL, como es el caso de la IAL del distrito de La Jalca. Caso contrario, mientras más cerca están la Unidad Territorial y la IAL, mayor presión pueden realizar los Gestores Locales y jefes de Unidad Territorial como es el caso del distrito de Nieva, la cual según las autoridades es la que mejor se desempeña en la región (Entrevistado 10 y 15).

Otro ámbito, parte de la IAL, la Meta 4 y el PAN, de cooperación entre las instituciones involucradas contra la anemia infantil es la homologación de los Padrones Nominales. La diferencia notoria de este espacio es que, si bien, los programas de Juntos y Cuna Más, deben participar, por lo general, no se presentan. Cada mes, las municipalidades a través del encargado del Padrón Nominal y de Registro Civil, se reúnen con el personal de salud de todas las IPRESS del distrito para actualizar la información y corroborar que los niños y niñas priorizados tengan su Control CRED y su suplementación nutricional completos (Entrevistado 5, 7, 13, 17 y 18). No obstante, para el caso de la provincia de Condorcanqui, debido a la dispersión y difícil acceso a los centros poblados, la homologación del Padrón Nominal no necesariamente se realiza de manera mensual (Entrevistado 13, 17 y 18).

Ahora bien, profundizando en la coordinación intergubernamental, en base a la propuesta planteada a partir de Cabrero Mendoza, se puede señalar que, debido al proceso de descentralización inconclusa del país, los tipos de relaciones entre niveles de gobierno son de Coordinación Jerárquica y de Dispersión.

Principalmente, en el sector salud se observa una Coordinación Jerárquica ya que, como se explicó previamente, los insumos y medicinas se envían de manera escalonada a través de la DIRESA, Red de Salud y Microredes de Salud para llegar a las IPRESS, lo que implica entre 3 meses en el mejor de los casos y 5, en el peor. No obstante, como se observa en el gráfico 5, el seguimiento, monitoreo y obligación de metas viene directamente desde el MINSA, quienes desconocen los problemas serios de desabastecimiento de insumos y medicinas en las provincias de Amazonas para

cumplir con los objetivos y metas anuales. En ese sentido, el no cumplimiento de metas es un problema, como lo afirma el jefe de Centro de Salud La Jalca “el MINSA presiona porque tenemos metas y tenemos que cumplir las metas [...] Porque si no se avanza en las metas, el MINSA dice a la región, no hay dinero para tu región” (Entrevistado 3). Debido a que se corre el riesgo de recibir menos presupuesto al año siguiente.

Asimismo, la DIRESA que debería facilitar el trabajo de las IPRESS con el cumplimiento de metas, en la región Amazonas, es una institución con poca participación como señala la Encargada del PAN “He visto que en otros lugares la DIRESA trabaja más de cerca con los territorios. Yo pienso que la DIRESA debería venir aquí a conocer y supervisar, pero no lo hace” (Entrevistado 7), lo que dificulta aún más el cumplimiento del Control CRED, la vacunación completa y la suplementación nutricional de los niños y niñas. Aunque, de acuerdo a la Coordinadora Regional de la Estrategia de Nutrición y a la Coordinadora Regional del PAN de la DIRESA (Entrevistados 21 y 22), es el MINSA quien no permite mejorar la implementación de la política en la región ya que, por ejemplo, ante la poca adherencia del sulfato ferroso (principal suplemento nutricional brindado a los niños y niñas con anemia) en la región, la DIRESA ha planteado otras alternativas de suplementación con mayor preferencia, pero el ministerio las rechaza pidiendo “pruebas” de que el sulfato ferroso no funciona.

La Dispersión, de la que habla Cabrero Mendoza, es más común en los gobiernos locales los cuales cuentan con un sinnúmero de funciones; pero no con las capacidades y recursos para coordinar y hacerlo. Prueba de ello, es la presencia y la importancia de las Unidades Territoriales en el mantenimiento de las IAL para combatir la anemia. Sin embargo, cabe señalar que en muchos casos las municipalidades no cumplen con sus funciones ya que otras instituciones tienen las mismas funciones. Por ejemplo, la potabilización del agua es una responsabilidad de las municipalidades, pero los Establecimientos de Salud, en el marco del cumplimiento del PAN, deben potabilizar el agua. Ello ha llevado a situaciones en el cual ninguna de las instituciones asume la tarea al creer que una de ellas lo realizará (Entrevistados 1, 14 y 16).

Finalmente, la duplicidad de funciones es común, incluso en las IAL en la que municipalidades, a través de los Agentes Comunitarios, y los programas Juntos y Cuna Más, a través de los Gestores Locales, realizan las mismas funciones: visitas

domiciliarias para corroborar el consumo de los suplementos nutricionales, lo cual implica mayores gastos a las instituciones.

4.3. La ausencia de liderazgos en el proceso de implementación

La importancia de los liderazgos en el proceso de implementación de las políticas públicas radica en que son los actores que toman las decisiones, coordinan el trabajo, designan y priorizan los recursos, y dan sostenibilidad a la política en el tiempo.

Basado en la tipología de Serafinoff, explicado en el capítulo 2, en el proceso de implementación debe existir tres tipos de liderazgos: político, técnico y mixto. En los casos estudiados de la región Amazonas, en la implementación de las políticas de lucha contra la anemia se encuentran presente los tres tipos de liderazgos, aunque con una limitada intervención. Es decir, los tres tipos de liderazgo no tienen el mismo impacto en el desarrollo de la política, unos se encuentran más comprometidos que otros en la reducción de la anemia infantil.

Los alcaldes y regidores son los líderes políticos a nivel distrital que deben asumir las responsabilidades de las distintas intervenciones que se implementan en su jurisdicción. Para la región Amazonas, estos líderes son los que menor presencia e impacto tienen en la aplicación de las distintas estrategias contra la anemia ya que, como afirma Tanaka, las autoridades locales, comúnmente, suelen pensar las políticas públicas solo a través del “cemento y fierro”. En el distrito de La Jalca y los distritos de Condorcanqui estudiados, las autoridades municipales electas se encuentran únicamente enfocadas en la generación de obras de infraestructura (caminos, carreteras, plazas, lozas deportivas, saneamiento, etc) las cuales, si bien, algunas indirectamente se vinculan con la reducción de la anemia, ellos las priorizan por obtener mayores réditos políticos (Entrevistados 5 y 15).

Los funcionarios de confianza; como los Gerentes y Subgerentes municipales, y jefes de las Redes de Salud; asumen el rol de líderes mixtos ya que son designados por los alcaldes y Gobernador Regional respectivamente por su cercanía a ellos, pero con cierto perfil profesional al cargo. Por un lado, similar a los líderes políticos, los Gerentes y Subgerentes municipales, presentan una limitada participación en las acciones de lucha contra la anemia. En el caso de las IAL, los Gerentes de las áreas sociales de las municipales asumen las funciones de secretarios técnicos, cargo más importante ya que la presidencia asumida por los alcaldes es una participación

simbólica, pero como se pudo corroborar en las provincias de Chachapoyas y Condorcanqui, muchos de ellos no participan de la IAL y designan a otros funcionarios de la institución. Ello genera que la coordinación y toma de decisión entre las principales autoridades a nivel local no se pueda realizar en la IAL ya que no se encuentran los funcionarios con poder de decidir qué actividades realizar y qué recursos priorizar (Entrevistado 10 y 15). Por otro lado, los jefes de Redes de Salud, quienes a su vez designan a los jefes de Microred, tampoco participan de los espacios de coordinación y toma de decisión. En parte, de acuerdo a ellos (Entrevistados 1, 14 y 18), porque tienen muchas tareas que desarrollar en los Establecimientos de Salud desde la administración hasta la asistencia médica de los usuarios.

En gran medida, el liderazgo técnico sostiene el desarrollo de las políticas de lucha contra la anemia en los casos estudiados de la región Amazonas. Tanto en las provincias de Chachapoyas como Condorcanqui, los funcionarios nombrados, que hacen carrera meritocrática en la institución, asumen la responsabilidad de combatir la anemia. Los encargados del Monitoreo Social y de Programas Sociales (Entrevistados 15 y 20) participan de las IAL quienes se encuentran plenamente comprometidos con las acciones para reducir la anemia. De hecho, en la provincia de Condorcanqui el liderazgo del profesor Paulo Tuesta, encargado de Monitoreo Social, es clave para que la IAL y la Meta 4 se implementen en los centros poblados del territorio, según otras autoridades locales (Entrevistados 10, 11, 14 y 16).

Profundizando, en los tipos de liderazgos y su impacto en la implementación de la política contra la anemia, en la región Amazonas, a partir de la tipología de Blondel, se observa que a nivel regional existe un liderazgo confortador en el Gobierno Regional, pero un liderazgo reformador en las Coordinaciones Regionales de Enlace del MIDIS. Mientras a nivel local existe un liderazgo gestor por parte de las municipalidades y un liderazgo reajustador por las Unidades Territoriales.

El Gobierno Regional, a través del Gerente de la Gerencia de Desarrollo Social y el Director de la DIRESA, poco intervienen en las acciones que se desarrollan para reducir la anemia. De acuerdo a la Coordinadora regional del PAN (Entrevistado 22), ambos funcionarios asumen roles políticos en las instituciones y poco pueden influir en la política ya que el Gobierno Central delimita todas las actividades a realizar a nivel territorial. Aunque, cabe precisar, que ambos funcionarios cuentan con un gran poder de decisión y de priorización de recursos que podrían ser claves en la implementación de las políticas, pero que no son aprovechados. Quienes también

asumen un rol político a nivel regional, son los Coordinadores Regionales de Enlace del MIDIS, quienes introducen cambios moderados en los programas sociales que se implementan. Según el Coordinadores Regionales de Enlace de Amazonas (Entrevistado 10 y 25), ellos constantemente adaptan las intervenciones de las políticas a los contextos locales para responder de manera adecuada a las demandas de la población. Para ello, deben negociar entre la política, las autoridades y la población para priorizar servicios en específicos para cada realidad de los centros poblados.

A nivel local, los principales funcionarios de las municipalidades tienen un mínimo de impacto sobre la política por lo que se limitan a designar y gestionar lo que se establece en el marco normativo de la Meta 4. De forma extraordinaria, desvían recursos a voluntad para apoyar las intervenciones contra la anemia, por lo común, los equipos técnicos deben insistir con los requerimientos de recursos extras a los gerentes para cumplir con las metas y objetivos (Entrevistados 5 y 15). Diferente es la situación de los jefes de Unidades territoriales, quienes adaptan las actividades de los Gestores Locales para que puedan realizar las visitas domiciliarias, y supervisar y monitorear a las municipalidades e IPRESS. Uno de los principales reajustes es la contratación de más gestores locales de lo que establecen los programas y presupuestos. Así, como priorizar los recursos en los territorios más vulnerables que no considera la política de sectorización (Entrevistados 9 y 11).

4.4. La discrecionalidad y rutinas del personal de salud del primer nivel de atención

Los burócratas de la calle son elementos centrales en el desempeño de las políticas públicas. Desde los estudios de Lipsky, que les atribuía un gran poder de influencia en la ciudadanía y el poco éxito de los procesos de implementación. Hasta, los estudios de Salej, Ardila y Bragato (2015), quienes concluyen el rol clave y positivo que desarrollan en alcanzar objetivos de las políticas al margen de lo formulado.

En los casos estudiados de la región Amazonas, se observó ambas dimensiones, positivo y negativo, en la búsqueda por reducir la prevalencia de la anemia infantil por el personal de salud. Por un lado, los enfermeros técnicos de las IPRESS tipo I-1 y I-2 realizan actividades excepcionales para lograr alcanzar los objetivos del PAN. En el distrito de La Jalca, la encargada del PAN (Entrevistado 7), cuenta sobre el enorme esfuerzo que realizan las enfermeras para brindar el tratamiento a los niños y niñas con anemia en los centros poblados. Como se

mencionó en el capítulo 3, La Jalca se caracteriza por la gran dispersión de sus centros poblados que llevan a las enfermeras a trasladarse a pie por muchas horas para llegar a los hogares de los niños y niñas con anemia para entregar y corroborar el consumo de los suplementos nutricionales. Una de las enfermeras de la Microred de Salud de Yerbabuena, comenta que con su compañera han sintetizado su trabajo a través de la convocatoria de todas las madres en los locales comunales o la plaza de los centros poblados para evitar ir a cada hogar.

Situación similar se observó en la provincia de Condorcanqui, aunque con mayor institucionalización por parte de la red y las microredes de salud. De acuerdo al personal entrevistado (Entrevistados 13 y 18), es común la convocatoria de las madres en los locales comunales cuando arriba el personal de salud a cada comunidad. Las razones son el difícil acceso a cada hogar que implica caminar y navegar por zonas peligrosas, la autorización previa de los Apus que prefieren la convocatoria que la visita a cada hogar, y las visitas poco frecuentes que se realizan a las comunidades. No obstante, si bien se agiliza el trabajo en salud para cumplir las metas, una parte fundamental de la política es dejada de lado: las visitas domiciliarias para corroborar el consumo efectivo de los suplementos nutricionales por los niños y niñas con anemia por parte del personal de salud. Justo, ello coincide con lo planteado por Lipsky sobre lo determinante en el éxito de la política que resulta el establecimiento de rutinas por los burócratas de la calle a partir de su discrecionalidad.

Por otro lado, la atención en los centros de salud también presenta el establecimiento de rutinas por parte del personal de salud con respecto a la atención a las madres de familia, en concreto a aquellas que son parte del programa JUNTOS. Tanto en las IPRESS tipo I-3 de las provincias de Condorcanqui y Chachapoyas, existe un trato diferenciado a los usuarios del programa JUNTOS respecto de otros pacientes. Según los Coordinadores Regionales del MIDIS (Entrevistados 10 y 25), son reiteradas las quejas que reciben los Gestores locales de las madres usuarias del programa sobre los malos tratos cuando acuden a los centros de salud. Por ejemplo, el Coordinador Regional del MIDIS en Condorcanqui narra la experiencia de una madre “Yo voy y dicen que no atiende, que están haciendo informes, que han viajado a la microred. No me han atendido, no me han querido poner la vacuna [...] He caminado tanto tiempo al Establecimiento de Salud para cumplir mi corresponsabilidad, pero salud no está” (Entrevistado 10). Situación similar viven los niños y niñas con anemia “Tú eres de JUNTOS, ven. Pum le ponen la vacuna, vuelves

tal fecha” (Entrevistado 10). Tales hechos, lejos de ser excepcionales, es una práctica usual por parte del personal médico, lo que lleva a pensar que es una rutina de triage para cumplir con la atención de las madres de JUNTOS y la normativa de los ministerios.

Otra situación recurrente, parte de la racionalización del servicio y la movilización de recursos en el personal de salud en las IPRESS, es el apoyo a los niños y niñas sin DNI. De acuerdo a la norma, la distribución de los suplementos nutricionales debe registrarse, a través del SIS, a quienes se entregan. A los infantes con anemia sin DNI, no es posible entregarles los suplementos nutricionales por lo que el personal de salud lo maneja a través del SIS de los padres. Incluso, en ocasiones, cuando los padres tampoco tienen DNI, entregan los suplementos nutricionales sin el registro correspondiente con el objetivo de reducir la prevalencia de la anemia, aunque corren el riesgo de que los investiguen y despidan por la “pérdida” de los insumos médicos (Entrevistados 13 y 18).

En torno a la coordinación de acciones colectivas como parte de la discrecionalidad que cuentan los burócratas de la calle, planteado por Salej, Ardila y Bragato (2015), el personal de salud del primer nivel de atención tiene poco margen de discrecionalidad. El cumplimiento de metas impuesto por el MINSA y la DIRESA sujeta al personal médico a centrarse a cumplir con su trabajo. Las acciones fuera de la norma mencionadas previamente representan un riesgo para el personal que puede llevarlos a perder su trabajo si son descubiertos. Sin embargo, la carga laboral, en muchos casos lleva al personal de salud a establecer tales rutinas para cumplir con la mayor cantidad de metas impuestas. Esto lleva, por ejemplo, a un mal trato a las madres usuarias de JUNTOS o dejar de lado las visitas domiciliarias.

4.5. La cultura y el territorio en la lucha contra la anemia infantil

A partir del 2015, a través de la Resolución Ministerial N° 186 – 2015 PCM²¹, el Estado peruano incorpora la interculturalidad, el género y el territorio en los bienes y servicios brindados por las instituciones públicas a nivel nacional. El objetivo se sustenta en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública que debe

²¹ Recuperado en <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modifican-el-articulo-2-de-la-rm-n-186-2015-pcm-que-apru-resolucion-ministerial-no-066-2019-pcm-1747501-1/#:~:text=N%C2%B0%20186%2D2015%2DPCM%2C%20que%20aprueba%20el%20E2%80%9C,entidades%20de%20la%20Administraci%C3%B3n%20P%C3%ABlica>

estar orientada al ciudadano. Sin embargo, más allá de la norma, hasta la fecha, son pocos los avances para materializar los enfoques interculturales y territoriales en el país.

Alarcón, Vidal y Neira (2003), presentan dos niveles que permiten evaluar la materialización del enfoque intercultural en salud: la comunicación estratégica intercultural y la validación cultural del sistema de salud explicados previamente.

En la región Amazonas, la comunicación estratégica intercultural se encuentra presente en los establecimientos de salud ubicados en las provincias de Condorcanqui y Bagua, aunque con algunas limitaciones. Las IPRESS de los territorios indígenas de la región cuentan con personal que habla Awajun y Huambisa, principales idiomas de los pueblos Awajun y Wampis. No obstante, el manejo de los idiomas locales solo se remite a los enfermeros técnicos que nacieron en las comunidades nativas de las provincias ya que los otros profesionales de salud, como médicos, obstetras y nutricionistas, poco conocen los idiomas Awajun y Wampis (Entrevistado 18 y 24). El personal profesional de salud casi en su totalidad proviene de zonas no indígenas, de otras provincias u otras regiones del país, que no conocen ni dominan el idioma de las comunidades locales. Por ejemplo, el jefe de la Microred de Salud de Nieva nació en Chiclayo y lleva laborando 20 años en la provincia de Condorcanqui, pero solo conoce unas cuantas palabras del idioma de los locales. Situación similar se observó con la nutricionista de la microred, encargada del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños y niñas con anemia, quien nació en Cajamarca y lleva 6 años en la provincia laborando, pero que no conoce los idiomas locales.

Por tal razón, los enfermeros técnicos locales son clave en la relación médico – paciente porque desarrollan roles de traductores y de legitimadores frente a las comunidades. Por un lado, el manejo del mismo idioma por el personal de salud y el paciente permite un mejor y mayor acceso al servicio de salud. Por otro lado, la presencia de rostros familiares, a través de los enfermeros técnicos locales, genera mayor confianza en la población Awajun y Wampis (Entrevistado 13 y 18).

Otra forma presente de comunicación estratégica intercultural en las IPRESS son el uso de paneles informativos y folletos en los idiomas Awajun y Huambisa. Tanto en los Centros de Salud de Nieva y Puerto Galilea, se observó que los pasadizos y áreas de atención cuentan con información en el idioma de las comunidades locales. Más bien, el problema que señalan es que la información no es aprovechada por las madres debido a que, muchas, no saben leer (Entrevistado 18).

Foto 6: Panel informativo en Awajun en el Centro de Salud de Puerto Galilea, distrito de Río Santiago.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Con relación al segundo nivel de materialización del enfoque intercultural, la valoración cultural, propuesto por Alarcón, Vidal y Neira (2003), es donde mayores deficiencias se presentan a nivel territorial en los casos estudiados en la región Amazonas. Principalmente, en la provincia de Condorcanqui, el conocimiento y creencias de los pueblos Awajun y Wampis no son tomados en cuenta en su atención. De acuerdo a las autoridades locales (Entrevistado 15 y 16), los centros de salud no consideran el uso de las plantas y animales locales como el tuyuc y el majaz para combatir la anemia infantil y, por el contrario, se centran únicamente en los suplementos nutricionales. El personal de salud argumenta que no pueden incorporar formalmente elementos locales del territorio ya que no lo contempla la norma y se deben centrar únicamente en la suplementación para cumplir con las metas impuestas por el MINSA (Entrevistado 13 y 14). Sin embargo, cada vez es más usual que en los

talleres nutricionales, el personal de salud emplee productos locales debido a la poca accesibilidad de los productos señalados por la norma, pero a pesar de ello, aún se presentan conflictos. Por ejemplo, en los distritos de La Jalca y Río Santiago, las madres no están dispuestas a preparar la sangrecita, principal producto de los talleres nutricionales para combatir la anemia infantil, ya que su religión o comunidad los prohíbe (Entrevistado 7 y 18).

Asimismo, la recurrencia a asistir a curanderos o brujos en los distritos de Río Santiago y La Jalca, de acuerdo al personal de salud, son también uno de los principales puntos de conflicto entre médico – paciente. La alternativa de ir a estos sanadores tradicionales es condenable por el personal médico ya que, según ellos, solo son engañados (Entrevistado 7 y 13). No obstante, de acuerdo a testimonios recogidos en las comunidades, son los curanderos y brujos quienes fomentan el uso de las plantas y animales locales para combatir la anemia en los niños y niñas.

En la provincia de Condorcanqui, como parte de la incorporación de la cultura vida de los pueblos indígenas y nativos al sistema de salud peruano se prioriza la formación y contratación de enfermeros técnicos Awajun y Wampis. De acuerdo a estudios de Yon y Salas (2017), en Condorcanqui, la iniciativa surge desde la ONG, AIDSESP, quienes ponen énfasis en la cercanía y dominio cultural y lingüísticos de este tipo de enfermeros a favor de la salud pública. Los problemas en torno a ellos son el número insuficiente que resultan frente a la gran demanda que existe por los roles claves que desempeñan, y la imposibilidad de poner en práctica sus conocimientos al servicio de la comunidad y en beneficio de la salud pública. Por ejemplo, según el jefe del centro de Salud de Puerto Galilea (Entrevistado 18), quien es de la zona y se formó bajo este enfoque intercultural como enfermero, el cumplimiento de metas del MINSA y la Diresa no permite introducir sus conocimientos de medicina indígena al servicio de salud que brinda ya que la continuidad en su cargo depende de las metas cumplidas.

Sobre el enfoque territorial, Tobar (2010), considera que una política pública debe satisfacer 4 condiciones: el abordaje poblacional, el abordaje horizontal y descentralizado, el abordaje integral y la regulación de la oferta.

Para la primera condición planteada por Tobar (2010), en la región Amazonas, el personal de salud entrevistado coincide que la promoción y prevención de la salud son sus funciones principales, pero que no cumplen debido a la “urbanización” del sistema. De acuerdo a los jefes de redes y microredes de salud (Entrevistado 1, 3, 14

y 18), el primer nivel de atención en salud se ha convertido en centros de recuperación de pacientes lo que ha reducido el espacio para campañas de promoción y prevención de enfermedades, como la anemia infantil, ya que el personal de salud debe concentrar sus esfuerzos en los pacientes que asisten a las IPRESS por afecciones que deberían tratarse en centros médicos superiores, como hospitales, por su complejidad. El abordaje horizontal y descentralizado existe en demasía en las IPRESS de la región Amazonas. Al no existir hospitales cercanos a las poblaciones, los pacientes recurren principalmente a los Establecimientos de Salud del nivel primario lo que termina generando una urbanización del sistema de salud ya que van a tratar afecciones propias de centros de mayor complejidad localizadas en las ciudades. Asimismo, estas IPRESS no cuentan con la capacidad necesaria para asumir tales responsabilidades.

El abordaje integral en los territorios existe, pero con algunas deficiencias en algunos distritos. En los distritos urbanos, como Nieva y Chachapoyas, al contar con hospitales, los establecimientos de salud derivan a los enfermos con afecciones complejas. De hecho, en Nieva, el Centro de Salud y el hospital de la ciudad han acordado que los partos deben ser atendidos en el hospital. Sin embargo, diferente es la situación de los centros de salud en distritos rurales como La Jalca y Río Santiago que asumen todas las responsabilidades en salud debido a la lejanía de los hospitales (Entrevistado 7, 14, 18 y 21). Sobre la última condición del autor, se observó que la oferta de IPRESS es amplia, aunque con muchas deficiencias en capacidad explicada en el subcapítulo 5.1 que limita el servicio brindado, pero lo más notorio es la poca adaptación de los establecimientos de salud a las necesidades de la población local. Por ejemplo, enfermedades como el dengue y la malaria muy presentes en Condorcanqui o IRAS en Chachapoyas no son tratadas de manera adecuada debido a la ausencia de medicinas y profesionales para tales males, a pesar, de que se sabe que son recurrentes en las zonas (Entrevistado 21 y 22).

Otra dimensión presente dentro del enfoque territorial es el desarrollo del territorio a través de la agricultura y la ganadería para la seguridad alimentaria de las comunidades. Amazonas se caracteriza por su ruralidad y la agricultura y la ganadería como principal fuente de ingreso de las familias por lo que su promoción es vital en la región. En ese sentido, desde el Gobierno Regional Amazonas (GOREA), se apoya a los agricultores, piscicultores y ganaderos de las provincias de Condorcanqui y

Chachapoyas. No obstante, las autoridades locales²², señalan que los proyectos del GOREA son errados por desconocer la producción local. Por ejemplo, en el distrito de La Jalca, en los últimos años semestralmente, el GOREA a través de la Dirección Regional de Agricultura, reparte semillas de hortalizas, aguaymanto, entre otras, las cuales no son usadas por los agricultores ya que su producción se centra en la papa, frijoles y maíz. En el distrito de Río Santiago, en el año 2019, el GOREA hizo entrega de cuyes a las comunidades nativas como estrategia para combatir la anemia, pero que murieron a las pocas semanas por las elevadas temperaturas de la zona. Para el subgerente de Servicios Sociales de la municipalidad distrital (Entrevistado 17), fue una medida descontextualizada del ámbito local ya que la zona no es adecuada para la crianza de animales pequeños, pero si para la crianza de peces, medida que de ser consultada con las autoridades locales habría obtenido resultados positivos.

4.6. La falta de acceso a la identidad y los opositores a las políticas

La principal acción de las políticas de lucha contra la anemia es la entrega oportuna de Paquetes Integrales de servicios de salud, educación y agua segura; aunque, para acceder a todos ellos es necesario contar con DNI, situación que es uno de los principales retos de la región Amazonas.

De acuerdo a las autoridades locales (Entrevistados 10 y 16), de la provincia de Condorcanqui, una de las principales razones por la que los niños y niñas no acceden a su control CRED, suplementación de hierro, y las vacunas contra el rotavirus y neumococo, es que no tienen DNI. Aproximadamente, el 25% de los niños y niñas de la provincia no cuentan con identificación (Entrevistados 10 y 16). Tales cifras se conocen gracias a la información que brindan los Apus a las instituciones. Situación similar sucede en el distrito de La Jalca, aunque con menor incidencia. De acuerdo a la encargada de Registro Civil de la Municipalidad Distrital de La Jalca (Entrevistado 5), aproximadamente el 10% de niños y niñas no tienen DNI.

Las causas de que los niños y niñas no cuenten con DNI se deben a que en los territorios no existen oficinas de RENIEC, y el poco presupuesto para implementar las Gerencias de Restitución de la Identidad y Apoyo Social (GRIAS) de la institución. En la provincia de Condorcanqui, desde el año 2018, RENIEC tiene una oficina la cual

²² Alcalde Provincial de Chachapoyas, Raul Culqui.
Alcalde Distrital de La Jalca, Walter Culqui.

presentan muchas deficiencias que se pueden visualizar en las enormes colas para acceder al servicio. De igual manera, debido a la poca accesibilidad de los centros poblados, sumando lo elevados costos de los pasajes de los transportes fluviales, es difícil que los habitantes de los pueblos Awajun y Wampis se puedan movilizar a la capital de la provincia, Nieva, donde se ubica la oficina de la RENIEC. Mientras, las GRIAS, un área de la RENIEC enfocada a llevar a registradores a los centros poblados para brindar el acceso a DNI, no se encuentra activo en el territorio ya que no cuentan con el presupuesto (Entrevistado 10). En el distrito de La Jalca, la encargada de Registro Civil de la municipalidad, tramita los DNI de los niños y niñas, pero, como en el distrito de Río Santiago, la mala conexión a internet en los centros poblados no permite realizar satisfactoriamente el trabajo (Entrevistado 5).

Si bien, desde el sector salud se han establecido algunas medidas para paliar el problema del acceso a DNI, y que los niños y niñas accedan a los suplementos nutricionales, control CRED y vacunas completas, la solución solo es para 3 meses. Según los funcionarios de los Establecimientos de Salud (Entrevistado 7, 13, y 18), cuando asisten a un niño o niña sin DNI, ellos generan un código de atención temporal por 3 meses con la obligación de los padres que en ese transcurso de tiempo tramiten el DNI del niño o niña. Sin embargo, culminado los 3 meses, es común que los padres no hayan tramitado el DNI, lo cual imposibilita que la asistencia siga realizándose. La razón para no seguir con la asistencia al niño o niña luego de los 3 meses, según el personal de salud (Entrevistado 13 y 14), se debe a que no existe forma de reportar en que se están usando los insumos y recursos.

Foto 7: IPRESS de la Microred de Salud Yerbabuena, distrito de La Jalca.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Cabe señalar, que las municipalidades tienen proyectos en espera de financiamiento para cubrir la brecha de acceso al DNI. Las municipalidades provinciales de Chachapoyas y Condorcanqui tienen planeado contratar registradores para la RENIEC, para que puedan ir a los centros poblados a brindar el servicio básico de identidad, aunque no cuentan con el presupuesto suficiente para ello aún (Entrevistado 16 y 19).

Otro factor resaltante que limita la implementación de las políticas contra la anemia en la región Amazonas es la oposición a las intervenciones estatales por parte de las iglesias evangélicas.

En las provincias de Chachapoyas, aunque con mayor intensidad en el distrito de La Jalca y la provincia de Condorcanqui, la gran mayoría de iglesias evangélicas se oponen a las políticas que se implementan en los territorios. Por lo general, los pastores evangélicos en los sermones que da a la comunidad piden no consumir los suplementos nutricionales, no aceptar la aplicación de las vacunas o el control CRED, ya que ello significa cargar con la “marca de la bestia” tal como afirma el Coordinador Regional de Enlace del MIDIS y de la MCLCP.

“Si llevan al niño al RENIEC y les dan un código esa es la marca de la bestia. Lo asocian a muchas creencias y eso también está ligado a la presencia de muchas Iglesias evangélicas, no todas, pero la gran mayoría en las comunidades o las ideas que transmiten los pastores a sus feligreses de las comunidades nativas. A veces, se convierten en una barrera para que las

comunidades accedan a los servicios: el rechazo a las vacunas, el rechazo al control a las gestantes” (Entrevistado 10)

De acuerdo al presidente de la Asociación de Iglesias Evangélicas de la región Amazonas (Entrevistado 24), la Iglesia Evangélica Los Testigos de Jehová son los responsables de obstaculizar las políticas estatales. Esta iglesia tiene una presencia significativa en las zonas rurales de la región Amazonas y se niegan a participar en las reuniones que son convocadas por todas las iglesias evangélicas. Para el pastor (Entrevistado 24), ellos entienden de manera errada la palabra de Dios que los lleva a rechazar a todo lo externo a su fe, puntualmente, las vacunas y la suplementación de hierro por considerarlo como un sacrilegio al cuerpo entregado por Cristo. A pesar de las reiteradas convocatorias por las Iglesias Evangélicas y la MCLCP, Los Testigos de Jehová se niegan a ser parte de cualquier espacio de diálogo con otras instituciones (Entrevistado 23 y 24).

El personal médico que realiza los tamizajes y la suplementación, como el personal de la municipalidad y de los programas sociales encargados de realizar las visitas domiciliarias, cuentan que es muy común en las familias rechazar los insumos de las intervenciones con el argumento de que si lo consumen sus hijos “se convertirán en hijos del diablo” (Entrevistado 18). Adicionalmente, como afirma el jefe de la Unidad territorial de Condorcanqui (Entrevistado 11), nunca en la historia de esos territorios hubo tanto Estado como ahora por lo que es esperable que los habitantes Awajun y Wampis tengan temor de las intervenciones estatales ya que su último contacto con “gentes de fuera” fueron explotadores de caucho, narcotráfico y contrabandistas.

Tales situaciones generan grandes retos a la implementación de las políticas públicas, en especial a la Estrategia de Gestión Territorial 1ro la Infancia, la Meta 4 y el PAN que combaten contra la anemia, debido a que los marcos normativos no establecen qué acciones tomar frente a ello.

Conclusiones

Este trabajo de investigación buscó las razones de por qué las políticas que buscan reducir la prevalencia de la anemia infantil en el Perú no logran resultados satisfactorios a pesar de contar con presupuestos y una amplia cobertura. Para ello, inicialmente se argumentó que la (a) débil coordinación de los actores principales involucrados, (b) la limitada capacidad institucional de las instituciones, (c) la ausencia espacios para liderazgos políticos y mixtos locales, (d) la discrecionalidad del personal de salud en cumplir sus funciones, y (e) la falta de enfoques territoriales e interculturales en las políticas eran posibles causas de los resultados insatisfactorios de las políticas de lucha contra la anemia.

En base a la evidencia recogida a través de la revisión y análisis de estadísticas y normas, la realización de entrevistas, y visitas en campo se puede determinar que, efectivamente, las hipótesis planteadas son las principales razones que limitan el éxito de las políticas de lucha contra la anemia. Exceptuando, sin embargo, a la ausencia de espacios para la participación de liderazgos locales ya que tales espacios sí existen. Adicionalmente, en el camino, se observó que existen otras razones que también contribuyen a explicar el poco éxito en reducir la anemia. Dentro de ellas se encuentran el acceso al DNI y la oposición de las iglesias evangélicas a las intervenciones estatales.

En primer lugar, una de las principales limitaciones de las Redes y microredes de salud, municipalidades provinciales y distritales, y Unidades Territoriales del MIDIS estudiadas es la capacidad institucional. A pesar de que la región Amazonas es la segunda región con mayor presupuesto del PAN, todas las instituciones de la región presentan serias deficiencias económicas, humanas y logísticas

El sector salud – redes y microredes de salud - es la institución con mayores deficiencias humanas, logísticas y presupuestales. En las IPRESS, el personal de salud es insuficiente y se encuentra mal pagado, por lo que, ante una oferta laboral con mayor salario, no dudan en abandonar su puesto. Asimismo, la infraestructura de las IPRESS es precaria, principalmente en la provincia de Chachapoyas, muchos puestos de salud se encuentran abandonados por las pésimas condiciones de los techos y paredes que se encuentran por caerse. Un aspecto rescatable es las capacitaciones en torno a la lucha contra la anemia al personal de salud ya que son

constantes, aunque el problema observado en torno a ellas es que no se adecuan a los contextos locales que enfrentan.

Situación similar ocurre en las municipalidades provinciales y distritales. En líneas generales, solo la Municipalidad Provincial de Chachapoyas cuenta con los recursos humanos suficientes para cumplir con todas sus actividades, incluida la lucha contra la anemia enmarcada en la Meta 4. No obstante, los recursos presupuestales son un problema recurrente en todas las municipalidades estudiadas que deben tomar presupuestos de otras áreas y programas para cumplir con las metas en la lucha contra la anemia.

En el caso de las Unidades Territoriales, también presentan serias deficiencias respecto a los recursos humanos y presupuestales. Los constantes recortes de sus presupuestos en los últimos años los lleva a reducir el número de gestores locales lo que se traduce en mayor carga laboral y menor territorio abarcado por el personal que se queda. A pesar de ello, los esfuerzos de estas instituciones son positivas por el gran trabajo desarrollado en las visitas domiciliarias.

En segundo lugar, la débil coordinación entre las instituciones – Redes y microredes de salud, municipalidades y Unidades territoriales del MIDIS - es otra de las limitaciones planteadas inicialmente y que se ha observado que no permite resultados satisfactorios en la lucha contra la anemia. El caso del distrito de La Jalca es el más llamativo debido a que la IAL, espacios formales de coordinación en la lucha contra la anemia, es un espacio solo en el papel ya que sus integrantes desconocen de que son miembros y de que trata este espacio. Mientras, la IAL del distrito de Nieva, es donde mayor trabajo de coordinación existe, aunque con cierta resistencia del sector salud y la municipalidad por preferir coordinar a través de los Centros de Vigilancia Comunal. Una posible explicación de la diferencia en los niveles de coordinación entre ambos casos son la presencia de las Unidades territoriales del MIDIS en la zona. En Nieva, la Unidad Territorial se ubica cerca de la municipalidad, y la red y microred de salud por lo que pueden ejercer mayor presión para que cumplan con los acuerdos. Mientras, para el caso de La Jalca, la Unidad Territorial se ubica en otra provincia y a muchas horas de distancia lo que dificulta la verificación del cumplimiento de acuerdos establecidos en la IAL.

Asimismo, se debe reconocer el trabajo constante en la homologación y actualización de los padrones nominales de niños y niñas, elemento vital para la lucha contra la anemia. Aunque, cabe precisar, que no es un trabajo recurrente en todos los

casos estudiados. En el distrito de Río Santiago, es difícil que las homologaciones se realicen de manera mensual de acuerdo a ley debido al difícil acceso a las IPRESS y el costo de transporte que implica ir a las cabeceras de microred.

La débil coordinación también se expresa en la falta de acceso oportuno a medicinas e insumos en las IPRESS. La jerarquización del sistema de salud nacional genera que la coordinación entre las mismas instancias del sector salud (INS - CENARES – DIRESA – Red y microred de salud – IPRESS) constituyan un grave problema de abastecimiento. Principalmente, las IPRESS del primer nivel de atención y ubicadas en las zonas rurales deben esperar por meses para que cuenten con insumos y medicinas. Tal es el caso de las IPRESS de Río Santiago y La Jalca que en promedio cada 4 meses son abastecidas por las redes de salud. Ello genera que por varios meses los niños y niñas no cuenten con sus vacunas y suplementos nutricionales.

En tercer lugar, un factor planteado inicialmente, igual de relevante que la poca capacidad institucional y la débil coordinación, es la ausencia de liderazgos y espacios para su participación en la lucha contra la anemia. Contrario a lo argumentado inicialmente, las autoridades locales cuentan con espacios para participar en la lucha contra la anemia a través de las IAL. No obstante, tanto las autoridades locales y regionales, no intervienen ni priorizan recursos para combatir la anemia infantil en sus jurisdicciones ya que, en parte, no les genera réditos políticos. Por ello, funcionarios técnicos de rango medio de las municipalidades asumen el liderazgo, pero con la limitación de no poder tomar decisiones y depender de los alcaldes y gerentes para priorizar recursos en la lucha contra la anemia.

Más bien, las intervenciones contra la anemia infantil en los casos estudiados se sostienen por el apoyo constante de los Coordinadores Regionales del MIDIS y los jefes de las Unidades Territoriales quienes constantemente insisten al sector salud y las municipalidades a cumplir con los acuerdos de la IAL y sus funciones en torno a la anemia infantil. Por ello, mientras más lejos queda el distrito, como La Jalca, de las Unidades territoriales, más débil es la presión que se puede ejercer y que se traduce en acciones meramente formales de las municipalidades.

En cuarto lugar, los burócratas de la calle del sector salud también se constituyen como una limitación al éxito de las políticas de lucha contra la anemia infantil. La multiplicidad de funciones que deben cumplir el personal de salud genera el establecimiento de rutinas para agilizar sus labores lo cual los lleva a dejar de lado

actividades importantes de las políticas. Por ejemplo, la convocatoria de madres en plazas y locales comunales en la provincia de Condorcanqui y el distrito de La Jalca, deja de lado las visitas domiciliarias por parte del personal de salud para corroborar si los niños y niñas efectivamente consumen los suplementos nutricionales.

De igual manera, el temor de perder su trabajo condiciona al personal de salud en su afán de brindar vacunas y suplementos nutricionales a niños y niñas sin DNI. Principalmente, en Condorcanqui, la gran cantidad de infantes sin DNI lleva a casos en el cual el personal de salud debe priorizar el cumplir con las normas o ayudar a reducir la anemia ya que los niños o niñas sin DNI no pueden recibir vacunas ni suplementos nutricionales porque no hay manera de registrar en que se usaron tales insumos.

Asimismo, otro problema recurrente en torno a los burócratas de la calle del sector salud son los malos tratos a las madres usuarias del programa JUNTOS. Como parte del cumplimiento de metas, deben atender de manera constante a las madres e hijos del programa JUNTOS, ello los lleva a establecer como rutina un mal trato que se caracteriza por una atención rápida, sin explicación de para qué sirven las vacunas y los suplementos nutricionales, y cuáles son sus efectos. Tales hechos terminan repercutiendo en una mayor desconfianza de las madres al sector salud y las políticas como se pudo evidenciar en Condorcanqui y La Jalca.

En quinto lugar, el último factor planteado inicialmente en esta investigación como una limitación a resultados satisfactorios en la lucha contra la anemia infantil fue la ausencia de enfoques territoriales e interculturales. Se ha observado que diversos proyectos en la región Amazonas para impulsar el agro y la ganadería como estrategia de seguridad alimentaria carecen de enfoques territoriales e interculturales. Por ejemplo, en los distritos de Río Santiago y La Jalca se promueve el cultivo y la crianza de especies ajenas al territorio: cuyes en la amazonia y hortalizas en zonas andinas, medidas descontextualizadas en donde las comunidades se dedican a la piscicultura, y el cultivo de papa y frijoles respectivamente.

Asimismo, la ausencia de enfoques interculturales en la salud pública se evidencia en la relación conflictiva médico – paciente en la provincia de Condorcanqui, territorio Awajun y Wampi. Principalmente, la distinta formación de los médicos y los usuarios no los lleva a comprenderse. Por un lado, el uso de plantas y animales locales no son tomados en cuenta por el sector salud para combatir la anemia que priorizan la suplementación de hierro. Por otro lado, la barrera del idioma constituye un grave

problema para el acceso al servicio de salud, aunque, en los últimos años se han tomado algunas medidas de solución como la contratación y formación de enfermeros técnicos de la zona y la presentación de paneles y folletos informativos en Awajun y Huambisa en las IPRESS, aunque el problema observado en torno a estas soluciones es que el número de enfermeros técnicos de la zona son insuficientes frente a la gran demanda que existe por los roles que desempeñan y que los paneles y folletos no son aprovechados por muchas madres que no saben leer.

En sexto lugar, los hallazgos de la presente tesis han evidenciado limitaciones que no fueron planteadas inicialmente, pero que a nivel territorial son importantes para explicar los resultados insatisfactorios de las políticas de lucha contra la anemia infantil. Primero, el limitado acceso al DNI en los distritos de Nieva, Río Santiago y La Jalca, genera que un gran número de niños y niñas con anemia y sin DNI no puedan acceder a los paquetes integrales para reducir la anemia. Si bien, existe soluciones como el uso del SIS de los padres, estas suelen ser temporales que no solucionan el problema de acceso a la identidad y los paquetes integrales. Segundo, la oposición de iglesias evangélicas a toda intervención estatal principalmente en zonas rurales. De acuerdo a diversos entrevistados, estas iglesias, como la Iglesia Los Testigos de Jehová, cuentan con mayor presencia y legitimidad en las zonas rurales que instituciones públicas por lo que desarrollan roles claves en el éxito de las intervenciones estatales en esos territorios. En el caso de la lucha contra la anemia infantil, de acuerdo a los testimonios, en los distritos de La Jalca, Nieva y Río Santiago, algunas iglesias evangélicas se oponen férreamente a la vacunación y suplementación nutricional de los niños y niñas anémicos debido a la creencia de que son actos demoniacos.

En séptimo lugar, la presente tesis también permite observar los problemas que genera la descentralización y la modernización inconclusa del Estado peruano en la implementación de políticas públicas a nivel territorial. Uno de los principales problemas observados es la duplicidad de funciones entre las IPRESS, municipalidades y Unidades Territoriales del MIDIS. Las tres instituciones cuentan con la misma función de realizar las visitas domiciliarias de manera mensual, no obstante, el problema surge cuando las tres instituciones visitan al mismo hogar en un mes para verificar el consumo de los suplementos nutricionales ya que ello implica un gasto innecesario en visitas ya realizadas por otra institución días previos. Asimismo, la duplicidad de funciones también genera que ninguna de las instituciones cumpla con

ellas al suponer que la otra institución lo hará. Tal es el caso de las IPRESS de La Jalca y Nieva, y la Municipalidad distrital y provincial respectivamente que no cumplen con sus funciones a cabalidad al asumir que son una función únicamente de las Unidades territoriales del MIDIS, mientras, esta última institución no puede abarcar todos los hogares del territorio debido a sus limitaciones internas por lo que hay hogares con niños y niñas con anemia que no son verificados si consumen los suplementos nutricionales. Esto en gran medida, como lo sostienen Revesz, Molina y otros autores (2010) la duplicidad de funciones se debe a la descentralización y modernización inconclusa del Estado peruano.

Otro problema de ambas reformas no concluidas son los presupuestos. Si bien, como se ha observado reiteradamente el presupuesto del PAN en los últimos años se ha incrementado notoriamente, ello no cubre todos los gastos de las instituciones para combatir la anemia. Las IPRESS, municipalidades y Unidades Territoriales del MIDIS de Chachapoyas y Condorcanqui, de acuerdo a sus funcionarios, deben buscar presupuestos adicionales para cumplir con sus tareas en el marco de las políticas de lucha contra la anemia. Ello se debe a que los presupuestos del PAN no consideran gastos de transporte, hospedaje, comida, etc, que son necesarios en las zonas rurales para poder llegar a los hogares, ya que no son tomados en cuenta por las instancias superiores del Gobierno Central en la asignación de los presupuestos del PAN. Este es un problema recurrente por la jerarquización del Estado peruano debido a los procesos inconclusos de descentralización y modernización.

Por todas esas razones observadas en los casos estudiados, las políticas de lucha contra la anemia como el PAN, la Meta 4 y la Estrategia de Gestión territorial Primero la Infancia no logra los resultados esperados ya que no solo se trata de presupuestos, sino de capacidad, coordinación, liderazgos, burocracias, territorio, cultura, acceso a DNI y oposición de actores.

Por último, esta investigación puede servir de punto de partida para profundizar en algunos factores o instituciones en torno a la lucha contra la anemia infantil. Por ello, me animo a sugerir que en el futuro se debe prestar mayor atención y profundizar en el rol de las iglesias evangélicas en el éxito de las políticas sociales y de salud pública en zonas urbanas y rurales. Así como también, el rol de los programas sociales en las IAL y la reducción de la anemia infantil.

Bibliografía

- Aguilar, L. (1993). *“La implementación de las Políticas”* Amargura 4, San Ángel, México.
- Alcázar, L. (2012). *“El impacto económico de la anemia en Perú”* GRADE, Lima.
- Alarcón, A; Vidal, A; y Neira, J. (2003). *“Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”* Revista Médica Chile, pp. 1061 – 1065.
- Alavés, A. (2014). *Interculturalidad: conceptos, alcances y derecho*. México.
- Aragón, J y Gilbert Y. (2014). *“Metodología y diseño de investigaciones en Política Comparada”* PUCP, Lima.
- Arroyo, J. (2017). *La Salud hoy: problemas y soluciones* CETRUM Coloquios, Lima.
- Arroyo, J. (2017). ¿Ha tenido la descentralización un efecto importante en el desarrollo de las regiones? El caso peruano 2002-2015. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, No. 69, pp. 159-190.
- Bañón, R et al. (1997). *La nueva administración pública*. Ed. Alianza. Madrid.
- Bardach, E. (1977). *“Los Juegos de la implementación”* Cambridge press.
- Bardach, E. (1996). “Turf barriers to interagency collaboration in human services delivery”. En KETTL, Donald y MILWARD Brinton (editores), *The state of public management*. Baltimore, John Hopkins University Press, 168-192.
- Berman, P. (1977). *“El estudio de la macro y micro-implementación”* Public Policy, pp 157-184.
- Barrantes, R; Cuenca, R; y Morel, J. (2012). *Las Posibilidades del Desarrollo Inclusivo: Dos Historias Regionales*. Lima: IEP.
- Blondel, J. (1987) *Political leadership. Towards a general analysis*. Sage, Londres
- Cabrero Mendoza, E. (2006). *De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales*. Ponencia presentada en el Seminario Coordinación y Política Social: Desafíos y Estrategias. Washington, D.C. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Carpenter, D. (2003) *La forja de la autonomía burocrática: reputaciones, redes y innovación de las políticas en agencias ejecutivas*. Oxford University Press.
- Carrasco, C. (2016). *Gestión territorial en la salud pública*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas.
- Castañeda, V. (2014). “La articulación y coordinación de las políticas multisectoriales”. *Administración Pública y Control*. Lima, año 1, número 2, pp. 25-30.
- Castañeda, V. (2017). “El centro de gobierno: mecanismo para la gestión de prioridades de los gobiernos”. *Administración Pública y Control*. Lima, año 4, número 44, pp. 44.50.

- Castro, A. (2018). "Estudio sobre el éxito de la reducción de la anemia en el Perú". Trabajo presentado para obtener el grado de bachiller en Ciencia Política y Gobierno. PUCP.
- Colegio Médico del Perú. (2018). *"Un grave problema de salud y nutrición: la anemia en el Perú ¿Qué hacer?"* Comité de Políticas de Salud, Lima.
- Dargent, E. (2012). *El Estado en el Perú: una agenda de investigación*. PUCP, Lima.
- Dargent, E. (2015). *Capacidad de respuesta del Estado en el Perú: crisis, desafíos y entorno cambiante*. PUCP.
- Delgado, S. (2004). *Sobre el concepto y estudio del liderazgo político: una propuesta de síntesis*. Universidad de Granada, pp7-29.
- Defensoría del Pueblo. (2018). *"Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional"*. Lima-Perú.
- Derthick, M. (1972). *"New towns In-Town: Why a federal program failed?"* The Urban Institute, Washington.
- Díaz, E. (2015) Problemas de coordinación en la implementación del Programa de Complementación Alimentaria en las municipalidades provinciales de Apurímac durante los años 2009 – 2013). Tesis para obtener el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno, PUCP. Lima.
- Elmore, R. (1979). *"Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales"* Public Policy, pp 185-228.
- Evans, P. (1996). "El Estado como problema y como solución" Desarrollo Económico, pp529-562.
- Fernández, A. (2017). "Análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho" Trabajo presentado para obtener el grado académico de Magister en Gestión pública. Universidad del Pacífico.
- Franco, R. (2004). *"Institucionalidad de las políticas sociales: modificaciones para mejorar su efectividad"* Flasco, Chile.
- Fukuyama, F. (2004). *La construcción del Estado: Hacia un nuevo orden mundial en el siglo XXI, Barcelona*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES*. Lima, INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Censo Nacional de Población y vivienda*. Lima, INEI.
- Guerrero, G y Sugimaru, C. (2010). *"Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio de Wawa Wasi a los Gobiernos locales provinciales"* GRADE, Lima.
- Guy Peters, B y Mawson, A. (2016). *Gobernanza y coordinación en las políticas: el caso del registro del nacimiento en el Perú*. Unicef.
- Gómez, O. (2019). *"Articulación gubernamental y modelo de cogestión estado-comunidad en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes para la prevención de la anemia en los niños de 6-35 meses de edad entre los años 2015-2017"* Trabajo para obtener el título de Magister en Gobierno y Políticas Públicas, Lima, Perú.

Hernández, A. (2006). Relaciones intergubernamentales. En la revista Espacios Públicos, vol. 9, núm. 18. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Hurtado, F. (2019). ¿Y SI NOS PONEMOS DE ACUERDO? La coordinación en la elaboración de planes nacionales multisectoriales. El caso de la política de prevención y erradicación del trabajo infantil en el Perú (2012-2021). Tesis para obtener el grado de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno. PUCP, Lima.

Lindblom, C. (1991). El Proceso de elaboración de políticas públicas (1991). México D.F: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa.

Lipsky, M. (1978). *"Street-Level Bureaucracy and the Analysis of Urban Reform"*, Urban Affairs Quarterly.

López, D. (2018). *Propuesta de políticas de gestión municipal para la reducción de la desnutrición infantil en la municipalidad de Ocos, 2018*. Revista de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres, Lima.

Jordana, J. (2003). Las relaciones intergubernamentales en la descentralización de las políticas sociales. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

Maisonneuve, J. (1968). La dinámica de los grupos, proteo, Buenos Aires.

Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación ALTADIR

Matus, C. (2008). *El Líder sin Estado Mayor. La oficina del gobernante*. Universidad Nacional de La Matanza: San Justo.

McLaughlin, M. (1975). *Evaluation and Reform: The Elementary and Secondary Education Act of 1965*, Title I. Cambridge.

Medina, A. (2019). *"Conocimientos, percepciones y prácticas sobre el consumo de micronutrientes en niños Awajum y Wampis (Condorcanqui, Amazonas-Perú)"* Acta Medica Perú, pp 185-194.

Mendoza, P et al. (2015). *"El sistema regional de salud de San Martín y su política de reducción de la desnutrición infantil: aplicación en el Perú del enfoque de Evaluación de Sistema de Salud"* GRADE, pp 269-276.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2014). *"Programa Presupuesta Articulado – PAN en Ayacucho"* Ayacucho.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2017). *"La desnutrición crónica infantil y la anemia en la primera infancia en la región Junín: Programa Articulado Nutricional – Programa de Salud Materno Neonatal"* Junín.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2019). *"En nuestro municipio: unidos contra la anemia infantil"* Lima-Perú.

Migdal, J. (1988). *Strong Societies and Weak States*, Princeton, Princeton University Press.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2015). *"Consumo de multimicronutrientes en niños y niñas de 06-36 meses de edad en la provincia de Condorcanqui, Amazonas"*. Evaluación de Impacto elaborado por Armando Medina, Lima, Perú.

Ministerio de Economía. (2020). Consulta Amigable. Consulta el 2 de junio del 2020.

Ministerio de Salud. (2017). *"Plan Nacional para la reducción y el control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021"* Lima, Perú.

Molina, C.G. y Licha, I. (2005). Coordinación de la política social: criterios para avanzar. Washington: INDES/BID.

Natera Peral, A. (2001). El Liderazgo político en la sociedad democrática. Centro de Estudios Políticos, Madrid.

Navarro, A. (2013). La coordinación intergubernamental en las políticas de superación de la pobreza urbana en México. El caso del Programa Hábitat. México D.F.: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Northouse, P. G. (2001). Leadership. Theory and practice, 2da Ed. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks, London, New Delhi.

Oates, W. (1977). Federalismo fiscal. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local.

Organización Internacional del Trabajo. (2013). El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura. OIT, Lima.

Organización Mundial de Salud. (2008). “*Concentraciones de la Hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*”. OMS, Ginebra.

Ortega y Gasset, J. (1971). Historia como sistema. España, Madrid.

Oszlak, O. (2004). “El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI” Buenos Aires.

Oszlak, O. (2005). “State Bureaucracy, Politics and Policies”, en T. Janowski, R. Alford, A. Hicks y M. A. Schwartz (eds.), The Handbook of Political Sociology. 0353-0382-HIGGINS ET AL.indd 379. Estudios Sociológicos XXXIV: 101, 2016 States, Civil Societies and Globalization, Nueva York, Cambridge University Press.

Salaverry, O. (2010). “*Interculturalidad en salud*” Rev Peru Med Exp Salud Publica.

Paigue, G. D. (1977). The scientific study of political leadership. Free press, NY.

Parsons, W. (2005). Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis, Cambridge.

Peralta, H. (2019). “*Nivel de empoderamiento de los gobiernos locales en sus funciones de salud en el proceso de descentralización – Arequipa – 2017*” Tesis presentada para obtener el grado de Doctora en Ciencias de la Salud Pública, Arequipa, Perú.

Presidencia de Consejo de Ministros. (2018). *Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia* Lima-Perú.

Pressman, J y Wildavsky, A. (1984). *Implementation*, Berkeley CA: University of California Press.

Ponce, V. (1986). Hampicamayoc. Medicina Folklórica y su substrato aborigen en el Perú. Lima: UNMSM.

Remy, M. (2009). “*Descentralización y gestión territorial en el Perú*” IEP, pp 133-148.

Remy, M. (2011). “*Los gobiernos locales en el Perú: entre el entusiasmo democrático y el deterioro de la democracia*” IEP, pp 111-135.

Repetto, F. (2005). La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en 75 América Latina. En F. Repetto (ed.). *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*, Ciudad de Guatemala: INDES-Guatemala.

Repetto, F. (2009). El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social. En Di Viegilio, M. Mercedes. *Gestión de la política social*. Prometeo. Bs.

Repetto, F y Fernández J. P. (2012). *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires, CIPPEC y UNICEF.

Revesz, B. (2007). *“Gobernabilidad democrática, descentralización y desarrollo territorial local y regional”* IEP. Lima.

Revesz, B. (2010). *“Descentralización, la reforma inconclusa: una mirada retrospectiva”*. IEP, pp 89-104.

Rivoir, A. (2000). *“Nuevas formas de gestión local: redes y gobernancia. Participación ciudadana y descentralización en la ciudad de Montevideo”* CLACSO, Buenos Aires.

Rosas, A. (2008). «Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional, en Política y Cultura, Núm. 30, DF, México, Universidad Autónoma Metropolitana–Xochimilco.

Rosas, A. (2015a). *La capacidad institucional de gobiernos locales para hacer frente al cambio climático*. México, ITACA–Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Rosas, A. (2019). «Capacidad institucional: revisión del concepto y ejes de análisis», DAAPGE, año 19, N° 32 (ene–jun), 2019, pp. 81–107. Santa Fe, Argentina: UNL.

Salej, S; Ardila, M y J. Bragato (2016) *Autonomía integrada y el poder discrecional de las burocracias: evidencias de un programa de riesgo geológico en Belo Horizonte, Brasil*. Estudios Sociológicos, Brasil.

Serafinoff, V. (2017). *Desafíos para la integralidad de las políticas: la experiencia argentina de coordinación de políticas públicas entre organismos del Estado nacional, provincial y local*. CLAD, España, Madrid.

Sikkink, K. (1993). «Las capacidades y la autonomía del Estado en Brasil y la Argentina. Un enfoque neoinstitucionalista», en *Desarrollo Económico*, vol. 32, n° 138, Argentina, Instituto de Desarrollo Económico y Social.

Soifer, H y Vom Hau, M. (2008). “Unpacking the strength of the State: The Utility of State Infrastructural Power”. En: *Studies in Comparative International Development*, pp. 231-251.

Stoker, R. (1989). *“Un marco de análisis para el régimen de implementación y reconciliación entre los imperativos federalistas”* En *Policy Studies Review*, pp 373-409.

Trivelli, C y Vargas, S. (2014). *“Entre el discurso y la acción. Desafíos, decisiones y dilemas en el marco de la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social”* IEP, Lima.

Trivelli, C. (2019). “Programas sociales y desarrollo territorial”. Lima.

Tobar, F. (2010). "Gestión territorial en salud". Chile.

Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2019). "*Informe sobre la situación de la anemia en Perú*" Lima, Perú.

Van Meter, D y Van Horn, C. (1975). "*El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual*" En *Administration y Society*, pp 445-488.

Vera, C. (2017). Burócratas de la Calle y brechas de implementación. El servicio itinerante de identificación a las Comunidades Nativas de Loreto. Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno. PUCP, Lima.

Verba, S. (1968). El liderazgo: grupos y conductas políticas. Bibl. Educ. y C. Soc, Investigaciones y ensayos.

Williams, W. (1975). "*La perspectiva de la implementación*" Universidad de California.

Yon, C y Salas, R. (2017). Informe final del proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú. Lima, IEP.



Anexo A

Lista de entrevistados

Número de entrevistado	Cargo	Fecha
Entrevistado 1	Jefe de la Microred Yerbabuena	16/10/2020
Entrevistado 2	Encargada de Tamizajes	16/10/2020
Entrevistado 3	Jefe del Centro de salud La Jalca	24/10/2020
Entrevistado 4	Secretaria Técnica de la IAL La Jalca	24/10/2020
Entrevistado 5	Encargada de Registro Civil de la Municipalidad La Jalca	24/10/2020
Entrevistado 6	Gestora Local del MIDIS – UT Bagua	24/10/2020
Entrevistado 7	Encargada del PAN Centro de salud La Jalca	07/12/2020
Entrevistado 8	Encargada del PAN Microred Yerbabuena	07/12/2020
Entrevistado 9	Jefe de la Unidad Territorial Bagua	22/01/2021
Entrevistado 10	Coordinador Regional de Enlace MIDIS	25/01/2021
Entrevistado 11	Jefe de la Unidad Territorial Condorcanqui	25/01/2021
Entrevistado 12	Coordinador del PAN – Red de Salud Condorcanqui.	26/01/2021
Entrevistado 13	Encargada del PAN – Microred de Salud de Nieva	26/01/2021
Entrevistado 14	Jefe de la Microred de Salud de Nieva	26/01/2021
Entrevistado 15	Encargado de Monitoreo Social – Municipalidad Provincial de Condorcanqui	27/01/2021
Entrevistado 16	Gerente de Desarrollo Humano y Servicios Comunes – Municipalidad Provincial de Condorcanqui	27/01/2021
Entrevistado 17	Subgerente de Servicios Comunes – Municipalidad Distrital de Río Santiago	28/01/2021
Entrevistado 18	Jefe de la Microred de Salud de Galilea	28/01/2021
Entrevistado 19	Gerente de Desarrollo Social – Municipalidad Provincial de Chachapoyas	26/04/2021
Entrevistado 20	Subgerente de Programas Sociales – Municipalidad Provincial de Chachapoyas	26/04/2021
Entrevistado 21	Coordinadora Regional de Nutrición - DIRESA.	17/05/2021
Entrevistado 22	Coordinadora Regional del PAN - DIRESA	17/05/2021
Entrevistado 23	Coordinador Regional de la MCLCP	14/06/2021
Entrevistado 24	Presidente de la Asociación de Iglesias Evangélicas	14/06/2021
Entrevistado 25	Coordinadora Regional del MIDIS	15/06/2021